

DSM-5®

CASI CLINICI

A CURA DI
JOHN W. BARNHILL



Raffaello Cortina Editore

Dal catalogo

American Psychiatric Association

**DSM-5®. MANUALE DIAGNOSTICO E STATISTICO
DEI DISTURBI MENTALI**

Quinta edizione

American Psychiatric Association

CRITERI DIAGNOSTICI - MINI DSM-5®

A.M. Nussbaum

L'ESAME DIAGNOSTICO CON IL DSM-5®

M.B. First

DSM-5®. DIAGNOSI DIFFERENZIALE

DSM-5® CASI CLINICI

A CURA DI
JOHN W. BARNHILL

Edizione italiana
a cura di Massimo Clerici e Fabio Madeddu



Raffaello Cortina Editore

Titolo originale
DSM-5® Clinical Cases, edited by John W. Barnhill, first edition,
Copyright © 2014 American Psychiatric Association

www.raffaellocortina.it

First Published in the United States by American Psychiatric Publishing. A Division of American Psychiatric Association, Arlington, VA. Copyright © 2014. All Rights Reserved.
First Published in Italy by Raffaello Cortina Editore in Italian. Raffaello Cortina Editore is the exclusive publisher of the *DSM-5® Clinical Cases, first edition*, edited by John W. Barnhill © 2014 by American Psychiatric Association in Italian for distribution Worldwide.
Permission for use of any material in the translated work must be authorized in writing by Raffaello Cortina Editore.

The American Psychiatric Association played no role in the translation of this publication from English to the Italian language and is not responsible for any errors, omissions, or other possible defects in the translation of the publication.

Pubblicato per la prima volta negli Stati Uniti da American Psychiatric Publishing. A Division of American Psychiatric Association, Arlington, VA. Copyright © 2014.

Pubblicato per la prima volta in italiano da Raffaello Cortina Editore. Raffaello Cortina Editore è l'editore esclusivo di *DSM-5® Casi clinici*, a cura di John W. Barnhill © 2014 by American Psychiatric Association, in italiano con distribuzione mondiale.

Il permesso per l'uso di qualsiasi materiale dell'opera tradotta deve essere autorizzato per iscritto da Raffaello Cortina Editore.

L'American Psychiatric Association non ha responsabilità della traduzione di questa pubblicazione dall'inglese all'italiano e non è responsabile per eventuali errori, omissioni o altre possibili imprecisioni nella traduzione dell'opera.

Traduzione
Maria Luisa Madeddu

ISBN 978-88-6030-664-7
Raffaello Cortina Editore
Milano, via Rossini 4

Prima edizione: 2014

Stampato da
Consorzio Artigiano LVG, Azzate (Varese)
per conto di Raffaello Cortina Editore

Ristampe

0 1 2 3 4 5
2014 2015 2016 2017 2018

Indice

Introduzione all'edizione italiana	XIII
<i>Massimo Clerici, Fabio Madeddu</i>	
Ringraziamenti	XVII
Contributi	XIX
Introduzione	XXVII
Nota generale	XXXI
1 Disturbi del neurosviluppo	1
Introduzione	1
<i>Robert Haskell</i>	
Caso 1.1: Una seconda opinione sull'autismo	4
<i>Catherine Lord</i>	
Caso 1.2: Scoppi d'ira	8
<i>Arshya Vahabzadeh, Eugene Beresin, Christopher McDougle</i>	
Caso 1.3: Difficoltà di apprendimento	11
<i>Rosemary Tannock</i>	
Caso 1.4: Problemi scolastici	15
<i>Arden Dingle</i>	
Caso 1.5: Nervoso e disattento	18
<i>Robert Haskell, John T. Walkup</i>	
2 Disturbi dello spettro della schizofrenia e altri disturbi psicotici	21
Introduzione	21
<i>John W. Barnhill</i>	
Caso 2.1: Emotivamente disturbata	24
<i>Carol A. Tamminga</i>	
Caso 2.2: Sempre più strano	27
<i>Ming T. Tsuang, William S. Stone</i>	
Caso 2.3: Allucinazioni di natura spirituale	30
<i>Lianne K. Morris, Dolores Malaspina</i>	

Caso 2.4: Controllo della mente <i>Rajiv Tandon</i>	34
Caso 2.5: Triste e psicotico <i>Stephan Heckers</i>	37
Caso 2.6: Psicosi e cannabis <i>Melissa Nau, Heather Warm</i>	40
Caso 2.7: Infestazione da pulci <i>Julie B. Penzner</i>	43
3 Disturbo bipolare e disturbi correlati	47
Introduzione <i>John W. Barnhill</i>	47
Caso 3.1: Emotivamente disturbato <i>Donald M. Hilty</i>	50
Caso 3.2: Cicli di depressione <i>Michael Gitlin</i>	54
Caso 3.3: Idee di suicidio <i>Maria A. Oquendo</i>	57
Caso 3.4: Depressione episodica <i>Victoria E. Cosgrove, Trisha Suppes</i>	60
Caso 3.5: Irritabilità e tristezza <i>Robert L. Findling</i>	64
Caso 3.6: Dio mi ha guarito! <i>Stephen J. Ferrando</i>	67
Caso 3.7: Silenziosamente bizzarro <i>Jessica Daniels</i>	71
Caso 3.8: Un cambiamento dopo il parto <i>Ian Jones</i>	75
Caso 3.9: Ansia <i>Holly A. Swartz</i>	78
4 Disturbi depressivi	81
Introduzione <i>John W. Barnhill</i>	81
Caso 4.1: Nervoso e irritabile <i>William C. Wood</i>	84
Caso 4.2: Tristezza postpartum <i>Kimberly A. Yonkers, Heather B. Howell</i>	88
Caso 4.3: Lutto e depressione <i>Richard A. Friedman</i>	91

Caso 4.4: Perdita di interesse nella vita <i>Anthony J. Rothschild</i>	95
Caso 4.5: Disperazione <i>Cheryl Munday, Jamie Miller Abelson, James Jackson</i>	98
Caso 4.6: Giù di corda da anni <i>Benjamin Brody</i>	101
Caso 4.7: Sbalzi di umore <i>Margaret Altemus</i>	104
Caso 4.8: Stress, droghe e infelicità <i>Edward V. Nunes</i>	107
Caso 4.9: Parkinson e depressione <i>Thomas W. Meeks</i>	110
Caso 4.10: Oscillazioni situazionali dell'umore <i>Joseph F. Goldberg</i>	114
Caso 4.11: Arrancare <i>Peter D. Kramer</i>	118
Caso 4.12: Insonnia e sintomi fisici <i>Russell F. Lim</i>	122
5 Disturbi d'ansia	125
Introduzione <i>John W. Barnhill</i>	125
Caso 5.1: Paure e preoccupazioni <i>Loes Jongerden, Susan Bögels</i>	127
Caso 5.2: Panico <i>Carlo Faravelli</i>	130
Caso 5.3: Timidezza adolescenziale <i>Barbara L. Milrod</i>	134
Caso 5.4: Paura di volare <i>Katharina Meyerbröker</i>	137
Caso 5.5: Costantemente ansiosa <i>Ryan E. Lawrence, Deborah L. Cabaniss</i>	140
Caso 5.6: Ansia e cirrosi <i>Andrea DiMartini, Catherine Crone</i>	143
6 Disturbo ossessivo-compulsivo e disturbi correlati	147
Introduzione <i>John W. Barnhill</i>	147
Caso 6.1: Depressione <i>Mayumi Okuda, Helen Blair Simpson</i>	149

Caso 6.2: Germi <i>Dan J. Stein, Helen Blair Simpson, Katharine A. Phillips</i>	153
Caso 6.3: Aspetto fisico <i>Katharine A. Phillips</i>	156
Caso 6.4: Ansia e depressione <i>David Mataix-Cols, Lorena Fernández de la Cruz</i>	160
Caso 6.5: Strapparsi i capelli <i>Dan J. Stein</i>	163
7 Disturbi correlati a eventi traumatici e stressanti	167
Introduzione <i>John W. Barnhill</i>	167
Caso 7.1: Comportamenti pericolosi <i>Daniel S. Schechter</i>	169
Caso 7.2: Due reazioni a un trauma <i>Matthew J. Friedman</i>	173
Caso 7.3: Un incidente automobilistico <i>Robert S. Pynoos, Alan M. Steinberg, Christopher M. Layne</i>	176
Caso 7.4: Facilmente irritabile <i>Lori L. Davis</i>	179
Caso 7.5: Molto stressato <i>Cheryl Munday, Jamie Miller Abelson, James Jackson</i>	183
Caso 7.6: Cancro del polmone <i>Anna Dickerman, John W. Barnhill</i>	186
Caso 7.7: Avvelenamento da farmaci <i>Megan Mroczkowski, Cynthia R. Pfeffer</i>	189
8 Disturbi dissociativi	193
Introduzione <i>John W. Barnhill</i>	193
Caso 8.1: Triste e sola <i>Richard J. Loewenstein</i>	195
Caso 8.2: Strano e disconnesso <i>Daphne Simeon</i>	199
Caso 8.3: Dissociazioni <i>Roberto Lewis-Fernández</i>	202
9 Disturbo da sintomi somatici e disturbi correlati	205
Introduzione <i>Anna Dickerman, John W. Barnhill</i>	205

Caso 9.1: Dolore e depressione <i>James A. Bourgeois</i>	208
Caso 9.2: Sintomi somatici <i>James L. Levenson</i>	211
Caso 9.3: Malattia di Lyme <i>Robert Boland</i>	214
Caso 9.4: Convulsioni <i>Jason P. Caplan, Theodore A. Stern</i>	218
Caso 9.5: Dolori addominali <i>Joseph F. Murray</i>	221
Caso 9.6: Dispnea <i>Janna Gordon-Elliott</i>	225
10 Disturbi della nutrizione e dell'alimentazione	229
Introduzione <i>John W. Barnhill</i>	229
Caso 10.1: Mal di stomaco <i>Susan Samuels</i>	232
Caso 10.2: Curve di crescita <i>Eve K. Freidl, Evelyn Attia</i>	235
Caso 10.3: Cefalea e stanchezza <i>Jennifer J. Thomas, Anne E. Becker</i>	238
Caso 10.4: Vomito <i>James E. Mitchell</i>	242
Caso 10.5: Aumento di peso <i>Susan L. McElroy</i>	245
11 Disturbi dell'evacuazione	249
Introduzione <i>John W. Barnhill</i>	249
Caso 11.1: Scoppi d'ira e sintomi fisici <i>David H. Rubin</i>	251
12 Disturbi del sonno-veglia	255
Introduzione <i>John W. Barnhill</i>	255
Caso 12.1: Difficoltà a mantenere il sonno <i>Charles F. Reynolds</i>	257
Caso 12.2: Ansiosa e assonnata <i>Maurice M. Ohayon</i>	260

Caso 12.3: Sonnolenza <i>Brian Palen, Vishesh K. Kapur</i>	264
Caso 12.4: Uno strano prurito <i>Kathy P. Parker</i>	267
13 Disfunzioni sessuali	271
Introduzione <i>John W. Barnhill</i>	271
Caso 13.1: Disfunzione sessuale <i>Cynthia A. Graham</i>	273
Caso 13.2: Problemi sessuali <i>Richard Balon</i>	277
14 Disforia di genere	279
Introduzione <i>John W. Barnhill</i>	279
Caso 14.1: Riassegnazione di genere <i>John W. Barnhill, Friedemann Pfäfflin</i>	282
15 Disturbi da comportamento dirompente, del controllo degli impulsi e della condotta	287
Introduzione <i>John W. Barnhill</i>	287
Caso 15.1: Ignorare le regole <i>Juan D. Pedraza, Jeffrey H. Newcorn</i>	289
Caso 15.2: Rabbia incontrollabile <i>Emil F. Coccaro</i>	293
16 Disturbi correlati a sostanze e disturbi da addiction	297
Introduzione <i>Jonathan Avery</i>	297
Caso 16.1: Un "classico alcolizzato" <i>Marc A. Schuckit</i>	299
Caso 16.2: Astinenza da alcol <i>Roger D. Weiss</i>	302
Caso 16.3: Dipendenza <i>Petros Levounis</i>	305
Caso 16.4: Dolore al ginocchio <i>Jonathan Avery, Stephen Ross</i>	308
Caso 16.5: Una spirale negativa <i>Charles H. Silberstein</i>	311

Caso 16.6: Stress e uso di sostanze <i>Lin Jin, Daryl Shorter, Coreen Domingo, Thomas R. Kosten</i>	315
Caso 16.7: Gioco d'azzardo <i>Silvia Bernardi, Carlos Blanco</i>	319
17 Disturbi neurocognitivi	323
Introduzione <i>John W. Barnhill</i>	323
Caso 17.1: Disforia <i>John W. Barnhill</i>	325
Caso 17.2: Agitato e confuso <i>José R. Maldonado</i>	329
Caso 17.3: Apatico e depresso <i>Peter V. Rabins</i>	332
Caso 17.4: Stanca e trasandata <i>George S. Alexopoulos</i>	335
Caso 17.5: Rigido e smemorato <i>James E. Galvin</i>	338
Caso 17.6: Paranoia e allucinazioni <i>Lorin M. Scher, Barbara J. Kocsis</i>	342
Caso 17.7: Improvvisamente ribelle <i>Stuart C. Yudofsky, Robert E. Hales</i>	346
18 Disturbi di personalità	351
Introduzione <i>John W. Barnhill</i>	351
Caso 18.1: Conflitti di personalità <i>Larry J. Siever, Lauren C. Zaluda</i>	354
Caso 18.2: Distaccato e solitario <i>Salman Akhtar</i>	357
Caso 18.3. Strane preoccupazioni <i>Kristin Cadenhead</i>	361
Caso 18.4. Disonestà <i>Charles L. Scott</i>	364
Caso 18.5: Fragile e arrabbiata <i>Frank Yeomans, Otto Kernberg</i>	367
Caso 18.6: Ricerca di attenzione <i>Elizabeth L. Auchincloss</i>	371
Caso 18.7: Insoddisfazione <i>Robert Michels</i>	375

Caso 18.8: Timidezza <i>J. Christopher Perry</i>	378
Caso 18.9. Insicurezza <i>Raymond Raad, Paul S. Appelbaum</i>	381
Caso 18.10: Controllo <i>Michael F. Walton</i>	384
19 Disturbi parafilici	387
Introduzione <i>John W. Barnhill</i>	387
Caso 19.1: Sadismo <i>J. Paul Fedoroff</i>	391
Caso 19.2: Problemi coniugali <i>Richard Balon</i>	395
Caso 19.3: Reati sessuali <i>Nancy J. Needell</i>	398
Caso 19.4: Qualche stranezza <i>John W. Barnhill</i>	402
Indice analitico	407

Introduzione all'edizione italiana

Massimo Clerici*, Fabio Madeddu**

La costruzione di “casi clinici” e la loro fruibilità in termini di ausilio concreto per il clinico – e/o per tutti coloro che si avvicinano ai complessi temi della psicopatologia – è ormai un elemento-chiave della pratica sul campo e, nel contempo, dell’addestramento ai più diversi livelli della formazione di medici psichiatri, psicologi clinici e della totalità di figure professionali oggi operanti nell’area psicosociale.

Dal 2002 – per quanto riguarda l’edizione originale dell’American Psychiatric Publishing e dall’anno successivo per l’edizione rivolta all’Italia – le cosiddette “applicazioni cliniche del *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*” offrono a studenti, specializzandi e operatori di ambito psichiatrico e psicologico clinico un ricchissimo ed esaustivo campionario di situazioni-tipo dedicate all’approfondimento psicopatologico, individualizzato e personalizzato, a partire da storie di pazienti dove gli Autori sono considerati “assistanti esperti” in grado di accompagnare il lettore nello sviluppo progressivo di un tema e delle sue declinazioni attraverso un campionario che va da 1 fino a 12 casi per argomento.

La struttura di questo volume è cambiata rispetto al precedente e si è arricchita di una più coerente e definita organizzazione dei casi, laddove in 19 capitoli vengono affrontati praticamente tutti i disturbi mentali attraverso una progressione che va dalle note introduttive del curatore agli specifici casi clinici coerenti con il disturbo affrontato nel capitolo e costruiti sulla base di una presentazione, delle indicazioni che portano alla diagnosi, della discussione finale e delle letture consigliate.

Il “pacchetto” offerto al lettore è, dunque, molto più organico e preciso nella sua articolazione e tale da rispettare ovviamente, per numero di casi, anche la rilevanza epidemiologico-clinica dei più diversi disturbi. Peraltro, “alla realizzazione del libro hanno contribuito più di cento autori: per la maggior parte psichiatri, ma anche professionisti nei campi della psicologia, dell’assistenza sociale, dell’infermieristica e della sociologia”. Un aspetto interessante della pro-

* Professore Associato di Psichiatria, Dipartimento di Chirurgia e Medicina Traslazionale, Università degli studi di Milano Bicocca

** Professore Ordinario di Psicologia Clinica, Dipartimento di Psicologia, Università degli studi di Milano Bicocca

gettazione del volume è stato proprio quello di non coinvolgere necessariamente, nella collaborazione editoriale, i membri delle Task Forces che hanno contribuito alla costruzione del DSM-5: alcuni sono gli stessi, ma la maggior parte degli Autori sono estranei al gruppo di chi ha fatto le scelte diagnostiche e ha rivisto il Manuale per la sua ultima versione. Questa selezione può sembrare azzardata, ma invece si colloca, per apertura di opinioni, nella direzione di una scelta il più possibile neutrale dove anche chi possa aver criticato la versione finale del Manuale è stato considerato utile per contribuire alla costruzione dei casi clinici, sollecitando “pareri e consigli preziosi”. Altro aspetto interessante dell’opera è che, oltre agli Autori, tra i membri del Comitato Editoriale sono stati cooptati anche cinque specializzandi del New York Presbyterian Hospital/Weill Cornell Medical College che “hanno dato un enorme contributo alla redazione dei casi e alla strutturazione finale del libro” portando innovazione ed entusiasmo.

Ne è derivata una ricca proposizione e discussione di casi/storie vere che è stata raggruppata, in modo lineare e rigoroso, secondo le categorie diagnostiche del DSM-5 anche in una dimensione diacronica che si rifà al ciclo di vita, pur se non mancano situazioni cliniche utili, più che altro, per “illustrare comorbilità, controversie e ambiguità”. Le limitazioni richieste – e rispettate dagli Autori – si riferiscono solo alla lunghezza e all’esaustività del testo che deve privilegiare diagnosi e diagnosi differenziale rispetto alla terapia, derivando entrambe dalle brevi informazioni della prima parte di ogni caso, “spesso deliberatamente incomplete”, e sollecitando piuttosto interrogativi e approfondimenti che il lettore è stimolato a far propri non solo in termini di letture consigliate, ma anche per quanto riguarda il necessario adattamento allo sviluppo di future ricerche che la prevedibile durata del testo nel tempo (almeno fino al DSM-6) renderà imprescindibili.

L’offerta, pertanto, è quella di un testo di accompagnamento che, per il lettore italiano, si associa alla progressiva fruizione dei volumi di più diverso orientamento che la “collana DSM-5” ha reso possibile, in questo anno, per tutti gli operatori che ne sono interessati per motivi professionali o per addestramento, facendo ovviamente salvo il *warning* dei curatori che enfatizza come “un rodato giudizio clinico sia spesso necessario per distinguere ciò che può essere considerato normale o patologico nel valutare criteri specifici, nel formulare una diagnosi e nell’identificare importanti comorbilità”. Crediamo che in queste considerazioni stia la base del profondo ed entusiasmante dibattito che il DSM apre a ogni edizione – soprattutto le ultime due – in quanto opera dai contenuti certamente universalistici ma, nel contempo, aperti a una costante revisione nel tempo e a una commistione di saperi. Raramente, in ambito psichiatrico e psicologico clinico, opere di forte contenuto trasversale hanno saputo uscire dai territori degli specialisti e offrire anche al lettore casuale o al professionista “ideologicamente” orientato tanto materiale da discutere e da sollevare controversie. Ma è la capacità di descrivere in mille parole un tema complesso, un paziente multiproblematico o un’area ancora confusa della diagnostica attuale che rende questo volume degno di una lettura attenta: la qualità di tale “percor-

so” apre infatti, costantemente, a molteplici livelli di interpretazione e spinge a un confronto costante verso il DSM-IV e a un’integrazione con i contributi più recenti dell’ICD-10.

Molto di questo percorso è già accuratamente descritto nell’Introduzione originale, a opera dei curatori del volume, ma quello che ci sembra utile sottolineare ancora una volta è come l’approccio scelto traspaia chiaramente proprio dalla lettura dei singoli casi. Elemento di forza del testo è, come si è detto, la coerenza interna, ma la sua forza maggiore è la possibilità che lo strumento diventi percorso-guida alla conoscenza traslata dei criteri diagnostici a disposizione nel testo base, ivi compresi quelli ancora più “deboli” che – nella Sezione III e nell’appendice del DSM-5 – hanno aperto questioni tutt’oggi irrisolte come “l’inquadramento culturale, il modello alternativo per i disturbi di personalità o le diagnosi di autolesività non suicidaria e la sindrome di psicosi attenuata”. Su questa linea, il richiamo costante all’esercizio del giudizio clinico da parte del lettore è il *fil rouge* che percorre un’opera che tanto potrà dare anche a chi in Italia oggi sceglie i percorsi decisionali del DSM-5 nella propria pratica clinica e si fa orientare, più o meno consapevolmente, dai criteri indicati dal Manuale diagnostico in oggetto.

Una nota finale è riconducibile alla fruibilità specifica per gli studenti o gli operatori in formazione. Abbiamo cercato di indagare, nel corso dell’ultimo anno e in attesa di questa edizione, quanto il precedente volume dei *Casi clinici* del DSM abbia potuto condizionare le scelte specifiche di uno studente – nella miriade di proposte derivanti oggi dalla rete e facilmente recuperabili da siti e forum specialistici – quando si trova a fare riferimento al caso clinico per la comprensione di temi e problemi oggetto di esame. Ebbene, possiamo dire con una buona dose di certezza che una larga parte di costoro “si fida” del volume sui casi clinici e lo fa proprio nella scelta delle tipologie psicopatologiche finalizzate alla comprensione dei temi di area psichiatrica e psicosociale in senso ampio. Questa scelta, riscontrata nella nostra pratica di docenti, ci sembra un ulteriore buon viatico alla lettura del volume e, probabilmente, alla sua forte integrazione con gli altri testi oggi a disposizione nella “collana DSM-5”.

Ringraziamenti

Alla realizzazione del libro hanno contribuito più di cento autori; per la maggior parte psichiatri, ma anche professionisti nei campi della psicologia, dell'assistenza sociale, dell'infermieristica e della sociologia. Tra quelli inizialmente consultati quasi nessuno ha declinato l'invito a scrivere per questi casi clinici, e sono certo che molti altri potenziali collaboratori che mi sono trovato costretto a escludere avrebbero fatto un lavoro altrettanto eccellente. Alcuni autori hanno partecipato alla stesura del DSM-5, ma la maggioranza no; qualcuno di loro ha anche scritto articoli scettici sulle prime versioni del manuale. Tutti hanno dovuto lavorare con notevoli restrizioni in termini di spazio e argomenti trattati, fornendo le bozze iniziali prima che il testo del DSM-5 fosse completato; nel corso della redazione del libro tutti hanno risposto puntualmente, nonostante i molteplici impegni professionali, a maree di messaggi e-mail, sollecitazioni e domande, spesso offrendo pareri e consigli preziosi: la loro disponibilità, la loro esperienza e la loro dedizione costituiscono le fondamenta di questo libro.

Vanno ringraziati anche Robert Hales, Rebecca Rinehart, John McDuffie, Greg Kuny, Roxanne Rhodes e gli altri componenti della squadra dell'American Psychiatric Publishing che hanno seguito e sostenuto fin dagli inizi questo progetto; in particolare, è da sottolineare il loro incoraggiamento a una diversità di opinioni di fronte ai dubbi e ai prolungati dibattiti che hanno accompagnato la pubblicazione del DSM-5.

All'interno dell'istituto in cui lavoro, Janna Gordon-Elliott, Joseph Murray e Susan Samuels meritano un ringraziamento speciale per l'aiuto durante l'opera di editing del libro. Vorrei anche esprimere la mia gratitudine a Jack Barchas, Robert Michels e Philip Wilner per il loro contributo allo sviluppo del DeWitt Wallace Fund, che rende più facilmente realizzabili progetti accademici come questo.

Oltre che dagli autori e dai membri del comitato editoriale, suggerimenti e/o casi sono stati forniti da molte persone, tra cui Michael First, Mary Margaret Gleason, Dagmar Herzog, Steven Hyman, Kenneth Kendler, Ron Kessler, Seth Kleinerman, Christin Kidd, David Kupfer, Akshay Lohitsa, Elizabeth Niemiec, Charles O'Brien, John Oldham, Babu Rankupalli e Samuel Weisblatt. I cinque giovani psichiatri del comitato editoriale (elencati a p. xix), selezionati all'inter-

no di un ottimo gruppo di specializzandi del New York Presbyterian Hospital/ Weill Cornell Medical College, hanno dato un enorme contributo alla redazione dei casi e alla strutturazione finale del libro.

Tra coloro che mi hanno aiutato e sostenuto, qui come altrove, vorrei infine citare l'onestabile editor e critico Katherine Barnhill, tre anni di età, che ha proposto l'inclusione di "un sacco di figure". Anche se nel libro non ci sono fotografie o immagini variopinte, speriamo offra comunque quella sorta di quadri clinici che conferisce alle diagnosi ricchezza e vitalità, permettendoci di comprendere meglio i nostri pazienti.

John W. Barnhill

Contributi

Comitato editoriale

Jonathan Avery, M.D.

Fellow in Addiction Psychiatry,
New York University School
of Medicine

Anna Dickerman, M.D.

Fellow in Psychosomatic Medicine, New
York-Presbyterian Hospital/Columbia
University Medical Center

Alexander Harris, M.D., Ph.D.

Post-doctoral Fellow in the Affective,
Anxiety, and Related Disorders;
Research Fellow, Department

of Psychiatry, Columbia University College
of Physicians and Surgeons

Robert Haskell, M.D.

Fellow in Child and Adolescent Psychiatry,
University of California,
Los Angeles

Raymond Raad, M.D., M.P.H.

Research Fellow in Forensic Psychiatry,
New York State Psychiatric Institute;
Psychoanalytic Candidate,
Columbia University Center for
Psychoanalytic Training and Research

Autori

Jamie Miller Abelson, M.S.W.

University of Michigan,
Ann Arbor, MI

Salman Akhtar, M.D.

Jefferson Medical College,
Philadelphia, PA

George S. Alexopoulos, M.D.

Weill Cornell Medical College,
New York, NY,
and New York-Presbyterian Hospital,
White Plains, NY

Margaret Altemus, M.D.

Weill Cornell Medical College
and New York-Presbyterian Hospital,
New York, NY

Paul S. Appelbaum, M.D.

Columbia University College
of Physicians and Surgeons
and New York State Psychiatric Institute,
New York, NY

Evelyn Attia, M.D.

Columbia University College
of Physicians and Surgeons
and Weill Cornell Medical College,
New York, NY;
New York-Presbyterian Hospital,
White Plains, NY

Jonathan Avery, M.D.

New York University School of Medicine,
New York, NY

Elizabeth L. Auchincloss, M.D.

Weill Cornell Medical College
and New York-Presbyterian Hospital,
New York, NY

Richard Balon, M.D.

Wayne State University,
Detroit, MI

John W. Barnhill, M.D.

Weill Cornell Medical College
and New York-Presbyterian Hospital,
New York, NY

Anne E. Becker, M.D., Ph.D.
Harvard Medical School
and Massachusetts General Hospital,
Boston, MA

Eugene Beresin, M.D.
Harvard Medical School
and Massachusetts General Hospital,
Boston, MA

Silvia Bernardi, M.D.
Columbia University College
of Physicians and Surgeons
and New York-Presbyterian Hospital,
New York, NY

Carlos Blanco, M.D., Ph.D.
Columbia University College
of Physicians and Surgeons
and New York State Psychiatric Institute,
New York, NY

Susan Bögels, Ph.D.
University of Amsterdam,
Amsterdam, The Netherlands

Robert Boland, M.D.
Alpert Medical School of Brown University,
Providence, RI

James A. Bourgeois, O.D., M.D.
University of California,
San Francisco,
School of Medicine,
San Francisco, CA

Benjamin Brody, M.D.
Weill Cornell Medical College
and New York-Presbyterian Hospital,
New York, NY

Deborah L. Cabaniss, M.D.
Columbia University College
of Physicians and Surgeons,
New York, NY

Kristin Cadenhead, M.D.
University of California,
San Diego, La Jolla, CA

Jason P. Caplan, M.D.
Creighton University School of Medicine
and St. Joseph's Hospital
and Medical Center,
Phoenix, AZ

Emil F. Coccaro, M.D.
University of Chicago,
Chicago, IL

Victoria E. Cosgrove, M.D.
Stanford University School of Medicine,
Stanford, CA

Catherine Crone, M.D.
George Washington University,
Washington, DC

Jessica Daniels, M.D.
Weill Cornell Medical College
and New York-Presbyterian Hospital,
New York, NY

Lori L. Davis, M.D.
University of Alabama at Birmingham
and Tuscaloosa V.A. Medical Center,
Tuscaloosa, AL

Anna Dickerman, M.D.
Columbia University Medical Center
and New York-Presbyterian Hospital,
New York, NY

Andrea DiMartini, M.D.
University of Pittsburgh Medical Center
and Western Psychiatric Institute and Clinic,
Pittsburgh, PA

Arden Dingle, M.D.
Emory University School of Medicine,
Atlanta, GA

Coreen Domingo, Dr.P.H.
Baylor College of Medicine,
Houston, TX

Carlo Faravelli, M.D.
University of Florence,
Florence, Italy

J. Paul Fedoroff, M.D.
University of Ottawa,
Ottawa, Ontario, Canada

Lorena Fernández de la Cruz, Ph.D.
King's College London,
London, United Kingdom

Stephen J. Ferrando, M.D.
Weill Cornell Medical College,
New York, NY,
and New York-Presbyterian Hospital,
White Plains, NY

Robert L. Findling, M.D., M.B.A.
Johns Hopkins School of Medicine,
Baltimore, MD

Eve K. Freidl, M.D.
Columbia University Medical Center
and New York-Presbyterian Hospital,
New York, NY

Matthew J. Friedman, M.D., Ph.D.
Geisel School of Medicine at Dartmouth,
Hanover, NH

Richard A. Friedman, M.D.
Weill Cornell Medical College
and New York-Presbyterian Hospital,
New York, NY

James E. Galvin, M.D., M.P.H.
New York University School of Medicine,
New York, NY

Michael Gitlin, M.D.
Geffen School of Medicine
at the University of California,
Los Angeles, Los Angeles, CA

Joseph F. Goldberg, M.D.
Icahn School of Medicine at Mount Sinai,
New York, NY

Janna Gordon-Elliott, M.D.
Weill Cornell Medical College
and New York-Presbyterian Hospital,
New York, NY

Cynthia A. Graham, Ph.D.
University of Southampton, Southampton,
United Kingdom

Robert E. Hales, M.D., M.B.A.
University of California, Davis,
School of Medicine,
Sacramento, CA

Robert Haskell, M.D.
Geffen School of Medicine
at the University of California,
Los Angeles, CA

Stephan Heckers, M.D., M.Sc.
Vanderbilt University,
Nashville, TN

Donald M. Hilty, M.D.
University of California, Davis,
School of Medicine,
Sacramento, CA

Heather B. Howell, M.S.W.
Yale School of Medicine,
New Haven, CT

James Jackson, Ph.D.
University of Michigan,
Ann Arbor, MI

Li Jin, D.O.
Baylor College of Medicine,
Houston, TX

Ian Jones, M.R.C.Psych., Ph.D.
Cardiff University School of Medicine,
Cardiff, Wales,
United Kingdom

Loes Jongerden, M.A.
University of Amsterdam,
Amsterdam, The Netherlands

Vishesh K. Kapur, M.D., M.P.H.
University of Washington,
Seattle, WA

Otto Kernberg, M.D.
Weill Cornell Medical College,
New York, NY,
and New York-Presbyterian Hospital,
White Plains, NY

Barbara J. Kocsis, M.D.
University of California,
Davis, Sacramento, CA

Thomas R. Kosten, M.D.
Baylor College of Medicine,
Houston, TX

Peter D. Kramer, M.D.
Alpert Medical School of Brown University,
Providence, RI

Ryan E. Lawrence, M.D.
Columbia University College of Physicians
and Surgeons
and New York-Presbyterian Hospital,
New York, NY

Christopher M. Layne, Ph.D.
University of California,
Los Angeles, CA

James L. Levenson, M.D.
Virginia Commonwealth
University School of Medicine,
Richmond, VA

Petros Levounis, M.D., M.A.
Rutgers New Jersey Medical School
and University Hospital,
Newark, NJ

Roberto Lewis-Fernández, M.D.
Columbia University College
of Physicians and Surgeons
and New York State Psychiatric Institute,
New York, NY

Russell F. Lim, M.D.
University of California,
Davis,
School of Medicine,
Sacramento, CA

Richard J. Loewenstein, M.D.
University of Maryland School of Medicine
and Sheppard Pratt Health System,
Baltimore, MD

Catherine Lord, Ph.D.

Weill Cornell Medical College
and New York-Presbyterian Hospital,
White Plains, NY

Dolores Malaspina, M.D., M.P.H.

New York University School of Medicine,
New York, NY

José R. Maldonado, M.D.

Stanford University School of Medicine,
Stanford, CA

David Mataix-Cols, Ph.D.

King's College London,
London, United Kingdom

Christopher McDougle, M.D.

Harvard Medical School
and Massachusetts General Hospital,
Boston, MA

Susan L. McElroy, M.D.

University of Cincinnati College
of Medicine and Lindner Center of Hope,
Mason, OH

Katharina Meyerbröker, Ph.D.

University of Amsterdam,
Amsterdam, The Netherlands

Thomas W. Meeks, M.D.

University of California,
San Diego, La Jolla, CA

Robert Michels, M.D.

Weill Cornell Medical College
and New York-Presbyterian Hospital,
New York, NY

Barbara L. Milrod, M.D.

Weill Cornell Medical College
and New York-Presbyterian Hospital,
New York, NY

James E. Mitchell, M.D.

University of North Dakota School
of Medicine and Health Sciences,
Fargo, ND

Lianne K. Morris Smith, M.D.

New York University School of Medicine,
New York, NY

Megan Mroczkowski, M.D.

Weill Cornell Medical College
and New York-Presbyterian Hospital,
New York, NY

Cheryl Munday, Ph.D.

University of Michigan,
Ann Arbor, MI

Joseph F. Murray, M.D.

Weill Cornell Medical College
and New York-Presbyterian Hospital,
New York, NY

Melissa Nau, M.D.

University of California,
San Francisco, San Francisco, CA

Nancy J. Needell, M.D.

Weill Cornell Medical College
and New York-Presbyterian Hospital,
New York, NY

Jeffrey H. Newcorn, M.D.

Icahn School of Medicine at Mount Sinai,
New York, NY

Edward V. Nunes, M.D.

Columbia University College
of Physicians and Surgeons
and New York State Psychiatric Institute,
New York, NY

Maurice M. Ohayon, M.D., D.Sc., Ph.D.

Stanford University School of Medicine,
Stanford, CA

Mayumi Okuda, M.D.

Columbia University Medical Center
and New York-Presbyterian Hospital,
New York, NY

Maria A. Oquendo, M.D.

Columbia University College
of Physicians and Surgeons,
New York-Presbyterian Hospital,
and New York State Psychiatric Institute,
New York, NY

Brian Palen, M.D.

University of Washington,
Seattle, WA

Kathy P. Parker, Ph.D., R.N.

University of Rochester Medical Center,
Rochester, NY

Juan D. Pedraza, M.D.

Icahn School of Medicine at Mount Sinai,
New York, NY

Julie B. Penzner, M.D.

Weill Cornell Medical College
and New York-Presbyterian Hospital,
New York, NY

J. Christopher Perry, M.P.H., M.D.

McGill University, Montreal,
Quebec, Canada

Friedemann Pfäfflin, M.D.

University of Ulm,
Ulm, Germany

- Cynthia R. Pfeffer, M.D.**
Weill Cornell Medical College
and New York-Presbyterian Hospital,
New York, NY
- Katharine A. Phillips, M.D.**
Alpert Medical School of Brown University,
Providence, RI
- Robert S. Pynoos, M.D., M.P.H.**
Geffen School of Medicine
at the University of California,
Los Angeles, CA
- Raymond Raad, M.D., M.P.H.**
New York State Psychiatric Institute,
New York, NY
- Peter V. Rabins, M.D., M.P.H.**
Johns Hopkins School of Medicine,
Baltimore, MD
- Charles F. Reynolds III, M.D.**
University of Pittsburgh School of Medicine,
Pittsburgh, PA
- Stephen Ross, M.D.**
New York University School
of Medicine and Bellevue Hospital Center,
New York, NY
- Anthony J. Rothschild, M.D.**
University of Massachusetts Medical School,
Worcester, MA
- David H. Rubin, M.D.**
Harvard Medical School
and Massachusetts General Hospital,
Boston, MA
- Susan Samuels, M.D.**
Weill Cornell Medical College
and New York-Presbyterian Hospital,
New York, NY
- Daniel S. Schechter, M.D.**
University of Geneva Hospitals
and Faculty of Medicine,
Geneva, Switzerland
- Lorin M. Scher, M.D.**
University of California,
Davis,
Medical School,
Sacramento, CA
- Marc A. Schuckit, M.D.**
University of California,
San Diego, La Jolla, CA
- Charles L. Scott, M.D.**
University of California,
Davis,
Medical Center,
Sacramento, CA
- Daryl Shorter, M.D.**
Baylor College of Medicine,
Houston, TX
- Larry J. Siever, M.D.**
Icahn School of Medicine at Mount Sinai,
New York, NY
- Charles H. Silberstein, M.D.**
Martha's Vineyard, MA
- Daphne Simeon, M.D.**
Icahn School of Medicine at Mount Sinai,
New York, NY
- Helen Blair Simpson, M.D., Ph.D.**
Columbia University College
of Physicians and Surgeons
and New York State Psychiatric Institute,
New York, NY
- Dan J. Stein, M.D., Ph.D.**
University of Cape Town,
Cape Town, South Africa
- Alan M. Steinberg, Ph.D.**
Geffen School of Medicine
at the University of California,
Los Angeles, CA
- Theodore A. Stern, M.D.**
Harvard Medical School
and Massachusetts General Hospital,
Boston, MA
- William S. Stone, Ph.D.**
Harvard Medical School,
Beth Israel Deaconess Medical Center
and Massachusetts Mental Health Center,
Boston, MA
- Trisha Suppes, M.D., Ph.D.**
Stanford University School of Medicine,
Stanford, CA
- Holly A. Swartz, M.D.**
University of Pittsburgh School of Medicine,
Pittsburgh, PA
- Carol A. Tamminga, M.D.**
University of Texas Southwestern
Medical School,
Dallas, TX
- Rajiv Tandon, M.D.**
University of Florida College of Medicine,
Gainesville, FL
- Rosemary Tannock, Ph.D.**
University of Toronto,
The Hospital for Sick Children,
Toronto, Ontario, Canada

Jennifer J. Thomas, Ph.D.

Harvard Medical School
and Massachusetts General Hospital,
Boston, MA

Ming T. Tsuang, M.D., Ph.D., D.Sc.

University of California,
San Diego, La Jolla, CA

Arshya Vahabzadeh, M.D.

Harvard Medical School
and Massachusetts General Hospital,
Boston, MA

John T. Walkup, M.D.

Weill Cornell Medical College
and New York-Presbyterian Hospital,
New York, NY

Michael F. Walton, M.D.

New York University School of Medicine,
New York, NY

Heather Warm, M.D.

University of California,
San Francisco, CA

Roger D. Weiss, M.D.

Harvard Medical School,
Boston, MA,
and McLean Hospital,
Belmont, MA

William C. Wood, M.D.

Weill Cornell Medical College
and New York-Presbyterian Hospital,
New York, NY

Frank Yeomans, M.D., Ph.D.

Columbia University College
of Physicians and Surgeons,
New York, NY

Kimberly A. Yonkers, M.D.

Yale School of Medicine,
New Haven, CT

Stuart C. Yudofsky, M.D.

Baylor College of Medicine,
Houston, TX

Lauren C. Zaluda, B.A.

Icahn School of Medicine at Mount Sinai,
New York, NY

Disclosure of Interests

I seguenti autori hanno dichiarato di avere rapporti economici o affiliazioni di altro genere con un partner commerciale, un produttore di prodotti commerciali, un fornitore di servizi commerciali, organizzazioni non governative e/o agenzie governative:

George S. Alexopoulos, M.D. *Research support:* Forest. *Consulting:* Otsuka, Pfizer. *Speakers' bureau:* AstraZeneca, Avanir, Novartis, Sunovion.

Evelyn Attia, M.D. *Research support:* Eli Lilly (study medication only).

Arden Dingle, M.D. *Lecture fees:* American Psychiatric Association annual meeting (Psychiatry Review course), 2012, 2013. *Travel support:* American College of Psychiatrists, PRITE meeting.

Robert L. Findling, M.D., M.B.A. *Research support, consulting, and/or speakers' bureau, 2012-2013:* American Psychiatric Publishing, AstraZeneca, Bristol-Myers Squibb, Clinsys, Cognition Group, Eli Lilly, Forest, GlaxoSmithKline, Guilford Press, Johnson & Johnson, KemPharm, Lundbeck, Merck, National Institutes of Health (NIH), Novartis, Otsuka, Oxford University Press, Pfizer, Physicians

Postgraduate Press, Rhodes Pharmaceuticals, Roche, Sage, Shire, Stanley Medical Research Institute, Sunovion, Supernus Pharmaceuticals, Transcept Pharmaceuticals, Validus, and WebMD.

Eve K. Freidl, M.D. *Research support:* American Academy of Child and Adolescent Psychiatry Pilot Research Award for Junior Faculty and Child and Adolescent Psychiatry Residents, supported by Lilly, USA LLC.

Michael Gitlin, M.D. *Speakers' bureau:* Otsuka, Bristol-Myers Squibb.

Joseph F. Goldberg, M.D. *Speakers' bureau:* AstraZeneca, Merck, Mylan Pharmaceuticals, Novartis, Sunovian. *Consultant:* Avanir, Medscape, Mylan Pharmaceuticals, WebMD.

Roberto Lewis-Fernández, M.D. *Research support:* Eli Lilly (R. Lewis-Fernández, principal investigator).

Susan L. McElroy, M.D. *Consulting/advisory board memberships, 2012-2013:* Bracket, Corcept, MedAvante, Shire, Sunovion, Teva. *Research support as principal investigator or coinvestigator:* Agency for Healthcare Research and Quality, AstraZeneca, Cephalon, Eli Lilly, Forest, Marriott Foundation, National In-

stitute of Mental Health, Orexigen Therapeutics, Pfizer, Shire, Takeda Pharmaceutical Co. Ltd, Transcept Pharmaceutical. *Patent:* Dr. McElroy is an inventor on U.S. Patent No. 6,323,236 B2, Use of Sulfamate Derivatives for Treating Impulse Control Disorders, and, along with the patent's assignee, University of Cincinnati, Cincinnati, OH, has received payments from Johnson & Johnson Pharmaceutical Research & Development, LLC, which has exclusive rights under the patent.

Barbara L. Milrod, M.D. *Research support:* Brain and Behavior Research Foundation, a fund in the New York community trust established by DeWitt Wallace. *Royalties:* Taylor & Francis.

Edward V. Nunes, M.D. *Research support:* Alkermes/Cephalon Inc. (medication for research studies), HealthSim LLC (Web-based behavioral intervention for a research study in data analysis), Reckitt-Benckiser (placebo/Suboxone study kits for research studies in data analysis), Duramed Pharmaceuticals (oral naltrexone for a research study in data analysis). Dr. Nunes (principal investigator) receives partial support from National Institute on Drug Abuse grant K24DA022412.

Maria A. Oquendo, M.D. *Royalties:* for use of the Columbia Suicide Severity Rating Scale. *Consulting:* Pfizer, for safety evaluation of a clinical facility, unrelated to the current manuscript. *Unrestricted educational grants and/or lecture fees:* AstraZeneca, Bristol-Myers Squibb, Eli Lilly, Janssen, Otsuka, Pfizer, Sanofi-Aventis, and Shire. *Equities:* Dr. Oquendo's family owns stock in Bristol-Myers Squibb.

Peter V. Rabins, M.D., M.P.H. *Consulting:* Legal testimony for Janssen Pharmaceuticals.

Charles F. Reynolds III, M.D. *Pharmaceutical support for NIH-sponsored research studies:* Bristol-Myers Squibb, Forest, Pfizer, Lilly. *Research support:* American Foundation for Suicide Prevention, Center for Medicare and Medicaid Services, Clinical and Translational Science Institute, Commonwealth of Pennsylvania, John A. Hartford Foundation, National Center for Minority Health Disparities, National Heart Lung and Blood Institute, National Institute on Aging, National Institute of Mental Health, National Palliative Care Research Center, and Patient Centered Outcomes Research Institute. *Review board:* American Association for Geriatric Psychiatry. *Patent:* Dr. Reynolds is the co-inventor (Li-

censed Intellectual Property) of psychometric analysis of the Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI) PRO10050447 (PI: E. Buysse).

Anthony J. Rothschild, M.D. *Research support:* Cyberonics, National Institute of Mental Health, St Jude Medical, and Takeda. *Consulting:* Allergan, Eli Lilly, GlaxoSmithKline, Noven Pharmaceuticals, Pfizer, Shire, and Sunovion. *Royalties:* American Psychiatric Publishing (books) and University of Massachusetts Medical School (Rothschild Scale for Antidepressant Tachyphylaxis RSAT®).

Helen Blair Simpson, M.D., Ph.D. *Research support for clinical trials:* Janssen Pharmaceuticals (2006-2012) and Neuropharm Ltd (2009). *Scientific advisory board:* Jazz Pharmaceuticals (for Luvox CR, 2007-2008) and Pfizer (for Lyrica, 2009-2010). *Consulting:* Quilliles Inc (on therapeutic needs for obsessive-compulsive disorder, 2012). *Royalties:* Cambridge University Press and UpToDate Inc.

Trisha Suppes, M.D., Ph.D. *Research funding or medications for clinical grants:* Elan Pharma International Ltd, National Institute of Mental Health, Sunovion Pharmaceuticals, V.A. Cooperative Studies Program. *Consulting/advisory board:* H. Lundbeck A/S, Sunovion. *Honoraria:* HealthmattersCME (continuing medical education), Omnia-Prova-Education Collaborative Inc. *Royalties:* Jones & Bartlett (formerly compact Clinicals). *Travel support:* American Psychiatric Association, H. Lundbeck A/S, Omnia-Prova, Sunovion.

Rosemary Tannock, Ph.D. *Research funding:* Pearson-Cogmed. *Travel grant:* Janssen-Cilag (for keynote presentation at international meeting, Stockholm).

I seguenti autori hanno dichiarato di non avere interessi economici o affiliazioni concorrenti rispetto al contenuto di questo libro:

Jamie Miller Abelson, M.S.W.
Margaret Altemus, M.D.
Paul S. Appelbaum, M.D.
Richard Balon, M.D.
John W. Barnhill, M.D.
Eugene Beresin, M.D.
Silvia Bernardi, M.D.
James A. Bourgeois, O.D., M.D.
Deborah L. Cabaniss, M.D.
Kristin Cadenhead, M.D.
Jason P. Caplan, M.D.
Catherine Crone, M.D.
Jessica Daniels, M.D.
Lori L. Davis, M.D.

- Anna Dickerman, M.D.
Andrea DiMartini, M.D.
J. Paul Fedoroff, M.D.
Stephen J. Ferrando, M.D.
Matthew J. Friedman, M.D., PhD.
James E. Galvin, M.D., M.P.H.
Janna Gordon-Elliott, M.D.
Stephan Heckers, M.D., M.Sc.
Donald M. Hilty, M.D.
Heather B. Howell, M.S.W.
Li Jin, D.O.
Christopher M. Layne, M.D.
James L. Levenson, M.D.
Petros Levounis, M.D., M.A.
Russell F. Lim, M.D.
Richard J. Loewenstein, M.D.
Christopher McDougle, M.D.
Robert Michels, M.D.
James E. Mitchell, M.D.
Lianne K. Morris Smith, M.D.
Joseph F. Murray, M.D.
Melissa Nau, M.D.
Mayumi Okuda, M.D.
Juan D. Pedraza, M.D.
J. Christopher Perry, M.P.H., M.D.
Cynthia A. Pfeffer, M.D.
Katharine A. Phillips, M.D.
Robert S. Pynoos, M.D., M.P.H.
Stephen Ross, M.D.
David H. Rubin, M.D.
Susan Samuels, M.D.
Lorin M. Scher, M.D.
Marc A. Schuckit, M.D.
Charles L. Scott, M.D.
Alan M. Steinberg, Ph.D.
William S. Stone, Ph.D.
Ming T. Tsuang, M.D., Ph.D., D.Sc.
Arshya Vahabzadeh, M.D.
Michael F. Walton, M.D.
Heather Warm, M.D.
Roger D. Weiss, M.D.
William C. Wood, M.D.
Kimberly A. Yonkers, M.D.
Lauren C. Zaluda, B.A.

Introduzione

Questo libro è inteso come un testo di accompagnamento alla quinta edizione del *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali* (DSM-5) dell'American Psychiatric Association. I due volumi hanno in comune la struttura di base (i titoli dei 19 capitoli di questo libro sono identici a quelli dei primi 19 capitoli del DSM-5) e l'obiettivo principale (la rilevanza clinica). Delineano i criteri per una serie di diagnosi psichiatriche e possono essere usati da persone al di fuori del campo della salute mentale, sebbene entrambi sottolineino come il giudizio clinico di esperti sia spesso necessario per distinguere ciò che può essere considerato normale o patologico nell'ambito di criteri specifici, nel formulare una diagnosi e nell'identificare importanti comorbilità.

Ci sono però differenze fondamentali per quanto riguarda la presentazione delle informazioni. Ogni capitolo di questo libro contiene casi clinici che illustrano una o più diagnosi del DSM-5, e ogni caso (in tutto sono 103) è seguito da una breve discussione. Alcuni sono stati scelti per esemplificare diagnosi comuni, altri per evidenziare ambiguità e controversie che hanno alimentato gli accesi dibattiti relativi alla realizzazione del manuale. Le descrizioni dei quadri clinici offrono molte informazioni, ma non necessariamente tutte quelle che potrebbero confermare una diagnosi. Alcuni pazienti sono sinceri e collaborativi, mentre altri forniscono resoconti poco chiari, incompleti, contraddittori o ingannevoli; alcuni decidono autonomamente di rivolgersi a uno psichiatra, altri dietro insistenza di familiari o amici, altri ancora sono sottoposti a una valutazione psichiatrica dopo essere stati accompagnati in ospedale da agenti di polizia. In alcuni casi i dati disponibili portano rapidamente a una diagnosi evidente, in altri informazioni cruciali emergono solo verso la fine della valutazione. In altre parole, i casi descritti riflettono la normale pratica clinica.

Agli autori è stato chiesto di discutere i casi in qualità di "assistanti esperti", illustrando le modalità grazie alle quali il clinico può arrivare all'inquadramento diagnostico del paziente. Il limite complessivo (circa mille parole) imposto per la presentazione e la discussione del quadro clinico implica che entrambe non risultino esaustive; ma questa stessa sinteticità permette di mostrare come in un piccolo lasso di tempo clinici esperti possono trasformare un insieme di dati più o meno confusi in una diagnosi differenziale. Agli autori è stato chiesto

anche di porre delle diagnosi; come indicato nel DSM-5, la diagnosi principale si riferisce alla condizione che appare prevalentemente responsabile della visita psichiatrica o del ricovero ospedaliero, ma può essere indicata, eventualmente, qualsiasi altra diagnosi ritenuta probabile.

Nelle discussioni di diversi casi clinici, come nelle introduzioni ai vari capitoli, sono inoltre indicate molte delle modifiche apportate nel DSM-5 rispetto al DSM-IV, sia riguardo ai criteri diagnostici di disturbi specifici, sia, più in generale, relativamente alla classificazione dei disturbi. Per esempio, non c'è più il sistema multiassiale, sebbene le singole componenti continuino a far parte della valutazione clinica. Il DSM-5 indica che tutte le diagnosi psichiatriche e mediche pertinenti dovrebbero essere elencate insieme, senza essere distinte in Asse I, II o III. I problemi psicosociali e ambientali che possono influenzare la diagnosi (l'Asse IV del DSM-IV) restano importanti per la valutazione, ma per individuarli il DSM-5 utilizza il sistema sviluppato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità, con i codici V dell'ICD-9 e i codici Z che saranno discussi nel non ancora pubblicato ICD-10. L'Asse V era costituito dalla Valutazione Globale del Funzionamento, ma la mancanza di chiarezza concettuale e la discutibile psicommetria di questo strumento hanno portato a suggerire invece l'uso della World Health Organization Disability Assessment Schedule (WHODAS), riportata nella Sezione III del DSM-5.

Un altro cambiamento generale riguarda l'organizzazione delle categorie diagnostiche ampie secondo un ordine che corrisponde meglio a un approccio basato sull'arco della vita. Per esempio, il DSM-5 si apre con quelle diagnosi che più spesso riguardano l'infanzia (i disturbi del neurosviluppo), per poi illustrare le condizioni che solitamente si manifestano più tardi (come disturbi dello spettro della schizofrenia, disturbo bipolare, disturbi depressivi e d'ansia), e descrivere, infine, le diagnosi più tipiche dell'età adulta e avanzata (come i disturbi neurocognitivi). Il medesimo approccio è stato adottato all'interno di ogni categoria: per esempio, la pica è descritta all'inizio del capitolo sui disturbi della nutrizione e dell'alimentazione, mentre il capitolo sui disturbi depressivi si apre con la nuova diagnosi di disturbo da disgregazione dell'umore dirompente.

I casi clinici proposti in questo libro illustrano in modo specifico le diagnosi riportate nei primi 19 capitoli della Sezione II del DSM-5 (la Sezione I è introduttiva), ma menzionano, dove opportuno, anche disturbi e problemi discussi negli ultimi capitoli di tale sezione: per esempio, la sindrome maligna da neurolettici descritta nel ventunesimo capitolo tra le reazioni avverse ai farmaci; oppure le condizioni che pur non essendo disturbi mentali possono meritare attenzione clinica – inclusi i problemi familiari, economici e sociali che corrispondono ai codici V e Z già citati – a cui è dedicato il capitolo successivo.

Mentre i criteri diagnostici esposti nella Sezione II sono stati oggetto di estesi processi di revisione, non ci sono ancora evidenze scientifiche sufficienti a sostegno di un diffuso utilizzo clinico degli strumenti, delle tecniche e delle diagnosi discusse nella Sezione III. Ciò nonostante, nei casi clinici vengono affrontate anche alcune delle questioni trattate nella sezione III del DSM-5, come l'inquadramento culturale, il modello alternativo per i disturbi di personalità o le diagnosi

di autolesività non suicidaria e sindrome di psicosi attenuata. Infine, il DSM-5 si conclude con una Appendice che comprende una descrizione dei cambiamenti più significativi rispetto al DSM-IV, un glossario dei termini tecnici e un glossario dei concetti culturali di sofferenza. I casi clinici includono esempi che fanno riferimento a questa parte, ma per una discussione più dettagliata di tutti gli aspetti della diagnosi psichiatrica si rimanda alla lettura del manuale.

Le persone possono soffrire a causa di molti tipi di comportamenti, pensieri e sentimenti; il DSM-5 si propone di rispecchiare una simile complessità alla luce delle evidenze attualmente disponibili. Ma anche con le migliori linee guida possibili l'esercizio del giudizio clinico è essenziale per una comprensione adeguata dei pazienti: l'obiettivo di *DSM-5. Casi clinici* è rivolto allo sviluppo della nostra esperienza professionale e al miglioramento della nostra efficacia nell'applicare i criteri indicati in questo manuale diagnostico.

Nota generale

I casi clinici discussi in questo libro sono raggruppati secondo le categorie diagnostiche del DSM-5; di conseguenza, un caso che, per esempio, corrisponde a una diagnosi primaria di autismo si troverà nel capitolo dedicato ai disturbi del neurosviluppo. Alcuni casi sono stati scelti per illustrare comorbilità, controversie e ambiguità, ma molti altri hanno lo scopo di fornire esempi relativamente ben delineati dei disturbi descritti nel DSM-5.

Agli autori dei casi e delle rispettive discussioni è stato chiesto di lavorare all'interno di una serie di limitazioni significative. La principale riguarda la lunghezza: gli autori dovevano focalizzarsi essenzialmente sulla diagnosi, anziché sul trattamento; oltre a mostrare come i criteri del DSM-5 si applicassero al caso, potevano decidere di affrontare temi quali diagnosi differenziale, comorbilità o inquadramento culturale, senza, peraltro, poterli illustrare in maniera esauritiva perché ogni discussione non doveva superare di molto il limite indicativo di 500 parole. Le diagnosi dovevano basarsi sulle informazioni contenute nella prima parte, spesso deliberatamente incomplete; la successiva discussione diagnostica è quindi a volte permeata dallo stesso grado di putativa certezza che si incontra comunemente nella pratica clinica. Infine, dato che le discussioni dovevano soprattutto sollecitare interrogativi e approfondimenti, agli autori è stato chiesto di fornire un breve elenco di letture consigliate, e non veri e propri riferimenti bibliografici.

I quadri clinici delineati si basano sulle storie di pazienti reali; la loro identità è celata con l'uso di nomi fintizi, scelti dal comitato editoriale, con l'intenzione di riflettere il mosaico culturale nordamericano. I nomi sono stati assegnati seguendo l'ordine alfabetico, indicando per nome soltanto i pazienti di età inferiore ai vent'anni. Se per caso un qualsiasi nome o un qualsiasi quadro clinico risultasse simile a quello di una persona reale, tale coincidenza andrebbe considerata in quanto tale.

1. Disturbi del neurosviluppo

Introduzione

Robert Haskell

L'approccio che prevede la descrizione della malattia mentale nell'arco della vita di un paziente implica che il DSM-5 si apra con i disturbi del neurosviluppo. Questo gruppo di disturbi viene solitamente diagnosticato per la prima volta durante l'infanzia o l'adolescenza; presi singolarmente, sono stati oggetto di una complessa operazione di "sfrondamento", riorganizzazione e chiarificazione, che ha portato, tra gli altri, a uno dei cambiamenti più controversi del DSM-5: quello che riguarda la definizione di autismo e dei criteri diagnostici correlati.

Nel DSM-5 il disturbo dello spettro dell'autismo comprende pazienti che prima corrispondevano alle diagnosi di disturbo autistico, disturbo di Asperger, disturbo disintegrativo dell'infanzia, disturbo di Rett e disturbo pervasivo dello sviluppo non altrimenti specificato; queste categorie diagnostiche non sono più considerate entità cliniche separate. I nuovi criteri includono: 1) deficit persistenti e pervasivi nella comunicazione e nell'interazione sociale e 2) pattern ristretti e ripetitivi di comportamento, interessi e attività. Secondo l'attuale definizione, il disturbo dello spettro dell'autismo può essere ripartito in sottocategorie in base alla presenza o assenza di compromissione intellettuale e/o di una condizione medica associata. Inoltre, l'identificazione di tre livelli di gravità aiuta a chiarire il grado di assistenza sociale o occupazionale necessaria; per esempio, un paziente che richiede "un supporto molto significativo" può manifestare un'estrema inflessibilità comportamentale o usare in modo intelligibile solo venti parole.

Il disturbo da deficit di attenzione/iperattività (DDAI) continua a essere suddiviso in due dimensioni (disattenzione e iperattività/impulsività); per la diagnosi devono essere presenti almeno sei sintomi relativi a una o a entrambe le dimensioni. Per esempio, la disattenzione può essere rivelata da comportamenti quali facile distraibilità e sbadataggine nel fare i compiti o tendenza a perdere quaderni e libri di scuola, mentre i criteri per iperattività/impulsività includono irrequietezza, impazienza e loquacità eccessiva. La diagnosi di DDAI è generalmente incompleta se non è specificato il rapporto tra le dimensioni (con disattenzione

predominante, con iperattività/impulsività predominanti o combinato). Diversi sintomi devono essere presenti prima dei dodici anni di età, non prima dei sette anni come nel DSM-IV; un'altra differenza è il numero dei criteri sintomatologici per gli adulti, ridotto da sei a cinque all'interno di una dimensione. Questi due cambiamenti riflettono i dati che mostrano come l'uso di criteri meno rigidi permetta di identificare individui che hanno sintomi, difficoltà e disfunzioni molto simili a quelli di persone già con diagnosi di DDAI, e che possono potenzialmente trarre benefici da un trattamento. D'altro canto, come per tutte le categorie del DSM-5, sta al clinico decidere se porre la diagnosi solo per gli individui che soddisfano i criteri diagnostici e il cui disagio e compromissione funzionale raggiungono una soglia clinica rilevante.

In linea con il linguaggio legislativo e con i termini oggi tendenzialmente utilizzati nella pratica clinica, nel DSM-5 la definizione *ritardo mentale* è stata sostituita con *disabilità intellettiva* (disturbo dello sviluppo intellettuale). I tre criteri fondamentali rimangono invariati: deficit delle funzioni intellettive e del funzionamento adattivo (in aree quali comunicazione, lavoro o attività ricreative), con insorgenza in età precoce. La diagnosi però non dipende più da test formali dell'intelligenza (punteggi di \bullet); il DSM-5 invita il clinico a condurre una valutazione complessiva del grado di disabilità, da lieve a estremo, in base a tre ambiti principali: concettuale, sociale e pratico. Per esempio, una persona con disabilità grave può avere una scarsa comprensione di concetti come il tempo o il denaro, può usare il linguaggio per comunicare ma non per spiegare e ha probabilmente bisogno di assistenza in tutte le attività della vita quotidiana.

I disturbi della comunicazione che si manifestano inizialmente nell'infanzia includono il disturbo del linguaggio (precedentemente diviso nei disturbi dell'espressione e della ricezione del linguaggio); il disturbo fonetico-fonologico, caratterizzato da un'incapacità di produrre i suoni fondamentali che formano le parole non causata da una condizione medica congenita o acquisita; il disturbo della fluenza con esordio nell'infanzia (balbuzie); e una nuova diagnosi, il disturbo della comunicazione sociale (pragmatica), caratterizzato da difficoltà persistenti nell'uso sociale della comunicazione verbale e non verbale – diagnosi in cui molto probabilmente rientrano alcuni degli individui che hanno tratti autistici ma che non soddisfano tutti i criteri per la diagnosi di disturbo dello spettro dell'autismo.

Una nuova diagnosi ombrello del DSM-5 è quella di disturbo specifico dell'apprendimento; la diagnosi prevede l'uso di specificatori relativi alle abilità coinvolte (lettura, espressione scritta e calcolo) che forniscono a genitori e insegnanti la possibilità di individuare in modo più preciso le aree in cui un bambino ha maggiormente bisogno di aiuto.

Il primo capitolo del DSM-5 si chiude con i disturbi del movimento, che comprendono il disturbo dello sviluppo della coordinazione, il disturbo da movimento stereotipato e i disturbi da tic. I tic sono movimenti non ritmici e improvvisi di breve durata; possono essere distinti in tic motori, come ammiccamenti degli occhi e scrollate delle spalle, e tic vocali, che includono l'emissione di sbuffi

o versi e la pronuncia involontaria di parole o frasi. Il disturbo da tic più complesso è il disturbo di Tourette, di cui soffrono individui che presentano per un periodo superiore a dodici mesi almeno un tic vocale e tic motori multipli che non possono essere spiegati da una condizione medica o dagli effetti fisiologici di sostanze come la cocaina.

Inevitabilmente, i disturbi del neurosviluppo hanno sintomi in comune con un'ampia gamma di malattie psichiatriche, i clinici devono tenere presente che per i bambini di età pari o inferiore ai dodici anni il numero delle condizioni da considerare nella diagnosi differenziale è molto alto. Inoltre, a volte i disturbi del neurosviluppo favoriscono l'insorgenza di altri disturbi; per esempio, un disturbo dell'apprendimento può causare ansia, mentre un DDAI non trattato può rendere un paziente vulnerabile all'abuso di sostanze. I casi che seguono cercano di chiarire alcuni di questi intricati percorsi diagnostici ed esplorano le comorbilità che rendono il trattamento dei disturbi del neurosviluppo uno dei compiti più difficili nel campo della psichiatria.

Letture consigliate

- BROWN, T.E. (2009) (a cura di), *ADHD Comorbidities*. American Psychiatric Publishing, Washington.
- HANSEN, R.L., ROGERS, S.J. (2013) (a cura di), *Autism and Other Neurodevelopmental Disorders*. American Psychiatric Publishing, Washington.
- TANGUAY, P.E. (2011), "Autism in DSM-5". In *American Journal of Psychiatry*, 168, pp. 1142-1144

Caso 1.1

Una seconda opinione sull'autismo

Catherine Lord

Ashley, 17 anni, era stata inviata per una rivalutazione diagnostica. Le diagnosi poste in età infantile erano di autismo e ritardo mentale; a queste si era aggiunta recentemente la diagnosi di sindrome di Kleefstra. I familiari chiedevano una conferma delle diagnosi precedenti e una stima del rischio genetico per i futuri figli delle sue due sorelle (entrambe più vecchie di lei).

Al momento della rivalutazione Ashley frequentava una scuola speciale con focus sulle abilità funzionali. Era capace di vestirsi, ma non di fare una doccia senza aiuto e non poteva essere lasciata a casa da sola. Era in grado di leggere (decodificare) parole e di scomporle in lettere, ma aveva una scarsa comprensione di ciò che leggeva. Cambiamenti nei suoi programmi abituali o in ciò che le veniva chiesto di fare tendevano a irritarla; quando si irritava, Ashley spesso reagiva facendosi del male (per esempio, mordendosi i polsi) o procurandolo ad altri (per esempio, tirando loro i capelli o pizzicandoli).

In test formali eseguiti nell'ambito della rivalutazione, Ashley aveva ottenuto un punteggio di 39 per l'abilità non verbale e di 23 per l'abilità verbale, con un QI totale pari a 31. I punteggi relativi al funzionamento adattivo erano un po' più alti, con un valore complessivo di 42 (il valore medio nella popolazione è 100).

I genitori di Ashley, preoccupati dalla presenza di significativi ritardi nel suo sviluppo motorio, avevano cercato per la prima volta assistenza quando la bambina aveva nove mesi. Ashley aveva incominciato a camminare all'età di venti mesi, era stata educata al controllo sfinterico a cinque anni e a sei aveva pronunciato la sua prima parola. All'età di tre anni aveva ricevuto una diagnosi di ritardo dello sviluppo; all'età di quattro anni una diagnosi di autismo, obesità ed encefalopatia statica. In una delle valutazioni era stata segnalata una possibile dismorfologia facciale; i test genetici effettuati all'epoca non avevano fornito risultati utili per la diagnosi.

Secondo quanto riportato dai genitori, Ashley conosceva centinaia di parole e molte frasi semplici. Aveva sempre mostrato un forte interesse per le targhe delle automobili, passando ore a disegnarle; aveva una buona memoria ed era capace di riprodurre con precisione le targhe di diversi stati. Aveva inoltre sempre manifestato un forte attaccamento nei confronti dei genitori e delle sorelle; aveva comportamenti affettuosi anche con i bambini piccoli, mentre mostrava un interesse minimo verso i coetanei adolescenti.

L'anamnesi familiare indicava un padre con dislessia, uno zio paterno con epilessia e un cugino materno con possibile "sindrome di Asperger". Entrambe le sorelle frequentavano con successo l'università.

Ashley era una giovane donna sovrappeso, con un bel sorriso; durante la visita aveva anche occasionalmente riso fra sé e sé, ma per la maggior parte del tempo aveva mantenuto un'espressione neutra. Non cercava un contatto visivo, anche se

spesso sembrava sbirciare con la coda dell'occhio e, in genere, ignorava ciò che gli altri le dicevano. Per chiedere un oggetto che aveva attirato la sua attenzione (una rivista con la copertina colorata), aveva iniziato a ondeggiare da un piede all'altro e lo aveva indicato con il dito; quando le era stato offerto un altro oggetto (un animale di stoffa), per ispezionarlo lo aveva avvicinato al naso e alla bocca. Ashley parlava con una voce acuta e un'intonazione inusuale. Nel corso dell'intervista aveva usato diverse parole e alcune frasi, che non sembrava comprendere appieno ma erano comunque comunicative: per esempio, "voglio pulire" o "hai un camioncino?".

Negli ultimi mesi, i genitori avevano notato che Ashley era diventata progressivamente apatica. Una prima valutazione medica aveva concluso che i suoi sintomi erano probabilmente causati da un'infezione delle vie urinarie, ma gli antibiotici somministrati sembravano avere come unico effetto quello di renderla ancora più abulica. Una seconda visita aveva portato ad analisi genetiche approfondite: Ashley è risultata affetta da sindrome di Kleefstra, un raro difetto genetico associato a vari tipi di problemi, tra cui disabilità intellettiva. I genitori riferirono di avere eseguito a loro volta i test, con "esiti negativi".

I genitori di Ashley volevano sapere, in primo luogo, se i risultati dei test genetici influenzavano le diagnosi poste in passato e il futuro accesso a servizi di sostegno; inoltre, se le altre due figlie dovevano sottoporsi a esami per verificare la possibilità di essere portatrici di geni associati ad autismo, ritardo mentale e/o sindrome di Kleefstra.

Diagnosi

- Disabilità intellettiva, grave
- Disturbo dello spettro dell'autismo, con compromissione intellettuale e del linguaggio, associato a sindrome di Kleefstra

Discussione

Per quanto riguarda la diagnosi, i risultati dei test cognitivi e le sue limitate capacità adattive indicano che Ashley rientra nella definizione di disabilità intellettuale del DSM-5. Ashley presenta anche sintomi che corrispondono ai due criteri basilari per disturbo dello spettro dell'autismo: 1) deficit della comunicazione sociale e 2) pattern ristretti e ripetitivi di comportamento, interessi e attività. Ashley soddisfa altri criteri del DSM-5 per il disturbo, perché i sintomi si sono manifestati in una fase precoce dello sviluppo, determinando una compromissione funzionale significativa. Un quinto criterio prevede che i sintomi non siano meglio spiegati da disabilità intellettuale, questione che nel caso di Ashley risulta particolarmente complicata.

Per molti anni clinici e ricercatori hanno dibattuto sui confini tra autismo e disabilità intellettive. La frazione di bambini e adulti che corrispondono ai criteri per l'autismo aumenta con il diminuire del QI; molti individui con valori di QI inferiori a 30 sono affetti da disturbo dello spettro dell'autismo, oltre ad essere cognitivamente disabili. Nel caso di Ashley, per soddisfare i criteri del DSM-5

sia per disturbo dello spettro dell'autismo sia per disabilità intellettiva, i deficit e i comportamenti specifici associati ad autismo avrebbero dovuto essere più rilevanti di quelli che si osservano abitualmente in persone con il suo sviluppo intellettuale complessivo. In altre parole, se i suoi deficit fossero stati causati soltanto da ridotte capacità intellettive, le abilità di Ashley, in termini di gioco e interazione sociale, sarebbero state paragonabili a quelle di un tipico bambino di tre o quattro anni. Ma le capacità di interazione sociale di Ashley non sono per niente simili alle capacità che solitamente si riscontrano in un bambino in età prescolare e non lo sono mai state. Ha espressioni facciali limitate, scarso contatto visivo, minimo interesse nei confronti dei coetanei. Rispetto alla sua "età mentale", Ashley mostra una restrizione significativa nel repertorio di interessi e nella comprensione delle emozioni umane fondamentali; inoltre, manifesta comportamenti che comunemente non si osservano a nessuna età.

L'eterogeneità dell'autismo ha generato controversie significative. Secondo alcuni, per esempio, i bambini con disabilità intellettive molto gravi dovrebbero essere esclusi dalla diagnosi di disturbo dello spettro dell'autismo; altri sostengono che i bambini con minori disabilità cognitive dovrebbero rientrare in una categoria a parte, quella della sindrome di Asperger. Tuttavia, i dati che provengono dalla ricerca non supportano queste distinzioni; per esempio, alcuni studi indicano che bambini con sintomi autistici e disabilità intellettiva grave spesso hanno fratelli con autismo e maggiori capacità intellettive. Sull'autismo c'è ancora molto da imparare, ma il QI non sembra essere il fattore discriminante.

Da un punto di vista pragmatico, il fattore critico è stabilire se una diagnosi di disturbo dello spettro dell'autismo offre informazioni che aiutano a indirizzare il trattamento e l'assistenza. Per Ashley, la diagnosi incoraggia un focus sulle sue scarse abilità sociali; richiama l'attenzione sulle differenze nella sua motivazione e nel suo bisogno di struttura; sottolinea l'importanza di considerare accuratamente, a livello cognitivo, i suoi punti di forza (memoria e rappresentazione visiva) e punti deboli (comprensione, interazione sociale, capacità di adattarsi ai cambiamenti). Tutte queste componenti possono giocare un ruolo importante nei suoi tentativi di vivere il più indipendentemente possibile.

I genitori di Ashley si preoccupano anche dell'impatto che i risultati dei recenti test genetici possono avere sul suo trattamento e sulle eventuali gravidanze delle sorelle. Centinaia di singoli geni possono avere un ruolo nei complessi meccanismi neurologici che contribuiscono allo sviluppo di autismo, ma nella maggioranza dei casi non è riscontrabile una causa chiara. La sindrome di Kleefstra è associata sia a disabilità intellettiva sia a sintomi di autismo. Quando sono implicate, le condizioni genetiche o mediche o le componenti ambientali sono considerate come specificatori, ma non influenzano in altro modo la diagnosi di disturbo dello spettro dell'autismo.

D'altra parte, conoscere le origini genetiche della disabilità intellettiva e del disturbo autistico di Ashley è importante per diversi motivi. Per esempio, sollecita i medici a cercare comorbilità frequenti nella sindrome di Kleefstra, come difetti cardiaci e renali (presumibilmente responsabili delle sue infezioni delle

vie urinarie ricorrenti); può inoltre ampliare la possibilità di avere informazioni, mettendo in contatto la famiglia di Ashley con altre famiglie con membri affetti da questa sindrome rara. Importanti sono anche gli effetti della nuova diagnosi genetica sulle sorelle di Ashley. In quasi tutti i casi riportati, la sindrome di Kleefstra si è manifestata come una condizione *ex novo*, non ereditata; ciò significa che c'è una probabilità estremamente bassa che i familiari di Ashley abbiano anomalie nella regione genica coinvolta. In rare occasioni un genitore non affetto ha una traslocazione cromosomica o un mosaicismo che può causare la sindrome, ma il fatto che i genitori di Ashley siano risultati "negativi" nei test effettuati implica che non sono portatori genetici. Anche se questo non è necessariamente vero per altri disturbi genetici autismo-correlati, la diagnosi genetica specifica posta per Ashley indica che probabilmente le sue sorelle non hanno un rischio superiore alla norma di generare figli affetti da autismo, informazione per loro preziosa e rassicurante. Per quanto i fattori genetici abbiano senza dubbio un ruolo rilevante nell'autismo e nella disabilità intellettuiva, rimane il fatto che, nella maggior parte dei casi, queste condizioni non possono essere predette in maniera affidabile, e la diagnosi è formulata in seguito all'osservazione longitudinale durante l'infanzia.

Lecture consigliate

- KLEEFSTRA, T., NILLESSEN, W.M., YNTEMA, H.G. (2010), "Kleefstra syndrome". In *Gene Reviews*, 5 ottobre.
- LORD, C., PICKLES, A. (1996), "Language level and non-verbal social-communicative behaviors in autistic and language-delayed children". In *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35, pp. 1542-1550.
- LORD, C., SPENCE, S.J. (2006), "Autism spectrum disorders: phenotype and diagnosis". In MOLDIN, S.O., RUBENSTEIN, J.L.R., BOCA RATON, F.L. (a cura di), *Understanding autism: From Basic Neuroscience to Treatment*. Taylor & Francis, pp. 1-24.
- SHATTUCK, P.T., DURKIN, M., MAENNER, M. ET AL. (2009), "Timing of identification among children with an autism spectrum disorder: findings from a population-based surveillance study". In *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 48, pp. 474-483.
- WING, L., GOULD, J. (1979), "Severe impairments of social interaction and associated abnormalities in children: epidemiology and classification". In *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 9, pp. 11-29.

Caso 1.2 Scoppi d'ira

Arshya Vahabzadeh, Eugene Beresin, Christopher McDougle

Brandon, 12 anni, era stato portato dalla madre per una valutazione psichiatrica a causa di ripetuti scoppi d'ira che sembravano contribuire a un declino del rendimento scolastico. La donna, evidentemente turbata, diceva che il figlio aveva sempre avuto difficoltà di natura sociale, ma che la situazione era peggiorata da quando aveva iniziato a frequentare la scuola media.

Secondo i resoconti degli insegnanti Brandon non aveva particolari problemi di apprendimento, ma palesava scarsa capacità di fare amicizia. Si mostrava sospettoso nei confronti di compagni che cercavano di essere gentili con lui, mentre sembrava fidarsi di altri che, scherzando, fingevano interesse per le automobiline che portava a scuola. In classe parlava raramente e spesso piangeva. Negli ultimi mesi diversi insegnanti lo avevano sentito litigare con altri ragazzi, solitamente nel corridoio ma a volte anche in aula; gli insegnanti non avevano accertato i motivi di questi scontri ma, in genere, non avevano punito Brandon presumendo che fosse stato provocato.

Quando era stato intervistato da solo, Brandon aveva risposto alle domande sulla sua famiglia, sulla scuola e sui compagni bofonchiando frasi poco articolate; si era però illuminato quando l'esaminatore gli aveva chiesto quali fossero i suoi giochi preferiti. Aveva tirato fuori dallo zaino una serie di automobili, camion e aeroplani giocattolo e, pur senza stabilire un buon contatto visivo, aveva incominciato a descrivere dettagliatamente i vari tipi di veicoli, fornendo definizioni precise di modelli e marche. Quando gli era stato chiesto nuovamente di parlare della scuola, Brandon aveva preso il suo cellulare e aveva mostrato un elenco di messaggi di testo ricevuti, tra cui: "Asino!!!", "Signor Balbuzie", "Svitato", "Balordo!", "TUTTI TI ODIANO".

Mentre l'esaminatore leggeva questa lunga lista di messaggi, che Brandon aveva salvato nella memoria del telefonino ma di cui apparentemente non aveva in precedenza parlato con nessuno, il ragazzo aveva aggiunto che alcuni compagni in classe gli dicevano "brutte parole" a bassa voce e nei corridoi gli urlavano nelle orecchie; "e io odio i rumori forti", aveva commentato. Aveva anche riferito di aver considerato la possibilità di scappare di casa, ma che poi aveva deciso che forse la cosa migliore era scappare nella sua stanza.

Per quanto riguarda la storia evolutiva, Brandon aveva pronunciato la sua prima parola a dieci mesi e aveva iniziato a usare frasi brevi all'età di tre anni. Fin da piccolo aveva mostrato un interesse particolare per automobili, autocarri, treni. Secondo quanto riportato dalla madre era sempre stato "molto timido" e non aveva mai avuto "un amico del cuore"; faceva fatica a comprendere scherzi e canzonature infantili, perché "prendeva tutto sul serio". Per lungo tempo la donna aveva considerato "un po' strani" i comportamenti di Brandon che, peraltro, non erano molto diversi da quelli del padre, un avvocato di successo con interessi altrettanto ristretti; entrambi "amavano la routine" ed erano "privi di senso dell'umorismo".

Nel corso del colloquio con l'esaminatore Brandon era apparso timido e poco spontaneo. La ricerca di contatto visivo era inferiore alla norma; il discorso era coerente e appropriato al contesto. Mentre parlava si era inceppato in diverse occasioni, con pause eccessive e rapide ripetizioni di parole o sillabe. Brandon aveva detto di stare bene, ma che aveva paura della scuola; nel complesso sembrava triste, ed era diventato più vivace soltanto durante il dialogo sui suoi modellini di automobili. Aveva negato di avere pensieri suicidi, pensieri omicidi o sintomi psicotici. Le sue capacità cognitive erano nella norma.

Diagnosi

- Disturbo dello spettro dell'autismo senza compromissione intellettiva, con compromissione del linguaggio associata: disturbo della fluenza con esordio nell'infanzia (balbuzie)

Discussione

Brandon presenta sintomi compatibili con la nuova diagnosi del DSM-5 di disturbo dello spettro dell'autismo, che ingloba entità precedentemente separate come il disturbo autistico (autismo), il disturbo di Asperger e il disturbo pervasivo dello sviluppo non altrimenti specificato. Il disturbo dello spettro dell'autismo è caratterizzato da due gruppi principali di sintomi: deficit della comunicazione sociale, un insieme fisso di interessi e comportamenti ripetitivi.

È evidente che Brandon ha considerevoli problemi nelle interazioni sociali con i coetanei; non riesce a farsi degli amici, non partecipa a giochi interattivi e ha una scarsa capacità di decodificare i segnali sociali. Tipicamente le persone con disturbo dello spettro dell'autismo trovano difficile interpretare correttamente la rilevanza delle espressioni facciali, del linguaggio del corpo e di altri comportamenti non verbali. Brandon manca di senso dell'umorismo e "prende tutto sul serio". Questi sintomi soddisfano i criteri relativi ai deficit della comunicazione sociale; ma Brandon ha anche interessi limitati e comportamenti ripetitivi che sono causa di difficoltà significative. Il suo unico vero interesse sembra essere rappresentato dalle automobili e da altri veicoli e, apparentemente, non comprende come altri ragazzi possano non condividere il suo entusiasmo per questi oggetti. Ha bisogno di regolarità; qualsiasi cambiamento nella sua routine genera disagio. Brandon corrisponde quindi a entrambi i criteri sintomatologici primari per la diagnosi di disturbo dello spettro dell'autismo.

Inoltre, quando parla Brandon farfuglia, si interrompe spesso e ripete parole o parti di parole; questi sintomi indicano la presenza di balbuzie, classificata dal DSM-5 tra i disturbi della comunicazione come disturbo della fluenza con esordio nell'infanzia. Tipicamente persistente e caratterizzato da frequenti ripetizioni o prolungamenti di suoni, parole spezzate, pause nel discorso e circonlocuzioni, il disturbo della fluenza può determinare disfunzioni significative a livello sociale, scolastico e lavorativo.

Tra gli altri disturbi della comunicazione il DSM-5 considera le difficoltà nella produzione dell'eloquio (disturbo fonetico-fonologico), nell'uso del linguaggio scritto e parlato (disturbo del linguaggio) e negli usi sociali della comunicazione verbale e non verbale (disturbo della comunicazione sociale [pragmatica]). Sebbene non siano emerse nel corso della valutazione, Brandon dovrebbe essere ulteriormente esaminato per verificare l'eventuale presenza di difficoltà di questo tipo, perché una compromissione del linguaggio è così comunemente parte di un disturbo dello spettro dell'autismo da venire indicata come specificatore, anziché come comorbilità con diagnosi distinte.

Prima del DSM-5 Brandon sarebbe rientrato nella diagnosi di disturbo di Asperger, che identificava un gruppo di individui con tratti autistici (deficit sociali e interessi limitati) e intelligenza normale. Tuttavia, per molto tempo Brandon è stato considerato "un po' strano" ma senza problemi che meritassero una specifica attenzione clinica, forse perché anche suo padre manifestava sintomi dello spettro autistico. La mancanza di una diagnosi ha contribuito a fare di Brandon la vittima indifesa di un bullismo crudele, una situazione non infrequente per le persone con disturbo dello spettro dell'autismo. Senza interventi adeguati sia per i sintomi di autismo, sia per la sua balbuzie, Brandon è esposto a un alto rischio di continuo trauma psicologico e fallimento scolastico.

Letture consigliate

STERZING, P.R., SHATTUCK, P.T., NARENDORF, S.C. ET AL. (2012), "Bullying involvement and autism spectrum disorders: prevalence and correlates of bullying involvement among adolescents with an autism spectrum disorder". In *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, 166, pp. 1058-1064.

TOTH, K., KING, B.H. (2008), "Asperger's syndrome: diagnosis and treatment". In *American Journal of Psychiatry*, 165, pp. 958-963.

Caso 1.3

Difficoltà di apprendimento

Rosemary Tannock

Carlos, un giovane di 19 anni di origine messicana, si era presentato per una visita presso un ospedale pubblico a causa dei suoi problemi scolastici. Da quando aveva iniziato a frequentare il college, sei mesi prima, aveva avuto difficoltà nel seguire i programmi di studio, ottenendo voti molto bassi nei test di verifica.

Le preoccupazioni insorte dopo questi insuccessi avevano provocato insonnia, scarsa concentrazione e un senso generale di scoraggiamento. Dopo una settimana particolarmente dura, era tornato a casa e aveva detto ai familiari che stava considerando la possibilità di abbandonare gli studi. La madre lo aveva subito portato all'ospedale dove in passato aveva cercato assistenza sia per lui, sia per il figlio maggiore; in particolare, la donna si chiedeva se "il DDAI" di Carlos potesse essere responsabile dei suoi attuali problemi.

Nello stesso ospedale, all'età di nove anni Carlos aveva ricevuto una diagnosi di disturbo da deficit di attenzione/iperattività (DDAI), prevalentemente di tipo combinato. La vecchia cartella clinica indicava che Carlos, da bambino, aveva avuto problemi a scuola perché non seguiva le istruzioni, non finiva i compiti, si alzava dal banco, perdeva le cose, non aspettava il suo turno e non ascoltava; non riusciva a concentrarsi, salvo che sui videogiochi con cui "poteva giocare per ore". Carlos aveva incominciato a parlare tardi, ma per il resto la sua storia evolutiva era normale. La famiglia era immigrata negli Stati Uniti quando Carlos aveva cinque anni. Carlos aveva ripetuto la prima elementare per immaturità comportamentale e difficoltà a imparare a leggere; la facilità con cui aveva appreso l'inglese, la sua seconda lingua, non era stata considerata.

La valutazione psicoeducazionale che era stata condotta da uno psicologo clinico quando Carlos aveva nove anni aveva confermato i problemi di lettura (che riguardavano soprattutto la fluenza della lettura e la comprensione del testo). Carlos non rientrava però nei criteri per disabilità dell'apprendimento adottati dalla scuola, che prevedevano un divario di almeno 20 punti tra QI e punteggi del rendimento scolastico; non poteva quindi avere accesso a servizi di assistenza scolastica. Il medico di famiglia aveva raccomandato una terapia farmacologica, ma la madre non aveva seguito il consiglio e aveva preferito assumersi il carico di un secondo lavoro per pagare tutori che aiutassero Carlos "nella concentrazione e nella lettura".

Nel corso del colloquio Carlos aveva raccontato che da quando era al college aveva spesso trovato faticoso rimanere concentrato mentre leggeva un libro o ascoltava le lezioni; perdeva il filo facilmente e, perciò, non riusciva quasi mai a consegnare in tempo i compiti scritti che gli venivano assegnati. Aveva riferito di sentirsi irrequieto, agitato e preoccupato; aveva difficoltà ad addormentarsi, si sentiva privo di energie e "incapace di divertirsi" come facevano i suoi compagni. Nell'arco della settimana i sintomi depressivi "andavano su e giù", ma non sembravano influenzare i suoi problemi di concentrazione. Aveva negato l'uso di sostanze.

Carlos aveva inoltre raccontato di avere avuto alla scuola superiore degli insegnanti molto bravi che avevano capito i suoi problemi e lo avevano aiutato a comprendere ciò che leggeva; gli avevano anche permesso di videoregistrare le lezioni e di usare video e altri mezzi visivi per compiti ed esami. Al college, privo di un simile supporto, si sentiva "solo, stupido, non all'altezza, un completo fallimento". Sebbene questi insegnanti gli avessero consigliato di rivolgersi ai responsabili dei servizi universitari di assistenza per alunni con disabilità di apprendimento, Carlos non lo aveva fatto. Non voleva essere considerato diverso dagli altri studenti; all'inizio aveva creduto di poter farcela da solo.

L'anamnesi familiare indicava che anche il fratello maggiore di Carlos aveva ricevuto una diagnosi di DDAI. Il padre, che era morto quando Carlos aveva sette anni, risultava "dislessico" e aveva smesso di frequentare un'università locale dopo un solo semestre.

Carlos indossava un paio di jeans puliti e una felpa con un cappuccio, che durante il colloquio tirava continuamente verso il basso fino a coprire il volto. Stava seduto con la schiena un po' curva; stabiliva raramente un contatto visivo con l'esaminatore, spesso sospirava, tamburellava con le dita e si muoveva sulla sedia, ma rispondeva alle domande in modo educato e appropriato. La sua padronanza della lingua inglese sembrava eccellente, anche se parlava con un lieve accento spagnolo, ma ogni tanto pronunciava in modo scorretto parole polisillabiche (per esempio, aveva detto "letteritura" invece di "letteratura", o "intimo" quando chiaramente intendeva "intimidito"). Negava di avere pensieri suicidi e sembrava avere un buon insight rispetto ai suoi problemi.

Una seconda valutazione psicoeducazionale aveva nuovamente confermato che le abilità di lettura e scrittura di Carlos erano, in maniera sostanziale e quantificabile, inferiori a quelle attese per la sua età. Secondo le note dello psicologo che aveva effettuato la valutazione, le difficoltà di apprendimento di Carlos non erano attribuibili a disabilità intellettuale, difetti visivi o uditivi, avversità psicosociali o scarsa padronanza della lingua. Le conclusioni dello psicologo erano che Carlos aveva difficoltà specifiche relative a fluenza della lettura, comprensione del testo, compilazione ed espressione scritta.

Diagnosi

- Disturbo da deficit di attenzione/iperattività, con disattenzione predominante, di gravità da lieve a moderata
- Disturbo specifico dell'apprendimento, nelle aree della lettura (fluenza e comprensione) e dell'espressione scritta (ortografia e organizzazione dell'espressione), attualmente di gravità moderata per tutte le componenti

Discussione

Carlos ha una storia di DDAI. Quando è stato esaminato la prima volta, all'età di nove anni, i criteri diagnostici del DSM-IV richiedevano la presenza di sei dei

nove sintomi elencati per ciascuna delle due categorie, disattenzione e iperattività-impulsività, con esordio prima dei sette anni. Carlos aveva ricevuto una diagnosi di DDAI di tipo combinato, indicante che erano stati identificati almeno sei sintomi in ognuna di queste dimensioni.

Ora, a 19 anni, Carlos manifesta cinque differenti sintomi di disattenzione e due sintomi correlati a iperattività-impulsività, il che indica un miglioramento del quadro sintomatologico. Una parziale remissione del DDAI con il passare degli anni è abbastanza comune, specialmente per quanto riguarda i sintomi di iperattività. In base al DSM-IV il disturbo di Carlos sarebbe stato ritenuto in remissione; ma secondo il DSM-5, che per gli adulti ha abbassato da sei a cinque la soglia del numero dei sintomi necessari all'interno di una delle categorie, Carlos continua a soddisfare i criteri diagnostici per DDAI.

È comunque importante cercare eventuali cause alternative dei suoi attuali problemi; una possibilità è che siano meglio spiegati da un disturbo dell'umore. Durante gli ultimi sei mesi Carlos ha avuto sintomi ansiosi e depressivi, ma le sue difficoltà di attenzione e concentrazione non sono state né ridotte né esacerbate da questi episodi. I suoi sintomi di DDAI sono cronici e sono iniziati in età infantile senza la concomitanza di alcun disturbo dell'umore o disturbo d'ansia. Inoltre, i sintomi di depressione che Carlos ha manifestato recentemente sembrano essere durati solo circa una settimana, mentre le sue difficoltà scolastiche sono persistenti.

Il DDAI è spesso associato a problemi scolastici anche in assenza di un disturbo specifico dell'apprendimento, ma una comorbilità tra i due disturbi è altrettanto comune. Anche prima delle valutazioni psicologiche a cui è stato sottoposto, la storia di Carlos includeva numerosi elementi che aumentavano la probabilità di un disturbo specifico dell'apprendimento: aveva incominciato tardi a parlare nella sua lingua madre, lo spagnolo; leggeva lentamente sia in spagnolo sia in inglese; nella scuola superiore che aveva frequentato aveva ricevuto aiuto dagli insegnanti (e ne aveva tratto considerevoli benefici). Tutti questi indizi suggeriscono la diagnosi, così come l'anamnesi familiare positiva per disabilità dell'apprendimento.

La prima valutazione psicoeducazionale non aveva confermato un disturbo dell'apprendimento perché non si era riscontrata la discrepanza tra QI e rendimento scolastico richiesta dai criteri diagnostici allora utilizzati. A distanza di dieci anni, sulla base delle evidenze emerse nel frattempo, il DSM-5 ha eliminato questo tipo di criterio; una variazione che giustifica una rivalutazione di molti pazienti adolescenti.

Per Carlos, la seconda valutazione psicoeducazionale indica un disturbo dell'apprendimento di gravità moderata; le sue difficoltà, iniziate nell'infanzia e tuttora considerate la causa di un ridotto rendimento scolastico, corrispondono ai criteri del DSM-5 per una diagnosi di disturbo specifico dell'apprendimento. Fornendo la documentazione per entrambe le diagnosi ricevute, Carlos potrà usufruire dei programmi di assistenza scolastica che dovrebbero permettergli di proseguire in modo più soddisfacente i suoi studi universitari.

Letture consigliate

- FRAZIER, T.W., YOUNGSTROM, E.A., GLUTTING, J.J., WATKINS, M. W. (2007), "ADHD and achievement: meta-analysis of the child, adolescent, and adult literatures and a concomitant study with college students". In *Journal of Learning Disabilities*, 40, pp. 49-65.
- SEXTON, C.C., GELHORN, H., BELL, J.A., CLASSI, P. M. (2012), "The co-occurrence of reading disorder and ADHD: epidemiology, treatment, psychosocial impact, and economic burden". In *Journal of Learning Disabilities*, 45, pp. 538-564.
- SVETAZ, M.V., IRELAND, M., BLUM, R. (2000), "Adolescents with learning disabilities: risk and protective factors associated with emotional well-being: findings from the National Longitudinal Study of Adolescent Health". In *Journal of Adolescent Health*, 27, pp. 340-348.
- TURGAY, A., GOODMAN, D.W., ASHERSON, P. ET AL. (2012), "Lifespan persistence of ADHD; the life transition model and its applications". In *Journal of Clinical Psychiatry*, 73, pp. 192-201.

Caso 1.4 Problemi scolastici

Arden Dingle

Daphne, una tredicenne che frequentava l'ultimo anno della scuola media inferiore, era stata portata per una valutazione psichiatrica a causa dei suoi problemi scolastici e comportamentali. In particolare, Daphne aveva difficoltà nell'iniziare e completare i compiti a casa e nel seguire le istruzioni, e in matematica aveva ricevuto voti molto al di sotto della sufficienza. Quando sollecitata a portare a termine un compito diventava irritabile e petulante; aveva anche manifestato una crescente resistenza ad andare a scuola, chiedendo sempre più spesso di rimanere a casa con la madre.

I test eseguiti indicavano che Daphne aveva un'intelligenza superiore alla media, con un rendimento scolastico appropriato per l'età in tutte le materie, salvo che in matematica, e alcune difficoltà relative ad abilità spaziali visive. Qualche anno prima, il suo pediatra aveva posto la diagnosi di disturbo da deficit di attenzione/iperattività (DDAI) e le aveva prescritto un farmaco stimolante ma, dopo una settimana, i genitori avevano interrotto il trattamento perché la bambina sembrava agitata.

A casa, Daphne faceva i compiti sotto la costante supervisione dei genitori, ma ciò dava spesso origine ad accese discussioni, con pianti e urla. Aveva due amiche di lunga data, ma negli ultimi anni non aveva stretto altre amicizie. Di solito preferiva giocare con bambine più piccole; quando le amiche volevano fare giochi diversi da quelli che lei proponeva, o non seguivano le sue regole, tendeva a ritirarsi. A scuola e in situazioni di gruppo era generalmente silenziosa, mentre con i familiari si mostrava molto più spavalda.

Sin da piccola Daphne aveva avuto difficoltà a prendere sonno, chiedendo spesso la presenza rassicurante dei genitori e una lampada lasciata accesa. Dato che mostrava di non amare i cambiamenti, i genitori raramente la forzavano a intraprendere nuove attività. Sembrava stare meglio durante l'estate, che passava con i nonni in una casa su un lago. I genitori avevano riferito l'assenza di particolari traumi, di fattori stressanti e di problemi medici o evolutivi. Daphne aveva avuto le prime mestruazioni due mesi prima della valutazione. L'anamnesi familiare indicava diversi parenti, di primo e secondo grado, con disturbi dell'umore, d'ansia o dell'apprendimento.

All'inizio del colloquio Daphne era apparsa timida e tesa, mostrava scarso contatto visivo e difficoltà a parlare di qualsiasi argomento, eccetto della sua collezione di cavallini di plastica. Nel giro di un quarto d'ora aveva però mostrato di trovarsi maggiormente a suo agio, rivelando che la scuola non le piaceva perché era difficile e perché i compagni non sembravano curarsi di lei. Aveva paura di fare errori e di prendere brutti voti, deludendo i genitori e gli insegnanti; i timori generati da fallimenti precedenti portavano a disattenzione e indecisione. Daphne diceva che non era capace di far niente e che non c'era alcun aspetto della sua vita che andasse bene. Avrebbe voluto avere più amici. Secondo quanto era in grado di ricordare, si

era sempre sentita così. Tutte queste cose la rendevano triste; negava però di avere sintomi depressivi persistenti o pensieri suicidi. Appariva ansiosa, ma si era animata parlando delle sue statuette di cavalli e della sua famiglia.

Diagnosi

- Disturbo specifico dell'apprendimento (matematica)
- Disturbo d'ansia generalizzata

Discussione

Daphne ha sintomi di disattenzione, ansia, difficoltà scolastiche, relazioni limitate con i coetanei e scarsa autostima, che sono causa di disagio e compromissione funzionale. Dal punto di vista biologico sta affrontando i cambiamenti ormonali della pubertà, l'anamnesi familiare è positiva per disturbi dell'umore, d'ansia e dell'apprendimento. Dal punto di vista psicologico sta vivendo con la convinzione di essere inadeguata, probabilmente legata alle difficoltà che incontra a scuola. Dal punto di vista evolutivo appare emotivamente immatura. Dal punto di vista sociale ha un ambiente familiare supportivo che l'ha sempre protetta, interferendo presumibilmente con l'acquisizione di abilità correlate a indipendenza e autonomia. Nello stesso tempo, il sistema educativo non le ha fornito il sostegno necessario per il raggiungimento di un adeguato rendimento scolastico.

I problemi scolastici di Daphne possono essere in parte spiegati da un disturbo specifico dell'apprendimento nell'area della matematica; area in cui ha difficoltà persistenti, confermate dai test che hanno evidenziato prestazioni inferiori a quelle attese in base al suo livello intellettuale e all'età cronologica. Il rendimento nelle altre materie e il grado di funzionamento adattivo risultano, in generale, appropriati per l'età, indicando che la sua intelligenza globale e le sue funzioni adattive sono normali e che non ha alcuna disabilità intellettuativa.

A questa età la distinzione tra disturbi d'ansia e dell'umore può essere difficile. Nel caso di Daphne è più probabile un disturbo d'ansia perché i suoi sintomi appaiono cronici, e non episodici come sono spesso i sintomi depressivi. La tristezza di Daphne è correlata al suo senso di fallimento e ai dubbi sulle proprie capacità. A parte i problemi relativi al sonno, non presenta sintomi neurovegetativi; ma la difficoltà ad addormentarsi è probabilmente dovuta all'ansia, come pure l'inettitudine sociale, la riluttanza a conformarsi alle richieste della scuola e l'accentuata reattività di fronte a compiti non graditi. Oltre all'ansia rispetto alle sue capacità, Daphne sembra avere preoccupazioni sulla sicurezza, che potrebbero spiegare il suo stato di tensione. Daphne gestisce l'ansia evitando o controllando le attività. Sebbene alcune siano compatibili con altri disturbi d'ansia, quali il disturbo d'ansia sociale (fobia sociale) o il disturbo d'ansia di separazione, le sue preoccupazioni vanno al di là di questi ambiti; data la pervasività dell'ansia, la diagnosi più appropriata è quella di disturbo d'ansia generalizzata.

Il disturbo d'ansia generalizzata è caratterizzato da ansia e preoccupazione eccessive e persistenti. I criteri sintomatologici includono anche irrequietezza, difficoltà di concentrazione, irritabilità, tensione muscolare, alterazioni del sonno e facile affaticamento. Negli adulti, per formulare la diagnosi devono essere soddisfatti almeno tre di questi sei criteri; nei bambini è invece sufficiente un solo sintomo (in aggiunta ad ansia e preoccupazione eccessive).

Difficoltà sociali si riscontrano comunemente tra i bambini e gli adolescenti, soprattutto in quelli con disturbi psichiatrici. I problemi di Daphne sono correlati all'ansia di risultare adeguata e di piacere agli altri. L'ansia e le difficoltà scolastiche hanno ostacolato il suo sviluppo, rendendola emotivamente e socialmente immatura. Tale immaturità potrebbe suggerire un disturbo dello spettro dell'autismo; Daphne, in effetti, fa fatica a iniziare interazioni sociali e a instaurare rapporti di reciprocità con i coetanei (e durante il colloquio con l'esaminatore ha stabilito uno scarso contatto visivo), ma non ha le difficoltà di comunicazione, la rigidità o i comportamenti stereotipati associati all'autismo. Esprime interesse verso i pari e il suo comportamento migliora con la familiarità; inoltre le sue abilità linguistiche, l'eloquio e la comunicazione sembrano essere evolutivamente appropriate, rendendo improbabili disturbi in queste aree.

Potrebbe essere considerata anche la possibilità di un disturbo oppositivo provocatorio, perché a scuola, e anche a casa, quando si tratta di fare i compiti, Daphne assume spesso un atteggiamento di sfida e scarsa cooperazione. Tuttavia, questo atteggiamento non si estende ad altre situazioni; i suoi comportamenti non corrispondono ai criteri per la diagnosi di disturbo oppositivo provocatorio sia per gravità sia per frequenza dei sintomi, ma possono essere interpretati in maniera più plausibile come manifestazioni di ansia e del tentativo di controllarla.

La disattenzione è un sintomo che ricorre in una varietà di diagnosi. Gli individui con DDAI hanno sintomi di disattenzione, impulsività e/o iperattività che si manifestano prima dei 12 anni di età in differenti contesti e che causano una rilevante compromissione funzionale. Daphne sembra mostrare sintomi di disattenzione soltanto a scuola; inoltre, non sembra avere problemi significativi correlati a impulsività o iperattività. Anche se il DDAI rimane una possibilità diagnostica, le difficoltà di Daphne sono meglio spiegate da altre diagnosi.

Letture consigliate

- CONNOLLY, S.D., BERNSTEIN, G.A.; WORK GROUP ON QUALITY ISSUES (2007), "Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with anxiety disorders". In *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 46, pp. 267-283.
- LAGAE, L. (2008), "Learning disabilities: definitions, epidemiology, diagnosis, and intervention strategies". In *Pediatric Clinics of North America*, 55, pp. 1259-1268.

Caso 1.5

Nervoso e disattento

Robert Haskell, John T. Walkup

Ethan, nove anni, era stato inviato presso una clinica psichiatrica su consiglio del suo insegnante, che aveva notato nel bambino un notevole indebolimento dell'attenzione. Ethan frequentava la quarta elementare in una scuola privata maschile. L'insegnante aveva detto ai genitori che nel primo trimestre Ethan era stato uno degli alunni migliori, ma che nel secondo i suoi voti erano progressivamente peggiorati; si mostrava nervoso e distratto soprattutto quando le lezioni e i compiti diventavano più difficili. L'insegnante aveva quindi consigliato una visita neuropsichiatrica.

La madre riferiva che a casa Ethan ultimamente le era sembrato più emotivo del solito: "A volte è anche piagnucoloso, cosa per lui inusuale". La donna descriveva se stessa, il marito, il figlio e la figlia di otto anni come "una famiglia felice" e senza problemi. Aveva però osservato che recentemente Ethan diventava inquieto all'idea di essere lasciato solo; stava "sempre attaccato", spesso seguendo i genitori in giro per la casa, e detestava rimanere da solo in una stanza. Aveva anche incominciato ad andare nel letto dei genitori nel bel mezzo della notte, sebbene in passato non lo avesse mai fatto. Inoltre, anche se aveva diversi amici ed era sempre contento di invitarli a casa, si rifiutava di dormire da loro.

Anche la madre di Ethan, come l'insegnante, aveva notato che il bambino appariva nervoso; spesso lo aveva visto scuotere le spalle, fare smorfie o strizzare gli occhi e aveva interpretato questi movimenti come un segno di ansia. I movimenti peggioravano quando Ethan era stanco o irritato, mentre diventavano meno frequenti quando svolgeva attività tranquille e focalizzate, come suonare il clarinetto o fare i compiti, specialmente se lei lo aiutava.

La donna aveva inoltre menzionato il fatto che Ethan era diventato improvvisamente "superstizioso"; tutte le volte che passava attraverso una porta andava avanti e indietro finché non toccava simultaneamente entrambi gli stipiti con le mani per due volte in rapida successione. Sperava che le stranezze più evidenti del figlio diminuissero prima dell'estate, quando, di solito, la famiglia andava in vacanza. Pensava che questo fosse l'anno giusto per visitare Disneyland, ma il marito aveva proposto a Ethan di andare a pescare ("solo noi uomini"), mentre la moglie e la figlia potevano andare a trovare dei parenti a New York.

La madre descriveva il figlio come "un bambino tranquillo, ma sensibile". Ethan era il risultato di una gravidanza programmata e priva di complicanze; la sua storia evolutiva era nella norma e all'anamnesi non risultavano problemi medici o recenti infezioni, sebbene negli ultimi tempi si fosse spesso presentato nell'infermeria della scuola lamentando dolori allo stomaco.

Ethan era un bambino esile, con i capelli biondi e la carnagione chiara e cosparsa di lentiggini. Durante la valutazione era apparso un po' irrequieto; cambiava spesso posizione sulla sedia, stiracchiandosi i pantaloni. Il fatto di sentire la madre par-

lare dei suoi movimenti anomali sembrava averli evocati; l'esaminatore aveva notato che, di tanto in tanto, Ethan strizzava le palpebre, ruotava gli occhi e si schiariva frequentemente la gola. Nel corso del colloquio Ethan aveva detto che a volte aveva paura che ai genitori succedesse "qualcosa di brutto". Le sue preoccupazioni però erano vaghe; l'unico timore circostanziato sembrava riferirsi alla possibilità che ladri entrassero in casa.

Diagnosi

- Disturbo transitorio da tic
- Disturbo d'ansia di separazione

Discussione

Ethan è stato sottoposto a una valutazione neuropsichiatrica in seguito a un declino nel suo rendimento scolastico, che i familiari sembrano attribuire a sintomi d'ansia di insorgenza relativamente recente. Sta malvolentieri da solo, si mostra riluttante a dormire fuori casa, teme che ai genitori accada qualcosa di male, fa frequenti visite all'infermeria della scuola. Questi sintomi soddisfano i criteri diagnostici del DSM-5 per un disturbo d'ansia di separazione; nei bambini e negli adolescenti, per formulare la diagnosi è sufficiente che i sintomi del disturbo siano presenti per quattro settimane consecutive.

La madre ha inoltre sottolineato che negli ultimi mesi Ethan è apparso più agitato del solito, con movimenti quali alzate di spalle, ammiccamenti e smorfie che la donna ha interpretato come manifestazioni d'ansia. Né i genitori né l'insegnante sembrano aver riconosciuto questi gesti come tic. I tic sono movimenti non ritmici, rapidi e improvvisi; Ethan ne ha diversi, come ha potuto osservare anche l'esaminatore: alcuni di tipo motorio (ammiccamenti, scrollate di spalle), altri di tipo vocale (come schiarimenti della gola o l'emissione di sbuffi e suoni simili a grugniti, squittii, schiocchi). I tic possono essere semplici, e durare frazioni di secondo, oppure complessi, e durare più a lungo o comprendere una catena o una sequenza di movimenti. Sebbene possano variare ampiamente nel corso di un disturbo da tic, in ogni dato periodo della malattia i tic tendono a presentarsi con un particolare repertorio.

Un disturbo da tic specifico può essere definito in base alla natura e alla durata dei movimenti. Per porre una diagnosi di disturbo di Tourette devono essere presenti, per un periodo minimo di un anno, sia tic motori sia tic vocali, mentre si parla di disturbo persistente (cronico) da tic motori o vocali quando è presente una sola forma di tic. Ethan ha tic di entrambi i tipi, ma al momento della valutazione la durata del disturbo è attorno ai sei mesi; di conseguenza ha ricevuto una diagnosi di disturbo transitorio da tic.

I tic si manifestano nel 15-20% dei bambini, mentre la prevalenza stimata del disturbo di Tourette è pari allo 0,6-1 %. In genere, i tic compaiono tra i quattro e i sei anni di età, raggiungono la massima gravità a 10-12 anni e solitamente

diminuiscono nel corso dell'adolescenza; nella maggior parte dei casi tic notati per la prima volta in età adulta si erano manifestati già nell'infanzia, senza essere stati riconosciuti come tali. Tipicamente i tic peggiorano in condizioni di ansia, eccitazione o stanchezza e si riducono durante attività che richiedano calma e concentrazione – per cui l'idea del padre di andare a pescare sembra essere il progetto migliore per le vacanze estive di Ethan.

L'ansia è probabilmente la causa della disattenzione di Ethan in classe. Anche se non si può escludere un disturbo da deficit di attenzione/iperattività con disattenzione predominante, Ethan non ha una storia precedente di disattenzione o iperattività, per cui appare più convincente l'ipotesi che la sua distrazione sia legata alla comparsa di ansia e tic. L'ottimo rendimento scolastico nel primo trimestre porta a escludere un disturbo dell'apprendimento, rendendo superflua l'esecuzione di test a questo proposito (come regola generale, i test dovrebbero essere sempre effettuati dopo il trattamento di un problema confondente quale l'ansia). Per considerare la possibilità di una diagnosi di disturbo ossessivo-compulsivo, condizione potenzialmente associata ad ansia e disturbi da tic, i rituali di Ethan con le porte avrebbero dovuto essere fonte di disfunzione o disagio significativo.

Letture consigliate

- PLESSEN, K.J. (2013), "Tic disorders and Tourette's syndrome". In *European Child and Adolescent Psychiatry*, 22, pp. S55-S60.
- WALKUP, J.T., FERRÃO, Y., LECKMAN, J.F. ET AL. (2010), "Tic disorders: some key issues for DSM-V". In *Depression and Anxiety*, 27, pp. 600-610.

2. Disturbi dello spettro della schizofrenia e altri disturbi psicotici

Introduzione

John W. Barnhill

La schizofrenia è il prototipo dei disturbi psicotici; non soltanto è la psicosi più frequente, ma spesso include anomalie in tutti gli ambiti sintomatologici principali: allucinazioni, deliri, pensiero (eloquio) disorganizzato, comportamento motorio grossolanamente disorganizzato o anormale (compresa la catatonìa) e sintomi negativi. Come i disturbi del neurosviluppo, la schizofrenia è considerata un disturbo neuropsichiatrico in cui sono implicati complessi fattori genetici e con un decorso clinico che tende a iniziare in un determinato stadio evolutivo; mentre i disturbi del neurosviluppo si manifestano generalmente nell'infanzia, i sintomi di schizofrenia tendono a emergere in maniera chiara durante la tarda adolescenza e la prima età adulta.

Per la diagnosi di schizofrenia nel DSM-5 sono stati apportati alcuni cambiamenti minori. Innanzitutto, a causa della loro limitata stabilità diagnostica, della bassa affidabilità e della scarsa validità sono stati eliminati i sottotipi clinici, che comprendevano categorie quali la schizofrenia di tipo disorganizzato, quella paranoide o residuo. Da tempo associata alla schizofrenia, la presenza di catatonìa resta uno dei potenziali criteri diagnostici per la maggior parte delle psicosi, inclusa la schizofrenia, ma ora può essere indicata come specificatore nella diagnosi di altre condizioni di natura medica o psichiatrica, tra cui disturbi depressivi e bipolari. Quando i criteri per la catatonìa o per la condizione medica o psichiatrica concomitante sono incerti o incompleti può essere diagnosticata anche una "catatonìa senza specificazione".

Secondo il DSM-5 la diagnosi di schizofrenia richiede la persistenza di almeno due dei cinque criteri sintomatologici (deliri, allucinazioni, eloquio disorganizzato, comportamento disorganizzato o catatonico e sintomi negativi). Rispetto al DSM-IV, una modifica è la mancata attribuzione di un valore speciale a particolari tipi di deliri e allucinazioni, ognuno dei quali era prima considerato sufficiente a soddisfare i criteri sintomatologici per la diagnosi; un secondo cambiamento è che uno dei due criteri deve essere un sintomo positivo, come deliri, allucinazioni o pensiero disorganizzato.

Sono invece diventati significativamente più rigidi i criteri per la diagnosi di disturbo schizoaffettivo. Come per il DSM-IV, la diagnosi richiede che il paziente soddisfi i criteri per la schizofrenia e abbia contemporaneamente sintomi di disturbo depressivo maggiore o disturbo bipolare e sintomi attivi di schizofrenia, con periodi di almeno due settimane in cui deliri o allucinazioni si manifestano in assenza di sintomi affettivi rilevanti. Il cambiamento importante è che sintomi che corrispondono ai criteri per il disturbo dell'umore devono essere presenti per la maggior parte della durata totale dei periodi attivi e residui della malattia. Oltre a sollecitare una maggiore attenzione al decorso longitudinale, ciò porterà probabilmente a una notevole diminuzione del numero dei pazienti che soddisfano i criteri diagnostici per un disturbo schizoaffettivo.

La diagnosi di disturbo delirante rimane centrata sulla presenza di deliri in assenza di altri sintomi attivi di schizofrenia, di disturbi dell'umore o di uso di sostanze. Tra i criteri sintomatologici sono ora inclusi i deliri bizzarri, mentre i pazienti con deliri considerati parte di un disturbo di dismorfismo corporeo o di un disturbo ossessivo-compulsivo dovrebbero ricevere queste diagnosi, insieme alla definizione specifica “con insight assente/convinzioni deliranti”. Restano sostanzialmente invariate le diagnosi di disturbo psicotico breve e disturbo schizofreniforme, che si distinguono dalla schizofrenia soprattutto in base alla durata dei sintomi.

Non specificamente discusse in questo libro sono le diagnosi che comportano quadri atipici o incompleti oppure che coinvolgono situazioni, come i ricoveri d'urgenza, in cui spesso le informazioni disponibili sono frammentarie. Simili diagnosi – che includono quelle di “disturbo dello spettro della schizofrenia e altri disturbi psicotici con altra specificazione” e di “disturbo dello spettro della schizofrenia e altri disturbi psicotici senza specificazione” – riflettono il fatto che pensieri, sentimenti e comportamenti umani variano lungo un continuum, così come i loro disturbi. Questa zona grigia diagnostica è particolarmente gravosa nel caso dei disturbi dello spettro schizofrenico; nei casi che riguardano molte persone che, alla fine, sviluppano una malattia cronica come la schizofrenia o il disturbo schizoaffettivo, si osserva un lasso di tempo in cui si manifestano dei sintomi senza però ricevere una diagnosi. Si è proposto che il problema venisse affrontato nel DSM-5 creando la nuova diagnosi di *sindrome di psicosi attenuata*. Gli psichiatri non sono ancora in grado di prevedere con certezza quali pazienti hanno maggiori probabilità di sviluppare sintomi psicotici conclamati; ma una predizione accurata è importante, tanto è vero che, all'interno del DSM-5, la sindrome viene menzionata nel capitolo dedicato alla schizofrenia e agli altri disturbi psicotici, dove è indicata la possibilità di usarla come specificatore (“disturbo dello spettro della schizofrenia e altri disturbi psicotici con altra specificazione [sindrome di psicosi attenuata]”), ed è poi discussa in maniera più dettagliata tra le “condizioni che necessitano di ulteriori studi”.

Letture consigliate

- BROMET, E.J., KOTOV, R., FOCHEITMANN, L.J. ET AL. (2011), "Diagnostic shifts during the decade following first admission for psychosis". In *American Journal of Psychiatry*, 168, pp. 1186-1194.
- LIEBERMAN, J.A., MURRAY, R.M. (2012), *Comprehensive Care of Schizophrenia: A Textbook of Clinical Management*. Oxford University Press, New York.
- TAMMINGA, C.A., SIROVATKA, P.J., REGIER, D.A., VAN OS, J. (2010) (a cura di), *Deconstructing Psychosis: Refining the Research Agenda for DSM-V*. American Psychiatric Association, Arlington.

Caso 2.1

Emotivamente disturbata

Carol A. Tamminga

Felicia Allen, 32 anni, era stata portata al Pronto Soccorso da agenti di polizia dopo che aveva apparentemente tentato di rubare un autobus di linea; dato che sembrava essere una "persona emotivamente disturbata" era stato chiesto un consulto psichiatrico.

Secondo il rapporto di polizia la signorina Allen, dopo aver minacciato il conducente con un coltello, si era messa alla guida di un autobus quasi vuoto e aveva causato un incidente. Secondo la versione più completa fornita da un'amica della donna, che era sull'autobus con lei, le cose non erano andate proprio così. Avevano preso l'autobus per raggiungere un centro commerciale e quando l'autista si era rifiutato di accettare una banconota per il pagamento del biglietto, Alicia, irritata, aveva aperto la borsetta per cercare delle monete e aveva tirato fuori un coltello da cucina che portava con sé per protezione. Appena il conducente aveva visto il coltello, si era alzato di scatto ed era scappato; Alicia aveva quindi preso il suo posto, ma aveva guidato l'autobus contro un veicolo parcheggiato dall'altra parte della strada.

La signorina Allen era una giovane donna di costituzione robusta; al momento della valutazione era ammanettata e aveva una fasciatura sulla fronte. Appariva agitata, oscillava avanti e indietro sulla sedia mentre mormorava fra sé a bassa voce. Quando le era stato chiesto che cosa stesse dicendo, la paziente aveva temporaneamente stabilito un contatto visivo con l'esaminatore e aveva ripetuto soltanto "Mi dispiace, mi dispiace". Non aveva risposto ad altre domande.

Maggiori informazioni erano state fornite da uno psichiatra che si era presentato nel reparto di Pronto Soccorso poco dopo l'incidente. Lo psichiatra aveva riferito che la signorina Allen e l'amica erano ricoverate da lungo tempo presso l'ospedale psichiatrico statale in cui prestava servizio. Avevano iniziato a uscire solo di recente dall'ospedale con frequenza settimanale, nel quadro di un programma di riabilitazione sociale; era la prima volta che la paziente prendeva un autobus senza essere accompagnata da un membro dello staff ospedaliero.

Secondo quanto riportato dallo psichiatra, la signorina Allen aveva ricevuto una diagnosi di "schizofrenia paranoide a esordio infantile resistente al trattamento". Aveva incominciato a sentire delle voci all'età di cinque anni; massiccia, forte, intrusiva e psicotica, dagli undici anni in poi era stata quasi continuamente ospedalizzata. Le allucinazioni uditive della paziente si manifestavano prevalentemente sotto forma di una voce critica che faceva commenti negativi sui suoi comportamenti. Il pensiero era generalmente concreto, ma quando era tranquilla mostrava di essere capace di autoriflessione. Mostrava anche il desiderio di piacere agli altri; spesso ripeteva che il suo obiettivo principale era "avere la mia stanza nella mia casa con i miei amici". Lo psichiatra diceva di non sapere bene che cosa poteva averla indotta a estrarre il coltello dalla borsa; negli ultimi tempi non aveva lamentato allucinazioni e apparentemente si era sentita meno paranoide, ma non si poteva escludere la

possibilità che avesse celato i suoi sintomi psicotici. Forse era semplicemente nervosa e indispettita. Lo psichiatra aveva aggiunto che la paziente aveva un'esperienza del mondo reale molto scarsa, perché nella sua vita non aveva praticamente mai avuto periodi di sviluppo normale.

Da un anno la signorina Allen era in trattamento con clozapina, e aveva un buon controllo delle allucinazioni uditive. Da quando aveva iniziato ad assumere il farmaco era ingrassata di 15 chili, ma la mattina aveva meno problemi ad alzarsi dal letto e sperava di poter alla fine trovare un lavoro che le permetesse di diventare più autosufficiente; aveva quindi insistito per continuare la terapia. Il viaggio in autobus per recarsi al centro commerciale era inteso come una tappa di questo percorso.

Diagnosi

- Schizofrenia, episodi multipli, attualmente in fase attiva

Discussione

Rubare un autobus non è un atto ragionevole, e rispecchia l'incapacità della signorina Allen di interagire efficacemente col mondo. Il suo pensiero è concreto; si comporta in modo bizzarro, borbotta e parla da sola, ciò suggerisce la presenza di allucinazioni uditive; vive in un ospedale psichiatrico e presenta una malattia mentale grave e persistente.

I criteri del DSM-5 per la schizofrenia prevedono la presenza di almeno due dei cinque sintomi seguenti: deliri, allucinazioni, eloquio disorganizzato, comportamento disorganizzato o anormale e sintomi negativi. Il funzionamento deve essere compromesso e segni continuativi del disturbo devono persistere per un periodo minimo di sei mesi. Anche in assenza di ulteriori informazioni sulla storia della signorina Allen, la diagnosi di schizofrenia appare evidente.

Nel caso della signorina Allen la psicosi si era manifestata all'età di cinque anni. Quando insorgono nell'infanzia, i sintomi di schizofrenia spesso non vengono riconosciuti perché i bambini tendono a considerare "normali" le loro esperienze psicotiche. L'identificazione dei sintomi (per esempio, sentire voci inesistenti) e la loro associazione con un riferimento temporale (per esempio, la classe o scuola frequentata all'epoca) può aiutare il paziente adulto a definire retrospettivamente quando si è verificato l'esordio della malattia. Sebbene sintomi e trattamenti siano simili, la schizofrenia a insorgenza infantile spesso è più grave della schizofrenia con esordio in età adulta. I sintomi psicotici precoci ostacolano il normale sviluppo del bambino; oltre a essere di per sé stessi invalidanti, sintomi psicotici floridi impediscono l'apprendimento sociale e lo sviluppo cognitivo che hanno luogo durante gli anni cruciali dell'infanzia.

Il comportamento della signorina Allen sull'autobus riflette probabilmente non solo la psicosi e la disfunzione cognitiva, che riguardano la schizofrenia, ma anche la sua ridotta esperienza rispetto alle situazioni sociali nella vita di tutti i giorni. Il team psichiatrico che l'ha in cura, oltre a trattare i suoi sintomi con

clozapina, sta cercando di affrontare questo problema, favorendo per esempio il legame con “l’amica” e organizzando le uscite dall’ospedale. I membri del team sembrano essere particolarmente attivi e coinvolti, come dimostra l’arrivo quasi immediato dello psichiatra nel reparto di Pronto Soccorso, dopo l’incidente con l’autobus.

La schizofrenia è un disturbo eterogeneo, con sintomi che riguardano diverse aree; è probabile che esistano forme differenti della malattia, distinte da marcatori non ancora individuati. A causa dell’insufficienza delle prove a sostegno della loro validità, nel DSM-5 sono state eliminate categorie quali “schizofrenia di tipo paranoide”; in compenso vengono descritte varie modalità con cui la diagnosi di schizofrenia può essere resa più specifica. Una di queste si basa sulla cronicità e attività complessiva dei sintomi (episodi singoli o multipli; in episodio acuto, in remissione parziale, in remissione completa); un’altra comporta la valutazione della gravità di ognuno dei cinque sintomi fondamentali mediante l’uso di una scala da 0 a 4.

Per esempio, la signorina Allen era in grado di provare a uscire con una “amica” e lo psichiatra dell’ospedale dove era ricoverata l’aveva raggiunta al Pronto Soccorso molto rapidamente. Questi dati possono suggerire un programma terapeutico attivo e attento, ma se combinati con le scuse espresse dopo l’incidente e con il dichiarato desiderio di indipendenza indicano anche una relativa mancanza di sintomi negativi quali anedonia, alogia e scarse interazioni sociali. Un simile atteggiamento attivo, abbastanza insolito in pazienti schizofrenici, indica che la signorina Allen non è depressa. È difficile giudicare la sua capacità cognitiva senza eseguire dei test; le sue ovvie difficoltà di astrazione sono ribadite dall’incapacità emersa sull’autobus di capire il processo del pagamento del biglietto e i segnali comportamentali. Dovrebbe essere verificata mediante test adeguati anche la possibile presenza di un disturbo della memoria di lavoro o di una disfunzione dell’attenzione.

Al di là della valutazione dei sintomi positivi, è essenziale per il campo della psichiatria arrivare a una migliore comprensione e classificazione dei sintomi negativi e delle disfunzioni cognitive della schizofrenia. Da tempo gli interventi più efficaci si basano sull’impiego di farmaci antipsicotici che sono in grado di ridurre i sintomi positivi, ma è probabile che in futuro gli approcci terapeutici si focalizzeranno sempre di più anche sugli specifici problemi comportamentali, cognitivi ed emozionali che sono parte integrante della malattia.

Letture consigliate

- AHMED, A.O., GREEN, B.A., GOODRUM, N.M. ET AL. (2013), “Does a latent class underlie schizotypal personality disorder? Implication for schizophrenia”. In *Journal of Abnormal Psychology*, 122, pp. 475-491.
- HECKERS, S., BARCH, D.M., BUSTILLO, J. ET AL. (2013), “Structure of the psychotic disorders classification in DSM-5”. In *Schizophrenia Research*, 150, pp. 11-14.
- TANDON, R., GAEBEL, W., BARCH, D.M. ET AL. (2013), “Definition and description of schizophrenia in the DSM-5”. In *Schizophrenia Research*, 150, pp. 3-10.

Caso 2.2

Sempre più strano

Ming T. Tsuang, William S. Stone

Gregory Baker, un giovane afroamericano di 20 anni, era stato accompagnato al Pronto Soccorso da guardie del servizio di sicurezza dell'università da cui era stato sospeso qualche mese prima. L'intervento delle guardie era stato richiesto da un professore dopo che il signor Baker era entrato in aula durante una lezione gridando: "Sono Joker e sto cercando Batman"; quando il signor Baker si era rifiutato di lasciare l'aula il professore aveva chiamato il servizio di sicurezza.

Durante l'adolescenza il signor Baker era stato uno studente brillante, ma nel corso dell'ultimo anno il suo comportamento era diventato sempre più strano. Aveva smesso di vedere gli amici e passava la maggior parte del tempo sdraiato sul letto a guardare il soffitto; viveva con i suoi familiari ma raramente rivolgeva loro la parola; era stato sospeso dal college perché non frequentava le lezioni. La sorella riferiva di averlo spesso visto parlare da solo a bassa voce. Inoltre, a volte di notte saliva sul tetto della loro casa e incominciava a muovere le braccia come se stesse "dirigendo un'orchestra". Diceva di non avere alcuna intenzione di buttarsi dal tetto o di volersi fare del male; diceva che quando era lassù si sentiva libero e in armonia con la musica. Anche se il padre e la sorella lo avevano più volte esortato a rivolgersi all'ambulatorio del campus, il signor Baker non aveva mai consultato uno psichiatra; all'anamnesi non risultavano precedenti ricoveri ospedalieri.

Nei ultimi mesi il signor Baker aveva anche mostrato un crescente interesse per Anne, un'amica che abitava poco lontano. Aveva annunciato ai familiari di essersi fidanzato con la ragazza, ma la stessa Anne aveva detto alla sorella del paziente che, in realtà, non si parlavano quasi mai e tanto meno uscivano insieme. Secondo quanto riportato dalla sorella, il signor Baker aveva scritto ad Anne molte lettere, che però si erano accumulate sulla sua scrivania perché non le aveva mai spedite.

Per quanto ne sapevano i familiari, il signor Baker non beveva alcolici e non faceva uso di sostanze stupefacenti; gli esami tossicologici effettuati avevano dato esiti negativi. Quando gli erano state poste domande sull'uso di droghe, il signor Baker era apparso stizzito e non aveva risposto.

Durante la valutazione al Pronto Soccorso il signor Baker, che aveva un aspetto pulito e ordinato, si era mostrato in generale poco cooperativo; appariva rigido, sospettoso, disattento e preoccupato. Quando un'infermiera gli aveva portato la cena si era arrabbiato; aveva incominciato a gridare che il cibo dell'ospedale era avvelenato e che avrebbe bevuto solo un particolare tipo di acqua in bottiglia. In base a quanto osservato dall'esaminatore il signor Baker aveva deliri paranoidi, di grandezza ed erotomanici. Sembrava essere preoccupato interiormente, ma diceva di non soffrire di allucinazioni. Anche se riferiva di sentirsi "male", negava di essere depresso e non aveva alterazioni del sonno o dell'appetito. Appariva orientato e parlava in modo articolato, ma si era rifiutato di sottoporsi a test cognitivi formali. Insight e giudizio apparivano scarsi.

La nonna materna del signor Baker era morta in un ospedale psichiatrico dove era stata ricoverata per trent'anni, con una diagnosi che i familiari non erano stati in grado di precisare. La madre del signor Baker veniva definita "matta"; aveva abbandonato la famiglia quando il figlio era piccolo, il signor Baker era stato cresciuto dal padre e dalla nonna paterna.

Alla fine il signor Baker aveva acconsentito al ricovero nell'unità psichiatrica, dicendo: "Mi va bene rimanere qui; probabilmente verrà Anne, così potrò passare il tempo con lei".

Diagnosi

- Schizofrenia, primo episodio, attualmente in episodio acuto

Discussione

Il caso del signor Baker corrisponde a un quadro di esordio relativamente frequente, quello di un giovane con funzionamento di alto livello in cui si verifica un declino significativo. Oltre ad avere deliri paranoidi, di grandezza ed erotomanici, il signor Baker sembra rispondere a stimoli interni (allucinazioni uditive) e manifesta sintomi negativi (passa intere giornate sdraiato sul letto); questi sintomi durano da circa un anno e negli ultimi mesi si sono progressivamente aggravati. L'anamnesi esclude l'uso di farmaci o sostanze di abuso e indica l'assenza di altri disturbi medici o psichiatrici che possano rendere conto dei suoi sintomi; il signor Baker soddisfa quindi i criteri del DSM-5 per una diagnosi di schizofrenia. Inoltre, sebbene la diagnosi non richieda una storia familiare di malattia psichiatrica, anche la madre e la nonna materna del signor Baker sembrano aver sofferto di gravi disturbi mentali.

Ma la schizofrenia è un disturbo eterogeneo. Per esempio, i sintomi preminentí del signor Baker sono i deliri, mentre in un'altra persona la schizofrenia potrebbe manifestarsi prevalentemente con una disorganizzazione dell'eloquio e del comportamento e senza alcun tipo di delirio. Il DSM-5 cerca di affrontare questa eterogeneità incoraggiando una prospettiva dimensionale, anziché categoriale; in altre parole, incoraggia a valutare una serie di caratteristiche specifiche della malattia del paziente, invece di classificarlo come affetto da schizofrenia "paranoide" o "disorganizzata". Uno specificatore importante, che riguarda il decorso, richiede una valutazione longitudinale per stabilire se si tratta del primo episodio o dell'ultimo di molti episodi di schizofrenia, e se ci si trova di fronte a un episodio acuto, in remissione parziale o in remissione completa.

Il DSM-5 invita inoltre a una valutazione specifica dei sintomi e della loro gravità, anche in termini quantitativi. Per esempio, l'episodio schizofrenico in questione è accompagnato da catatonìa? Su una scala a cinque punti (da 0 a 4), quanto è grave ognuno dei cinque sintomi cardinali della schizofrenia? Il DSM-5 sollecita poi una valutazione delle aree relative a capacità cognitive, mania e depressione. Per esempio, alcuni comportamenti del signor Baker (come inter-

rompere una lezione proclamando di essere Joker) potrebbero sembrare sintomatici di mania, ma non sono accompagnati da alterazioni del sonno, dell'umore o del livello di attività. Analogamente, il signor Baker ha riferito di sentirsi "male", ma non depresso. Tali osservazioni cliniche contribuiscono a distinguerlo da altre sottocategorie di individui con schizofrenia.

La diagnosi di schizofrenia può essere posta senza definire in maniera specifica e quantitativa la gravità dei sintomi, ma una valutazione dimensionale migliora la capacità di accettare la presenza dei sintomi fondamentali della malattia in modo più personalizzato rispetto al singolo paziente. Nel caso del signor Baker, prendere in considerazione dimensioni che vanno al di là delle categorie diagnostiche può facilitare lo sviluppo di una diagnosi differenziale che comprenda il disturbo bipolare e il disturbo schizoaffettivo. Queste valutazioni possono aiutare a formulare una prognosi funzionale rispetto, per esempio, al suo status occupazionale. Infine, ripetute valutazioni dimensionali possono facilitare una comprensione longitudinale della sua sintomatologia, sia per quanto riguarda l'evoluzione sia per quanto riguarda l'eventuale risposta al trattamento.

Letture consigliate

- BARCH, D.M., BUSTILLO, J., GAEBEL, W. ET AL. (2013), "Logic and justification for dimensional assessment of symptoms and related clinical phenomena in psychosis: relevance to DSM-5". In *Schizophrenia Research*, 150, pp. 15-20.
- CUESTA, M.J., BASTERNA, V., SANCHEZ-TORRES, A., PERALTA, V. (2009), "Controversies surrounding the diagnosis of schizophrenia and other psychoses". In *Expert Review of Neurotherapeutics*, 9, pp. 1475-1486.
- HECKERS, S., BARCH, D.M., BUSTILLO, J. ET AL. (2013), "Structure of the psychotic disorders classification in DSM-5". In *Schizophrenia Research*, 150, pp. 11-14.
- TANDON, R., GAEBEL, W., BARCH, D.M. ET AL. (2013), "Definition and description of schizophrenia in the DSM-5". In *Schizophrenia Research*, 150, pp. 3-10.

Caso 2.3

Allucinazioni di natura spirituale

Lianne K. Morris, Dolores Malaspina

Hakim Coleman, uno studente universitario di 25 anni che aveva in precedenza prestato servizio nell'esercito statunitense, si era presentato al Pronto Soccorso accompagnato dalla fidanzata e dalla sorella. Era un giovane alto e magro, ben vestito e con gli occhiali. Parlava lentamente e a voce bassa, con qualche esitazione; in generale, nel corso del colloquio con l'esaminatore, non aveva mostrato alcuna emozione ed era diventato ansioso soltanto durante la discussione dei suoi sintomi.

Il signor Coleman era venuto al Pronto Soccorso dietro consiglio della sorella; diceva che in effetti una "visita di controllo generale" poteva essere utile, perché da tre mesi soffriva di "emicranie" e aveva "allucinazioni di natura spirituale". La testa era caratterizzata da "fitte lancinanti" bilaterali e diffuse, con una sensazione "risonante" lungo la linea mediana della testa che sembrava peggiorare quando pensava ai suoi vizi e difetti.

Questi includevano "alcol, sigarette, ragazze, mancanza di rispetto verso i genitori". Affermava di non avere sensi di colpa, ansia o preoccupazioni legate in modo specifico alle operazioni militari a cui aveva partecipato durante il servizio in Iraq, ma quattro mesi prima era diventato membro di una chiesa evangelica perché "oppresso dalla colpa per tutte le cose che ho fatto". Da tre mesi aveva incominciato, quasi quotidianamente, a intendere "voci che cercano di farmi sentire colpevole"; l'ultima allucinazione uditiva risaliva al giorno prima. Nei mesi antecedenti aveva anche notato che degli estranei facevano commenti negativi sui peccati che aveva commesso in passato.

Il signor Coleman pensava che le emicranie e i sensi di colpa potessero essere dovuti all'astinenza da alcol. Per molti anni aveva bevuto tre o quattro lattine di birra per la maggior parte dei giorni della settimana, ma aveva "smesso" quando si era unito alla chiesa evangelica; beveva ancora "una birra o due" alla settimana, anche se poi provava rimorso. Negava comunque di avere sintomi di astinenza quali tremori o sudorazione eccessiva. Dopo essere entrato a far parte della chiesa aveva anche smesso completamente di fumare cannabis, cosa che aveva fatto per anni ma non più di due volte al mese. Con l'eccezione della cocaina, che aveva assunto una sola volta, tre anni prima, senza particolari conseguenze, non aveva mai fatto uso di altre sostanze stupefacenti. Riferiva di dormire bene, salvo le notti in cui rimaneva sveglio per studiare prima degli esami.

Per il resto, il signor Coleman negava di avere sintomi depressivi, maniacali, psicotici, idee di violenza o altri sintomi ascrivibili al disturbo da stress post-traumatico. In termini di fattori stressanti, diceva di sentirsi sopraffatto dalle sue attuali responsabilità, specialmente dalla difficoltà di conciliare gli studi universitari con le attività, pressoché quotidiane, della chiesa. All'inizio dell'anno accademico agli esami aveva sempre ottenuto il massimo dei voti, ma negli ultimi tempi la sua media si era abbassata.

La fidanzata e la sorella del paziente, intervistate separatamente, si erano mostrate concordi nel riportare che il signor Coleman, in precedenza estroverso ed esuberante, era diventato silenzioso e molto meno vivace nelle interazioni sociali. Inoltre, prima non era mai stato particolarmente religioso; la sorella temeva che alla chiesa gli avessero fatto "il lavaggio del cervello". La fidanzata, che aveva occasionalmente frequentato la chiesa con il signor Coleman, aveva però riferito che diversi membri della congregazione erano preoccupati per lui: a volte, era loro successo di parlare con nuovi adepti che si sentivano in colpa a causa di comportamenti passati, ma nessuno aveva mai raccontato di soffrire di allucinazioni.

Dalla visita medica, che aveva incluso un esame neurologico, non era emerso nulla di rilevante; nella norma erano anche i risultati dei test di laboratorio di routine, degli esami tossicologici e di una TAC del cranio.

Diagnosi

- Disturbo schizofreniforme (provvisorio)

Discussione

Per un giovane reduce dall'Iraq come il signor Coleman, che manifesta sintomi psicotici di insorgenza recente, ma lamentati in passato, e una storia di abuso di sostanze, la diagnosi differenziale è ampia. Le possibilità principali includono un disturbo psicotico primario, un disturbo dell'umore con manifestazioni psicotiche, una psicosi indotta da sostanze, un disturbo psicotico dovuto a una condizione medica, una sindrome condivisa e un disturbo da stress post-traumatico (DSPT).

In base ai criteri del DSM-5, il signor Coleman sembra corrispondere con maggiori probabilità a una diagnosi di disturbo schizofreniforme, che si distingue dalla schizofrenia per due aspetti essenziali: primo, la durata totale della malattia (comprese le fasi prodromiche, attive e residue) è superiore a un mese ma inferiore a sei mesi; secondo, la diagnosi non richiede una marcata compromissione del funzionamento sociale e lavorativo. Sia per la diagnosi di schizofrenia sia per quella di disturbo schizofreniforme, il paziente deve soddisfare almeno due di cinque criteri sintomatologici: il signor Coleman ha allucinazioni uditive ("voci che cercano di farmi sentire colpevole") e sintomi negativi (appiattimento affettivo, avoluzione, isolamento sociale); la valutazione non ha evidenziato né deliri, né disorganizzazione dell'eloquio o del comportamento. Interessante, sebbene non determinante per stabilire la diagnosi, è il fatto che oltre alle allucinazioni uditive il signor Coleman riporta due sintomi schneideriani: idee di riferimento e, sulla base della descrizione delle sue cefalee atipiche, possibili allucinazioni cenestesiche (le sensazioni "risonanti" nel cervello).

Il DSM-5 indica la necessità di verificare la presenza di segni di mania e depressione come potenziali cause della psicosi, ma il signor Coleman non sembra avere alterazioni dell'umore significative. La diagnosi di disturbo schizofreniforme

richiede anche l'esclusione della possibilità che la psicosi sia secondaria a una condizione medica o a un disturbo da uso di sostanze. Il paziente non lamenta sintomi riferibili a una condizione medica generale e gli esiti dell'esame fisico e dei test di laboratorio sono nella norma.

Il signor Coleman attribuisce i suoi sintomi all'alcol. Tuttavia, in passato il suo consumo di alcol era modesto e ultimamente beve solo "una birra o due" alla settimana; nega inoltre di aver mai avuto sintomi di astinenza o altre complicanze. Le allucinazioni di cui soffre, che persistono da mesi, sono iniziata quando l'uso di alcol era già stato drasticamente ridotto. Infine, i risultati degli esami di laboratorio, tra cui emocromo e test di funzionalità epatica, sono normali; ciò si riscontra di rado nei pazienti con i livelli di consumo cronico che sono solitamente associati a una psicosi indotta da alcol o a quadri di astinenza. L'uso cronico di cannabis può essere implicato nello sviluppo di psicosi; ma il signor Coleman ha riferito un uso sporadico, interrotto diversi mesi prima della comparsa delle allucinazioni, e gli esiti degli esami tossicologici sono negativi. Le sue preoccupazioni rispetto ad alcol e cannabis sembrano essere legate a un senso di colpa correlato a una forte religiosità, più che a un effettivo disturbo da uso di sostanze.

I disturbi schizofreniformi durano almeno un mese, ma meno di sei mesi. Nel caso del signor Coleman, il periodo iniziale (1-2 mesi) di preoccupazioni religiose e ruminazioni di colpa può essere considerato come una fase prodromica, seguita da una fase attiva di psicosi nei tre mesi antecedenti alla visita nel reparto di Pronto Soccorso. Poiché i sintomi psicotici del signor Coleman sono presenti da 4-5 mesi, la diagnosi attuale è di disturbo schizofreniforme "provvisorio". Ovviamente qualsiasi paziente con un quadro finale di schizofrenia ha un periodo di sei mesi in cui può ricevere una simile diagnosi, ma in circa un terzo delle persone con disturbo schizofreniforme non si sviluppa successivamente una schizofrenia o un disturbo schizoaffettivo.

Altre tre possibilità diagnostiche che meritano di essere menzionate sono: DSPT, disturbo dissociativo e sindrome condivisa. L'esperienza militare in Iraq del signor Coleman non è stata discussa approfonditamente durante la valutazione al Pronto Soccorso, ma il semplice fatto di aver vissuto in una zona di guerra comporta il rischio di esposizione traumatica. Il signor Coleman non ha riportato sintomi di DSPT, ma non è chiaro fino a che punto questa possibilità diagnostica sia stata investigata. Dato che l'evitamento è una delle caratteristiche fondamentali del disturbo – rendendo meno probabile che il paziente riferisca spontaneamente sintomi senza essere sollecitato – la possibile presenza di DSPT dovrebbe essere ulteriormente verificata.

La sorella del signor Coleman ha riferito che i sintomi sono incominciati approssimativamente quando il paziente è diventato membro della chiesa evangelica e ha espresso il timore che il fratello sia stato sottoposto a un "lavaggio del cervello". All'interno del capitolo sui disturbi dissociativi il DSM-5 include una categoria che potrebbe essere considerata pertinente, quella di "disturbo dissociativo con altra specificazione". Tale diagnosi può riferirsi a individui che

presentano un **disturbo dell'identità** dovuto a persuasione coercitiva protratta nel contesto di esperienze quali una lunga carcerazione per ragioni politiche o il reclutamento in sette religiose. D'altro canto, è anche possibile che le insolite credenze del signor Coleman siano manifestazioni non patologiche di convinzioni religiose che condivide con altri membri della sua chiesa.

Sembra però che i **sintomi** del signor Coleman non solo siano iniziati prima della sua decisione di entrare a far parte della chiesa evangelica, ma possano essere anche uno dei **fattori motivazionali che l'hanno spinto verso una religiosità mai manifestata in precedenza**. In secondo luogo, per quanto il paziente frequenti questa chiesa con assiduità, non pare trattarsi di una fede o setta religiosa particolarmente manipolative. Inoltre altri **membri** della **congregazione** considerano **anormali le allucinazioni del signor Coleman**, il che indica che i suoi sintomi non fanno parte di un atteggiamento culturale o religioso condiviso.

La diagnosi di disturbo schizofreniforme provvisorio è temporanea; un *follow-up* longitudinale potrà chiarire se i sintomi del signor Coleman siano destinati ad attenuarsi o a progredire fino allo sviluppo di una malattia psicotica cronica.

Letture consigliate

- BROMET, E.J., KOTOV, R., FOCHTMANN, L.J. ET AL. (2011), "Diagnostic shifts during the decade following first admission for psychosis". In *American Journal of Psychiatry*, 168, pp. 1186-1194.
HECKERS, S., BARCH, D.M., BUSTILLO, J. ET AL. (2013), "Structure of the psychotic disorders classification in DSM-5". In *Schizophrenia Research*, 150, pp. 11-14.
TAMMINGA, C.A., SIROVATKA, P.J., REGIER, D.A., VAN OS, J. (2010) (a cura di), *Deconstructing Psychosis: Refining the Research Agenda for DSM-V*. American Psychiatric Association, Arlington.

Caso 2.4

Controllo della mente

Rajiv Tandon

Itsuki Daishi, uno studente di ingegneria di 23 anni proveniente dal Giappone, era stato inviato al centro di salute mentale dell'università da uno dei suoi insegnanti. Il professore, preoccupato dalle continue assenze e dal declino del rendimento scolastico dello studente, lo aveva invitato a presentarsi per un colloquio; durante questo colloquio il signor Daishi aveva detto al professore di essere distratto a causa dei "dispositivi di ascolto" e degli "apparecchi per il controllo del pensiero" che erano stati installati nel suo appartamento.

Il signor Daishi si era mostrato inizialmente sospettoso nei confronti dello psichiatra, ma aveva poi affermato che era un sollievo avere finalmente la possibilità di parlare con qualcuno in una stanza che non fosse ancora stata riempita di microspie. Aveva riferito che i suoi problemi erano incominciati tre mesi prima, dopo il ritorno da un viaggio in Giappone. Il primo indizio era stato che al suo ingresso in aula i compagni avevano incominciato a starnutire e a sorridere in modo strano. Qualche giorno più tardi, rientrando a casa dopo una lezione, aveva trovato due estranei davanti alla porta e si era chiesto che cosa facessero lì.

Dopo circa una settimana aveva capito che nell'appartamento erano state collocate cimici e altre apparecchiature di sorveglianza. Aveva inoltre notato che anche alcuni giornalisti televisivi facevano indirettamente commenti critici su di lui; questo succedeva soprattutto quando guardava Fox News. Probabilmente era stato preso di mira a causa della sua "intelligenza superiore" e della sua intenzione di diventare in futuro il primo ministro del Giappone: Fox News stava cercando di "farlo impazzire" instillando idee reazionarie nel suo cervello, utilizzando le piccole macchine per il controllo della mente che erano state piazzate di nascosto nella stanza.

A causa del suo crescente stato di vigilanza il signor Daishi dormiva poco e male. Era convinto che tutti i suoi compagni e i vicini di casa facessero "parte del complotto". Si era isolato e aveva smesso di frequentare le lezioni, ma aveva continuato a mangiare regolarmente e a prendersi cura della sua persona. Negava di sentirsi eccitato o euforico; descriveva come "normale" il suo livello di energia e diceva che il suo pensiero era lucido, "tranne quando cercano di mettere idee nella mia testa".

Il signor Daishi aveva anche raccontato che in un'occasione, durante il recente viaggio in Giappone, aveva provato molta paura, per diverse ore. In quel periodo aveva fumato "un sacco di erba", aveva incominciato a sentire voci strane e a credere che gli amici ridessero di lui. Diceva di non aver più fumato cannabis da quando era rientrato negli Stati Uniti, di non aver mai assunto altre sostanze stupefacenti e che generalmente non beveva alcol. Negava di aver avuto altri episodi di allucinazioni uditive o visive.

Lo zio del signor Daishi, contattato in qualità di familiare di riferimento locale, aveva descritto il nipote come un ragazzo sano, intelligente e un po' timido che non

aveva mai avuto problemi di natura psichiatrica; secondo lui, i suoi genitori erano molto affezionati e supportivi, anche se il padre era "abbastanza severo". Nella storia familiare non c'erano casi di malattia mentale.

Durante la valutazione il signor Daishi si era mostrato collaborativo; l'attività psicomotoria e l'espressione delle emozioni erano normali, l'eloquio era congruo e coerente. Diceva di sentirsi "impaurito", ma negava di avere senso di colpa, idee di suicidio o di inutilità. Credeva di essere continuamente sorvegliato; era convinto che nel suo appartamento fossero stati installati dispositivi capaci di "controllare la mente". Affermava di non soffrire di allucinazioni. Le sue funzioni cognitive erano, in generale, nei limiti della norma. Non sembrava avere alcun insight rispetto alle sue credenze.

Nella norma erano anche i risultati dei test di laboratorio e della TAC del cranio; gli esami tossicologici per sostanze di abuso avevano dato esiti negativi.

Diagnosi

- Disturbo delirante, tipo misto

Discussione

Il signor Daishi corrisponde ai criteri per una diagnosi di disturbo delirante, che richiede la presenza di uno più deliri per un periodo superiore a un mese in assenza di altri sintomi psicotici. Il signor Daishi ha deliri di riferimento (i compagni che starnutiscono e sorridono in modo strano quando entra in aula), di persecuzione (le microspie installate nel suo appartamento, le persone che vogliono "farlo impazzire") e di inserzione del pensiero (le macchine che "cercano di mettere idee nella mia testa"). Alla diagnosi è aggiunta la precisazione "tipo misto" perché i motivi che secondo il paziente hanno determinato il "complotto" ai suoi danni evidenziano un senso di grandiosità (la sua "intelligenza superiore" e il progetto di diventare primo ministro del Giappone), ma non si sono riscontrati altri sintomi di mania.

Deve essere presa in considerazione anche la possibilità di altri disturbi psicotici. La durata dei sintomi del signor Daishi (tre mesi) è troppo lunga per il disturbo psicotico breve (non più di un mese) e troppo corta per la schizofrenia (non meno di sei mesi), ma è compatibile con una diagnosi di disturbo schizofreniforme (tra uno e sei mesi); il paziente non sembra però avere un secondo sintomo psicotico (allucinazioni, disorganizzazione o sintomi negativi), come richiesto per formulare tale diagnosi. Per il DSM-IV la presenza di un singolo delirio bizzarro – quello di inserzione del pensiero – sarebbe stata sufficiente per soddisfare i criteri sintomatologici per disturbo schizofreniforme (o schizofrenia), ma nel DSM-5 ai deliri bizzarri non viene più attribuita una simile rilevanza.

L'assenza di sintomi maniacali o depressivi rilevanti porta a escludere la diagnosi di disturbo bipolare (con sintomi psicotici), disturbo depressivo maggiore (con sintomi psicotici) o disturbo schizoaaffettivo. Alla luce del recente e significativo consumo di cannabis riportato dal signor Daishi va esaminata anche la

possibilità di un disturbo psicotico indotto da sostanze. In effetti, i suoi sintomi sembrano essersi manifestati poco dopo l'assunzione di una sostanza che può causare psicosi (sia come tale, sia adulterata con altre sostanze quali la fenciclidina); l'uso di cannabinoidi potrebbe essere quindi considerato un fattore scatenante che il signor Daishi farebbe bene a evitare in futuro. Tuttavia, il DSM-5 esclude specificamente la diagnosi di disturbo psicotico indotto da sostanze quando i sintomi persistono per un consistente periodo di tempo (circa un mese) dopo che l'uso della sostanza implicata sia stato interrotto.

Letture consigliate

- CERMOLACCE, M., SASS, L., PARNAS, J. (2010), "What is bizarre about bizarre delusions? A critical review". In *Schizophrenia Bulletin*, 36, pp. 667-679.
- NORDGAARD, J., ARNFRED, S.M., HANDEST, P., PARNAS, J. (2008), "The diagnostic status of first-rank symptoms". In *Schizophrenia Bulletin*, 34, pp. 137-154.
- TANDON, R. (2012), "The nosology of schizophrenia: toward DSM-5 and ICD-11". In *Psychiatric Clinics of North America*, 35, pp. 557-569.
- TANDON, R., CARPENTER, W.T. (2012), "DSM-5 status of psychotic disorders: 1 year prepublication". In *Schizophrenia Bulletin*, 38, pp. 369-370.

Caso 2.5

Triste e psicotico

Stephan Heckers

John Evans era un venticinquenne di etnia bianca, celibe e disoccupato, da parecchi anni in cura presso uno psichiatra per psicosi, depressione, ansia, abuso di marijuana e alcol.

Dopo un'infanzia apparentemente normale, all'età di 15 anni, il signor Evans aveva incominciato a mostrare: umore disforico, anedonia, basso livello di energia e isolamento sociale. Più o meno nello stesso periodo aveva iniziato a bere e a fumare quotidianamente marijuana. Aveva poi avuto attacchi di panico ricorrenti, con palpazioni, sudorazione profusa e paura di morte imminente. In due occasioni, in periodi di caratterizzati da sintomi di depressione e panico particolarmente gravi, era stato trattato con sertralina (100 mg al giorno) e psicoterapia; in entrambi i casi i sintomi depressivi si erano attenuati nel giro di poche settimane e, dopo qualche mese, aveva smesso di assumere il farmaco. Negli intervalli tra gli episodi di intensa depressione, il paziente appariva comunque generalmente triste, irritabile, apatico e privo di interessi. Per tutta la durata della scuola superiore il suo rendimento scolastico, prima soddisfacente, era stato ai limiti della sufficienza; in seguito, deludendo le aspettative dei genitori, non si era iscritto all'università e aveva continuato a vivere in famiglia svolgendo saltuarie attività lavorative nel vicinato.

Intorno ai vent'anni il signor Evans aveva avuto un episodio psicotico durante il quale aveva manifestato la convinzione di avere ucciso, all'età di sei anni, persone di cui non era in grado di ricordare l'identità. Non ricordava neppure le circostanze del delitto, ma era assolutamente convinto di averlo commesso; come confermavano del resto anche le voci che lo accusavano continuamente di essere un assassino. Si diceva inoltre persuaso che qualcuno, prima o poi, lo avrebbe punito, perciò temeva per la sua vita. Nelle settimane successive il senso di colpa era progressivamente aumentato e aveva più volte considerato la possibilità di suicidarsi tagliandosi le vene dei polsi; alla fine era stato ricoverato in un reparto psichiatrico. Al momento del ricovero era apparso principalmente ansioso ma, nell'arco di un paio di giorni, era diventato anche molto depresso; i sintomi predominanti erano anedonia, difficoltà a prendere sonno, diminuzione dell'appetito e problemi di concentrazione. Dopo quattro settimane di trattamento con farmaci antipsicotici e antidepressivi si era verificata una remissione sia dei sintomi psicotici, sia dei sintomi depressivi. L'episodio psicotico era quindi durato complessivamente circa sette settimane, quattro delle quali caratterizzate anche da grave depressione. Prima dei 22 anni di età il signor Evans era stato ospedalizzato altre due volte, con lo stesso quadro sintomatologico: alcune settimane iniziali di allucinazioni e deliri correlati alla convinzione di aver commesso da bambino degli omicidi, seguite da un mese di depressione grave. Entrambi gli episodi erano incominciati mentre il paziente era in trattamento, apparentemente con una buona aderenza, con antipsicotici e an-

tidepressivi a dosaggi ragionevoli. Nei tre anni antecedenti all'attuale valutazione il signor Evans aveva assunto con regolarità clozapina e non aveva più manifestato deliri o allucinazioni. Aveva anche continuato il trattamento integrato con antidepressivi e psicoterapia supportiva, ma i sintomi di disforia, irritabilità e apatia non erano mai completamente scomparsi.

Il signor Evans aveva una storia significativa di abuso di marijuana e alcol a partire dai 15 anni di età. Prima dell'esordio della psicosi, avvenuto a cinque anni di distanza, fumava quasi ogni giorno diversi spinelli di marijuana e durante i weekend spesso beveva fino a ubriacarsi, con occasionali blackout. Dopo l'episodio psicotico iniziale aveva ridotto considerevolmente il consumo di marijuana e alcol, con due periodi di astinenza totale durati alcuni mesi ma, prima dei 22 anni, aveva sofferto di altri episodi psicotici. Aveva poi incominciato a frequentare gli Alcolisti Anonimi e anche altri gruppi di autoaiuto; negli ultimi due anni non aveva mai fatto uso né di alcol né di marijuana.

Diagnosi

- Disturbo schizoaffettivo, tipo depressivo
- Disturbo da uso di alcol, in remissione
- Disturbo da uso di marijuana, in remissione

Discussione

Sin dall'adolescenza il signor Evans ha sofferto di ansia e depressione, aggravate dal frequente uso di alcol e marijuana. Inizialmente, ha ricevuto le diagnosi di depressione e disturbo di panico ed è stato trattato di conseguenza. Dopo aver conseguito il diploma di scuola superiore non si è iscritto all'università, come si aspettavano i familiari, e non ha intrapreso un'attività lavorativa regolare. All'età di 20 anni ha manifestato sintomi psicotici che hanno reso necessario un ricovero ospedaliero.

Il sintomo psicotico principale del signor Evans è la paranoia, con deliri di persecuzione e paramnesie di omicidi; la psicosi è caratterizzata anche da allucinazioni uditive, che il paziente considera come una conferma dei suoi deliri. Deliri e allucinazioni, di cui il signor Evans ha sofferto pressoché quotidianamente tra i 20 e i 22 anni di età, sono scomparsi in seguito al trattamento con clozapina. Anche se riferisce difficoltà di memoria, il signor Evans non mostra una marcata compromissione delle funzioni cognitive o disorganizzazione del pensiero. È socialmente isolato, con una scarsa capacità di interagire con gli altri. La natura, gravità e durata dei suoi sintomi psicotici sono compatibili con la diagnosi di un disturbo dello spettro della schizofrenia.

La psicosi è insorta dopo anni di depressione, ansia e attacchi di panico. Successivamente all'esordio della malattia psicotica, il signor Evans ha avuto diversi episodi di depressione, emersi dopo periodi di deliri e allucinazioni e caratterizzati, prevalentemente, da profondo senso di colpa, anedonia, disturbi del sonno

e **irritabilità**; nelle fasi di massima intensità dei sintomi psicotici e depressivi ha avuto **anche idee di suicidio**.

Il signor Evans soddisfa i criteri del DSM-5 per una **diagnosi di disturbo schizoaaffettivo**. Ci sono stati infatti periodi ininterrotti in cui sintomi di depressione maggiore si sono sovrapposti ai sintomi di schizofrenia, come pure altri periodi della durata di **parecchie settimane** in cui **allucinazioni** e **deliri** si sono **manifestati in assenza di sintomi depressivi gravi**. Inoltre, sintomi corrispondenti ai criteri per un episodio depressivo maggiore sono stati presenti per la maggior parte della durata totale delle fasi attive e residue della malattia.

Per circa **otto anni** il signor Evans ha fatto uso di **marijuana e alcol**, che potrebbero aver contribuito all'insorgenza dei sintomi psicotici e depressivi; tra **i 20 e i 22 anni** ha però **continuato a manifestare deliri, allucinazioni e segni di depressione**, anche dopo aver interrotto per diversi mesi l'assunzione di queste sostanze. La possibilità di depressione, ansia o psicosi indotta da alcol o marijuana si sarebbe potuta considerare in vari periodi della sua vita, ma la **persistenza dei sintomi dopo la prolungata sospensione del consumo di alcol e marijuana** indica che il paziente non ha un disturbo psichiatrico indotto da sostanze.

La risposta del signor Evans ai trattamenti con farmaci antipsicotici, antidepressivi e stabilizzatori dell'umore è tipica: ripetuto insuccesso di terapie con antipsicotici, necessità di un trattamento combinato durante i periodi di esacerbazione dei sintomi, fallimenti dei tentativi di ridurre i dosaggi sia degli antidepressivi, sia degli antipsicotici.

Un fattore che complica la formulazione della diagnosi di disturbo schizoaaffettivo è che, sebbene il DSM-5 preveda la presenza del disturbo dell'umore durante la maggior parte delle fasi attive e residue della schizofrenia, i disturbi psicotici e dell'umore tendono a differire significativamente in termini di risposta al trattamento e decorso clinico. Per esempio, i disturbi depressivi e bipolari hanno spesso un decorso ciclico, mentre la schizofrenia dopo essersi manifestata tende a persistere. Inoltre, i disturbi depressivi e bipolari, in genere, sono più facili da trattare, soprattutto perché il periodo diagnostico per la schizofrenia include le fasi residue, che possono essere largamente resistenti agli interventi psichiatrici. Rimane da verificare come l'irrigidimento dei criteri delineati dal DSM-5 per la diagnosi di disturbo schizoaaffettivo influenzereanno l'identificazione e il trattamento di questo gruppo di pazienti.'

Letture consigliate

HECKERS, S. (2012), "Diagnostic criteria for schizoaffective disorder". In *Expert Review of Neurotherapeutics*, 12, pp. 1-3.

Caso 2.6 Psicosi e cannabis

Melissa Nau, Heather Warm

Kevin Foster, un trentaduenne di etnia bianca con una storia di disturbo bipolare, era stato scortato al Pronto Soccorso da agenti di polizia; gli agenti erano intervenuti su richiesta della moglie, che aveva chiamato il 911 dopo che il signor Foster aveva minacciato di buttarsi dalla finestra della loro camera d'albergo.

Al momento dell'incidente la coppia si trovava in vacanza per festeggiare il quinto anniversario di matrimonio. In occasione dell'avvenimento si erano fatti fare dei tatuaggi; più tardi erano andati a passeggio in un parco vicino, dove il signor Foster aveva comprato e fumato una sigaretta di marijuana. Nell'ora successiva aveva però incominciato a manifestare la convinzione che i simboli del suo tatuaggio avessero significati e poteri misteriosi, che l'autore del tatuaggio facesse parte insieme ad altre persone, di una cospirazione ai suoi danni e che la moglie lo tradisse. Al rientro in albergo si era impadronito del cellulare della donna per cercare prove della sua infedeltà, dopo di che aveva minacciato di gettarsi dalla finestra. La moglie del paziente, un medico che lavorava abitualmente in un reparto di Pronto Soccorso, lo aveva persuaso ad andare a dormire, pensando che, con il sonno, l'episodio si sarebbe risolto spontaneamente.

Ma la mattina dopo il signor Foster era ancora paranoide e delirante. Oltre a ribadire l'intenzione di buttarsi dalla finestra, aveva detto alla moglie che la prossima volta che si fosse addormentata l'avrebbe uccisa, perché non gli era rimasta altra scelta. A questo punto la donna aveva chiamato la polizia; il signor Foster era stato quindi portato al Pronto Soccorso di un grande ospedale poco lontano, dove qualche ora dopo era stato ricoverato in un'unità di psichiatria con una diagnosi di disturbo psicotico non specificato.

Dai 18 anni in poi, il signor Foster aveva fumato cannabis in modo sporadico, ma negli ultimi cinque anni ne aveva fatto uso quotidianamente. Il paziente riferiva di non aver mai assunto altre sostanze stupefacenti (dato confermato anche dalla moglie) e di bere alcolici solo raramente. Fino all'anno prima non aveva neanche mai avuto bisogno di uno psichiatra, nessuno dei suoi familiari e amici lo aveva considerato affatto da problemi mentali significativi.

Tuttavia, l'anamnesi rivelava quattro ricoveri ospedalieri per problemi psichiatrici nel corso dell'anno antecedente: due a causa di sintomi maniacali classici, uno per depressione suicidaria e uno, avvenuto sette mesi prima e durato sei settimane, per un episodio di psicosi indotta da cannabis, caratterizzato principalmente da paranoia, che aveva risposto bene alla terapia con risperidone. Due mesi prima dell'attuale ospedalizzazione era stato anche ricoverato per trenta giorni presso una struttura di riabilitazione dove aveva seguito un programma di trattamento per disturbo da uso di cannabis. Da allora non aveva più assunto alcol, marijuana o altre sostanze di abuso fino al weekend di vacanza per l'anniversario del suo matrimonio. Negli ultimi tre mesi, in terapia unicamente con litio, il paziente era stato bene.

Dopo il diploma di scuola superiore, il signor Foster aveva lavorato stabilmente

come editor cinematografico. Il padre soffriva di disturbo bipolare; il nonno paterno si era suicidato con un colpo di pistola, ma non aveva ricevuto una diagnosi precisa.

Durante il secondo giorno di degenza, il signor Foster aveva incominciato a reallizzare che la moglie non lo tradiva e che i simboli del tatuaggio non avevano alcun significato; il terzo giorno, non sollecitato, aveva detto che la paranoia era il risultato di un'intossicazione da cannabis. Aveva espresso la volontà di interrompere il trattamento con risperidone, ma aveva continuato la terapia con litio; era stato dimesso dall'ospedale dopo aver fissato una visita di *follow-up* con il suo psichiatra.

Diagnosi

- Disturbo psicotico indotto da cannabis
- Disturbo bipolare, in remissione

Discussione

Poco dopo aver fumato una sigaretta di marijuana, il signor Foster aveva incominciato a credere che i simboli disegnati nel suo nuovo tatuaggio fossero dotati di significati e poteri misteriosi. Nel giro di ore era diventato paranoide nei riguardi dell'uomo che aveva eseguito il tatuaggio, aveva manifestato deliri di gelosia e aveva minacciato di uccidere se stesso e la moglie. I sintomi psicotici erano spariti dopo un paio di giorni di degenza in un'unità psichiatrica, nel corso dei quali aveva riacquisito un insight appropriato. Un simile andamento dei sintomi corrisponde ai criteri del DSM-5 per la diagnosi di disturbo psicotico indotto da sostanze/farmaci, che richiede lo sviluppo di deliri o allucinazioni durante, o subito dopo, un'intossicazione da sostanze (oppure in un quadro di astinenza o in seguito all'assunzione di farmaci).

Un altro criterio del DSM-5 prevede l'esclusione della possibilità che i deliri del signor Foster risultino meglio spiegati da un disturbo psicotico primario quale la schizofrenia, oppure come sintomi psicotici nell'ambito di depressione o mania. I sintomi del paziente sono scomparsi nell'arco di tre giorni, come è tipico di una psicosi indotta da cannabis ma non di un disturbo psicotico indipendente; la loro rapida risoluzione indica che sono stati molto probabilmente causati dall'assunzione della sostanza.

La storia psichiatrica del signor Foster complica però la diagnosi per due motivi. Primo, l'anamnesi riporta, nel corso dell'ultimo anno, una degenza ospedaliera di sei settimane per deliri paranoidi nel contesto dell'uso di cannabis. Anche se la durata effettiva dei deliri non è del tutto chiara, sembra sia stata nettamente superiore a quella tipica di una psicosi indotta da cannabis. Il DSM-5 segnala in maniera specifica che la persistenza di una psicosi per oltre un mese dopo l'esposizione implica che la psicosi può essere indipendente, anziché indotta da sostanze. Secondo, delle altre tre ospedalizzazioni precedenti due erano per mania "classica" e una per "depressione suicidaria", ma non è chiaro se paranoia o psicosi abbiano fatto parte di questi episodi. Il DSM-5 sottolinea che

una storia di episodi psicotici ricorrenti non correlati a sostanze rende meno probabile una psicosi indotta da sostanze.

Di conseguenza, non è chiaro se questi episodi psichiatrici possano essere riuniti in una singola diagnosi. Per esempio, il signor Foster potrebbe soffrire di un disturbo bipolare con episodi ricorrenti di depressione e mania; è possibile che l'uso di cannabis lo aiuti a dormire – cosa che potrebbe avere effetti positivi sulla mania – ma agisca anche come fattore scatenante degli episodi. Se episodi maniacali e depressivi (con o senza psicosi) sono scatenati da una sostanza ma i sintomi persistono per più di un mese, la diagnosi più accurata sarebbe quella di disturbo bipolare, specialmente se sintomi analoghi si sviluppano anche quando la sostanza non viene assunta; nel caso del signor Foster tale diagnosi è ulteriormente supportata dall'anamnesi familiare positiva per il disturbo. D'altra parte, il signor Foster non ha manifestato alcun segno di disturbo dell'umore durante l'episodio psicotico più recente, i cui sintomi si sono risolti nello spazio di 2-3 giorni. Considerati nel loro complesso, i dati a disposizione sembrano indicare che, sebbene il signor Foster abbia in precedenza soddisfatto i criteri per disturbo bipolare, questo stesso disturbo sia attualmente in remissione.

La breve durata dei sintomi che hanno causato l'ultimo ricovero porta a eliminare la possibilità della maggior parte dei disturbi dello spettro della schizofrenia. Inoltre, il signor Foster ha manifestato un unico tipo di sintomi (deliri). La diagnosi di disturbo delirante comporta la presenza di deliri in assenza di altri sintomi psicotici, ma i deliri devono persistere per almeno un mese. Anche la diagnosi di disturbo psicotico breve prevede la presenza di uno solo dei quattro sintomi primari dello spettro schizofrenico, ma richiede che venga escluso un ruolo scatenante di sostanze o farmaci.

Al momento quella di disturbo psicotico indotto da cannabis sembra quindi essere la diagnosi più plausibile per il recente episodio del signor Foster. Indagini più approfondite sulle cartelle cliniche precedenti potrebbero fornire ulteriori informazioni, ma indicazioni ancora più utili potranno venire dal follow-up longitudinale del paziente.

Letture consigliate

- CATON, C.L., HASIN, D.S., SHROUT, P.E. ET AL. (2007), "Stability of early-phase primary psychotic disorders with concurrent substance use and substance-induced psychosis". In *British Journal of Psychiatry*, 190, pp. 105-111.
- EKLEBERRY, S. (2004), *Treating Co-Occurring Disorders: A Handbook for Mental Health and Substance Abuse Professionals*. Haworth, Binghamton.
- GRANT, B.F., STINSON, F.S., DAWSON, D.A. ET AL. (2004), "Prevalence and co-occurrence of substance use disorders and independent mood and anxiety disorders: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions". In *Archives of General Psychiatry*, 61, pp. 807-816.
- PETTINATI, H.M., O'BRIEN, C.P., DUNDON, W.D. (2013), "Current status of co-occurring mood and substance use disorders: a new therapeutic target". In *American Journal of Psychiatry*, 170, pp. 23-30.

Caso 2.7

Infestazione da pulci

Julie B. Penzner

Lara Gonzalez, una giornalista *freelance* di 51 anni, divorziata, si era presentata nel reparto di Pronto Soccorso chiedendo una visita dermatologica per un'infestazione da pulci; all'esame obiettivo della cute non era possibile osservare alcun segno. Ciò nonostante, la donna aveva continuato a insistere, dicendo che non poteva tornare a casa, perché era piena di insetti; alla fine, era stata ricoverata nell'unità psichiatrica dell'ospedale per "disturbo psicotico senza specificazione".

I suoi problemi erano iniziati da circa **una settimana**. Per far fronte a una difficile situazione finanziaria, aveva dato in affitto una stanza della casa e, per qualche ora al giorno, si occupava a pagamento degli animali domestici di alcuni vicini. Ma aveva incominciato a percepire piccoli insetti che scavavano tane nella sua pelle, nei muri e che si muovevano sui tappeti e nei materassi; aveva anche buttato via una valigia contenente dei vestiti, perché aveva sentito al suo interno "il rumore delle pulci". **Dormiva poco**; e aveva passato **gran parte delle ultime 36 ore pulendo forsennatamente la casa**, perché temeva che i suoi inquilini vedessero le pulci e si rifiutassero di pagare l'affitto. Aveva fatto **numerose docce con vari tipi di prodotti antiparassitari**. Il **disinfestatore** che aveva chiamato l'aveva **rassicurata** dicendo che **in casa non c'era traccia di pulci**, ma lei non gli aveva creduto.

La signora Gonzalez era evidentemente turbata per la presunta infestazione, ma per il resto **non presentava né sintomi di depressione, né di mania o paranoia**. **Non aveva problemi medici rilevanti e non faceva uso di alcol o altre sostanze**. In passato aveva avuto un **episodio di depressione** che si era risolto dopo un breve trattamento con un antidepressivo. Nessuno dei suoi familiari aveva una storia di malattie psichiatriche. Nel periodo immediatamente precedente la signora Gonzalez **era entrata in menopausa**, aveva **interrotto una relazione amorosa**, era **assillata da problemi economici** che l'avrebbero probabilmente costretta a tornare in Argentina (il suo paese d'origine) e **aveva saputo che alla sorella era stato diagnosticato un cancro**. Si descriveva come una persona tendenzialmente ossessiva; aveva **sempre avuto fobie di contaminazione** che, in genere, peggioravano nei periodi di ansia.

Durante la valutazione psichiatrica era apparsa calma e collaborativa, con contatto visivo e capacità di interazione nella norma. Aveva consegnato all'esaminatore un **sacchetto di plastica** in cui aveva messo **"pulci e larve"** che aveva raccolto nei corridoi dell'ospedale, mentre aspettava; il sacchetto **conteneva in realtà solo minuscoli frammenti di garza e gesso**. Nel parlare denotava una certa insistenza; per descrivere il suo umore aveva detto di **sentirsi "attualmente triste"**. Più volte era sembrata sul punto di piangere, ma aveva risposto generalmente alle domande sorridendo. I suoi racconti erano estremamente dettagliati e ruotavano principalmente intorno al problema delle pulci. Diceva che **ogni volta che un capello le cadeva dalla testa dava poi origine a una larva; quando piangeva, dal suo condotto lacrimale, uscivano delle**

uova. Era irriducibilmente convinta che i pezzetti di garza raccolti fossero larve e di esserne infestata. Negava di soffrire di allucinazioni e di avere idee suicide o omicide. Le capacità cognitive erano integre; l'insight appariva compromesso, ma il giudizio era ritenuto complessivamente appropriato.

La visita dermatologica non aveva evidenziato la presenza di insetti o larve. I risultati dell'esame neurologico, di una TAC cranica, dei test di laboratorio di routine e dei test tossicologici erano nella norma. La paziente era stata dimessa dall'ospedale con la prescrizione di un farmaco antipsicotico a basse dosi; le era stata prescritta anche una psicoterapia supportiva con sedute settimanali.

I sintomi erano migliorati dopo qualche giorno ed erano completamente scomparsi nel giro di due settimane. La signora Gonzalez aveva riacquistato un insight sufficiente a farle definire "del tutto prive di senso" le convinzioni riguardanti le pulci. Attribuiva questa sua "fuga dalla realtà" al periodo di forte stress che stava attraversando: si era concentrata sui deliri relativi agli insetti per non pensare ai molti problemi concreti che doveva affrontare. Il suo rapido ritorno alla normalità era confermato dai familiari.

Diagnosi

- Disturbo psicotico breve con marcati fattori di stress

Discussione

I deliri della signora Gonzalez, seguiti da un rapido ritorno al livello di funzionamento premorboso, suggeriscono la diagnosi di disturbo psicotico breve con marcati fattori di stress. Noto in passato come "psicosi reattiva breve", il disturbo (con o senza marcati fattori di stress) può essere diagnosticato solo dopo che si sia verificato il ritorno alla normalità e si siano escluse altre possibili cause dei sintomi.

Al momento del ricovero la signora Gonzalez ha ricevuto una diagnosi di "disturbo psicotico senza specificazione", definizione spesso usata quando si riscontra una psicosi ma le informazioni disponibili sono incomplete. La diagnosi di disturbo psicotico breve è stata posta soltanto dopo la risoluzione dei sintomi, avvenuta nell'arco di un paio di settimane: quando la paziente si è mostrata in grado di collegarli a un'antecedente condizione di stress. Anche se è probabile che il trattamento riduca la durata di un episodio psicotico acuto, nell'indicare una durata inferiore a un mese come criterio necessario per la diagnosi di disturbo psicotico breve, il DSM-5 non considera gli effetti di eventuali interventi terapeutici. Vale inoltre la pena di sottolineare che i fattori di stress implicati possono essere negativi, come nel caso della signora Gonzalez, ma anche positivi (come per esempio un recente matrimonio, un nuovo lavoro, la nascita di un figlio). Una prognosi favorevole è frequentemente associata a una storia di buon funzionamento premorboso, alla presenza di fattori stressanti acuti significativi e a un'anamnesi familiare o personale negativa per malattie psichiatriche.

L'insonnia, l'agitazione comportamentale e il precedente episodio depressivo della signora Gonzalez potrebbero suggerire anche un disturbo bipolare, ma non ci sono altri sintomi a sostegno di una simile diagnosi. Analogamente, i deliri sull'infestazione da pulci indicano la possibilità di un disturbo delirante che è, però, resa poco probabile dalla rapidità con cui queste ossessioni sono scomparse. I pazienti con disturbi di personalità possono avere "micropsicosi", ma non sembra che la signora Gonzalez sia affetta da un disturbo di personalità. Appaiono infine improbabili sia una simulazione di malattia o un disturbo fittizio, sia uno stato di delirium o altri disturbi dovuti a una condizione medica.

La prevalenza del disturbo psicotico breve nella popolazione generale è bassa. Ciò potrebbe indicare che le psicosi brevi siano rare, oppure che le persone con sintomi psicotici che si risolvono molto velocemente spesso non cercano un'assistenza psichiatrica. La fugacità e l'imprevedibilità dei sintomi rende anche difficile condurre ricerche e impedisce a singoli clinici o istituti di sviluppare un'esperienza e una competenza specifica. Gli episodi psicotici brevi sono caratterizzati da una stabilità nel tempo relativamente scarsa; a differenza della schizofrenia, hanno per definizione una durata limitata e non possono essere diagnosticati in assenza di una remissione dei sintomi e di un accurato *follow-up*.

Letture consigliate

- JORGENSEN, P., BENNEDSEN, B., CHRISTENSEN, J., HYLLESTED, A. (1996), "Acute and transient psychotic disorder: comorbidity with personality disorder". In *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 94, pp. 460-464.
- SALVATORE, P., BALDESSARINI, R.J., TOHEN, M. ET AL. (2009), "McLean-Harvard International First-Episode Project: two-year stability of DSM-IV diagnoses in 500 first-episode psychotic disorder patients". In *Journal of Clinical Psychiatry*, 70, pp. 458-466.

3. Disturbo bipolare e disturbi correlati

Introduzione

John W. Barnhill

I disturbi bipolari sono caratterizzati da periodi distinti di mania o ipomania. Per esempio, un paziente può manifestare, con un'insorgenza relativamente acuta, euforia, ridotto bisogno di sonno, grandiosità, logorrea, fuga delle idee e vari comportamenti imprudenti; in assenza di fattori che interferiscono con la diagnosi, è probabile che un simile paziente venga prontamente riconosciuto come affetto da un episodio maniacale nel quadro di un disturbo bipolare I. Ma i fattori che possono complicare una diagnosi di disturbo bipolare sono parecchi, come indicano anche i diversi casi clinici illustrati in questo capitolo.

Le difficoltà diagnostiche sono in gran parte correlate alla valutazione dei sintomi. Prima di tutto, il DSM-5 identifica un insieme di sette sintomi tipici; per porre una diagnosi di mania devono esserne presenti almeno tre. Di ogni sintomo devono essere stimate la gravità e la durata, ma è possibile che alcuni problemi, quali la “facile distraibilità” o il “diminuito bisogno di sonno”, non appaiano evidenti durante una valutazione clinica. Una diagnosi di mania richiede che sintomi caratteristici si manifestino quasi quotidianamente, per la maggior parte della giornata, per un periodo minimo di una settimana. Richiede quindi un'anamnesi accurata, ma ottenere dati precisi e attendibili, cosa che può essere difficile con qualsiasi tipo di paziente, risulta particolarmente arduo nel caso di pazienti che mostrano uno scarso insight sui propri problemi psichiatrici (come spesso succede negli individui con disturbo bipolare); per verificare l'eventuale presenza di mania possono avere un ruolo cruciale altre fonti di informazioni. Ricostruire accuratamente la storia della malattia può essere ancora più difficile quando al momento della valutazione il paziente è depresso e non soffre da anni di sintomi maniacali. Valutazione, diagnosi e terapia possono inoltre essere rese più complicate dall'abuso di sostanze che si riscontra in circa la metà dei pazienti affetti da disturbo bipolare.

In questi pazienti la depressione è talmente comune che in passato il disturbo veniva chiamato “depressione maniacale”. Tuttavia, la relazione fra i due stati dell'umore non è sempre chiara, e questo è uno dei motivi per cui nel DSM-5 ai

disturbi bipolari è dedicato un capitolo a se stante. In effetti in un disturbo bipolare la depressione può essere assente, come pure costituire lo stato dell'umore dominante in termini di frequenza e intensità dei sintomi. L'umore può oscillare tra i due poli, ma depressione e mania possono anche coesistere in un episodio misto. Spesso il rapporto tra sintomi depressivi e maniacali è reso meno chiaro anche dal fatto che i pazienti tendono a lamentarsi della disforia, più che dell'euforia. Infine, come per molti dei disturbi descritti nel DSM-5, la diagnosi di disturbo bipolare richiede una riduzione significativa della capacità di svolgere le normali attività; il problema è che alcuni sintomi fondamentali della mania (quali euforia, iperattività, loquacità) possono portare, almeno nel breve termine, a un *aumento* di efficienza, impegno e soddisfazione.

Il DSM-5 prende in esame queste difficoltà delineando una serie di sindromi all'interno dello spettro bipolare. Per esempio, le diagnosi di mania e ipomania richiedono entrambi che siano soddisfatti tre (o più) dei sette criteri sintomatologici, “per la maggior parte del giorno, quasi tutti i giorni”. Ma per la diagnosi di mania è necessario almeno un episodio della durata minima di una settimana, mentre per quella di ipomania i sintomi devono persistere soltanto per quattro giorni; nel primo caso i sintomi devono causare una marcata compromissione del funzionamento sociale o lavorativo, nel secondo è sufficiente un cambiamento inequivocabile e rilevabile da altri rispetto al funzionamento abituale. Questi criteri tengono in considerazione la mancanza di insight che, frequentemente, si osserva nei pazienti maniacali e ipomaniaci e sottolineano la minore gravità dell'ipomania. L'ipomania è una caratteristica essenziale del disturbo bipolare II; a differenza di quella di disturbo bipolare I, la diagnosi di disturbo bipolare II richiede però anche la presenza di almeno un episodio depressivo maggiore in un periodo privo di sintomi ipomaniaci.

Altri pazienti possono avere sintomi classici di mania o ipomania che sembrano essere correlati a fattori precipitanti di natura fisica. Per esempio, un individuo affetto da lupus eritematoso sistematico può manifestare sintomi maniacali subito dopo la somministrazione di prednisone per il trattamento di un'esacerbazione della malattia. In questo caso il problema diagnostico è stabilire se il paziente ha un disturbo bipolare che, presumibilmente, richiede una terapia con stabilizzatori dell'umore; o se i sintomi sono invece effetti indesiderati del farmaco (una reazione avversa abbastanza comune, impropriamente chiamata “psicosi da steroidi” ma meglio definita, in accordo con il DSM-5, come disturbo bipolare indotto da farmaci) che potrebbero essere alleviati da una riduzione dei suoi dosaggi; oppure, ipotesi forse ancora più verosimile, se ci si trova di fronte a un quadro di lupus neuropsichiatrico (e quindi a un disturbo bipolare dovuto a una condizione medica) che dovrebbe essere trattato con un *incremento* delle dosi di corticosteroidi. Uno dei motivi per cui la diagnosi di disturbo bipolare è oggetto di accesi dibattiti è che una sua formulazione corretta e rigorosa è di vitale importanza per la cura dei pazienti.

Rientrano nello spettro bipolare anche gruppi di individui con sintomi maniacali o ipomaniaci significativi, ma che per numero o durata non soddisfano

i criteri per una diagnosi di disturbo bipolare I o II. Per esempio, in alcuni pazienti si alternano, con un decorso cronico, sintomi di ipomania e depressione non grave; se la soglia per una diagnosi di episodio maniacale, ipomaniacale o depressivo maggiore non è mai stata raggiunta e se i sintomi provocano disagio clinicamente significativo e sono persistenti – presenti la maggior parte dei giorni per un periodo complessivo di almeno due anni (un anno negli adolescenti), con periodi asintomatici non superiori a due mesi – questi pazienti corrispondono ai criteri del DSM-5 per una diagnosi di disturbo ciclotimico. Rispetto a durata e intensità dei sintomi, il disturbo ciclotimico è assimilabile al disturbo depressivo persistente (distimia).

Ci sono poi pazienti che manifestano sintomi di mania rilevanti, ma in contesti (come visite in reparti di Pronto Soccorso) che non consentono la raccolta di sufficienti informazioni anamnestiche; secondo il DSM-5, in simili casi la diagnosi sarà di disturbo bipolare e disturbi correlati senza specificazione. La categoria “con altra specificazione” include, invece, una varietà di altri pazienti, tra cui individui con sintomi di durata inferiore ai quattro giorni o che non soddisfano almeno tre dei sette criteri sintomatici per mania o ipomania. Altri ancora corrispondono ai criteri per ipomania, ma non hanno una storia di depressione maggiore e, di conseguenza, non possono ricevere una diagnosi di disturbo bipolare II; oppure hanno sintomi cronici di ipomania e depressione sottosoglia ma non possono ricevere una diagnosi di disturbo ciclotimico perché questi sintomi sono presenti da meno di due anni.

Le diagnosi dei disturbi dello spettro bipolare hanno generato notevoli controversie. Uno dei temi discussi riguarda la durata: è difficile fare una diagnosi in cui i sintomi devono persistere solo per pochi giorni e non causano necessariamente un disagio rilevante. Un altro problema è legato alla gravità dei sintomi, perché, a volte, non è semplice distinguere ciò che può essere considerato normale o anormale quando le variabili in questione comprendono aspetti basilari del comportamento umano quali loquacità, assunzione di rischi, bisogno di sonno o autostima. Il DSM-5 risponde a queste obiezioni, da un lato, cercando di identificare insiemi consistenti e distinti di sintomi in pazienti con disagio significativo, dall'altro evitando di etichettare come patologiche quelle esperienze che possono rientrare nell'intervallo di normalità. In assenza di test affidabili per il “disturbo bipolare”, sta al clinico fare buon uso dei criteri descritti e seguire le evidenze disponibili sia per la diagnosi, sia per il trattamento di questi difficili pazienti.

Letture consigliate

- COSGROVE, V.E., SUPPES, T. (2013), “Informing DSM-5: biological boundaries between bipolar I disorder, schizoaffective disorder, and schizophrenia”. In *BMC Medicine*, 11: 127.
- STRAKOWSKI, S.M. (2012), *The Bipolar Brain: Integrating Neuroimaging and Genetics*. Oxford University Press, New York.
- SWANN, A.C., LAFER, B., PERUGI, G. ET AL. (2013), “Bipolar mixed states: an International Society for Bipolar Disorders Task Force report of symptoms structure, course of illness, and diagnosis”. In *American Journal of Psychiatry*, 170, pp. 31-42.

Caso 3.1

Emotivamente disturbato

Donald M. Hilty

Un afroamericano intorno ai trent'anni di età era stato portato in un centro di Pronto Soccorso da due agenti di polizia; il modulo di accompagnamento riportava che l'uomo era **schizofrenico** ed "emotivamente disturbato". Uno degli agenti aveva riferito che, durante il tragitto, l'uomo si era offerto di **pagarli in cambio di prestazioni sessuali**; diceva di essere il **"Nuovo Gesù"** e non aveva fornito altre indicazioni sulla propria identità. Una volta raggiunto il Pronto Soccorso **si era messo a correre per la stanza**; era stato pertanto immobilizzato e gli erano stati somministrati per via intramuscolare lorazepam (2 mg) e aloperidolo (5 mg), preparando anche una dose di difenidramina per via endovenosa (50 mg) nell'eventualità di effetti avversi extrapiramidali. Era poi stato affidato all'équipe psichiatrica del reparto, con l'indicazione "disturbo dello spettro della schizofrenia e altri disturbi psicotici senza specificazione".

Nonostante i sedativi e la contenzione fisica, il paziente continuava a essere **molto irrequieto**. Parlando in modo frenetico e **concitato** aveva incominciato a raccontare dei **messaggi** che riceveva da Dio; alla domanda su quando avesse dormito l'ultima volta aveva risposto che **non aveva più bisogno di dormire**, perché era stato "toccato dal Signore". Dopo 45 minuti, data la persistenza dello stato di agitazione, gli era stata somministrata una seconda dose di lorazepam. Si era quindi calmato, anche se non addormentato, e i mezzi di contenzione erano stati rimossi.

Una ricerca nel sistema elettronico di cartelle cliniche dell'ospedale rivelava che due anni prima il paziente aveva avuto un episodio simile, con esami tossicologici negativi, in seguito al quale era stato ricoverato per 15 giorni nel reparto psichiatrico. Era stato dimesso con una diagnosi di "**disturbo schizoaffettivo**", la prescrizione di olanzapina ed era stato indirizzato a un ambulatorio di salute mentale per il *follow-up*. La cartella clinica segnalava anche due ricoveri precedenti in un altro ospedale, ma i dati relativi a questi ricoveri non erano, al momento, disponibili.

Il paziente era stato intervistato un'ora dopo l'iniziale somministrazione di lorazepam e aloperidolo. Appariva sovrappeso, trasandato e maleodorante, ma **non puzzava di alcol**. Stabiliva solo di rado un contatto visivo con l'esaminatore, mentre **spostava continuamente lo sguardo su qualsiasi cosa** o persona si muovesse nella stanza (un altro medico, un'infermiera poco lontano, un orologio sul muro). **Dondolava velocemente le gambe**; non si era però alzato dalla sedia né si era mostrato minaccioso nei confronti dell'intervistatore. **L'eloquio era rapido, disorganizzato e difficile da seguire**. Aveva affermato di sentirsi "non male", ma l'**umore appariva instabile**; era spesso **scoppiato a ridere senza motivo**, ma aveva anche più volte manifestato **rabbia e frustrazione**, specialmente quando l'esaminatore non sembrava comprendere ciò che lui gli stava dicendo. Il **pensiero era disorganizzato**. Il paziente aveva **deliri di grandezza**; aveva più volte dichiarato di essere "**in comunicazione diretta con Dio**", ma negava di avere allucinazioni e idee di suicidio o omicidio. Quando gli era stato

chiesto che giorno fosse si era impegnato in una lunga discussione sul significato della data, anche se aveva fornito quella del giorno prima. Ricordava però perfettamente i nomi degli agenti che lo avevano scortato al Pronto Soccorso; si era rifiutato di sottoporsi ad altri test cognitivi. Le sue capacità di **insight** e giudizio apparivano **scarse**.

Informata dalla telefonata di un vicino del fatto che il fratello era stato portato via in un'auto della polizia, la sorella del paziente – Mark Hill – si era presentata al Pronto Soccorso, circa un'ora più tardi. La donna aveva riferito che **la domenica precedente** il signor Hill, durante un pranzo con familiari e parenti, si era mostrato insolitamente **irritabile e litigioso**; aveva anche raccontato che, ultimamente, **non sentiva la necessità di dormire**, grazie ai **"poteri speciali"** di cui era dotato. Preoccupata, nel corso della **settimana** aveva cercato ripetutamente di mettersi in contatto con lui; aveva chiamato il suo cellulare e gli aveva inviato messaggi di testo e di posta elettronica, ma non aveva ricevuto alcuna risposta. Il fratello non parlava volentieri dei suoi problemi; tuttavia, in un paio di occasioni la sorella aveva notato nel suo appartamento un flacone di **olanzapina**. Sapeva che il padre era stato definito schizofrenico e bipolare, ma non lo aveva più visto da quando era piccola. La donna aveva anche affermato che il fratello non faceva abitualmente uso di sostanze; aveva 34 anni ed era un insegnante di matematica in una scuola media, dove aveva da poco finito gli esami e scrutini prima delle vacanze estive.

Nel corso delle 24 ore successive il signor Hill si era significativamente tranquillizzato, anche se continuava a sostenere di non avere alcun bisogno di un ricovero ospedaliero. **Parlava ancora in fretta e a voce molto alta, saltando rapidamente da un argomento all'altro; la convinzione** di essere **"in colloquio con Dio"** e di avere **"un ruolo importante sulla Terra"** non era scomparsa, ma negava qualsiasi collegamento con qualcuno chiamato **"Nuovo Gesù"**. Appariva sempre molto teso e guardingo, ma diceva di non sentirsi né paranoico né spaventato.

L'esame fisico aveva evidenziato soltanto la presenza di diverse vesciche ai piedi. Il paziente non aveva tremori, i riflessi tendinei profondi erano normali e non c'erano segni di asimmetria neurologica. Gli esiti dei test tossicologici erano negativi, con alcolemia pari a zero. Gli esami di laboratorio indicavano un'**alta concentrazione plasmatica di urea** e un **valore glicemico di 210 mg/dl**; il volume corporcolare medio, il rapporto aspartato aminotrasferasi/alanina aminotrasferasi e i livelli di magnesio erano normali.

Diagnosi

- **Disturbo bipolare I, attuale episodio maniacale**, grave, con **caratteristiche psicotiche congruenti all'umore**

Discussione

Nel caso del signor Hill, al momento del suo arrivo nel Pronto Soccorso, l'obiettivo più urgente era la sicurezza; di conseguenza gli erano stati immediatamente somministrati farmaci sedativi e per un'ora è stato immobilizzato con mezzi di

contenzione. La diagnosi provvisoria iniziale, come spesso succede per i pazienti che si presentano con sintomi psicotici ma sui quali mancano ancora sufficienti informazioni, era di “disturbo dello spettro della schizofrenia e altri disturbi psicotici senza specificazione”; nelle 24 ore seguenti il personale del Pronto Soccorso aveva cercato di formulare una diagnosi più precisa. A questo proposito, il primo problema era escludere che il quadro di psicosi fosse correlato a una condizione potenzialmente pericolosa, come uno stato di delirium o una psicosi dovuta a intossicazione o astinenza da sostanze.

Il reperimento della cartella clinica precedente era stato importante, perché la cartella riportava che in occasione di quel ricovero, risalente a due prima, il paziente aveva manifestato sintomi simili con esami tossicologici negativi. Più tardi erano risultati negativi anche i test tossicologici e gli altri esami di laboratorio eseguiti durante l’attuale episodio, che indicavano come poco probabile un forte consumo cronico di alcol da parte del signor Hill (tasso alcolemico uguale a zero, volume corporcolare medio, enzimi epatici e magnesemia nella norma), confermando quanto riferito dalla sorella. Altrettanto improbabile era un quadro di astinenza alcolica, come suggerito anche dall’assenza di tremori, dagli esiti dell’esame neurologico e dall’apparente integrità delle funzioni cognitive (la data sbagliata di un solo giorno, il ricordo dei nomi degli agenti di polizia).

Il signor Hill era giunto al Pronto Soccorso con un insieme di sintomi classico: agitazione, irritabilità, grandiosità, diminuito bisogno di sonno, logorrea, fuga delle idee, distraibilità e comportamento sessuale inappropriato. Le vesiciche ai piedi suggerivano che aveva camminato a lungo, mentre l’alto livello di urea con creatinina sierica normale era compatibile con uno stato di disidratazione. In altre parole, il paziente corrispondeva pienamente ai criteri del DSM-5 per un episodio maniacale. I sintomi psicotici erano forse i più appariscenti, ma sembravano costituire un aspetto specifico di una malattia bipolare, più che indicare una diagnosi di disturbo dello spettro schizofrenico. Secondo i dati anamnestici – molti dei quali erano diventati disponibili solo verso la fine della sua giornata al Pronto Soccorso – il signor Hill era un professore di matematica che si trovava da poco in vacanza dopo la fine dell’anno scolastico. È raro che persone affette da schizofrenia siano in grado di svolgere con regolarità un’attività impegnativa come l’insegnamento, mentre le persone con disturbi bipolarì tra gli episodi hanno spesso un buon livello di funzionamento.

Se il quadro che aveva determinato il ricovero di due anni prima era effettivamente analogo a quello dell’attuale episodio, senza dati indicanti la persistenza di sintomi psicotici non accompagnati da sintomi di disturbo dell’umore, pare strano che all’epoca il signor Hill abbia ricevuto una diagnosi di disturbo schizoaaffettivo. Una possibile spiegazione è che alla formulazione di tale diagnosi abbiano contribuito fattori di natura culturale. In generale, rispetto ai bianchi non latini, gli afroamericani ricevono una diagnosi di schizofrenia con una frequenza molto maggiore, sebbene l’incidenza reale della malattia in questo gruppo di individui non sia particolarmente alta. Le ragioni non sono chiare. È possibile che clinici appartenenti a gruppi culturali diversi non riescano a ottenere infor-

mazioni adeguate per una sorta di incomprensione reciproca. È anche possibile che un ridotto accesso ai servizi di salute mentale – correlato a disparità economiche o a una scarsa fiducia nel sistema sanitario – porti a un sottotrattamento sistematico degli afroamericani; ciò potrebbe determinare lo sviluppo di sintomi psicotici più persistenti, gravi o bizzarri, che hanno maggiori probabilità di essere erroneamente interpretati come segni di schizofrenia.

Per il signor Hill una diagnosi di disturbo dello spettro schizofrenico avrebbe conseguenze rilevanti. Per esempio, non gli verrebbe probabilmente prescritto un trattamento con stabilizzatori dell'umore, il che potrebbe provocare un aumento degli episodi maniacali e depressivi. Potrebbe ricevere una terapia basata solo su un farmaco come l'olanzapina che, notoriamente, causa un considerevole incremento ponderale: il signor Hill è obeso e ha una glicemia di 210 mg/dl. È necessario che la diagnosi corretta venga definita al più presto, sia per mitigare gli effetti deleteri del suo probabile disturbo bipolare, sia per evitare effetti metabolici iatrogeni, come il diabete.

Letture consigliate

- GARA, M.A., VEGA, W.A., ARNDT, S. ET AL. (2012), "Influence of patient race and ethnicity on clinical assessment in patients with affective disorders". In *Archives of General Psychiatry*, 69, pp. 593-600.
- STRAKOWSKI, S.M., KECK, P.E., ARNOLD, L.M. ET AL. (2003), "Ethnicity and diagnosis in patients with affective disorders". In *Journal of Clinical Psychiatry*, 64, pp. 747-754.
- WHALEY, A.L. (2002), "Psychometric analysis of the Cultural Mistrust Inventory with a Black psychiatric inpatient sample". In *Journal of Clinical Psychology*, 58, pp. 383-396.

Caso 3.2 Cicli di depressione

Michael Gitlin

Nancy Ingram, 33 anni, analista del mercato azionario e madre di due bambini, era stata accompagnata al Pronto Soccorso dopo dieci giorni di quello che il marito descriveva come "un altro ciclo di depressione" caratterizzato da **nervosismo, pianti e insonnia**. Da quando la conosceva c'erano sempre stati analoghi "periodi neri", ma **nell'ultimo anno** gli **episodi** ammontavano ad almeno una **mezza dozzina**. Normalmente la **depressione migliorava nel giro di poche settimane** dopo la ripresa di un trattamento con fluoxetina; l'uomo si chiedeva se **alcol e clonazepam** potessero avere effetti negativi sui sintomi, perché **all'inizio di questi periodi in genere la moglie ne faceva un uso maggiore del solito**.

Il marito della signora Ingram aveva deciso di portarla al Pronto Soccorso perché aveva scoperto che recentemente **la donna aveva creato un blog** dal titolo *I consigli di Nancy Ingram sul mercato azionario*; oltre a essere **in contrasto con il suo carattere**, una simile **iniziativa andava** evidentemente **contro le politiche aziendali della banca presso cui lavorava**. Ultimamente, era stata davanti al computer giorno e notte, quasi **senza mangiare, trascurando sia le responsabilità verso la banca, sia i doveri verso i figli**; alle rimostranze del marito aveva risposto di stare benissimo e che presto **grazie al suo sito sarebbero diventati "più ricchi di Creso"**.

La signora Ingram aveva ricevuto per la prima volta una **diagnosi di depressione** quando frequentava l'università; dopo che il **padre**, un uomo d'affari **eccentrico e dedito all'alcol** a cui era molto affezionata, era **morto per suicidio**. La **nonna paterna** aveva sofferto di **numerosi "esaurimenti nervosi"**, ma la sua storia, in termini di diagnosi o trattamento, non era chiara. Dai tempi dell'università la signora Ingram si era sentita quasi sempre "giù"; aveva però anche avuto periodi caratterizzati da **disforia più marcata, insonnia, ipervigilanza ed eloquio insolitamente rapido**. Aveva provato sporadicamente la psicoterapia e aveva usato svariati antidepressivi ma, in base a quanto riportato dal marito, la depressione di fondo era rimasta e i "periodi neri" si erano fatti progressivamente più frequenti.

Secondo lo psichiatra che l'aveva in cura la signora Ingram soffriva di **distima e depressione maggiore ricorrente**. Lo psichiatra aveva però riferito di non averla mai vista durante i periodi di irritabilità e insonnia; la paziente si era sempre rifiutata di vederlo nei momenti che definiva "particolarmente brutti" e non gli aveva consentito alcun contatto né con il marito né con altre fonti di informazioni.

Quando l'esaminatore che doveva condurre la valutazione era entrato nella stanza, la signora Ingram, che indossava un paio di jeans e una camicia mezza sbotttonata, stava **camminando nervosamente** con l'aria assorta e lo sguardo fisso nel vuoto. Dopo l'ingresso dell'esaminatore si era messa a sedere e aveva immediatamente incominciato a spiegare che si trattava di un malinteso, che lei **stava bene** e che **doveva tornare subito a casa per occuparsi dei suoi affari**. Parlava velocemente, con

un tono insistente ed era molto difficile interromperla. Aveva ammesso di dormire molto poco, ma questo non era per lei un problema; aveva negato di avere allucinazioni, affermando però con un sorriso malizioso di possedere un'abilità speciale nel prevedere le oscillazioni della Borsa. Si era rifiutata di sottoporsi a test cognitivi, dicendo che non voleva fare "la cavia di laboratorio o la foca ammaestrata; grazie mille, posso andare ora?". L'insight sulla sua situazione appariva scarso, il giudizio appariva compromesso.

Diagnosi

- Disturbo bipolare, attuale episodio maniacale, con caratteristiche miste e cicli rapidi

Discussione

La signora Ingram ha una storia di tristezza, facilità al pianto, irritabilità, insomnia e ripetuti insuccessi di trattamenti per depressione maggiore ricorrente. Quando i suoi sintomi diventano più intensi e invalidanti si rifiuta di vedere lo psichiatra da cui è in cura, che può quindi fornire solo una valutazione diagnostica limitata; valutazione che in effetti non sembra includere alcuni dei sintomi manifestati dalla paziente nell'attuale episodio. Per esempio, durante il colloquio con l'esaminatore la signora Ingram parla in modo rapido e torrenziale, non con il tono lento e forzato tipico della depressione; recentemente ha anche creato un sito di consulenza finanziaria che confida la potrà arricchire velocemente, ma che riflette una scarsa capacità di giudizio e la espone al rischio di licenziamento. Questi sono sintomi maniacali classici, che portano a riesaminare i suoi sintomi "depressivi": l'insonnia, che nella depressione è generalmente accompagnata da stanchezza diurna, può essere meglio interpretata come un diminuito bisogno di sonno, non associato a un senso di fatica; l'irritabilità può essere parte integrante di una depressione, ma è tipica soprattutto di persone che presentano caratteristiche miste di depressione e mania. L'atteggiamento beffardo e noncurante e lo scarso insight della signora Ingram durante l'intervista corroborano ulteriormente tale diagnosi. L'anamnesi indica almeno altri sei episodi simili nel corso dell'anno antecedente; risultano pertanto soddisfatti i criteri del DSM-5 per mania bipolare a cicli rapidi.

Non è chiaro se negli episodi precedenti la paziente abbia manifestato i livelli di grandiosità, disfunzione e comportamenti avventati emersi nell'episodio attuale. La signora Ingram sembra comunque avere una storia di depressione cronica, presumibilmente di distimia, accompagnata da sintomi ipomaniacali o anche francamente maniacali, come nel caso dell'ultimo episodio; la combinazione di sintomi di depressione e mania indica che il suo disturbo bipolare con cicli rapidi ha "caratteristiche miste".

Lo psichiatra che l'aveva in cura non era a conoscenza degli episodi ipomaniacali, perché non aveva mai visto la paziente durante questi episodi e non aveva

potuto ricevere informazioni da altre persone; di conseguenza l'aveva considerata come affetta da depressione unipolare. Ciò implica che la signora Ingram ha avuto probabilmente anche dei veri episodi depressivi (diversi dai suoi periodi ipomaniacali misti ricorrenti), per i quali lo psichiatra aveva prescritto il trattamento con fluoxetina.

Alla luce dei dati disponibili, non è facile interpretare le passate "risposte" della paziente a questo trattamento. Una possibilità è che la fluoxetina sia stata efficace nei periodi di depressione che facevano seguito a periodi ipomaniacali misti (secondo la classica sequenza mania-depressione-intervallo dei disturbi bipolari); un'altra è che la fluoxetina non abbia avuto alcun effetto sugli episodi ricorrenti della signora Ingram; un'altra ancora è che l'uso dell'antidepressivo, non associato a uno stabilizzatore dell'umore, abbia indotto un decorso a cicli più rapidi (con rapide risposte al farmaco seguite da rapide ricadute nello stato dell'umore successivo).

L'anamnesi familiare rivela malattie psichiatriche significative, ma le informazioni ottenute sono incomplete e non indicano in maniera specifica un disturbo bipolare. Il suicidio e l'abuso di alcol del padre non permettono di distinguere tra depressione unipolare e bipolare: la sua "eccentricità" può essere attribuita agli effetti dell'alcol, a un disturbo bipolare non diagnosticato o a entrambi. Analogamente, la descrizione della nonna paterna e dei suoi "esaurimenti nervosi" suggerisce un disturbo mentale, ma non aiuta a definire la diagnosi.

Durante gli episodi maniacali si osserva spesso un aumento del consumo di benzodiazepine e alcol; fra tutte le malattie psichiatriche, a parte altri disturbi da uso di sostanze, i disturbi bipolari sono le condizioni associate alla più alta frequenza di comorbilità da droghe o alcol. Nel caso della signora Ingram, l'uso di clonazepam e alcol potrebbe essere una forma di automedicazione per la disforia e l'irritabilità, o riflettere la tendenza agli eccessi tipica della mania; il rischio di abuso di alcol è confermato anche dalla sua storia familiare.

Letture consigliate

- CORYELL, W., SOLOMON, D., TURVEY, C. ET AL. (2003), "The long-term course of rapid-cycling bipolar disorder". In *Archives of General Psychiatry*, 60, pp. 914-920.
- KUPKA, R.W., LUCKENBAUGH, D.A., POST, R.M. ET AL. (2003), "Rapid and non-rapid cycling bipolar disorders: a meta-analysis of clinical studies". In *Journal of Clinical Psychiatry*, 64, pp. 1483-1494.
- LEE, S., TSANG, A., KESSLER, R.C. ET AL. (2010), "Rapid-cycling bipolar disorder: cross-national community study". In *British Journal of Psychiatry*, 196, pp. 217-225.

Caso 3.3 Idee di suicidio

Maria A. Oquendo

Olivia Jacobs, una studentessa di architettura di 22 anni, era stata inviata per una visita psichiatrica urgente dopo aver confessato idee di suicidio a una compagna di università. La signorina Jacobs aveva una storia di disturbo dell'umore e seguiva una terapia con litio e sertralina che, per molto tempo, si era dimostrata efficace; ma circa tre mesi prima, quando si era trasferita per motivi di studio in una nuova città, i suoi sintomi depressivi erano ricomparsi. Pensava sempre più spesso a come avrebbe potuto suicidarsi causando il minor numero di inconvenienti possibile ad altre persone. L'idea dominante era quella di uccidersi con un colpo di pistola alla testa sparrendosi dalla finestra, per non sporcare la stanza della residenza studentesca dove abitava; dato che non possedeva una pistola, aveva cercato su internet informazioni sui negozi di armi da fuoco.

All'età di 15 anni la signorina Jacobs aveva incominciato a bere alcol e a fumare marijuana, di solito quando andava in discoteca con gli amici. Diceva che entrambe le sostanze contribuivano a calmarla e che il loro uso (che aveva peraltro completamente interrotto dopo la fine della scuola superiore) non era mai diventato un problema. A 17 anni aveva avuto i primi episodi depressivi, brevi e intensi, caratterizzati da facilità al pianto, sensi di colpa, anedonia, disperazione, bassi livelli di energia e difficoltà di concentrazione. Durante questi episodi spesso dormiva più di 12 ore al giorno e smetteva di svolgere le sue attività abituali, sia a casa sia a scuola. Generalmente dopo qualche settimana ai periodi di depressione subentravano periodi di aumento dell'energia, logorrea e inusuale creatività; era capace di passare gran parte della notte disegnando progetti e costruendo modelli architettonici. Questi episodi di "positivi", che duravano circa cinque giorni, erano però turbati dalla percezione che gli amici ce l'avessero con lei o che, in realtà, non fossero affatto amici. Preoccupati specialmente da queste convinzioni paranoidi, i genitori l'avevano portata da uno psichiatra, che aveva posto la diagnosi di disturbo bipolare e aveva prescritto il trattamento con litio e sertralina. Anche se le oscillazioni dell'umore non si erano del tutto stabilizzate, in seguito i risultati scolastici della signorina Jacobs erano stati brillanti, tali da permetterle di ottenere una borsa di studio presso un'università prestigiosa, sebbene lontana dalla città natale. Poche settimane dopo la partenza da casa la depressione era tornata, accompagnata per la prima volta da un'intensa ideazione suicidaria.

Alla valutazione la paziente appariva visibilmente triste e deppressa, con rallentamento psicomotorio. Aveva riferito che la mattina faceva fatica ad alzarsi dal letto, che non riusciva più a concentrarsi e che frequentava solo raramente le lezioni; diceva di provare un profondo senso di vuoto, di non avere speranza nel futuro e di sentirsi in colpa nei confronti dei genitori, che avevano speso inutilmente il loro denaro per farla studiare. Aveva ammesso di pensare quasi continuamente al suicidio; si era an-

che più volte tagliata superficialmente le vene dei polsi, "solo per vedere che effetto faceva". La paziente aveva negato di aver assunto recentemente alcol o marijuana, dicendo negli ultimi tempi non aveva avuto "nessuna voglia di divertirsi". Aveva riportato depersonalizzazione e occasionali attacchi di panico, ma aveva negato di avere instabilità dell'umore, derealizzazione, problemi di impulsività, preoccupazioni sulla sua identità o paure di abbandono.

Diagnosi

- Disturbo bipolare II, attuale episodio depressivo; alto rischio di suicidio
- Disturbo d'ansia senza specificazione

Discussione

La signorina Jacobs presenta un quadro di umore depresso, anedonia, alterazioni del sonno, anergia, rallentamento psicomotorio, sensi di colpa e pensieri ricorrenti di suicidio. Questi sintomi, che sono causa di disagio significativo e interferiscono gravemente con lo svolgimento delle normali attività, persistono da circa tre mesi, ben al di là del periodo minimo di due settimane indicato dal DSM-5 per una diagnosi di episodio depressivo maggiore.

In precedenza la paziente ha ricevuto un trattamento per disturbo bipolare II, condizione contraddistinta dalla presenza di sintomi di depressione maggiore e ipomania. L'anamnesi segnala numerosi periodi, della durata di circa cinque giorni, in cui la paziente ha manifestato un aumento di energia, creatività e produttività, logorrea e ridotto bisogno di sonno conformi alla definizione di ipomania. Oltre a questi sintomi la signorina Jacobs ha però manifestato anche la convinzione che i suoi amici, o coloro che si dichiaravano tali, si fossero schierati contro di lei. Se dette convinzioni paranoidi sono considerate sintomi psicotici, la diagnosi più corretta dovrebbe essere quella di disturbo bipolare I; la paranoia della signorina Jacobs sembra essere un'idea a cui è stata attribuita un'importanza eccessiva, più che un vero delirio, ma per chiarire la questione è necessaria una valutazione più accurata dell'esame di realtà.

La malattia della signorina Jacobs è iniziata nella tarda adolescenza. L'età media all'esordio di un disturbo bipolare è circa 25 anni, con sintomi che tipicamente incominciano a manifestarsi tra i 15 e i 30 anni di età. Un esordio precoce suggerisce una forma più grave di malattia; anche se ha spesso avuto un buon livello di funzionamento, la signorina Jacobs, a 22 anni, ha già sofferto di molti episodi depressivi e ipomaniaci.

In passato la paziente ha fatto uso di alcol e marijuana, che avevano su di lei "effetti calmanti"; l'entità del consumo non è precisata. Una comorbilità con disturbi da uso di alcol o altre sostanze si riscontra in circa la metà dei pazienti che soddisfano i criteri per disturbo bipolare. Nel caso della signorina Jacobs è possibile che l'abuso di alcol e marijuana, oltre a essere ovviamente di per sé un potenziale problema, abbia scatenato alcuni dei sintomi iniziali. Tuttavia, perché

un disturbo dell'umore possa essere considerato "indotto da sostanze" i sintomi non devono persistere per più di un mese dopo l'interruzione dell'uso, e la paziente ha riferito di non avere bevuto alcolici né fumato marijuana durante i tre mesi dell'attuale episodio depressivo. In altre parole, al di là di un possibile ruolo precipitante di queste sostanze nel periodo iniziale, il disturbo bipolare della signorina Jacobs ha avuto in seguito un decorso indipendente.

Frequente è anche la comorbilità tra disturbi bipolari e disturbi d'ansia. Gli "effetti calmanti" di alcol e marijuana descritti dalla signorina Jacobs potrebbero indicare la **presenza di ansia non riconosciuta**. La paziente ha inoltre riportato successivi **episodi di depersonalizzazione** e **attacchi di panico**, che ha trovato estremamente stressanti. In attesa di ulteriori informazioni, risulta probabilmente opportuna una **diagnosi di disturbo d'ansia senza specificazione**.

Altra comorbilità frequente è quella tra disturbo bipolare a esordio precoce, soprattutto di tipo II, e disturbo borderline di personalità. Depersonalizzazione, senso di vuoto, uso di sostanze, atti autolesivi e idee di suicidio potrebbero essere considerati sintomi di disturbo borderline; la signorina Jacobs ha però negato di avere problemi di impulsività (a parte l'abuso di sostanze), instabilità dell'umore negli intervalli tra gli episodi, derealizzazione, alterazioni dell'identità o paure di abbandono. Anche se la possibilità di un disturbo borderline di personalità non può essere completamente esclusa, attualmente la paziente non soddisfa i criteri diagnostici per tale disturbo; la sovrapposizione dei sintomi è probabilmente dovuta ai suoi disturbi d'ansia e bipolare.

L'ideazione suicidaria della signorina Jacobs è allarmante. Il disturbo bipolare è la condizione psichiatrica associata al più alto tasso di suicidi (il 25% di tutti i suicidi portati a termine). Degli individui con disturbo bipolare, circa un terzo tenta il suicidio e l'8-20% muore per suicidio, e nel tipo II la letalità dei tentativi può essere anche più alta che nel tipo I. È difficile prevedere quali pazienti metteranno in atto i loro pensieri suicidi, sebbene si siano rilevate associazioni con l'esordio in giovane età, i primi episodi di natura depressiva, l'anamnesi familiare positiva e i comportamenti aggressivi e impulsivi. Alla luce della diagnosi e dell'ideazione suicidaria della paziente, l'attuale livello del suo rischio di suicidio sembra essere alto.

Letture consigliate

- CHAUDHURY, S.R., GRUNEBAUM, M.F., GALFALVY, H.C. ET AL. (2007), "Does first episode polarity predict risk for suicide attempt in bipolar disorder?". In *Journal of Affective Disorders*, 104, pp. 245-250.
- CHIEN, Y.W., DILSAVER, S.C. (1996), "Lifetime rates of suicide attempts among subjects with bipolar and unipolar disorders relative to subjects with other Axis I disorders". In *Biological Psychiatry*, 39, pp. 896-899.
- OQUENDO, M.A., CURRIER, D., LIU, S.M. ET AL. (2010), "Increased risk for suicidal behavior in comorbid bipolar disorder and alcohol use disorders: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions (NESARC)". In *Journal of Clinical Psychiatry*, 71, pp. 902-909.

Caso 3.4

Depressione episodica

Victoria E. Cosgrove, Trisha Suppes

Pamela Kramer, una bibliotecaria di 43 anni, si era presentata in un centro di salute mentale con una lunga storia di depressione; l'inizio dell'ultimo episodio risaliva a circa un mese prima, quando aveva cambiato lavoro. Era preoccupata dall'idea che il nuovo capo e i nuovi colleghi la ritenessero inadeguata, lenta e poco socievole; d'altra parte, si sentiva priva di energia ed entusiasmo anche a casa, dove invece di giocare con i figli o parlare con il marito guardava la televisione per ore. Inoltre, dormiva e mangiava eccessivamente; nelle ultime tre settimane era ingrassata di circa tre chili, cosa che riduceva ulteriormente la sua autostima. Piangeva quasi tutti i giorni – “segno che la depressione è tornata” – e pensava spesso alla morte, ma non aveva mai tentato il suicidio.

La signora Kramer aveva portato con sé il marito, che la conosceva da più di vent'anni e poteva aiutarla a ricostruire la storia della sua depressione. Entrambi concordavano sul fatto che i primi sintomi si erano manifestati nella tarda adolescenza e che, in età adulta, la donna aveva avuto almeno cinque periodi distinti caratterizzati in generale da umore depresso, anergia, avolizione, ipersonnia, iperfagia, profondi sensi di colpa, diminuzione della libido e ideazione suicidaria da lieve a moderata ma senza l'elaborazione di piani precisi. In questi periodi di depressione c'erano stati anche momenti di “inusuale” aumento dell'energia, irritabilità, logorrea e fuga delle idee, che potevano durare ore, giorni o anche un paio di settimane; l'umore rimaneva depresso, “ma almeno riuscivo a combinare qualcosa”.

Interrogato a questo proposito, il marito aveva descritto altri periodi in cui la signora Kramer appariva insolitamente eccitata, felice, ottimista e sicura di sé, “quasi un'altra persona”; era piena di vita, parlava velocemente, si occupava con molta efficienza delle faccende di casa, iniziava (e spesso portava a termine) nuovi progetti, dormiva poco, ma il giorno dopo era ancora attiva ed entusiasta. La signora Kramer confermava l'esistenza di questi periodi, ma li definiva “normali”. Quando le era stata posta una domanda sull'ipersessualità, la donna aveva sorriso (l'unica volta durante il colloquio) e aveva risposto che anche se il marito sembrava considerare tali periodi buoni come parte della sua malattia, non si era certo lamentato agli inizi della loro relazione, all'epoca dell'università, quando lei aveva avuto il più lungo di questi episodi (circa sei giorni). In seguito, gli episodi di questo tipo, della durata di due o tre giorni, erano stati “abbastanza frequenti”.

A causa dei suoi periodici stati depressivi e dei pensieri di morte, dall'adolescenza in poi la signora Kramer aveva consultato diversi psichiatri. La psicoterapia “sembra funzionare”, ma solo finché non compariva un altro episodio di depressione e si sentiva incapace di continuare le sedute, con conseguente interruzione della terapia. Nel corso di tre differenti cicli di trattamento con antidepressivi a dosaggi adeguati, durati da sei mesi a tre anni, c'erano stati miglioramenti a breve termine dei sintomi

di depressione, seguiti però da ricadute. La paziente e il marito avevano negato una storia di abuso di alcol o altre sostanze. Una sorella della madre e il nonno materno erano stati più volte ricoverati in ospedale per episodi di mania, ma la signora Kramer si era affrettata a precisare di non essere "assolutamente come loro".

Durante la valutazione, la signora Kramer, sovrappeso ma di aspetto ben curato, era apparsa triste e depressa. Aveva generalmente parlato a voce molto bassa, spesso evitando il contatto visivo; non gesticolava con le mani e i suoi movimenti sembravano rigidi e poco spontanei. I processi del pensiero erano fluidi, anche se probabilmente rallentati; i contenuti erano tendenzialmente tetri e includevano ideazione suicidaria passiva. Non erano emersi segni di paranoia, allucinazioni o deliri. Le capacità di insight e giudizio erano integre.

Diagnosi

- Disturbo bipolare II, attuale episodio depressivo, di gravità moderata

Discussione

I periodici sintomi di depressione della signora Kramer hanno causato notevole sofferenza, compromissione funzionale e hanno portato alla ripetuta ricerca di assistenza psichiatrica. Se si considerano unicamente i sintomi depressivi, sarebbe quindi facile arrivare a una diagnosi di disturbo depressivo maggiore ricorrente. È però sempre consigliabile esplorare altre possibilità diagnostiche, specialmente quando ci si trova di fronte a pazienti con decorso o sintomi atipici oppure con inadeguate risposte ai trattamenti.

Una zia e un nonno della signora Kramer sono stati più volte ospedalizzati per episodi di mania bipolare. Anche se non fa parte dei criteri diagnostici del DSM-5, una storia familiare di disturbo bipolare significativa dovrebbe indurre a verificare con attenzione la possibile presenza di un disturbo dello spettro bipolare. In seguito a domande specifiche, la signora Kramer e il marito hanno raccontato che, durante i periodi di depressione, si manifestavano anche episodi caratterizzati da irritabilità, loquacità eccessiva e fuga delle idee. Hanno inoltre riportato numerosi episodi ricorrenti, della durata di pochi giorni e non correlati alla depressione, in cui la paziente appariva considerevolmente diversa dal solito: dormiva di meno, era molto più attiva ed efficiente, sembrava insolitamente contenta, vivace, entusiasta, ottimista. La signora Kramer sottolinea peraltro con insistenza che questi periodi non sono come quelli della zia e del nonno; in effetti, per intensità e durata i suoi sintomi non raggiungono il livello tipico di una mania bipolare, bensì corrispondono alla definizione di ipomania.

Secondo i criteri del DSM-5 mania e ipomania richiedono entrambi la presenza di almeno tre di un insieme di sette sintomi, ma con differenze importanti. Una prima distinzione si basa sugli effetti dei sintomi: la mania è associata a disfunzione o disagio significativo, mentre per una diagnosi di ipomania è sufficiente che i sintomi, per quanto meno eclatanti, siano facilmente riconoscibili da altri.

Un'altra differenza riguarda la loro durata: per definire una condizione di mania i sintomi devono persistere per almeno una settimana, per una condizione di ipomania soltanto quattro giorni. Se in un qualsiasi momento della sua vita un individuo soddisfa i criteri per un episodio di mania, la diagnosi di disturbo dell'umore più appropriata è quella di disturbo bipolare I, anche in assenza di una storia di depressione maggiore. Se in un qualsiasi momento vengono soddisfatti i criteri per ipomania, se l'individuo non ha mai sofferto di episodi maniacali e ha una storia di depressione maggiore, allora la diagnosi è di disturbo bipolare II. Come discusso nell'introduzione del capitolo, nell'ambito del cosiddetto spettro bipolare, il DSM-5 include altre categorie in cui possono rientrare persone che per numero o durata dei sintomi non soddisfano i criteri per queste diagnosi, oppure i cui sintomi si sono sviluppati nel contesto di una condizione medica o dell'uso di farmaci o sostanze di abuso.

Dato che raramente i pazienti si lamentano spontaneamente dei loro periodi di inconsueta vitalità e contentezza, la diagnosi di disturbo bipolare II spesso richiede una raccolta accurata delle informazioni anamnestiche. Nel caso della signora Kramer sono stati descritti periodi in cui la donna sentiva un minore bisogno di dormire e diventava particolarmente loquace, esuberante e produttiva, con chiari segni di ipomania. La durata di questi periodi era generalmente inferiore ai quattro giorni previsti per una diagnosi di disturbo bipolare II; c'era stato però un episodio iniziale durato sei giorni: secondo i criteri del DSM-5, la presenza di un singolo episodio ipomaniacale di durata superiore ai quattro giorni, in un individuo con almeno un episodio depressivo precedente, è sufficiente per formulare tale diagnosi.

Come indica la storia della signora Kramer, nei pazienti con disturbo bipolare II i sintomi ipomaniacali possono manifestarsi durante periodi di depressione; in altre parole, l'ipomania non è sempre associata a un tono dell'umore "buono" o "alto". In questo senso può essere utile investigare sull'eventuale presenza, per esempio, di momenti di depressione accompagnata da un aumento dei livelli di energia.

Il disturbo bipolare II non è semplicemente una versione meno grave del disturbo bipolare I. Gli episodi possono essere ricorrenti e debilitanti, come nel caso della signora Kramer. Molte delle persone affette da disturbo bipolare II soffrono di altri disturbi psichiatrici, compresi i disturbi dell'alimentazione, di personalità e d'ansia. Il rischio di suicidio può essere alto e deve essere attentamente valutato. Inoltre, la diagnosi non è facile: per molti pazienti, inclusa la signora Kramer, i periodi di ipomania non solo non rappresentano un problema, ma sono visti come un cambiamento positivo e desiderabile rispetto alla depressione. Ciò nonostante, una diagnosi accurata è importante per la scelta di un trattamento appropriato, che possa alleviare il disagio e la sofferenza di cui il disturbo bipolare II è spesso causa.

Letture consigliate

- NUSSLICK, R., FRANK, E. (2011), "Subthreshold bipolarity: diagnostic issues and challenges". In *Bipolar Disorders*, 13, pp. 587-603.
- SIMON, N.M., OTTO, M.W., WISNIEWSKI, S.R. ET AL. (2004), "Anxiety disorder comorbidity in bipolar disorder patients: data from the first 500 participants in the Systematic Treatment Enhancement Program for Bipolar Disorders (STEP-BD)". In *American Journal of Psychiatry*, 161, pp. 2222-2229.
- SUPPES, T., MINTZ, J., MCELROY, S.L. ET AL. (2005), "Mixed hypomania in 908 patients with bipolar disorder evaluated prospectively in the Stanley Bipolar Treatment Network: a sex-specific phenomenon". In *Archives of General Psychiatry*, 62, pp. 1089-1096.
- WOZNIAK, J., FARAONE, S.V., MARTELON, M. ET AL. (2012), "Further evidence for robust familiality of pediatric bipolar I disorder: results from a very large controlled family study of bipolar I disorder and a meta-analysis". In *Journal of Clinical Psychiatry*, 73, pp. 1328-1334.

Caso 3.5

Irritabilità e tristezza

Robert L. Findling

Rachel, 15 anni, si era presentata con la madre per una valutazione psichiatrica a causa di crescenti difficoltà nel corso dell'anno precedente, sia a casa sia a scuola. La madre diceva di essere preoccupata soprattutto per il fatto che "le medicine di Rachel non funzionavano più". Durante i colloqui condotti con entrambe, sia insieme sia separatamente, madre e figlia avevano riferito che a scuola la media dei voti di Rachel era scesa progressivamente, che a casa i suoi rapporti con i familiari andavano sempre peggio – tanto che la madre la definiva "prepotente e cattiva" – e che la ragazza aveva perso molti dei suoi amici.

Rachel era stata portata per la prima volta da uno psichiatra all'età di sette anni, quando per sintomi di irrequietezza, impulsività e distraibilità aveva ricevuto una diagnosi di disturbo da deficit di attenzione/iperattività (DDAI). Dopo il fallimento di interventi comportamentali, a otto anni, le era stato prescritto un trattamento a base di metilfenidato che si era rivelato efficace, con un netto miglioramento del suo rendimento scolastico e della sua vita sociale: nei sei anni successivi Rachel era stata "come tutti gli altri bambini, quando prendeva le sue medicine".

Ma, verso i 14 anni, l'umore di Rachel era diventato instabile. Aveva periodi di persistente tristezza, durante i quali, per giorni, se ne stava da sola, parlava poco, dormiva più del solito e sembrava che nulla destasse il suo interesse. In altri momenti diventava invece "una furia"; si metteva spesso a urlare contro la madre e la sorella, al punto che in casa era "come se tutti camminassero sulle uova". I voti a scuola erano rapidamente peggiorati, e il pediatra di Rachel aveva aumentato i dosaggi del farmaco per il DDAI.

Secondo quanto riportato dalla madre, il padre della ragazza aveva "dei veri problemi"; non era in grado di precisare la diagnosi, ma sapeva che gli era stato prescritto un trattamento con litio. L'uomo se ne era andato di casa prima della nascita di Rachel, che non l'aveva mai conosciuto.

Indagando sui periodi di irritabilità, disforia e isolamento sociale, l'esaminatore aveva chiesto alla madre se ci fossero stati anche momenti in cui l'umore di Rachel sembrava essere particolarmente buono. La donna in effetti ricordava diversi episodi, della durata di una o due settimane, in cui la figlia era "molto allegra", "rideva per niente" e la aiutava con fervore nelle faccende di casa, anche senza essere sollecitata. Dato che questi erano "periodi buoni", non aveva pensato che fosse il caso di menzionarli.

Rachel non aveva problemi di natura medica e aveva negato di fare uso di alcol, sostanze stupefacenti o altri farmaci diversi dal metilfenidato.

Durante la valutazione, non in presenza della madre, Rachel era apparsa triste e tesa; l'espressione affettiva era relativamente ridotta, l'eloquio era coerente. Aveva raccontato che negli ultimi mesi a volte si era sentita depressa, in genere per circa una settimana, poi "normale", poi "in gran forma" per qualche giorno e, infine,

"terribilmente nervosa", scontrosa e insofferente. Non sapeva perché stava così, ma detestava il fatto di non poter prevedere come si sarebbe sentita il giorno dopo. Non aveva sintomi di confusione o psicosi, né pensieri di suicidio o omicidio. Le sue funzioni cognitive erano integre.

Diagnosi

- Disturbo ciclotimico

Discussione

Rachel ha da almeno un anno una storia di declino funzionale sia in termini di rendimento scolastico, sia di rapporti interpersonali, con ricorrenti oscillazioni dell'umore e alternanza di periodi (ognuno della durata minima di circa una settimana) caratterizzati da isolamento sociale, irritabilità o vivacità superiori alla norma. La madre riteneva che questi "alti e bassi" fossero probabilmente solo "una fase dell'adolescenza", ma si è preoccupata quando a causa della loro intensità e frequenza hanno incominciato ad avere evidenti ripercussioni negative sulla vita della figlia.

Nel cercare di formulare una diagnosi, è necessario tenere presente che molti dei dati anamnestici disponibili sono filtrati dalla prospettiva della madre. Anche se utili, è possibile che i suoi resoconti pongano enfasi soprattutto sul comportamento, che è l'aspetto più facilmente osservabile da genitori e insegnanti; quando i pazienti sono degli adolescenti, è importante valutare quanto loro stessi riferiscono riguardo ai propri stati dell'umore. È anche necessario verificare se le fluttuazioni dell'umore siano reattive e indotte da eventi esterni, oppure tendano a manifestarsi spontaneamente e periodicamente. Il colloquio con Rachel ha fornito, a questo proposito, informazioni rilevanti; per esempio, la ragazza ha sottolineato che la variabilità del suo umore non le piace e ha negato l'esistenza di fattori precipitanti particolari.

Nel caso di Rachel la diagnosi è complicata dalla presenza di sintomi relativamente non specifici. Irritabilità, disforia e labilità emotiva possono essere correlate a una serie di condizioni psichiatriche; specialmente durante l'adolescenza, spesso il periodo di esordio per molti disturbi mentali. Bisogna inoltre distinguere gli stati dell'umore che possono essere considerati "normali" rispetto alla fase evolutiva da quelli che non lo sono. In ogni modo, in base a quanto emerso dalla storia della paziente una diagnosi di disturbo dell'umore pare essere al momento la più plausibile.

La ragazza ha descritto periodi di ipomania, della durata di 7-15 giorni, seguiti da una settimana o due di tristezza e poi da un altro paio di settimane di irritabilità. Per intensità e andamento i sintomi lamentati da Rachel sembrano corrispondere ai criteri del DSM-5 per una diagnosi di disturbo ciclotimico, che richiede la presenza di numerosi episodi di ipomania e di depressione subsindromica durante un periodo minimo di due anni (o di un anno per adolescenti

come Rachel). Per soddisfare tali criteri, i sintomi devono manifestarsi per almeno la metà del tempo – con periodi ininterrotti liberi da sintomi di durata non superiore ai due mesi – ma senza mai arrivare alla soglia definita dai criteri diagnostici per mania, depressione maggiore o disturbo dello spettro della schizofrenia. Anche se può essere visto come una condizione che non raggiunge la gravità di un disturbo bipolare I, un disturbo ciclotimico può causare un quadro di disagio e disfunzione significativo, con effetti considerevoli sulle traiettorie evolutive di un adolescente.

Per Rachel la diagnosi differenziale è particolarmente ampia, ma alcune possibilità diagnostiche meritano maggiore attenzione. Innanzitutto, ulteriori indagini potrebbero portare a una diagnosi bipolare. Il padre era apparentemente affetto da disturbo bipolare (aveva “veri problemi” ed era in terapia con litio); anche se è ciclotimica, c’è il rischio che Rachel possa in futuro sviluppare un disturbo bipolare franco. Dopo aver consolidato il rapporto con la paziente, si dovrebbe anche valutare in maniera più approfondita l’eventuale presenza di disturbi di personalità; in particolare, il disturbo borderline di personalità è spesso associato a ciclotimia. A parte l’ipersonnia nei periodi di depressione, né Rachel né la madre hanno menzionato altri disturbi del sonno, ma è possibile che alterazioni del ritmo sonno-veglia abbiano contribuito a determinare l’instabilità dell’umore. Un’altra possibilità, forse la più probabile in una ragazza di 15 anni, è quella dell’uso di sostanze, perché molte sostanze di abuso possono provocare sintomi dell’umore sia in stati di intossicazione sia in periodi di astinenza. In seguito Rachel potrebbe effettivamente rivelare di avere fatto uso di sostanze, ma è comunque consigliabile effettuare esami tossicologici, che possono essere presentati alla paziente come parte di una valutazione di routine. Anche se gli esami risultano positivi solo per il metilfenidato prescritto per il trattamento del DDAI, alla luce dei sintomi manifestati rimane aperta la possibilità che Rachel abbia seguito la terapia in maniera irregolare, non assumendo il farmaco in certi giorni e assumendone quantità eccessive in altri.

Letture consigliate

- AKISKAL, H.S., DOWNS, J., JORDAN, P. ET AL. (1985), “Affective disorders in referred children and younger siblings of manic-depressives: mode of onset and prospective course”. In *Archives of General Psychiatry*, 42, pp. 996-1003.
- FINDLING, R.L., YOUNGSTROM, E.A., McNAMARA, N.K. ET AL. (2005), “Early symptoms of mania and the role of parental risk”. In *Bipolar Disorders*, 7, pp. 623-634.
- VAN METER, A., YOUNGSTROM, E.A., YOUNGSTROM, J.K. ET AL. (2011), “Examining the validity of cyclothymic disorder in a youth sample”. In *Journal of Affective Disorders*, 132, pp. 55-63.
- VAN METER, A., YOUNGSTROM, E.A., DEMETER, C., FINDLING, R.L. (2012), “Examining the validity of cyclothymic disorder in a youth sample: replication and extension”. In *Journal of Abnormal Child Psychology*, 41, pp. 367-378.
- VAN METER, A., YOUNGSTROM, E.A., FINDLING, R.L. (2012), “Cyclothymic disorder: a critical review”. In *Clinical Psychology Review*, 32, pp. 229-243.

Caso 3.6

Dio mi ha guarito!

Stephen J. Ferrando

Sebastian Lopez, un editor indipendente di 27 anni, era stato accompagnato alla clinica dove era in cura per infezione da HIV dal suo compagno, che appariva visibilmente preoccupato. Entrando nella sala di aspetto della clinica, il signor Lopez aveva proclamato: “**Dio mi ha guarito!** Non devo più prendere gli antivirali!”.

Mentre il paziente **si agitava sulla sua sedia**, **scrivendo furiosamente su un blocco di carta**, il compagno aveva raccontato che il signor Lopez era stato bene fino a circa **un mese prima**, quando gli era stato affidato un lavoro di editing particolarmente urgente e impegnativo. Dopo una **decina di giorni** in cui aveva **dormito molto poco**, il signor Lopez era diventato **inquieto, irritabile**, spesso “con uno **sguardo assente**”. Per celebrare la fine del lavoro erano andati a una festa; durante la festa – dopo diversi anni nei quali il paziente aveva partecipato alle riunioni di un gruppo di autoaiuto, nel corso dei quali non aveva mai fatto uso di sostanze – il signor Lopez aveva assunto **metamfetamina** e aveva bevuto **tre martinis**. Estremamente **ansioso e convinto che qualcuno li stesse sorvegliando**, anche quella notte **non aveva dormito**. Nei giorni seguenti, era apparso meno paranoide, ma sempre più **distratto e logorroico**.

Il libro su cui aveva lavorato gli era stato restituito con una serie di commenti **negativi** e numerose richieste di correzioni; ma **invece di occuparsi del libro** il signor Lopez rimaneva **sveglio fino a tarda notte** “per trovare una cura contro l’AIDS”. Aveva fatto **proposte sessuali aggressive e inappropriate ad altri uomini** che frequentavano la sua palestra, dove passava la maggior parte della giornata. Dopo aver deciso di sostituire cibo e farmaci antiretrovirali con supplementi vitaminici, aveva anche perso più di due chili di peso. Si era rifiutato di andare in un centro di Pronto Soccorso ma, alla fine, aveva acconsentito a recarsi all’appuntamento di routine presso la clinica, per “far vedere al suo medico come stava bene”, sebbene, **da un più di un mese, avesse sospeso la terapia antiretrovirale**.

L’anamnesi indicava l’assenza di precedenti episodi di mania franca, ma nella tarda adolescenza, durante le prime fasi del processo di *coming out*, il signor Lopez aveva avuto un **periodo di depressione**. Nel corso di quell’episodio aveva assunto deliberatamente una dose eccessiva di metamfetamina; era stato quindi ricoverato per due settimane in un reparto psichiatrico, dove gli era stato prescritto un trattamento con antidepressivi e psicoterapia. In seguito, aveva smesso di prendere gli antidepressivi, perché lo rendevano “nervoso e irrequieto”, e aveva interrotto la psicoterapia perché “non serviva a niente”. **Per alcuni anni, l’uso di metamfetamina era stato frequente** e aveva portato a **ricorrenti rapporti sessuali non protetti con sconosciuti**.

Il signor Lopez aveva ricevuto la diagnosi di infezione da HIV a 22 anni; dopo di che aveva iniziato a frequentare un centro di riabilitazione per abuso di sostanze e non aveva più bevuto alcol né assunto stimolanti. La conta più bassa di linfociti CD4 (216 cellule/mm³, con una carica virale di 1,6 milioni di copie) si era riscontrata due anni

dopo. Da allora l'aderenza del paziente al trattamento con antiretrovirali era stata apparentemente buona; agli ultimi controlli effettuati prima dell'attuale episodio la conta di CD4 era risultata pari a 526 cellule/mm³, con viremia al di sotto dei valori misurabili. Il signor Lopez non aveva avuto patologie AIDS-correlate. Un esame di resonanza magnetica cerebrale mostrava una lieve atrofia corticale e alterazioni della sostanza bianca periventricolare di entità superiore alle attese in relazione all'età del paziente. Il compagno non sapeva con esattezza quando il signor Lopez avesse interrotto la terapia antiretrovirale, probabilmente da qualche mese; aveva inoltre riferito che, dal punto di vista cognitivo, il signor Lopez "sembrava aver perso qualche colpo" nel corso dell'anno antecedente.

L'anamnesi familiare rivelava che una zia materna del paziente aveva ricevuto un trattamento con litio ed era stata sottoposta a diversi cicli di terapia eletroconvulsante; la diagnosi precisa della donna, però, non era nota.

Durante la valutazione, il signor Lopez, che era vestito in maniera trasandata, aveva fornito un resoconto rapido e confuso degli eventi delle ultime settimane, e aveva dichiarato di aver scoperto una nuova cura contro l'HIV basata su integratori multivitaminici ed esercizio fisico. Era molto irritabile, aveva un atteggiamento minimizzante e saltava da un argomento all'altro, indipendentemente dalle domande dell'esaminatore. Aveva negato di soffrire di allucinazioni e di avere idee suicide o omicide; si era rifiutato di sottoporsi a test cognitivi. Insight e giudizio apparivano scarsi.

Diagnosi

- **Disturbo bipolare dovuto a infezione da HIV**, con caratteristiche maniacali

Discussione

Il signor Lopez presenta molti sintomi classici di mania: grandiosità, diminuito bisogno di sonno, continua spinta a parlare, aumento dell'attività finalizzata, ipersessualità. Questi sintomi si sono manifestati ogni giorno, per la maggior parte del tempo, in un periodo di diverse settimane caratterizzato da innalzamento del tono dell'umore e irritabilità, con un quadro che soddisfa perfettamente i criteri del DSM-5 per un episodio maniacale. La diagnosi di mania bipolare richiede però anche una valutazione della possibile eziologia, in particolare per quanto riguarda eventuali effetti causali di sostanze di abuso, farmaci o condizioni mediche generali; valutazione che nel caso del signor Lopez risulta piuttosto complessa.

Oltre a questa tipica sindrome maniacale, il signor Lopez ha una storia personale di depressione e, durante un trattamento con antidepressivi, è diventato "nervoso e irrequieto". Una simile risposta agli antidepressivi indica un possibile viraggio in mania o ipomania e un alto rischio di disturbo bipolare; rischio che è suggerito anche dalla storia familiare (l'uso di litio da parte della zia). In assenza di altri fattori, la diagnosi attuale sarebbe di disturbo bipolare, maniacale, singolo episodio.

Ma la formulazione della diagnosi del signor Lopez è resa più complicata dalla contemporanea presenza di due condizioni significative: l'uso di metamfetamina e l'infezione da HIV. Le amfetamine possono indurre psicosi paranoide e sintomi maniacali nel contesto di un uso sia acuto sia cronico; tuttavia, alcuni dei sintomi manifestati negli ultimi tempi dal paziente (iperattività, irritabilità, sguardo assente) sono comparsi prima dell'unica assunzione recente di metamfetamina, durante la festa a cui ha partecipato, e sono poi continuati per settimane. La possibilità che in questo episodio la metamfetamina abbia avuto un ruolo primario è messa in dubbio anche dal fatto che il paziente l'ha usata per parecchi anni, nel corso dei quali non sembra aver mai sofferto di mania. Dato che la mania indotta da stimolanti si risolve tipicamente nel giro di uno o due giorni, l'ipotesi più verosimile è che la metamfetamina assunta alla festa abbia provocato soltanto i sintomi di paranoia immediatamente successivi. D'altra parte, non si può escludere con certezza la possibilità che il signor Lopez, all'insaputa del compagno, abbia in realtà ripreso da settimane o mesi il consumo di metamfetamina, o che abbia usato amfetamine per riuscire a completare l'ultimo faticoso lavoro di editing. In entrambi i casi gli stimolanti avrebbero contribuito alla deprivazione di sonno, che può essere sia un fattore precipitante, sia un sintomo di mania.

Anche l'infezione da HIV è associata a disturbo bipolare. Sintomi maniacali possono essere presenti in qualsiasi stadio dell'infezione, ma si riscontrano con maggiore frequenza nei pazienti in stadi relativamente avanzati con disturbi neurocognitivi. In questi casi, i sintomi possono essere del tutto sovrapponibili a quelli di un classico episodio di mania; spesso però prevalgono irritabilità e rallentamento cognitivo. È difficile valutare il possibile declino cognitivo di un paziente non collaborativo e maniacale, ma il signor Lopez è irritabile e nel corso dell'ultimo anno ha "perso qualche colpo"; inoltre, la risonanza magnetica cerebrale mostra le alterazioni non specifiche che spesso si rilevano nei pazienti con infezione da HIV e immunodepressione. Il signor Lopez ha interrotto la terapia antiretrovirale da almeno un mese e, recentemente, non si è sottoposto a esami di controllo.

In via preliminare, per il signor Lopez può quindi essere posta una diagnosi di disturbo bipolare dovuto a infezione da HIV, con caratteristiche maniacali. Test tossicologici potranno chiarire se il signor Lopez ha continuato a fare uso di amfetamine, mentre la conta dei linfociti T e l'esame della carica virale potranno aiutare a definire il grado di immunodepressione. Una volta stabilizzata la situazione psichiatrica e ripresa la terapia con antiretrovirali, sarebbe utile anche una valutazione neuropsicologica per accettare il livello di compromissione neurocognitiva.

Letture consigliate

FERRANDO, S.J., LOFTUS, T. (2009), "Mood disorders, delirium and other neurobehavioral symptoms and disorders in the HAART era". In GOODKIN, K., SHEPSHAK, P., VERMA, A. (a cura

-
- di), *The Spectrum of Neuro-AIDS Disorders: Pathophysiology, Diagnosis and Treatment*. American Society for Microbiology Press, Washington.
- FERRANDO, S.J., LYKETSOS, C.G. (2008), "HIV-associated neurocognitive disorders". In COHEN, M.A., GORMAN, J.M. (a cura di), *Comprehensive Textbook of AIDS Psychiatry*. Oxford University Press, New York.
- FERRANDO, S.J., NIMS, C. (2006), "HIV-associated mania treated with electroconvulsive therapy and highly-active antiretroviral therapy". In *Psychosomatics*, 47, pp. 170-174.

Caso 3.7

Silenziosamente bizzarro

Jessica Daniels

Taaj Mustafa, 22 anni, da poco laureato, era stato portato al Pronto Soccorso di un ospedale da alcuni suoi amici perché, dopo essere sparito per tre giorni, si era mostrato bizzarramente silenzioso. Gli amici avevano riferito che il signor Mustafa era stato recentemente sottoposto a chemioterapia per un cancro al testicolo ma che, l'ultima volta che erano usciti insieme, quattro sere prima, sembrava essere di buon umore. Dov'erano vedersi anche il giorno dopo, ma il signor Mustafa non si era presentato all'appuntamento; in seguito, non aveva risposto alle loro telefonate, né agli SMS e nemmeno ai messaggi di posta elettronica che gli avevano inviato. Non sapevano come mettersi in contatto con la sua famiglia e non erano in grado di fornire altre informazioni rilevanti.

Dopo il suo arrivo al Pronto Soccorso, per una decina di minuti il signor Mustafa era stato in piedi, quasi immobile e con gli occhi bassi, senza rispondere alle domande che gli venivano poste. Poi aveva improvvisamente afferrato per un braccio un'infermiera; non sembrava avere intenzione di farle del male, ma si rifiutava di lasciarla andare e la donna era riuscita a liberarsi solo in seguito all'intervento di una guardia del servizio di sicurezza. Gli erano stati quindi somministrati aloperidolo e lorazepam per via intramuscolare. Nelle ore successive gli arti del paziente erano diventati rigidì; sdraiato su un lettino, teneva le braccia sopra la testa, con i gomiti piegati. A questo punto era stato ricoverato nel reparto di medicina ed erano stati effettuati esami del sangue e delle urine, test tossicologici e una TAC del cranio. Il livello di creatinchinasi (ck) era alto (906 UI/L), ma per il resto tutti i parametri valutati erano nella norma. Nella norma erano anche la temperatura corporea e la pressione arteriosa; il paziente era tachicardico (110 battiti al minuto).

Durante la valutazione il signor Mustafa, che appariva come un giovane molto magro, con capelli che cadevano a ciocche, aveva tenuto la testa rigidamente sollevata dal cuscino e le braccia tese in avanti, muovendole in su e in giù. Guardava fisso davanti a sé, battendo raramente le palpebre, senza stabilire un contatto visivo. Non era diaforetico e non appariva sofferente. L'esame fisico rivelava un'iniziale resistenza delle braccia alla mobilizzazione passiva; ma se l'esaminatore le spostava, le braccia rimanevano poi in quella posizione. Non si osservavano mioclonie. Il signor Mustafa aveva risposto alle domande dell'esaminatore, in maniera poco articolata e dopo lunghe pause, parlando molto lentamente. Aveva manifestato la paura per la presunta imminenza della sua morte, ma mentre esprimeva il suo timore era rimasto fermo e rigido. Negava di avere allucinazioni visive o uditive. Appariva vigile e orientato nel tempo e nello spazio, ma non era stato possibile condurre test cognitivi approfonditi.

Nei tre giorni successivi, durante i quali non gli erano stati somministrati farmaci psicoattivi ma soltanto liquidi per via endovenosa, il quadro clinico del signor Mustafa era rimasto invariato. Ulteriori test di laboratorio, un esame elettroencefalogramma

grafico e una risonanza magnetica cerebrale non avevano evidenziato nulla di particolare; dopo un picco di 1.100 UI/l, i livelli di ck erano in diminuzione. Al quarto giorno di degenza il paziente aveva ricevuto una dose iniziale di lorazepam per via endovenosa (1 mg), seguita da un'altra dose identica a distanza di cinque minuti. Il signor Mustafa non aveva mostrato segni di sedazione e il suo stato mentale non era cambiato, ma dopo la seconda dose l'eloquio era leggermente più produttivo; si era dunque deciso di continuare il trattamento con il farmaco (1 mg ogni 4-6 ore). Dopo 24 ore la rigidità era scomparsa, l'eloquio era fluente e rapido e il paziente era diventato iperattivo e agitato. Aveva incominciato a girare per i corridoi e a inseguire le infermiere, e aveva cercato di scappare dall'ospedale; aveva anche detto a vari membri del personale, ad altri pazienti e ai visitatori di essere un grande artista e di avere curato il suo tumore. Continuava a non avere febbre, la tachicardia si era risolta e i valori di ck si erano normalizzati.

A sei giorni dal ricovero erano arrivati i genitori, che abitavano in un'altra città, a parecchie centinaia di chilometri. La madre e il padre del signor Mustafa avevano raccontato che l'unico disturbo di natura psichiatrica di cui il figlio aveva sofferto in precedenza era una depressione che si era manifestata circa un anno prima, quando gli era stato diagnosticato il cancro ai testicoli. Da allora era in trattamento con sertralina (50 mg al giorno) e tutto era andato bene fino a quando il giovane aveva appreso, dieci giorni prima, che c'era stata una recidiva del tumore, con lo sviluppo di metastasi retroperitoneali. Era stato immediatamente sottoposto a una chemioterapia con cisplatino, etoposide e desametasone; dopo la chemioterapia li aveva chiamati dicendo di sentirsi "molto bene", ma poi non erano più riusciti a mettersi in contatto con lui, né per telefono né via e-mail. Non era del tutto insolito che il figlio non rispondesse ai loro messaggi; ma dopo che per dieci giorni non avevano avuto sue notizie, estremamente preoccupati avevano deciso di prendere un aereo per raggiungerlo. Rispetto alla storia familiare, i genitori del paziente avevano riportato che uno zio materno del signor Mustafa aveva un disturbo bipolare grave ed era stato trattato con terapia eletroconvulsivante.

Diagnosi

- Disturbo bipolare indotto da steroidi, con mania grave, caratteristiche psicotiche congruenti all'umore e catatonìa

Discussione

Il paziente presenta inizialmente un comportamento grossolanamente disordinato e anormale: ha una postura bizzarra, con flessibilità cerea, mantiene posizioni rigide e fisse (catalessia), esegue movimenti ripetitivi o ritualistici (stereotipia), non ha risposte verbali e motorie appropriate (mutismo e stupor). Non ci sono pertanto dubbi sul fatto che i sintomi del signor Mustafa corrispondono ad almeno tre delle dodici caratteristiche psicomotorie elencate dal DSM-5 per la diagnosi di catatonìa.

La catatonìa viene tradizionalmente collegata alla schizofrenia: nell'arco della loro vita, le persone affette da schizofrenia hanno un episodio con sintomi catatonici in circa un terzo dei casi. È però diventato sempre più evidente che i pazienti con catatonìa soffrono per la maggior parte di disturbi depressivi o bipolarì. Altri ancora manifestano sintomi catatonici nel quadro di una condizione medica (come l'encefalopatìa epatica), oppure di una reazione all'assunzione di farmaci (come la sindrome maligna da neurolettici) o in seguito all'assunzione di sostanze stupefacenti (come la cocaina). La varietà delle possibili cause è uno dei motivi per cui nel DSM-5 il termine *catatonìa* è usato generalmente come specificatore (catatonìa associata a un altro disturbo mentale), più che per indicare uno specifico tipo di disturbo.

Dopo l'identificazione di uno stato di catatonìa è necessario individuarne le cause; si tratta di un problema diagnostico urgente, perché molte delle condizioni che provocano catatonìa possono mettere in pericolo la vita del paziente. Anche la catatonìa in sé può essere associata a morbilità con patologie gravi e mortalità, dovute a disidratazione, immobilità o lesioni autoinfittite. Indipendentemente dall'eziologia si può inoltre verificare una progressione verso la catatonìa maligna, caratterizzata da iperpiressia, instabilità autonomica e alti tassi di mortalità.

Nel caso del signor Mustafa, gli esiti dell'esame fisico e neurologico, della TAC cranica, della risonanza magnetica cerebrale e dell'elettroencefalogramma sembrano escludere molte delle condizioni neurologiche che possono dare un quadro sintomatologico simile alla catatonìa: per esempio, ictus con mutismo acinetico, neoplasie del sistema nervoso centrale o sindrome locked-in. L'assenza di febbre rende improbabile la possibilità che i sintomi del paziente siano stati causati da un'encefalite di origine infettiva, mentre i test tossicologici hanno escluso un'intossicazione acuta da cocaina o fenciclidina. Altre potenziali cause mediche di catatonìa sono state prese in considerazione e, successivamente, scartate in base agli esami condotti per valutare emocromo, glicemia, livelli di vitamina B₁₂, funzionalità tiroidea ed epatica, processi metabolici e l'eventuale presenza di lupus eritematoso sistemico o infezione da HIV. È stata considerata anche la possibilità di una sindrome paraneoplastica, ma i sintomi catatonici si sono risolti prima dell'esecuzione di una puntura lombare.

Le possibili cause di catatonìa includono la sindrome maligna da neurolettici (descritta dal DSM-5 nel capitolo sui disturbi del movimento indotti da farmaci): una complicanza grave e potenzialmente fatale dell'uso di antipsicotici caratterizzata da rigidità muscolare, ipertermia, instabilità autonomica, alterazioni cognitive e aumento delle concentrazioni plasmatiche di CK. Il signor Mustafa era diventato "rigido" dopo la somministrazione di aloperidolo nel reparto di Pronto Soccorso, era confuso e aveva livelli dell'enzima superiori alla norma; ma non aveva febbre e i parametri vitali erano rimasti stabili, fatta eccezione per una lieve tachicardia scomparsa in seguito al trattamento con lorazepam. Inoltre i valori di CK, che riflettevano presumibilmente il recente stato di rigidità e agitazione, erano molto al di sotto di quelli generalmente associati alla sindrome ma-

ligna da neurolettici. Dal momento che il signor Mustafa era in trattamento con sertralina, un inibitore selettivo della ricaptazione della serotonina, si potrebbe anche ipotizzare una sindrome serotoninergica da sovradosaggio del farmaco; mancano però segni tipici, come mioclonie e sintomi gastrointestinali.

Si può di conseguenza concludere che la catatonìa del signor Mustafa è molto probabilmente dovuta a una condizione psichiatrica. Per quanto non riuscisse quasi a parlare, il signor Mustafa aveva espresso paura per la presunta imminenza della sua morte. L'ansia è, in effetti, l'esperienza affettiva più comunemente associata agli stati catatonici, tanto che la catatonìa è a volte considerata come una risposta estrema di "congelamento"; non contribuisce però a chiarire quale sia la condizione psichiatrica sottostante. Data l'incapacità di comunicare tipica di questi pazienti, per formulare una diagnosi precisa è spesso necessario attendere che la catatonìa si risolva.

In molti casi, la somministrazione per via endovenosa di lorazepam a basse dosi risulta, al contempo, diagnostica e terapeutica. A differenza della maggior parte dei pazienti, dopo la somministrazione di benzodiazepine, gli individui con catatonìa appaiono in genere più vigili e reattivi. Il mutismo e lo stato stuporoso del signor Mustafa hanno mostrato subito piccoli segni di miglioramento; nel giro di 24 ore i sintomi catatonici sono completamente spariti ed è emerso un evidente quadro di mania. Le informazioni fornite dai genitori hanno poi avuto un ruolo cruciale dal punto di vista diagnostico, indicando che l'episodio maniacale è stato verosimilmente scatenato dallo steroide (desametasone) ricevuto dal signor Mustafa nell'ambito dell'ultimo ciclo di chemioterapia.

Lecture consigliate

- DANIELS, J. (2009), "Catatonia: clinical aspects and neurobiological correlates". In *Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences*, 21, pp. 371-380.
- FINK, M. (2013), "Rediscovering catatonia: the biography of a treatable syndrome". In *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 127, Suppl. 441, pp. 1-47.
- SMITH, J.H., SMITH, V.D., PHILBRICK, K.L., KUMAR, N. (2012), "Catatonic disorder due to a general medical or psychiatric condition". In *Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences*, 24, pp. 198-207.

Caso 3.8

Un cambiamento dopo il parto

Ian Jones

Ursula Norman, un'infermiera di 32 anni, si era presentata in un centro di Pronto Soccorso sei giorni dopo aver dato alla luce il primo figlio. Il marito aveva riferito che nei tre giorni antecedenti la donna aveva avuto comportamenti molto strani, manifestando ripetutamente la convinzione di avere ucciso il neonato soffocandolo con un cuscino.

Secondo quanto riportato dal marito, la signora Norman aveva avuto una gravidanza normale e un parto privo di complicazioni; poi dopo il quale era felicemente tornata a casa col bambino. Il terzo giorno il suo umore aveva però incominciato a essere molto instabile, passando rapidamente da momenti di esaltazione a stati di profonda tristezza; era anche diventata irritabile e ansiosa. Dormiva pochissimo (non più di un'ora per notte), sebbene il bambino fosse tranquillo, e si comportava in maniera sempre più bizzarra. Era iperattiva, agitata, parlava molto velocemente e perdeva spesso il filo del discorso. Sebbene non fosse mai stata particolarmente religiosa, diceva che Dio parlava attraverso di lei e l'aveva prescelta per risolvere i problemi del mondo. Aveva confidato al marito di avere poteri speciali che le permettevano di identificare le persone cattive guardandole semplicemente negli occhi; aveva quindi capito di essere circondata da persone malvagie, tra cui includeva anche la propria madre. Soprattutto, quando il figlio non era nelle immediate vicinanze, aveva espresso in diverse occasioni la ferma convinzione di averlo ucciso.

Tra l'adolescenza e la prima età adulta la signora Norman aveva avuto tre episodi di depressione maggiore, che si erano risolti in seguito al trattamento con antidepressivi e psicoterapia. Tre anni prima della nascita del bambino, di ritorno da un viaggio in Asia, era anche stata ricoverata in un reparto psichiatrico per un episodio maniacale; trattata con antipsicotici, era poi diventata depressa; la depressione che era durata per parecchi mesi. All'epoca era stata prospettata una diagnosi di disturbo bipolare, la donna l'aveva però messo in discussione, attribuendo l'episodio a stress e jet lag. In previsione della gravidanza non aveva più assunto alcun farmaco psicoattivo.

L'unico dato rilevante emerso dall'anamnesi familiare era che, poco dopo la nascita del suo primo figlio, la madre della signora Norman era stata ospedalizzata per problemi psichiatrici; in famiglia non si era mai parlato apertamente di tale episodio, su cui non erano state fornite informazioni più dettagliate.

Fino a un paio di settimane prima del parto, la signora Norman aveva continuato a lavorare come infermiera, molto efficiente, in un reparto di nefrologia; il marito era dirigente di un ufficio vendite e la coppia viveva in condizioni socioeconomiche più che soddisfacenti. La donna non aveva mai fatto uso di sostanze stupefacenti e prima della gravidanza il suo consumo di alcol non superava di solito le 2-3 unità alla settimana.

Nel corso della valutazione, la paziente aveva continuato a camminare per la stanza, apparentemente incapace di restare seduta per più di qualche istante. Era molto loquace, ma si distraeva con facilità e saltava da un argomento all'altro, evidenziando un'accelerazione del flusso ideativo. L'umore era estremamente mutevole: in alcuni momenti sembrava contenta ed euforica, in altri sconsolata, in altri ancora decisamente irritabile, specialmente quando aveva la sensazione di non essere compresa. Era chiaro che aveva una serie di convinzioni deliranti di cui, in generale, non voleva parlare con l'esaminatore. Aveva però affermato con insistenza di essere responsabile della morte del figlio, dichiarazione seguita da alcuni minuti di pianto disperato e dal successivo ritorno, sempre nel giro di pochi minuti, a uno stato di euforia e irrequietezza. Negava di avere intenzione di fare del male a se stessa o ad altri. Aveva palesi difficoltà di attenzione e concentrazione, ma si era rifiutata di sottoporsi a test cognitivi.

L'esame fisico e i test di laboratorio avevano dato esiti nella norma.

Diagnosi

- Disturbo bipolare I, attuale episodio maniacale, grave, con caratteristiche psicotiche ed esordio nel peripartum

Discussione

La signora Norman presenta una marcata instabilità dell'umore, irritabilità, agitazione, logorrea, fuga delle idee, distraibilità, forte riduzione del bisogno di sonno, religiosità eccessiva e non abituale, deliri riguardanti familiari e amici e la convinzione irriducibile di avere ucciso il proprio bambino. Ha anche una storia di episodi depressivi multipli, con un'ospitalizzazione a causa di mania. Nel loro complesso, in base ai criteri del DSM-5, questi dati indicano una diagnosi di disturbo bipolare I grave con manifestazioni psicotiche.

Inoltre, al momento, la signora Norman soffre chiaramente di quella che viene tradizionalmente chiamata *psicosi postpartum*: una psicosi affettiva che insorge in maniera improvvisa nel periodo immediatamente successivo al parto, in genere a meno di una settimana di distanza, e che può progredire con il rapido sviluppo di un quadro psicotico florido e grave. Gli episodi di psicosi postpartum sono spesso "caleidoscopici", come nel caso della signora Norman; si associano, per esempio, a pensieri deliranti che invece di diventare fissi e sistematici tendono a cambiare in continuazione. A causa di queste caratteristiche la psicosi postpartum è un'emergenza psichiatrica che rende solitamente necessario il ricovero ospedaliero, con un'accurata valutazione del rischio di suicidio e di atti violenti nei confronti del neonato.

La frequenza di psicosi postpartum grave è pari a circa 1 su 1.000 gravidanze, ma il rischio è considerevolmente maggiore per le donne con disturbo bipolare (1 su 4 gravidanze) e per quelle con episodi precedenti (1 su 2 gravidanze). Le donne ad alto rischio dovrebbero essere identificate prima dell'inizio di una

gestazione. Data la storia personale di disturbo bipolare e l'anamnesi familiare probabilmente positiva (l'ospedalizzazione della madre subito dopo la nascita del suo primo figlio), per la signora Norman il rischio era molto alto; sebbene negli ultimi anni non avesse manifestato sintomi psichiatrici, la paziente avrebbe dovuto essere seguita con attenzione sia durante la gravidanza, sia dopo il parto. Il caso della signora Norman mostra come un grave episodio di psicosi postpartum possa insorgere repentinamente anche quando la gravidanza è asintomatica e non ci siano fattori psicosociali predisponenti. Dopo la risoluzione dell'episodio sarà necessario discutere con lei e con il marito la pianificazione di eventuali gravidanze future.

In passato, la signora Norman ha avuto un episodio maniacale e ha ricevuto una diagnosi di disturbo bipolare, ma in molti casi il quadro non è altrettanto chiaro. L'insorgenza precoce di un episodio di psicosi postpartum grave dovrebbe comunque suggerire la possibilità di una diagnosi bipolare, anche in assenza di precedenti problemi psichiatrici.

Il DSM-5 non contempla la diagnosi specifica di psicosi postpartum – sebbene la definizione (come quella di depressione postpartum) sia comunemente utilizzata dai clinici e dalle stesse pazienti – ma prevede l'uso dello specificatore descrittivo “con esordio nel peripartum”. Segnalare il contesto perinatale degli episodi è importante per vari motivi. In primo luogo, la presenza del neonato può condizionare le decisioni sui possibili interventi (come l'ospedalizzazione); in secondo luogo, un episodio grave dopo un parto ha conseguenze rilevanti per le future gravidanze; in terzo luogo, la stretta relazione tra episodi postpartum gravi e disturbo bipolare dovrebbe indurre a verificare attentamente la storia psichiatrica della paziente, con implicazioni sostanziali per quanto riguarda i successivi trattamenti.

Letture consigliate

- DI FLORIO, A., FORTY, L., GORDON-SMITH, K. ET AL. (2013), “Perinatal episodes across the mood disorder spectrum”. In *JAMA Psychiatry*, 70, pp. 168-175.
- JONES, I., HERON, J., BLACKMORE, E.R. ET AL. (2010), “Puerperal psychosis”. In KOHEN, D. (a cura di), *Oxford Textbook of Women and Mental Health*. Oxford University Press, Oxford.
- MUNK-OLSEN, T., LAURSEN, T., PEDERSEN, C.B. ET AL. (2006), “New parents and mental disorders: a population-based register study”. In *JAMA*, 296, pp. 2582-2589.
- MUNK-OLSEN, T., LAURSEN, T., MELTZER-BRODY, S. ET AL. (2012), “Psychiatric disorders with postpartum onset: possible early manifestations of bipolar affective disorders”. In *Archives of General Psychiatry*, 69, pp. 428-434.

Caso 3.9 Ansia

Holly A. Swartz

Victoria Owens, 58 anni, aveva fissato un appuntamento con uno psichiatra perché, negli ultimi tempi, si sentiva molto ansiosa e agitata. La signora Owens si era presentata all'appuntamento vestita con cura; sembrava un po' nervosa, ma non parlava in modo concitato. Aveva raccontato che, da due anni, soffriva di sintomi depressivi, iniziati quando aveva incominciato le pratiche per il divorzio dal suo quarto marito. In un primo periodo, si era sentita triste, fortemente preoccupata per il futuro e incapace di concentrarsi; questi sintomi erano però progressivamente peggiorati con l'emergere di anedonia, anergia, ipersonnia con sonno interrotto, ideazione suicidaria passiva e aumento dell'appetito. Alla fine aveva rinunciato al suo lavoro di organizzatrice di eventi e passava quasi tutto il giorno a letto, mangiando soprattutto dolci.

Si era rivolta inizialmente a un omeopata, che le aveva consigliato una quantità di rimedi da cui non aveva tratto alcun beneficio. Aveva poi consultato il suo medico, che le aveva prescritto l'assunzione di alprazolam al dosaggio di 0,25 mg tre volte al giorno; l'uso del farmaco si era rivelato efficace nel ridurre l'intensità delle sue preoccupazioni, ma non aveva avuto effetti significativi sull'umore. Il medico aveva quindi prescritto un trattamento con sertralina (50 mg al giorno, con aumento graduale fino a 200 mg al giorno). Nei due mesi successivi, il sonno era migliorato e le idee di suicidio erano scomparse, ma la signora Owens era diventata più ansiosa, inquieta e irritabile; il livello di energia era aumentato e aveva la sensazione che i suoi pensieri si succedessero velocemente. La donna aveva negato la presenza di impulsività o dei sintomi psicotici.

La signora Owens aveva alle spalle una lunga storia di episodi depressivi; il primo, durato diversi mesi, risaliva alla tarda adolescenza e non era stato trattato. In seguito a domande specifiche, la paziente aveva ricordato anche numerosi periodi caratterizzati da un moderato innalzamento del tono dell'umore, pensieri rapidi e alto livello di energia; in effetti, molti degli avvenimenti più importanti della sua vita si erano verificati durante questi periodi. Per esempio, dopo il primo divorzio, quando si era trovata nella difficile situazione di giovane madre sola e disoccupata, si era presa l'incarico di organizzare il ricevimento per il matrimonio della sua migliore amica. Decisa a realizzare una festa memorabile, nonostante il budget molto ridotto, si era buttata a capofitto nel progetto, iperattiva e piena di idee, passando in rassegna decine di riviste specializzate. La festa aveva avuto un enorme successo e aveva segnato l'inizio della carriera della signora Owens. Generalmente, riusciva a tenere nascoste a colleghi e clienti le sue oscillazioni dell'umore, facendo leva sugli stati di maggiore euforia per proiettare un'immagine di efficienza e dinamismo ed evitando gli impegni lavorativi nei momenti di depressione. Quando il tono dell'umore saliva la signora Owens diventava però anche più irritabile; diceva che probabilmente tutte le relazioni con gli uomini che aveva sposato erano incominciate e finite in perio-

di simili (che riteneva comunque "positivi"), perché durante questi periodi era "più emotiva". Questi episodi, che potevano durare anche molte settimane, non erano mai stati accompagnati da alterazioni del sonno, eloquio rapido, grandiosità o comportamenti rischiosi.

La signora Owens aveva riferito un **notevole consumo di alcol verso i quarant'anni, ma da tempo beveva solo di rado**. Non aveva mai tentato il suicidio e non era mai stata ospedalizzata per problemi psichiatrici. La madre aveva sofferto di depressione, trattata con sertralina; il fratello era in trattamento con litio per disturbo bipolare.

Diagnosi

■ Disturbo bipolare e disturbi correlati con altra specificazione

Discussione

La signora Owens ha una storia di episodi depressivi ricorrenti; inoltre, nella sua vita, ci sono stati molti periodi caratterizzati da alti livelli di energia e innalzamento del tono dell'umore, che soddisfano i criteri per ipomania in termini di durata (pari o superiore a quattro giorni), ma non in termini quantitativi: la diagnosi di episodio ipomaniacale richiede la presenza di almeno tre dei sette sintomi indicati dal DSM-5 ma, durante questi periodi, la signora Owens ha manifestato solo fuga delle idee e aumento dell'attività finalizzata. Come spesso succede con i pazienti che non corrispondono pienamente ai criteri per la diagnosi di disturbo bipolare, la signora Owens non ha menzionato spontaneamente gli episodi di ipomania subsindromica, considerandoli egosintonici e non problematici, ma li ha descritti solo in risposta alle domande mirate dell'esaminatore.

La diagnosi differenziale include anche il disturbo depressivo maggiore. Inizialmente la signora Owens ha consultato il suo medico lamentando classici sintomi di depressione. Non sollecitata a tale proposito, la paziente non aveva fornito informazioni sui sintomi ipomaniacali; visti gli episodi depressivi precedenti, il medico ha probabilmente concluso che la donna soffriva di disturbo depressivo maggiore e ha prescritto il trattamento con sertralina, un inibitore selettivo della ricaptazione della serotonina (SSRI). Poco dopo l'inizio del trattamento era però emerso un quadro misto, con la comparsa di **ideorrea**, umore irritabile e ansioso, **aumento dell'energia**. Quando pazienti depressi come la signora Owens sviluppano sintomi maniacali, ipomaniacali o misti, in seguito all'uso di farmaci antidepressivi, dovrebbe essere sempre considerata la possibilità di una forma di disturbo bipolare. Lo stato misto manifestato dalla signora Owens durante il trattamento con l'SSRI non è sufficiente per porre la diagnosi, ma è sicuramente indicativo, specialmente alla luce dell'anamnesi familiare (il fratello in trattamento con litio). Anche se il disturbo dell'umore che si riscontra con maggiore frequenza tra i parenti di primo grado di individui bipolarì è il disturbo depressivo maggiore, il fatto di avere un parente affetto da disturbo bipolare è comunque associato a un aumento del rischio di diagnosi bipolare.

Tuttavia, il quadro clinico della signora Owens è complicato. Oltre ai sintomi ipomaniacali la donna ha riportato una storia di relazioni instabili, labilità emotiva, ansia e precedente abuso di alcol. La comorbilità tra disturbi bipolari e disturbi di personalità è frequente; in particolare, può essere difficile distinguere un disturbo bipolare e un disturbo borderline di personalità, perché le due condizioni possono avere manifestazioni simili. Per esempio, entrambe sono caratterizzate da comportamenti impulsivi, labilità affettiva e irritabilità; nel caso della signora Owens labilità e irritabilità sono limitate nel tempo e sembrano essere dovute a un disturbo dell'umore, più che a problemi pervasivi di regolazione dell'affetto, ma non si può escludere la presenza contemporanea di un disturbo di personalità.

Fino a un terzo dei pazienti con disturbo bipolare riceve anche una diagnosi di disturbo d'ansia, in genere associata a una prognosi peggiore. Inoltre, forse a causa degli alti tassi di comorbilità, non è raro che una diagnosi di disturbo d'ansia venga posta erroneamente per pazienti bipolari non riconosciuti come tali. Frequente è anche la comorbilità tra disturbi bipolari e disturbi da uso di sostanze. La storia della signora Owens indica la necessità di condurre ulteriori indagini, perché ci sono alte probabilità che la donna sia affetta da più di un disturbo psichiatrico.

Letture consigliate

- DELTITO, J., MARTIN, L., RIEFKOHL, J. ET AL. (2001), "Do patients with borderline personality disorder belong to the bipolar spectrum?". In *Journal of Affective Disorders*, 67, pp. 221-228.
- GHAEKI, S.N., KO, J.Y., GOODWIN, F.K. (2002), "'Cade's disease' and beyond: misdiagnosis, antidepressant use, and a proposed definition for bipolar spectrum disorder". In *Canadian Journal of Psychiatry*, 47, pp. 125-134.
- MERIKANGAS, K.R., JIN, R., HE, J.P. ET AL. (2011), "Prevalence and correlates of bipolar spectrum disorder in the World Mental Health Survey Initiative". In *Archives of General Psychiatry*, 55, pp. 973-979.

4. Disturbi depressivi

Introduzione

John W. Barnhill

In psichiatria la parola *depressione* è uno dei termini più frequentemente utilizzati, ma è anche uno dei più ambigui. Come sintomo può significare tristezza, ma come diagnosi può essere applicata anche a persone che non si sentono tristi. L'umore depresso è un'esperienza umana comune e normale; però, può anche riflettere una condizione gravemente invalidante, fonte di grande sofferenza e potenzialmente fatale. La depressione si può manifestare in molti modi, con differenti sintomi, può essere associata a una vasta gamma di fattori precipitanti e a comorbilità.

Il DSM-5 descrive una serie di categorie diagnostiche basate sulle evidenze scientifiche disponibili. Per esempio, sebbene il disturbo bipolare sia stato per molto tempo considerato come una forma di depressione (“depressione maniacale”), è diventato sempre più chiaro che tra disturbi bipolarì e depressivi ci sono similarità ma anche sostanziali differenze per quanto riguarda il quadro clinico, la storia familiare, il decorso e il trattamento. Per queste ragioni, i disturbi dello spettro bipolare vengono ora discussi in un capitolo a parte, ed entrambi i capitoli offrono descrizioni dettagliate che possono aiutare a riconoscere le differenze, a volte sottili, tra i due tipi di diagnosi.

Il disturbo depressivo maggiore rimane la depressione prototipica, con criteri diagnostici essenzialmente invariati rispetto al DSM-IV; la diagnosi si basa sulla valutazione dei sintomi (almeno cinque dei nove elencati), sulla loro durata (persistenti per un periodo minimo di due settimane) e sul loro impatto (disagio clinicamente significativo e compromissione del funzionamento sociale, lavorativo o in altre aree importanti). Per suddividere ulteriormente questa ampia categoria, il DSM-5 fornisce indicazioni specifiche su come distinguere gli episodi in base alla loro gravità e ricorrenza, nonché alla presenza di manifestazioni quali melancolia, sintomi psicotici o catatonìa. Una modifica degna di nota riguarda l'indipendenza dei concetti di psicosi, lo svincolamento tra psicosi e gravità, che consente di descrivere in modo più accurato, per esempio, i pazienti con sintomi depressivi di entità moderata ma con chiare manifestazioni psicotiche.

Il capitolo sui disturbi depressivi presenta anche alcune variazioni che sono state oggetto di controversie; tra queste, la più contestata è forse quella che si riferisce alla cosiddetta “esclusione del lutto”. Il dolore per la perdita di una persona amata è senza dubbio una reazione umana normale, e il DSM-IV specificava che generalmente una diagnosi di depressione maggiore poteva essere posta soltanto in caso di persistenza dei sintomi a più di due mesi di distanza dalla morte della persona cara. Tuttavia molti dati indicano che la grande maggioranza degli individui in lutto non sviluppa i sintomi tipici di una depressione maggiore; in altre parole, una depressione maggiore che si manifesta nel contesto di un lutto non è una reazione “normale”. La sofferenza che caratterizza il disturbo depressivo maggiore solitamente include, per esempio, sentimenti di colpa e di autosvalutazione più profondi, ideazione suicidaria più intensa e declino funzionale più marcato. Inoltre, gli individui che sviluppano sintomi di disturbo depressivo maggiore subito dopo la morte di una persona amata hanno spesso una storia personale e familiare di depressione, tendono ad avere una prognosi peggiore e tendono a rispondere al trattamento con antidepressivi. In altre parole, le persone in lutto che presentano tutte le caratteristiche di una depressione maggiore sono simili a quelle che sviluppano un quadro analogo in seguito ad altri eventi fortemente stressanti, quindi meritano lo stesso livello di attenzione clinica.

Così come il lutto è una reazione normale a una perdita, è altrettanto normale una scarsa capacità di regolazione delle emozioni nel corso dell’infanzia. Tuttavia, ci sono bambini con livelli di tolleranza alla frustrazione e controllo comportamentale che non rientrano nell’intervallo di normalità: la loro disregolazione affettiva non solo è fonte di disagio per genitori, insegnanti, coetanei, ma è anche causa di disagio soggettivo e minaccia di ostacolare un normale sviluppo. Un altro cambiamento è che nel DSM-5 questi bambini vengono classificati come affetti da disturbo da disregolazione dell’umore dirompente. Il dibattito sul disturbo riguarda fondamentalmente due aspetti: primo, c’è il timore che questa nuova categoria diagnostica possa indurre a considerare patologiche esperienze infantili normali; secondo, alcuni ritengono che simili comportamenti siano meglio descritti nell’ambito dei disturbi dello spettro bipolare. Tuttavia, una considerevole mole di dati indica che la diagnosi di disturbo da disregolazione dell’umore dirompente descrive effettivamente un gruppo di bambini con disagio e disfunzioni clinicamente rilevanti, che rischiano di avere una vita piena di problemi. Inoltre, il disturbo da disregolazione dell’umore dirompente non pare essere semplicemente una forma infantile di disturbo bipolare; in realtà, è molto più probabile che in età adulta si trasformi in un disturbo depressivo o in un disturbo d’ansia.

Un terzo cambiamento nel DSM-5 riguarda lo spostamento del disturbo disforico premestruale dall’Appendice al testo principale. Anche in questo caso, la diagnosi non si riferisce ai sintomi lievi e transitori comunemente indicati come “sindrome premestruale”, ma descrive un insieme definito di sintomi debilitanti che provocano un disagio persistente e significativo.

Sono state espresse preoccupazioni sul fatto che questi tre cambiamenti possono portare, oltre alla una “patologizzazione” di esperienze normali, a un uso

eccessivo di psicofarmaci. Il campo della psichiatria dovrebbe riconoscere sia le forze esterne che, effettivamente, potrebbero tentare di influenzarlo a proprio vantaggio, sia i limiti attuali delle evidenze disponibili. Nello stesso tempo, tali evidenze mostrano che le tre diagnosi corrispondono a gruppi di persone con un grado significativo di sofferenza e disfunzione. È vero anche che queste persone cercano già assistenza psichiatrica e che lo sviluppo di criteri diagnostici precisi consente di condurre ricerche rigorose sull'efficacia dei possibili interventi biopsicosociali.

Letture consigliate

- KELLER, M.B., CORYELL, W.H., ENDICOTT, J. ET AL. (2013) (a cura di), *Clinical Guide to Depression and Bipolar Disorder: Findings from the Collaborative Depression Study*. American Psychiatric Publishing, Washington.
- KRAMER, P.D. (2005), *Against Depression*. Viking, New York.
- MAJ, M. (2013), "Clinical judgment and the DSM-5 diagnosis of major depression". In *World Psychiatry*, 12, pp. 89-91.

Caso 4.1

Nervoso e irritabile

William C. Wood

Wyatt, 12 anni, era stato indirizzato dal suo psichiatra a una clinica specializzata in disturbi dell'adolescenza, con la richiesta di inserirlo in un programma di ospedalizzazione parziale a causa di ripetuti accessi di collera che avevano spaventato sia i familiari, sia i compagni di classe.

Secondo quanto riportato dai genitori, Wyatt era generalmente inquieto, irritabile, con frequenti episodi in cui sembrava "quasi un animale rabbioso". Negli ultimi tempi, imporre delle regole era diventato pressoché impossibile. Pochi giorni prima, quando la madre aveva chiuso un videogioco in un armadio per costringerlo a fare i compiti, aveva sfasciato la porta dell'armadio. Recentemente era stato anche sospeso da scuola perché, dopo aver perso una partita a scacchi, aveva preso a pugni il suo avversario. Wyatt era sempre stato estremamente attivo ("correva tutto il tempo"); era anche "un bambino molto sensibile", costantemente preoccupato dalla possibilità che potesse accadere "qualcosa di male". Fin da piccolo, aveva mostrato una tolleranza alla frustrazione molto bassa, inferiore a quella dei coetanei; per esempio, i genitori avevano presto smesso di portarlo con loro a fare spese, per evitare le drammatiche scenate che si verificavano puntualmente tutte le volte che si rifiutavano di comprargli un giocattolo o qualsiasi altra cosa avesse destato il suo interesse.

I resoconti degli insegnanti segnalavano irrequietezza, difficoltà di concentrazione e impulsività. All'età di dieci anni Wyatt aveva ricevuto una diagnosi di disturbo da deficit di attenzione/iperattività (DDAI) di tipo combinato. Aveva quindi iniziato una terapia comportamentale e un trattamento con metilfenidato, con un miglioramento dei sintomi di DDAI; con il passare del tempo era però diventato sempre più scontroso e irascibile. Si lamentava in continuazione perché riteneva di subire "ingiustizie"; gli scontri con i genitori incominciavano al mattino, quando non si preparava per andare a scuola, e continuavano fino a sera, quando non voleva andare a letto a dormire. Durante queste discussioni, Wyatt spesso si metteva a urlare e a tirare oggetti che gli capitavano tra le mani; quando aveva dodici anni, i genitori erano stremati e i fratelli cercavano di evitarlo.

I genitori avevano riferito che Wyatt non aveva disturbi del sonno, nonostante le proteste quotidiane al momento di andare a dormire, né problemi di appetito. Sembrava trarre piacere dalle sue attività abituali e aveva un buon livello di energia; sebbene lo descrivessero come tendenzialmente "ombroso, introverso e poco socievole", non pensavano fosse "depresso". Non aveva avuto particolari problemi di natura medica; non aveva mai manifestato segni di allucinazioni, idee di suicidio o omicidio e nemmeno l'intenzione di fare del male a se stesso o ad altri; non aveva mai assunto alcol o droghe, né subito abusi o traumi. L'anamnesi familiare indicava una storia di ansia e depressione nel padre, di alcolismo nei nonni paterni e di possibile DDAI non trattato nella madre.

Durante il colloquio di valutazione, Wyatt si era dondolato continuamente sulla sedia; sembrava abbastanza ansioso, ma aveva risposto di buon grado a tutte le domande dell'esaminatore. Parlando dei suoi scatti d'ira e dei litigi con genitori e compagni, aveva detto: "Non posso farci niente; quando mi arrabbio è come se non fossi più capace di pensare, non riesco a fermarmi". Aveva poi aggiunto, con tono molto triste: "Non mi piace sentirmi in quel modo". Quando gli era stato chiesto di elencare tre cose che avrebbe voluto cambiare nella sua vita, Wyatt aveva risposto: "Vorrei avere più amici, andare meglio a scuola e non arrabbiarmi più così tanto".

Diagnosi

- Disturbo da disregolazione dell'umore dirompente
- Disturbo da deficit di attenzione/iperattività, manifestazione combinata

Discussione

Lo psichiatra di Wyatt ha consigliato un programma di ospedalizzazione parziale a causa di irritabilità persistente e gravi crisi di collera ricorrenti. Per formulare una diagnosi è importante valutare qualità, intensità, frequenza e durata di queste crisi. Considerando l'età di Wyatt, occorre chiedersi se siano fuori dell'intervallo di normalità? Da che cosa sono scatenate? Si verificano solo a casa, a scuola, con i coetanei o in diversi contesti? Qual è il loro impatto sulla vita del paziente? Com'è solitamente il suo umore negli intervalli fra le crisi? Le crisi riflettono una mancanza di controllo sulle reazioni emozionali, o sono comportamenti mirati a raggiungere uno scopo? Quando hanno incominciato a manifestarsi? Sono associate a sintomi neurovegetativi di depressione? Il paziente ha mai presentato sintomi di tipo maniacale quali grandiosità, diminuito bisogno di sonno, continua spinta a parlare o fuga delle idee? In caso affermativo, questi sintomi si sono manifestati in modo persistente per periodi di durata compatibile con una diagnosi di episodio maniacale? Il paziente ha mai presentato sintomi psicotici quali paranoia, deliri o allucinazioni? C'è una storia di abuso di sostanze?

L'irritabilità di Wyatt è persistente; i suoi scatti di collera sono frequenti, di intensità anomala rispetto alla fase evolutiva e sono progressivamente peggiorati nel corso degli ultimi anni, interferiscono con tutti gli aspetti della sua vita ed evidentemente non hanno effetti positivi per lui. Ha infatti affermato che le cose che cambierebbe più volentieri sono correlate specificamente a questi comportamenti, che non sembra essere in grado di controllare ("vorrei non arrabbiarmi più così tanto"), e alle loro conseguenze ("vorrei avere più amici e andare meglio a scuola"). Inoltre, Wyatt non ha sintomi neurovegetativi di depressione rilevanti, né una storia di mania, psicosi o abuso di sostanze; si può quindi concludere che soddisfi i criteri per una diagnosi di disturbo da disregolazione dell'umore dirompente; una nuova categoria diagnostica che il DSM-5 ha inserito tra i disturbi depressivi.

La caratteristica centrale del disturbo da disregolazione dell'umore dirompente è un'irritabilità cronica, grave e persistente che è incongruo rispetto allo stadio di sviluppo e determina un quadro disfunzionale significativo. Le manifestazioni cliniche fondamentali descritte dal DSM-5 sono due: frequenti e intensi scoppi di collera (con aggressione verbale o fisica) e umore persistentemente irritabile o arrabbiato per la maggior parte della giornata, quasi tutti i giorni.

Anche se alcuni dei sintomi di disturbo da disregolazione dell'umore dirompente si possono osservare in altri disturbi, la diagnosi sembra, in effetti, rispecchiare un gruppo specifico di bambini e adolescenti con profili sintomatologici che differiscono da quelli delineati per altre categorie diagnostiche del DSM-5, con "scoppi di collera" che per intensità e frequenza superano la soglia che può essere considerata normale rispetto all'età. Per esempio, anche un disturbo bipolare può essere causa di irritabilità e conflitti interpersonali, ma i bambini e gli adolescenti con disturbo da disregolazione dell'umore dirompente non presentano sintomi tipici di mania come ridotto bisogno di sonno, logorrea o ideorrea che persistono per diversi giorni; mentre disturbi da comportamento dirompente quali il disturbo oppositivo provocatorio, il disturbo esplosivo intermittente o il disturbo della condotta non sono caratterizzati da una marcata irritabilità persistente.

In base a quanto indicato dal DSM-5, il disturbo da disregolazione dell'umore dirompente non può coesistere con un disturbo bipolare, un disturbo oppositivo provocatorio o un disturbo esplosivo intermittente: se il paziente ha avuto un precedente episodio maniacale la diagnosi è, comunque, di disturbo bipolare; se risultano contemporaneamente soddisfatti i criteri per disturbo da disregolazione dell'umore dirompente e per disturbo oppositivo provocatorio o disturbo esplosivo intermittente, la diagnosi è di disturbo da disregolazione dell'umore dirompente.

È però possibile la comorbilità tra disturbo da disregolazione dell'umore dirompente e una serie di altre diagnosi. Per esempio, Wyatt ha da anni problemi di attenzione e ansia. Ha ricevuto in precedenza una diagnosi di disturbo da deficit di attenzione/iperattività di tipo combinato, il che significa che corrispondeva alla maggior parte dei criteri per entrambe le dimensioni del disturbo: attenzione e iperattività/impulsività. Viene inoltre descritto come un bambino che si preoccupa molto facilmente; potrebbe senz'altro avere un disturbo d'ansia, anche se questa possibilità non è stata esplorata in modo approfondito durante la valutazione.

Sarà importante seguire Wyatt nel tempo; l'obiettivo principale resta, ovviamente, quello di ridurre al minimo necessario sia le valutazioni diagnostiche sia gli interventi terapeutici, che possono peraltro cambiare nel corso del suo successivo sviluppo. Come adolescente con una diagnosi di disturbo da disregolazione dell'umore dirompente, Wyatt continuerà a essere a rischio per una varietà di condizioni psichiatriche, inclusi altri disturbi dell'umore e disturbi d'ansia e da uso di sostanze.

Letture consigliate

- AXELSON, D., FINDLING, R.L., FRISTAD, M.A. ET AL. (2012), "Examining the proposed disruptive mood dysregulation disorder diagnosis in children in the Longitudinal Assessment of Manic Symptoms study". In *Journal of Clinical Psychiatry*, 73, pp. 1342-1350.
- COPELAND, W.E., ANGOLD, A., COSTELLO, E.J., EGGER, H. (2013), "Prevalence, comorbidity, and correlates of DSM-5 proposed disruptive mood dysregulation disorder". In *American Journal of Psychiatry*, 170, pp. 173-179.
- LEIBENLUFT, E. (2011), "Severe mood dysregulation, irritability, and the diagnostic boundaries of bipolar disorder in youths". In *American Journal of Psychiatry*, 168, pp. 129-142.
- MARGULIES, D.M., WEINTRAUB, S., BASILE, J. ET AL. (2012), "Will disruptive mood dysregulation disorder reduce false diagnosis of bipolar disorder in children?". In *Bipolar Disorders*, 14, pp. 488-496.
- MIKITA, N., STRINGARIS, A. (2013), "Mood dysregulation". In *European Child and Adolescent Psychiatry*, 22, Suppl. 1, pp. 11-16.
- WOZNIAK, J., BIEDERMAN, J., KIELY, K. ET AL. (1995), "Mania-like symptoms suggestive of childhood-onset bipolar disorder in clinically referred children". In *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 34, pp. 867-876.

Caso 4.2

Tristezza postpartum

Kimberly A. Yonkers, Heather B. Howell

Yvonne Perez, 23 anni, si era presentata in un centro di salute mentale **due settimane dopo aver dato alla luce il secondo figlio**; era stata indirizzata al centro per una valutazione psichiatrica dall'infermiera che la seguiva per **problemi di allattamento al seno**, preoccupata dall'**umore depresso** e dall'**astenia** della paziente.

La signora Perez diceva che fin da quando aveva scoperto di essere incinta si era sentita sempre più preoccupata e scontenta. In seguito alla nascita della loro prima figlia la coppia aveva deciso di aspettare qualche anno prima di avere un altro bambino; il marito era stato esplicito sul fatto che avrebbe preferito un'interruzione della gravidanza, una possibilità che la donna aveva escluso per **motivi religiosi**. Il marito si era anche lamentato del fatto che durante la gestazione la signora Perez non aveva contribuito a migliorare il già precario bilancio familiare, perché si sentiva "troppo stanca per lavorare".

Dopo il parto la situazione era diventata ancora più difficile. Quando cercava di allattarlo il neonato non si attaccava al seno e sputava il latte; soffriva anche di coliche e piangeva in continuazione, per cui doveva tenerlo quasi sempre in braccio. La signora Perez aveva incominciato a pensare che il bambino la stesse "rifiutando" e che tutti questi problemi fossero "una punizione" per non aver desiderato la gravidanza. Il marito passava poco tempo in casa perché lavorava tutto il giorno, e la donna faceva molta fatica a occuparsi da sola del neonato e della sua sorellina, una bambina di 16 mesi estremamente vivace. La signora Perez dormiva poco, si sentiva esausta, piangeva spesso e ogni mattina si svegliava con l'idea di non sapere come avrebbe fatto ad arrivare fino a sera. Fortunatamente era appena arrivata la suocera per aiutarla con i bambini.

Fino a circa metà della prima gravidanza la signora Perez aveva lavorato come cameriera in un bar. Di origine ispanica, era cresciuta in un ambiente supportivo formato dai genitori e da una grande famiglia allargata; ma quando il marito era stato trasferito per lavoro, la coppia era andata a vivere in un'altra regione del paese, lontano dai parenti. Secondo quanto riportato dalla paziente, **molti membri della sua famiglia sembravano aver sofferto di depressione**, anche se nessuno di loro aveva mai interpellato uno psichiatra. La signora Perez negava di aver avuto precedenti problemi psichiatrici e non aveva mai fatto uso di **alcol o sostanze stupefacenti**; aveva fumato per molti anni, ma aveva smesso completamente all'inizio della prima gestazione. Aveva una **storia di asma** ma, a parte integratori multivitaminici e supplementi di ferro, non assumeva farmaci.

Durante la valutazione la signora Perez si era mostrata collaborativa, anche se **parlava lentamente**, tenendo spesso gli **occhi bassi**, con un **tono piatto**, uniforme e con **lunghe pause prima di rispondere alle domande**. Aveva confermato di sentirsi deppressa, ma diceva di **non avere idee di suicidio o omicidio, né allucinazioni** o deli-

ri. Appariva pienamente orientata nel tempo e nello spazio. Dopo aver registrato tre oggetti, a distanza di cinque minuti era stata in grado di ricordarne solo uno. L'intelligenza era nella media, le capacità di insight e giudizio erano da discrete a buone.

Diagnosi

- Disturbo depressivo maggiore, singolo episodio di gravità moderata, senza caratteristiche psicotiche, con esordio nel peripartum

Discussione

La signora Perez presenta umore depresso, basso livello di energia, sonno ridotto, rallentamento psicomotorio, sensi di colpa e difficoltà di concentrazione; anche se non è stata accertata l'esistenza di altri sintomi tipici quali anedonia o alterazioni dell'appetito, il quadro soddisfa chiaramente almeno cinque dei novi criteri sintomatologici elencati dal DSM-5 per la diagnosi di disturbo depressivo maggiore. Le componenti che possono aver contribuito a determinare tale quadro comprendono il parto recente, la storia familiare di depressione e diversi fattori psicosociali, che includono la mancanza di sostegno da parte del marito, i problemi di natura economica, la lontananza dalla famiglia di origine, le coliche del bambino appena nato e l'esuberanza dell'altra figlia ancora molto piccola.

Sembra che la signora Perez abbia sofferto di sintomi depressivi rilevanti durante l'intera gravidanza, e che abbia alla fine deciso di consultare uno psichiatra non a causa di un loro considerevole peggioramento dopo il parto, ma perché spinta dall'infermiera che l'assisteva per i problemi d'allattamento del neonato. D'altra parte, dato che le informazioni disponibili a questo proposito non sono del tutto esaurienti, non si può escludere che la paziente sia diventata depressa solo dopo la nascita del bambino e che i sintomi si siano manifestati in maniera persistente per meno di due settimane, il periodo minimo richiesto per una diagnosi di depressione maggiore; se così fosse, la diagnosi più appropriata sarebbe quella di disturbo dell'adattamento con umore depresso. Un esordio o un repentino peggioramento dei sintomi nel postpartum potrebbe anche suggerire una diagnosi o un aumento del rischio di disturbo bipolare; la signora Perez non sembra però avere sintomi maniacali o psicotici, né una storia personale di disturbi dell'umore né una storia familiare di disturbi bipolarì. Non si può scartare completamente neanche la possibilità che la paziente si sia sentita "giù di corda" per tutta la gravidanza, con un breve peggioramento dopo il parto; in questo caso, i sintomi attualmente manifestati dalla paziente potrebbero corrispondere a una diagnosi di disturbo depressivo con altra specificazione, più che di disturbo depressivo maggiore.

In base ai dati emersi dal colloquio, l'ipotesi più probabile rimane comunque quella che la signora Perez abbia avuto sintomi di depressione significativi fin dall'inizio della gestazione (ha riferito di essersi sentita "preoccupata e scontenta" e "troppo stanca per lavorare"); un simile decorso non è insolito, per-

ché in circa la metà dei casi le donne in cui si riscontra una depressione dopo il parto erano già depresse nel corso della gravidanza. Per descrivere le donne che sviluppano un disturbo dell'umore durante o subito dopo una gravidanza il DSM-5 prevede la specificazione “con esordio nel peripartum”. La signora Perez ha inoltre manifestato il timore che il bambino la stia rifiutando e che la difficile situazione sia una punizione per non averne desiderato la nascita; è quindi consigliabile verificare più approfonditamente l'eventuale presenza di pensiero psicotico. Come per tutti i pazienti con sintomi di depressione maggiore, va valutato attentamente anche il rischio di suicidio. Non è stata riportata ideazione suicidaria, ma è comunque opportuno esaminare la possibilità che la signora Perez abbia pensieri di morte, l'idea che i suoi familiari starebbero meglio senza di lei o che il bambino sarebbe preferibile essere morto.

Chiarire il tipo di disturbo depressivo è importante, perché molte donne che manifestano sintomi depressivi subsindromici dopo il parto migliorano spontaneamente entro poche settimane, anche in assenza di trattamento. Per questa ragione, considerando anche che parecchie neomamme desiderano continuare l'allattamento al seno, l'approccio terapeutico iniziale potrebbe essere psicoterapeutico, anziché farmacologico.

Letture consigliate

- MUNK-OLSEN, T., LAURSEN, T., MELTZER-BRODY, S. ET AL. (2012), “Psychiatric disorders with postpartum onset: possible early manifestations of bipolar affective disorders”. In *Archives of General Psychiatry*, 69, pp. 428-434.
- O'HARA, M.W., SWAIN, A.M. (1996), “Rates and risk of postpartum depression: a meta-analysis”. In *International Review of Psychiatry*, 8, pp. 37-54.
- YONKERS, K.A., RAMIN, S.M., RUSH, A.J. ET AL. (2001), “Onset and persistence of postpartum depression in an inner-city maternal health clinic system”. In *American Journal of Psychiatry*, 158, pp. 1856-1863.
- YONKERS, K.A., WISNER, K.L., STEWART, D.E. ET AL. (2009), “The management of depression during pregnancy: a report from the American Psychiatric Association and the American College of Obstetricians and Gynecologists”. In *General Hospital Psychiatry*, 31, pp. 403-413.

Caso 4.3

Lutto e depressione

Richard A. Friedman

Andrew Quinn, un uomo d'affari di 60 anni, aveva fissato un appuntamento con la sua psichiatra due settimane dopo il suicidio del figlio ventiquattrenne. Il giovane, che da tempo soffriva di depressione e faceva uso di sostanze, era stato trovato morto accanto a diversi flaconi di pillole vuoti e a un confuso biglietto di addio.

Il signor Quinn si era sentito completamente distrutto, come se la sua vita non avesse avuto più alcun significato; negli ultimi 15 giorni non aveva fatto altro che pensare al figlio, a cui aveva sempre voluto molto bene, ossessionato dall'idea di non essere stato capace di prevenirne l'abuso di droghe e la morte: era stato evidentemente un cattivo padre, aveva dedicato troppo tempo alla carriera e ne aveva passato troppo poco con il figlio. Era costantemente triste, evitava familiari e amici e non riusciva più a concentrarsi sul lavoro. Non aveva mai bevuto più di qualche bicchiere di vino alla settimana, ma adesso ogni sera ne beveva almeno mezza bottiglia. La psichiatra gli aveva detto che dato il lutto recente queste potevano essere ritenute reazioni normali ma, di comune accordo, avevano stabilito di continuare a vedersi per valutare l'evoluzione successiva.

Il signor Quinn era tornato dalla psichiatra settimanalmente ma, a sei settimane dal suicidio del figlio, i suoi sintomi erano peggiorati. Ai pensieri su che cosa avrebbe potuto fare di diverso si era sovrapposta l'idea che chi avrebbe dovuto morire era lui, non il figlio. Continuava ad avere problemi a prendere sonno, ma ora verso le quattro del mattino spesso si svegliava e rimaneva a fissare il soffitto, travolto da un senso di fatica, tristezza e inutilità. L'intensità di questi sintomi generalmente si riduceva durante il giorno; erano però associati a un'inasuale diminuzione della fiducia in se stesso, dell'entusiasmo e della libido. Il signor Quinn aveva chiesto alla psichiatra se tutto ciò si potesse ancora considerare come una normale reazione di lutto, o se si trattasse invece di un vero e proprio episodio depressivo.

Prima dei trent'anni il signor Quinn aveva avuto in effetti due episodi di depressione maggiore, che si erano risolti dopo il trattamento con psicoterapia e farmaci antidepressivi. Non aveva una storia di abuso di alcol o altre sostanze. Entrambi i genitori del signor Quinn erano "tendenzialmente depressi", ma non avevano mai ricevuto un trattamento psichiatrico; nella sua famiglia non c'erano stati altri casi di suicidio.

Diagnosi

- Disturbo depressivo maggiore

Discussione

Nelle settimane successive al suicidio del figlio il signor Quinn ha sviluppato un quadro di tristezza, insonnia, isolamento sociale, anedonia e scarsa capacità di

concentrazione. Questo insieme di sintomi è tipico del lutto, considerato una reazione umana normale alla perdita di una persona cara sia dalla gente comune, sia dai professionisti della salute mentale. Al momento del primo incontro con la psichiatra, a due settimane dalla morte del figlio, il signor Quinn lamentava diversi sintomi che si osservano tipicamente in una depressione maggiore ma che, a quel punto, potevano essere meglio interpretati come normali manifestazioni di lutto – una condizione che pur essendo causa di disagio e disfunzione si risolve solitamente nell'arco di 2-6 mesi e non richiede una specifica attenzione clinica.

Il DSM-IV riconosceva la normalità del lutto indicando la necessità di rimanere per due mesi una diagnosi di disturbo depressivo maggiore, salvo in caso di sintomi particolarmente gravi come ideazione suicidaria o psicosi. Il criterio dell'esclusione del lutto era giustificato da buoni motivi: anche se può essere associato a notevole sofferenza, il lutto non complicato è benigno e di breve durata, e a differenza della depressione maggiore non determina una marcata compromissione funzionale o un aumento del rischio di suicidio. Ci sono però individui che dopo la morte di una persona amata – così come in seguito ad altri traumi quali tracolli finanziari, perdite causate da disastri naturali, malattie o disabilità gravi – sviluppano un disturbo dell'umore indipendente, con sindromi che provocano un disagio e una compromissione del funzionamento sociale e lavorativo rilevanti; questi casi meritano attenzione clinica anche prima della fine del periodo di due mesi stabilito dal DSM-IV, durante il quale molti sintomi depressivi sono attribuibili al lutto.

A causa della significativa sovrapposizione sintomatologica tra lutto e depressione maggiore, della difficoltà nel predire quali sintomi potranno persistere o intensificarsi e quali migliorare spontaneamente, dell'incertezza su che cosa sia psicologicamente diverso nella perdita di una persona cara rispetto, per esempio, alla perdita di una casa dovuta a un disastro naturale, il problema della differenziazione precisa tra lutto e disturbo depressivo maggiore ha suscitato grande attenzione. Di tutti i cambiamenti proposti dal DSM-5, quello riguardante l'esclusione del lutto è stato uno dei più controversi; perché oltre a coinvolgere un'esperienza umana universale, tocca una questione fondamentale non soltanto nel campo della psichiatria: che cosa è normale? A questo proposito sono state dibattute varie versioni preliminari del manuale; molti (incluso il sottoscritto) hanno espresso il timore che la rimozione dell'esclusione del lutto potesse portare alla medicalizzazione di una normale risposta alla perdita, con l'erronea formulazione di una diagnosi psichiatrica in persone mentalmente sane. Le modifiche apportate nella versione definitiva pubblicata del DSM-5 sono abbastanza modeste, ma i dubbi sollevati sull'argomento sono rilevanti per la discussione del caso del signor Quinn.

Nel valutare i sintomi depressivi emersi dopo la morte del figlio, per distinguere tra il senso di vuoto e di perdita tipici del lutto e l'umore persistentemente depresso, l'anedonia e le ruminazioni pessimistiche che sono più indicative di un disturbo depressivo maggiore, la psichiatra del signor Quinn, come suggeri-

to dal DSM-5, si è basata sul suo giudizio clinico. Nel lutto la disforia dovrebbe gradualmente attenuarsi nel giro di settimane, anche se sono possibili momenti di riacutizzazione che tendono a focalizzarsi sulla persona deceduta; i sintomi depressivi dovuti a una depressione maggiore, invece, non sono collegati esclusivamente alla persona scomparsa, sono più raramente interrotti da emozioni positive e sono più spesso accompagnati da autoaccusa e senso di inutilità.

La prima volta che lo ha visto, a due settimane di distanza dal suicidio del figlio, la psichiatra ha giustamente ritenuto che le reazioni del signor Quinn rientrassero nei limiti di un lutto normale. Nello stesso tempo, il paziente presentava fattori di rischio per disturbo depressivo maggiore che non si riscontrano abitualmente nelle persone in lutto. Il signor Quinn ha una storia personale di precedenti episodi depressivi e un'anamnesi familiare positiva per depressione (i genitori e il figlio); tutti questi fattori aumentano le probabilità che nel contesto del lutto si sviluppi un quadro di disturbo depressivo maggiore.

La psichiatra ha comunque continuato con cadenza settimanale gli incontri con il signor Quinn e in seguito (a circa sei settimane dalla morte del figlio) ha rilevato un peggioramento dei sintomi – in termini sia di intensità sia di comparsa di segni cognitivi e neurovegetativi – che ha reso evidente la diagnosi di depressione maggiore. È possibile che il criterio dell'esclusione del lutto abbia spinto la psichiatra a posporre la diagnosi fino al termine del periodo di due mesi indicato dal DSM-IV. Al contrario, il DSM-5 non pone limiti precisi all'applicazione della diagnosi nell'intervallo tra due settimane e due mesi; per il signor Quinn, ciò significa che secondo il DSM-5 avrebbe potuto ricevere più velocemente una diagnosi di disturbo depressivo maggiore.

Gli esperti in favore dell'eliminazione del criterio dell'esclusione del lutto possono sentirsi rassicurati da un caso clinico come quello del signor Quinn; se si considerano il progressivo aggravamento dei sintomi e la storia personale e familiare di depressione, il signor Quinn merita molto probabilmente un'attenzione clinica specifica. La preoccupazione per i pazienti di questo tipo è comprensibile, soprattutto alla luce del fatto che il 10-20% degli individui in lutto va incontro a complicanze, sviluppando una sindrome caratterizzata da sentimenti di mancanza profonda e disturbante della persona scomparsa e di rabbia e incredulità rispetto alla sua morte. Inoltre, nella popolazione generale solo circa la metà degli individui con depressione maggiore riceve un trattamento per la malattia, con una percentuale molto bassa (33 % dei pazienti depressi) in ambito di assistenza primaria.

D'altro canto, per la maggior parte delle persone in lutto la presenza di sintomi depressivi non indica una depressione maggiore. Per esempio, uno studio che ha utilizzato dati provenienti dalla *National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions*, non ha riscontrato differenze significative tra soggetti con sindrome depressiva correlata al lutto e soggetti senza una storia di depressione maggiore nel rischio di sviluppare un episodio depressivo maggiore in un periodo di follow-up di tre anni. Questi risultati confermano l'idea generalmente accettata che nella maggioranza dei casi il lutto si risolve spontaneamente.

Il cambiamento introdotto dal DSM-5 tiene conto di questa realtà e incoraggia i clinici a basarsi sul proprio giudizio nel cercare di distinguere lutto e depressione. Rimane da vedere se un simile abbassamento della soglia per la diagnosi di depressione maggiore aiuterà a identificare i pazienti che richiedono attenzione clinica o favorirà piuttosto la medicalizzazione del lutto. Nel frattempo, i clinici devono sempre ricordare che sebbene possa occasionalmente scatenare un episodio depressivo maggiore, il lutto in sé è una risposta emozionale alla perdita del tutto normale, che non richiede alcun trattamento.

Letture consigliate

- FRIEDMAN, R.A. (2012), "Grief, depression and the DSM-5". In *New England Journal of Medicine*, 366, pp. 1855-1857.
- KESSLER, R.C., BERGLUND, P., DEMLER, O. ET AL. (2003), "The epidemiology of major depressive disorder: results from the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R)". In *JAMA*, 289, pp. 3095-3105.
- MOJTABAI, R. (2011), "Bereavement-related depressive episodes: characteristics, 3-year course, and implications for the DSM-5". In *Archives of General Psychiatry*, 68, pp. 920-928.
- SHEAR, K., FRANK, E., HOUCK, P.R., REYNOLDS, C.F. (2005), "Treatment of complicated grief: a randomized controlled trial". In *JAMA*, 293, pp. 2601-2608.

Caso 4.4

Perdita di interesse nella vita

Anthony J. Rothschild

Barbara Reiss, 51 anni, era stata accompagnata dal marito in un centro di Pronto Soccorso perché aveva espresso l'intenzione di uccidersi. La signora Reiss diceva di avere incominciato a "perdere interesse nella vita" circa quattro mesi prima. In quel periodo i suoi sintomi depressivi, che erano peggiorati progressivamente nell'arco di parecchi mesi, si manifestavano tutti i giorni per la maggior parte della giornata. Era dimagrita di quattro chili (il suo peso attuale superava di poco i 47 chilogrammi) senza seguire nessuna dieta, semplicemente non aveva voglia di mangiare. La sera spesso si addormentava con difficoltà, per poi risvegliarsi verso le tre del mattino (normalmente la mattina si svegliava intorno alle sette). Lavorava nell'ufficio amministrativo di una fabbrica di cibo per cani, ma si sentiva spassata e faceva sempre più fatica a svolgere i compiti che le venivano affidati, sui quali, tra l'altro, non riusciva a concentrarsi. Era anche convinta di aver commesso errori che avrebbero probabilmente provocato la morte di migliaia di cani; si aspettava di venire arrestata da un momento all'altro, ma preferiva uccidersi piuttosto che andare in prigione. Il suo medico di famiglia aveva riconosciuto la depressione una settimana prima; le aveva prescritto sertralina e le aveva consigliato di consultare uno psichiatra.

La signora Reiss negava di avere avuto precedenti problemi psichiatrici, inclusi episodi di mania o ipomania. Aveva l'abitudine di bere un bicchiere di vino a cena; ultimamente, nel corso della serata, ne beveva un altro, nella speranza che l'aiutasse a prendere sonno. Non aveva mai fatto uso di sostanze stupefacenti. Era sposata da vent'anni, aveva tre figli in età scolare e lavorava alla fabbrica di cibo per cani da 13 anni. La sorella soffriva di depressione.

L'esame fisico condotto sette giorni prima dal medico di famiglia non aveva evidenziato nulla di rilevante. Tutti i parametri valutati con test di laboratorio (tra cui funzionalità tiroidea, emocromo, livelli plasmatici di elettroliti, urea, creatinina, glucosio, calcio, folati e vitamina B₁₂) erano nella norma.

Durante la valutazione psichiatrica la signora Reiss aveva mostrato agitazione psicomotoria; era collaborativa, ma alla maggior parte delle domande aveva risposto con frasi molto brevi, spesso semplici "sì" o "no". Parlava con tono e velocità normali e l'eloquio non rivelava tangenzialità o circostanzialità. Aveva negato di soffrire di allucinazioni o di avere pensieri inusuali; aveva descritto gli sbagli che credeva di avere commesso al lavoro, ribadendo la certezza dell'arresto imminente, e aveva insistito sul fatto che tutto ciò era vero e non "un delirio". La memoria a breve e a lungo termine apparivano integre.

Diagnosi

- Disturbo depressivo maggiore, singolo episodio, di gravità moderata, con caratteristiche psicotiche

Discussione

Nel passaggio dal DSM-IV al DSM-5 i criteri fondamentali per la diagnosi di un episodio depressivo maggiore non sono cambiati, ed è rimasta invariata anche la durata minima necessaria di due settimane. Per porre la diagnosi devono essere soddisfatti almeno cinque dei nove criteri sintomatologici indicati dal DSM-5, ma la signora Reiss presenta sintomi che li soddisfano tutti: umore depresso, perdita di interesse o piacere, perdita di peso, insonnia, agitazione psicomotoria, mancanza di energia, sensi di colpa eccessivi e inappropriati, ridotta capacità di concentrazione e pensieri di morte.

Prima di formulare una diagnosi di depressione bisogna escludere che i sintomi siano dovuti agli effetti diretti di un'altra condizione medica; in base agli esiti dell'esame fisico e dei test di laboratorio la signora Reiss non ha problemi di natura medica. Anche se la paziente non ha menzionato sintomi maniacali quali continua spinta a parlare o comportamenti rischiosi, è inoltre necessario valutare con attenzione la possibilità di una diagnosi di disturbo bipolare, che avrebbe conseguenze importanti in termini di trattamento. Il consumo di alcol riportato dalla signora Reiss (due bicchieri di vino al giorno) non sembra essere rilevante; si tratta però di un altro aspetto che merita ulteriori verifiche – mediante esami tossicologici e ottenendo informazioni a questo proposito dal marito o altre persone – perché non si può scartare la possibilità che la paziente abbia sottostimato in maniera significativa il suo consumo di vino e soffra di un disturbo depressivo indotto da alcol. Gravi manifestazioni di depressione e psicosi possono essere provocate anche da farmaci o dall'assunzione di altre sostanze di abuso.

La signora Reiss ha anche sintomi psicotici (deliri). Uno dei cambiamenti proposti dal DSM-5 è la distinzione tra le manifestazioni psicotiche e la valutazione della gravità del disturbo depressivo; in altre parole, una depressione maggiore con caratteristiche psicotiche non viene automaticamente considerata “grave”. I sintomi psicotici palesati dalla paziente sono congruenti all'umore: i contenuti dei suoi deliri sono in linea con i tipici temi depressivi di inadeguatezza, colpa, malattia, nichilismo e/o punizione meritata. In termini di gerarchia, quando manifestazioni psicotiche non congruenti e congruenti all'umore coesistono la classificazione del DSM-5 dà priorità alle prime.

La signora Reiss ha riferito spontaneamente i deliri sull'altamente improbabile ecatombe di cani provocata dai suoi errori, ma in molti casi i pazienti sono più guardighi e non forniscono con altrettanta facilità simili informazioni; inoltre, false credenze fisse meno bizzarre possono sembrare a prima vista ragionevoli. Per questi motivi, per accettare l'eventuale presenza di manifestazioni psicotiche è spesso consigliabile evitare con i pazienti l'impiego di parole come *psicosi* o *delirante* e chiedere, per esempio, se hanno “preoccupazioni irrazionali”.

Letture consigliate

- MAJ, M., PIROZZI, R., MAGLIANO, L. ET AL. (2007), "Phenomenology and prognostic significance of delusions in major depressive disorder: a 10-year prospective follow-up study". In *Journal of Clinical Psychiatry*, 68, pp. 1411-1417.
- ROTHSCHILD, A.J. (2009) (a cura di), *Clinical Manual for the Diagnosis and Treatment of Psychotic Depression*. American Psychiatric Publishing, Washington.
- ROTHSCHILD, A.J., WINER, J., FLINT, A.J. ET AL. (2008), "Missed diagnosis of psychotic depression at 4 academic medical centers". In *Journal of Clinical Psychiatry*, 69, pp. 1293-1296.

Caso 4.5 Disperazione

Cheryl Munday, Jamie Miller Abelson, James Jackson

Crystal Smith, una casalinga afroamericana di 33 anni, si era presentata in un centro di salute mentale perché cercava "qualcuno con cui parlare" del suo senso di disperazione, che era aumentato progressivamente nel corso degli ultimi 8-10 mesi; era anche preoccupata dai rapporti sempre più difficili con il marito e con i suoceri.

La signora Smith diceva che ultimamente si svegliava prima dell'alba, sentendosi molto triste, demoralizzata e stanca; faceva fatica ad alzarsi dal letto e spesso piangeva. Durante la giornata, a volte si sentiva in colpa perché "non era più la stessa", mentre in altri momenti si irritava facilmente con il marito e i suoceri per questioni prive di importanza. La suocera le aveva sempre dato una mano con i bambini, ma ora la signora Smith rifiutava il suo aiuto perché non si fidava più lei; data l'insonnia e la spossatezza, non riusciva però a occuparsi da sola della casa e dei figli. Anche se non seguiva una dieta, nel giro di pochi mesi aveva perso quasi sei chili di peso. Negava di avere attualmente idee di suicidio, affermando che "non avrebbe mai fatto una cosa del genere"; tuttavia, ammetteva di avere pensato in alcune occasioni che "avrebbe dovuto farla finita" e che per lei "sarebbe stato meglio morire". Due mesi prima la signora Smith aveva deciso di rivolgersi a uno psichiatra, che le aveva prescritto fluoxetina. Per quanto riluttante aveva iniziato il trattamento con il farmaco, ma l'aveva interrotto quasi subito perché sembrava peggiorare la sua stanchezza; dopo poche settimane aveva interrotto anche la psicoterapia perché lo psichiatra non pareva capace di comprenderla.

La signora Smith era sposata da 13 anni e aveva due figli in età scolare; i suoceri abitavano nell'appartamento accanto. Diceva che il suo era un matrimonio felice, anche se il marito le aveva suggerito di "andare da un dottore" perché così magari avrebbe smesso "mettersi a urlare continuamente con tutti". Era di natura socievole, ma ora vedeva molto poco le amiche e parlava di rado anche con la madre e le sorelle. Era sempre andata in chiesa regolarmente, ma aveva smesso perché la sua fede si era "indebolita"; non aveva cercato l'aiuto del pastore della sua chiesa, un uomo aperto e supportivo, perché "non era il caso di parlare con lui di problemi di questo tipo".

La signora Smith aveva tre fratelli. Fino all'età di 10-11 anni, quando i genitori avevano divorziato e la madre si era risposata, era stata una bambina vivace ed estroversa. Aveva poi incominciato ad avere frequenti litigi con i compagni di classe; per questo motivo era stata per un certo periodo seguita da un counselor scolastico, con cui aveva instaurato un ottimo rapporto, ottenendo anche risultati positivi; perché a differenza dello psichiatra consultato recentemente, il counselor "non ficcava troppo il naso nei miei affari ma mi capiva". In seguito, quando aveva iniziato la scuola superiore, era diventata più chiusa, aveva stretto poche amicizie e aveva manifestato scarso interesse per lo studio. A vent'anni si era sposata; tre anni più tardi, dopo la nascita del primo figlio, aveva smesso di lavorare come commessa in un negozio.

Dall'epoca della prima gravidanza la signora Smith aveva anche smesso completamente di bere alcol. Riportava di non avere mai fatto uso di sostanze stupefacenti. L'antidepressivo prescritto due mesi prima era l'unico farmaco non da banco che aveva assunto nella sua vita; in generale era sempre stata in buona salute.

Durante la valutazione la signora Smith appariva triste ed era più volte scopia-
ta a piangere. Aveva raramente stabilito un contatto visivo con lo psichiatra, un uomo
di mezza età di etnia bianca. Si era mostrata abbastanza collaborativa, anche se ave-
va un'aria circospetta, ma era lenta nel rispondere alle domande ed era spesso stato
necessario incoraggiarla affinché fornisse risposte più articolate. Aveva riferito che
ogni tanto non si fidava dei suoi familiari, ma negava di avere sintomi psicotici; dice-
va di non avere pensieri di suicidio o omicidio. Capacità cognitive, insight e giudizio
apparivano nella norma.

Diagnosi

- Disturbo depressivo maggiore, di gravità moderata, con caratteristiche melancoliche

Discussione

La signora Smith presenta umore persistentemente depresso, anedonia, sonno ridotto, diminuzione dell'appetito con perdita di peso, anergia e pensieri di morte. Il quadro è peggiorato progressivamente negli ultimi 8-10 mesi, è causa di un grado di disagio e disfunzione tale da meritare un'attenzione clinica, non è associato a una condizione medica o all'uso di sostanze e indubbiamente soddisfa i criteri per una diagnosi di disturbo depressivo maggiore. Inoltre, la paziente ha classiche manifestazioni melanconiche: riferisce una perdita di piacere in quasi tutte le attività, descrive una particolare forma di umore depresso (caratterizzato da profondo sconforto e disperazione), solitamente si sente peggio al mattino, è dimagrita in modo significativo e prova sentimenti di colpa eccessivi. È presente anche una marcata irritabilità, che potrebbe suggerire mania o ipomania, ma la signora Smith non ha altri sintomi maniacali.

Sarebbe poi importante accertare se si tratti di un singolo episodio o di un disturbo depressivo ricorrente. Non è chiaro se in età infantile, dopo il divorzio dei genitori, la paziente abbia sofferto di un episodio di depressione maggiore; per fare luce su questo punto sono necessarie ulteriori indagini sui sintomi manifestati in quel periodo di tanti anni prima. È comunque degno di nota il fatto che l'intervento di counseling sia stato richiesto a causa di irritabilità e ripetuti scontri con i compagni; è possibile che il divorzio dei genitori abbia facilitato il riconoscimento di uno stato di depressione da parte degli insegnanti, ma l'allunna avrebbe anche potuto essere classificata come "impulsiva e dirompente", invece che depressa e bisognosa di aiuto.

Maggiori informazioni sul decorso sono necessarie anche per determinare se la signora Smith abbia avuto sintomi depressivi durante un periodo di tempo

sufficientemente prolungato (due anni, per la maggior parte dei giorni) tale da giustificare una diagnosi di disturbo depressivo persistente (distimia). Rispetto agli individui di etnia bianca, nonostante una prevalenza complessiva inferiore per quanto riguarda la depressione maggiore, tra gli individui di etnia nera si riscontrano con una frequenza più alta forme di depressione persistenti, gravi e invalidanti. Negli afroamericani, è possibile che alla persistenza della depressione contribuiscano sia un minore accesso ai servizi di salute mentale, sia i ritardi nella ricerca di assistenza, sia un minore uso di antidepressivi. La signora Smith ha interrotto il trattamento con fluoxetina perché la rendeva ancora più stanca, ma probabilmente anche perché non aveva fiducia né nel farmaco né in chi glielo aveva prescritto.

La signora Smith è diffidente nei confronti dei professionisti della salute mentale; lo psichiatra “ficcanaso” che aveva consultato due mesi prima non le era piaciuto, e con quello (bianco e di mezz’età) che aveva effettuato la valutazione più recente non aveva stabilito un buon contatto visivo. Differenze etniche e socioeconomiche possono avere effetti sfavorevoli sullo sviluppo di un’alleanza terapeutica e sull’aderenza al trattamento; gli esiti della malattia della signora Smith probabilmente dipendono, almeno in parte, dalla capacità del suo terapeuta di superare la sfiducia di origine culturale che può influenzare negativamente il trattamento della paziente.

Letture consigliate

- ALEGRIA, M., CHATTERJI, P., WELLS, K. ET AL. (2008), “Disparity in depression treatment among racial and ethnic minority populations in the United States”. In *Psychiatric Services*, 59, pp. 1264-1272.
- COOPER, L.A., ROTER, D.L., CARSON, K.A. ET AL. (2012), “The association of clinicians’ implicit attitudes about race with medical visit communication and patient ratings of interpersonal care”. In *American Journal of Public Health*, 102, pp. 979-987.
- FAVA, M., HWANG, I., RUSH, A.J. ET AL. (2010), “The importance of irritability as a symptom of major depressive disorder: results from the National Comorbidity Survey Replication”. In *Molecular Psychiatry*, 15, pp. 856-867.
- GONZÁLEZ, H.M., CROGHIAN, T., WEST, B. ET AL. (2008), “Antidepressant use in black and white populations in the United States”. In *Psychiatric Services*, 59, pp. 1131-1138.
- GONZÁLEZ, H.M., VEGA, W.A., WILLIAMS, D.R. ET AL. (2010), “Depression care in the United States: too little for too few”. In *Archives of General Psychiatry*, 67, pp. 37-46.
- NEIGHBORS, H.W., CALDWELL, C., WILLIAMS, D.R. ET AL. (2007), “Race, ethnicity, and the use of services for mental disorders: results from the National Survey of American Life”. In *Archives of General Psychiatry*, 64, pp. 485-494.
- WILLIAMS, D.R., GONZÁLEZ, H.M., NEIGHBORS, H.W. ET AL. (2007), “Prevalence and distribution of major depressive disorder in African American, Caribbean blacks, and non-Hispanic whites: results from the National Survey of American Life”. In *Archives of General Psychiatry*, 64, pp. 305-315.

Caso 4.6

Giù di corda da anni

Benjamin Brody

Diane Taylor, 35 anni, lavorava come tecnico di laboratorio presso una grande azienda farmaceutica; era stata indirizzata a un centro di salute mentale dal capo del dipartimento di cui faceva parte, perché durante un colloquio di lavoro in cui aveva ricevuto una valutazione complessivamente positiva, la signorina Taylor aveva reagito in maniera esagerata, scoppiando in un pianto dirotto, quando le erano poste delle critiche minime. Allo psichiatra del centro la signorina Taylor aveva detto, piuttosto imbarazzata, che "si sentiva giù di corda da anni" e che le critiche che le erano state mosse in quell'occasione erano state "la classica goccia che fa traboccare il vaso".

Originaria di una regione occidentale del Canada, la signorina Taylor si era trasferita negli Stati Uniti per completare i suoi studi universitari in chimica, studi che aveva però abbandonato prima di conseguire la laurea. Aveva quindi incominciato a lavorare come tecnico di laboratorio, ma proprio per questo si sentiva frustrata: da un lato considerava il suo lavoro "una soluzione di ripiego priva di sbocchi", dall'altro si riteneva "non all'altezza" e incapace di trovare un'occupazione più soddisfacente; il risultato finale era che si sentiva in colpa perché aveva "la sensazione di stare sprecando la sua vita".

Sollecitata dalle domande specifiche dello psichiatra, la signorina Taylor aveva riferito di non avere difficoltà di concentrazione; ogni tanto faceva fatica ad addormentarsi, ma non aveva avuto variazioni significative né del peso né dell'appetito. Aveva anche negato di avere ideazione suicidaria attiva, sebbene a volte "vivere così" le sembrasse senza senso. Le piaceva fare jogging e lunghe camminate; usciva saltuariamente con i colleghi, ma era timida e nelle situazioni sociali si sentiva a suo agio solo con persone che conosceva bene. Anche se le sue relazioni amorose in genere "non duravano a lungo", considerava normale il suo desiderio sessuale. Negli ultimi tre anni si era quasi sempre sentita depressa, per quanto con manifestazioni di intensità variabile; non aveva mai avuto sintomi maniacali o ipomaniacali.

La signorina Taylor era figlia unica. Fin da piccola, aveva sviluppato un rapporto molto stretto con il padre (farmacista e proprietario della farmacia in cui lavorava): "un uomo normale, che amava pescare e andare a caccia" e che spesso la portava con sé nelle sue escursioni nei boschi o in montagna. La madre, infermiera, aveva smesso di lavorare poco dopo la nascita della figlia; la signorina Taylor la descriveva come una donna emotivamente distante e tendenzialmente depressa.

Il primo periodo di depressione della signorina Taylor risaliva agli anni della scuola superiore, quando il padre era stato ripetutamente ospedalizzato perché affetto da leucemia. All'epoca si era sottoposta a psicoterapia, con una buona risposta al trattamento. In seguito non aveva avuto altri problemi di natura psichiatrica o medica; gli unici farmaci che assumeva erano contraccettivi orali e supplementi vitaminici. Quando le erano state proposte alternative terapeutiche, aveva detto di preferire una

combinazione di psicoterapia e terapia farmacologica; aveva quindi iniziato un trattamento con citalopram e un ciclo di psicoterapia supportiva. Dopo diversi mesi di terapia la signorina Taylor aveva rivelato che quando era bambina un amico di famiglia aveva abusato sessualmente di lei. Nel corso delle sedute era anche emerso che la paziente aveva poche amicizie femminili, mentre con gli uomini aveva un pattern persistente di relazioni disfunzionali e occasionalmente violente.

Diagnosi

- Disturbo depressivo persistente (distimia)

Discussione

È da tempo riconosciuto che le malattie depressive non sono sempre episodiche: un numero significativo di pazienti soffre di forme croniche di depressione, con diversi livelli di gravità. Le prime versioni del DSM consideravano la depressione cronica lieve come un disturbo di personalità; più tardi il DSM-III l'ha invece fatta rientrare fra i disturbi dell'umore introducendo la categoria diagnostica del disturbo distimico. Tale cambiamento rifletteva una notevole mole di ricerche nelle quali si osservava che tale condizione poteva rispondere al trattamento con farmaci antidepressivi, ma ha suscitato controversie: questi pazienti si sentono disforici *a causa* delle loro croniche disfunzioni sociali e difficoltà lavorative e dei loro stili cognitivi pessimisti, o è la depressione cronica sottostante a determinare una riduzione delle loro capacità di interazione con gli altri e una focalizzazione selettiva dell'attenzione sugli eventi negativi?

Nel DSM-III la distimia veniva definita come una variante meno grave ma più cronica della depressione maggiore acuta. Sono però poi emersi molti dati che mostravano come la distimia "pura" (depressione lieve persistente senza episodi di depressione maggiore) fosse in realtà poco frequente. Ciò ha portato alla descrizione di uno spettro di depressioni croniche di gravità crescente, tra cui la distimia era la forma più lieve. Leggermente più grave era la "depressione doppia", con un episodio depressivo maggiore nel contesto di uno stato distimico di base, seguita da una condizione caratterizzata da due o più episodi depressivi maggiori intervallati da periodi di miglioramento non completo; la forma di gravità maggiore comportava la presenza per due anni di sintomi sufficienti a soddisfare i criteri per disturbo depressivo maggiore. Tuttavia, nella pratica clinica parecchi pazienti trovavano difficile ricapitolare le fluttuazioni dei loro sintomi con una precisione tale da rendere significative simili distinzioni. Il DSM-5 ora aggrega le attuali descrizioni di questi pattern come specificatori sotto la diagnosi di disturbo depressivo persistente (distimia).

La signorina Taylor corrisponde ai criteri del DSM-5 per questa diagnosi? Sul fatto che la paziente presenta sintomi cronici non ci sono dubbi; inoltre, nonostante la compromissione significativa del funzionamento in ambito sociale e lavorativo, la signorina Taylor manifesta sintomi psicologici ma non sintomi neu-

rovegetativi di depressione, in un quadro che apparentemente non raggiunge la soglia per una diagnosi di disturbo depressivo maggiore. D'altra parte, è difficile stabilire se questo quadro sintomatologico sia rimasto invariato negli ultimi due anni; per esempio, anche se nel corso della valutazione la paziente ha negato di avere, almeno attualmente, problemi di concentrazione, è possibile che li abbia avuti di tanto in tanto nei mesi precedenti. In altre parole, è possibile che negli ultimi due anni ci sia stato almeno un episodio di depressione maggiore; ma in base ai criteri del DSM-5 la diagnosi resta comunque quella di disturbo depressivo persistente.

Il caso della signorina Taylor evidenzia anche le complesse interazioni tra personalità e depressione. La paziente manifesta tratti di personalità (ansia, inibizione sociale, affettività limitata, evitamento dell'intimità, sentimenti di inadeguatezza, ipersensibilità alle critiche) che plasmano il suo modo di vedere il mondo e possono perpetuare i suoi sintomi depressivi. La signorina Taylor potrebbe soddisfare i criteri per una diagnosi aggiuntiva di disturbo evitante di personalità, ma anche indipendentemente da tale eventualità la presenza di questi tratti può influenzare in senso negativo il trattamento e la prognosi; alternativamente, è possibile che i suoi tratti di personalità disfunzionali migliorino con la risoluzione dei sintomi distimici.

Letture consigliate

- BLANCO, C., OKUDA, M., MARKOWITZ, J.C. ET AL. (2010), "The epidemiology of chronic major depressive disorder and dysthymic disorder: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions". In *Journal of Clinical Psychiatry*, 71, pp. 1645-1656.
KOCIS, J.H., FRANCES, A.J. (1987), "A critical discussion of DSM-III dysthymic disorder". In *American Journal of Psychiatry*, 144, pp. 1534-1542.

Caso 4.7 Sbalzi di umore

Margaret Altemus

Emma Wang, 26 anni, impiegata di alto livello presso una banca di investimenti, aveva deciso di rivolgersi a uno psichiatra a causa degli "sbalzi di umore" che stavano rovinando il suo rapporto con il fidanzato.

L'ultimo litigio era nato perché il fidanzato si era presentato a un appuntamento in leggero ritardo; la signorina Wang gli aveva fatto una scenata e di punto in bianco aveva dichiarato che non voleva più saperne di lui, troncando la relazione. Poco più tardi era però piombata in uno stato di disperazione, travolta dai rimorsi e dai sensi di colpa; aveva telefonato al fidanzato per cercare di fare pace, ma il giovane le aveva risposto che era stanco delle sue "esplosioni premestruali". La signorina Wang si era quindi fatta dei tagli superficiali sull'avambraccio sinistro con una lametta: un metodo che fin dall'adolescenza aveva trovato efficace per ridurre l'ansia.

La signorina Wang diceva che simili sbalzi di umore comparivano bruscamente ma regolarmente ogni mese; per circa una settimana era tesa, suscettibile, triste, insoddisfatta, irascibile. Si arrabbiava facilmente con il fidanzato, ma anche con amici, colleghi e familiari; per non compromettere i rapporti con tutte queste persone, nei giorni in cui diventava "una specie di Mister Hyde" tendeva a evitare telefonate e contatti sociali. Continuava a lavorare, sebbene spesso si sentisse "a pezzi", priva di energie e incapace di concentrarsi; si sentiva anche "lamentosa" e scontenta, perché aveva scelto di "sprecare" la sua giovinezza lavorando così duramente per un istituto finanziario che non si curava di lei.

La signorina Wang aveva più volte pensato, quando si sentiva "disperata", di consultare uno psichiatra; ma puntualmente poco dopo l'insorgenza delle mestruazioni tornava rapidamente a stare "benissimo, del tutto normale" e non trovava più il tempo di mettere in atto il suo proposito. I suoi cambiamenti d'umore iniziavano sempre 7-10 giorni prima delle mestruazioni, "come una terribile sindrome premenstruale", ed erano accompagnati da sintomi fisici quali mastodinia, senso di gonfiore, aumento dell'appetito e aumento di peso.

La signorina Wang non faceva uso di alcol, sostanze stupefacenti o farmaci, a parte contraccettivi orali. Non aveva una storia di sintomi psicotici, maniacali od ossessivi; non aveva allergie o altri problemi di natura medica; non era mai stata ospedalizzata per motivi psichiatrici e negava di avere ideazione suicidaria o di aver mai tentato il suicidio. L'anamnesi familiare indicava che la madre soffriva probabilmente di depressione. La signorina Wang era nata a Taiwan e si era trasferita negli Stati Uniti per motivi di studio all'età di 14 anni. Aveva conseguito la laurea in economia in un'università prestigiosa; attualmente viveva con la sorella maggiore.

Durante la valutazione appariva come una giovane donna elegante, ben vestita, con gioielli di buon gusto e una borsa di marca. Nel corso di tutto il colloquio aveva stabilito un buon contatto visivo, mostrandosi reattiva, collaborativa e piacevole, leg-

germente irritabile, con un eloquio normale per velocità, ritmo e tono di voce. Aveva descritto il suo umore come "generalmente buono". I processi del pensiero erano lineari; non c'erano segni di deliri, ossessioni o allucinazioni. Le capacità di insight, giudizio e controllo degli impulsi apparivano integre; aveva però segnalato problemi in queste aree nel periodo premestruale.

Diagnosi

- Disturbo disforico premestruale

Discussione

I sintomi riferiti dalla signorina Wang comprendono brusche oscillazioni dell'umore, irritabilità, ansia, tristezza, instabilità interpersonale, isolamento sociale, anedonia, difficoltà di concentrazione, diminuzione dell'energia, facile faticabilità, aumento dell'appetito e comportamenti automutilanti non suicidari, e sono di gravità tale da interferire in modo rilevante con il suo funzionamento sociale e lavorativo. Un quadro del genere potrebbe corrispondere a un gran numero di disturbi psichiatrici, ma secondo quanto riportato dalla paziente questi sintomi si manifestano solo nei 7-10 giorni precedenti le mestruazioni; durante le altre settimane del mese la signorina Wang si sente "benissimo", ottimista e piena di energia: la scomparsa dei sintomi dopo l'insorgenza delle mestruazioni è un fattore chiave per la diagnosi di disturbo disforico premestruale.

I sintomi lamentati dalla signorina Wang persistono solitamente per una decina di giorni. Alcune donne hanno sintomi che iniziano in corrispondenza dell'ovulazione e continuano per due settimane ma, nella maggior parte dei casi di disturbo disforico premestruale, la durata dei sintomi è inferiore; considerando tutte le donne che soffrono del disturbo, in media il periodo in cui i sintomi si manifestano con maggiore frequenza include i quattro giorni che precedono l'insorgenza delle mestruazioni e i due giorni successivi.

Il comportamento automutilante della paziente (i tagli autoinfitti) non è tipico del disturbo disforico premestruale; atti autolesivi e scarso controllo degli impulsi suggeriscono piuttosto la presenza di tratti borderline. La comorbilità con altri disturbi non esclude comunque la diagnosi disturbo disforico premestruale. Molti disturbi psichiatrici possono avere esacerbazioni durante la fase premestruale del ciclo, ma in questi casi i sintomi non si risolvono dopo l'inizio delle mestruazioni. La signorina Wang parla di "terribile sindrome premestruale"; la sindrome premestruale è una condizione medica ma non una categoria diagnostica del DSM-5: rispetto a quelli per disturbo disforico premestruale, i criteri per una diagnosi di sindrome premestruale sono tendenzialmente meno rigorosi e non richiedono necessariamente la presenza di sintomi affettivi.

Il disturbo disforico premestruale non è associato ad alterazioni nei livelli ematici di estrogeni o progesterone; le donne affette dal disturbo sembrano invece essere più sensibili alle normali fluttuazioni degli ormoni sessuali. L'esame

dei livelli ormonali non è pertanto parte della valutazione diagnostica. Anche se ci si potrebbe aspettare un effetto positivo dei contraccettivi orali, molte donne che ne fanno uso (come la signorina Wang) continuano ad avere sintomi dell'umore premenstruali.

Come per molti altri disturbi psichiatrici, i resoconti retrospettivi forniti dai pazienti non sono sempre affidabili; il DSM-5 indica che per confermare la diagnosi provvisoria di disturbo disforico premenstruale è necessaria un'accurata valutazione prospettica dei sintomi della signorina Wang per almeno due cicli mestruali. A questo scopo possono essere utilizzate diverse scale validate, tra cui la Daily Record of Severity of Problems.

Lecture consigliate

HARTLAGE, S.A., FREELS, S., GOTMAN, N., YONKERS, K. (2012), "Criteria for premenstrual dysphoric disorder: secondary analysis of relevant data sets". In *Archives of General Psychiatry*, 69, pp. 300-305.

YONKERS, K., O'BRIEN, P.M., ERIKSSON, E. (2008), "Premenstrual syndrome". In *Lancet*, 371, pp. 1200-1210.

Caso 4.8

Stress, droghe e infelicità

Edward V. Nunes

Frank Young, un uomo d'affari di 40 anni, era stato accompagnato dalla moglie per un consulto psichiatrico. Mentre il signor Young le stava seduto accanto senza aprire bocca, la donna aveva raccontato che negli ultimi sei mesi il marito era cambiato: la maggior parte del tempo se ne stava silenzioso, con un atteggiamento distante, oppure diventava insolitamente irritabile. Aveva anche incominciato a bere eccessivamente in situazioni sociali, mettendola a volte in imbarazzo. Spesso la sera rientrava tardi e ogni tanto non tornava a casa per niente, dicendo poi che aveva passato la notte in ufficio, ma quando lo cercava rispondeva raramente alle sue telefonate e ai suoi messaggi. Le era venuto il sospetto che avesse una relazione extraconiugale; ma quando glielo aveva chiesto il marito aveva affermato che non c'era nessun'altra donna, si trattava solo di un periodo particolarmente difficile.

Dopo che la moglie aveva lasciato lo studio dello psichiatra il signor Young aveva ribadito che durante l'ultimo anno lo stress generato dal lavoro era stato in effetti notevole, sia per via della crisi economica generale, sia a causa delle perdite subite in alcune operazioni finanziarie. Attualmente si sentiva quasi sempre stanco e depresso; dormiva poco, provava uno scarso interesse nei confronti della moglie e dei figli, aveva un basso livello di energia, si sentiva un fallito. Aveva riportato di avere anche frequenti pensieri di morte e suicidio, ma negava di avere l'intenzione di suicidarsi o di avere elaborato piani specifici a questo proposito.

Il signor Young aveva confermato che il suo consumo di alcol era considerevolmente aumentato da almeno sei mesi. In seguito a domande specifiche dello psichiatra, dopo aver chiesto chiarimenti sulla confidenzialità del rapporto terapeutico aveva inoltre ammesso che da circa nove mesi faceva uso di cocaina, che assumeva diverse volte alla settimana; non lo aveva mai detto alla moglie per evitare prevedibili reazioni negative. Il signor Young riferiva che all'inizio la cocaina lo faceva sentire bene e lo aiutava ad affrontare in maniera più ottimista ed efficiente i vari problemi lavorativi; aveva però presto incominciato a passare le sue serate in alcuni bar nei quali poteva facilmente combinare l'uso di cocaina e alcol. Il desiderio di assumere cocaina era diventato sempre più intenso: il tempo impiegato per procurarsela e a usarla superava ormai di gran lunga quello dedicato alla moglie e ai figli.

Quando gli era stato chiesto di precisare la sequenza tra stress, uso di cocaina e depressione il signor Young aveva risposto che si era sentito preoccupato e scoraggiato a causa delle difficoltà in ambito lavorativo per tutto l'anno antecedente; ma che la comparsa di umore depresso, irritabilità, insonnia, perdita di interesse e bassa autostima risaliva a circa sei mesi prima, quindi tre mesi dopo l'inizio dell'uso regolare di cocaina. Questi sintomi depressivi si manifestavano tutti i giorni, per la maggior parte del giorno, indipendentemente dall'assunzione della sostanza.

Il signor Young non aveva una storia di precedenti episodi depressivi, né altri di-

sturbi dell'umore o di disturbi d'ansia; non aveva mai tentato il suicidio. In passato il suo consumo di alcol si era generalmente limitato alle situazioni sociali; da adolescente aveva fatto uso di cannabis e cocaina, ma solo occasionalmente.

Diagnosi

- Disturbo da uso di cocaina, di gravità moderata
- Disturbo depressivo indotto da sostanze

Discussione

Il signor Young è significativamente depresso, soddisfa i criteri per disturbo da uso di cocaina (di gravità come minimo moderata) ed è possibile che soffra anche di un disturbo da uso di alcol. Inoltre, è da tempo sotto stress a causa di problemi lavorativi; il rapporto con la moglie sembra essere teso e difficile. Le relazioni fra stress, stato dell'umore e uso di sostanze appaiono complicate, ma sono cruciali per cercare di elaborare una strategia terapeutica efficace.

La prima difficoltà nell'accertare l'eventuale presenza di disturbi da uso di sostanze risiede nella raccolta di dati anamnestici affidabili su comportamenti che sono spesso illegali e imbarazzanti. Il signor Young si era mostrato disposto a parlare del suo uso di cocaina, ma solo dopo essere stato sollecitato dallo psichiatra. Nella maggior parte dei casi, aspettare che i pazienti riferiscano spontaneamente l'uso di sostanze illecite comporta il rischio di non ottenere simili informazioni; con conseguenze rilevanti, vista la diffusione dell'abuso di sostanze e la frequente comorbilità con altri disturbi psichiatrici. Un atteggiamento empatico e non giudicante durante la valutazione solitamente aiuta il paziente ad aprirsi; in altre parole, il fatto di porre con naturalezza domande su alcol e altre comuni sostanze di abuso indica al paziente che le sue risposte non saranno fonte di sorpresa o censura e favorirà la raccolta di informazioni essenziali per indirizzare la diagnosi e il successivo trattamento. Informazioni importanti in questo senso possono venire anche dai familiari, che sono spesso coloro che invitano le persone che fanno uso di sostanze a cercare aiuto; per raccontare la sua storia il signor Young ha avuto bisogno di rimanere solo con lo psichiatra, ma il resoconto iniziale della moglie è stato comunque prezioso per chiarire il quadro sintomatologico del paziente.

Un'anamnesi accurata può avere un ruolo centrale nella diagnosi differenziale tra condizioni che sono associate a sintomi analoghi. Per esempio, sintomi depressivi possono essere causati dall'astinenza da cocaina, ma anche dalla depressione maggiore o dalla depressione indotta da sostanze; in questo caso un fattore discriminante fondamentale è la relazione temporale tra i sintomi e l'uso di sostanze.

Se i sintomi depressivi sono insorti prima dell'inizio dell'abuso di sostanze o si sono manifestati in modo persistente per un periodo di tempo (tendenzialmente circa un mese) dopo la cessazione dell'uso, l'ipotesi più plausibile è quella

di una depressione maggiore primaria. La diagnosi sarà di disturbo depressivo maggiore anche quando si ritiene improbabile che la sostanza utilizzata possa provocare una sindrome depressiva o se il paziente non ha una storia di depressione maggiore ricorrente non indotta da sostanze. Ma il signor Young non ha mai sofferto di depressione prima dell'inizio dell'uso di cocaina; né ci sono stati, da quando ha incominciato ad assumerla, periodi di interruzione dell'abuso di durata sufficiente per formulare una simile diagnosi.

Deve essere considerata anche la possibilità che i sintomi del signor Young siano il risultato diretto di una condizione di intossicazione o astinenza. L'intossicazione e l'astinenza da alcol o cocaina possono essere causa di umore depresso e alterazioni del sonno, ma con sintomi che generalmente si risolvono entro uno o due giorni dopo l'ultima assunzione. La depressione e l'insonnia del signor Young sono persistenti; inoltre, il paziente presenta sintomi, come l'ideazione suicidaria, che non sono tipici di uno stato di intossicazione o di astinenza.

Il signor Young ha quindi ricevuto una diagnosi di disturbo depressivo indotto da sostanze, che riflette un quadro di depressione rilevante apparentemente correlato all'uso continuato di una sostanza. In seguito, se i sintomi persistono dopo più di un mese di astinenza, la diagnosi può diventare quella di disturbo depressivo maggiore, anche se lo psichiatra considererà la cocaina come fattore scatenante. Identificare e seguire con attenzione i disturbi depressivi indotti da sostanze è importante, perché rispetto alla depressione maggiore indipendente la depressione indotta da sostanze è associata a un rischio di suicidio più alto. Inoltre, una diagnosi addizionale di depressione riduce le probabilità che un paziente con disturbo da uso di sostanze riesca a interrompere l'uso delle sostanze.

Letture consigliate

- COMPTON, W.M., THOMAS, Y.F., STINSON, F.S., GRANT, B.F. (2007), "Prevalence, correlates, disability, and comorbidity of DSM-IV drug abuse and dependence in the United States: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions". In *Archives of General Psychiatry*, 64, pp. 566-576.
- HASIN, D., LIU, X., NUNES, E.V. ET AL. (2002), "Effects of major depression on remission and relapse of substance dependence". In *Archives of General Psychiatry*, 59, pp. 375-380.
- HASIN, D., STINSON, F.S., OGBURN, E., GRANT, B.F. (2007), "Prevalence, correlates, disability, and comorbidity of DSM-IV alcohol abuse and dependence in the United States: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions". In *Archives of General Psychiatry*, 64, pp. 830-842.
- NUNES, E.V., LIU, X., SAMET, S. ET AL. (2006), "Independent versus substance-induced major depressive disorder in substance-dependent patients: observational study of course during follow-up". In *Journal of Clinical Psychiatry*, 67, pp. 1561-1567.
- RAMSEY, S.E., KAHLER, C.W., READ, J.P. ET AL. (2004), "Discriminating between substance-induced and independent depressive episodes in alcohol dependent patients". In *Journal of Studies on Alcohol*, 65, pp. 672-676.

Caso 4.9

Parkinson e depressione

Thomas W. Meeks

George Anderson, 79 anni, era stato indirizzato a uno psichiatra per una valutazione dei suoi sintomi depressivi. Sei anni prima il signor Anderson aveva ricevuto una diagnosi di morbo di Parkinson, ma aveva reagito bene e aveva continuato a svolgere molte delle sue attività abituali. Negli ultimi tre mesi aveva però incominciato a declinare gli inviti di familiari e amici; diceva che il suo recente isolamento sociale era dovuto al fatto che non traeva più piacere da cose che in passato lo divertivano, anche se negava di avere sentimenti di tristezza o preoccupazione persistenti. Ammetteva comunque di "non sentirsi più lo stesso"; ogni tanto cercava di sforzarsi e di ritrovare entusiasmo, anche mediante "piccoli discorsi di autoincoraggiamento", ma con scarso successo.

Il signor Anderson aveva lavorato come insegnante di scienze in una scuola superiore fino all'età di 67 anni, quando era andato in pensione, e riferiva di avere imparato "l'attitudine a vedere il bicchiere mezzo pieno" dai suoi studenti. Ora si sentiva frustrato perché per la prima volta nella sua vita sembrava incapace di "venirne fuori", ma era fiducioso rispetto alla possibilità di essere aiutato da un trattamento psichiatrico. Negava di avere il desiderio di morire; la morte non gli faceva paura, ma voleva godersi la vita il più a lungo possibile: "Dio non mi dà più di quanto io sia in grado di affrontare; non potrei chiedere una famiglia migliore, e ho avuto una vita piena". I sintomi comparsi nei mesi antecedenti includevano un aumento del senso di fatica, problemi di concentrazione e memoria, perdita di peso non intenzionale (pari al 7% del suo indice di massa corporea nell'arco di due mesi) e sonno agitato con difficoltà ad addormentarsi.

Il sonno inquieto del signor Anderson era stato menzionato anche dalla moglie. La donna (54 anni) aveva riferito che negli ultimi due anni spesso il marito, durante il sonno, si muoveva e rigirava nel letto, a volte colpendola con pugni o calci; quando si svegliava dopo simili incidenti non era disorientato e sovente raccontava di aver sognato di nuotare o di correre per scappare da qualcosa. Dopo la diagnosi di morbo di Parkinson il signor Anderson aveva delegato alla moglie la guida della loro automobile, ma in altre attività della vita quotidiana era ancora indipendente; per esempio, era lui che si occupava del pagamento di conti e bollette o della gestione delle sue terapie farmacologiche. La moglie aveva aggiunto che negli ultimi anni il signor Anderson aveva effettivamente manifestato una lieve perdita di memoria, a cui peraltro nessuno dei due aveva attribuito molta importanza.

Dal punto di vista medico il signor Anderson aveva una storia di cancro alla prostata (in remissione), un glaucoma e la gotta. Negava di aver avuto precedenti episodi depressivi; non aveva mai fatto uso di sostanze stupefacenti, beveva solo un bicchiere di vino due o tre volte all'anno e questa era la prima valutazione psichiatrica a cui si era mai sottoposto. L'anamnesi psichiatrica familiare era positiva soltanto per autismo (una nipote).

Durante il colloquio con lo psichiatra il signor Anderson si era mostrato collaborativo, gradevole e dotato di buone capacità di interazione interpersonale. Presentava tremore a riposo da lieve a moderato, andatura impacciata, ipofonia e bradicinesia. Aveva occasionalmente sorriso, ma l'espressione delle emozioni era difficile da stimare a causa della rigidità dei muscoli facciali. Per definire il suo umore aveva usato i termini "noia e stanchezza". Non erano emersi segni di psicosi. Nei test cognitivi aveva avuto qualche difficoltà nella parte B del Trail Making Test, nel copiare figure e nel ricordare elenchi di parole; al Montreal Cognitive Assessment aveva ottenuto un punteggio di 25 (su 30).

Diagnosi

- Disturbo depressivo dovuto a un'altra condizione medica (morbo di Parkinson), con episodio simil-depressivo maggiore
- Disturbo comportamentale del sonno REM

Discussione

Anche se dice di non sentirsi triste, il signor Anderson presenta da più di due settimane anedonia e altri cinque sintomi depressivi (diminuzione dell'appetito/perdita di peso, insonnia, faticabilità, problemi di concentrazione e rallentamento psicomotorio) che sono causa di disagio soggettivo e hanno un impatto rilevante sul suo funzionamento sociale. Un simile quadro potrebbe suggerire un disturbo depressivo maggiore; tuttavia, il paziente non ha una storia personale o familiare di disturbi depressivi, non ci sono fattori stressanti acuti, l'età di esordio è atipicamente tardiva e i sintomi si sono sviluppati nel contesto di una malattia di Parkinson, condizione che in circa un caso su tre è associata a depressione clinicamente significativa. È dunque più probabile che questi sintomi siano una conseguenza fisiopatologica diretta di alterazioni a livello del sistema nervoso centrale causate dalla malattia.

Quando sintomi depressivi sono temporalmente correlati all'insorgenza o alla progressione di una condizione medica generale e non si manifestano nell'ambito di uno stato di delirium dovrebbe essere presa in considerazione la diagnosi del DSM-5 di "disturbo depressivo dovuto a un'altra condizione medica". Tale diagnosi si riferisce a situazioni in cui i sintomi depressivi sono riconducibili a effetti fisiologici diretti di una condizione medica (in questo caso ai fenomeni neurodegenerativi provocati dal morbo di Parkinson); individui i cui sintomi derivano da una reazione psicologica alla malattia dovrebbero invece ricevere una diagnosi di disturbo dell'adattamento con umore depresso. La distinzione è almeno in parte artificiosa, perché le due eziologie (fisiologica e psicologica) possono coesistere; ci sono però molti casi in cui uno degli aspetti appare preponderante. Il signor Anderson ha mostrato resilienza allo sviluppo del morbo di Parkinson e ha uno stile di coping costantemente positivo: tali caratteristiche rendono decisamente meno probabile la diagnosi di disturbo dell'adattamento.

Quando in termini di numero e durata dei sintomi risultano soddisfatti i criteri per depressione maggiore, alla diagnosi di disturbo depressivo dovuto a un'altra condizione medica dovrebbe essere aggiunto lo specificatore “con episodio simil-depressivo maggiore”. La diagnosi può essere complicata da una sovrapposizione tra i sintomi depressivi e i sintomi della condizione medica generale; per esempio, le persone affette da morbo di Parkinson hanno spesso sintomi quali faticabilità, rallentamento psicomotorio, alterazioni del sonno, compromissione cognitiva o perdita di peso che si manifestano in assenza di umore depresso o anedonia. Ma nel caso del signor Anderson questi sintomi sono insorti o peggiorati negli ultimi mesi, in concomitanza con la comparsa di anedonia, indicando la presenza di un episodio simil-depressivo maggiore dovuto a un'altra condizione medica.

Come spesso succede alle persone con morbo di Parkinson, il signor Anderson ha anche sintomi compatibili con una diagnosi di disturbo comportamentale del sonno REM. Il disturbo è caratterizzato da “ripetuti episodi di arousal durante il sonno associati a vocalizzazioni e/o comportamenti motori complessi” che possono determinare “lesioni a se stessi o al compagno di letto”. Al risveglio da questi episodi l’individuo tipicamente non è confuso o disorientato e ha il senso di aver “messo in atto” dei sogni. Esami polisonnografici possono evidenziare l’assenza di atonia muscolare durante il sonno REM, ma non sono necessari per confermare la diagnosi quando c’è una condizione definita di sinucleinopatia come il morbo di Parkinson. I sintomi generalmente si manifestano più di 90 minuti dopo l’inizio del sonno e spesso durante la seconda metà della notte, quando il sonno REM è più frequente. L’insonnia iniziale del signor Anderson è invece verosimilmente attribuibile alla depressione.

Il morbo di Parkinson è comunemente associato a un declino cognitivo, con deficit che riguardano soprattutto le abilità visuospatiali, le funzioni esecutive e la capacità di richiamo dei ricordi. Anche se i risultati del Montreal Cognitive Assessment sono in accordo con un simile scenario, le difficoltà soggettive di concentrazione riportate dal signor Anderson sono di recente insorgenza e più probabilmente secondarie alla depressione. I suoi problemi cognitivi sono lievi, non sono causa di una marcata compromissione funzionale e non corrispondono ai criteri per un disturbo neurocognitivo indipendente. Dato che il 25-30% delle persone con morbo di Parkinson sviluppa un quadro di demenza, è comunque consigliabile un monitoraggio prospettico del deterioramento cognitivo.

Per quanto soddisfi i criteri per due categorie diagnostiche del DSM-5, il signor Anderson mostra resilienza, saggezza e molti altri segni di salute psicologica; dalla sua storia emergono buone capacità di coping con la malattia (ristrutturazione cognitiva, uso dei supporti sociali), solide relazioni interpersonali, gratitudine, ottimismo, continuità del senso di sé e una prospettiva non patologica rispetto alla morte. Sfortunatamente, neanche gli individui che hanno alle spalle una lunga storia di sano funzionamento psicologico e che presentano pochi fattori di rischio per depressione sono immuni dagli effetti neuropsichiatrici di certe condizioni mediche.

Lettura consigliate

- AARSLAND, D., ZACCAI, J., BRAYNE, C. (2005), "A systematic review of prevalence studies of dementia in Parkinson's disease". In *Movement Disorders*, 20, pp. 1255-1263.
- BOEVE, B.F. (2013), "Idiopathic REM sleep behaviour disorder in the development of Parkinson's disease". In *Lancet Neurology*, 12, pp. 469-482.
- GALLAGHER, D.A., SCHRAG, A. (2012), "Psychosis, apathy, depression and anxiety in Parkinson's disease". In *Neurobiology of Disease*, 46, pp. 581-589.
- JESTE, D.V., ARDELT, M., BLAZER, D. ET AL. (2010), "Expert consensus on characteristics of wisdom: a Delphi method study". In *The Gerontologist*, 50, pp. 668-680.
- JESTE, D.V., SAVLA, G.N., THOMPSON, W.K. ET AL. (2013), "Association between older age and more successful aging: critical role of resilience and depression". In *American Journal of Psychiatry*, 170, pp. 188-196.

Caso 4.10

Oscillazioni situazionali dell'umore

Joseph F. Goldberg

Helena Bates, 27 anni, nubile, segretaria amministrativa, si era presentata per una valutazione psichiatrica e un trattamento per la sua depressione; aveva recentemente iniziato un programma ambulatoriale intensivo dopo essere stata ospedalizzata (per la prima volta nella sua vita) a causa di un tentativo di suicidio commesso, mediante sovradosaggio di farmaci, in seguito alla fine di una relazione amorosa. La signorina Bates raccontava che prevedendo la conclusione della relazione, durata due anni, nelle 4-8 settimane precedenti si era sentita sempre più triste e scoraggiata. Circa un mese prima del ricovero aveva deciso di incominciare una psicoterapia; secondo il terapeuta aveva "tratti borderline" e "oscillazioni dell'umore situazionali".

Durante questo periodo la signorina Bates era stata moderatamente deppressa quasi tutti i giorni, per la maggior parte del giorno, senza variazioni diurne e con normale reattività dell'umore. Ultimamente era ingrassata di oltre quattro chili perché mangiava "troppi dolci e altre schifezze". Negava di sentirsi particolarmente suscettibile o irritabile; descriveva la sua autostima come "sotto zero" e trovava difficile trovare motivazione e concentrazione sufficienti per svolgere le attività abituali. Per contro, a volte aveva "attacchi" in cui pensava incessantemente al suo ex fidanzato e alle possibili strategie "per riaverlo indietro", che si alternavano a momenti di "disperazione per la sua perdita"; aveva anche considerato l'ipotesi, per esempio, di acquistare un'intera pagina di un quotidiano per pubblicare una lettera che gli voleva scrivere. Spesso rimaneva sveglia fino alle cinque o alle sei del mattino e, ogni tanto, in piena notte, telefonava agli amici "in cerca di supporto". Nel corso della giornata poi "marciava" senza entusiasmo ma anche senza provare un senso di stanchezza, nonostante avesse dormito solo due o tre ore. Tutti questi sintomi erano iniziati prima del suo ricovero in ospedale. A parte la recente rottura con il fidanzato, la signorina Bates non aveva una storia di relazioni particolarmente intense o caotiche, né una storia di atti autolesivi e precedenti pensieri o gesti suicidi; in effetti sembrava essere inorridita dall'idea di avere tentato il suicidio.

All'epoca della scuola superiore era stata per qualche tempo seguita da un counselor per "instabilità emotiva" e scarso rendimento scolastico. Era "diventata deppressa" al college; le era stato allora prescritto un trattamento con escitalopram e psicoterapia, ma era migliorata rapidamente e aveva interrotto entrambi i trattamenti dopo poche settimane. Dopo il tentato suicidio, durante la degenza in ospedale aveva incominciato ad assumere vilazodone e la sera quetiapina "per dormire".

La signorina Bates era la più giovane di tre figli in una famiglia di classe media. Aveva frequentato scuole pubbliche "con un rendimento tendenzialmente discreto", sperando di potersi un giorno iscrivere a una facoltà di legge. Diceva di essere stata una bambina "quieta, un po' ansiosa, che non dava troppi problemi". Il fratello maggiore faceva uso di diverse sostanze, ma la signorina Bates affermava di non

aver mai assunto sostanze stupefacenti e di avere un consumo di alcol molto modesto. La sorella aveva ricevuto trattamenti per "attacchi di panico e depressione"; secondo la signorina Bates erano "depressi" anche altri suoi parenti (zie e cugini).

La signorina Bates appariva come una giovane donna piacevole, leggermente sovrappeso e di aspetto ben curato. Durante il colloquio aveva stabilito un buon contatto visivo; l'eloquio era abbastanza rapido e logorroico, ma non parlava in maniera concitata e si lasciava interrompere con facilità; non aveva movimenti anormali, anche se gesticolava molto e con animazione eccessiva. Aveva un'aria triste e tesa, ma l'espressione delle emozioni era piena e adeguata. I processi del pensiero erano piuttosto circostanziali ma in generale coerenti, lineari e logici. Aveva espresso la convinzione che per lei sarebbe stato probabilmente meglio essere morta, ma non aveva ideazione suicidaria attiva, né pensieri di omicidio, deliri o allucinazioni. Le funzioni integrative superiori e le capacità d'insight e giudizio erano complessivamente integre.

Diagnosi

- Disturbo depressivo maggiore con caratteristiche miste

Discussione

La signorina Bates, che manifesta umore depresso e almeno altri cinque sintomi associati a depressione (pensieri di suicidio, scarsa concentrazione, bassa auto-stima, iperfagia e agitazione psicomotoria), soddisfa i criteri per una diagnosi di episodio depressivo maggiore. Presenta però anche alcuni sintomi compatibili con una condizione di mania o ipomania: diminuito bisogno di sonno non seguito da stanchezza diurna, logorrea con eloquio rapido e probabile fuga delle idee. Inoltre, sebbene al momento della valutazione insight e giudizio siano stati ritenuti complessivamente nella norma, la paziente ha riferito pensieri (l'idea di pubblicare su un giornale la lettera per l'ex fidanzato) e azioni (le telefonate agli amici nel bel mezzo della notte) che suggeriscono una riduzione delle capacità di giudizio che può dare origine a comportamenti imprudenti o inappropriati.

Tuttavia, malgrado la presenza di sintomi di tipo maniacale il quadro non raggiunge la soglia per una diagnosi di mania o ipomania. Oltre a una depressione sindromica, la signorina Bates ha un'ipomania subsindromica: in base ai criteri del DSM-5 corrisponde quindi alla nuova diagnosi di disturbo depressivo maggiore con caratteristiche miste. La definizione "caratteristiche miste", che in precedenza poteva essere applicata solo al disturbo bipolare I, può ora essere usata come specificatore descrittivo anche nel caso di depressione maggiore o disturbo bipolare II.

Il costrutto di depressione unipolare con caratteristiche miste riflette i dati che mostrano come molti pazienti unipolari manifestino segni sottosoglia di ipomania. Quattro sintomi potenzialmente maniacali/hipomaniacali – insomnia (anziché ridotto bisogno di sonno), distraibilità, indecisione e irritabilità – non vengono considerati perché possono essere correlati anche a depressione

maggiori. Il DSM-5 identifica un “aumento anomalo e persistente dell’attività o dell’energia” come criterio essenziale per la diagnosi di ipomania nel disturbo bipolare II, ma non lo si considera necessario per definire una depressione unipolare con caratteristiche miste. Nel nostro caso, se avesse un umore irritabile oltre a fuga delle idee, eloquio rapido e diminuito bisogno di sonno la signorina Bates corrisponderebbe ai criteri del DSM-5 per ipomania e disturbo bipolare II, e lo specificatore “con caratteristiche miste” verrebbe utilizzato a causa dei suoi concomitanti sintomi depressivi.

Tale specificatore richiede che sintomi di polarità opposta siano presenti “quasi tutti i giorni” durante l’episodio. Ciò significa che se i sintomi maniacali/Ipomaniacali della signorina Bates fossero durati meno di quattro giorni (il periodo minimo necessario per una diagnosi di episodio ipomaniacale), la sua ipomania subsindromica non sarebbe stata sufficiente per una definizione “mista” e la sua diagnosi sarebbe stata semplicemente di depressione maggiore unipolare. Alcuni autori hanno criticato il fatto che in base a questi criteri stringenti il DSM-5 non tiene conto della presenza di sintomi maniacali/Ipomaniacali se i sintomi sono solo due o se non persistono per l’intera durata di un episodio, perché ci possono essere “stati depressivi misti” in cui una depressione sindromica unipolare coesiste soltanto con due sintomi maniacali/Ipomaniacali che persistono soltanto per 2-4 giorni; stati che in termini di storia familiare, età di esordio e rischio di suicidio somigliano a un disturbo bipolare, più che a un disturbo unipolare.

Si potrebbe anche ipotizzare che l’agitazione psicomotoria e l’ipomania sottosoglia della signorina Bates siano collegate all’assunzione di vilazodone, un inibitore selettivo della ricaptazione della serotonina. La paziente ha riportato che i sintomi ipomaniacali sono insorti prima del ricovero e della prescrizione del farmaco, ma verificare la correttezza di questa cronologia (che escluderebbe la possibilità di un’origine iatrogena dei sintomi misti) è importante, perché lo specificatore “con caratteristiche miste” richiede che i sintomi non siano “attribuibili agli effetti fisiologici di una sostanza”. Degno di nota è il contrasto con i criteri del DSM-5 per un episodio maniacale/misto/Ipomaniacale: l’insorgenza di sintomi di mania/Ipomania associata alla recente assunzione di antidepressivi è ora classificata come disturbo bipolare (con una prospettiva simile a quella del DSM-III-R) e non più come disturbo dell’umore indotto da sostanze (come nel DSM-IV-TR).

Per i pazienti con depressione maggiore e ipomania sottosoglia il rischio di sviluppare in seguito un quadro conclamato di mania o ipomania è attorno al 25%. Tutti questi pazienti dovrebbero pertanto essere oggetto di attenta valutazione e monitoraggio longitudinale.

Lo psicoterapeuta consultato prima dell’ospedalizzazione era stato probabilmente spinto a considerare la possibilità di un disturbo borderline di personalità dai sintomi di impulsività e instabilità manifestati acutamente dalla paziente, ma una simile diagnosi non trova sostegno nella sua storia; il tentativo di suicidio e l’instabilità affettiva della signorina Bates sono più facilmente spiegati dal suo disturbo depressivo.

Letture consigliate

- ANGST, J., CUI, L., SWENDSEN, J. ET AL. (2010), "Major depressive disorder with subthreshold bipolarity in the National Comorbidity Survey Replication". In *American Journal of Psychiatry*, 167, pp. 1194-1201.
- FIEDOROWICZ, J.G., ENDICOTT, J., LEON, A.C. ET AL. (2011), "Subthreshold hypomanic symptoms in progression from unipolar major depression to bipolar disorder". In *American Journal of Psychiatry*, 168, pp. 40-48.
- GOLDBERG, J.F., PERLIS, R.H., GHAEMI, S.N. ET AL. (2007), "Adjunctive antidepressant use and symptomatic recovery among bipolar depressed patients with concomitant manic symptoms: findings from the STEP-BD". In *American Journal of Psychiatry*, 164, pp. 1348-1355.
- SATO, T., BOTTLENDER, R., SCHRÖTER, A., MÖLLER, H.J. (2003), "Frequency of manic symptoms during a depressive episode and unipolar 'depressive mixed state' as bipolar spectrum". In *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 107, pp. 268-274.

Caso 4.11 Arrancare

Peter D. Kramer

Ian Campbell, 32 anni, si era presentato per una valutazione psichiatrica perché al lavoro "arrancava" sempre di più. Quando non era riuscito a portare a termine un progetto molto semplice, il suo capo aveva espresso una certa preoccupazione. Il signor Campbell aveva cercato di giustificarsi dicendo che era stato distratto da problemi familiari, ma il capo aveva risposto che a lui la situazione sembrava piuttosto seria. Il signor Campbell aveva quindi chiamato il suo medico, che l'aveva mandato da un neurologo che, a sua volta, aveva consigliato un consulto psichiatrico.

Non era la prima volta che il signor Campbell aveva simili difficoltà di concentrazione. Al college, dopo che il padre era morto a causa di una malattia cronica, per un lungo periodo aveva smesso di frequentare le lezioni perché non riusciva più a studiare. Più tardi, nel suo precedente posto di lavoro, c'erano stati due periodi della durata di parecchi mesi durante i quali aveva avuto grosse difficoltà nel prendere decisioni; uno di questi episodi si era verificato dopo una delusione amorosa. L'anamnesi familiare indicava che la madre e la sorella avevano ricevuto una diagnosi di depressione maggiore; entrambe erano state trattate con successo con farmaci antidepressivi. Uno zio materno era morto per suicidio.

L'attuale compromissione del funzionamento, in ambito lavorativo, si era manifestata in seguito alla fine del matrimonio del signor Campbell, durato sei anni. Due mesi prima la moglie gli aveva chiesto il divorzio, annunciando che sarebbe andata a vivere in un'altra città. Il signor Campbell aveva provato sollievo; sin dall'inizio del matrimonio il rapporto con la moglie si era rivelato estremamente difficile, e negli ultimi tempi si era sentito molto attratto da una collega. Ciò nonostante, si sentiva "come svuotato" e incapace di pensare al futuro.

Sollecitato da domande più specifiche della psichiatra, il signor Campbell aveva riferito altri sintomi, oltre ai problemi di concentrazione, tra i quali apatia e mancanza di energia. Per esempio, anche se era sempre stato un grande appassionato di jazz, ultimamente aveva smesso di andare ai concerti. La psichiatra aveva notato che parlava lentamente, e il signor Campbell aveva menzionato il fatto che il suo capo ogni tanto lo riprendeva perché "si muoveva al rallentatore". Di solito i problemi erano maggiori al mattino, mentre verso sera si sentiva "più attivo": metteva su qualche disco e passava in rassegna carte e documenti di cui avrebbe dovuto occuparsi durante il giorno in ufficio.

Il signor Campbell diceva che non poteva definirsi "triste"; al contrario, era contento che il suo matrimonio fosse finito. Ma la psichiatra era rimasta colpita dalle proprie reazioni emotive di fronte al paziente: era lei a sentirsi triste, pessimista e giù di corda. Aveva posto altre domande riguardo a umore depresso, cambiamenti del sonno o dell'appetito, sentimenti di autosvalutazione o di colpa e pensieri di morte, ma il signor Campbell affermava di non avere nessuno di questi sintomi. Non aveva

neanche segni di disturbi che potevano essere confusi con la depressione, e non era distimico: negli intervalli tra gli episodi problematici si era sempre sentito bene, con un buon livello di funzionamento.

La psichiatra aveva comunque concluso che il quadro manifestato dal signor Campbell era abbastanza vicino a quello di una depressione, tanto da meritare un trattamento. I fattori che avevano influenzato questa decisione includevano i sintomi depressivi sottosoglia, le loro variazioni diurne, la ricorrenza degli episodi, la mancanza di programmi per il futuro e le sue stesse reazioni empatiche. Aveva proposto una psicoterapia focalizzata sulla gestione della perdita, ma il signor Campbell aveva replicato che non considerava in questi termini il suo prossimo divorzio. Alla fine i due avevano optato di comune accordo per una psicoterapia breve associata a un trattamento con antidepressivi. Nel giro di poche settimane i problemi del signor Campbell erano scomparsi, con un rapido ritorno ai livelli di funzionamento abituali. Durante la psicoterapia non erano emersi elementi indicanti la presenza di altri sintomi depressivi, oltre a quelli riportati inizialmente; in ogni caso, la psichiatra continuava a essere convinta che le difficoltà di concentrazione del paziente fossero un segno e sintomo di una condizione molto simile alla depressione maggiore.

Diagnosi

- Disturbo depressivo con altra specificazione (episodio depressivo con sintomatologia insufficiente)

Discussione

La definizione operativa di depressione maggiore, ufficializzata nella terza edizione del DSM, è una delle grandi invenzioni della medicina moderna. Tale approccio ha catalizzato importanti ricerche in campi che vanno dalla biologia cellulare alla psichiatria sociale; molto di ciò oggi sappiamo sui disturbi dell'umore, dai correlati neuroanatomici e neurofisiologici agli effetti negativi sulla vita dei pazienti, deriva dalla descrizione della depressione al di fuori dei domini primitivi di nevrosi e psicosi.

Detto questo, la definizione è arbitraria. Alcuni studiosi hanno rintracciato le origini dei criteri indicati dal DSM in un articolo pubblicato nel 1957 dal *Journal of the American Medical Association*, il cui autore principale (Walter Cassidy, uno psichiatra di Boston) aveva cercato di rendere sistematico lo studio di una condizione simile all'odierna depressione maggiore. Secondo quanto riportato dall'articolo la diagnosi poteva essere formulata per pazienti che presentavano almeno sei di un elenco di dieci sintomi, tra cui rallentamento del pensiero, scarso appetito, diminuita capacità di concentrazione e altri che fanno tuttora parte dei criteri diagnostici; quando più tardi gli era stato chiesto come fosse arrivato a stabilire questa soglia minima di sei sintomi, Cassidy aveva risposto: "Mi pareva tutto sommato giusta".

Gli approcci sistematici alla depressione, dal DSM alla Hamilton Rating Sca-

le for Depression, rispecchiano il tentativo di conferire uniformità e affidabilità a un fenomeno fondamentalmente mal definito, le diagnosi operative poste dai clinici. Gli psichiatri identificano i pazienti depressi in base ai metodi prevalentemente utilizzati, a volte prendendo in considerazione anche la propria risonanza empatica nei confronti del paziente; le definizioni basate sul numero e sull'intensità dei sintomi traducono impressioni soggettive in forme riproducibili.

La depressione non ha però confini naturali precisi. Genetisti del comportamento ritengono che i criteri del DSM siano arbitrari; il numero, la gravità e la durata dei sintomi rappresentano un continuum di disabilità. Pazienti che manifestano quattro sintomi depressivi gravi per due settimane tendono ad avere grossi problemi; la presenza di cinque sintomi moderatamente invalidanti suggerisce una prognosi sfavorevole, mentre cinque sintomi lievi ma persistenti sono predittivi di un rischio sostanziale.

Nel nostro caso, il signor Campbell non sembra soddisfare i cinque su nove criteri necessari per una diagnosi di depressione maggiore, ma corrisponde probabilmente alla categoria del disturbo depressivo con altra specificazione (episodio depressivo con sintomatologia insufficiente) descritta dal DSM-5. Bisogna però ricordare che per gli individui con quadri che rimangono solo di poco al di sotto della soglia diagnostica le potenziali conseguenze negative della depressione – in termini di sofferenza, possibilità di episodi conclamati successivi, problemi a livello sociale e lavorativo o rischio di suicidio – non sono nettamente inferiori. Un'analisi condotta a questo proposito, per esempio, non ha rilevato differenze significative nella frequenza di depressione maggiore successiva tra pazienti che riportavano tre o quattro sintomi e pazienti che ne riportavano cinque. Simili sono anche le stime dell'ereditabilità; in coppie di gemelli monozigoti, la presenza di depressione “minore” in un gemello è predittiva di depressione “piena” nell’altro. Una delle forme di disturbo depressivo con altra specificazione appare particolarmente pericolosa: la depressione breve ricorrente, che è associata a un alto tasso di tentati suicidi.

Le categorie dei disturbi depressivi con altra specificazione o senza specificazione delineate dal DSM-5 riflettono una realtà clinica importante: le condizioni in cui predominano sintomi rilevanti caratteristici di depressione, anche se “non soddisfano pienamente i criteri per uno qualsiasi dei disturbi della classe diagnostica”, sono disturbi depressivi. Episodi sottosoglia possono essere precursori o sequele di depressione maggiore, anche in assenza di distimia, ma sono per se stessi causa di sofferenza e compromissione funzionale.

La psichiatra del signor Campbell ha considerato con attenzione i problemi riferiti dal paziente. Il signor Campbell poteva rientrare nella definizione “episodio depressivo con sintomatologia insufficiente”, ma il termine “insufficiente” si riferisce al numero dei sintomi richiesto per una diagnosi di episodio depressivo maggiore, non alla gravità della malattia necessaria per indurre preoccupazione clinica. Il sospetto che la condizione del paziente sia effettivamente una depressione, con tutte le conseguenze che ciò comporta in termini di approccio

terapeutico, dovrebbe nascere specialmente quando fattori periferici – come la variazione diurna tipica della depressione classica nel caso del signor Campbell – suggeriscono un disturbo dell’umore.

Letture consigliate

- CASSIDY, W.L., FLANAGAN, N.B., SPELLMAN, M., COHEN, M.E. (1957), "Clinical observations in manic-depressive disease: a quantitative study of one hundred manic-depressive patients and fifty medically sick controls". In *Journal of the American Medical Association*, 164, pp. 1535-1546.
- HAVENS, L. (1989), *A Safe Place: Laying the Groundwork of Psychotherapy*. Harvard University Press, Cambridge.
- KENDLER, K.S., GARDNER, C.O. (1998), "Boundaries of major depression: an evaluation of DSM-IV criteria". In *American Journal of Psychiatry*, 155, pp. 172-177.
- KENDLER, K.S., MUÑOZ, R.A., MURPHY, G. (2010), "The development of the Feighner criteria: a historical perspective". In *American Journal of Psychiatry*, 167, pp. 134-142.
- KRAMER, P.D. (2005), *Against Depression*. Viking, New York.
- PEZAWAS, L., ANGST, J., GAMMA, A. ET AL. (2003), "Recurrent brief depression – past and future". In *Progress in Neuropsychopharmacology and Biological Psychiatry*, 27, pp. 75-83.

Caso 4.12

Insonnia e sintomi fisici

Russell F. Lim

Ka Fang, 59 anni, vedova, era stata indirizzata a un centro di salute mentale dal suo medico di base, al quale la donna aveva ripetutamente riferito sintomi di facile faticabilità, insonnia e lombalgia cronica. Nel corso degli 11 mesi precedenti il medico le aveva prescritto clonazepam per dormire e idrocodone per i dolori alla schiena; il sonno era migliorato e i dolori erano diminuiti, ma la paziente continuava ad accusare una profonda stanchezza, ragione per cui il medico aveva consigliato una valutazione psichiatrica.

Ka era immigrata negli Stati Uniti pochi anni prima. Nata nel Laos, dopo la guerra del Vietnam lei e la sua famiglia avevano passato quasi vent'anni in un campo profughi tailandese. La famiglia si era stabilita negli Stati Uniti, vicino a Sacramento, con l'aiuto di un gruppo religioso locale.

Ka parlava solo una lingua hmong. Intervistata con l'assistenza di un interprete aveva affermato che il suo umore non era depresso; quando le erano state poste domande per verificare la possibile presenza di anedonia, aveva risposto che considerava un privilegio il fatto di essere in America e che non aveva alcun diritto di lamentarsi. Diceva che si sentiva in colpa perché non era in grado di aiutare la sua famiglia: a causa della sua stanchezza "non faceva niente tutto il giorno".

Era molto orgogliosa di tutti i suoi figli, specialmente del figlio maggiore, che in Tailandia era stato uno studente eccellente e parlava bene l'inglese. Il figlio e sua moglie avevano comprato una piccola fattoria poco lontano da Sacramento, dove coltivavano vegetali asiatici, e se la cavavano abbastanza bene. La coppia, che aveva due bambini piccoli, continuava comunque a seguire molte delle pratiche culturali dei paesi di origine; per esempio, spesso per cena preparavano piatti tipici della cucina hmong. Le due figlie di Ka avevano lavorato, per un certo periodo, nella fattoria del fratello, ma ora vivevano a Sacramento. Ka aveva anche raccontato che il trasferimento in California era andato meglio di quanto si aspettasse. I suoi due crucci principali erano la perdita del marito, che era morto di infarto l'anno precedente, e il fatto che molti dei componenti della sua famiglia allargata erano rimasti in Tailandia.

La paziente era una donna di bassa statura e di corporatura robusta. Non era truccata e indossava una camicia a maniche corte con motivi floreali, pantaloni neri e ciabatte infradito nere; ai polsi portava dei nastri di colore bianco. Durante il colloquio aveva tenuto generalmente gli occhi bassi, ma appariva vigile e lucida; parlava lentamente, con circospezione. Aveva un'espressione triste, ma negava di sentirsi depressa; negava anche di avere allucinazioni e idee di suicidio o omicidio. I test cognitivi avevano rivelato capacità di attenzione e di concentrazione nella norma, ma anche un livello di istruzione molto basso, ai limiti dell'analfabetismo. L'insight rispetto alla malattia era limitato.

Quando le era stato chiesto perché portasse dei nastri legati ai polsi, Ka aveva spiegato di avere consultato recentemente uno sciamano hmong, che aveva organizzato diverse ceremonie di riunione con le anime dei parenti lontani.

Diagnosi

- Disturbo depressivo con altra specificazione (episodio depressivo con sintomatologia insufficiente)

Discussione

Ka era stata indirizzata al centro di salute mentale per verificare la possibilità che il suo quadro sintomatologico fosse dovuto a una condizione psichiatrica. I sintomi riferiti dalla paziente includono insomnia, stanchezza persistente, senso di inutilità e autosvalutazione; Ka ha però negato la presenza di umore depresso, anedonia, agitazione, alterazioni dell'appetito, difficoltà di concentrazione o pensieri di suicidio: soddisfa quindi solo tre dei nove criteri per depressione maggiore, non almeno cinque come richiesto per porre la diagnosi.

Il caso di Ka evidenzia una serie di aspetti diagnostici correlati alla cultura di appartenenza. La donna abita con il figlio e la nuora in una fattoria nei dintorni di Sacramento, dove coltivano vegetali asiatici come facevano prima di stabilirsi negli Stati Uniti. Nella cultura hmong dopo il matrimonio le giovani coppie in genere continuano a vivere con la famiglia del marito, rendendo particolarmente rilevante il ruolo della madre/suocera. Ka dice di non potersi lamentare della sua attuale situazione, ma probabilmente si sente sola ed emarginata, soprattutto da quando il marito è morto e le figlie si sono trasferite in città. Dato lo scarso livello di istruzione – non inusuale tra le donne cresciute in società in cui le limitate risorse educative vengono riservate preferenzialmente ai maschi – Ka non è in grado di utilizzare strumenti, come la posta elettronica, che potrebbero aiutarla a mantenere contatti sociali. Il suo isolamento è indicato anche dai nastri ai polsi notati dallo psichiatra durante la valutazione; i riti sciamanici a cui Ka aveva partecipato avevano lo scopo di riunire le anime dei familiari, ed è presumibile che abbia sentito il bisogno di queste ceremonie a causa del senso di lontananza e separazione dalle figlie, dai parenti rimasti in Tailandia, dai suoi antenati, dall'ambiente e dalla cultura di origine.

Nell'accertare se Ka soffra di un disturbo dell'umore è importante tenere presente che nelle lingue hmong non ci sono parole equivalenti al termine "depressione"; come molti pazienti appartenenti a culture diverse dalla nostra, per esprimere sentimenti di depressione Ka descrive sintomi somatici quali insomnia e anergia. In ogni caso i sintomi riportati dalla donna non raggiungono la soglia numerica definita dal DSM-5 per una diagnosi di disturbo depressivo maggiore, mentre la loro durata (inferiore a due anni) porta a escludere la possibilità di un disturbo distimico. Al momento, la diagnosi di disturbo depressivo con altra specificazione (episodio depressivo con sintomatologia insufficiente) sembra

pertanto essere la più plausibile; la diagnosi dovrebbe però essere verificata intervistando i figli o la nuora di Ka, che potrebbero fornire ulteriori informazioni e segnalare sintomi non emersi nel corso del colloquio con la paziente.

Letture consigliate

CULHANE-PERA, K.A., VAWTER, D.E., XIONG, P. ET AL. (2003), *Healing by Heart: Clinical and Ethical Case Stories of Hmong Families and Western Providers*. Vanderbilt University Press, Nashville.

LIM, R.F. (2006), *Clinical Manual of Cultural Psychiatry*. American Psychiatric Publishing, Washington.

5. Disturbi d'ansia

Introduzione

John W. Barnhill

Il capitolo del DSM-5 sui disturbi d'ansia riunisce un insieme di condizioni caratterizzate principalmente da ansia, paura ed evitamento. I disturbi d'ansia sono fra le diagnosi psichiatriche più frequenti, ma possono essere anche fra le più difficili da definire. Un primo fattore che può rendere complicata la diagnosi, specialmente nel caso di pazienti con sintomi lievi, è il fatto che ansia, paura ed evitamento sono risposte normali e adattive. Un altro fattore è che le emozioni correlate all'ansia spesso si manifestano con sintomi prevalentemente somatici. La paura, intesa come normale risposta a una minaccia imminente reale o percepita, è quasi sempre associata a un'attivazione del sistema nervoso autonomo: i pazienti possono avere difficoltà a identificare o descrivere questi picchi di attivazione autonomica, soprattutto quando sono cronici. Analogamente l'ansia, come esperienza emotiva di paura non accompagnata da una chiara minaccia, può tradursi in uno stato di vigilanza e tensione muscolare che in pazienti cronicamente ansiosi non è facilmente distinguibile dall'abituale "rumore di fondo". Una terza complicazione deriva dalla frequente comorbilità sia con altri disturbi d'ansia, sia con disturbi dell'umore e di personalità, che può rendere particolarmente ardua la diagnosi differenziale. Infine, le diagnosi dei disturbi d'ansia sono definizioni descrittive di fenomeni con fisiopatologia poco chiara; nonostante i notevoli progressi compiuti negli ultimi anni, il campo della psichiatria è ancora lontano dall'identificare in maniera conclusiva categorie nosologiche basate sull'eziologia.

Uno dei cambiamenti più importanti proposti dal DSM-5 in questo capitolo riguarda gli attacchi di panico, che sono ora considerati come parte di un'ampia gamma di diagnosi psichiatriche, con rilevanza in termini di gravità, decorso e morbidità, e che possono essere segnalati sotto forma di specificatore per tutti i disturbi d'ansia elencati dal DSM-5, come pure per altri disturbi mentali. Gli attacchi di panico vengono suddivisi semplicemente in due tipi: *attesi* o *inaspettati*. Quando ricorrenti attacchi di panico inaspettati sono associati alla paura persistente di ulteriori attacchi, la diagnosi più probabile è quella di disturbo di panico.

Tradizionalmente collegata al disturbo di panico, l'agorafobia è riconosciuta dal DSM-5 come una condizione e una diagnosi distinte che possono svilupparsi nel contesto di una varietà di fattori stressanti e sindromi psichiatriche. Come per la fobia specifica e il disturbo d'ansia sociale (fobia sociale), è stato eliminato il requisito che gli individui sopra i 18 anni riconoscano l'irragionevolezza della propria ansia; sta al clinico giudicare se l'ansia è eccessiva e sproporzionata rispetto al pericolo o alla minaccia reali. Per ridurre il rischio di sovradiagnosi di paure transitorie, questi disturbi devono durare almeno sei mesi anche negli adulti, e non solo negli individui di età inferiore ai 18 anni.

Un'altra modifica significativa è lo spostamento del disturbo d'ansia di separazione all'interno del capitolo sui disturbi d'ansia. I criteri diagnostici per il disturbo, che il DSM-IV classificava tra i disturbi dell'infanzia e dell'adolescenza, sono stati riformulati per rappresentare in modo più adeguato la prevalenza relativamente alta (superiore al 6%) del disturbo d'ansia di separazione nella popolazione generale adulta.

Il disturbo ossessivo-compulsivo e il disturbo da stress post-traumatico sono invece stati spostati in capitoli a parte. Questi due nuovi capitoli del DSM-5 ("Disturbo ossessivo-compulsivo e disturbi correlati" e "Disturbi correlati a eventi traumatici e stressanti") includono gruppi di disturbi in cui l'ansia ha un ruolo preminente ma sono presenti anche altre caratteristiche, come ossessioni e compulsioni o l'esposizione a un evento traumatico.

I vari disturbi ansia-correlati spesso possono essere nettamente differenziati, ma come già menzionato la distinzione non è sempre facile, anche perché non è raro che si manifestino in comorbilità tra loro o con altri disturbi psichiatrici. In molti casi quando il sintomo preponderante lamentato da un paziente è "l'ansia" la diagnosi non è per nulla automatica, ma richiede un processo di valutazione clinica che porta a considerare parecchi dei disturbi descritti dal DSM-5.

Letture consigliate

- HORWITZ, A.V., WAKEFIELD, J.C. (2012), *All We Have to Fear: Psychiatry's Transformation of Natural Anxieties Into Mental Disorders*. Oxford University Press, New York.
- MILROD, B. (2013), "The Gordian knot of clinical research in anxiety disorders: some answers, more questions". In *American Journal of Psychiatry*, 170, pp. 703-706.
- STEIN, D.J., HOLLANDER, E., ROTHBAUM, B.O. (2009) (a'cura di), *Textbook of Anxiety Disorders*. American Psychiatric Publishing, Washington.

Caso 5.1

Paure e preoccupazioni

Loes Jongerden, Susan Bögels

Logan, 12 anni, era stato indirizzato a un centro di salute mentale perché oltre ad avere una lunga storia di ansia ed eccessiva preoccupazione riguardo alla perdita dei genitori, ultimamente aveva manifestato anche la paura di avere contratto una grave malattia.

I problemi più recenti erano iniziati cinque settimane prima, dopo che Logan aveva visto un programma televisivo su alcune malattie rare e fatali che gli aveva indotto il timore di essere affetto da una simile malattia. I genitori avevano riferito tre "attacchi di panico" nel mese precedente, caratterizzati da ansia, sudorazione, dispnea e senso di vertigine; nello stesso periodo il ragazzo aveva incominciato a lamentare frequenti mal di testa e dolori allo stomaco. Secondo Logan questi dolori erano probabilmente causati dalle sue paure di essere ammalato e di venire separato dai genitori, ma continuava comunque a percepirli. Diceva di non avere paura di avere altri attacchi di panico; era però terrorizzato dall'idea di rimanere solo e malato. Queste paure si manifestavano diverse volte alla settimana; di solito insorgevano quando Logan era a letto, quando sentiva "qualcosa di strano" nel suo corpo, oppure quando sentiva parlare di malattie o persone malate.

Logan era sempre stato ansioso, fin da piccolo. All'asilo aveva avuto grosse difficoltà di separazione, mentre quando frequentava la terza elementare era stato per un breve periodo vittima di bullismo, cosa che aveva portato ai suoi primi attacchi di panico e a un peggioramento dell'ansia. La madre aveva detto che "era come se le paure non finissero mai": ce n'erano sempre di nuove, e includevano la paura del buio, di dormire da solo, di restare da solo in una stanza, di essere preso in giro e molestato.

La fonte più persistente di ansia era l'incolumità dei genitori. Di solito quando erano entrambi al lavoro o a casa andava tutto bene, ma se si trovavano per strada o erano da qualche altra parte Logan era preso dalla paura che potessero morire in un incidente. Quando non rientravano all'ora prevista o quando magari cercavano di passare una serata fuori senza di lui, Logan diventava estremamente inquieto e cominciava a tempestarli di telefonate e sms. Era preoccupato soprattutto dai pericoli che poteva correre la madre, la quale, data la situazione, aveva gradualmente ridotto al minimo le sue attività indipendenti; come raccontava la donna, "a volte sembrava che volesse seguirmi anche in bagno". Logan si mostrava meno esigente verso il padre, che durante il colloquio con lo psichiatra aveva affermato: "Se continuiamo ad assecondarlo e a stare tutto il tempo a casa con lui non diventerà mai autonomo". L'uomo pensava anche che la moglie fosse stata troppo indulgente e protettiva nei confronti del figlio.

Due anni prima l'intera famiglia si era sottoposta a un ciclo di psicoterapia durato parecchi mesi. Il padre diceva che la terapia aveva aiutato la moglie a diventare meno accondiscendente e che, in seguito, l'ansia di Logan sembrava essere diminuita. La

moglie era della stessa opinione; aveva però aggiunto che non sapeva ancora bene come comportarsi quando il figlio incominciava ad agitarsi se lei manifestava l'intenzione di uscire, o quando era assalito dalle sue paure di malattia.

A parte i problemi correlati all'ansia, la storia evolutiva di Logan sembrava per il resto del tutto normale. A scuola prendeva solitamente buoni voti; i resoconti degli insegnanti indicavano che in generale era quieto e silenzioso, ma che aveva diversi amici e lavorava volentieri con i compagni. Era però anche particolarmente suscettibile; tendeva a interpretare negativamente le intenzioni degli altri bambini e aveva sempre paura di essere preso di mira.

La madre di Logan aveva una storia di disturbo di panico, agorafoobia e disturbo d'ansia sociale (fobia sociale) e la nonna materna veniva descritta come una persona "come minimo altrettanto ansiosa". Nella famiglia del padre non c'erano casi di malattie psichiatriche.

Durante la valutazione Logan era apparso un ragazzo socievole e collaborativo, con buone capacità cognitive. Il discorso era articolato e coerente; le capacità di insight e giudizio apparivano integre, ma non rispetto ai problemi d'ansia. Logan aveva riferito di essere generalmente "di buon umore", tuttavia si era messo a piangere parlando della sua paura di ammalarsi e morire. Aveva detto di non sentirsi disperato e di non avere pensieri di suicidio; aveva però rivelato una notevole inquietudine all'idea di non riuscire a superare i suoi problemi prima dell'inizio della scuola superiore.

Diagnosi

- Disturbo d'ansia di separazione con attacchi di panico

Discussione

Logan ha avuto paure di separazione sin da piccolo. In base ai criteri del DSM-5, per formulare una diagnosi di disturbo d'ansia di separazione devono essere presenti tre o più degli otto sintomi elencati; Logan ne ha almeno cinque: disagio ricorrente ed esagerato in previsione della separazione dalle principali figure di attaccamento, preoccupazione persistente ed eccessiva riguardo a eventi imprevisti che possono comportare una simile separazione, preoccupazione persistente ed eccessiva rispetto alla perdita dei genitori e alla loro incolumità fisica, costante paura di essere lasciato solo, ripetute lamentele di sintomi fisi- ci riconducibili alla paura di morire e di essere separato dai genitori). Logan ha anche attacchi di panico, ma dato che non ha paura della loro possibile insorgenza non soddisfa i criteri per una diagnosi di disturbo di panico. Tali attacchi sembrano essere correlati alle sue paure di separazione e di malattia e vengono quindi rilevati come uno specificatore del disturbo d'ansia di separazione.

Analogamente, anche se Logan ha paura di essere malato i suoi sintomi non sembrano soddisfare i criteri per un disturbo da ansia di malattia: questa sua paura persiste da meno di sei mesi e non ha portato a ripetute visite mediche; inoltre il ragazzo cerca rassicurazione sul fatto di non essere lasciato solo dalle

figure di attaccamento, più che sulla sua salute. I sintomi di Logan non corrispondono neanche ai criteri per un disturbo d'ansia generalizzata, perché la sua preoccupazione predominante riguarda in modo specifico la separazione dai genitori. È possibile che in passato abbia soddisfatto i criteri per una diagnosi di disturbo d'ansia sociale (la paura di essere "preso di mira" dai compagni), ma la fobia sociale non sembra avere un ruolo preminente nell'attuale quadro clinico.

L'anamnesi familiare, con la presenza di disturbi d'ansia nella madre e nella nonna materna, indica la **possibilità di una predisposizione genetica**; l'ansia può però trasmettersi di generazione in generazione anche attraverso meccanismi di apprendimento e stili genitoriali iperprotettivi. La madre di Logan ha una storia di disturbo di panico, agorafobia e disturbo d'ansia sociale, ed entrambi i genitori concordano sul fatto che le ansie della donna hanno influenzato il suo stile di parenting. In particolare, le paure di Logan vengono assecondate: i genitori stanno per lo più a casa con lui, lo lasciano raramente da solo e rispondono subito a tutte le sue telefonate e ai suoi messaggi di testo. Hanno frequenti conversazioni sulle paure del figlio, ma non sembrano dedicare molto tempo alla discussione di possibili strategie per arginarle. Inoltre, anche se il padre cerca apparentemente di incoraggiare la sua autonomia, i due genitori non sembrano essere d'accordo su quali possano essere gli approcci più corretti; tale disaccordo può aver contribuito a perpetuare i problemi di Logan.

Il DSM-5 ha spostato il disturbo d'ansia di separazione nel capitolo sui disturbi d'ansia, apportando una modifica potenzialmente importante. Nel DSM-III e nel DSM-IV il disturbo d'ansia di separazione era descritto nel capitolo dedicato ai disturbi dell'infanzia, della fanciullezza e dell'adolescenza, ma il disturbo può estendersi anche all'età adulta. È possibile che la madre di Logan abbia sofferto di un disturbo d'ansia di separazione adulto (oltre che degli altri disturbi d'ansia segnalati); appare senza dubbio plausibile anche l'ipotesi che le paure di separazione della donna abbiano avuto un impatto rilevante sul suo atteggiamento verso il figlio e abbiano contribuito ad alimentarne l'ansia.

Letture consigliate

- BÖGELS, S., PHARES, V. (2008), "Fathers' role in the etiology, prevention and treatment of child anxiety: a review and new model". In *Clinical Psychology Review*, 28, pp. 539-558.
- KESSLER, R.C., BERGLUND, P., DEMLER, O. ET AL. (2005), "Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication". In *Archives of General Psychiatry*, 62, pp. 593-602.
- MAJDANDZIC, M., DE VENTE, W., FEINBERG, M.E. ET AL. (2012), "Bidirectional associations between coparenting relations and family member anxiety: a review and conceptual model". In *Clinical Child and Family Psychology Review*, 15, pp. 28-42.
- MCLEOD, B.D., WOOD, J.J., WEISZ, J.R. (2007), "Examining the associations between parenting and childhood anxiety: a meta-analysis". In *Clinical Psychology Review*, 27, pp. 155-172.
- VAN DER BRUGGEN, C.O., STAMS, G.J.M., BÖGELS, S. (2008), "Research review: the relation between child and parent anxiety and parental control: a meta-analytic review". In *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 49, pp. 1257-1269.

Caso 5.2 Panico

Carlo Faravelli

Maria Greco, 23 anni, era stata inviata per una valutazione psichiatrica **dal suo cardiologo**. Nei **due mesi** precedenti si era presentata **quattro volte** in un centro di Pronto Soccorso per l'insorgenza acuta di **palpitazioni, dispnea, dolore al petto, sudorazione e tremori**, associati alla **paura di stare per morire**. Tutti questi sintomi erano **comparsi all'improvviso e avevano raggiunto il picco di intensità nel giro di pochi minuti**, lasciandola poi spaventata, esausta e assolutamente **convinta di avere avuto un attacco di cuore**; ma le **visite mediche** e gli esami eseguiti subito dopo gli episodi (inclusi elettrocardiogrammi e test tossicologici) avevano **dato esiti negativi** e non avevano confermato una simile ipotesi.

Secondo quanto riportato dalla paziente **negli ultimi tre mesi gli attacchi erano stati in totale cinque**, e si erano manifestati **mentre stava guidando la sua automobile o si trovava al lavoro o a casa**. Aveva quindi **sviluppato una paura persistente di averne altri**, che l'aveva **indotta a prendere molti giorni di assenza dal lavoro e a evitare l'esercizio fisico, la guida e i contatti sociali**; aveva anche **smesso di bere caffé**. Il **sonno e il tono dell'umore** erano progressivamente **peggiorati**. La signorina Greco non credeva alle rassicurazioni dei medici: continuava a pensare di essere affetta da una cardiopatia, che non era stata riconosciuta perché visite ed esami erano stati effettuati dopo la risoluzione dei sintomi, e che in assenza di una diagnosi corretta presto sarebbe morta. Aveva però accettato di consultare uno psichiatra dopo l'ultimo attacco, che l'aveva svegliata in piena notte.

La signorina Greco aveva riferito una **storia di ansia durante l'infanzia**, che aveva portato alla diagnosi di "**fobia della scuola**"; in seguito **non aveva più avuto problemi di natura psichiatrica**. Quattro anni prima la **madre**, che soffriva di **depressione maggiore ricorrente**, **si era uccisa** ingerendo una quantità eccessiva di farmaci. La signorina Greco viveva con il padre e le due sorelle, più giovani di lei; aveva un diploma di scuola superiore, lavorava come operatore telefonico e non aveva al momento legami sentimentali. Dall'anamnesi personale e familiare non erano emersi altri dati rilevanti.

Durante la valutazione la paziente era apparsa **tesa, ma collaborativa e coerente**. Diceva di non sentirsi depressa, ma era **preoccupata dall'idea di avere una malattia cardiaca**. Negava la presenza di sintomi psicotici, confusione o ideazione suicidaria. Le sue capacità cognitive erano nella norma; le capacità di giudizio erano discrete, l'**insight appariva limitato**.

Diagnosi

- **Disturbo di panico**

Discussione

La signorina Greco ha attacchi di panico, definiti dal DSM-5 come “comparsa improvvisa di paura o disagio intensi che raggiunge il picco in pochi minuti”, associata a sintomi fisici e/o cognitivi. Nel DSM-5 gli attacchi di panico sono considerati una particolare risposta di paura che può verificarsi nel contesto di qualsiasi disturbo d’ansia, ma anche all’interno di altri disturbi mentali. In quanto tali possono essere indicati come specificatore descrittivo applicabile a tutte le diagnosi del DSM-5; alternativamente, la diagnosi è di disturbo di panico se il paziente soddisfa i criteri più stringenti per questo disturbo, come nel caso della signorina Greco.

Innanzitutto, gli attacchi della signorina Greco sono ricorrenti e accompagnati da più di quattro dei tredici sintomi di panico elencati dal DSM-5: durante gli episodi ha palpitazioni, sudorazione, tremori, senso di soffocamento, dolore al petto e paura di morire. I criteri diagnostici richiedono anche che gli attacchi di panico abbiano effetti negativi rilevanti negli intervalli tra gli episodi; la paziente non solo manifesta il timore persistente di essere affetta da una cardiopatia (malgrado la mancanza di evidenze cliniche e le ripetute rassicurazioni dei medici), ma evita situazioni e attività che ritiene possano scatenare ulteriori attacchi. Questi sintomi devono durare per un periodo minimo di un mese; la signorina Greco li presenta da almeno due mesi.

Prima di formulare una diagnosi di disturbo di panico è però necessario escludere le molte altre potenziali cause di panico, che includono differenti disturbi mentali, condizioni mediche e l’assunzione di farmaci o sostanze di abuso. In base ai dati anamnestici la signorina Greco non fa uso di farmaci o sostanze e i risultati negativi di visite, elettrocardiogrammi ed esami di laboratorio indicano che non soffre di una condizione medica. Sarebbe opportuno investigare sull’eventuale ricorso a preparati erboristici o ad altri rimedi complementari, ma nel complesso le informazioni disponibili suggeriscono che i suoi sintomi sono verosimilmente di origine psichiatrica.

Gli attacchi di panico della signorina Greco potrebbero essere secondari a un altro disturbo mentale. La paziente ha riportato una storia di ansia e di “fobia della scuola” durante l’infanzia, ma con sintomi che sembrano poi essersi completamente risolti. Quattro anni prima la madre era morta per suicidio nel contesto di una depressione maggiore ricorrente. Si può senz’altro presumere che un simile evento traumatico abbia avuto un impatto negativo sulla signorina Greco, probabilmente a due livelli: gli effetti immediati del suicidio e gli effetti più a lungo termine correlati al fatto di avere un genitore cronicamente o periodicamente depresso. Il ruolo svolto da eventi psicosociali nel determinare gli attacchi di panico della paziente potrà essere chiarito attraverso ulteriori indagini.

Per esempio, è possibile che la “fobia della scuola” sia stata una manifestazione di un disturbo d’ansia di separazione non diagnosticato e che il panico recente si sia sviluppato nel quadro di un allontanamento dal padre e dalle sorelle. Il panico non sembra essere legato ad ansia sociale o a fobie specifiche,

ma la signorina Greco nega anche che i suoi sintomi siano psichiatrici; potrebbe quindi non essere in grado di riconoscere i collegamenti tra i sintomi di panico e altri tipi di sintomi (e avere omesso di riportarli). Per questo motivo dovrebbe essere vagliata la possibilità di condizioni quali disturbo da stress post-traumatico o disturbo ossessivo-compulsivo. Dovrebbe essere verificata anche la sequenza dei sintomi: la paura di essere affetta da una cardiopatia sembra essere insorta dopo gli attacchi di panico, ma se fosse comparsa prima potrebbe indicare un disturbo da ansia di malattia o un disturbo da sintomi somatici. Sarebbe inoltre consigliabile valutare la paziente in termini sia di sensibilità all'ansia (la tendenza a considerare l'ansia come nociva), sia di "affettività negativa" (la tendenza a provare emozioni negative), perché entrambi questi tratti di personalità possono essere associati allo sviluppo di panico.

Attacchi di panico possono essere associati anche a disturbi depressivi e bipolarì. In effetti, la signorina Greco ha sintomi depressivi, che comprendono insomnia e pensieri di morte. Tali sintomi non soddisfano i criteri per una diagnosi di depressione, ma meritano comunque di essere monitorati in modo prospettico: sia perché la storia di depressione della madre comporta un aumento del rischio di disturbi depressivi, sia a causa delle scarse capacità di insight mostrate dalla paziente rispetto ai propri stati emozionali. Sarebbe anche necessario verificare mediante domande specifiche la possibile presenza di sintomi maniacali o ipomaniacali, che spesso non vengono menzionati spontaneamente dai pazienti in quanto percepiti come non problematici; la mancata identificazione di un disturbo bipolare può portare alla prescrizione di trattamenti inappropriati e a un peggioramento dei sintomi. Va inoltre ricordato che lo sviluppo di attacchi di panico nel contesto di disturbi mentali concomitanti è correlato a un aumento dei tassi di suicidio.

In ogni modo, anche se rimangono molti aspetti da approfondire, la signorina Greco sembra effettivamente avere un disturbo di panico. Il DSM-5 invita i clinici a stabilire se gli attacchi di panico siano attesi o inaspettati; in altre parole, se ci siano o meno "evidenti elementi scatenanti al momento del verificarsi dell'attacco". Nel caso della signorina Greco alcuni degli attacchi iniziali si sono manifestati in situazioni (mentre guidava o era sul posto di lavoro) che possono essere considerate potenzialmente stressanti. L'ultimo episodio si è però verificato di notte, mentre la paziente dormiva; i suoi attacchi di panico possono pertanto essere classificati come inaspettati.

Il DSM-5 ha "svincolato" l'agorafobia dal disturbo di panico; le due condizioni possono coesistere, ma l'agorafobia viene ora riconosciuta come diagnosi indipendente. L'evitamento attivo della guida, dell'esercizio fisico o della caffea da parte della signorina Greco è comunque meglio inquadrato come una complicanza comportamentale del disturbo di panico, piuttosto che come un sintomo di agorafobia. Una diagnosi accurata e un trattamento adeguato sono essenziali per impedire che i sintomi di questa paziente diventino più gravi e cronici.

Lecture consigliate

- FARAVELLI, C., GORINI AMADEI, S., SCARPATO, M.A., FARAVELLI, L. (2009), "Bipolar disorder: an impossible diagnosis". In *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health*, 5:13.
- GOODWIN, R.D., LIEB, R., HOEFLER, M. ET AL. (2004), "Panic attack as a risk factor for severe psychopathology". In *American Journal of Psychiatry*, 161, pp. 2207-2214.
- MACKINNON, D.F., ZANDI, P.P., COOPER, J. ET AL. (2002), "Comorbid bipolar disorder and panic disorder in families with a high prevalence of bipolar disorder". In *American Journal of Psychiatry*, 159, pp. 30-35.

Caso 5.3 Timidezza adolescenziale

Barbara L. Milrod

Nadine, 15 anni, era stata accompagnata dalla madre per una valutazione psichiatrica a causa della sua timidezza profonda e duratura. Anche se all'inizio si era mostrata riluttante a parlare di sé, Nadine aveva poi riferito di sentirsi costantemente tesa; l'ansia era "molto forte" da parecchi anni ed era accompagnata da frequenti crisi di pianto. A parte in casa o in classe, nelle situazioni sociali in genere aveva grosse difficoltà a parlare; spesso si rifiutava di uscire da sola per paura di trovarsi costretta a interagire con estranei, specialmente con altri adolescenti ma, negli ultimi tempi, era diventata "così nervosa da non riuscire ad aprir bocca" neanche con vicini di casa adulti che conosceva da anni. Nadine aveva riportato, per esempio, che in bar o ristoranti non era in grado di fare le ordinazioni ai camerieri perché si sentiva troppo imbarazzata; provava continuamente il timore di essere giudicata negativamente dagli altri. Aveva sempre cercato di tenere nascosta ai genitori questa sua ansia invalidante, dicendo che preferiva stare in casa soltanto perché "non aveva voglia di uscire". Sentendosi irrimediabilmente inadeguata, pensava "tutto il tempo" alla possibilità di suicidarsi.

Nadine era sempre stata "timida" e sin da piccola aveva manifestato atteggiamenti di ritiro. Fin dai tempi dell'asilo era stata oggetto di scherno da parte degli altri bambini; scherno che si era trasformato in vero e proprio bullismo quando aveva incominciato a frequentare la scuola media. Per almeno due anni, giorno dopo giorno, aveva dovuto subire le angherie di compagni che la perseguitavano "come un branco di lupi" e che la definivano "stupida", "brutta" o "matta". Più di una volta era successo che qualcuno di loro si mettesse a fissarla, dicendole poi che per lei sarebbe stato meglio morire. Una volta era stata anche picchiata da una ragazza (una delle leader del gruppo, nonché compagna di classe di Nadine alle elementari), ma non aveva reagito. Nadine era tornata a casa con un occhio nero; ma quando la madre – avvisata da un vicino che aveva assistito all'aggressione – le aveva chiesto spiegazioni, aveva negato l'accaduto e aveva raccontato di essere caduta inciampando in un marciapiede. In seguito aveva "accennato" al fatto che le sarebbe piaciuto cambiare scuola; la madre non aveva però preso seriamente in considerazione questa possibilità, anche perché nel quartiere non c'erano altre scuole medie. Nadine aveva quindi continuato a soffrire in silenzio, addormentandosi piangendo quasi tutte le sere.

L'anno prima Nadine si era iscritta a un liceo artistico, piena di speranza; ma anche se non era più stata vittima di bullismo, i suoi sintomi d'ansia erano peggiorati. La resistenza a uscire e ad affrontare situazioni sociali era aumentata, così come la preoccupazione circa la sua incapacità di raggiungere un'indipendenza simile a quella dei coetanei. Nadine aveva riferito che ultimamente passava interi weekend "intrappolata" in casa; aveva paura persino di andare da sola a leggere nel parco poco lontano. Aveva anche frequenti incubi notturni sui passati episodi di bullismo,

si sentiva costantemente "in guardia" per il timore di essere ancora aggredita e pensava sempre più spesso al suicidio.

Per tutti questi anni i genitori avevano sperato che con il passare del tempo la "timidezza" della figlia si sarebbe risolta spontaneamente; avevano cercato l'aiuto di uno psichiatra solo dopo il colloquio con un insegnante, che aveva segnalato come l'ansia e l'isolamento sociale di Nadine compromettessero in modo significativo il suo rendimento scolastico. Parlando della madre, Nadine l'aveva descritta come una donna autoritaria, irritabile e aggressiva, di cui aveva "un po' paura". Il padre era un affermato commercialista che lavorava molto e spesso rientrava a casa tardi. Nadine diceva che anche lui era abbastanza timido in situazioni sociali ("mi assomiglia molto di più"); a volte scherzavano insieme sul fatto che l'obiettivo principale delle loro serate era "non fare arrabbiare la mamma". Nadine aveva aggiunto che non aveva mai desiderato diventare "una persona neanche lontanamente simile" alla madre.

Diagnosi

- Disturbo d'ansia sociale (fobia sociale), grave
- Disturbo da stress post-traumatico, moderato
- Agorafobia, grave

Discussione

Nadine è costituzionalmente timida. Purtroppo, come spesso succede ai bambini con forte inibizione comportamentale, fin da piccola è stata presa di mira dai coetanei; non ha mai imparato a difendersi e, negli anni della scuola media, è diventata vittima di un bullismo feroce. In adolescenti che per temperamento sono già inclini all'ansia, una storia così traumatizzante porta quasi inevitabilmente a un peggioramento dei sintomi e dell'isolamento sociale, che può essere associato, come nel caso di Nadine, a un aumento del rischio di pensieri e comportamenti suicidari.

Dopo anni di sofferenza, al momento della valutazione psichiatrica Nadine presenta sintomi che corrispondono a tre condizioni distinte descritte dal DSM-5, ma caratterizzate da una frequente comorbilità. Per prima cosa manifesta un'ansia marcata ed eccessiva rispetto a diverse situazioni sociali, inclusi quei contesti che prevedono l'interazione con coetanei. Queste situazioni evocano sempre paura e imbarazzo e vengono quasi sempre evitate: Nadine soddisfa dunque i criteri per una diagnosi di **disturbo d'ansia sociale** (fobia sociale).

Come accade comunemente nei bambini e negli adolescenti che sono stati vittime di bullismo, le paure di Nadine sono poi cresciute indipendentemente da tali esperienze. In un primo tempo ha evitato le situazioni sociali che erano fonte di ansia, evitamento riconducibile al disturbo d'ansia sociale. Ma in seguito l'ansia si è progressivamente estesa a comprendere altri contesti; Nadine ha incominciato a provare paura anche soltanto all'idea di uscire di casa da sola. Quando è diventata persistentemente incapace di recarsi da sola persino al

parco vicino a casa, il suo quadro sintomatologico ha soddisfatto anche i criteri del DSM-5 per una diagnosi di **agorafobia**. In bambini e adolescenti una simile espansione è talmente frequente che gli studi più recenti raccomandano interventi terapeutici diretti verso una gamma di disturbi d'ansia, anziché mirati a un singolo disturbo.

Nadine sembra inoltre rientrare in una terza categoria diagnostica del DSM-5: il **disturbo da stress post-traumatico** (DSPT). È stata oggetto di un bullismo intenso e prolungato: esperienza verosimilmente traumatica, soprattutto per una bambina socialmente isolata in una fase delicata dello sviluppo. La diagnosi di DSPT richiede la presenza di sintomi clinicamente significativi, per un periodo di almeno un mese, in **quattro aree** differenti: **intrusione** (i ricorrenti incubi notturni riportati da Nadine), **evitamento** (nel suo caso principalmente dei coetanei), **alterazioni negative di pensieri ed emozioni** (la **esagerata visione negativa di sé**) e **alterazioni dell'arousal e della reattività** (si sente sempre **tesa** e "in guardia"). Anche se alcuni di questi sintomi potrebbero essere attribuiti al disturbo d'ansia sociale, nel caso di Nadine appare più plausibile una comorbilità tra i due disturbi. Appare anche esclusa la possibilità che i suoi sintomi d'ansia siano dovuti a una condizione medica o all'uso di farmaci o sostanze.

Di fronte ad adolescenti con una storia analoga a quella di Nadine, in genere è opportuno ricordare che se è vero che gli atti di bullismo vengono perpetrati da altri bambini e ragazzi, gli adulti, specialmente i genitori e gli insegnanti, contribuiscono al problema non prestandovi sufficiente attenzione. In particolare, i genitori di Nadine hanno ignorato per anni la situazione disperata della figlia e sembrano essersene preoccupati solo a causa delle sue conseguenze in termini di rendimento scolastico.

Va infine considerato il ruolo svolto dalla madre, una donna energica e irascibile che Nadine ha cercato di "non fare arrabbiare" sin dai primi anni dell'infanzia. È probabile che la relazione con la madre abbia giocato un ruolo formativo importante nell'alimentare la timidezza di Nadine. La paura delle reazioni esplosive della madre, per esempio, può avere contribuito a determinare il suo senso di insicurezza, e può averle impedito di sviluppare gli strumenti necessari per diventare efficacemente assertiva. Più avanti, con l'evolversi della relazione terapeutica, potrebbe anche essere utile discutere con Nadine la possibilità che la sua incapacità di difendersi dal bullismo sia correlata al vivo desiderio di non essere "neanche lontanamente simile" a una madre dispotica e aggressiva.

Letture consigliate

WALKUP, J.T., ALBANO, A.M., PIACENTINI, J. ET AL. (2008), "Cognitive behavioral therapy, sertraline, or a combination in childhood anxiety". In *New England Journal of Medicine*, 359, pp. 2753-2766.

Caso 5.4

Paura di volare

Katharina Meyerbröker

Olaf Hendricks, un uomo d'affari di 51 anni, si era rivolto a uno psichiatra perché era stanco della sua paura di volare. Il signor Hendricks viveva negli Stati Uniti, mentre la sua unica figlia si era trasferita da qualche anno in un paese europeo; la figlia aveva da poco partorito, ma anche se moriva dalla voglia di andare a conoscere la sua prima nipotina il signor Hendricks non si sentiva in grado di prendere un aereo per attraversare l'oceano.

La **paura di volare** era insorta **tre anni prima**, quando il signor Hendricks si trovava su un aereo che era atterrato con difficoltà durante una violenta tempesta di neve. Da allora aveva viaggiato in aereo una volta sola, un anno dopo, ma aveva pianto per buona parte del volo. Aveva cercato di vincere la sua paura circa dodici mesi prima dell'attuale colloquio con lo psichiatra, per partecipare al matrimonio della figlia; aveva **bevuto una notevole quantità di alcol** e si era recato all'aeropporto con la moglie, ma all'ultimo momento era stato preso dal **panico** e non era salito sull'aereo. Dopo quel tentativo fallito l'**ansia** era tornata tutte le volte che aveva **anche soltanto considerato la possibilità di volare**. Un'ansia intensa che **stava condizionando anche la sua carriera**: recentemente si era trovato costretto a **declinare sia una promozione nella compagnia per cui lavorava, sia un'allettante offerta di lavoro da parte di un'altra compagnia, perché entrambe avrebbero comportato frequenti viaggi aerei**.

Il signor Hendricks diceva di sentirsi triste e anche un po' in colpa a causa di questa sua paura, ma negava di avere altri sintomi neurovegetativi di depressione. Ultimamente il suo consumo di alcol era aumentato, e la sera "per rilassarsi" beveva due o tre bicchieri di vino; non aveva però una storia personale di uso problematico o sintomi di astinenza da alcol, né una storia familiare di malattie psichiatriche.

Inizialmente aveva riferito di non provare ansia in altre situazioni; per esempio, i suoi colleghi lo consideravano un uomo energico e determinato, che non aveva problemi a farsi valere o a parlare in pubblico, anche di fronte a centinaia di persone. In seguito a domande più specifiche dello psichiatra aveva però raccontato che **da bambino era "terrorizzato" dall'idea di poter essere assalito da animali selvatici**, per cui **si era sempre rifiutato di andare in campeggio o anche solo di fare gite in campagna**. Da adulto **non aveva più avuto simili timori**, anche perché viveva in una grande metropoli e passava le sue vacanze visitando altre città.

Diagnosi

- Fobia specifica, situazionale (aeroplani)
- Fobia specifica, animali

Discussione

La paura di volare del signor Hendricks è talmente intensa da renderlo incapace di prendere un aereo, nonostante sia fortemente motivato a farlo. Il solo pensiero di aeroporti e aeroplani provoca un disagio rilevante; l'ansia e l'evitamento sono persistenti e sono causa di una significativa compromissione funzionale. Il quadro soddisfa quindi i criteri del DSM-5 per una diagnosi di fobia specifica; in questo caso si tratta di una fobia "situazionale" relativa ai viaggi aerei (altri stimoli fobici situazionali comuni includono ascensori e luoghi chiusi).

Molte persone con fobia specifica temono più di un oggetto o situazione. In un primo tempo, il signor Hendricks ha negato di avere altre paure, ma ha poi rivelato un "terrore" di venire attaccato da animali selvatici che durante l'infanzia gli ha impedito di andare in campeggio o di fare passeggiate in campagna. Ora vive in una grande città, dove è altamente improbabile che si trovi a dover fronteggiare un animale selvatico; tuttavia, il DSM-5 prevede la possibilità di una diagnosi di fobia specifica anche quando l'esposizione allo stimolo fobico non è probabile. Dal punto di vista clinico l'identificazione di simili fobie è importante, perché l'evitamento può causare, oltre a disagio e disfunzione evidenti (un'incapacità di volare che determina l'impossibilità di vedere membri della propria famiglia o di lavorare in modo ottimale), scelte di vita non completamente consce (una paura degli animali selvatici che porta all'evitamento sistematico di aree non urbane). A parte animali e situazioni, gli specificatori descrittivi della diagnosi di fobia specifica comprendono diverse altre categorie di stimoli fobici, che includono ambiente naturale (per esempio, altezze e temporali), sangue-iniezioni-ferite (per esempio, aghi e procedure mediche invasive) e altri stimoli (per esempio, nei bambini, la paura dei rumori forti o di personaggi in maschera).

Le fobie specifiche si presentano spesso in comorbilità sia con altri disturbi d'ansia, sia con disturbi depressivi, da uso di sostanze, da sintomi somatici o di personalità. Secondo quanto riportato dal signor Hendricks il suo consumo di alcol non è causa di disagio significativo o di compromissione funzionale; non appaiono pertanto soddisfatti i criteri per una diagnosi di disturbo da uso di alcol, ma ulteriori indagini potrebbero rivelare che l'abituale assunzione serale di vino è in effetti causa di qualche problema. Indagini più approfondite potrebbero anche indicare che la paura di volare è un sintomo di un altro disturbo (per esempio, una manifestazione di agorafobia); in questo caso l'altro disturbo (l'agorafobia) sarebbe la diagnosi più appropriata. Al momento il signor Hendricks sembra però soffrire di una classica fobia specifica.

Letture consigliate

- EMMELKAMP, P.M.G. (2012), "Specific and social phobias in ICD-11". In *World Psychiatry*, 11, pp. 93-98.
- LEBEAU, R.T., GLENN, D., LIAO, B. ET AL. (2010), "Specific phobia: a review of DSM-IV specific phobia and preliminary recommendations for DSM-V". In *Depression and Anxiety*, 27, pp. 148-167.
- ZIMMERMAN, M., DALRYMPLE, K., CHELMINSKI, I. ET AL. (2010), "Recognition of irrationality of fear and the diagnosis of social anxiety disorder and specific phobia in adults: implications for criteria revision in DSM-5". In *Depression and Anxiety*, 27, pp. 1044-1049.

Caso 5.5

Costantemente ansiosa

Ryan E. Lawrence, Deborah L. Cabaniss

Peggy Isaac, 41 anni, segretaria amministrativa, si era rivolta a uno psichiatra (per la prima volta nella sua vita) dietro consiglio del suo medico di famiglia. Viveva da sola, non era mai stata sposata e non aveva figli; diceva di sentirsi costantemente ansiosa, sempre "con i nervi a fior di pelle".

Tutto era incominciato otto mesi prima, quando il suo compagno, con cui conviveva da diversi anni, l'aveva improvvisamente lasciata perché si era invaghito di una donna più giovane. La signorina Isaac aveva iniziato a sentirsi insolitamente tesa e inquieta; si stancava facilmente e aveva problemi a concentrarsi. Aveva anche preoccupazioni eccessive riguardo alle sue prestazioni lavorative e alla sua situazione economica; per risparmiare si era trasferita in un appartamento più piccolo, situato in un quartiere più periferico della città. Aveva ripetutamente cercato rassicurazioni da parte dei colleghi e della madre, ma nessuno sembrava in grado di aiutarla e aveva paura di essere diventata "un peso per tutti quanti".

Nei tre mesi precedenti la signorina Isaac aveva smesso di uscire la sera per il timore che potesse succederle qualcosa di male ma, ultimamente, usciva il meno possibile anche di giorno. Si sentiva "esposta e vulnerabile"; non andava più neanche a fare la spesa nel supermercato vicino: ordinava per telefono ciò di cui aveva bisogno e se lo faceva portare a casa da un fattorino. A tale proposito aveva ammesso: "Lo so che è ridicolo, ma mi vengono in mente scene in cui mentre mi trovo in uno dei corridoi del supermercato mi accade qualcosa di terribile e non c'è nessuno ad aiutarmi; per cui ho smesso di andarci". Quando era casa riusciva invece spesso a rilassarsi, leggeva molto e guardava con piacere vecchi film.

La signorina Isaac aveva riferito di essere sempre stata "un po' nervosa". Da piccola, durante tutti gli anni dell'asilo spesso scoppiava in pianti inconsolabili quando la madre cercava di allontanarsi. All'età di dieci anni, subito dopo il divorzio dei genitori, era stata seguita per qualche tempo da un counselor, "Perché secondo mia madre le stavo troppo appiccicata addosso". Dai sedici anni in poi aveva sempre avuto un boyfriend (a volte anche più di uno contemporaneamente): "Non mi piaceva stare sola, senza un ragazzo; ma siccome sono sempre stata abbastanza carina non sono mai rimasta sola a lungo". Fino alla conclusione della sua ultima relazione sentimentale si era comunque considerata "del tutto normale": aveva un buon lavoro, parecchi amici, faceva jogging ogni giorno e nel complesso "non si poteva lamentare".

In seguito a domande specifiche dello psichiatra la signorina Isaac aveva detto che dopo la fine della relazione per qualche settimana aveva provato una grande tristezza, ma non si era mai sentita disperata, inutile o colpevole; non aveva perso interesse o piacere per ciò che faceva, né aveva avuto pensieri di suicidio. Peso e appetito non erano cambiati, dormiva bene e non aveva alterazioni psicomotorie; era però diventata estremamente ansiosa. Il punteggio al Beck Anxiety Inventory era 28, che indica un'ansia grave.

Diagnosi

- Disturbo d'ansia generalizzata

Discussione

Negli otto mesi successivi alla fine della sua relazione, la signorina Isaac ha sviluppato un quadro persistente di ansia e preoccupazione eccessive, facile affaticamento e problemi di concentrazione, che è stato causa di disagio significativo e compromissione funzionale e che l'ha ripetutamente portata a cercare rassicurazione. Sebbene alcuni di questi sintomi possano essere attribuibili anche a un disturbo depressivo, mancano molti altri segni tipici della depressione maggiore; la paziente soddisfa invece i criteri del DSM-5 per una diagnosi di disturbo d'ansia generalizzata.

Negli ultimi tempi l'ansia della signorina Isaac è diventata particolarmente intensa rispetto all'idea di uscire di casa, soprattutto quando si trattava di recarsi in un supermercato vicino. Va quindi considerata anche la possibilità di una diagnosi di **agorafobia**, che richiede la presenza di **paura ed evitamento di almeno due situazioni differenti**; tali sintomi durano però da meno di sei mesi, il periodo minimo indicato dal DSM-5 per porre una simile diagnosi. Se lo psichiatra ritiene che i sintomi di agorafobia manifestati meritino comunque attenzione clinica, la paziente potrebbe ricevere una diagnosi aggiuntiva di disturbo d'ansia con altra specificazione (**agorafobia con sintomi di durata insufficiente**).

Al di là della diagnosi, è importante esaminare che cosa possa avere scatenato nella signorina Isaac l'insorgenza del disturbo d'ansia generalizzata. Sebbene non sempre sia possibile stabilire con certezza perché una persona sviluppi un disturbo d'ansia o dell'umore, prendere in considerazione i fattori psicosociali che coincidono con l'esordio dei sintomi può aiutare la formulazione, la definizione degli obiettivi e la scelta del trattamento. In questo caso, i sintomi d'ansia si sono manifestati acutamente dopo che la signorina Isaac è stata lasciata dall'uomo con cui conviveva e dopo aver cambiato casa, due eventi che hanno evidentemente generato un notevole turbamento. Per rispondere in maniera esauriente alla domanda "Perché ora?", bisogna però anche pensare a come questi fattori stressanti acuti possano essere correlati a eventuali problemi di lunga data. La signorina Isaac ha riportato una **storia di difficoltà rispetto alla separazione iniziata nei primi anni di vita**; inoltre, parlando delle sue relazioni sentimentali ha raccontato di non essere "mai rimasta sola a lungo". Un'**ansia indotta dalla separazione può indicare problemi nell'area dell'attaccamento**.

In generale si ritiene che gli stili di attaccamento adulto siano legati alle relazioni infantili. Gli individui con attaccamento sicuro sono in grado di instaurare relazioni intime con altre persone, e sono anche capaci di autoregolazione; al contrario, gli individui con attaccamento insicuro possono avere ridotte capacità di autoregolazione, cercare continuamente aiuto, conforto negli altri e avere sentimenti ambivalenti verso le persone da cui dipendono. In base a questa

prospettiva è possibile ipotizzare che l'ansia della signorina Isaac sia correlata a uno stile di attaccamento insicuro, a sua volta legato alla relazione con la madre durante l'infanzia. Gli indizi a sostegno di questa ipotesi includono sia il senso di ambivalenza espresso dalla paziente rispetto alle capacità della madre di essere supportiva, sia il fatto che dopo il divorzio la madre l'avesse reputata una bambina troppo "appiccicosa". Sarebbero pertanto utili indagini più approfondate sulle relazioni infantili della signorina Isaac e sui pattern di attaccamento problematici che può avere poi sviluppato nelle sue relazioni amorose; pattern che potranno probabilmente riemergere nella relazione terapeutica, diventando un focus del trattamento.

Letture consigliate

BLANCO, C., RUBIO, J.M., WALL, M. ET AL. (2014), "The latent structure and comorbidity patterns of generalized anxiety disorder and major depressive disorder: a national study". In *Depression and Anxiety*, 31, pp. 214-222.

STEIN, D.J., HOLLANDER, E., ROTHBAUM, B.O. (2009) (a cura di), *Textbook of Anxiety Disorders*. American Psychiatric Publishing, Washington.

Caso 5.6

Ansia e cirrosi

Andrea DiMartini, Catherine Crone

Robert Jennings, 50 anni, era stato sottoposto a una valutazione psichiatrica in previsione di un trapianto ortotopico del fegato nel contesto di dipendenza da alcol e cirrosi epatica in fase avanzata. Il paziente, che non aveva una storia di altri precedenti disturbi psichiatrici, era stato ricoverato qualche settimana prima per epatite alcolica acuta e aveva ricevuto una diagnosi di malattia epatica terminale; per l'epatite gli era stato prescritto un trattamento con prednisolone (40 mg al giorno). Quando durante la degenza era stato informato della necessità di un trapianto di fegato il signor Jennings era rimasto scioccato, perché ignorava che il suo consumo di alcol avesse prodotto danni così gravi. Dopo le dimissioni dall'ospedale aveva iniziato un programma di disintossicazione, obbligatorio per l'inserimento nella lista d'attesa per il trapianto.

La valutazione psichiatrica era stata sollecita dai familiari, preoccupati dal fatto che una volta tornato a casa il signor Jennings era diventato sempre più irritabile e ansioso e sembrava avere difficoltà a seguire le indicazioni che gli erano state fornite in ospedale. Per l'ansia il medico di famiglia gli aveva prescritto alprazolam (0,5 mg al bisogno); all'inizio il farmaco aveva avuto effetti positivi, ma dopo alcuni giorni la moglie aveva notato che il signor Jennings appariva sbagiato e letargico, oltre che irascibile.

Durante il colloquio con lo psichiatra il signor Jennings aveva raccontato che per parecchi mesi prima del ricovero si era sentito stanco e aveva fatto fatica a lavorare (il signor Jennings lavorava come corriere per una ditta di spedizioni). La diagnosi ricevuta era stata una brutta sorpresa, ma quando era stato dimesso dall'ospedale in un primo tempo si era sentito "alla grande", pieno di energia e con un'intensa sensazione di benessere. I problemi erano incominciati dopo circa una settimana: si sentiva agitato, ansioso, dormiva male, non riusciva a concentrarsi, era costantemente preoccupato per la sua salute e la sua situazione finanziaria. Non interagiva volentieri con i familiari, cosa per lui piuttosto strana; aveva anche smesso di guardare film, normalmente una delle sue attività preferite.

Negava di avere incubi, flashback, comportamenti di evitamento o fuga delle idee, come pure umore depresso, tendenza al pianto, alterazioni dell'appetito, sentimenti di disperazione o idee di suicidio. Diceva di sentirsi in colpa a causa dell'uso di alcol e delle sue conseguenze, per lui e per la sua famiglia; asseriva che da quando era stato ricoverato non aveva più bevuto "neanche una goccia di vino". Aveva però ammesso di essersi arrabbiato quando gli era stato imposto il programma di disintossicazione e di aver litigato furiosamente con i medici dell'ospedale a questo proposito, anche se si era sempre considerato una persona capace di affrontare le difficoltà senza lasciarsi travolgere dalle emozioni. I familiari avevano poi confermato che una simile reazione da parte sua era del tutto inusuale.

Il signor Jennings era un uomo magro, con l'aria stanca e il colorito leggermente itterico. Durante la valutazione era apparso ansioso, irritabile e irrequieto; aveva man-

tenuto un buon contatto visivo e aveva risposto in maniera immediata e appropriata alle domande, anche se aveva fatto ripetutamente commenti del tipo "C'è qualcosa che non va" e "Non è tutto nella mia testa". Parlava in modo conciso; i pensieri erano logici e coerenti, senza segni di disorganizzazione. Ogni tanto sembrava distratto, ma negava confusione o disorientamento; non aveva deliri o allucinazioni. Alla Mini Mental State Examination aveva ottenuto un punteggio di 26 su 30, con deficit principalmente nell'area della memoria. Il punteggio dei Trail Making Tests A e B rientrava nell'intervallo di normalità, anche se per la parte B il paziente aveva chiesto che le istruzioni gli venissero ripetute.

Diagnosi

- Disturbo da uso di alcol
- Disturbo d'ansia indotto da farmaci (steroidi)

Discussione

Il signor Jennings si sentiva stanco da diversi mesi. In seguito alla diagnosi e al trattamento della cirrosi epatica per una settimana si era sentito euforico, ma erano poi subentrati ansia, depressione, irritabilità, alterazioni cognitive e insonnia. L'identificazione delle origini dei suoi sintomi psichiatrici dovrebbe in principio focalizzarsi sulle possibili cause mediche: l'epatopatia raramente induce ansia in modo diretto, ma l'uso di steroidi può spesso generare un iniziale senso di benessere, seguito entro 7-15 giorni da sintomi negativi e sgradevoli di ansia o depressione.

Fra le altre diagnosi che devono essere prese in considerazione, la stanchezza, le difficoltà di concentrazione e la riduzione di attività normalmente piacevoli riportate dal signor Jennings potrebbero essere conseguenze dirette della malattia epatica, ma suggeriscono anche la possibilità di un disturbo depressivo maggiore. Utilizzando un approccio ampio e "inclusivo" alla diagnosi di depressione in pazienti affetti da condizioni mediche, questi sintomi potrebbero corrispondere ai criteri diagnostici del DSM-5 per disturbo depressivo maggiore nonostante la loro potenziale origine fisica. Tuttavia, un'analisi più approfondita del quadro manifestato dal signor Jennings indica l'assenza di umore depresso, facilità al pianto o altri sintomi depressivi persistenti (anedonia, insonnia, alterazioni dell'appetito, sentimenti di colpa inappropriati o ricorrenti pensieri di morte o suicidio), che rende improbabile l'ipotesi di una depressione maggiore.

Va parimenti considerata la possibilità di disturbi d'ansia quali il disturbo d'ansia generalizzata o il disturbo di panico. I sintomi del signor Jennings sembrano però essere direttamente collegati all'assunzione di steroidi, e la loro durata è inferiore a quella richiesta per la diagnosi di altri disturbi d'ansia. Malattie, trattamenti e circostanze potenzialmente pericolose per la vita possono portare allo sviluppo di disturbo da stress acuto, disturbo dell'adattamento o disturbo da stress post-traumatico, ma i sintomi del paziente non soddisfano i criteri per

disturbi correlati a eventi traumatici e stressanti. Inoltre, inizialmente si è sentito “alla grande”, malgrado la diagnosi di malattia epatica terminale appena ricevuta, con un successivo cambiamento di umore e comportamenti: un pattern che pur non eliminando la possibilità di un disturbo correlato a trauma o stress ne riduce la probabilità.

Ovviamente, va tenuta presente anche la dipendenza da alcol del signor Jennings. Nelle prime fasi di uno stato di astinenza i pazienti spesso manifestano sintomi di ansia, irritabilità e depressione, sintomi che contribuiscono all'alto tasso di ricadute dopo interventi di riabilitazione; non sono pochi gli individui che riprendono a bere anche nel contesto di gravi malattie causate dall'alcol. Per di più, il signor Jennings ha recentemente incominciato a fare uso di benzodiazepine, farmaci che possono indurre craving e aumentare il rischio di ricaduta; nel suo caso una ricaduta significherebbe l'esclusione dalla lista d'attesa per il trapianto di fegato. Il signor Jennings ha affermato di non aver più bevuto dopo le dimissioni dall'ospedale, ma per verificare l'assenza dell'uso di alcol è necessario un monitoraggio continuo, che include l'effettuazione di test tossicologici ripetuti e casuali.

L'attuale quadro sintomatologico del signor Jennings potrebbe anche essere correlato a un disturbo neurocognitivo. Nei pazienti con malattia epatica in stadio avanzato si riscontra frequentemente un'encefalopatia epatica minima, condizione caratterizzata da alterazioni sottili ma importanti del funzionamento fisico e mentale. A differenza dell'encefalopatia epatica (corrispondente alla diagnosi del DSM-5 di delirium dovuto a un'altra condizione medica), l'encefalopatia epatica minima non provoca alterazioni della coscienza o chiari cambiamenti a livello comportamentale e cognitivo; i pazienti che ne sono affetti possono invece presentare cambiamenti meno palesi in termini di personalità e comportamento quali irritabilità, stanchezza eccessiva o sonnolenza, associati a lieve compromissione o rallentamento delle funzioni cognitive sottocorticali. In genere i deficit di attenzione visiva, percezione e velocità di elaborazione non risultano evidenti alla Mini Mental State Examination, ma possono essere rilevati utilizzando test psicométrici specifici (come il Trail Making Test o il Digit Span).

Identificare questa condizione è importante, perché i pazienti con encefalopatia epatica minima tipicamente non migliorano in seguito alla somministrazione di antidepressivi o ansiolitici e richiedono invece un trattamento mirato ad abbassare i livelli ematici di ammonio. La presenza contemporanea di encefalopatia e ridotto metabolismo epatico rende più sensibili agli effetti avversi di svariati farmaci (quale il rallentamento cognitivo che può essere indotto da sedativi, antidolorifici, anticolinergici o benzodiazepine, come nel caso del signor Jennings); questi pazienti dovrebbero quindi evitare l'uso di farmaci che possono peggiorare il loro funzionamento cognitivo ed essere al contempo monitorati per il possibile sviluppo di un'encefalopatia epatica conclamata. Dato che le alterazioni cognitive associate all'encefalopatia epatica minima possono interferire con lo svolgimento di attività complesse, va anche valutata con attenzione l'opportunità di consigliare al signor Jennings di astenersi dalla guida

(cosa che per lui avrebbe conseguenze negative rilevanti dal punto di vista lavorativo). Le sue abilità cognitive dovranno essere riesaminate mediante ulteriori test psicométrici dopo l'interruzione dell'uso di alprazolam e, se necessario, un trattamento per ridurre l'iperammonemia.

Letture consigliate

- DiMARTINI, A., CRONE, C., FIREMAN, M., DEW, M.A. (2008), "Psychiatric aspects of organ transplantation in critical care". In *Critical Care Clinics*, 24, pp. 949-981.
- DiMARTINI, A., DEW, M.A., CRONE, C. (2009), "Organ transplantation". In SADOCK, B., SADOCK, V.A., RUIZ, P. (a cura di), *Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry*. Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia.
- DUBOVSKY, A.N., ARVIKAR, S., STERN, T.A., AXELROD, L. (2012), "The neuropsychiatric complications of glucocorticoid use: steroid psychosis revisited". In *Psychosomatics*, 53, pp. 103-115.

6. Disturbo ossessivo-compulsivo e disturbi correlati

Introduzione

John W. Barnhill

Il DSM-5 ha creato un nuovo capitolo dedicato all'insieme dei disturbi caratterizzati da pensieri ossessivi e/o comportamenti compulsivi, che comprende il disturbo ossessivo-compulsivo, il disturbo di dismorfismo corporeo, il disturbo da accumulo, la tricotillomania (disturbo da strappamento di peli) e il disturbo da escoriazione (stuzzicamento della pelle). Come in molti altri capitoli del DSM-5, vengono descritte anche diagnosi che corrispondono ai pazienti i cui sintomi sono secondari all'assunzione di farmaci o sostanze, sono dovuti a un'altra condizione medica o non soddisfano pienamente i criteri per uno dei disturbi elencati.

Anche se il disturbo ossessivo-compulsivo è stato spostato rispetto alla sua precedente collocazione tra i disturbi d'ansia, i criteri fondamentali per la diagnosi rimangono sostanzialmente invariati. Sono invece stati modificati gli specificatori che permettono di distinguere meglio i vari sottogruppi di pazienti, indirizzando le scelte terapeutiche: ci sono ora tre specificatori che consentono di differenziare i pazienti con insight buono o sufficiente, con insight scarso o con insight assente/convinzioni deliranti; è stato inoltre aggiunto lo specificatore "correlato a tic", che si riferisce ai pazienti con una storia di tic attuale o passata.

Il disturbo di dismorfismo corporeo era prima classificato tra le condizioni che ora sono discusse nel capitolo sul disturbo da sintomi somatici e disturbi correlati; ma sebbene manifestino preoccupazioni relative all'aspetto fisico, le persone con disturbo di dismorfismo corporeo non hanno generalmente comorbilità, storie familiari o altre caratteristiche in comune con le persone che soffrono di disturbi da sintomi somatici. Anche in questo caso sono previsti specificatori riguardanti l'insight; gli individui assolutamente sicuri che le convinzioni del disturbo di dismorfismo siano vere non dovrebbero ricevere una diagnosi addizionale di disturbo psicotico (disturbo delirante), ma venire definiti usando lo specificatore "con insight assente/convinzioni deliranti".

La tricotillomania era descritta tra i disturbi del controllo degli impulsi non classificati altrove del DSM-IV, insieme a condizioni quali piromania o disturbo esplosivo intermittente, mentre la diagnosi di disturbo da escoriazione è stata

introdotta dal DSM-5. Entrambi coinvolgono le forme ripetitive e persistenti di comportamenti disfunzionali caratteristiche del disturbo ossessivo-compulsivo e dei disturbi correlati. Nuova è anche la diagnosi di disturbo da accumulo; l'accumulo disfunzionale veniva prima considerato solo come un possibile criterio per la diagnosi di disturbo ossessivo-compulsivo, ma i dati attualmente disponibili indicano che spesso esiste in assenza di un'altra diagnosi in grado di spiegarlo.

L'ansia può essere comunque una caratteristica preminente di tutti i disturbi descritti in questo capitolo, e la comorbilità con disturbi d'ansia è frequente. La creazione di una categoria separata del DSM-5 può però favorire il riconoscimento di un gruppo di disturbi sottodiagnosticati che meritano un'attenzione clinica.

Letture consigliate

- GRANT, J.E., ODLAUG, B.L., CHAMBERLAIN, S.R. ET AL. (2012), "Skin picking disorder". In *American Journal of Psychiatry*, 169, pp. 1143-1149.
- HOLLANDER, E., ZOHAR, J., SIROVATKA, P.J., REGIER, D.A. (2011) (a cura di), *Obsessive-Compulsive Spectrum Disorders: Refining the Research Agenda for DSM-V*. American Psychiatric Association, Arlington.
- PHILLIPS, K.A. (2009), *Understanding Body Dysmorphic Disorder: An Essential Guide*. Oxford University Press, Oxford.
- STEIN, D.J., FINEBERG, N.A., BIENVENU, O.J. (2010), "Should OCD be classified as an anxiety disorder in DSM-V?". In *Depression and Anxiety*, 27, pp. 495-506.

Caso 6.1

Depressione

Mayumi Okuda, Helen Blair Simpson

Samuel King, 52 anni, aveva consultato uno psichiatra a causa dei **sintomi depressivi** di cui soffriva **da anni**; in passato era stato trattato con fluoxetina, citalopram e psicoterapia supportiva, ma con scarso successo. Il signor King, addetto di un'impresa di pulizie, lavorava molte ore al giorno; a parte il lavoro, non faceva molto altro.

I sintomi che aveva riferito includevano **umore depresso, anedonia, insomnia, sentimenti di disperazione, basso livello di energia, difficoltà a concentrarsi e a prendere decisioni**. Attualmente non aveva idee di suicidio; aveva però raccontato che qualche mese prima, in una stazione della metropolitana, **si era messo a fissare i binari considerando la possibilità di buttarsi sotto il treno in arrivo**. Beveva alcolici solo occasionalmente e non aveva mai assunto altre sostanze di abuso; **non era affatto da condizioni mediche**.

Quando gli era stato chiesto se provasse anche ansia, il signor King aveva detto di essere **molto preoccupato dalla possibilità di contrarre un'infezione**, soprattutto da **HIV**. Spinto dal forte odore di disinfettanti che emanava dal paziente, lo psichiatra aveva domandato se questo timore provocasse particolari comportamenti relativi alla pulizia personale. Dopo una breve pausa il signor King aveva risposto che **quando era fuori casa non toccava praticamente niente**; se si avvicinava a qualcosa che riteneva potenzialmente contaminato, poi **si lavava ripetutamente le mani con la candeggina**. In media **si lavava le mani** circa **trenta volte al giorno**, e nel complesso dedicava a questa attività **almeno un paio d'ore**. Anche il **contatto fisico con altre persone** era diventato un **grosso problema**; aveva **difficoltà ad andare a fare la spesa, evitava i trasporti pubblici e le situazioni sociali** e aveva quasi rinunciato all'idea di avere amicizie o relazioni sentimentali.

In seguito a domande sulla presenza di altre preoccupazioni analoghe, il signor King aveva rivelato che **aveva sempre paura di dire qualcosa di offensivo o sbagliato e di disturbare i vicini**; aveva anche **immagini intrusive di scene violente in cui aggrediva qualcuno**. Per ridurre l'**ansia** generata da questi pensieri e immagini, **ripassava nella mente le precedenti conversazioni**, teneva un diario in cui scriveva ciò che aveva detto e **spesso si scusava per il timore di essere stato sgarbato**. Quando faceva il bagno stava molto attento al **livello dell'acqua**, che **non doveva mai superare un certo limite**, per **non rischiare che uscisse dalla vasca e si infiltrasse nel pavimento provocando danni all'appartamento sottostante**.

Quando lavorava non c'erano particolari problemi, perché indossava costantemente dei guanti di gomma. Passava la maggior parte del suo tempo libero a casa; anche se gli piaceva stare in compagnia, la **paura di trovarsi costretto a toccare oggetti contaminati gli impediva di accettare inviti a cena o di recarsi in visita a casa di altre persone**.

Durante il colloquio il signor King era **apparso nervoso ma collaborativo**. L'**eloquio era chiaro e coerente**; aveva **negato di soffrire di allucinazioni o di avere l'intenzio-**

ne di fare del male a se stesso o ad altri. Le capacità cognitive erano integre. Aveva ammesso che i suoi timori e impulsi erano "strambi" e "un po' da matto", ma era come se fossero indipendenti dalla sua volontà.

Diagnosi

- Disturbo ossessivo-compulsivo, con insight buono o sufficiente
- Disturbo depressivo maggiore

Discussione

Il signor King, oltre a ossessioni e compulsioni, ha preminenti sintomi depressivi: ha riportato disforia, anedonia, insonnia, senso di disperazione, anergia, difficoltà di concentrazione e recente ideazione suicidaria. Questi sintomi persistono da molto più di due settimane, hanno un impatto rilevante sulla qualità della vita e non sembrano essere legati all'uso di sostanze o a una condizione medica; la diagnosi di depressione maggiore appare dunque piuttosto semplice.

La formulazione di una diagnosi di disturbo ossessivo-compulsivo (DOC) può essere meno lineare. Il signor King ha rivelato ossessioni e compulsioni al suo primo incontro con lo psichiatra, senza particolari esitazioni; ma al di là del loro livello di insight, se non sono sollecitati da domande caute e precise molti pazienti non parlano altrettanto apertamente di pensieri, sentimenti e comportamenti privati e spesso imbarazzanti.

Il DSM-5 definisce le ossessioni in base a due caratteristiche correlate: la prima riguarda pensieri, impulsi o immagini ricorrenti e persistenti, vissuti come intrusivi e indesiderati, che generalmente inducono ansia o disagio; la seconda riguarda i tentativi, messi in atto dall'individuo, di ignorare, sopprimere o neutralizzare questi sintomi con altri pensieri o azioni (cioè mettendo in atto una compulsione).

Il signor King ha riferito diverse ossessioni, tra cui ossessioni di contaminazione (la paura di contrarre un'infezione da HIV), di aggressività (le immagini intrusive di colpire qualcuno), di scrupolosità (la paura di apparire offensivo o inaccurato) e di simmetria (l'esattezza del livello dell'acqua nella vasca da bagno). I tentativi di ignorare simili pensieri, impulsi o immagini possono tradursi in comportamenti di evitamento che portano a una disabilità significativa; ciò è senz'altro vero nel caso del signor King, che dedica ore ai suoi rituali, passa quasi tutto il suo tempo libero in casa, ha difficoltà anche a uscire per fare la spesa ed evita le relazioni sociali.

Rispetto al DSM-IV, nella descrizione delle ossessioni il DSM-5 ha apportato alcune modifiche minime. Per esempio, il termine *inappropriati* è stato sostituito con *indesiderati* per sottolineare il fatto che le persone con DOC avvertono i loro sintomi con vari gradi di egodistonia. Gli studi sull'argomento indicano che le ossessioni sono generalmente, ma non sempre, causa di ansia o disagio marcati: viene quindi specificato nella maggior parte degli individui.

Il signor King ha anche varie compulsioni, intese come comportamenti ripetitivi (quali lavarsi le mani o riordinare) o azioni mentali (quali contare o ripetere parole mentalmente) che la persona si sente obbligata a mettere in atto in risposta a un'ossessione o secondo regole che devono essere applicate rigidamente. Tali comportamenti e azioni mentali hanno lo scopo di prevenire o ridurre il disagio o di prevenire eventi temuti, ma sono eccessivi o non collegati in modo realistico con questi eventi. Il signor King si lava le mani con frequenza eccessiva, tiene un diario per controllare che cosa ha detto durante conversazioni precedenti, ripete mentalmente le parole dette, si scusa di continuo per evitare di essere frainteso.

La diagnosi di DOC, come quella di altri disturbi, può essere posta solo quando i sintomi causano disagio o compromissione funzionale. Tipicamente, ossessioni e compulsioni fanno consumare tempo (indicativamente più di un'ora al giorno) e generano disagio e disfunzione in diverse aree della vita del paziente. In ambito lavorativo il signor King non ha problemi rilevanti, ma è possibile che la scelta della sua occupazione sia stata influenzata dai sintomi di DOC (pochi altri lavori consentono di indossare costantemente guanti di gomma e di usare frequentemente candeggina). Non ci sono però dubbi sulla notevole quantità di tempo dedicata ai suoi rituali, né sul fatto che il suo funzionamento sociale sia pesantemente condizionato dai sintomi del disturbo.

Prima di formulare la diagnosi è comunque necessario verificare che questi sintomi non siano attribuibili all'uso di sostanze o di farmaci, a una condizione medica oppure a un'altra condizione psichiatrica. Le prime tre possibilità sembrano da escludere, perché in base all'anamnesi il signor King beve poco, non ha mai assunto sostanze stupefacenti, non fa attualmente uso di farmaci e non ha malattie di natura medica; resta da eliminare la possibilità di un altro disturbo psichiatrico.

Per farlo il clinico deve porre al paziente una serie di domande molto specifiche. Pensieri ricorrenti e comportamenti ripetitivi si possono riscontrare in una varietà di altri disturbi; per esempio, pensieri ricorrenti, comportamenti di evitamento e ripetute richieste di rassicurazione possono essere parte anche di un disturbo d'ansia generalizzata o di un disturbo d'ansia sociale. Le ossessioni del DOC devono essere inoltre distinte dalla ruminazione del disturbo depressivo maggiore, in cui i pensieri sono di solito congruenti all'umore e non necessariamente vissuti come intrusivi o angoscianti. Va poi indagata con particolare attenzione la possibilità di disturbi correlati come il disturbo di dismorfismo corporeo e il disturbo da accumulo, che si possono presentare con quadri simili al DOC o anche in comorbilità.

Nel DSM-5 la diagnosi di DOC prevede due tipi di specificatori. Il primo identifica il sottogruppo formato dai pazienti che hanno anche una storia attuale o passata di disturbo da tic, e che secondo le evidenze disponibili possono avere, rispetto agli altri pazienti con DOC ma privi di una simile storia, un decorso clinico e una risposta al trattamento differenti. Il secondo tipo comprende tre specificatori che definiscono il grado di insight dell'individuo: buono o suffi-

ciente, scarso e assente. Il signor King, che riconosce come “strambe” le sue convinzioni ossessive, rientra nella categoria caratterizzata da un più alto livello di insight. I pazienti assolutamente sicuri della validità delle convinzioni legate al disturbo prima sarebbero stati considerati deliranti; il DSM-5 li integra invece nella diagnosi di DOC con lo specificatore “insight assente/convinzioni deliranti”.

Letture consigliate

- HOLLANDER, E., ZOHAR, J., SIROVATKA, P.J., REGIER, D.A. (2011) (a cura di), *Obsessive-Compulsive Spectrum Disorders: Refining the Research Agenda for DSM-V*. American Psychiatric Association, Arlington.
- LECKMAN, J.F., DENYS, D., SIMPSON, H.B. ET AL. (2010), “Obsessive-compulsive disorder: a review of the diagnostic criteria and possible subtypes and dimensional specifiers for DSM-5”. In *Depression and Anxiety*, 27, pp. 507-527.

Caso 6.2 Germi

Dan J. Stein, Helen Blair Simpson, Katharine A. Phillips

Trevor Lewis, 32 anni, si era presentato per una valutazione psichiatrica accompagnato dalla madre; il signor Lewis non era sposato e viveva ancora con i genitori. La donna aveva raccontato che fin dall'adolescenza il figlio era stato ossessionato dai germi, cosa che aveva generato rituali di pulizia con frequenti docce e lavaggi delle mani. Ma negli ultimi sei mesi la situazione era notevolmente peggiorata: il signor Lewis aveva sviluppato un forte timore di contrarre un'infezione da HIV e passava le sue giornate lavando non solo se stesso ma anche tutti i suoi vestiti, gli asciugamani e le lenzuola. Aveva poi incominciato a pretendere che la madre lavasse molto più spesso gli indumenti e la biancheria del resto della famiglia, richiesta che aveva portato all'attuale consulto.

In passato il signor Lewis era stato trattato con un inibitore selettivo della ricaptazione della serotonina e terapia cognitivo-comportamentale; entrambi gli interventi avevano avuto qualche effetto positivo ed era riuscito a conseguire il diploma di scuola superiore. I suoi sintomi gli avevano però impedito di continuare gli studi, di trovare un lavoro e di andare ad abitare da solo. Sebbene l'avesse sempre considerata come un luogo relativamente sicuro rispetto al mondo esterno, nei mesi precedenti aveva manifestato la convinzione che anche la casa dei genitori fosse stata contaminata da germi, incluso l'HIV.

Al momento della valutazione il signor Lewis non presentava altre ossessioni (per esempio, di tipo sessuale o religioso), né preoccupazioni riguardanti il suo aspetto fisico, comportamenti di accumulo o comportamenti ripetitivi focalizzati sul corpo. Tuttavia, in precedenza aveva avuto ossessioni di danno a se stesso o ad altri, con relative compulsioni di controllo (per esempio, verificava di continuo che i fornelli della cucina fossero spenti); aveva inoltre una storia di tic motori in età infantile. Durante l'adolescenza aveva fatto uso di marijuana, sostanza che si era rivelata efficace nel ridurre la sua ansia; ma parlando del suo isolamento sociale aveva affermato che da almeno dieci anni non aveva avuto accesso a marijuana o altre sostanze psicoattive.

Il signor Lewis aveva un aspetto sciatto e trasandato. Nel corso del colloquio con lo psichiatra aveva dichiarato di essere certo che la casa dei genitori fosse contaminata da HIV e che i suoi rituali di pulizia fossero necessari per evitare l'infezione. Quando lo psichiatra aveva sottolineato che la trasmissione del virus avviene soltanto attraverso liquidi corporei, il signor Lewis aveva replicato che poteva essere stato portato in casa dalla saliva o dal sudore di visitatori. Si era detto anche assolutamente convinto che l'HIV potesse continuare a proliferare su indumenti e biancheria ed entrare nel suo corpo attraverso la bocca, gli occhi o per altre vie. Aveva aggiunto che la madre e il padre avevano cercato più volte di dimostraragli che le sue preoccupazioni erano eccessive; ma oltre a non credere a ciò che i genitori dicevano, queste preoccupazioni

aumentavano tutte le volte che cercava di pensare ad altro. Il paziente non presentava segni di allucinazioni o disturbo formale del pensiero e negava di avere idee di suicidio o omicidio; le sue capacità cognitive erano integre.

Diagnosi

- Disturbo ossessivo-compulsivo, correlato a tic, con insight assente

Discussione

Il signor Lewis è completamente convinto che la casa in cui vive sia contaminata dall'HIV e non riesce a sopprimere questi pensieri intrusivi e inquietanti; in risposta alle sue eccessive preoccupazioni si sente obbligato a mettere in atto comportamenti irragionevoli, che lo tengono occupato tutto il giorno e compromettono il suo funzionamento sociale e lavorativo. Un simile quadro sintomatologico soddisfa pienamente i criteri del DSM-5 per una diagnosi di disturbo ossessivo-compulsivo (DOC); ossessioni di contaminazione e conseguenti rituali di pulizia sono manifestazioni che si riscontrano comunemente nelle persone affette dal disturbo.

Il signor Lewis ha anche una storia di tic motori durante l'infanzia. Il nuovo specificatore “correlato a tic” introdotto dal DSM-5 riflette la crescente mole di dati che indicano come gli individui con DOC e tic attuali o passati presentino caratteristiche tipiche e distintive, e come la presenza o assenza di tic possa guidare la valutazione e il successivo trattamento. Il DSM-5 raccomanda anche di specificare il **livello di insight** dei pazienti con DOC; l'insight può essere giudicato buono o sufficiente, scarso oppure assente. In particolare, lo specificatore “con insight assente/convinzioni deliranti”, che come gli altri due specificatori relativi all'insight è previsto anche per le diagnosi di disturbo di dismorfismo corporeo e disturbo da accumulo, sembra essere una caratteristica distintiva valida e clinicamente utile.

Pensieri ossessivi e comportamenti compulsivi si osservano anche in altri disturbi psichiatrici. Per esempio, i pazienti con **disturbo da ansia di malattia** manifestano la preoccupazione di avere o contrarre una grave malattia e possono avere comportamenti correlati alla salute eccessivi, tra cui la continua ricerca di rassicurazione. Il signor Lewis ha una paura esagerata di contrarre un'infezione da HIV, ma le sue **compulsioni di pulizia e controllo sono più tipiche di un quadro di DOC; mancano** inoltre i **sintomi somatici**, le **altre preoccupazioni rispetto alla salute e il ripetuto controllo del proprio corpo** che di solito caratterizzano il disturbo da ansia di malattia. Allo stesso modo, le persone con disturbo d'ansia generalizzata possono avere preoccupazioni sulla salute propria o altrui, ma tipicamente hanno anche differenti tipi di preoccupazioni e non presentano compulsioni.

I pazienti con **disturbo delirante** non hanno ossessioni, compulsioni, preoccupazioni o altre manifestazioni caratteristiche di DOC e disturbi correlati. Vi-

ceversa, i pazienti con DOC o disturbi correlati e con insight assente/convinzioni deliranti possono apparire deliranti ma non hanno altri sintomi di disturbi psicotici quali allucinazioni o pensiero disorganizzato. Sintomi psicotici possono essere associati all'uso di sostanze, ma nel caso del signor Lewis apparentemente non c'è un legame temporale tra l'assunzione di sostanze e l'insorgenza dei sintomi. Manca anche una storia indicativa di condizioni mediche rilevanti.

Sarebbe comunque opportuno indagare più a fondo sulla natura e gravità dei sintomi del signor Lewis, inclusi comportamenti di evitamento e conseguenze in termini funzionali. Per esempio, al momento della valutazione il signor Lewis aveva un aspetto trasandato, cosa che può sembrare piuttosto strana per una persona con ossessioni di contaminazione; è però possibile che i suoi rituali di pulizia siano arrivati a richiedere un consumo di tempo tale da indurlo a non iniziargli neanche. Per quanto la diagnosi appaia chiara, potrebbe essere utile utilizzare una scala di valutazione dei sintomi di DOC, come la Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale, o una scala per misurare insight e convinzioni deliranti come la Brown Assessment of Beliefs Scale.

Letture consigliate

- DU TOIT, P.L., VAN KRADENBURG, J., NIEHAUS, D., STEIN, D.J. (2001), "Comparison of obsessive-compulsive disorder patients with and without comorbid putative obsessive-compulsive spectrum disorders using a structured clinical interview". In *Comprehensive Psychiatry*, 42, pp. 291-300.
- EISEN, J.L., PHILLIPS, K.A., BAER, L. ET AL. (1998), "The Brown Assessment of Beliefs Scale: reliability and validity". In *American Journal of Psychiatry*, 155, pp. 102-108.
- GOODMAN, W.K., PRICE, L.H., RASMUSSEN, S.A. ET AL. (1989), "The Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale, I: development, use, and reliability". In *Archives of General Psychiatry*, 46, pp. 1006-1011.
- LECKMAN, J.F., DENY'S, D., SIMPSON, H.B. ET AL. (2010), "Obsessive-compulsive disorder: a review of the diagnostic criteria and possible subtypes and dimensional specifiers for DSM-5". In *Depression and Anxiety*, 27, pp. 507-527.

Caso 6.3

Aspetto fisico

Katharine A. Phillips

Vincent Mancini, 26 anni, si era presentato per una valutazione psichiatrica accompagnato dai genitori, angustiati ed estenuati dai suoi comportamenti. Fin dai primi anni dell'adolescenza il signor Mancini aveva manifestato preoccupazioni eccessive per i suoi presunti difetti fisici, che secondo lui includevano "imperfezioni e cicatrici" cutanee, capelli "radi e sottili", orecchie "asimmetriche", un corpo "gracile" e "non abbastanza muscoloso". Anche se il suo aspetto appariva del tutto normale, si diceva assolutamente convinto di essere "brutto" e "repellente"; era anche certo che a causa della sua bruttezza gli altri lo compatissero e lo prendessero in giro di nascosto.

Il signor Mancini passava cinque o sei ore giorno controllando allo specchio (o su qualsiasi superficie riflettente, comprese finestre e vetrine) le varie parti del suo corpo che non gli piacevano, tirandosi le orecchie per cercare di "pareggiarle", pettinandosi per trovare acconciature che potessero "dare un'illusione di volume" e confrontando il proprio aspetto con quello di altre persone. Si stuzzicava compulsivamente la pelle, a volte utilizzando lamette da barba, per tentare di "ripulirla"; tutte le mattine faceva ginnastica e sollevamento pesi; indossava abitualmente diverse T-shirt, una sopra l'altra, per sembrare più robusto; portava quasi sempre un berretto per nascondere i capelli. Si era anche sottoposto a un trattamento dermatologico, che non gli sembrava aver migliorato in alcun modo lo stato della sua pelle.

Durante gli anni del liceo aveva perso mesi di scuola perché le preoccupazioni riguardo al suo aspetto gli impedivano di fare i compiti a casa, lo spingevano a lasciare l'aula per andare a controllarsi allo specchio e lo facevano sentire troppo imbarazzato all'idea di essere visto da insegnanti e compagni; aveva quindi interrotto gli studi ed era diventato sempre più isolato socialmente. Non aveva mai pensato alla possibilità di avere relazioni sentimentali, "perché nessuna ragazza vorrebbe uscire con un uomo così brutto"; aveva invece spesso considerato l'idea di suicidarsi, "perché non vale la pena di vivere quando uno sembra un mostro e gli altri lo evitano a causa della sua bruttezza". I genitori del signor Mancini si erano detti preoccupati anche dalle sue "reazioni violente" quando cercavano di allontanarlo da uno specchio e dai comportamenti aggressivi che manifestava quando si sentiva particolarmente arrabbiato per via del suo aspetto.

Il signor Mancini aveva riferito umore depresso, anedonia, bassa autostima, difficoltà di concentrazione e pensieri di suicidio, tutti sintomi che attribuiva alle preoccupazioni per i suoi difetti fisici. Per cercare di arginare il disagio provocato da tali preoccupazioni beveva alcol e fumava marijuana; per "diventare più muscoloso" assumeva regolarmente integratori proteici, ma affermava di non aver mai fatto uso di steroidi anabolizzanti o farmaci simili, né di altre sostanze di abuso. Nella tarda adolescenza aveva avuto problemi di ansia in situazioni sociali, che riteneva dovuti al fatto di sentirsi "stupido", ma riteneva di non averne attualmente. L'anamnesi per-

sonale indicava l'assenza di condizioni mediche rilevanti; la madre aveva una storia di **disturbo ossessivo-compulsivo**.

Il signor Mancini era ben vestito, pettinato con cura e aveva in testa un cappellino da baseball; non aveva difetti fisici evidenti. Durante il colloquio non aveva stabilito un buon contatto visivo; appariva orientato e nel complesso cognitivamente integro. L'eloquio era normale e non erano emersi segni di alterazione psicomotoria. L'umore era irritabile e depresso, con ideazione suicidaria passiva. Il paziente era irriducibilmente convinto di essere brutto ma non aveva altri sintomi psicotici; credeva fermamente che i suoi "difetti" fossero reali e non legati a un disturbo psichiatrico.

Diagnosi

- Disturbo di **dismorfismo corporeo**, con **insight assente/convinzioni deliranti**, con **dismorfia muscolare**

Discussione

Il signor Mancini ha preoccupazioni per difetti o imperfezioni percepiti nell'aspetto fisico che non sono osservabili o appaiono lievi ad altre persone; tali preoccupazioni sono causa di disagio clinicamente significativo e compromissione funzionale. In base ai criteri del DSM-5, il signor Mancini è affetto da un **disturbo di dismorfismo corporeo**.

Il disturbo di dismorfismo corporeo è frequente, con una prevalenza leggermente superiore nella popolazione femminile; in circa i due terzi dei casi insorge durante l'infanzia o l'adolescenza. Le **preoccupazioni**, che in media si manifestano per **3-8 ore al giorno**, possono focalizzarsi su qualsiasi area del corpo (spesso la faccia o la testa) e di solito riguardano diverse aree. Tutti gli individui che soffrono del disturbo, durante il decorso, mettono in atto **comportamenti ripetitivi** o **azioni mentali** (come il confronto con gli altri) mirati a eliminare, controllare o nascondere i difetti percepiti o a ottenere rassicurazioni sul proprio aspetto. Un sintomo comune è lo **stuzzicamento della pelle** allo scopo di migliorare le sue presunte imperfezioni; in questi casi la diagnosi è comunque quella di disturbo di dismorfismo corporeo, e non di **disturbo da escoriazione**.

In genere le preoccupazioni legate all'aspetto provocano una marcata compromissione del funzionamento sociale e lavorativo. Circa l'80% dei pazienti con disturbo di dismorfismo corporeo nel corso della vita ha ideazione suicidaria, spesso attribuita al disturbo, e circa un quarto tenta il suicidio; per quanto limitati, i dati disponibili a questo proposito riportano un alto tasso di suicidi. I **sintomi** del disturbo **possono includere comportamenti aggressivi e violenti**.

Il DSM-5 invita a utilizzare, per i pazienti che ricevono questa diagnosi, specificatori che definiscono il **grado di insight** dell'individuo rispetto ai propri sintomi: con insight buono o sufficiente, con insight scarso o con insight assente/convincioni deliranti. Un insight scarso è comune, mentre circa un terzo dei pazienti – tra cui il signor Mancini, che è assolutamente certo di essere brutto – ha **con-**

vinzioni deliranti specifiche; per questi pazienti la diagnosi rimane quella relativa a un disturbo di dismorfismo corporeo, anziché di un disturbo psicotico. Come la maggior parte delle persone con disturbo di dismorfismo corporeo, il signor Mancini ha anche deliri di riferimento, ma non presenta altri sintomi psicotici.

I criteri del DSM-5 prevedono inoltre l'uso dello specificatore “con dismorfia muscolare” se l'individuo è preoccupato dall'idea che la sua costituzione corporea sia troppo piccola o non sufficientemente muscolosa; anche quando, come nel caso del signor Mancini, sono presenti preoccupazioni relative ad altre aree del corpo. La dismorfia muscolare è considerata una forma di disturbo di dismorfismo corporeo, piuttosto che come un disturbo dell'alimentazione, perché soddisfa i criteri diagnostici per il disturbo e perché non tutti gli individui con dismorfia muscolare hanno comportamenti alimentari anormali.

Preoccupazioni, ossessioni e comportamenti ripetitivi si manifestano anche nel contesto di un disturbo ossessivo-compulsivo, ma nel disturbo di dismorfismo corporeo coinvolgono in maniera specifica i difetti fisici percepiti; le preoccupazioni di simmetria del signor Mancini, per esempio, riguardano soltanto il suo aspetto (specialmente le orecchie). I due disturbi sono correlati – e la madre del signor Mancini ha una storia di disturbo ossessivo-compulsivo – ma presentano differenze, che comprendono un insight tendenzialmente più scarso, un rischio di suicidio più alto e una maggiore frequenza di comorbilità con disturbo depressivo maggiore e disturbi correlati a sostanze nei pazienti con disturbo di dismorfismo corporeo. Il disagio e la compromissione funzionale causati dal disturbo provocano spesso l'insorgenza di sintomi depressivi e depressione maggiore; gli individui depressi che soddisfano i criteri per disturbo di dismorfismo corporeo dovrebbero ricevere quest'ultima diagnosi.

Analogamente, dovrebbero ricevere una diagnosi di disturbo di dismorfismo corporeo, e non di disturbo d'ansia sociale (fobia sociale), i pazienti in cui ansia sociale ed evitamento sono secondari alle preoccupazioni sui difetti fisici percepiti, che generano quasi sempre la convinzione o la paura di essere considerati brutti e di venire perciò derisi o rifiutati. Tuttavia, una comorbilità con disturbo d'ansia sociale si riscontra in più di un terzo degli individui con disturbo di dismorfismo corporeo. Nella tarda adolescenza, quando ha avuto problemi di ansia sociale non attribuibili alle preoccupazioni per il suo aspetto fisico (si sentiva “stupido”), il signor Mancini ha probabilmente avuto anche un disturbo d'ansia sociale; ulteriori indagini potranno chiarire se soddisfa tuttora i criteri per una simile diagnosi aggiuntiva.

Il disagio indotto dal disturbo di dismorfismo corporeo è responsabile anche, nella maggioranza dei casi, della frequente comorbilità con disturbi correlati a sostanze. Il signor Mancini ha ammesso di fare uso di alcol e marijuana, ma rimane da stabilire se corrisponda o meno ai criteri per una diagnosi di disturbo da uso di sostanze. Un abuso di androgeni anabolizzanti, che può avere gravi conseguenze a livello fisico e mentale, si riscontra in circa il 20% delle persone con dismorfia muscolare. Anche se il signor Mancini ha negato di assumerli, le sue “reazioni violente” nei confronti dei genitori indicano la

possibilità di un uso di steroidi che il paziente ha preferito non menzionare nel primo colloquio con lo psichiatra.

Letture consigliate

- PHILLIPS, K.A., STEIN, D.J., RAUCH, S.L. ET AL. (2010), "Should an obsessive-compulsive spectrum grouping of disorders be included in DSM-V?". In *Depression and Anxiety*, 27, pp. 528-555.
- PHILLIPS, K.A., WILHELM, S., KORAN, L.M. ET AL. (2010), "Body dysmorphic disorder: some key issues for DSM-V". In *Depression and Anxiety*, 27, pp. 573-591.

Caso 6.4

Ansia e depressione

David Mataix-Cols, Lorena Fernández de la Cruz

Wendy Nichols, 47 anni, nubile, era stata indirizzata a un centro di salute mentale a causa di un quadro misto di umore depresso e ansia generalizzata. Non aveva mai ricevuto trattamenti psichiatrici di tipo farmacologico, ma cinque anni prima, in seguito a un episodio depressivo, aveva completato un ciclo di terapia cognitivo-comportamentale.

La signorina Nichols viveva da sola in un appartamento di tre locali; non c'erano familiari o amici che abitassero nelle vicinanze. Era laureata e lavorava part-time come addetta alle vendite in un negozio dell'usato i cui proventi erano destinati a opere caritatevoli. Diceva di avere avuto relazioni sentimentali ai tempi dell'università, ma che negli anni successivi era stata "troppo occupata da altre cose".

Alla valutazione iniziale la signorina Nichols era apparsa una donna articolata, ben vestita, coerente e collaborativa. Il suo umore era chiaramente depresso e aveva riferito una scarsa capacità di concentrazione e organizzazione. Non beveva alcol e non aveva mai assunto altre sostanze di abuso. Non aveva una storia di condizioni mediche rilevanti.

Quando lo psichiatra aveva notato che la sua borsa era piena di scontrini, buste e bollette, al principio la signorina Nichols aveva detto con aria noncurante che "portava sempre tutto con sé". Ma dopo ulteriori richieste di spiegazioni aveva raccontato che fin da bambina aveva avuto difficoltà a disfarsi delle cose; diceva che queste difficoltà erano incominciate all'età di 12 anni, quando la madre aveva buttato nella spazzatura i suoi vecchi giocattoli. Aveva progressivamente riempito il suo appartamento di libri, giornali, vestiti e ogni sorta di oggetti, parecchi dei quali ammazzati in scatole di cartone e sacchi di plastica. Odiava gli sprechi; si rendeva conto del fatto che i suoi comportamenti erano "anormali", ma tutte queste cose un giorno sarebbero potute tornare utili. Per di più molte erano belle, uniche, antiche, oppure avevano per lei un forte valore affettivo; la sola idea di poterle gettare via le causava un grande disagio.

Dopo una serie di incontri lo psichiatra era arrivato ad avere un quadro più chiaro della gravità della situazione. Nelle stanze dell'appartamento della paziente, già zeppe di oggetti quando la signorina Nichols aveva poco più di trent'anni, ora rimaneva pochissimo spazio per vivere. Dato che la cucina era diventata pressoché impraticabile, usava un frigorifero da campeggio e un piccolo forno a microonde che aveva piazzato su una pila di riviste nel corridoio. Consumava i suoi pasti seduta sull'unica sedia vuota della casa; la sera, per andare a dormire, spostava sulla sedia le carte che durante il giorno stavano ammucchiate sul letto. Ciò nonostante, continuava a comprare altri oggetti nel negozio in cui lavorava; raccoglieva anche regolarmente tutti i giornali gratuiti che le capitavano a tiro, dicendosi che li avrebbe letti in futuro.

La signorina Nichols non aveva parlato con nessuno di questo problema, neanche con la madre, che pure sarebbe stata contenta di aiutarla; anzi, era sorpresa di averne parlato con lo psichiatra. Era imbarazzata dalle condizioni del suo appartamento, e da almeno 15 anni nessun altro ne aveva varcato la soglia; malgrado fosse di natura socievole e si sentisse sola, evitava contatti sociali e relazioni sentimentali perché sapeva di non poter invitare qualcuno a casa. Lo psichiatra si era offerto di andare a vedere l'appartamento, ma la signorina Nichols aveva preferito mostragli delle fotografie scattate con il suo cellulare: le foto ritraevano mobili ricolmi di oggetti e cataste di scatole, carte e vestiti che andavano dal pavimento al soffitto.

A parte il persistente senso di tristezza e di solitudine e l'ansia che l'assaliva ogni volta che tentava di ripulire la casa o quando qualcuno cercava di fare amicizia con lei, la signorina Nichols negava la presenza di altri sintomi psichiatrici (inclusi deliri, allucinazioni o altri comportamenti compulsivi).

Diagnosi

- Disturbo da accumulo, con acquisizione eccessiva, con insight buono o sufficiente
- Disturbo depressivo senza specificazione

Discussione

La signorina Nichols è affetta da disturbo da accumulo, una nuova categoria diagnostica del DSM-5. Ha difficoltà a gettare via i propri beni sin dall'infanzia, con intenso disagio anche al solo pensiero di separarsene, e le ragioni che adduce per giustificare tale difficoltà sono l'utilità percepita degli oggetti conservati e il loro valore estetico o affettivo. Il continuo accumulo di oggetti di varia natura ha ridotto al minimo gli "spazi vitali" del suo appartamento e ha generato un grave isolamento sociale. Infine, i suoi comportamenti di accumulo non sembrano essere attribuibili a una condizione medica o a un altro disturbo mentale.

Va ricordato che in questi casi oggetti preziosi sono spesso ammucchiati in modo disorganizzato insieme a cose inutili e prive di valore, di modo che gioielli e documenti importanti possono trovarsi mischiati in pile di quotidiani ingialliti. Saperlo può aiutare il clinico a porre le domande più appropriate per ottenere informazioni da persone che sono generalmente imbarazzate dai propri comportamenti; può essere utile anche una documentazione diretta, attraverso fotografie o visite all'abitazione dei pazienti.

Per la diagnosi di disturbo da accumulo il DSM-5 prevede due tipi di specificatori. Il primo, "con acquisizione eccessiva", si riferisce alla continua acquisizione di oggetti, che possono essere gratuiti, comprati o rubati, anche quando sono chiaramente non necessari o manca spazio sufficiente per sistemarli. È inoltre raccomandato l'uso di specificatori relativi all'insight. La signorina Nichols ritiene che i suoi comportamenti di accumulo siano ragionevoli (gli oggetti conservati sono potenzialmente utili o hanno un valore monetario o affettivo);

non ne ha mai parlato con i familiari, né ha cercato in precedenza aiuto a causa di tali comportamenti. È però consapevole di avere un problema e dice di voler essere aiutata; il suo insight può quindi essere definito buono o sufficiente.

La diagnosi di disturbo da accumulo non dovrebbe essere posta quando l'accumulo è reputato una conseguenza diretta di un altro disturbo psichiatrico. Per esempio, un eccessivo accumulo di oggetti può essere associato a un **disturbo ossessivo-compulsivo** e a una serie di disturbi del neurosviluppo (come il disturbo dello spettro dell'autismo), neurocognitivi (come la demenza frontotemporale) o psicotici (come la schizofrenia). Ma nessuna di queste possibili diagnosi alternative sembra corrispondere al quadro della signorina Nichols.

La mancanza di energia dovuta a un disturbo depressivo maggiore può portare all'accumulo disordinato di oggetti, e la signorina Nichols ha evidenti sintomi depressivi. Tuttavia, al momento non è chiaro se questi sintomi soddisfino i criteri per un disturbo depressivo specifico; i problemi di accumulo della paziente sono inoltre di lunga data e sembrano aver preceduto l'insorgenza dei suoi sintomi dell'umore. La signorina Nichols ha pertanto ricevuto sia la diagnosi di disturbo da accumulo, sia quella di disturbo depressivo senza specificazione.

Letture consigliate

- MATAIX-COLS, D., FROST, R.O., PERTUSA, A. ET AL. (2010), "Hoarding disorder: a new diagnosis for DSM-V?". In *Depression and Anxiety*, 27, pp. 556-572.
- MATAIX-COLS, D., BILLOTTI, D., FERNÁNDEZ DE LA CRUZ, L., NORDSLETTEN, A.E. (2013), "The London field trial for hoarding disorder". In *Psychological Medicine*, 43, pp. 837-847.
- PERTUSA, A., FROST, R.O., FULLANA, M.A. ET AL. (2010), "Refining the diagnostic boundaries of compulsive hoarding: a critical review". In *Clinical Psychology Review*, 30, pp. 371-386.

Caso 6.5

Strapparsi i capelli

Dan J. Stein

Zoe Oliver, 22 anni, aveva consultato il suo medico di famiglia dopo aver letto in una rivista un articolo sulla tricotillomania (disturbo da strappamento di peli). Finora aveva parlato solo con la madre di questo suo problema, ma secondo quanto riportato dall'articolo si trattava di un disturbo comune e curabile. A tale riguardo si sentiva piuttosto pessimista, ma dopo aver chiesto anche il parere della madre aveva deciso di cercare aiuto.

Nella maggior parte dei casi la signorina Oliver **si strappava i capelli come parte di un rituale che eseguiva regolarmente quando tornava a casa dal lavoro**. Di solito cercava e **si strappava dalla testa i capelli particolarmente sottili** (sebbene ogni tanto si strappasse anche **ciglia, sopracciglia e peli pubici**). Se riusciva a estrarne anche la radice provava un intenso sollievo; **staccava la radice con i denti** e poi **deglutiva il resto del capello**. L'ingestione dei capelli non aveva mai provocato sintomi gastrointestinali. Aveva **iniziato** a strapparseli all'età di **12 anni**; non aveva mai conosciuto nessuno con simili comportamenti.

La signorina Oliver aveva ripetutamente **cercato di smettere questi rituali** e a volte ci era anche riuscita per periodi di parecchi mesi; la **ripresa dello strappamento dei capelli era stata sempre accompagnata da un senso di rabbia e vergogna**. Copriva con sciarpe e berretti le aree in cui la perdita di capelli risultava più evidente, ma **spesso evitava gli amici per paura che se ne accorgessero**.

Anche quando si sentiva particolarmente demoralizzata a causa della sua abitudine problematica, la signorina Oliver **non aveva sintomi neurovegetativi di depressione, né aveva sintomi rilevanti di ansia**, a parte le preoccupazioni relative alla possibilità di essere scoperta. Negava inoltre **ossessioni, compulsioni, tic, comportamenti di accumulo e preoccupazioni riguardanti malattie o difetti fisici percepiti**; non aveva una storia personale o familiare di altri comportamenti ripetitivi focalizzati sul corpo, quali mordersi le labbra o l'interno delle guance.

Quando le era stato chiesto che cosa facesse se non trovava capelli del tipo "giusto" da strappare, la signorina Oliver aveva rivelato che **spesso si stuzzicava la pelle, oppure le croste conseguenti a stuzzicamenti precedenti**. Se la crosta "veniva via bene" provava un senso di sollievo simile a quello evocato dallo strappamento completo di un capello; nello stesso modo, **a volte masticava e poi inghiottiva le croste**. Queste croste in genere provenivano da aree del corpo **nascoste, per evitare che le risultanti lesioni cutanee fossero visibili ad altri**; la **presenza di croste e lesioni le impediva comunque, per esempio, di andare in spiaggia con gli amici o di avere relazioni sentimentali**.

Diagnosi

- Tricotillomania (disturbo da strappamento di peli)
- Disturbo da escoriazione (stuzzicamento della pelle)

Discussione

La signorina Oliver pare soddisfare i criteri diagnostici sia per tricotillomania (disturbo da strappamento di peli), sia per disturbo da escoriazione (stuzzicamento della pelle). I due disturbi si presentano spesso in comorbilità, hanno criteri molto simili e sono tendenzialmente sottodiagnosticati, a causa della reticenza con cui i pazienti parlano dei loro sintomi e delle difficoltà con cui i clinici li individuano; ma quando i sintomi vengono identificati la diagnosi è normalmente abbastanza semplice. La signorina Oliver si strappa capelli e peli e si stuzzica pelle e croste; ha ripetutamente cercato di smettere; entrambi i comportamenti sono causa di significativa disfunzione psicosociale e non sembrano essere attribuibili ad altri disturbi mentali o fisici.

Anche se entrambe le condizioni hanno un impatto rilevante sulla sua vita, la signorina Oliver sembra dare maggiore importanza alla tricotillomania. Il DSM-5 include come definizione alternativa quella di *disturbo da strappamento di peli*, così come precisa *stuzzicamento della pelle* per il disturbo da escoriazione. Ma mentre la parola *escoriazione* descrive effettivamente il comportamento corrispondente, il termine *tricotillomania* suggerisce una forma di mania e può essere fonte di confusione; molti preferiscono quindi usare la definizione *disturbo da strappamento di peli*.

La signorina Oliver prova un senso di tensione prima dello strappamento dei capelli (o dello stuzzicamento della pelle) e un senso di sollievo o gratificazione subito dopo, ma non tutti gli individui con tricotillomania presentano un pattern di questo tipo. A differenza dei precedenti sistemi di classificazione, incluso il DSM-IV, che consideravano la tricotillomania come un disturbo del controllo degli impulsi, il DSM-5 pone l'accento sui tentativi di ridurre o interrompere lo strappamento di capelli e peli.

Quando lo strappamento porta a una perdita di capelli evidente, gli individui spesso cercano di nasconderla usando sciarpe, cappelli o parrucche; di conseguenza, il DSM-5 non richiede che la perdita sia chiaramente visibile. La necessità che i sintomi provochino disagio e compromissione funzionale è sottolineata in tutto il DSM-5; nella signorina Oliver sono causa di vergogna e ridotto funzionamento sociale. La paziente ha anche riferito di ingerire i capelli strappati; l'ingestione di capelli o peli (tricofagia) può portare a tricobezoari e problemi gastrointestinali, ma la signorina Oliver non sembra aver mai sofferto di complicanze fisiche.

Quando cerca un particolare tipo di capelli da strappare (o di croste da stuzzicare) e poi li trova, li strappa e li inghiotte, la signorina Oliver è pienamente consapevole; in altri individui i comportamenti di strappamento o stuzzicamen-

to possono essere più automatici, associati a un minor grado di consapevolezza. Molti individui con tricotillomania e disturbo da escoriazione – ma non altri, come nel suo caso – hanno un'anamnesi personale o familiare positiva per disturbo ossessivo-compulsivo e disturbi correlati. Anche se tricotillomania e disturbo da escoriazione sembrano in effetti rientrare nello spettro ossessivo-compulsivo, tra questi due disturbi e il disturbo ossessivo-compulsivo ci sono molte differenze cliniche importanti.

Strappamento di pelli e capelli o stuzzicamento della pelle possono manifestarsi nell'ambito di diverse condizioni mediche e psichiatriche, che in questi casi diventano la diagnosi primaria. **Se i comportamenti di strappamento o stuzzicamento sono legati a preoccupazioni eccessive per il proprio aspetto fisico, per esempio, è più probabile che il paziente abbia un disturbo di dismorfismo corporeo.** Una perdita di capelli si può verificare in malattie che vanno dal lupus all'alopecia areata; se un paziente nega di strapparsi i capelli, indagini appropriate possono evidenziare la presenza di una condizione medica. Similmente, lo stuzzicamento della pelle può derivare da condizioni che includono **allucinazioni tattili, parassitosi delirante, intossicazione da cocaina e scabbia**. Nessuna di queste possibilità sembra corrispondere al quadro riportato dalla signorina Oliver; appare anche da escludere la possibilità che i suoi comportamenti riflettano un'autolesività non suicidaria.

Sarebbe in ogni caso consigliabile verificare ulteriormente l'assenza di altri disturbi psichiatrici attraverso interviste strutturate e definire la gravità dei problemi della signorina Oliver mediante scale di valutazione dei sintomi, ottenendo informazioni che possono risultare utili in termini di prognosi e trattamento. Potrebbero essere utili anche **indagini più approfondite su eventuali fattori di stress** – la paziente si strappa i capelli e si stuzzica la pelle **quando torna a casa dal lavoro** – e sugli effetti positivi e negativi di questi comportamenti.

Letture consigliate

- DU TOIT, P.L., VAN KRADENBURG, J., NIEHAUS, D., STEIN, D.J. (2001), "Comparison of obsessive-compulsive disorder patients with and without comorbid putative obsessive-compulsive spectrum disorders using a structured clinical interview". In *Comprehensive Psychiatry*, 42, pp. 291-300.
- GRANT, J.E., ODLAUG, B.L., CHAMBERLAIN, S.R. ET AL. (2012), "Skin picking disorder". In *American Journal of Psychiatry*, 169, pp. 1143-1149.
- PHILLIPS, K.A., STEIN, D.J., RAUCH, S.L. ET AL. (2010), "Should an obsessive-compulsive spectrum grouping of disorders be included in DSM-V?". In *Depression and Anxiety*, 27, pp. 528-555.
- STEIN, D.J., GRANT, J.E., FRANKLIN, M.E. ET AL. (2010), "Trichotillomania (hair pulling disorder), skin picking disorder, and stereotypic movement disorder: toward DSM-V". In *Depression and Anxiety*, 27, pp. 611-626.
- STEIN, D.J., PHILLIPS, K.A., BOLTON, D. ET AL. (2010), "What is a mental/psychiatric disorder? From DSM-IV to DSM-V". In *Psychological Medicine*, 40, pp. 1759-1765.

7. Disturbi correlati a eventi traumatici e stressanti

Introduzione

John W. Barnhill

Il capitolo del DSM-5 sui disturbi correlati a eventi traumatici e stressanti è nuovo; la caratteristica fondamentale che accomuna questi disturbi è che la loro diagnosi richiede l'identificazione di un evento scatenante esterno.

Il disturbo da stress post-traumatico (DSPT) e il disturbo da stress acuto sono stati spostati dalla precedente collocazione nel capitolo sui disturbi d'ansia. Entrambi sono caratterizzati da sintomi eterogenei, non solo da ansia, e questa differente classificazione vuole sottolineare l'importanza di valutare la vasta gamma di reazioni che possono essere indotte da traumi e fattori stressanti esterni. Allo stesso tempo, in entrambi l'ansia è una manifestazione preminente. Una concettualizzazione alternativa li farebbe rientrare in uno spettro di disturbi d'ansia; insieme, per esempio, al disturbo ossessivo-compulsivo, anch'esso spostato nel DSM-5 in un capitolo distinto.

Per il DSPT i criteri diagnostici del DSM-5 comprendono quattro cluster di sintomi: sintomi intrusivi (il rivivere l'evento traumatico), sintomi di evitamento, alterazioni negative di pensieri ed emozioni e alterazioni dell'arousal e della reattività; la diagnosi richiede la presenza di sintomi appartenenti a ognuno di questi cluster. Per il disturbo da stress acuto l'eterogeneità della risposta immediata al trauma viene riconosciuta più esplicitamente eliminando la necessità che l'individuo manifesti sintomi di cluster diversi; la diagnosi richiede invece che siano presenti almeno nove dei 14 sintomi elencati. In altre parole, ciò significa che un individuo con disturbo da stress acuto può avere tutti i quattro sintomi di intrusione, mentre in un altro questi sintomi potrebbero essere completamente assenti.

Disturbo da stress acuto e DSPT sono distinti principalmente in base alla durata dei sintomi, che dopo l'evento esterno devono persistere, rispettivamente, per un periodo di 3-30 giorni o superiore a un mese. Per entrambi i disturbi il criterio iniziale ora specifica che l'esposizione all'evento traumatico comprende farne esperienza diretta, assistervi direttamente o venirne a conoscenza; a differenza del DSM-IV, il DSM-5 non richiede una valutazione della reazione soggettiva all'e-

vento. Infine, è stata abbassata la soglia per la diagnosi di DSPT in bambini e adolescenti e sono stati aggiunti criteri separati per i bambini sotto i sei anni di età.

Altri due disturbi descritti nel capitolo, il disturbo reattivo dell'attaccamento e il disturbo da impegno sociale disinibito, si presentano inizialmente nell'infanzia ma possono avere conseguenze che perdurano in età adulta. I bambini con disturbo reattivo dell'attaccamento rispondono all'assenza di un accudimento adeguato nei primi mesi di vita sviluppando sintomi di inibizione e ritiro, mentre quelli con disturbo da impegno sociale disinibito manifestano comportamento sociale indiscriminato e disinibizione.

Nel DSM-5 i disturbi dell'adattamento sono stati ripensati come un insieme di sindromi che emergono dopo l'esposizione a un evento stressante, piuttosto che una categoria residuale per le persone con disagio clinicamente significativo ma con sintomi che non soddisfano i criteri per un disturbo più specifico. Come per il DSM-IV, la diagnosi dovrebbe essere completata da uno specificatore che indica la caratteristica predominante (quale umore depresso, ansia o alterazione della condotta).

Ai disturbi correlati a eventi traumatici e stressanti possono essere ricondotti sintomi disparati e apparentemente non collegati fra loro. Per esempio, un paziente adulto può presentarsi lamentando ansia, depressione, paranoia, isolamento sociale e uso di sostanze; in assenza di un'anamnesi accurata che identifica un trauma precedente, un simile paziente potrebbe ricevere una mezza dozzina di diagnosi diverse, anziché un'unica diagnosi che riassume un complesso eterogeneo di problemi. È però frequente anche la comorbilità con altri disturbi, che in generale vanno diagnosticati insieme al disturbo direttamente correlato a un evento traumatico o stressante.

Letture consigliate

ANDREWS, G., CHARNEY, D.S., SIROVATKA, P.J. ET AL. (2009) (a cura di), *Stress-Induced and Fear Circuitry Disorders: Refining the Research Agenda for DSM-V*. American Psychiatric Association, Arlington.

SHAW, J.A., ESPINEL, Z., SHULTZ, J.M. (2012), *Care of Children Exposed to the Traumatic Effects of Disaster*. American Psychiatric Publishing, Washington.

Caso 7.1

Comportamenti pericolosi

Daniel S. Schechter

Adriana, una bambina di quattro anni e mezzo, era stata portata in un centro di neuropsichiatria infantile a causa dei suoi “comportamenti pericolosi”: i genitori erano preoccupati per il fatto che la bambina si mostrava fin troppo socievole, impulsiva e sempre pronta a interagire anche con gli estranei.

Adriana era stata adottata all’età di 29 mesi in un orfanotrofio di un paese dell’Europa orientale. All’epoca dell’adozione la bambina era stata visitata da un pediatra locale, che non aveva riscontrato problemi a parte i parametri di crescita, tutti al di sotto del quinto percentile. All’orfanotrofio, quando li aveva visti per la prima volta, Adriana si era subito avvicinata ai futuri genitori adottivi, senza alcun segno di timidezza, e poi li aveva abbracciati; la coppia si era sentita rassicurata da questo suo atteggiamento aperto ed espansivo.

Dopo l’adozione e il trasferimento negli Stati Uniti, Adriana aveva presto incominciato a cercare la madre come fonte di protezione e conforto; spesso però sembrava non fare distinzioni tra i genitori e adulti sconosciuti. Se andava in un supermercato con la madre, per esempio, poteva abbracciare chiunque si trovasse in coda nei pressi della cassa, e a feste in casa di amici o in altre situazioni sociali non era raro che cercasse di farsi prendere in braccio da persone che conosceva appena; una volta, in un centro commerciale, si era anche allontanata dai genitori aggregandosi a un’altra famiglia. I genitori temevano che questi comportamenti esponessero la bambina al rischio di rapimento o abuso.

Rispetto ad altri bambini della sua età, all’asilo Adriana aveva difficoltà a rispettare i turni o le regole delle attività collettive con i compagni, spesso invadeva i loro spazi di gioco e a volte li aggrediva. Piccole contrarietà e incidenti di scarsa importanza potevano turbarla per lunghi periodi di tempo; in generale riusciva a calmarsi solo se consolata dalle maestre o dai genitori.

Adriana aveva un fratello di 12 anni, figlio biologico dei genitori adottivi. Per i primi mesi dopo l’adozione era rimasta a casa con la madre; da un anno aveva incominciato ad andare all’asilo, solo la mattina. Aveva fatto considerevoli progressi in termini di sviluppo, anche se c’era ancora un ritardo del linguaggio, più nell’espressione che nella comprensione. Le capacità di apprendimento erano minori di quelle dei compagni, ma le sue abilità motorie erano nella norma. Non aveva problemi di sonno o appetito ed era aumentata di peso, sebbene la circonferenza del cranio rimanesse inferiore al quinto percentile.

Adriana era una bella bambina, dall’aspetto ben curato, che sembrava più piccola della sua età. Durante la valutazione aveva parlato poco, ma aveva prestato molta attenzione all’esaminatore; dopo qualche minuto si era arrampicata sulle sue gambe e gli si era seduta in braccio.

Diagnosi

- Disturbo da impegno sociale disinibito

Discussione

Adriana è stata sottoposta a una valutazione neuropsichiatrica a causa di “comportamenti pericolosi” legati principalmente a un’eccessiva familiarità con adulti sconosciuti. La bambina ha **difficoltà a regolare la sua prossimità fisica ad altre persone**, palesate dalla tendenza sia ad allontanarsi troppo dai genitori, sia ad avvicinarsi troppo agli estranei. Questo vale anche per i coetanei, di cui all’asilo frequentemente invade lo spazio di gioco. Quando l’hanno incontrata per la prima volta all’orfanotrofio i genitori sono stati favorevolmente colpiti dal suo atteggiamento disinvolto ed estroverso. Tuttavia, normalmente entro i primi 6-7 mesi di vita i bambini manifestano attaccamenti selettivi, e all’età di 8-9 mesi si mostrano reticenti a interagire con estranei; il comportamento apparentemente desiderabile di Adriana a 29 mesi di età indica che a quell’epoca era già presente una psicopatologia correlata all’attaccamento.

Adriana ha, molto probabilmente, un disturbo da impegno sociale disinibito. I suoi comportamenti socialmente disinibiti non sono attribuibili a un’impulsività generale; risultano inoltre soddisfatti tutti i criteri sintomatologici per questa diagnosi: ridotta o assente reticenza nell’approcciare e interagire con adulti sconosciuti, comportamento verbale o fisico eccessivamente familiare, diminuito o assente controllo a distanza del caregiver dopo essersi avventurata lontano, disponibilità ad allontanarsi con un adulto sconosciuto con minima o nessuna esitazione.

La categoria del disturbo da impegno sociale disinibito riflette un cambiamento nella nomenclatura diagnostica. Nel DSM-IV la diagnosi di disturbo reattivo dell’attaccamento dell’infanzia o della prima fanciullezza – caratterizzata da un pattern di comportamenti di attaccamento fortemente disturbati ed evolutivamente inappropriati, evidente prima dei cinque anni di età – prevedeva due sottotipi, inibito e disinibito. Nel DSM-5 questi sottotipi sono diventati due disturbi distinti: il primo continua a essere chiamato disturbo reattivo dell’attaccamento, mentre il secondo è stato riconcettualizzato come disturbo da impegno sociale disinibito. Un aspetto importante (menzionato a pag. 312 del DSM-5 tra le caratteristiche associate a supporto della diagnosi) è che i bambini con disturbo da impegno sociale disinibito possono manifestare comportamenti di attaccamento, quali la ricerca di conforto o la condivisione di emozioni positive, verso un particolare caregiver. In altre parole, la condizione può presentarsi anche in bambini che non mostrano segni di attaccamento disturbato; per esempio in quelli che cercano la vicinanza e il conforto della madre quando si fanno male o provano disagio, come nel caso di Adriana.

Al momento dell’adozione Adriana aveva già superato l’età in cui tipicamente i bambini sviluppano attaccamenti selettivi. Ciò suggerisce la possibilità che

Adriana sia stata oggetto di trascuratezza durante una fase delicata, se non cruciale, dello sviluppo del suo cervello sociale. Per esempio, all'orfanotrofio un alto rapporto bambini/caregiver potrebbe avere notevolmente limitato le sue opportunità di formare attaccamenti selettivi; si può presumere che un simile ambiente, probabilmente caratterizzato da trascuratezza, abbia interagito con una particolare vulnerabilità biologica. La mancanza di controllo inibitorio in situazioni sociali, per esempio, potrebbe indicare anormalità nello sviluppo della corteccia prefrontale, della corteccia cingolata e dei circuiti cerebrali correlati; anormalità che possono essere associate a fattori di rischio genetici e a fattori ambientali quali malnutrizione prenatale e/o prematurità.

Adriana tende a essere facilmente turbata e ad avere difficoltà a calmarsi. Questi problemi di regolazione delle emozioni potrebbero essere legati a trascuratezza e attaccamento disturbato, ma anche al ritardo dello sviluppo rispetto all'espressione del linguaggio. A trascuratezza e cure inadeguate (prenatali o postnatali) possono essere inoltre collegati i parametri di crescita sotto il quinto percentile rilevati quando è stata adottata, con una circonferenza cranica tuttora piccola e un possibile lieve ritardo cognitivo. Per quanto sia arduo ricostruire la storia di Adriana prima dell'adozione, sarebbe utile indagare il possibile ruolo di fattori quali malnutrizione, abuso materno di sostanze e sindrome alcolica fetale. È anche necessario verificare l'eventuale presenza di comorbilità; per esempio, alcuni bambini con disturbo da impegno sociale disinibito hanno anche un disturbo da deficit di attenzione/iperattività. Va comunque ricordato che sebbene entrambi i disturbi possano manifestarsi con sintomi di impulsività, quello da impegno sociale disinibito è un disturbo relazionale specifico.

Il disturbo da impegno sociale disinibito riflette in realtà una "patologizzazione" di comportamenti particolarmente amichevoli? La risposta, molto semplicemente, è "no". Mentre molti bambini piccoli possono sorridere o parlare ad adulti conosciuti, o anche ad adulti sconosciuti identificati come "sicuri" dai propri caregiver (attraverso segnali di riferimento sociale), che bambini dell'età di Adriana si mostrino affettuosi con un estraneo, toccandolo, parlandogli o addirittura allontanandosi con lui senza fare riferimento ai caregiver è non solo anormale, ma maladattivo e potenzialmente pericoloso. Il riconoscimento del disturbo da impegno sociale disinibito è una tappa importante per riuscire a fornire le forme di assistenza clinica che possono aiutare questo gruppo di piccoli pazienti vulnerabili, le cui vite sono già state segnate da disattenzione e trascuratezza.

Letture consigliate

- BOWLBY, J. (1969), *Attaccamento e perdita*, vol. 1: *L'attaccamento alla madre*. Tr. it. Boringhieri, Torino 1972.
- BRUCE, J., TARULLO, A.R., GUNNAR, M.R. (2009), "Disinhibited social behavior among internationally adopted children". In *Development and Psychopathology*, 21, pp. 157-171.

GLEASON, M.M., FOX, N.A., DRURY, S. ET AL. (2011), "Validity of evidence-derived criteria for reactive attachment disorder: indiscriminately social/disinhibited and emotionally withdrawn/inhibited types". In *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 50, pp. 216-231.

SCHECHTER, D.S., WILLHEIM, E. (2009), "Disturbances of attachment and parental psychopathology in early childhood". In *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 18, pp. 665-686.

Caso 7.2

Due reazioni a un trauma

Matthew J. Friedman

Evento traumatico: Bethany Pinsky, 23 anni, era andata al cinema per vedere la prima locale di un film fortemente reclamizzato. Mentre sedeva in platea aspettando l'inizio del film, un giovane armato di fucile con il volto coperto da un passamontagna era apparso improvvisamente davanti allo schermo e si era messo a sparare sul pubblico. Bethany aveva visto molte persone colpite, inclusa la donna che le stava seduta accanto. La gente tutto intorno gridava, cercando di scappare; terrorizzata, Bethany si era fatta in qualche modo strada tra la folla, aveva raggiunto l'uscita e si era ritrovata illesa nel parcheggio del cinema, dove stavano arrivando le prime auto della polizia.

Anche Charles Quigley, 25 anni, aveva temuto per la sua vita. Si era nascosto dietro una fila di poltrone e camminando carponi si era trascinato fino a un corridoio; da lì era corso velocemente verso l'uscita. Era coperto di sangue, ma non era stato ferito.

Bethany e Charles, due giorni dopo: Due giorni dopo, sia la signorina Pinsky sia il signor Quigley si consideravano "mentalmente distrutti". Erano entrambi ovviamente contenti di essere sopravvissuti indenni all'accaduto, ma si sentivano estremamente reattivi e ansiosi. Sussultavano al più piccolo rumore. Continuavano a guardare la televisione per avere le ultime notizie sulla sparatoria, ma tutte le volte che venivano trasmessi servizi giornalistici che mostravano scene filmate durante l'evento avevano attacchi di panico, iniziavano a sudare profusamente e non riuscivano a calmarsi o a pensare ad altro. Di notte non potevano dormire a causa degli incubi; di giorno erano travolti da ricordi intrusivi e sgradevoli degli spari, delle urla e del terrore che avevano provato mentre stavano fuggendo.

Bethany, due settimane dopo: Nel giro di due settimane la situazione della signorina Pinsky era notevolmente migliorata. Gli incubi notturni erano scomparsi; durante la giornata aveva ancora saltuarie reazioni di allarme o brevi sensazioni di panico quando qualcosa le ricordava la sparatoria, ma per il resto stava tornando alla normalità: non avrebbe mai dimenticato quanto era successo nel cinema, ma la sua vita stava riprendendo il corso che aveva prima dell'evento traumatico.

Charles, due settimane dopo: Non altrettanto poteva dirsi per il signor Quigley, che a due settimane di distanza continuava ad avere incubi, a trasalire in risposta a qualsiasi rumore inaspettato e a sentirsi incapace di concentrarsi sul lavoro o di provare emozioni positive e piacevoli. Anche se cercava di evitare tutto ciò che poteva richiamare alla mente la sparatoria, era costantemente assalito dai ricordi dei colpi di fucile, delle grida delle persone atterrite, del sangue appiccicoso che era sgorgato dal petto di un uomo ferito e gli era colato addosso mentre si trovava rannicchiato dietro ai sedili. A volte provava anche un senso di distacco da stesso e dall'ambiente circostante. Il signor Quigley diceva che questa esperienza traumatica aveva cambiato la sua vita.

Diagnosi

- Signorina Pinsky: nessuna diagnosi, normale reazione allo stress
- Signor Quigley: disturbo da stress acuto

Discussione

Quasi tutte le persone sono turbate subito dopo un evento traumatico; l'atteggiamento clinico più appropriato è quello di considerare le risposte manifestate nel periodo immediatamente successivo all'evento come reazioni transitorie, che nella maggior parte dei casi si risolvono entro due o tre giorni con conseguente ritorno alla normalità. Il quadro presentato dalla signorina Pinsky in seguito alla sparatoria nel cinema riflette una normale reazione allo stress, non un disturbo psichiatrico. Normali reazioni allo stress possono manifestarsi con modalità molto eterogenee, ma generalmente comprendono:

- a) *risposte emozionali*, quali shock, paura, tristezza, rabbia, risentimento, senso di colpa o inadeguatezza, vergogna, disperazione, intorpidimento;
- b) *risposte cognitive*, quali confusione, disorientamento, dissociazione, indecisione, difficoltà di concentrazione, perdita di memoria, ricordi involontari;
- c) *risposte fisiche*, quali tensione, stanchezza, insonnia, reazioni di allarme, tachicardia, nausea, perdita dell'appetito;
- d) *risposte interpersonali*, quali diffidenza, irritabilità, ritiro/isolamento, distacco e senso di abbandono/rifiuto.

Nel mese successivo all'evento traumatico una minoranza significativa di individui sviluppa un disturbo da stress acuto, caratterizzato da sintomi più intensi. Un individuo soddisfa i criteri del DSM-5 per la diagnosi del disturbo se presenta almeno nove dei seguenti 14 sintomi, raggruppati in cinque categorie:

- a) *sintomi di intrusione*, quali ricordi intrusivi e spiacevoli dell'evento, sogni traumatici ricorrenti, reazioni dissociative in cui l'individuo rivive l'evento (come flashback), intensa sofferenza psicologica o marcate reazioni fisiologiche in risposta a fattori scatenanti che richiamano l'evento;
- b) *umore negativo*, con persistente incapacità di provare emozioni positive;
- c) *sintomi dissociativi*, quali amnesia e dissociazione o depersonalizzazione;
- d) *sintomi di evitamento*, quali tentativi di evitare ricordi, pensieri o sentimenti associati all'evento e i fattori esterni che li evocano;
- e) *sintomi di arousal*, quali insonnia, irritabilità, ipervigilanza, problemi di concentrazione ed esagerate reazioni di allarme.

Non tutte le categorie di sintomi devono essere necessariamente rappresentate; è quindi possibile, per esempio, che una persona con disturbo da stress acuto abbia tutti i sintomi di intrusione e che un'altra non ne abbia alcuno.

La distinzione da altri disturbi si basa su un'accurata raccolta delle informazioni anamnestiche. Per esempio, un disturbo da stress acuto può essere dia-

gnosticato quando i sintomi non persistono per oltre un mese dopo un evento traumatico, mentre la diagnosi di disturbo da stress post-traumatico può essere posta soltanto quando è passato più di un mese dall'evento. Anche i disturbi dell'adattamento possono essere diagnosticati nel primo mese successivo a un trauma, ma i pazienti che ricevono questa diagnosi non presentano almeno nove dei 14 possibili sintomi di disturbo da stress acuto.

Se considerati singolarmente, i vari sintomi del disturbo possono indurre confusione: per esempio panico, ansia, depressione, dissociazione, pensieri intrusivi e ossessivi sono tutti sintomi che si manifestano comunemente negli individui con disturbo da stress acuto, ma che possono inizialmente suggerire un'ampia gamma di altre condizioni psichiatriche. La diagnosi di disturbo da stress acuto o di disturbo da stress post-traumatico può essere resa più complicata anche dalla contemporanea presenza di una lesione cerebrale traumatica, soprattutto quando la lesione è relativamente poco grave e non è stata identificata. La valutazione di ognuno di questi sintomi può generare dubbi specialmente quando il trauma non è così ovvio come nel caso di una sparatoria in un cinema; ma riuscire a ricondurre un insieme di sintomi apparentemente non collegati tra loro a una sola diagnosi può rassicurare il paziente, indirizzare le scelte terapeutiche e ridurre il ricorso a trattamenti farmacologici non necessari.

Letture consigliate

BRYANT, R.A., FRIEDMAN, M.J., SPIEGEL, D. ET AL. (2011), "A review of acute stress disorder in DSM-5". In *Depression and Anxiety*, 28, pp. 802-817.

Caso 7.3 Un incidente automobilistico

Robert S. Pynoos, Alan M. Steinberg, Christopher M. Layne

Dylan, 15 anni, studente di scuola media superiore, si era presentato per una valutazione psichiatrica due settimane dopo essere stato coinvolto in un grave incidente stradale. Al momento dell'incidente Dylan era seduto sul sedile anteriore dell'auto guidata da un amico; mentre stava uscendo da un passo carraio la vettura era stata investita da un suv che procedeva a tutta velocità per superare un semaforo giallo. La collisione aveva prodotto un grande fragore di lamiere; colpita violentemente sul lato del guidatore, prima di fermarsi l'automobile aveva compiuto un intero giro su stessa. L'amico alla guida, che perdeva sangue da una ferita alla testa, era rimasto per un breve periodo privo di conoscenza; guardandolo, all'inizio Dylan aveva creduto che fosse morto. Dietro, il terzo passeggero dell'auto, un altro compagno di scuola, stava intanto cercando freneticamente di slacciare la sua cintura di sicurezza. Le portiere anteriori erano sfasciate e non si aprivano; Dylan era stato assalito dal terrore che l'auto prendesse fuoco con lui e gli amici bloccati al suo interno. Dopo qualche minuto erano finalmente riusciti ad abbandonare l'auto uscendo da una delle portiere posteriori; il conducente del suv, incolume, aveva già chiamato la polizia. Un'ambulanza li aveva portati al Pronto Soccorso di un ospedale vicino, dove erano stati visitati, medicati e poi affidati, dopo poche ore, alle cure dei loro genitori.

Dal giorno dell'incidente Dylan non aveva più dormito bene; spesso si svegliava nel mezzo della notte con il cuore che batteva forte, mentre nella mente vedeva le luci di fari che avanzavano veloci verso di lui. Aveva difficoltà a concentrarsi e non riusciva a studiare. I genitori avevano notato che quando lo accompagnavano a scuola in auto diventava ansioso ogni volta che la vettura attraversava un incrocio. Sebbene avesse recentemente ottenuto il permesso per principianti, si era rifiutato di fare pratica di guida con il padre. Si mostrava anche insolitamente irascibile con i genitori, le sorelle e gli amici. Un paio di sere prima era andato al cinema, ma era uscito poco dopo l'inizio del film "perché il volume del suono era troppo alto". I genitori, preoccupati dalla persistenza del suo stato di stress, avevano più volte cercato di parlarne con lui, ma Dylan aveva respinto con irritazione questi tentativi. Alla fine, dopo aver preso un voto molto basso in una verifica importante, aveva però accettato il consiglio di uno dei suoi insegnanti preferiti, che gli aveva suggerito di consultare uno psichiatra.

Durante il colloquio con lo psichiatra Dylan aveva riferito anche altri problemi: per esempio, era diventato estremamente sensibile ai rumori forti, non riusciva a togliersi dalla testa l'immagine dell'amico svenuto e sanguinante, provava ondate di rabbia nei confronti del conducente del suv e si sentiva imbarazzato e infastidito dalla sua riluttanza a imparare a guidare. Aveva raccontato che cinque anni prima, al lago, la sorella più piccola era quasi annegata e lui aveva assistito all'episodio. Aveva anche menzionato che in quel mese ricorreva il primo anniversario della morte del nonno.

Diagnosi

- Disturbo da stress acuto

Discussione

Il quadro manifestato da Dylan, che comprende almeno nove dei 14 possibili sintomi descritti dal DSM-5, soddisfa i criteri per la diagnosi di disturbo da stress acuto. A differenza di quelli del DSM-IV, i criteri diagnostici del DSM-5 non richiedono la presenza di diversi sintomi dissociativi; né richiedono, a differenza di quelli per la diagnosi di disturbo da stress post-traumatico, la presenza di uno o più sintomi di ognuno dei cluster principali. Il disturbo da stress acuto può essere diagnosticato tre giorni dopo l'esposizione a un evento traumatico, può essere una risposta transitoria allo stress che si risolve entro un mese dal trauma o, dopo un mese, può progredire verso il disturbo da stress post-traumatico.

Dylan è stato coinvolto in un grave incidente d'auto e ha avuto sintomi di stress acuto nelle due settimane successive, associati a disagio clinicamente significativo, compromissione del funzionamento in ambito sociale e scolastico e astensione da attività evolutivamente importanti programmate in precedenza (imparare a guidare). Lo sviluppo di un quadro simile può avere conseguenze negative rilevanti a breve e a lungo termine, specialmente negli adolescenti, che possono essere evitate grazie a una diagnosi precoce e a interventi terapeutici tempestivi.

I sintomi manifestati da Dylan includono: **ricordi intrusivi e spiacevoli dell'incidente; reazioni psicologiche e fisiche scatenate da fattori che richiamano aspetti dell'evento;** tentativi di evitare sia **ricordi, pensieri e sentimenti** correlati a quanto è successo, sia **fattori esterni** che suscitano tali ricordi, pensieri o sentimenti; un **incubo notturno ricorrente** che gli impedisce di dormire a sufficienza; **irritabilità** che ostacola i suoi rapporti con i genitori, le sorelle e gli amici; problemi di **concentrazione** che riducono il suo rendimento scolastico; **esagerate risposte di allarme** che lo fanno sentire puerile e diverso dai coetanei. Dylan non ha una storia di precedenti disturbi d'ansia in grado di spiegare questi sintomi, che sono tutti insorti dopo l'incidente.

Come molti adolescenti, Dylan si è mostrato riluttante a parlare dei suoi sintomi e dell'esperienza vissuta, in parte proprio perché discuterne lo fa sentire "anormale" rispetto ai pari. Interventi appropriati e immediati possono aiutare i ragazzi come Dylan a comprendere le proprie reazioni di stress acuto, a sviluppare la capacità di gestire i fattori che evocano ricordi e sensazioni sgradevoli dell'evento traumatico e a pianificare con gli insegnanti programmi mirati a recuperare gradualmente l'abituale livello di funzionamento scolastico. Precedenti esperienze di traumi o perdite (come l'annegamento rischiato dalla sorella e la morte del nonno) possono esacerbare le risposte di un individuo a un trauma più recente, ma anche aiutare il clinico a capire meglio il profilo sintomatologico del paziente.

Letture consigliate

BRYANT, R.A., FRIEDMAN, M.J., SPIEGEL, D. ET AL. (2011), "A review of acute stress disorder in DSM-5". In *Depression and Anxiety*, 28, pp. 802-817.

Caso 7.4 Facilmente irritabile

Lori L. Davis

Eric Reynolds, 56 anni, veterano della guerra del Vietnam, si era presentato in centro di salute mentale principalmente a causa della "scarsa pazienza" e della "facile irritabilità". I sintomi del signor Reynolds avevano incominciato a manifestarsi più di trent'anni prima, poco dopo il suo ritorno dal Vietnam, ma convinto di "poter farcela da solo" non aveva mai cercato l'aiuto di uno psichiatra; aveva iniziato a considerare questa possibilità solo di recente, dopo essere andato in pensione.

I sintomi riferiti dal signor Reynolds includevano esplosioni di rabbia incontrollabile, spesso per motivi futili; ricorrenti pensieri e ricordi intrusivi correlati alle esperienze traumatiche vissute in Vietnam; incubi che ricreavano immagini vivide di operazioni militari a cui aveva partecipato, che si presentavano ancora con una frequenza quasi settimanale provocando angoscia notturna e insonnia; perdita di interesse in attività ricreative coinvolgenti altre persone; isolamento, ipervigilanza, ansia ed eccessiva distraibilità.

Sebbene tutti questi sintomi fossero causa di notevole disagio, il signor Reynolds era preoccupato soprattutto dalla sua estrema irritabilità, che lo portava, per esempio, a litigare con altri automobilisti che gli tagliavano la strada, ad aggredire verbalmente estranei che gli stavano troppo vicini in una coda, a rispondere in maniera esagerata a minime provocazioni, specialmente se lo coglievano di sorpresa. Poche settimane prima si era sottoposto a una visita di controllo; mentre in attesa dell'arrivo del medico stava per assopirsi sul lettino, un'infermiera passando gli aveva inavvertitamente sfiorato un braccio. Il signor Reynolds era balzato immediatamente in piedi e si era messo a urlare inferocito contro la donna, una reazione che aveva sbigottito entrambi.

Descrivendo l'episodio il signor Reynolds aveva detto che nessun pensiero o immagine gli era passato per la mente tra lo stimolo inaspettato e la reazione involontaria. La situazione gli aveva poi ricordato un altro episodio avvenuto molti anni prima in Vietnam, quando una notte si trovava mezzo addormentato di guardia a un cancello ed era stato bruscamente risvegliato da un colpo di mortaio esploso nelle vicinanze. Aveva aggiunto che sebbene per sicurezza personale tenesse una rivoltella nel cruscotto della sua automobile, non aveva alcuna intenzione di fare del male ad altri. Dopo i suoi attacchi di collera e gli scontri con altre persone provava sempre un profondo rimorso.

Il signor Reynolds, afroamericano, era cresciuto in una famiglia di agricoltori, povera ma molto unita, in un piccolo paese del Midwest. Era stato arruolato nell'esercito e inviato in Vietnam, in qualità di radio operatore, quando aveva da poco compiuto i vent'anni. Diceva che prima dell'arruolamento era sempre stato tendenzialmente vivace, sereno ed estroverso. Durante il periodo di addestramento militare si era divertito; anche nelle prime settimane in Vietnam, finché uno dei suoi compagni era

morto in un combattimento. Da allora l'unico suo pensiero era stato quello di fare tutto il possibile perché lui e il suo migliore amico riuscissero a tornare a casa vivi, a qualunque costo, anche se ciò significava uccidere altre persone. Raccontava di essere completamente cambiato: quello che era un ragazzo di campagna pieno di vita si era trasformato in un soldato spaventato e iperprotettivo.

Dopo il rientro negli Stati Uniti il signor Reynolds aveva ripreso gli studi, conseguendo il diploma di scuola superiore e una laurea in amministrazione aziendale; aveva però scelto la professione di idraulico autonomo perché preferiva lavorare da solo. Era sposato da 25 anni e aveva due figli che frequentavano l'università. Non aveva precedenti penali. Dopo il suo pensionamento pensava di dedicarsi ad attività rilassanti come la lettura o l'intaglio del legno, per "trovare un po' di pace e tranquillità". Da giovane aveva fumato occasionalmente marijuana e c'erano stati periodi in cui aveva fatto eccessivo uso di alcol, ma negli ultimi dieci anni non aveva mai assunto marijuana e aveva bevuto solo moderatamente.

Durante il colloquio con lo psichiatra il signor Reynolds, dall'aspetto ben curato, era apparso teso e abbastanza guardingo. Aveva parlato generalmente a velocità normale, ma il ritmo dell'eloquio, che era coerente e articolato, era accelerato ogni volta che il discorso aveva toccato argomenti particolarmente disturbanti. Diceva di sentirsi ansioso, ma non depresso. L'espressione delle emozioni era limitata ma appropriata al contesto. I processi del pensiero erano lineari; negava di avere sintomi psicotici, allucinazioni o deliri, idee di suicidio o omicidio. Il suo livello di insight era molto buono; appariva ben orientato e sembrava avere un'intelligenza superiore alla media.

Diagnosi

- Disturbo da stress post-traumatico

Discussione

Il signor Reynolds presenta sintomi che corrispondono a tutte le quattro categorie sintomatologiche del disturbo da stress post-traumatico (DSPT): intrusione, evitamento, alterazioni negative di cognitività e umore e alterazioni dell'arousal e della reattività. Appare preoccupato principalmente dai sintomi correlati a stati di paura, in particolare dalle risposte di "attacco-fuga" in seguito a stimoli inaspettati. Come spesso succede nelle persone con DSPT, nella maggior parte dei casi queste sue reazioni sono fuori luogo, impulsive e imprevedibili; in altre parole, non sono premeditate o parte di una generale impulsività. Oltre all'iperreattività, il signor Reynolds manifesta ipervigilanza, ansia e preoccupazioni di sicurezza eccessive; ha anche classici sintomi intrusivi associati agli eventi traumatici vissuti in Vietnam, che includono ricordi spiacevoli, incubi, flashback e marcate reazioni fisiologiche a fattori scatenanti esterni che richiamano o assomigliano in qualche modo a tali eventi. Non ha invece sintomi psicotici o ideazione suicidaria, che in molti altri pazienti affetti da DSPT rendono necessario un attento monitoraggio prospettico.

Spesso questi pazienti sottolineano, come ha fatto il signor Reynolds, la mancanza di confini precisi tra lo stimolo esterno e le reazioni evocate, percepite come involontarie e incontrollabili, che sono fonte di considerevole disagio per l'individuo e per i suoi familiari, amici o colleghi. Nel caso del signor Reynolds, i tentativi di ridurre i conflitti hanno portato a una spirale di comportamenti caratterizzata da una progressiva restrizione delle opportunità nella sfera familiare, sociale e professionale. Per esempio, la scelta di lavorare come idraulico, malgrado la laurea in economia, sembra derivare soprattutto dallo sforzo di controllare il suo spazio personale, mentre l'idea di consultare uno psichiatra è emersa solo dopo il suo precoce pensionamento. A tale proposito sarebbe utile indagare più a fondo sugli effetti che i sintomi di DSPT hanno avuto sul rapporto con la moglie; è infatti possibile che dopo il pensionamento del marito, avendo più tempo a disposizione da passare insieme, sia stata lei a spingere il signor Reynolds a cercare aiuto. Un'altra ipotesi plausibile è che la decisione di andare prematuramente in pensione sia scaturita da un peggioramento dei sintomi e del loro impatto sulle relazioni del signor Reynolds in ambito lavorativo.

Data la frequente comorbilità tra DSPT e differenti disturbi psichiatrici, va anche considerata con attenzione la possibilità di altre diagnosi. Per esempio, il signor Reynolds ha riportato che non fuma marijuana da anni e che nell'ultimo decennio il suo consumo di alcol è stato modesto, ma l'alto tasso di comorbilità tra DSTP e disturbi da uso di sostanze dovrebbe indurre a verificare la veridicità delle sue affermazioni a questo riguardo. L'irascibilità del signor Reynolds può sembrare per certi versi simile all'irritabilità disforica che si osserva in pazienti con disturbo bipolare II; nel suo caso, però, i sintomi si sviluppano improvvisamente in risposta a stimoli inattesi e non sono accompagnati, per periodi di diversi giorni, da sintomi maniacali quali aumento del livello di energia, fuga delle idee o diminuito bisogno di sonno. Il signor Reynolds dice di non sentirsi depresso; inoltre la sua perdita di interesse o piacere sembra riguardare solo attività sociali, non attività (come leggere o intagliare il legno) che rispecchiano la sua tendenza a isolarsi in un ambiente calmo e sicuro.

Infine, la storia del signor Reynolds evidenzia un conflitto che si riscontra comunemente nei pazienti con DSTP. Gli individui che sopravvivono a eventi traumatici spesso sono sia orgogliosi di mostrare resilienza e autonomia, sia imbarazzati da sintomi che non sono in grado di controllare: l'idea di affidarsi e confidare i propri problemi a una figura dotata di autorità può sembrare impossibile. Un simile atteggiamento può ostacolare e ritardare il ricorso a un sistema di salute mentale che sta facendo notevoli progressi in termini di interventi mirati a migliorare i sintomi e le conseguenze interpersonali e occupazionali del DSTP.

Letture consigliate

ADLER, D.A., POSSEMATO, K., MAVANDADI, S. ET AL. (2011), "Psychiatric status and work performance of veterans of Operations Enduring Freedom and Iraqi Freedom". In *Psychiatric Services*, 62, pp. 39-46.

- DAVIS, L.L., LEON, A.C., TOSCANO, R. ET AL. (2012), "A randomized controlled trial of supported employment among veterans with post-traumatic stress disorder". In *Psychiatric Services*, 63, pp. 464-470.
- FRIEDMAN, M.J., RESICK, P.A., BRYANT, R.A., BREWIN, C.R. (2011), "Considering PTSD for DSM-5". In *Depression and Anxiety*, 28, pp. 750-769.
- TETEN, A.L., MILLER, L.A., STANFORD, M.S. ET AL. (2010), "Characterizing aggression and its association to anger and hostility among male veterans with post-traumatic stress disorder". In *Military Medicine*, 175, pp. 405-410.
- TSAI, J., HARPAZ-ROTEM, I., PIETRZAK, R.H., SOUTHWICK, S.M. (2012), "The role of coping, resilience, and social support in mediating the relation between PTSD and social functioning in veterans returning from Iraq and Afghanistan". In *Psychiatry*, 75, pp. 135-149.

Caso 7.5

Molto stressato

Cheryl Munday, Jamie Miller Abelson, James Jackson

Franklin Sims, un afroamericano di 21 anni, si era presentato in un centro di salute mentale perché si sentiva "molto stressato", sempre più isolato dagli amici e "angosciato da problemi economici". Diceva di sentirsi depresso da circa tre mesi e attribuiva questo "periodo negativo" a due eventi che si erano verificati quasi contemporaneamente: la fine di una relazione sentimentale durata tre anni e la scoperta, fortuita e deludente, dell'identità del padre biologico.

Il signor Sims, che frequentava attualmente l'università, si era mantenuto agli studi fin dai primi anni della scuola superiore; le preoccupazioni riguardanti la sua situazione finanziaria non erano per lui una cosa nuova, ma si erano intensificate dopo la rottura della lunga relazione amorosa. Aveva chiesto un prestito a un "amico di famiglia", che si era rifiutato di aiutarlo; aveva poi scoperto che l'uomo era in realtà suo padre. La frustrazione provata in quel momento aveva riattivato i sentimenti di rabbia e tristezza da tempo collegati al fatto di non conoscere l'identità del genitore. Era rimasto sconvolto; da allora continuava a "sentirsi a pezzi", e per questo motivo i due compagni di università con cui abitava avevano incominciato a prenderlo in giro.

Salvo il weekend, il signor Sims lavorava, da mezzanotte alle cinque del mattino, come commesso in un supermercato aperto 24 ore su 24; quando tornava a casa dopo la fine del suo turno spesso aveva difficoltà "a rallentare" e non riusciva a dormire. Si irritava frequentemente con i compagni con cui condivideva l'appartamento a causa del loro disordine. Non aveva alterazioni dell'appetito e la sua salute fisica era buona. Faceva fatica a studiare e agli ultimi esami sostenuti aveva preso voti più bassi del solito. Era anche diventato sempre più ansioso, oltre che per le sue difficoltà economiche, perché aveva paura di rimanere solo e di non riuscire a trovare un'altra ragazza. In precedenza non aveva mai consultato uno psichiatra; si era presentato al centro di salute mentale dietro consiglio di un cugino a cui era molto affezionato.

Il signor Sims, figlio unico, era stato cresciuto dalla madre e dalla sua famiglia allargata. Descripendosi, aveva detto di essere "un buono studente" e "un ragazzo molto socievole". L'inizio della scuola superiore era stato complicato, sia perché la madre era rimasta disoccupata per tre anni, sia perché all'età di 14 anni il signor Sims aveva incominciato a fare uso di alcol e marijuana. Ricordava parecchi episodi in cui si era pesantemente ubriacato e per un paio d'anni aveva fumato marijuana quasi ogni giorno; aveva poi smesso spinto da un'amica. Attualmente beveva "una birra ogni tanto" e fumava marijuana solo in situazioni sociali, "più o meno una volta alla settimana".

Durante la valutazione il signor Sims, di aspetto gradevole e vestito con cura, si era mostrato molto disponibile e collaborativo, attento, preciso e anche divertente,

dotato di un senso dell'umorismo pacato e asciutto; in generale sembrava teso e preoccupato, ma aveva più volte sorriso. Negava di avere sintomi psicotici o pensieri di suicidio o omicidio. L'eloquio era coerente; le capacità cognitive erano integre; le capacità di insight e giudizio erano buone.

Diagnosi

- Disturbo dell'adattamento con umore depresso

Discussione

Il sintomi presentati dal signor Sims soddisfano i criteri per una diagnosi di disturbo dell'adattamento con umore depresso. I suoi sentimenti di tristezza, scoraggiamento e rabbia, il suo atteggiamento di ritiro e i suoi problemi di rendimento scolastico si sono sviluppati in seguito a due chiari eventi stressanti: la rottura con la ragazza e la scoperta dell'identità del padre biologico, associata a un senso di delusione e sconforto. I sintomi del signor Sims sono causa di compromissione funzionale; inoltre, non sono riconducibili a un lutto e non si sono manifestati in maniera persistente per un periodo superiore ai sei mesi dopo gli eventi stressanti e le loro conseguenze.

Questi due avvenimenti recenti sono significativi, ma i fattori di stress sono una costante nella vita del signor Sims. È stato cresciuto da una madre nubile, ignorando l'identità del padre, in condizioni economiche cronicamente precarie; per poter proseguire gli studi ha incominciato a lavorare sin dai primi anni della scuola superiore, quando la madre è rimasta per molto tempo disoccupata. Di fronte a una simile serie di difficoltà il signor Sims ha però sempre mostrato una notevole resilienza: fino a qualche mese prima, per esempio, era stato capace di conciliare con successo gli studi universitari, un lavoro notturno e una lunga relazione sentimentale. Il quadro emerso dalle informazioni disponibili è quello di un giovane piacevole e determinato, recentemente esposto a un considerevole carico di stress acuto, che ha poi manifestato sintomi corrispondenti alla diagnosi relativamente benigna di disturbo dell'adattamento. Tuttavia, per quanto questa sembri l'interpretazione più ragionevole, non vanno trascurate possibilità alternative, che includono un disturbo da uso di marijuana, un disturbo del sonno o un disturbo d'ansia o depressivo di più lunga data.

Le aspettative culturali in generale prevedono che i giovani maschi adulti afroamericani siano forti e indipendenti, restii a cercare aiuto e a parlare dei loro sentimenti. È probabile che per il signor Sims la decisione di rivolgersi a uno psichiatra non sia stata facile; d'altra parte, la motivazione mostrata nel corso del colloquio depone per una prognosi a lungo termine favorevole. È altrettanto probabile che il successo di un eventuale trattamento dipenda almeno in parte dall'alleanza con un terapeuta capace di gestire temi specifici correlati al genere, all'età, alla razza e all'etnia del paziente. Per esempio, sebbene il signor Sims si descriva come "un buono studente", non sarebbe sorprendente se poi rivelasse

un atteggiamento ambivalente rispetto alla sua carriera scolastica. Nella sua cultura, studiare molto può essere considerato un'attitudine "da bianchi", mentre lamentarsi di un disagio psicologico può essere visto come un segno di scarsa mascolinità. In un giovane come il signor Sims, che lotta da anni per mantenere un'indipendenza finanziaria e cerca di affermarsi in ruoli sociali maschili, il fallimento pressoché contemporaneo della relazione sentimentale e del tentativo di ottenere sostegno da parte del padre può avere minato il continuo sforzo di consolidare un ruolo di genere conforme alle norme culturali dei coetanei e del gruppo razziale. La possibilità di sottoporsi a una terapia può di conseguenza essere percepita sia come una fonte di supporto, sia come un ulteriore colpo al suo senso di resilienza emotiva.

Letture consigliate

- JOYCE, P.R. (2008), "Classification of mood disorders in DSM-V and DSM-IV". In *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 42, pp. 851-862.
- NEIGHBORS, H.W., WATKINS, D.C., ABELSON, J.A. ET AL. (2012), *Man up, man down: black men discuss manhood, disappointment, and depression*. Poster presented at the 20th meeting of the American Men's Studies Association, University of St. Thomas, Minneapolis.
- REPETTO, P.B., ZIMMERMAN, M.A., CALDWELL, C.H. (2008), "A longitudinal study of depressive symptoms and marijuana use in a sample of inner city African Americans". In *Journal of Research on Adolescence*, 18, pp. 421-447.
- WATKINS, D.C., NEIGHBORS, H.W. (2007), "An initial exploration of what 'mental health' means to young black men". In *Journal of Men's Health and Gender*, 4, pp. 271-282.
- WILLIAMS, D.R. (2003), "The health of men: structured inequalities and opportunities". In *American Journal of Public Health*, 93, pp. 724-731.

Caso 7.6

Cancro del polmone

Anna Dickerman, John W. Barnhill

Gabriela Trentino, una donna di 65 anni affetta da **cancro polmonare**, era stata sottoposta a una valutazione psichiatrica su richiesta dei medici del reparto oncologico di un grande ospedale dove era stata recentemente ricoverata. I medici che avevano in cura la signora Trentino, dopo averla ripetutamente trovata abbattuta e in lacrime, avevano chiesto il consulto per verificare la "possibile presenza di depressione".

La paziente, italoamericana, casalinga, vedova con due figli adulti, era stata ricoverata **cinque giorni prima** per una marcata dispnea, dovuta, come si era poi accertato, a un versamento pleurico monolaterale. Nei mesi antecedenti aveva ricevuto diversi cicli di chemioterapia; al momento della valutazione era in attesa del referto della toracentesi eseguita per identificare eventuali metastasi.

Durante il colloquio con lo psichiatra la signora Trentino aveva riferito che fino a quest'ultima ospedalizzazione **non aveva mai manifestato particolari segni di ansia o depressione**; anzi, era sempre stata "una roccia". Non aveva mai avuto bisogno di trattamenti psichiatrici, né aveva mai assunto farmaci psicoattivi, oppiodi o altre sostanze stupefacenti; era anche completamente astemia, probabilmente a causa del padre, che "era un ubriacone". Intervistati separatamente, i due figli avevano confermato quanto riportato dalla paziente.

La signora Trentino, che aveva un aspetto nel complesso ben curato, era seduta nel suo letto, con una cannula per l'ossigeno inserita nel naso e tra le mani un fazzoletto umido che si passava frequentemente sugli occhi. Nel corso della valutazione si era mostrata collaborativa e coerente; era **visibilmente disforica**, con un'espressione **tesa e avvilita**. Aveva spiegato di essere **molto in ansia** per i risultati della toracentesi; sapeva che la presenza di metastasi poteva significare "una sentenza di morte", ma scoppando a piangere aveva detto: "Non posso morire ora, mio figlio si sposa fra qualche mese, devo arrivare almeno fino al suo matrimonio". Aveva poi aggiunto: "Ne ho passate già tante per colpa di questa malattia... Quando finirà?". In seguito a domande specifiche aveva raccontato che da quando era in ospedale **dormiva male, mangiava meno del solito e aveva problemi di concentrazione**: non riusciva neanche a fare le sue abituali parole crociate, si sentiva "**trop-po triste e preoccupata**". Aveva negato confusione, sintomi psicotici o ideazione suicidaria; a tale proposito, parlando ancora del suo amore per i figli. Le sue capacità cognitive erano integre; al Montreal Cognitive Assessment aveva ottenuto un punteggio di 29 su 30 (il punto mancante era dovuto al ricordo non corretto di un oggetto dopo cinque minuti).

La saturazione di ossigeno in aria ambiente era del 94% (del 99% con ossigenoterapia) e la radiografia del torace mostrava a sinistra un'**effusione pleurica di entità rilevante**; gli esiti dell'esame neurologico e degli altri test di laboratorio erano nella norma. Gli infermieri del reparto di oncologia avevano riferito che la signora Trentino

suonava spesso il campanello per chiamarli, a qualsiasi ora del giorno o della notte, per chiedere informazioni sugli esami o sui farmaci che le venivano somministrati.

I figli della signora Trentino erano molto preoccupati sia per la sua salute fisica, sia per il suo attuale stato psicologico. Uno di loro aveva detto allo psichiatra: "È ovvio che questo è un momento molto difficile per la mamma, ma da quando è qui non fa altro che piangere e ci pone continuamente le stesse domande. È sempre stata il pilastro della nostra famiglia, è strano vederla così pessimista e bisognosa di aiuto. Non si può fare qualcosa?".

Diagnosi

- Disturbo dell'adattamento con ansia e umore depresso misti

Discussione

La signora Trentino presenta sintomi di ansia e depressione chiaramente correlati a un evento molto stressante (l'ultimo di una serie di ricoveri ospedalieri causati da un tumore maligno, con possibile progressione della malattia). La paziente, i familiari e il personale del reparto in cui è ricoverata indicano che questi sintomi hanno un impatto clinicamente significativo su di lei e sulla sua ospedalizzazione. In base ai criteri del DSM-5, la diagnosi più plausibile è di disturbo dell'adattamento con ansia e umore depresso misti.

Deve essere comunque verificata la possibilità di altre diagnosi. In particolare, i medici che seguono la paziente temono che soffra di depressione. La signora Trentino ha in effetti riportato quattro sintomi depressivi (umore depresso per la maggior parte del giorno, diminuzione dell'appetito, insomnia e difficoltà di concentrazione) che influenzano negativamente la sua qualità di vita. I criteri per la diagnosi di depressione maggiore richiedono però la presenza di almeno cinque sintomi per un periodo minimo di due settimane, mentre la paziente ne ha solo quattro, che durano da meno di una settimana; una diagnosi di episodio depressivo maggiore potrebbe essere formulata in seguito, se i sintomi della signora Trentino aumentano e persistono. La signora Trentino manifesta inoltre evidenti segni di ansia (incluse le alterazioni del sonno e della capacità di concentrazione), ma anche questi sono insorti solo dopo il recente ricovero (è sempre stata "una roccia"), in cui si è prospettata la possibile esistenza di metastasi del tumore: tale quadro acuto rende improbabile un sottostante disturbo d'ansia.

Non è raro che il cancro del polmone sia associato a metastasi cerebrali e sindromi paraneoplastiche che possono causare ansia e depressione. Tuttavia, queste gravi complicanze sono in genere accompagnate da altre anomalie neurologiche o delirium, assenti nella signora Trentino; per escludere una simile possibilità sono in ogni caso necessari ulteriori esami, tra cui una TAC del cranio. A determinare l'ansia della paziente può aver contribuito anche lo stato di iposiemia, presumibilmente secondario al versamento pleurico, anche dopo l'ossigenoterapia e la correzione della saturazione di ossigeno. Infine, ansia e depres-

sione possono essere indotte da diversi farmaci. In un caso come quello della signora Trentino, le indagini a questo proposito dovrebbero focalizzarsi soprattutto su un eventuale uso di (o astinenza da) steroidi, oppiacei o benzodiazepine.

Nel DSM-5 i disturbi dell'adattamento sono stati riclassificati e collocati all'interno del nuovo capitolo dedicato ai disturbi correlati a eventi traumatici e stressanti; per la signora Trentino, l'evento stressante è una grave malattia fisica. Per soddisfare i criteri diagnostici per disturbo da stress acuto o post-traumatico, i suoi sintomi dovrebbero intensificarsi; nel secondo caso, dovrebbero anche persistere per più di un mese. Se questi sintomi interferissero con successivi interventi terapeutici, la signora Trentino, che fino al momento della valutazione psichiatrica ha mostrato una buona aderenza ai trattamenti prescritti, potrebbe inoltre ricevere la diagnosi addizionale di "fattori psicologici che influenzano altre condizioni mediche".

Letture consigliate

- AKECHI, T., OKUYAMA, T., SUGAWARA, Y. ET AL. (2004), "Major depression, adjustment disorders, and post-traumatic stress disorder in terminally ill cancer patients: associated and predictive factors". In *Journal of Clinical Oncology*, 22, pp. 1957-1965.
- STRAIN, J.J., KLIPSTEIN, K. (2006), "Adjustment disorders". In GABBARD, G.O. (a cura di), *Gabbard's Treatments of Psychiatric Disorders*. American Psychiatric Publishing, Washington.

Caso 7.7

Avvelenamento da farmaci

Megan Mroczkowski, Cynthia R. Pfeffer

Hannah, una ragazza di 16 anni, era stata portata d'urgenza nel centro di Pronto Soccorso di un ospedale in seguito all'assunzione di quantità eccessive ma non precise di clonazepam, alprazolam e ossicodone. Lo stato di intossicazione era grave, con un punteggio di otto sulla scala di Glasgow. La ragazza era stata intubata e ricoverata nell'unità di terapia intensiva pediatrica; dopo qualche giorno, quando le sue condizioni erano migliorate, era stata trasferita nel reparto psichiatrico dell'ospedale.

Secondo quanto riportato dalla stessa paziente, dai suoi genitori e dalla sua migliore amica, fino alla sera del tentato suicidio Hannah era stata apparentemente di buon umore, come d'abitudine; in particolare, in base al resoconto dell'amica, durante il pomeriggio passato insieme "era allegra come al solito". Una volta rientrata a casa aveva però ricevuto la telefonata di un'altra amica, che le aveva detto di aver visto il suo ragazzo baciare una loro compagna di scuola. Hannah aveva reagito alla notizia scrivendo un biglietto in cui affermava di voler "dormire per sempre"; tre ore dopo la madre l'aveva trovata stesa sul letto priva di conoscenza e aveva immediatamente chiamato un'ambulanza.

Hannah, che viveva con i genitori e due sorelle più piccole, era sempre stata "una studentessa modello"; diceva di voler diventare medico o avvocato. Non aveva una storia di problemi psichiatrici quali depressione, ansia, mania, psicosi, precedenti comportamenti autolesivi o pensieri di suicidio; non aveva disturbi di natura medica, né alterazioni del sonno, dell'appetito, del livello di energia o della capacità di concentrazione. Riferiva inoltre di non aver mai fatto uso di tabacco, alcol, marijuana o altre sostanze stupefacenti. Durante la valutazione psichiatrica aveva spiegato che l'idea di suicidarsi le era venuta solo dieci minuti prima di ingerire tutti quei farmaci; per quanto ne sapeva, si trattava probabilmente di "un buon modo per andarsene senza soffrire troppo". Ma quando si era risvegliata nel reparto di terapia intensiva si era sentita "felice di essere ancora viva".

L'anamnesi familiare indicava che la madre di Hannah era affetta da un disturbo d'ansia, per il quale le erano stati prescritti clonazepam e alprazolam; nella tarda adolescenza aveva anche tentato due volte il suicidio mediante sovradosaggio di farmaci. Il padre assumeva ossicodone per alleviare i dolori cronici alla schiena di cui soffriva dai tempi dell'università, in seguito a un infortunio subito durante una partita di football. Per il resto, l'anamnesi era positiva solo per abuso di sostanze (uno zio paterno) e, a parte la madre, nessun altro parente della ragazza aveva mai tentato il suicidio.

Hannah aveva ricevuto una diagnosi di disturbo dell'adattamento con umore depresso. Durante la degenza aveva ripetutamente negato la presenza di ideazione suicidaria; al momento delle dimissioni non le era stato prescritto alcun trattamento farmacologico, ma era stata indirizzata al servizio psichiatrico ambulatoriale dell'ospedale. Aveva quindi iniziato una terapia cognitivo-comportamentale focalizzata

sulla gestione della rabbia e della frustrazione. Dopo sei mesi, verificata la persistente assenza di idee, comportamenti o minacce di suicidio, Hannah, i suoi genitori e lo psichiatra che l'aveva in cura avevano deciso di comune accordo di interrompere la terapia, lasciando aperta la possibilità di riprenderla, qualora si fossero manifestate ulteriori difficoltà di coping.

Diagnosi

- Disturbo dell'adattamento con umore depresso
- Disturbo da comportamento suicidario

Discussione

Entrata nella stanza di Hannah, la madre l'aveva trovata priva di conoscenza e aveva chiamato un'ambulanza che l'aveva trasportata all'ospedale più vicino, dove la ragazza era stata sottoposta a terapia intensiva per avvelenamento da farmaci. I medici dell'ospedale avevano ricostruito l'accaduto raccogliendo le informazioni fornite dai genitori, dall'amica e poi dalla stessa paziente: Hannah aveva tentato il suicidio subito dopo aver saputo che il suo ragazzo aveva baciato un'altra compagna di scuola. Non c'era stato alcun segno premonitore. Apparentemente Hannah non era depressa o ansiosa, non aveva una storia di abuso di sostanze, di ideazione suicidaria o comportamenti autolesivi, né sembrava presentare tratti di personalità potenzialmente predisponenti al suicidio; era "una studentessa modello", "allegra come al solito" anche nelle ore che avevano immediatamente preceduto il tentativo di suicidio.

La valutazione condotta dopo il suo trasferimento nel reparto di psichiatria ha accertato che in risposta a un evento stressante Hannah aveva rapidamente sviluppato uno stato di sofferenza marcata, sproporzionata rispetto alla gravità di tale evento, con sintomi che non sembravano corrispondere ad altri disturbi mentali; in base ai criteri del DSM-5, è stata pertanto posta la diagnosi di disturbo dell'adattamento con umore depresso.

Ideazione e comportamento suicidari non fanno parte dei criteri diagnostici per il disturbo dell'adattamento, né sono inclusi fra i criteri per molte altre diagnosi associate ad alti tassi di suicidio (tra cui disturbo da stress post-traumatico, disturbi dell'alimentazione e disturbi da uso di sostanze); in effetti, sono parte esplicita della valutazione diagnostica solo per depressione maggiore e disturbo borderline di personalità. D'altro canto, circa la metà dei bambini e adolescenti che tenta il suicidio non ha una storia di depressione maggiore, mentre una diagnosi di disturbo borderline di personalità può essere formulata solo per individui di età superiore ai 18 anni. Ciò crea un "vuoto diagnostico" che può portare alla sottostima di un sintomo psichiatrico potenzialmente letale; soprattutto se si considera, per esempio, che negli Stati Uniti il suicidio è la terza causa di morte tra gli adolescenti.

Il DSM-5 affronta questo problema inserendo, nel capitolo sulle condizioni

che necessitano di ulteriori studi, il disturbo da comportamento suicidario; nel caso di Hannah sarebbero soddisfatti anche i criteri per una simile diagnosi aggiuntiva. La diagnosi di disturbo da comportamento suicidario, sebbene non codificabile, si prefigge di identificare gli individui che hanno compiuto un tentativo di suicidio nel corso dei 24 mesi antecedenti; contempla inoltre l'uso di due specificatori, "corrente" o "in remissione precoce", per precisare se dall'ultimo tentativo è passato meno di un anno oppure un periodo di durata compresa tra i 12 e i 24 mesi. La diagnosi non è applicabile agli individui con ideazione suicidaria che non si traduce in tentativi di suicidio (intesi come sequenze di comportamenti messi in atto con almeno una certa intenzione di morire) o con ripetuti gesti autolesivi ma non suicidari (per queste persone il DSM-5 propone, sempre tra le condizioni che necessitano di ulteriori studi, la diagnosi di "autolesività non suicidaria").

Una diagnosi di disturbo da comportamento suicidario può essere importante, indipendentemente dalla presenza di altre diagnosi, perché i tentativi di suicidio hanno validità predittiva per ideazione e atti suicidari successivi. La diagnosi potrebbe essere utile specialmente in un caso del genere, perché Hannah ha tentato il suicidio con un'overdose di farmaci in seguito a un evento stressante (il "tradimento" da parte del suo ragazzo), ma senza aver manifestato particolari sintomi psichiatrici prima o dopo l'overdose. In un simile contesto prevedere il tentativo di Hannah era quasi impossibile; una documentazione esplicita del suo comportamento suicidario potrebbe però aiutare futuri terapeuti, sollecitandoli a valutare con maggiore attenzione il rischio di ulteriori tentativi di suicidio e ad adottare le strategie più appropriate in termini di prevenzione e trattamento.

Letture consigliate

- BRENT, D.A., MELHEM, N. (2008), "Familial transmission of suicidal behavior". In *Psychiatric Clinics of North America*, 31, pp. 157-177.
- KING, C.A., KERR, D.C., PASSARELLI, M.N. ET AL. (2010), "One-year follow-up of suicidal adolescents: parental history of mental health problems and time to post-hospitalization attempt". In *Journal of Youth and Adolescence*, 39, pp. 219-232.
- KOCHANEK, K.D., XU, J., MURPHY, S.L. ET AL. (2012), "Deaths: final data for 2009". In *National Vital Statistics Reports*, vol. 60, n. 3, National Center for Health Statistics, Hyattsville.
- KOVAKS, M., FEINBERG, T.L., CROUSE-NOVAK, M. ET AL. (1984), "Depressive disorders in childhood, II: a longitudinal study of the risk for a subsequent major depression". In *Archives of General Psychiatry*, 41, pp. 643-649.
- LEVY, J.C., DEYKIN, E.Y. (1989), "Suicidality, depression, and substance abuse in adolescence". In *American Journal of Psychiatry*, 146, pp. 1462-1467.
- PFEFFER, C.R., KLERMAN, G.L., HURT, S.W. ET AL. (1993), "Suicidal children grow up: rates and psychological risk factors for suicide attempts during follow-up". In *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 32, pp. 106-113.
- WILCOX, H.C., KURAMOTO, S.J., BRENT, D., RUNESON, B. (2012), "The interaction of parental history of suicidal behavior and exposure to adoptive parent's psychiatric disorders on adoptee suicide attempt hospitalization". In *American Journal of Psychiatry*, 169, pp. 309-315.

8. Disturbi dissociativi

Introduzione

John W. Barnhill

I sintomi dissociativi, di comune riscontro in persone con una varietà di diagnosi psichiatriche (oltre che in molti individui senza alcuna diagnosi), possono coinvolgere coscienza, memoria, identità, emotività, percezione, rappresentazione corporea e comportamento. Nel corso della vita esperienze dissociative si verificano in circa la metà della popolazione generale; possono però essere vaghe, difficili da ricordare o riferite malvolentieri, per cui vengono spesso trascurate a livello clinico, nonostante la loro frequenza. Ma anche se nella maggior parte dei casi gli episodi dissociativi sono di breve durata e non provocano disfunzione o disagio significativo, non raggiungendo quindi la soglia per una diagnosi specifica, riconoscerli può essere importante per chiarire quadri sintomatologici a volte confusi. Il DSM-5 descrive tre disturbi dissociativi specifici – il disturbo dissociativo dell'identità, l'amnesia dissociativa e il disturbo di depersonalizzazione/derealizzazione – e due categorie più generali, i disturbi dissociativi con altra specificazione o senza specificazione. Tutti questi disturbi sono frequentemente associati a traumi o abusi fisici, emotivi e/o sessuali; non è dunque un caso se il capitolo a loro dedicato viene subito dopo quello in cui sono discussi i disturbi correlati a eventi traumatici e stressanti.

Il disturbo dissociativo dell'identità è caratterizzato dalla presenza di due o più stati di personalità distinti e da vuoti nella rievocazione di eventi o informazioni personali che non sono riconducibili a una normale dimenticanza; noto in precedenza come “disturbo di personalità multipla”, coinvolge una discontinuità del senso di sé e delle proprie azioni, con alterazioni della percezione, della cognitività e/o del funzionamento senso-motorio. In alcuni casi si manifesta con esperienze di “possessione”, che non dovrebbero però essere considerate patologiche se risultano conformi a pratiche culturali o religiose largamente accettate; analogamente, la diagnosi non è applicabile ai bambini con amici immaginari o altri normali giochi di fantasia. Il disturbo dissociativo dell'identità, come tutti i disturbi dissociativi, spesso si presenta in comorbilità con altre condizioni quali depressione, ansia, abuso di sostanze, autolesività, disturbo da

stress post-traumatico o crisi convulsive non epilettiche. La valutazione psichiatrica può essere ulteriormente complicata anche dal fatto che molti pazienti tendono a nascondere i loro sintomi o non ne sono consapevoli.

Rispetto a quella di disturbo dissociativo dell'identità, che comporta l'organizzazione di personalità differenti attraverso processi dissociativi, in generale le diagnosi di amnesia dissociativa e di disturbo di depersonalizzazione/derealizzazione sono più comuni e meno controverse. L'amnesia dissociativa è caratterizzata da un'incapacità di ricordare importanti informazioni autobiografiche, di solito correlate a eventi traumatici o stressanti specifici, e può essere associata a convulsioni non epilettiche o altri sintomi neurologici funzionali (disturbo di conversione). La fuga dissociativa, considerata nel DSM-IV come una diagnosi separata, nel DSM-5 viene inclusa come specificatore dell'amnesia dissociativa. Gli stati di fuga spesso si manifestano con un vagare disorientato accompagnato da amnesia per la propria identità o altri ricordi autobiografici rilevanti, anche se l'individuo può mantenere un livello di funzionamento adeguato.

Esperienze di irrealità e distacco da se stessi (depersonalizzazione) o dall'ambiente circostante (derealizzazione) sono relativamente frequenti, con una prevalenza lifetime intorno al 50% nella popolazione generale. Tuttavia, per soddisfare i criteri diagnostici per il disturbo di depersonalizzazione/derealizzazione i sintomi devono essere ricorrenti e/o persistenti (indicativamente per un periodo di almeno un mese), con un esame di realtà che rimane integro, e devono causare un disagio clinicamente significativo e/o una chiara compromissione funzionale.

Il DSM-5 fornisce anche i criteri per la diagnosi di disturbo dissociativo con altra specificazione, categoria che si applica ai quadri che non soddisfano pienamente i criteri per disturbo di depersonalizzazione/derealizzazione, amnesia dissociativa o disturbo dissociativo dell'identità. Per esempio, un disturbo dell'identità dovuto a persuasione coercitiva prolungata e intensa può essere diagnosticato nel caso di individui che hanno sintomi dissociativi in seguito a esperienze quali lavaggio del cervello, lunghe detenzioni politiche o indottrinamento in sette religiose. Reazioni dissociative acute reattive a eventi stressanti possono presentarsi con manifestazioni dissociative di varia natura, ma che sono tipicamente transitorie e si risolvono nel giro di alcuni giorni, talvolta di ore; l'individuo potrà poi ricevere un'altra diagnosi (per esempio, di disturbo di depersonalizzazione/derealizzazione) se tali manifestazioni persistono per più di un mese.

Letture consigliate

- BOYSEN, G.A., VANBERGEN, A. (2013), "A review of published research on adult dissociative identity disorder: 2000-2010". In *Journal of Nervous and Mental Disease*, 201, pp. 5-11.
- BRAND, B.L., LANIUS, R., VERMETTEN, E. ET AL. (2012), "Where are we going? An update on assessment, treatment, and neurobiological research in dissociative disorders as we move toward the DSM-5". In *Journal of Trauma and Dissociation*, 13, pp. 9-31.
- PARIS, J. (2012), "The rise and fall of dissociative identity disorder". In *Journal of Nervous and Mental Disease*, 200, pp. 1076-1079.
- SPIEGEL, D., LOEWENSTEIN, R.J., LEWIS-FERNÁNDEZ, R. ET AL. (2011), "Dissociative disorders in DSM-5". In *Depression and Anxiety*, 28, pp. 824-852.

Caso 8.1

Triste e sola

Richard J. Loewenstein

Irene Upton, 29 anni, si era rivolta a uno psichiatra perché era "stanca di essere sempre triste e sola". La signorina Upton riferiva una depressione cronica grave, che non aveva risposto a diversi trattamenti con farmaci antidepressivi e stabilizzatori dell'umore; maggiormente efficaci si erano rivelati cicli di terapia cognitiva e dialettico-comportamentale. Le era stata prospettata anche la possibilità di una terapia elettroconvulsivante, proposta che aveva però declinato. In due occasioni era stata ricoverata in ospedale per ideazione suicidaria e lesioni autoinflitte (con tagli profondi che avevano richiesto punti di sutura).

Secondo quanto riportato dalla paziente, i terapeuti precedenti si erano focalizzati sulla probabile presenza di traumi; aveva però escluso sbrigativamente la possibilità di aver subito abusi. Piuttosto, quando la signorina Upton aveva 13 anni, era stata sua sorella, di qualche anno più giovane, a lamentarsi di "approcci di natura sessuale" da parte del padre. Non c'erano state indagini di polizia, ma dopo l'intervento del pastore della chiesa frequentata dalla famiglia il padre si era scusato con lei e la sorella ed era stato ospedalizzato per alcolismo e "ipersessualità". La signorina Upton diceva di non provare sentimenti particolari a questo proposito: "Mio padre ha affrontato il problema; non ho motivo di essere arrabbiata con lui".

Peraltra, la signorina Upton aveva notevoli difficoltà di memoria per gli eventi autobiografici che si erano verificati tra i 7 e i 13 anni di età; i familiari la prendevano spesso in giro per la sua incapacità di ricordare fatti che risalivano a quel periodo della sua vita, che potevano andare da avvenimenti scolastici a feste di compleanno a episodi delle vacanze estive. Per spiegare una simile amnesia aveva detto: "Forse non è mai successo niente di importante, ed è per questo che non mi ricordo".

La signorina Upton riferiva di avere "un buon rapporto" con entrambi i genitori. Il padre continuava a essere "un po' dispotico" nei confronti della moglie e aveva ancora "problemi di rabbia", ma negli ultimi 16 anni non aveva più bevuto. Tuttavia, quando lo psichiatra aveva indagato più a fondo sull'argomento era emerso che i pensieri di suicidio e i comportamenti autolesivi della paziente si erano manifestati per lo più dopo riunioni di famiglia o visite inattese dei suoi genitori.

La signorina Upton aveva raccontato di essere stata "socialmente isolata" fino ai primi anni della scuola superiore, quando aveva incominciato a svolgere diverse attività sportive e aveva stretto numerose amicizie. Anche il suo rendimento scolastico era considerevolmente migliorato; aveva poi frequentato con profitto l'università ed era diventata un'insegnante per bambini autistici molto dotata e apprezzata. Aveva parecchi amici di lunga data; diceva però di aver sempre avuto problemi in termini di rapporti sentimentali. Ogni volta che un uomo la corteggiava e le faceva avances sessuali era presa da un senso di disgusto e paura; nelle poche occasioni in cui aveva cercato di iniziare una relazione aveva provato un'intensa vergogna e si era sentita "inadeguata", cosa che comunque le succedeva anche in altre situazioni.

Durante il colloquio la signorina Upton era apparsa triste e tesa. Si era mostrata collaborativa e aveva fornito risposte congrue e coerenti, ma spesso prive di contenuti emotivi. Aveva riferito che in genere dormiva male e si sentiva stanca, "come intorpidita"; aveva anche difficoltà di concentrazione, che non intaccavano però le sue capacità professionali (quando lavorava era "molto attenta"). Non aveva mai fatto uso di alcol o altre sostanze di abuso: il solo odore dell'alcol le provocava forte nausea e mal di stomaco. Diceva di non provare al momento il desiderio di uccidersi, sebbene le idee di suicidio fossero "sempre in agguato".

L'amnesia della signorina Upton sembrava riguardare solo l'infanzia, non la sua attuale vita di tutti i giorni. In particolare, in seguito a domande specifiche dello psichiatra la paziente aveva negato episodi in cui altri le avevano riferito suoi comportamenti o atti recenti che non si ricordava di avere compiuto, di essersi ritrovata in possesso di oggetti di cui non era in grado di chiarire l'origine, di avere avuto fughe dissociative o inspiegabili variazioni in abilità consolidate, abitudini e/o cognitività. Aveva negato anche la presenza di discontinuità del senso di sé, confusione, allucinazioni, percezione di voci interne, esperienze di possessione, flashback o ricordi intrusivi; aveva però descritto incubi ricorrenti nei quali veniva inseguita da "un uomo minaccioso" da cui non poteva fuggire. Aveva inoltre riportato intense risposte di allarme e comportamenti ripetitivi (quali controllare di aver ben chiuso le porte, cantare e contare mentalmente, riordinare in maniera compulsiva) che metteva in atto "per prevenire pericoli".

Diagnosi

- Amnesia dissociativa
- Disturbo depressivo maggiore, cronico, con ideazione suicidaria
- Disturbo da stress post-traumatico

Discussione

I sintomi riferiti dalla signorina Upton includono umore persistentemente depresso, insonnia, stanchezza, sentimenti di autosvalutazione e ideazione suicidaria. Non stupisce quindi che in passato abbia ricevuto una serie di trattamenti per depressione maggiore, per quanto senza grande successo; aveva infatti tratto qualche beneficio soltanto dai cicli di psicoterapia.

Oltre ai sintomi depressivi, la signorina Upton ha descritto un altro insieme di sintomi che risultano cruciali per concettualizzare i suoi problemi e indirizzare le successive strategie terapeutiche. Sebbene sia stata la sorella a riportarne gli "approcci di natura sessuale", il padre si era poi scusato anche con la paziente, che ha una storia di comportamenti automutilanti scatenati principalmente dagli incontri con i familiari. L'intimità sessuale le induce disgusto e acutizza il suo cronico senso di vergogna e inadeguatezza, per cui evita le relazioni amorose. Ha incubi ricorrenti in cui è inseguita da "un uomo minaccioso". Nega di essere stata vittima di abusi, ma ha problemi di memoria autobiografica che si

riferiscono in modo specifico a sei anni della sua infanzia; il periodo del vuoto di memoria sembra inoltre terminare proprio in corrispondenza dell'allontanamento del padre, ospedalizzato per alcolismo e "ipersessualità". Al solo odore dell'alcol prova una forte sensazione di nausea e "mal di stomaco". Considerando tutti questi dati, non sorprende neanche il fatto che terapeuti precedenti si siano "focalizzati sulla presenza di traumi". Il probabile abuso sessuale infantile e il deficit della memoria autobiografica suggeriscono una diagnosi di amnesia dissociativa.

A differenza di quelli dovuti a intossicazioni e disturbi neurocognitivi, i problemi di memoria che caratterizzano l'amnesia dissociativa riguardano tipicamente i ricordi autobiografici: che cosa ho fatto, dove sono andato, che cosa ho pensato o provato e così via. Il quadro più comune è un'amnesia *circoscritta*, con l'incapacità di ricordare un evento o un periodo di tempo specifico, per esempio gli avvenimenti relativi al secondo anno di scuola. Nell'amnesia *selettiva* rimane invece la capacità di rievocare alcuni degli eventi di un periodo limitato; per esempio, un individuo può ricordare solo parte del secondo anno di scuola o alcuni aspetti, ma non tutti, di un evento traumatico.

L'amnesia dissociativa è spesso legata ad abusi fisici e sessuali, con un rischio che sembra aumentare in funzione della gravità, frequenza e violenza dell'abuso, e può essere difficile distinguerla da altri disturbi correlati ad eventi traumatici. Una perdita di memoria nel contesto di un trauma può manifestarsi, per esempio, anche nel disturbo da stress post-traumatico (DSPT); se la perdita di memoria è il sintomo principale e si estende oltre il momento del trauma è comunque giustificata una diagnosi di amnesia dissociativa in comorbilità. Nel caso della signorina Upton l'amnesia si estende a un periodo di sei anni, che corrisponde al periodo dei presunti abusi sessuali da parte del padre. La paziente ha inoltre riferito sintomi intrusivi (incubi), evitamento (di relazioni sentimentali e sessuali), alterazioni negative della cognitività (senso di vergogna e inadeguatezza) e alterazioni dell'arousal e della reattività (esagerate risposte di allarme). In altre parole, la signorina Upton soddisfa anche i criteri per una diagnosi di DSPT.

Alcuni pazienti con amnesia dissociativa manifestano sintomi ossessivo-compulsivi rilevanti; la signorina Upton, che ha riportato comportamenti ripetitivi (controllare, riordinare, contare, cantare) volti a "prevenire i pericoli", rientra in questo sottogruppo. Un altro sottogruppo di pazienti presenta un'amnesia *generalizzata*, con una perdita di memoria che può arrivare a comprendere un periodo molto più ampio, a volte la vita intera. Gli individui con amnesia generalizzata possono dimenticare l'identità personale e perdere conoscenze o competenze precedentemente acquisite; in molti casi l'osservazione longitudinale porta a una diagnosi di disturbo dissociativo dell'identità.

Il disturbo dissociativo dell'identità comporta una disgregazione dell'identità caratterizzata da due o più stati di personalità distinti, che implicano sia una marcata discontinuità del senso di sé, sia vuoti di memoria clinicamente importanti. La signorina Upton ricorda molto poco degli anni della scuola elementare, ma nega di avere sintomi tipici del disturbo – quali ritrovarsi improvvisamente

in un luogo senza ricordarsi di come ci si è arrivati (fuga dissociativa); trovare fra le proprie cose oggetti sconosciuti di cui non ci si spiega la provenienza; scoprire, in base al racconto di altri, di aver fatto cose di cui non ci si rammenta; oppure inspiegabili fluttuazioni delle proprie abilità o conoscenze (come essere capaci di suonare uno strumento musicale in una data occasione ma non in un'altra). Gli individui con disturbo dissociativo dell'identità spesso riferiscono anche la percezione di voci, sintomi di depersonalizzazione e derealizzazione, un senso soggettivo di divisione, comportamenti correlati al cambiamento degli stati di identità e sintomi derivati dalla sovrapposizione o dall'interferenza fra tali stati. La signorina Upton apparentemente non presenta nessuno di questi sintomi; sebbene siano necessarie ulteriori verifiche prospettiche, al momento una diagnosi di disturbo dissociativo dell'identità sembra per lei abbastanza improbabile.

La valutazione diagnostica delle persone con amnesia dissociativa generalmente non è facile, per diversi motivi. I pazienti di rado forniscono spontaneamente informazioni sui loro problemi di memoria; tendono a minimizzare sia l'amnesia, sia le sue connessioni con eventi traumatici; inoltre, cosa forse ancora più importante, all'inizio qualsiasi riferimento anche solo alla possibilità di un trauma può indurre ansia, flashback, incubi e memorie somatiche dell'abuso. Tutto e pazienza sono fondamentali, per evitare che una zelante ma intempestiva "ricerca della verità" infligga ulteriori danni psicologici a individui che continuano a soffrire a causa di abusi subiti molti anni prima.

Letture consigliate

- COURTOIS, C.A., FORD, J.D. (2009) (a cura di), *Treating Complex Traumatic Stress Disorders: An Evidence-Based Guide*. Guilford, New York.
- LANIUS, R.A., VERMETTEN, E., PAIN, C. (2010) (a cura di), *The Impact of Early Life Trauma on Health and Disease: the Hidden Epidemic*. Cambridge University Press, Cambridge.
- LOEWENSTEIN, R.J. (1991), "An office mental status examination for chronic complex dissociative symptoms and multiple personality disorder". In *Psychiatric Clinics of North America*, 14, pp. 567-604.
- LOEWENSTEIN, R.J. (2014), "Treatment of dissociative amnesia". In GABBARD, G.O. (a cura di), *Gabbard's Treatments of Psychiatric Disorders*. American Psychiatric Publishing, Washington.
- SIMEON, D., LOEWENSTEIN, R.J. (2009), "Dissociative disorders". In SADOCK, B.J., SADOCK, V.A., RUIZ, P. (a cura di), *Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry*. Wolters Kluwer/Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia.
- SPIEGEL, D., LOEWENSTEIN, R.J., LEWIS-FERNÁNDEZ, R. ET AL. (2011), "Dissociative disorders in DSM-5". In *Depression and Anxiety*, 28, pp. 824-852.

Caso 8.2 Strano e disconnesso

Daphne Simeon

Jason Vaughan, 20 anni, studente universitario, si era presentato in un centro di salute mentale perché da circa tre mesi si sentiva "strano e disconnesso". Spesso provava un profondo senso di distacco dalla propria mente e dal proprio corpo; aveva pensieri che non gli sembravano suoi e continuava a svolgere le attività abituali "come un robot". A volte questa sensazione di estraneità era così intensa che gli pareva di vivere in un sogno, quasi privo di identità; dopo simili esperienze rimaneva per ore in uno stato di sgomento e angoscia. Negli ultimi tempi non riusciva più a studiare e aveva ridotto al minimo le interazioni sociali.

Il signor Vaughan aveva raccontato allo psichiatra del centro che alcuni mesi prima era stato lasciato dalla sua ragazza, Jill. In seguito alla rottura della relazione, durata più di un anno, per circa un mese si era sentito triste e depresso; a questo proposito aveva descritto anche lievi sintomi neurovegetativi, che non avevano provocato una compromissione funzionale. Nello stesso periodo aveva incominciato ad avere sensazioni di ottundimento e irrealità, a cui inizialmente non aveva prestato particolare attenzione. Tali sensazioni erano però continue anche dopo la scomparsa dei sintomi depressivi, e il loro progressivo peggioramento lo aveva indotto a cercare aiuto. Il paziente aveva aggiunto che la relazione con Jill era stata per lui molto significativa, tanto che aveva pensato alla possibilità di farla conoscere alla madre, che viveva in un'altra città.

Dall'anamnesi era emerso che all'età di 16 anni il signor Vaughan aveva avuto attacchi di panico, che si erano manifestati con intensità e frequenza crescente nel corso di un periodo di due mesi. Durante gli attacchi si sentiva distaccato dall'ambiente circostante; cose e persone gli sembravano irreali, con sensazioni che ricordavano quelle provate recentemente e che potevano persistere per diverse ore. Tutti questi sintomi erano insorti dopo che la madre era stata ricoverata in un reparto psichiatrico e si erano risolti abbastanza rapidamente quando la donna era stata dimessa dall'ospedale. In quell'occasione il signor Vaughan non aveva cercato un'assistenza professionale.

Il signor Vaughan aveva avuto transitorie esperienze di irrealità, della durata di alcuni giorni, anche da bambino, subito dopo il divorzio dei genitori. Il padre se ne era andato di casa e il piccolo Jason era rimasto solo con la madre, affetta da schizofrenia paranoide. L'infanzia del signor Vaughan era stata dominata da una solitudine pervasiva, associata alla sensazione di essere l'unico adulto della famiglia. Il livello di funzionamento della madre, per quanto solitamente priva di sintomi psicotici attivi, era gravemente ridotto. Il padre aveva continuato a fornire un supporto economico tale da garantire alla ex moglie e al figlio condizioni di vita confortevoli, ma li andava a trovare molto di rado. Jason passava spesso i weekend con i nonni, ma in generale lui e la madre conducevano una vita socialmente isolata; andava bene a scuola e aveva degli amici, ma raramente li invitava a casa e passava la maggior parte del tempo da solo. Jill sarebbe stata la prima ragazza presentata alla madre.

Il signor Vaughan non faceva uso di sostanze; in particolare, affermava di non avere mai assunto cannabis, allucinogeni, ketamina o metamfetamina. Negava anche di aver subito abusi fisici o sessuali e di avere una storia di depressione, mania, psicosi o altri precedenti sintomi psichiatrici, oltre a quelli già riferiti, inclusi sintomi di amnesia, blackout, identità multiple, paranoia o allucinazioni. Tutte le indagini mediche effettuate – che comprendevano esame fisico e neurologico, esami di laboratorio di routine, test tossicologici, elettroencefalogramma e risonanza magnetica cerebrale – avevano dato risultati nella norma.

Diagnosi

- Disturbo di depersonalizzazione/derealizzazione

Discussione

Il signor Vaughan riporta esperienze di distacco rispetto al proprio corpo e alla propria mente, che coinvolgono pensieri, azioni, sentimenti e il senso di sé. Durante queste esperienze l'esame di realtà rimane integro. I sintomi sono persistenti, causano una significativa compromissione funzionale e non sembrano essere attribuibili all'assunzione di sostanze, a una condizione medica o ad altri disturbi mentali: il quadro descritto dal paziente corrisponde ai criteri del DSM-5 per una diagnosi di disturbo di depersonalizzazione/derealizzazione.

Il signor Vaughan ha avuto sintomi analoghi anche in passato, senza però soddisfare, almeno apparentemente, tali criteri diagnostici. Il primo episodio, che risale agli anni della scuola elementare, è durato soltanto pochi giorni, è stato scatenato dal divorzio dei genitori e dal conseguente abbandono da parte del padre. Il DSM-5 non precisa una durata minima per il disturbo di depersonalizzazione/derealizzazione, ma indica che i sintomi devono essere “persistenti o ricorrenti”. I sintomi riferiti dal signor Vaughan a proposito di questo episodio infantile sembrano corrispondere piuttosto a una diagnosi di disturbo dissociativo con altra specificazione (reazioni dissociative acute reattive a eventi stressanti), che si applica a manifestazioni acute e transitorie di durata inferiore a un mese.

Il secondo episodio si è verificato nel corso dell'adolescenza: in seguito all'ospitalizzazione della madre, durante un periodo di due mesi caratterizzato da attacchi di panico ingravescenti. In questo caso, in termini di durata i sintomi descritti dal signor Vaughan soddisferebbero i criteri per un disturbo di depersonalizzazione/derealizzazione; si sono però manifestati nel contesto di un'altra condizione psichiatrica (panico) e si sono risolti con la sua remissione. Le informazioni disponibili, sebbene limitate, suggeriscono che il secondo episodio potrebbe essere riconducibile a un disturbo d'ansia (con una diagnosi di disturbo d'ansia senza specificazione), più che a un disturbo dissociativo.

Il quadro sintomatologico più recente è invece tipico di un disturbo di depersonalizzazione/derealizzazione: i sintomi persistono da qualche mese, non sono scomparsi con la risoluzione del breve episodio depressivo d'esordio, non ap-

paiono dovuti a condizioni mediche, uso di sostanze o altri disturbi psichiatrici e non sono accompagnati da alterazioni dell'esame di realtà. Vale anche la pena di sottolineare che a differenza del secondo, caratterizzato principalmente da esperienze di derealizzazione, quest'ultimo episodio è caratterizzato soprattutto da esperienze di depersonalizzazione. Alla luce delle ricerche condotte negli ultimi anni, il DSM-5 ha modificato la definizione di "disturbo di depersonalizzazione" del DSM-IV; l'attuale definizione rispecchia meglio il fatto che spesso il disturbo si manifesta con entrambi i tipi di sintomi.

Prima di porre la diagnosi vanno comunque esplorate possibilità alternative; data la schizofrenia della madre, nel caso del signor Vaughan la più ovvia è quella che i sintomi riflettano un disturbo psicotico o i prodromi della malattia. Il mantenimento di un livello di funzionamento adeguato fino al recente peggioramento dei sintomi di depersonalizzazione, e di un esame di realtà integro malgrado tali sintomi, indica però che attualmente il signor Vaughan non soffre di psicosi. D'altra parte, al momento non è possibile predire il rischio di sviluppare in futuro un quadro di schizofrenia, per tale ragione saranno importanti monitoraggio e supporto longitudinali.

Molti pazienti con disturbo di depersonalizzazione/derealizzazione sono convinti, almeno inizialmente, che i loro sintomi siano legati a disturbi di natura "fisica". Tale convinzione può portare a una serie di meticolosi accertamenti che a volte risultano rassicuranti per il paziente, più che utili a scopo diagnostico. In individui giovani con un quadro sintomatologico tipico, senza particolari fattori di rischio e con esame fisico e neurologico nella norma, la presenza di una condizione medica sottostante è altamente improbabile. I risultati negativi delle indagini mediche possono spingere questi pazienti a chiedere l'aiuto di uno psichiatra; psichiatra che dovrebbe però cercare di moderare l'entusiasmo di colleghi che possono suggerire ulteriori esami e test invasivi spesso inutili.

Sebbene tutti i disturbi dissociativi siano frequentemente associati a traumi infantili, i pazienti con disturbo di depersonalizzazione/derealizzazione riportano traumi che di solito sono meno estremi. Il signor Vaughan nega di essere stato vittima di abusi fisici o sessuali, ma il padre lo ha abbandonato ed è cresciuto con una madre schizofrenica. Anche se non ha riferito eventi traumatici specifici, è ragionevole presumere che l'infanzia del signor Vaughan sia stata difficile e abbia contribuito a determinare il suo disturbo.

Letture consigliate

- BAKER, D., HUNTER, E., LAWRENCE, E. ET AL. (2003), "Depersonalization disorder: clinical feature of 204 cases". In *British Journal of Psychiatry*, 182, pp. 428-433.
- SIMEON, D., KNUTELSKA, M., NELSON, D., GURALNIK, ●. (2003), "Feeling unreal: a depersonalization disorder update of 117 cases". In *Journal of Clinical Psychiatry*, 64, pp. 990-997.
- SIMEON, D., ABUGEL, J. (2008). *Feeling Unreal: Depersonalization Disorder and the Loss of Self*. Oxford University Press, New York.
- SIERRA, M. (2009). *Depersonalization: A New Look at a Neglected Syndrome*. Cambridge University Press, New York.

Caso 8.3 Dissociazioni

Roberto Lewis-Fernández

Lourdes Zayas, 33 anni, nata negli Stati Uniti ma di origine portoricana, era stata portata d'urgenza in un centro di Pronto Soccorso dopo che aveva cercato di bere della candeggina. La donna, che non aveva una storia di precedenti disturbi psichiatrici, apparentemente era stata bene fino al giorno prima, quando aveva ricevuto la notizia che il fidanzato era stato ucciso in Portorico durante uno scontro fra bande rivali.

I familiari avevano riferito che inizialmente la signorina Zayas aveva reagito alla notizia con una strana calma; preoccupati, l'avevano sorvegliata con discrezione. Per diverse ore la signorina Zayas aveva continuato ad aggirarsi nel loro piccolo appartamento, senza parlare, impegnata in attività ripetitive e non necessarie (come distendere e ripiegare più volte pile di lenzuola e asciugamani). Improvvisamente, mentre si trovava di fronte alla lavatrice, aveva urlato e afferrato una bottiglia di candeggina, portandosela alla bocca per berne il contenuto. Il fratello le aveva strappato la bottiglia di mano e lei era caduta per terra, gridando, piangendo e tremando violentemente. L'intero episodio era durato solo pochi secondi; la signorina Zayas era poi rimasta stesa sul pavimento, "come morta", per alcuni minuti. Secondo il resoconto del fratello non aveva avuto movimenti tonico-clonici o perdita del controllo degli sfinteri, né si era morsa la lingua. Quando era arrivata l'ambulanza stava piangendo sommessamente; ripeteva a bassa voce il nome del fidanzato e non rispondeva alle domande che le venivano poste. Giunta al Pronto Soccorso, dopo la medicazione delle lievi ustioni alle labbra era stata ricoverata nel reparto psichiatrico dell'ospedale.

Qualche ora più tardi la signorina Zayas, più lucida, nel corso di una prima intervista clinica aveva riportato che subito dopo essere stata informata della morte del fidanzato aveva provato una forte sensazione di ottundimento e distacco; si era sentita "insensibile", come "scollegata" dal proprio corpo, dalle proprie emozioni e dall'ambiente circostante; questi sintomi non erano ancora del tutto scomparsi. Aveva anche detto di non ricordare nulla di quanto era successo tra il momento dell'urlo davanti alla lavatrice (quando all'improvviso aveva "visto tutto nero") e il suo "risveglio" in ospedale.

Nelle 24 ore successive la paziente aveva avuto altri due episodi di agitazione, grida e pianti, insorti altrettanto bruscamente, durante i quali aveva tentato di graffiarsi il viso e di lasciare la stanza. In entrambi i casi aveva però rapidamente risposto a interventi verbali e contatti fisici rassicuranti; si era pertanto deciso di mantenerla sotto osservazione senza ricorrere alla somministrazione di farmaci o all'uso di mezzi di contenzione. Test di laboratorio, puntura lombare ed esami elettroencefalografici avevano dato esiti negativi.

In seguito, nel corso di una valutazione psichiatrica più approfondita, la signorina Zayas era apparsa orientata nel tempo e nello spazio; piangeva quasi costantemente ma sembrava più tranquilla, anche se l'umore era chiaramente depresso. Continuava

ad avere sintomi di depersonalizzazione e derealizzazione e a non ricordare il tentato suicidio. Non aveva sintomi psicotici e negava un'attuale ideazione suicidaria. Diceva di avere difficoltà a prendere sonno, e faceva sogni tristi e spaventosi sul fidanzato; cercava di non pensare a lui, ma era sommersa da ricordi intrusivi dei momenti passati insieme. Non risultavano comunque soddisfatti i criteri per una diagnosi di disturbo da stress acuto o di depressione maggiore.

Nel giro di una settimana i sintomi della paziente erano significativamente migliorati. Dopo dieci giorni di degenza, nel corso dei quali non era stata sottoposta a nessun trattamento farmacologico, era stata dimessa dall'ospedale e indirizzata all'ambulatorio psichiatrico per il follow-up. La signorina Zayas si era presentata solo al primo appuntamento fissato, a distanza di un mese. Durante l'incontro aveva riferito di sentirsi ancora triste per la morte del fidanzato, ma che dopo tutto era tornata a essere "quella di sempre", affermazione che era stata confermata dai suoi familiari.

Diagnosi

- Disturbo dissociativo con altra specificazione: reazioni dissociative acute a eventi stressanti

Discussione

I sintomi della signorina Zayas potrebbero essere interpretati in molti modi diversi. La morte per omicidio del fidanzato è indubbiamente un avvenimento traumatico; un clinico potrebbe quindi pensare di ricondurre i sintomi manifestati dalla paziente a una delle diagnosi descritte dal DSM-5 tra i disturbi correlati a eventi traumatici e stressanti. Un altro potrebbe riconoscerli come sintomi psicotici e attribuirli a un disturbo dello spettro della schizofrenia. Altri ancora potrebbero cercare una diagnosi plausibile tra i disturbi d'ansia o depressivi, oppure ipotizzare un preesistente disturbo di personalità.

Ma se consideriamo tutte le informazioni disponibili possiamo anche arrivare a una spiegazione più semplice. La notizia della morte del fidanzato ha indotto un profondo stato di ottundimento; la signorina Zayas ha continuato per ore a girare silenziosa per casa, occupandosi di faccende irrilevanti, con comportamenti ripetitivi, sentendosi "scollegata" dal proprio corpo, dalle proprie emozioni e dall'ambiente circostante. Quando le è stato impedito di bere la candegina è caduta a terra e ha iniziato a tremare, a piangere e a gridare. Ha riferito di non ricordare niente di questo suo tentativo di suicidio e di essersi "risvegliata" soltanto in ospedale, qualche ora più tardi. Per alcuni giorni ha avuto incubi e ricordi intrusivi e spiacevoli ma, nell'arco di un paio di settimane, è ritornata sostanzialmente alla normalità.

La signorina Zayas ha avuto un episodio dissociativo acuto. Riportata come esempio di disturbo dissociativo con altra specificazione, questa nuova diagnosi del DSM-5 (reazioni dissociative acute a eventi stressanti) descrive pazienti che rispondono a un evento stressante con sintomi dissociativi acuti e di breve

durata. I sintomi possono includere restringimento della coscienza, depersonalizzazione, derealizzazione, microamnesie, stupor transitorio e alterazioni della percezione (come rallentamento del tempo o macropsia) e del funzionamento senso-motorio (come analgesia o paralisi); la signorina Zayas ha manifestato i primi cinque sintomi.

Gli episodi dissociativi acuti possono presentarsi in comorbilità con altri disturbi, oppure costituire reazioni isolate in persone prive di altri problemi psichiatrici. In alcuni individui gli episodi possono diventare ricorrenti, specialmente quando ulteriori fattori di stress scatenano nuove reazioni acute, mentre in altri si risolvono con sequele minime.

In tutta l'America Latina un simile episodio viene comunemente chiamato *ataque de nervios* ("attacco di nervi"), definizione ripetutamente usata dalla paziente e dai suoi familiari durante il ricovero ospedaliero. È stata probabilmente la paura di questo tipo di reazione a spingere i familiari della signorina Zayas a sorveglierla con attenzione, scongiurando la possibilità di danni più gravi causati dall'ingestione di candeggina. Gli *ataques* sono molto frequenti, con un'incidenza lifetime di circa il 10% tra i portoricani nati negli Stati Uniti. Quando insorgono in seguito a eventi stressanti specifici, come nel caso della signorina Zayas, sono spesso considerati normali espressioni di sofferenza acuta; tuttavia, una storia di attacchi ricorrenti è associata a un aumento del rischio di ideazione suicidaria, di ricorso ai servizi di salute mentale e di disabilità correlata a disturbi psichiatrici. L'*ataque de nervios* della signorina Zayas suggerisce una potenziale vulnerabilità che può esporla, in particolare, al rischio di ulteriori episodi dissociativi acuti e di successivo sviluppo di un disturbo da stress post-traumatico.

Letture consigliate

- FRIEDMAN, M.J., RESICK, P.A., BRYANT, R.A., BREWIN, C.R. (2011), "Considering PTSD for DSM-5". In *Depression and Anxiety*, 28, pp. 750-769.
- GUARNACCIA, P.J., LEWIS-FERNÁNDEZ, R., MARTÍNEZ PINCAY, I. ET AL. (2010), "Ataque de nervios as a marker of social and psychiatric vulnerability: results from the NLAAS". In *International Journal of Social Psychiatry*, 56, pp. 298-309.
- LEWIS-FERNÁNDEZ, R., HORVITZ-LENNON, M., BLANCO, C. ET AL. (2009), "Significance of endorsement of psychotic symptoms by US Latinos". In *Journal of Nervous and Mental Disease*, 197, pp. 337-347.
- LIM, R.F. (2006) (a cura di), *Clinical Manual of Cultural Psychiatry*. American Psychiatric Publishing, Washington.

9. Disturbo da sintomi somatici e disturbi correlati

Introduzione

Anna Dickerman, John W. Barnhill

La diagnosi di disturbo da sintomi somatici del DSM-5 si riferisce a un gruppo di pazienti con sintomi somatici che provocano disagio e che sono accompagnati da pensieri, sentimenti e comportamenti anomali in risposta a tali sintomi. Questa nuova definizione si propone di includere la maggior parte degli individui che in precedenza avrebbero ricevuto le diagnosi di disturbo di somatizzazione, ipocondria o disturbo algico descritte nel capitolo sui disturbi somatoformi del DSM-IV. Una differenza sostanziale è che la diagnosi di disturbo da sintomi somatici richiede la ricerca di segni positivi come disagio e disfunzione, anziché basarsi soprattutto sulla mancanza di spiegazioni mediche per i sintomi lamentati dal paziente. I pazienti possono anche avere, e spesso hanno, disturbi medici diagnosticati; ma la presenza di diagnosi mediche non esclude la possibilità di un disturbo da sintomi somatici in comorbilità.

Nel capitolo del DSM-5 sul disturbo da sintomi somatici e disturbi correlati vengono descritte anche le diagnosi di disturbo da ansia di malattia, disturbo di conversione, fattori psicologici che influenzano altre condizioni mediche e disturbo fittizio, come pure le categorie di disturbo da sintomi somatici e disturbi correlati con altra specificazione o senza specificazione. La classificazione di tutti questi disturbi, rispetto a quella dei disturbi somatoformi del DSM-IV, è stata riorganizzata e semplificata, principalmente allo scopo di fornire criteri diagnostici che possono rivelarsi più facili e utili per medici generici e specialisti non psichiatri.

È stata per esempio eliminata la diagnosi di ipocondria, considerata disprezzativa e controproducente per lo sviluppo di un'alleanza terapeutica. Il termine *ipocondria* ha inoltre una storia lunga e complessa, associata a un'ampia gamma di possibili interpretazioni del suo significato. Molti degli individui che in base al DSM-IV avrebbero ricevuto una simile diagnosi hanno forti preoccupazioni riguardo alla propria salute e sintomi somatici significativi; secondo i criteri del DSM-5 questi pazienti rientrano nella diagnosi di disturbo da sintomi somatici. Circa il 25% delle persone con un alto livello di ansia relativa alla salute non ha

invece sintomi fisici rilevanti e corrisponde alla nuova diagnosi di disturbo da ansia di malattia.

Il DSM-5 adotta un approccio analogo rispetto agli individui a cui in precedenza sarebbe stato diagnosticato un disturbo algico. Alcuni dei pazienti che lamentano dolore e hanno pensieri, sentimenti e comportamenti anomali correlati soddisfano i criteri per un disturbo da sintomi somatici con dolore predominante, mentre per altri può risultare più appropriata una diagnosi di fattori psicologici che influenzano altre condizioni mediche (che nel DSM-IV era discussa nel capitolo “Altre condizioni che possono essere oggetto di attenzione clinica”). Quest’ultima diagnosi si applica ai pazienti in cui fattori psicologici o comportamentali hanno effetti negativi sul decorso di una condizione medica o interferiscono con il suo trattamento; per quanto nuova, si può prevedere che questa categoria diagnostica verrà utilizzata con una certa frequenza.

Anche se in generale il DSM-5 attribuisce un ruolo minore all’esplorazione dei sintomi non spiegabili dal punto di vista medico, l’esclusione di cause mediche rimane fondamentale nel caso del disturbo di conversione, noto anche come disturbo da sintomi neurologici funzionali. I criteri diagnostici includono la presenza di alterazioni della funzione motoria volontaria o sensoriale e di evidenze cliniche che dimostrano l’incompatibilità tra i sintomi manifestati dal paziente e le condizioni neurologiche o mediche conosciute. Gli specificatori elencati per il disturbo di conversione riguardano la natura dei sintomi (per esempio, debolezza o convulsioni), la loro durata (episodio acuto o persistente) e la presenza o assenza di un fattore psicologico stressante significativo.

Il disturbo fittizio comporta la produzione conscia di falsi segni o sintomi. Come per il disturbo di conversione, la diagnosi richiede che il clinico consideri la possibilità che i sintomi riferiti dal paziente non siano dovuti agli effetti di una malattia; quando il quadro sintomatologico risulta difficilmente spiegabile, spesso l’approccio più indicato è comunque quello di bilanciare il necessario scetticismo con la curiosità professionale.

La diagnosi di disturbo da sintomi somatici e disturbi correlati senza specificazione dovrebbe essere usata soltanto nelle situazioni in cui non sono disponibili informazioni sufficienti per porre una diagnosi più precisa, mentre la categoria “con altra specificazione” si applica quando un individuo ha manifestazioni caratteristiche di uno specifico disturbo da sintomi somatici che sono causa di disagio o disfunzione significativi ma che non soddisfano pienamente i criteri per tale disturbo. Per esempio, alcuni pazienti possono avere tutti i sintomi tipici di un disturbo da sintomi somatici o di un disturbo da ansia di malattia, che durano però da meno di sei mesi; per questi pazienti si utilizzeranno le specificazioni “disturbo da sintomi somatici breve” o “disturbo da ansia di malattia breve”. Le altre due diagnosi previste nella categoria con altra specificazione sono quelle di pseudociesi e di disturbo da ansia di malattia senza eccessivi comportamenti di malattia.

Nei pazienti con disturbo di conversione e convulsioni non epilettiche “psicogene” la diagnosi può essere formulata in base ai risultati negativi di esami

elettroencefalografici effettuati durante un attacco epilettiforme. Nello stesso modo, la diagnosi di pseudocesie può essere posta eseguendo test di gravidanza. Ma tendenzialmente la valutazione dei pazienti con disturbo da sintomi somatici e disturbi correlati non dovrebbe focalizzarsi sulla possibilità di una simulazione o sulla ricerca insistita di un'eziologia inconscia: l'obiettivo primario è piuttosto quello di identificare un insieme comune di pensieri, sentimenti e comportamenti che causano disagio e/o compromissione funzionale e che possono quindi diventare l'oggetto centrale di un'efficace attenzione clinica.

Lecture consigliate

- DIMSDALE, J.E., XIN, Y., KLEINMAN, A. ET AL. (2009) (a cura di), *Somatic Presentations of Mental Disorders: Refining the Research Agenda for DSM-V*. American Psychiatric Association, Arlington.
- FRIEDMAN, J.H., LAFRANCE, W.C. (2010), "Psychogenic disorders: the need to speak plainly". In *Archives of Neurology*, 67, pp. 753-755.
- MACKINNON, R.A., MICHELS, R., BUCKLEY, P.J. (2006), "The psychosomatic patient". In *The Psychiatric Interview in Clinical Practice*. American Psychiatric Publishing, Washington.

Caso 9.1

Dolore e depressione

James A. Bourgeois

Michelle Adams, 51 anni, si era presentata in un centro di salute mentale dietro insistenza del suo medico di famiglia. Dopo avere ripetutamente tentato senza alcun successo di trattare la persistente lombalgia della signorina Adams, durante l'ultima visita, in cui la paziente era scoppiata disperatamente in lacrime, il medico aveva provveduto a fissare l'appuntamento con il centro pensando che potesse essere utile una valutazione psichiatrica.

Lo psichiatra che aveva accolto la signorina Adams nella sala d'attesa era rimasto colpito sia dal suo aspetto, sia dal suo comportamento. La donna, con una massa spettinata di capelli grigi e un paio di vistosi occhiali da sole, era seduta su una sedia a rotelle; gli aveva stretto debolmente la mano e con uno sguardo supplichevole gli aveva chiesto se poteva spingere la carrozzella fino al suo studio. Era stanca dopo aver compiuto il lungo tragitto per raggiungere il centro: "E nessuno per strada si è offerto di aiutarmi, le pare possibile?".

La signorina Adams aveva poi raccontato che da più di un anno soffriva di insopportabili dolori alla schiena. La sua vita era "completamente cambiata" 13 mesi prima, quando una notte era rimasta chiusa fuori di casa; si era arrampicata sulla scala antincendio per cercare di entrare nel suo appartamento attraverso una finestra, ma era caduta e si era fratturata la pelvi, il coccige, il polso destro e tre costole. Anche se non erano stati necessari interventi chirurgici, era dovuta restare a letto per sei settimane, a cui avevano fatto seguito diversi mesi di fisioterapia. Da allora aveva consultato "almeno una dozzina" di medici e specialisti e si era sottoposta a svariati trattamenti, incluse iniezioni di anestetici e terapia bioelettrica; assumeva anche quotidianamente analgesici oppiodi, che avevano però effetti positivi solo moderati. Per alleviare il dolore e "per rilassarsi" fumava marijuana, in genere uno spinello al giorno, con boccate distribuite nell'arco della giornata. Non faceva uso di alcol o di altre sostanze illecite.

La signorina Adams aveva lavorato per oltre vent'anni come parrucchiera in un salone di bellezza. Aveva molte clienti devote e ottimi rapporti con le colleghe, che aveva indicato come "la mia vera famiglia", ma dopo l'incidente non aveva ripreso a lavorare. "Questi medici continuano a dirmi che potrei farlo", aveva commentato con rabbia evidente, "ma non hanno idea di quanto siano forti i miei dolori". Con la voce rotta aveva aggiunto: "Non mi credono, pensano che io stia fingendo". All'inizio molte delle sue amiche la chiamavano e andavano a trovarla; con il passare del tempo i suoi contatti sociali si erano però progressivamente ridotti: "In parte per colpa mia; negli ultimi tempi spesso non rispondo neanche al telefono, lascio che la segreteria telefonica registri i messaggi, perché non mi va di essere compatita". Nell'ultimo mese aveva smesso anche di lavarsi regolarmente e di pulire la casa. Di solito rimaneva sveglia tutta la notte; riusciva a prendere sonno verso le cinque del mattino e si alzava dal letto solo nel pomeriggio, ma dormiva male a causa del dolore. A proposito

del suo umore aveva affermato: "Sono talmente depressa che a volte mi sembra ridicolo". Aveva perso qualsiasi speranza di poter guarire, ma diceva di non aver mai considerato la possibilità di suicidarsi: non era compatibile con la sua fede cattolica.

La signorina Adams non aveva mai consultato uno psichiatra e non ricordava di essersi mai sentita depressa prima dell'incidente. Aveva invece descritto "un temperamento piuttosto irascibile", caratteristica che aveva in comune con la maggior parte dei suoi familiari. Aveva parlato solo di una relazione sentimentale significativa, risalente a diversi anni prima, con una donna che tendeva ad abusare emotivamente di lei. Quando lo psichiatra le aveva chiesto se aveva precedenti penali, la paziente aveva risposto che da giovane, intorno ai vent'anni di età, era stata arrestata "un paio di volte" per furto; aveva detto di essersi trovata "nel posto sbagliato nel momento sbagliato", ma di non aver mai subito condanne.

Diagnosi

- Disturbo da sintomi somatici, con dolore predominante, persistente, da moderato a grave
- Disturbo da uso di cannabis
- Depressione maggiore

Discussione

La signorina Adams ha riportato una storia di lombalgia intensa, insorta in seguito a una grave caduta, che permane da 13 mesi. Dopo l'incidente, pare abbia ricevuto un'assistenza medica adeguata, con un lungo periodo di riabilitazione; è stata quindi sottoposta a vari tipi di trattamenti, incluse procedure invasive, ma i suoi dolori alla schiena non sono scomparsi. Al contrario, il dolore, la compromissione funzionale e il correlato isolamento sociale sembrano essere peggiorati, con il progressivo sviluppo di sintomi depressivi. È ragionevole pensare che questi sintomi – tra cui umore persistentemente depresso, mancanza di energia, ridotta cura della propria persona e alterazioni del sonno – soddisfino attualmente i criteri per una depressione maggiore, anche se per confermare una simile diagnosi sarà necessario raccogliere ulteriori informazioni.

La signorina Adams fuma quotidianamente marijuana e sembra aver sviluppato un quadro di dipendenza comportamentale rispetto alle sue proprietà blandamente analgesiche e ansiolitiche. La paziente non considera problematica questa sua abitudine, ma è depressa, priva di motivazioni e con un basso livello di funzionamento, e usa con regolarità una sostanza illecita che può produrre esattamente tali effetti. Appare pertanto probabile che corrisponda ai criteri per un disturbo da uso di cannabis, e sarebbe opportuno verificare anche la possibilità di una diagnosi di disturbo depressivo indotto da sostanze.

Infine, la signorina Adams presenta pensieri, sentimenti e comportamenti eccessivi correlati al dolore e al suo stato di disabilità, che persistono a più di un anno di distanza dall'evento che li ha generati e sono decisamente invalidanti.

ti. In base ai criteri del DSM-5 la paziente ha dunque ricevuto anche la diagnosi di disturbo da sintomi somatici, accompagnata dallo specificatore “con dolore predominante”. È importante qui ricordare che nel DSM-5 il disturbo algico non costituisce più un’entità distinta, ma viene considerato una forma di disturbo da sintomi somatici.

Molti individui con disturbo da sintomi somatici sviluppano disturbi dell’umore e da uso di sostanze. In termini fenomenologici, spesso risulta utile valutare questi pazienti accertando la sequenza della triade formata da sintomi somatici (per la signorina Adams il dolore alla schiena), disturbo dell’umore e uso di sostanze. Il caso della signorina Adams corrisponde a un quadro relativamente comune: prima dell’insorgenza del dolore, grave e persistente, la paziente aveva un buon livello di funzionamento, senza apparenti problemi psichiatrici o uso di sostanze; la “malattia primaria” è il disturbo da sintomi somatici, da cui sono poi derivati depressione e abuso di marijuana.

Tuttavia, la fase diagnostica è frequentemente lunga e complicata. Di solito i pazienti con disturbo da sintomi somatici sono riluttanti a rivolgersi a uno psichiatra, mentre cercano soprattutto l’assistenza di medici di medicina generale e altri specialisti. Quando consultano uno psichiatra, spesso un eccessivo uso di analgesici oppioidi (possibilità che emerge solo tangenzialmente dalla storia della signorina Adams) diventa il primo oggetto di discussione, come pure la prima potenziale fonte di conflitto. Di conseguenza persone come la signorina Adams rischiano di non ricevere valutazioni accurate relative i loro disturbi, quali la depressione, per cui si potrebbe rapidamente pianificare una terapia, e quindi di non iniziare quel processo che può trasformare il loro dolore da una catastrofe a un sintomo cronico ma trattabile.

Letture consigliate

- BOURGEOIS, J.A., KAHN, D., PHILBRICK, K.L., BOSTWICK, J.M. (2009) (a cura di), *Casebook of Psychosomatic Medicine*. American Psychiatric Publishing, Washington.
DIMSDALE, J.E., SHARMA, N., SHARPE, M. (2011), “What do physicians think of somatoform disorders?”. In *Psychosomatics*, 52, pp. 154-159.

Caso 9.2

Sintomi somatici

James L. Levenson

Norma Balaban, 37 anni, era stata inviata dal suo medico di medicina generale per la valutazione di un quadro di depressione e vari sintomi somatici. Aveva una storia di binge eating e obesità e cinque anni prima era stata sottoposta a un intervento di bypass gastrico, ma nel corso dell'ultimo anno erano emersi molti altri problemi.

Appena entrata nello studio dello psichiatra la signora Balaban gli aveva consegnato una lista di tre pagine in cui erano elencati tutti i suoi sintomi fisici. I primi a manifestarsi erano stati spasmi notturni e dolori diurni alle gambe. Aveva quindi avuto disturbi del sonno che causavano un senso di "annebbiamento" e di pesantezza alla testa. Provava frequentemente sensazioni di freddo a livello delle mani, dei piedi e del volto, e sensazioni di pulsazioni agli occhi che le sembravano più pronunciate quando la notte dormiva particolarmente male. Ultimamente aveva poi avuto difficoltà a urinare, irregolarità mestruali e diversi problemi di natura muscolare, inclusi dolori al gluteo destro, associati a un senso di bruciore in corrispondenza della coscia destra, e torcicollo con spasmi dei muscoli della parte alta della schiena.

La signora Balaban era già stata recentemente visitata da una reumatologa, da due neurologi e da un neurooftalmologo. La reumatologa aveva diagnosticato una lombalgia meccanica senza segni di artrite infiammatoria; aveva inoltre suggerito la possibilità di emicrania con sintomi neuropatici periferici e sintomi oculari. L'ultimo neurologo consultato aveva posto una diagnosi di emicrania atipica, ma aveva anche riportato che "la paziente sembrava avere un significativo grado di depressione, che potrebbe aggravare i sintomi o costituire un fattore scatenante". L'analisi di tutti i referiti clinici aveva rivelato che negli ultimi mesi la signora Balaban era stata sottoposta a un gran numero di esami, tutti con risultati sostanzialmente nella norma, tra cui due elettroencefalogrammi, un elettromiogramma, sei esami di risonanza magnetica cerebrale o spinale, due punture lombari e una serie di test di laboratorio. Le era stato più volte raccomandato un consulto psichiatrico, ma la paziente si era finalmente decisa a seguire questo consiglio solo dopo le ripetute insistenze del medico di base.

Durante il colloquio con lo psichiatra, all'inizio la signora Balaban aveva parlato principalmente dei suoi sintomi fisici, che le causavano grande preoccupazione. Era frustrata dal fatto di non avere ancora ricevuto una diagnosi precisa, nonostante le varie visite specialistiche. Di recente aveva incominciato ad assumere fluoxetina e gabapentin, prescritti dal medico di base, e questi farmaci sembravano aver migliorato almeno parzialmente il suo umore e alleviato alcuni dei suoi dolori. Continuava però ad avere problemi di concentrazione; al lavoro aveva difficoltà a portare a termine i compiti che le venivano assegnati (la signora Balaban aveva un diploma di scuola superiore e da molti anni lavorava come assistente amministrativa del rettore di un'università locale) e a casa passava molto tempo al computer, cercando in rete informazioni e possibili spiegazioni per i suoi sintomi. Si sentiva in colpa perché tra-

scurava il marito e i figli, ma diceva di "non avere energie sufficienti". Verso la fine del colloquio aveva ammesso che nel corso dell'anno precedente aveva avuto "momenti di depressione", accompagnati da alcuni segni di anedonia e da occasionali pensieri di suicidio (per esempio, una volta aveva considerato la possibilità di andare a schiantarsi da qualche parte con la sua automobile); da circa un anno aveva anche sintomi depressivi premestruali.

L'anamnesi personale indicava che sei anni prima, dopo la nascita della sua seconda figlia, la signora Balaban era stata trattata per depressione postpartum. Non aveva una storia di abuso di sostanze. L'anamnesi familiare era positiva per cancro, ipertensione e depressione. La signora Balaban viveva con il marito e le due figlie (la più grande aveva dieci anni); il marito era in trattamento per depressione. La paziente era cresciuta in una piccola città di una regione rurale; diceva di avere avuto un'infanzia felice e negava di aver vissuto esperienze di abuso fisico o sessuale.

Durante la valutazione la signora Balaban, che aveva un aspetto ben curato, era apparsa vigile, collaborativa e per nulla difensiva. L'umore era depresso, con un certo rallentamento psicomotorio. Non erano emersi segni di alterazioni dei processi del pensiero, anomalie percettive o disfunzioni cognitive.

Diagnosi

- Disturbo da sintomi somatici

Discussione

La signora Balaban dedica una spropositata quantità di tempo ed energia alle preoccupazioni per la sua salute e alla ricerca di spiegazioni e cure mediche per i suoi sintomi fisici, presenti nel complesso da circa un anno, che sono causa di notevole disagio soggettivo e interferiscono con lo svolgimento delle normali attività: il quadro soddisfa i criteri del DSM-5 per una diagnosi di disturbo da sintomi somatici.

Questa nuova diagnosi proposta dal DSM-5 riflette un cambiamento significativo rispetto ai precedenti sistemi di classificazione. I sintomi del disturbo possono insorgere a qualsiasi età, ma le preoccupazioni esagerate per i sintomi somatici devono generalmente persistere per un periodo superiore ai sei mesi. Il DSM-5 sottolinea inoltre l'importanza dei pensieri, sentimenti e comportamenti anomali che si manifestano in risposta ai sintomi somatici, attribuendo un ruolo minore alla ricerca o all'esclusione delle loro possibili cause mediche.

I numerosi e disparati sintomi fisici lamentati dalla signora Balaban suggeriscono una componente psichiatrica. È anche possibile che soffra di una condizione medica, ancora non identificata, in grado di spiegare almeno parte dei suoi sintomi (per esempio una sclerosi multipla). È però improbabile che una simile diagnosi medica influenzi quella di disturbo da sintomi somatici, perché i pensieri, sentimenti e comportamenti correlati ai sintomi e ai timori per la propria salute saranno comunque ritenuti eccessivi; in altre parole, i criteri del

DSM-5 indicano che il problema fondamentale non sono i sintomi, bensì la loro interpretazione.

Un aspetto cruciale del cambiamento operato rispetto ai disturbi somatoformi del DSM-IV è che la diagnosi di disturbo da sintomi somatici non si basa sull'assenza di spiegazioni mediche. I tentativi di dimostrare la mancanza di una diagnosi medica pertinente possono tradursi, come illustra il caso della signora Balaban, in una mole di esami non strettamente necessari. Possono inoltre portare a situazioni in cui il paziente finisce per assillare con i suoi problemi il medico di famiglia, che viene sollecitato a prescrivere ulteriori test e visite specialistiche e a sperare, alla fine, che il paziente trovi un altro medico di fiducia. A volte quando si giunge a una diagnosi psichiatrica il paziente può considerarla denigratoria, sentendosi respinto e sminuito. La diagnosi di disturbo da sintomi somatici dovrebbe aggirare queste difficoltà: i pazienti con disturbo da sintomi somatici possono effettivamente avere problemi medici, ma il focus dell'attenzione psichiatrica diventano le modalità con cui i sintomi fisici influenzano pensieri, sentimenti e comportamenti.

Molti dei pazienti che lamentano eccessivi sintomi fisici hanno anche altri disturbi mentali, che non rientrano nella categoria del disturbo da sintomi somatici e disturbi correlati. Sebbene non sia chiaro se soddisfi pienamente i criteri per una diagnosi di disturbo depressivo maggiore, la signora Balaban ha preminenti sintomi depressivi, che includono la presenza di ideazione suicidaria, e una storia di depressione postpartum che ha richiesto trattamenti psichiatrici. La storia della paziente suggerisce la possibilità, oltre che di una diagnosi di depressione, di un disturbo bipolare non diagnosticato. La paziente ha inoltre riferito "spasmi notturni alle gambe" che potrebbero essere collegati a una sindrome delle gambe senza riposo, che potrebbe aver contribuito allo sviluppo di insomnia e a un'esacerbazione delle preoccupazioni relative ai sintomi somatici. Nel caso della signora Balaban ulteriori valutazioni dovrebbero quindi verificare la possibile presenza, attuale o passata, di depressione, mania e ipomania, considerando anche la possibilità di disturbi dell'alimentazione, disturbi del sonno-veglia e di un disturbo da uso di oppiacei.

Letture consigliate

- DIMSDALE, J.E. (2011), "Medically unexplained symptoms: a treacherous foundation for somatoform disorders?". In *Psychiatric Clinics of North America*, 34, pp. 511-513.
- DIMSDALE, J.E., CREED, F. (2009), "The proposed diagnosis of somatic symptom disorders in DSM-V to replace somatoform disorders in DSM-IV: a preliminary report". In *Journal of Psychosomatic Research*, 66, pp. 473-476.
- LEVENSON, J.L. (2011), "The somatoform disorders: 6 characters in search of an author". In *Psychiatric Clinics of North America*, 34, pp. 515-524.

Caso 9.3

Malattia di Lyme

Robert Boland

Oscar Copek, 43 anni, era stato accompagnato dalla moglie in un centro di Pronto Soccorso per quella che egli stesso definiva come una ricaduta della sua malattia di Lyme. Si sentiva spossato da circa un mese e aveva passato l'ultima settimana a letto; diceva di essere troppo stanco e confuso per fornire informazioni più esaustive, aveva chiesto al medico del Pronto Soccorso di telefonare al suo psichiatra, che l'aveva in cura da più di vent'anni.

Lo psichiatra aveva riferito di essere stato consultato per la prima volta dal paziente, che all'epoca era uno studente universitario, a causa di attacchi di panico; gli attacchi erano rapidamente scomparsi, ma in seguito il signor Copek aveva continuato a vedere lo psichiatra per le difficoltà che incontrava nel gestire la sua malattia cronica. Il timore che l'impegno richiesto dagli studi (il signor Copek era iscritto al quarto anno di un corso di laurea in economia) potesse esacerbare la malattia lo aveva poi indotto ad abbandonarli. Da allora la moglie, infermiera, era stata la sua principale fonte di supporto; il signor Copek aveva saltuariamente contribuito al bilancio familiare svolgendo piccoli lavori di consulenza finanziaria, ma anche questi erano limitati dalle apprensioni per la sua salute.

La maggior parte del tempo il signor Copek si sentiva fisicamente e mentalmente bene; riteneva che i suoi episodici problemi di stanchezza, ansia e scarsa concentrazione fossero "controllabili" senza trattamenti specifici. Tendenzialmente contrario all'uso di psicofarmaci, per curarsi assumeva rimedi omeopatici, faceva esercizio fisico e seguiva "una dieta sana". Nelle rare occasioni in cui reputava opportuno ricorrere a farmaci, ne assumeva dosi molto ridotte (per esempio, un quarto di una compressa di lorazepam da 0,5 milligrammi). Le sedute con lo psichiatra erano per lo più dedicate alla discussione delle preoccupazioni relative alla sua condizione, che spesso alimentava portando articoli sulle forme croniche della malattia di Lyme; era anche membro di un gruppo locale di sostegno per persone affette dalla malattia.

Ogni tanto però i sintomi del signor Copek peggioravano; in passato queste "riacutizzazioni", solitamente correlate a chiari eventi stressanti, si erano verificate con una frequenza all'incirca annuale. L'ultimo episodio risaliva a 12 mesi prima, quando la moglie lo aveva lasciato per un breve periodo dopo aver scoperto che aveva una relazione extraconiugale. Il paziente si era poi detto mortificato sia per il suo comportamento nei confronti della moglie, sia per il fatto di dipendere economicamente da lei; aveva troncato i rapporti con l'altra donna e aveva cercato di ampliare le sue attività lavorative. Secondo lo psichiatra i sintomi attualmente lamentati dal signor Copek erano probabilmente legati a un'analogia situazione di stress.

Lo psichiatra e l'internista del signor Copek si tenevano regolarmente in contatto. Tutti gli esami finora effettuati per valutare la possibile presenza di una malattia di Lyme avevano dato risultati negativi, ma tutte le volte che l'internista aveva espres-

so dubbi sulla sua condizione, il paziente aveva reagito in maniera difensiva citando evidenze sulla relativa inaffidabilità dei test diagnostici per la malattia di Lyme. Lo psichiatra e l'internista avevano quindi deciso di comune accordo di mantenere un approccio terapeutico conservativo, con un atteggiamento neutro rispetto alla veridicità della malattia.

Durante l'intera valutazione condotta al Pronto Soccorso il signor Copek, che non aveva peraltro un aspetto "malato", aveva parlato a bassa voce, tenendo gli occhi chiusi. Aveva mostrato segni di ansia e aveva spesso perso il filo del discorso, ma con continui incoraggiamenti e molta pazienza l'esaminatore era riuscito alla fine a ottenere dal paziente un resoconto che corrispondeva a quello precedentemente fornito dallo psichiatra. Dall'esame fisico non era emerso nulla di particolare; dati gli esiti negativi dei test già eseguiti in passato, si era deciso di effettuare, almeno inizialmente, soltanto esami di laboratorio di routine. L'unico parametro anomalo rilevato da questi test era un livello di emoglobina di poco inferiore alla norma; allarmato da tale referto il signor Copek aveva però risposto alle rassicurazioni del medico insistendo sulla necessità di ulteriori indagini ed esami.

Diagnosi

- Disturbo da ansia di malattia, tipo richiedente l'assistenza

Discussione

Malgrado i risultati ripetutamente negativi di indagini e visite mediche, il signor Copek continua a manifestare la convinzione di essere affetto da una malattia debilitante; questa convinzione contribuisce a determinare un alto livello di ansia rispetto al suo stato di salute e un basso livello di funzionamento. In base a precedenti sistemi di classificazione, incluso il DSM-IV, per un paziente come il signor Copek sarebbe stata probabilmente considerata la possibilità di una diagnosi di ipocondria. Ma il DSM-5 propone un approccio diverso: da un lato perché una simile diagnosi poteva essere ritenuta dispregiativa e ostacolare lo sviluppo di una relazione medico-paziente efficace; dall'altro perché spesso portava, nel tentativo di dimostrare l'assenza di reali condizioni mediche, a una traiula di esami che anziché rassicurare il paziente aumentavano le sue preoccupazioni. Secondo i criteri del DSM-5 molti pazienti che avrebbero ricevuto una diagnosi di ipocondria possono ora rientrare in due nuove categorie diagnostiche: il disturbo da sintomi somatici e il disturbo da ansia di malattia.

Il disturbo da sintomi somatici comporta una risposta eccessiva o maladattiva a sintomi fisici significativi. La diagnosi di disturbo da ansia di malattia intende invece descrivere un gruppo di pazienti, presumibilmente meno numeroso, che sono convinti di avere una malattia grave e che manifestano, in relazione alla propria salute, timori e comportamenti eccessivi o evitamento disadattivo; la differenza sostanziale è che in questi pazienti i sintomi fisici non sono presenti o sono solo di lieve intensità. Nel caso del signor Copek appare più appropriata la

seconda diagnosi, per diversi motivi: il signor Capek si sente generalmente bene, anche se occasionalmente lamenta sintomi somatici; il problema principale è che crede di essere affetto da una condizione medica e ha organizzato la sua vita in modo da evitare fattori che rischiano di evocarne i sintomi. La reazione al livello minimamente alterato di emoglobina riscontrato dagli ultimi esami del sangue, molto probabilmente non patologico, evidenzia la sua esagerata sensibilità nei confronti di qualsiasi indicazione di un peggioramento dello stato di salute. Più che altro, il vero disturbo sembra essere questo atteggiamento maladattivo rispetto alla sua presunta malattia e l'ansia che tale malattia provoca.

Come per il disturbo da sintomi somatici e tutti i disturbi correlati, bisogna comunque escludere varie altre possibilità, tra cui ovviamente quella di una condizione medica sottostante ancora non identificata. Sebbene una malattia di Lyme appaia improbabile, ci sono diverse sindromi riconosciute ma poco definite e a volte trascurate – quali la sindrome da stanchezza cronica, la sindrome da disfunzione immunitaria e la fibromialgia – che dovrebbero essere prese in considerazione. Le informazioni disponibili sulla lunga storia medica e psichiatrica del signor Capek convergono nell'indicare, con ragionevole certezza, un disturbo da ansia di malattia; ma in generale è importante evitare di porre troppo affrettatamente una diagnosi psichiatrica, perché quando i sintomi di un paziente vengono attribuiti a un disturbo mentale gli accertamenti medici tendono a cessare.

Rimane da verificare la possibilità di ulteriori diagnosi psichiatriche. Per esempio, il signor Capek ha una storia di attacchi di panico, è ansioso ed è probabile che a volte si senta anche depresso. Inoltre, la sua convinzione di essere affetto da malattia di Lyme persiste nonostante le evidenze che suggeriscono il contrario. Non sembra però avere disturbi psicotici; per quanto possa essere difficile stabilire i confini tra la preoccupazione per la malattia e il delirio, le idee del signor Capek non raggiungono la rigidità e l'intensità riscontrate nei deliri somatici che si possono sviluppare nel quadro di un disturbo delirante, di una schizofrenia o di un disturbo depressivo maggiore con caratteristiche psicotiche. I deliri somatici sono generalmente più bizzarri; anche se infondate, le preoccupazioni del signor Capek sono plausibili. Per esempio, quando insiste sul fatto che i test diagnostici per la malattia di Lyme non sono sempre attendibili il paziente non è irrazionale, bensì sopravvaluta semplicemente una spiegazione improbabile. Il disturbo da ansia di malattia ha diverse caratteristiche in comune con il disturbo ossessivo-compulsivo e, in alcuni casi, la distinzione tra le due condizioni può essere più pratica che significativa; al momento una diagnosi di disturbo ossessivo-compulsivo appare tuttavia meno verosimile, perché il signor Capek, oltre alla preoccupazione per la malattia, non sembra avere altre ossessioni (inclusi timori di contaminazione). Le informazioni fornite dallo psichiatra che lo segue da molti anni sono preziose per confermare la diagnosi di disturbo da ansia di malattia, ma anche per scartare altre possibili diagnosi psichiatriche.

Con l'eccezione del disturbo fittizio, per la diagnosi di un disturbo da sintomi somatici o di un disturbo correlato il DSM-5 non richiede necessariamente

una valutazione delle eventuali motivazioni sottostanti, allo scopo di verificare l'assenza di evidenti vantaggi secondari (valutazione tradizionalmente prevista per i disturbi somatoformi). Ciò nonostante, nell'esaminare il caso del signor Capek è difficile non notare il potenziale ruolo di rinforzo di alcuni benefici secondari: i suoi problemi sono chiaramente causa di disagio soggettivo ma, nello stesso tempo, lo sollevano da una serie di responsabilità e gli offrono una scusa per comportamenti inappropriati. Per risultare efficace, qualsiasi trattamento successivo dovrà avere tra i suoi obiettivi lo smantellamento di questi fattori di rinforzo. Per lo psichiatra che ha in cura il signor Capek sarà ugualmente importante cercare di ridurre il rischio di danni iatrogeni che potrebbero derivare dagli interventi di colleghi medici troppo zelanti, aiutandoli ad adottare verso il paziente un approccio conservativo e non giudicante.

Letture consigliate

- ABRAMOWITZ, J.S., BRADDOCK, A.E. (2006), "Hypochondriasis: conceptualization, treatment, and relationship to obsessive-compulsive disorder". In *Psychiatric Clinics of North America*, 29, pp. 503-519.
- HARDING, K.J., SKRITSKAYA, N., DOHERTY, E., FALLON, B.A. (2008), "Advances in understanding illness anxiety". In *Current Psychiatry Reports*, 10, pp. 311-317.
- RACHMAN, S. (2012), "Health anxiety disorders: a cognitive construal". In *Behavior Research and Therapy*, 50, pp. 502-512.
- SIRRI, L., GRANDI, S. (2012), "Illness behavior". In *Advances in Psychosomatic Medicine*, 32, pp. 160-181.

Caso 9.4

Convulsioni

Jason P. Caplan, Theodore A. Stern

Paulina Davis, 32 anni, afroamericana, era stata portata in ambulanza al Pronto Soccorso di un ospedale universitario dopo che i familiari l'avevano trovata nella sua camera in preda a una crisi convulsiva. La signorina Davis soffriva di epilessia (la diagnosi era stata posta per la prima volta durante l'adolescenza) e non aveva apparentemente una storia di problemi psichiatrici. Prima di raggiungere l'ospedale le erano state somministrate diverse dosi di lorazepam, ma le convulsioni erano cessate solo dopo l'arrivo al Pronto Soccorso, quando aveva ricevuto una dose carico di fenitoina. Gli esami di laboratorio eseguiti al momento del ricovero indicavano che le concentrazioni plasmatiche dei farmaci antiepilettici abitualmente assunti dalla paziente erano nel range terapeutico; non c'erano segni di infezione o disturbi metabolici e i risultati dei test tossicologici per sostanze stupefacenti erano negativi.

Un secondo attacco convulsivo (trattato con lorazepam per via endovenosa) si era verificato più tardi, poco dopo l'inizio di un esame elettroencefalografico (EEG) di routine; l'analisi del tracciato non aveva però rivelato segni di attività epilettiforme. Si era quindi deciso di sottoporre la paziente a un monitoraggio continuo mediante video-EEG, con una contemporanea graduale riduzione del dosaggio degli antiepilettici, fino alla completa sospensione del trattamento. Durante il monitoraggio c'erano stati altri episodi convulsivi, ma in nessuno di questi episodi si erano riscontrate alterazioni elettroencefalografiche; era stata di conseguenza richiesta una valutazione psichiatrica.

Nel corso della valutazione la signorina Davis, seduta sul letto e con in testa gli elettrodi dell'EEG, aveva stabilito un buon contatto visivo e si era mostrata collaborativa e piacevole. La paziente, che in precedenza non aveva mai consultato uno psichiatra, aveva riferito di non avere umore depresso o sintomi quali alterazioni del sonno, dell'appetito o dei livelli di energia, né difficoltà di concentrazione; aveva negato anche la presenza di pensieri di suicidio, o di qualsiasi intenzione di fare del male a se stessa o ad altri. Durante il colloquio non aveva manifestato segni di mania o psicosi, e dai test effettuati non erano emersi deficit cognitivi. L'anamnesi familiare non aveva rivelato casi di malattia mentale o abuso di sostanze.

La signorina Davis si era recentemente iscritta all'università di una città poco lontana; a questo proposito aveva commentato: "Non vedo l'ora che incomincino i corsi, anche se per seguirli dovrò trasferirmi là. Finalmente sembra che la mia vita abbia preso la direzione che volevo". Era agitata ed eccitata per questi cambiamenti, ma negava la presenza di altri fattori psicosociali di stress. Si diceva preoccupata dagli effetti a lungo termine che le convulsioni potevano avere sul suo stato di salute, ma le sue preoccupazioni più immediate riguardavano l'ospitalizzazione: sia in termini economici, perché la sua nuova assicurazione avrebbe coperto le spese mediche solo a partire dall'inizio dell'anno accademico, sia per il prolungarsi della degenza, perché il suo trasloco era previsto per la settimana successiva.

Quando lo psichiatra aveva menzionato i risultati negativi degli esami elettroencefalografici, la signorina Davis si era però subito inalberata: "Vuol dire che non mi prendete sul serio? Credete tutti che faccia solo finta?" Lo psichiatra aveva cercato di rassicurarla: nessuno pensava che stesse simulando i suoi sintomi, che non erano stati sottovalutati e si sarebbero potuti trarre benefici grazie a una psicoterapia. Ma la signorina Davis non si era calmata; aveva strappato dalla testa gli elettrodi, si era vestita e aveva lasciato l'ospedale contro il parere dei medici.

Diagnosi

- Disturbo di conversione (disturbo da sintomi neurologici funzionali), con attacchi epilettiformi o convulsioni, cronico

Discussione

Nel DSM-5 la diagnosi di disturbo di conversione descrive una sindrome caratterizzata da uno o più sintomi di alterazione della funzione motoria o sensoriale, che causano disagio clinicamente significativo o compromissione funzionale e che non risultano attribuibili a condizioni neurologiche o mediche conosciute. Rispetto al DSM-IV la modifica principale è che per porre la diagnosi non è più necessaria l'identificazione di stress, conflitti o altri fattori psicologici che possono scatenare o esacerbare i sintomi manifestati dal paziente. Inoltre, per precisare maggiormente la natura dei sintomi il DSM-5 suggerisce sette possibili specificatori (il DSM-IV ne prevedeva quattro: con sintomi motori, con sintomi sensoriali, con attacchi epilettiformi o convulsioni, con sintomatologia mista), più altri due che ne definiscono la durata: "episodio acuto", se i sintomi sono presenti da meno di sei mesi, e "persistente" se i sintomi durano più di sei mesi.

La diagnosi differenziale può includere il disturbo fittizio, quando si sospetta che i sintomi siano simulati deliberatamente, e il disturbo da sintomi somatici o il disturbo da ansia di malattia, quando il paziente manifesta timori o comportamenti eccessivi rispetto alla propria salute. Dovrebbe essere anche tenuta in considerazione la frequente presenza, nei pazienti con disturbo di conversione, di depressione, stanchezza e dolore cronico e di una storia di abuso.

La signorina Davis ha episodi convulsivi cronici, ma con EEG normali. Non è raro che pazienti con attacchi convulsivi non epilettici abbiano anche una diagnosi di epilessia (secondo molti esperti la prevalenza di convulsioni non epilettiche in comorbilità con epilessia è attorno al 10%); tuttavia, per la vasta maggioranza dei pazienti con crisi convulsive non epilettiche non è necessario un trattamento continuativo con farmaci antiepilettici. Sebbene sulla forma con attacchi epilettiformi o convulsioni si concentri gran parte della letteratura sull'argomento, probabilmente a causa della particolare drammaticità dei sintomi e dell'importanza della diagnosi in termini di costi sanitari, questa specifica condizione rende conto solo di circa un quarto di tutti i casi di disturbo di conversione. Un ultimo punto riguarda il fenomeno della *belle indifférence*

(l'apparente mancanza di preoccupazione per i propri sintomi), tradizionalmente associata al disturbo di conversione e citata anche da recenti edizioni di vari libri di testo; secondo le evidenze attualmente disponibili tale fenomeno non è specifico, e non dovrebbe essere quindi considerato nel formulare la diagnosi.

All'inizio molti pazienti accolgono una diagnosi di disturbo di conversione con profonda irritazione, ma la discussione della diagnosi dovrebbe sottolinearne gli aspetti positivi; le buone notizie sono essenzialmente due: la prima è che il paziente non sarà più sottoposto a indagini mediche e terapie farmacologiche non necessarie, la seconda è che il disturbo può essere trattato con una psicoterapia.

Letture consigliate

- DRIVER-DUNCKLEY, E., STONNINGTON, C.M., LOCKE, D.E., NOE, K. (2011), "Comparison of psychogenic movement disorders and psychogenic nonepileptic seizures: is phenotype clinically important?". In *Psychosomatics*, 52, pp. 337-345.
- SCHACHTER, S.C., LAFRANCE, W.C. (2010) (a cura di), *Gates and Rowan's Nonepileptic Seizures*. Cambridge University Press, New York.
- STONE, J., SMYTH, R., CARSON, A. ET AL. (2006), "La belle indifférence in conversion symptoms and hysteria: systematic review". In *British Journal of Psychiatry*, 188, pp. 204-209.

Caso 9.5 **Dolori addominali**

Joseph F. Murray

Rebecca Ehrlich, 24 anni, si era presentata al Pronto Soccorso dell'ospedale lamentando forti dolori addominali dovuti, secondo quanto da lei riportato, a una riacutizzazione del suo morbo di Crohn; era stata quindi ricoverata nell'unità di gastroenterologia. Due giorni più tardi gli infermieri del reparto avevano sollecitato una valutazione psichiatrica per verificare la possibile presenza di depressione: la paziente, che durante la degenza non aveva ricevuto visite da parte di familiari o amici, sembrava estremamente triste, abbattuta e preoccupata per la malattia.

La valutazione era stata affidata a un giovane specializzando che stava svolgendo il tirocinio nel reparto di psichiatria. Durante il colloquio la signorina Ehrlich aveva spiegato che il dolore all'addome era ancora molto intenso, ma che in realtà non si sentiva particolarmente triste, né sola: nessuno era venuta a trovarla semplicemente perché nessuno sapeva che era lì; era arrivata in quella città solo da pochi giorni, si era concessa "una piccola vacanza" all'insaputa dei familiari. Riguardo alla sua storia psichiatrica, la paziente aveva riferito di avere avuto problemi d'ansia all'inizio del college, correlati principalmente alle decisioni che doveva prendere rispetto alla sua futura professione e alla scelta dei corsi a cui iscriversi; l'ansia era completamente scomparsa dopo un breve ciclo di terapia cognitivo-comportamentale. Non aveva avuto altri problemi di natura psichiatrica e non aveva mai assunto farmaci psicotropi. Al college aveva poi seguito dei corsi di psicologia; aveva anche lavorato part-time come assistente infermiera in un ospedale, e aveva considerato la possibilità di iscriversi alla facoltà di infermieristica o di medicina (a questo proposito aveva chiesto allo specializzando che cosa lo avesse spinto a diventare un medico).

Anche se in passato aveva avuto "un discreto numero di amici" e aveva lavorato regolarmente, negli ultimi anni i sintomi provocati dal morbo di Crohn avevano interferito in modo rilevante con la sua vita sociale e le sue attività lavorative; la signorina Ehrlich aveva raccontato che nel corso dell'anno antecedente era stata licenziata per assenteismo e non si era potuta presentare a diverse interviste per altri posti di lavoro a causa di esacerbazioni della malattia. "Ed è dai tempi della scuola superiore che non ho un ragazzo; tutte queste cose non sono certo la fine del mondo, ma se fosse nei miei panni come si sentirebbe?" La paziente aveva aggiunto che l'unica persona della famiglia che "la capiva davvero" era una zia, anche lei affetta da morbo di Crohn. Aveva inoltre segnalato di far parte di un gruppo di supporto online per pazienti con malattie intestinali croniche; si teneva quotidianamente in contatto con altri membri del gruppo via e-mail.

La signorina Ehrlich era stata però molto elusiva sui trattamenti ricevuti e sui medici che l'avevano curata in precedenza, e per cercare di ottenere maggiori ragguagli lo specializzando aveva telefonato alla madre della paziente. La donna non sapeva nulla né del viaggio della figlia, né della sua ospedalizzazione; non conosceva nean-

che il nome del gastroenterologo che l'aveva in cura (i tentativi di rintracciarlo in base al nominativo e al numero di telefono indicati dalla paziente non avevano dato alcun frutto), perché la signorina Ehrlich si era sempre rifiutata di fornirle informazioni dettagliate sulla sua malattia. Per quanto ne sapeva la madre, il morbo di Crohn era stato diagnosticato due anni prima e la figlia era stata ricoverata almeno sei volte (e non due come riportato dalla paziente). La madre della signorina Ehrlich ricordava solo vagamente i nomi di alcuni medici e quelli di un paio di ospedali.

All'inizio dell'intervista la signorina Ehrlich aveva un'aria avvilita, ma nel giro di pochi minuti si era messa a conversare vivacemente, mostrandosi a suo agio, calma e per niente preoccupata dalle procedure endoscopiche a cui doveva essere sottoposta. Il discorso era fluente, i processi del pensiero lineari; non erano emersi problemi di attenzione e la memoria a breve e a lungo termine appariva integra. La paziente aveva negato la presenza di sintomi di depressione, paranoia, allucinazioni o ideazione suicidaria. Aveva affermato che vivere con il morbo di Crohn non era facile, ma si sentiva ottimista sulla possibilità che la malattia migliorasse con il passare del tempo. Non riusciva proprio a spiegarsi le difficoltà incontrate nel reperire il suo gastroenterologo, e si era irritata quando lo specializzando le aveva posto domande più pressanti sull'assistenza medica ricevuta in passato. A quel punto era arrivata l'infermiera che doveva portare la signorina Ehrlich nell'ambulatorio dove sarebbe stata eseguita la colonoscopia.

La colonoscopia e gli altri esami endoscopici effettuati non avevano evidenziato alcun segno di morbo di Crohn. Qualche ora dopo l'endoscopista, il primario del reparto di gastroenterologia e lo specializzando in psichiatria si erano presentati nella camera della paziente per comunicarle i risultati negativi degli esami. La signorina Ehrlich aveva espresso sollievo ("Sono contenta che non ci sia più niente di grave") e si era mostrata subito d'accordo quando il primario le aveva detto che avrebbe potuto essere dimessa il mattino successivo, invitandola a chiedere al suo gastroenterologo di mettersi in contatto con lui. Dopo che il primario e l'endoscopista erano usciti dalla stanza la signorina Ehrlich aveva confidato allo specializzando di sentirsi "già molto meglio"; aveva poi rimosso dal braccio l'ago per le infusioni endovenose e aveva incominciato in fretta a vestirsi. Lo specializzando era corso a cercare il primario, ma quando erano tornati della paziente non c'era più traccia.

Il giorno dopo lo specializzando aveva passato gran parte della mattinata telefonando a medici e ospedali che sembravano corrispondere alle indicazioni fornite dalla paziente e da sua madre. Nel pomeriggio uno dei medici aveva richiamato, dicendo che in effetti si era occupato della signorina Ehrlich durante il ricovero in un ospedale non lontano dalla casa della madre. In base al resoconto del medico tale ricovero, avvenuto sei mesi prima, era stato del tutto simile all'ultimo: dopo una breve degenza, e una colonoscopia con esiti nella norma, la paziente aveva rapidamente abbandonato l'ospedale.

Diagnosi

- Disturbo fittizio, ricorrente

Discussione

I comportamenti manifestati dalla signorina Ehrlich soddisfano tutti i criteri del DSM-5 per una diagnosi di disturbo fittizio: si è presentata come malata falsificando sintomi fisici, la recente ospedalizzazione non è associata a vantaggi evidenti e il quadro non è meglio spiegato da un altro disturbo mentale (come un disturbo psicotico). La riluttanza nel fornire informazioni sulle cure ricevute precedentemente per il presunto morbo di Crohn era già un possibile indizio, ma la conferma della diagnosi è venuta solo dopo la fine della degenza, quando le indagini condotte dallo scrupoloso specializzando hanno rivelato un pattern di comportamento ricorrente.

Non è chiaro quali siano le motivazioni che portano alla “falsificazione” e al “comportamento ingannevole” del disturbo fittizio. Il DSM-5 prevede l’assenza di evidenti vantaggi esterni, mentre il DSM-IV indicava come fattore centrale l’assunzione del ruolo di malato. Nel caso della signorina Ehrlich è difficile stabilire la natura dei fattori motivazionali coinvolti, consci o inconsci; un disturbo fittizio appare comunque più probabile di una simulazione di malattia, che implica la contraffazione intenzionale di sintomi al fine di ottenere benefici personali concreti (come denaro o sostanze di abuso). D’altra parte, molti pazienti possono presentare più componenti; per esempio, è possibile che la signorina Ehrlich abbia assunto inconsciamente il ruolo di malata ma abbia anche tratto vantaggio dall’accesso “giustificato” a farmaci oppioidi.

Simulare i segni e i sintomi di una condizione medica o di un disturbo psichiatrico può essere relativamente facile (specialmente nel caso di sintomi soggettivi come il dolore). Pazienti con disturbo fittizio possono, per esempio, riferire di sentirsi depressi in seguito al decesso di una persona cara che in realtà non è morta; possono alterare i risultati di esami di laboratorio aggiungendo sangue a un campione di urine o assumendo sostanze come insulina o warfarin; possono iniettarsi materiale fecale per indurre un’infezione, oppure riportare falsi episodi di sintomi neurologici quali convulsioni o vertigini. La signorina Ehrlich potrebbe aver cercato in rete informazioni sul morbo di Crohn, o potrebbe averle apprese quando lavorava in ospedale durante gli anni del college; è anche possibile, se ha veramente una zia affetta dalla malattia, che abbia riprodotto i sintomi manifestati dalla donna.

Non stupisce che i clinici abbiano spesso reazioni controtransferali fortemente negative verso un paziente che simula sintomi medici o psicologici: un simile paziente sfrutta il loro desiderio di aiutare le persone sofferenti fingendo di essere malato. Ma è doveroso ricordare che gli individui con disturbo fittizio *sono* effettivamente malati, anche se non nel modo in cui pretendono. In ogni caso, è importante escludere potenziali diagnosi alternative; ma la possibilità di un inganno, al di là delle motivazioni sottostanti, deve essere considerata tutte le volte che i sintomi lamentati da un paziente risultano difficilmente spiegabili. Indagini mediche prolungate e procedure diagnostiche non strettamente necessarie possono esporre al rischio di danni iatrogeni; dato che si stima che circa

l'1% dei pazienti in ambito ospedaliero abbia un disturbo fittizio, non è il caso di sentirsi troppo cinici se si include tale disturbo nella diagnosi differenziale.

Letture consigliate

- EASTWOOD, S., BISSON, J.I. (2008), "Management of factitious disorders: a systematic review". In *Psychotherapy and Psychosomatics*, 77, pp. 209-218.
- FLIEGE, H., GRIMM, A., ECKHARDT-HENN, A. ET AL. (2007), "Frequency of ICD-10 factitious disorder: survey of senior hospital consultants and physicians in private practice". In *Psychosomatics*, 48, pp. 60-64.
- KRAHN, L.E., LI, H., O'CONNOR, M.K. (2003), "Patients who strive to be ill: factitious disorder with physical symptoms". In *American Journal of Psychiatry*, 160, pp. 1163-1168.

Caso 9.6 Dispnea

Janna Gordon-Elliott

Sophie Fredholm, 26 anni, affetta da fibrosi cistica, era stata ricoverata in un'unità di terapia intensiva a causa di gravi sintomi di insufficienza respiratoria. Dopo quattro giorni di degenza i medici del reparto avevano chiesto un consulto psichiatrico per "scarsa aderenza al trattamento": nonostante il costante stato di ipossia e ipercapnia la paziente si rifiutava di utilizzare un ventilatore a pressione positiva (BiPAP), dicendo che la faceva sentire claustrofobica. Non riusciva a dormire perché si risvegliava continuamente, agitata e dispnoica, ma sosteneva di non avere bisogno del ventilatore; i medici la stavano trattando "come una tipica paziente con fibrosi cistica", insistevano sull'uso dell'apparecchio senza neanche verificare se nel suo caso fosse veramente necessario. Piuttosto, si sentiva intrappolata in quella stanza senza finestre, dove medici e infermieri la lasciavano troppo spesso sola.

La signorina Fredholm aveva raccontato allo psichiatra di essere cresciuta in una piccola città, con i genitori e due fratelli più grandi non affetti dalla malattia. Quando era bambina le terapie quotidiane prescritte per la fibrosi cistica le erano sempre state somministrate dalla madre, che era un'infermiera; per renderle meno gravose la madre le aveva trasformate in una specie di gioco fra loro, le cantava canzoncine o le raccontava delle favole. Ma da adolescente aveva incominciato a rifiutare i trattamenti, dicendo ai genitori che voleva "comportarsi e uscire come le altre ragazze della sua età"; spesso però declinava all'ultimo momento gli inviti a feste o gite lamentando difficoltà di respirazione.

Durante il colloquio con lo psichiatra la signorina Fredholm si era frequentemente interrotta perché "le mancava il respiro"; si era più volte portata alla bocca la maschera per l'ossigeno, riprendendo poi a parlare dopo qualche minuto. Aveva anche continuato a guardare verso la porta aperta della stanza; la madre era andata a mangiare qualcosa al bar dell'ospedale, ma avrebbe già dovuto essere di ritorno, e voleva chiederle di "discutere con i dottori la faccenda del ventilatore". Lei e la madre sapevano meglio dei medici come curare i suoi sintomi; era sicura che nel giro di un paio di giorni si sarebbe sentita meglio: "Tutti questi discorsi sul BiPAP aumentano solo la mia ansia, ma i medici non mi danno ascolto". Qualche ora dopo, nel corso della notte, la signorina Fredholm era stata intubata a causa dei crescenti livelli ematici di anidride carbonica.

Diagnosi

- Fattori psicologici che influenzano altre condizioni mediche

Discussione

Il caso della signorina Fredholm illustra come fattori fisici e psicologici possano interagire in maniera complessa nell'influenzare sintomi, emozioni, comportamenti e cure mediche. Rifiutandosi di usare l'apparecchio per la ventilazione non invasiva, la paziente impedisce ai medici di fornirle un trattamento adeguato, contribuendo probabilmente all'esito negativo dell'intubazione endotracheale. Il comportamento della signorina Fredholm sembra derivare da uno stato di ansia e da una serie di convinzioni correlate (che soltanto lei e la madre sappiano davvero che cosa sia necessario per farla stare bene; di essere stata abbandonata; di non essere come altri pazienti); l'ansia può a sua volta provocare alterazioni fisiologiche (come ipossia e vasocostrizione cerebrale) che contribuiscono ad alimentarla ulteriormente.

La diagnosi di fattori psicologici che influenzano una condizione medica descrive un gruppo di pazienti con un problema medico che è influenzato negativamente da fattori psicologici o comportamentali – tra cui disagio psicologico, pattern di interazione interpersonale, stili di coping e comportamenti disadattivi per la salute quali la negazione dei sintomi o la mancata aderenza ai trattamenti prescritti. In questa nuova categoria diagnostica del DSM-5 dovrebbero rientrare solo i pazienti, come la signorina Fredholm, in cui tali componenti psicologiche o comportamentali hanno un effetto negativo evidente sulla condizione medica, alterandone il decorso.

La diagnosi differenziale, particolarmente ampia, include in primo luogo altri disturbi che possono manifestarsi con una confusa sovrapposizione di sintomi fisici e psicologici, come il disturbo da sintomi somatici, il disturbo da ansia di malattia o il disturbo fittizio. Tuttavia, nel disturbo da sintomi somatici e nel disturbo da ansia di malattia in generale è la percezione o la paura dei sintomi fisici a influenzare emozioni o comportamenti, e non viceversa; mentre gli individui con disturbo fittizio possono indurre complicanze mediche con i loro comportamenti, che sono però associati a un inganno intenzionale.

Comportamenti che possono aggravare una condizione medica concomitante si riscontrano in numerose altre condizioni psichiatriche, dai disturbi da uso di sostanze a disturbi psicotici, d'ansia e dell'umore. Normalmente in simili casi non dovrebbe essere posta una diagnosi di fattori psicologici che influenzano una condizione medica; ma tale diagnosi può a volte aiutare a definire il quadro clinico, anche in presenza di una comorbilità psichiatrica. Per esempio, molti individui con personalità rigida, manipolativa o per altri versi difficile hanno risposte problematiche alle malattie fisiche e al ruolo di paziente, spesso con effetti deleteri sulle cure mediche. Questi individui risultano ben descritti da una diagnosi di fattori psicologici che influenzano una condizione medica, che può essere accompagnata da una diagnosi di disturbo di personalità che riflette i loro tratti maladattivi.

Cambiamenti psicologici che provocano direttamente sintomi d'ansia o dell'umore si possono osservare anche nei pazienti con disturbo d'ansia, de-

pressivo o bipolare dovuto a un'altra condizione medica. Nel caso della signorina Fredholm i problemi respiratori contribuiscono presumibilmente a determinare l'ansia, ma l'aspetto più saliente rimane il percorso opposto: cioè le modalità con cui le emozioni, le convinzioni e i comportamenti della paziente si ripercuotono sulla sua condizione medica.

La diagnosi di fattori psicologici che influenzano una condizione medica può includere la negazione della malattia, problema diffuso ma non previsto come disturbo diagnosticabile nell'attuale sistema di classificazione. La negazione può comprendere elementi consci e inconsci, può avere un impatto significativo sul trattamento e sulla prognosi della malattia e può assumere differenti forme, da un diniego totale e conclamato a manifestazioni molto più sottili (per esempio, gli individui sopravvissuti a un carcinoma cutaneo che "si dimenticano" regolarmente di usare filtri solari).

Si tratta di una categoria diagnostica insolitamente eterogenea; ciò nonostante, rendendo esplicita una situazione in cui componenti psicologiche o comportamentali hanno effetti negativi sul decorso di una malattia, la diagnosi di fattori psicologici che influenzano una condizione medica può permettere di fornire ai pazienti un'assistenza più efficace.

Letture consigliate

- GROVES, M.S., MUSKIN, P.R. (2011), "Psychological responses to illness". In LEVENSON, J.L. (a cura di), *Textbook of Psychosomatic Medicine*. American Psychiatric Publishing, Washington.
- SADOCK, B.J., SADOCK, V.A. (2007), "Psychological factors affecting physical conditions". In *Kaplan & Sadock's Synopsis of Psychiatry: Behavioral Sciences/Clinical Psychiatry*. Lippincott Williams & Wilkins, Baltimore.

10. Disturbi della nutrizione e dell'alimentazione

Introduzione

John W. Barnhill

Fino alla pubblicazione del DSM-5, almeno la metà dei pazienti assistiti in ambito specialistico per disturbi dell'alimentazione non soddisfaceva i criteri per una delle due categorie specifiche – anoressia nervosa e bulimia nervosa – e riceveva invece la diagnosi di disturbo dell'alimentazione non altrimenti specificato. Una quota considerevole di pazienti con disagio e disfunzione correlati a disturbi dell'alimentazione rimaneva quindi senza una diagnosi in grado di descrivere in modo preciso la loro condizione.

Per cercare di suddividere questi pazienti in sottogruppi coerenti e conformi alle evidenze attualmente disponibili, il DSM-5 ha apportato diversi cambiamenti. Per esempio, ha incluso nel testo principale il disturbo da binge-eating – precedentemente definito come alimentazione incontrollata – i cui criteri preliminari erano discussi nell'Appendice del DSM-IV. I criteri per l'anoressia nervosa restano concettualmente gli stessi, ma sono stati ampliati con due modifiche importanti: la prima è l'eliminazione del requisito dell'amenorrea; la seconda riguarda il criterio B, che ora comprende non solo la paura esplicitamente dichiarata di aumentare di peso, ma anche il riscontro di un comportamento persistente che interferisce con l'incremento ponderale. Questa aggiunta permette di porre la diagnosi in pazienti con scarso insight, con livelli di franchezza e cooperazione non ottimali o con restrizione dietetica legata a motivazioni alternative. Per la bulimia nervosa l'unico cambiamento sostanziale rispetto al DSM-IV è la riduzione della frequenza minima richiesta di abbuffate e comportamento compensatorio da due a una volta alla settimana. Il DSM-5 propone inoltre la diagnosi di disturbo evitante/restrittivo dell'assunzione di cibo, che espande la categoria del DSM-IV relativa al disturbo della nutrizione dell'infanzia o della prima fanciullezza. La nuova diagnosi descrive un gruppo di pazienti (generalmente ma non sempre bambini e adolescenti) con evitamento o restrizione dell'assunzione di cibo che sono associati a conseguenze clinicamente rilevanti, ma che non soddisfano i criteri per una diagnosi di anoressia nervosa.

Introducendo le diagnosi di disturbo da binge-eating e disturbo evitante/restrittivo dell'assunzione di cibo e abbassando la soglia per quelle di anorexia nervosa e bulimia nervosa, il DSM-5 intende descrivere più chiaramente le sottopopolazioni di pazienti che in precedenza avrebbero probabilmente ricevuto la diagnosi poco informativa di disturbo dell'alimentazione non altrimenti specificato. Le controversie sull'argomento vertono principalmente sulla possibilità che l'uso di criteri più ampi e flessibili porti a un'eccessiva applicazione delle diagnosi, con conseguente psichiatrizzazione impropria di esperienze normali; ma il DSM-5 sottolinea, come per molti altri disturbi, che una diagnosi dovrebbe essere posta soltanto nel caso di individui con comportamenti alimentari che non rientrano nell'intervallo di normalità e che sono causa di disagio significativo e di compromissione funzionale.

La diagnosi di disturbo della nutrizione o dell'alimentazione con altra specificazione si riferisce agli individui che pur avendo manifestazioni tipiche di un disturbo di questa classe diagnostica (con sintomi che provocano disagio e disfunzione clinicamente rilevanti) non soddisfano pienamente i criteri per tale disturbo. Per esempio, un paziente che corrisponde a tutti i criteri per l'anorexia nervosa, inclusa una perdita di peso rilevante, ma il cui peso rimane pari o superiore alla norma potrà ricevere una diagnosi specifica di anorexia nervosa atipica. Altri esempi di manifestazioni che possono essere definite nel quadro di un disturbo "con altra specificazione" sono la bulimia nervosa e il disturbo da binge-eating a bassa frequenza e/o di durata limitata, il disturbo da condotta di eliminazione e la sindrome da alimentazione notturna. La diagnosi di disturbo della nutrizione o dell'alimentazione senza specificazione potrà invece essere utilizzata quando il clinico decide di non precisare la ragione per cui i criteri per un disturbo specifico non sono soddisfatti, per esempio a causa della mancanza di informazioni sufficienti.

Oltre a quelli già menzionati, il capitolo comprende due disturbi della nutrizione e dell'alimentazione che vengono solitamente diagnosticati nell'infanzia o nell'adolescenza: la pica e il disturbo da ruminazione. La pica è caratterizzata dall'ingestione persistente e clinicamente significativa di sostanze senza contenuto alimentare, non commestibili, mentre l'aspetto fondamentale del disturbo da ruminazione è il ripetuto rigurgito di cibo precedentemente ingerito. Sebbene l'esordio si verifichi più comunemente in età infantile, entrambi i disturbi si possono manifestare nell'intero arco della vita; entrambi (se clinicamente rilevanti) possono anche essere diagnosticati in comorbilità con condizioni psichiatriche quali disabilità intellettuale, disturbo dello spettro dell'autismo o schizofrenia.

Al contrario, con l'eccezione della pica (che può essere diagnosticata insieme a qualsiasi altro disturbo), i criteri del DSM-5 forniscono una classificazione gerarchica tale da escludere la possibilità che un singolo individuo riceva nello stesso tempo più di una diagnosi di disturbo della nutrizione e dell'alimentazione. La gerarchia che emerge da questo schema di classificazione reciprocamente esclusivo è, nell'ordine, anorexia nervosa, bulimia nervosa, disturbo evitante/

restrittivo dell'assunzione di cibo, disturbo da binge-eating e disturbo da ruminazione. La diagnosi di anoressia nervosa ha la precedenza sulle altre; vale a dire che se un paziente riceve la diagnosi di anoressia nervosa non potrà contemporaneamente ricevere, per esempio, una diagnosi di disturbo da binge-eating.

Letture consigliate

- STICE, E., MARTI, C.N., ROHDE, P. (2013), "Prevalence, incidence, impairment, and course of the proposed DSM-5 eating disorder diagnoses in an 8-year prospective community study of young women". In *Journal of Abnormal Psychology*, 122, pp. 445-457.
- STRIEGEL-MOORE, R.H., WONDERLICH, S.A., WALSH, B.T., MITCHELL, J.E. (2011) (a cura di), *Developing an Evidence-Based Classification of Eating Disorders: Scientific Findings for DSM-5*. American Psychiatric Association, Arlington.
- WALSH, B.T. (2013), "The enigmatic persistence of anorexia nervosa". In *American Journal of Psychiatry*, 170, pp. 477-484.

Caso 10.1 Mal di stomaco

Susan Samuels

Thomas, un bambino di otto anni con disabilità intellettuale da lieve a moderata, era stato portato al Pronto Soccorso in seguito al peggioramento, nelle 24 ore precedenti, dei dolori addominali di cui soffriva da diverse settimane. Secondo quanto riferito dai genitori Thomas aveva recentemente sviluppato un quadro di stipsi, con un solo movimento intestinale nel corso dell'ultima settimana, e la mattina aveva avuto un attacco di vomito. La famiglia, originaria della Florida, si era stabilita in quella città quattro mesi prima; gli insegnanti di Thomas, che come in Florida frequentava una scuola speciale per bambini con disabilità intellettive, avevano segnalato che poco dopo il trasferimento il bambino aveva incominciato a manifestare difficoltà e negli ultimi tempi appariva sofferente. Sia a scuola sia a casa Thomas spesso si metteva a piangere, dondolandosi piegato con le braccia strette sullo stomaco.

Sette giorni prima un pediatra aveva diagnosticato una "esacerbazione di stitichezza cronica", ma il lassativo che aveva prescritto non aveva prodotto alcun effetto positivo. Thomas aveva incominciato a lamentare anche dolori notturni; sembrava aver perso interesse per le sue attività preferite (sport e videogiochi) e passava la maggior parte del tempo nella sua stanza, giocando con una collezione di soldatini che aveva ereditato dal nonno paterno.

L'anamnesi indicava una storia di stitichezza, dolori gastrici e cefalee intermittentи. A parte occasionali episodi di irritabilità, nei periodi in cui stava fisicamente bene Thomas non aveva particolari problemi né a scuola né nelle interazioni con i coetanei. Quando non aveva mal di stomaco mangiava con appetito e, nelle curve di crescita, era sempre stato attorno al 40° percentile sia per peso sia per altezza. I suoi sintomi erano però progressivamente peggiorati quando la famiglia, che in precedenza viveva in una regione rurale della Florida, si era trasferita nella nuova città, andando ad abitare in un appartamento di un vecchio palazzo senza ascensore. Thomas aveva un fratello di sei anni, con cui condivideva la stanza, che definiva come "il suo migliore amico". Il fratello, nato da una gravidanza inaspettata, frequentava la prima elementare in una scuola pubblica. Thomas era stato adottato alla nascita; dei suoi genitori biologici si sapeva soltanto che erano adolescenti e che non erano in grado di prendersi cura del bambino.

Mentre il medico del Pronto Soccorso intervistava i genitori, Thomas era rimasto seduto in braccio alla madre; piangeva e si rifiutava di rispondere alle domande del medico, ma continuava a ripetere che gli faceva male lo stomaco. Non aveva febbre e i parametri vitali erano stabili; l'esame fisico aveva rivelato solo una dolorabilità addominale diffusa, ma durante la visita il bambino aveva continuato a piangere in maniera incontrollabile.

Una radiografia dell'addome aveva evidenziato la presenza di piccole particelle metalliche lungo l'intero tratto gastrointestinale, che si sospettava potessero essere

frammenti di vernice a base di piombo, e anche tre oggetti metallici più grandi, lunghi circa due centimetri, a livello dello stomaco. La concentrazione ematica di piombo era pari a 20 µg/dl (nei bambini la concentrazione normale è inferiore a 5 µg/dl). Interrogati a questo proposito, i genitori avevano riferito che a causa della stitichezza Thomas passava molto tempo da solo nel bagno; nella stanza erano in corso lavori di ristrutturazione, ma le pareti non erano ancora state ridipinte e in molti punti la vecchia vernice si stava scrostando. I corpi estranei più voluminosi che si trovavano nello stomaco del bambino erano probabilmente responsabili del suo attuale stato di stitichezza; si era quindi deciso di eseguire un'endoscopia, nel corso della quale dallo stomaco di Thomas erano stati estratti con successo tre soldatini del nonno.

Diagnosi

- Pica
- Disabilità intellettiva, da lieve a moderata

Discussione

Thomas, un bambino con disabilità intellettiva, si è presentato al Pronto Soccorso con un quadro di dolori addominali, stitichezza cronica, irritabilità e alterazioni dell'umore e del funzionamento. Tutti questi sintomi si erano manifestati in seguito al trasferimento in una nuova città, avvenuto quattro mesi prima. In una simile situazione la diagnosi differenziale è ampia e include cause psichiatriche, ma è necessario innanzitutto condurre indagini accurate per escludere la possibilità di condizioni mediche associate a dolore (come infezioni delle vie urinarie) che possono non risultare evidenti in base alle indicazioni fornite dal paziente.

Quando i sintomi principali sono dolori addominali e stitichezza, spesso l'esame radiografico dell'addome mostra un intestino pieno di fagi; risultato che in genere porta, come precedentemente raccomandato dal pediatra, a un trattamento con lassativi. La radiografia di Thomas rivela invece la presenza, nel tratto gastrointestinale, di numerosi frammenti di vernice al piombo e di tre soldatini giocattolo.

L'ingestione ripetuta di sostanze prive di contenuto alimentare e non comestibili per un periodo di almeno un mese, di gravità tale da provocare attenzione clinica, è la caratteristica fondamentale della pica. Nella maggior parte dei casi tale condizione si manifesta in comorbilità con una disabilità intellettiva o un disturbo dello spettro dell'autismo; si può però riscontrare anche nel contesto di altre malattie psichiatriche, quali la schizofrenia o il disturbo ossessivo-compulsivo. Come illustra la storia di Thomas, le cui curve di crescita non hanno subito variazioni, solitamente la pica non è associata ad avversione per il cibo in generale.

La diagnosi non si riferisce al gesto di portare alla bocca oggetti che possono occasionalmente essere ingeriti (comportamento evolutivamente fisiologico che è comune nei bambini piccoli), ma indica l'ingestione cronica e clinicamente

rilevante di materiali non commestibili come terra, carta, stoffa o mozziconi di sigaretta. La pica può essere estremamente pericolosa. I soldatini inghiottiti da Thomas, per esempio, avrebbero potuto causare una perforazione della parete gastrica o intestinale. Oltre ai soldatini, Thomas ha ingerito scaglie di vernice a base di piombo (ma essendo appartenuti al nonno anche i soldatini potevano benissimo essere fatti dello stesso metallo). È probabile che l'assunzione acuta di piombo abbia contribuito a determinare i dolori addominali, mentre l'ingestione cronica avrebbe potuto avere conseguenze catastrofiche per un bambino già affetto da disabilità intellettuativa.

Thomas piangeva spesso, era irritabile e si stava isolando socialmente. Anche se almeno in parte attribuibili ai dolori di cui soffriva, questi sembrano essere segni di stress psicologico; come del resto la stessa pica, specialmente se è insorta solo dopo il trasferimento dalla Florida. Fattori psicosociali di stress sono frequentemente causa di molteplici sintomi fisici nei bambini, soprattutto in quelli con disabilità intellettuativa. È pertanto possibile che Thomas soddisfi anche i criteri per una diagnosi di disturbo dell'adattamento con umore depresso; alternativamente, se i suoi cambiamenti di umore risultassero correlati ad alti livelli ematici di piombo, una diagnosi più appropriata potrebbe essere quella di disturbo depressivo o d'ansia indotto da sostanze. Queste ipotesi potranno essere verificate in seguito, quando i clinici avranno modo di valutare Thomas in modo più approfondito, dopo la risoluzione dei suoi problemi addominali acuti.

Letture consigliate

- BARRETT, R.P. (2008), "Atypical behavior: self-injury and pica". In WOLRAICH, M.L., DROTAR, D.D., DWORAKIN, P.H., PERRIN, E.C. (a cura di), *Developmental-Behavioral Pediatrics: Evidence and Practice*. Mosby-Elsevier, Philadelphia.
- KATZ, E.R., DEMASO, R.R. (2011), "Rumination, pica, and elimination (enuresis, encopresis) disorders". In KLEEGMAN, R.M., STANTON, B.F., ST GEME, J. ET AL. (a cura di), *Nelson Textbook of Pediatrics*. Elsevier/Saunders, Philadelphia.
- WILLIAMS, D.E., MCADAM, D. (2012), "Assessment, behavioral treatment, and prevention of pica: clinical guidelines and recommendations for practitioners". In *Research in Developmental Disabilities*, 33, pp. 2050-2057.

Caso 10.2

Curve di crescita

Eve K. Freidl, Evelyn Attia

Uma, 11 anni, era stata inviata da uno specialista in disturbi dell'alimentazione dallo psichiatra infantile che l'aveva in cura per tratti perfezionistici associati a un'ansia significativa. Le sedute erano focalizzate sui sintomi d'ansia, non sui comportamenti alimentari di Uma; tuttavia, lo psichiatra era però preoccupato dalla sua curva di crescita, che era scesa sotto il 10° percentile.

I problemi nutrizionali di Uma erano iniziati un paio di anni prima, quando aveva incominciato a rifiutarsi di mangiare dicendo che aveva paura poi di vomitare. I genitori si erano rivolti a un pediatra; il pediatra aveva cercato di tranquillizzarli spiegando che molti bambini vanno incontro a fasi del genere, continuando a valutare regolarmente la paziente. A nove anni Uma era al di sopra del 25° percentile sia per il peso che per l'altezza (132 centimetri, 26 chilogrammi); ma i controlli più recenti indicavano che aveva praticamente smesso di crescere, collocandosi per entrambi i parametri attorno al 5° percentile (133 centimetri, 24 chilogrammi).

Uma era figlia unica; i genitori, affermati professionisti, avevano divorziato cinque anni prima. Da allora Uma viveva con la madre, ma in genere passava tutti i fine settimana con il padre, che abitava poco lontano. Era nata da un parto prematuro, alla 34^a settimana di gestazione, ma nonostante l'iniziale ritardo nella crescita all'età di due anni era normale dal punto di vista evolutivo; in seguito, prima degli ultimi controlli non era mai scesa sotto il 25° percentile per peso e statura. Il suo rendimento scolastico era sempre stato eccellente ed era molto apprezzata dagli insegnanti. Non aveva però molti amici, e i suoi rapporti sociali con i coetanei negli ultimi mesi si erano ulteriormente ridotti: dopo la scuola passava la maggior parte del tempo chiusa in casa, dove diceva che "il suo stomaco stava meglio".

Nei due anni antecedenti, per lunghi periodi Uma aveva mangiato molto poco. I genitori avevano cercato di stimolare il suo interesse per il cibo preparando piatti esotici o particolarmente elaborati, mescolando alimenti di vari colori e differente consistenza, ma l'appetito di Uma non era migliorato. Falliti erano anche i tentativi basati sulla scelta di nuovi ristoranti; alla fine Uma aveva dichiarato che preferiva mangiare a casa. I suoi pasti si svolgevano però secondo un copione ormai consueto: Uma si sedeva a tavola, ma per lo più si metteva a tagliare il cibo in piccoli pezzi e a spostarlo continuamente sul piatto, scoppiando poi a piangere se la si invitava a mangiare un altro boccone.

Quando le era stato chiesto perché avesse paura di vomitare, Uma aveva ricordato un episodio che le era accaduto da piccola, all'età di quattro anni, quando dopo aver mangiato della zuppa era stata presa da violenti attacchi di vomito. Di recente aveva anche sviluppato la paura di mangiare in pubblico, e a scuola non mangiava mai niente. Uma diceva di non avere preoccupazioni relative al proprio aspetto; si era resa conto di essere troppo magra solo dopo l'ultima visita del pediatra. Quando le

erano stati spiegati i rischi collegati a un'alimentazione insufficiente, si era messa a piangere e aveva espresso con decisione la volontà di riacquistare peso.

Diagnosi

- Disturbo evitante/restrittivo dell'assunzione di cibo

Discussione

Nel corso degli ultimi due anni Uma non si è nutrita abbastanza per mantenere costante la sua curva di crescita, ha manifestato la paura di vomitare, di mangiare in pubblico e si è progressivamente isolata da compagni e amici. A differenza delle persone con anoressia nervosa, non ha però mostrato alcun timore di aumentare di peso o diventare grassa, né ha negato la gravità del suo attuale peso corporeo: ha quindi ricevuto una diagnosi di disturbo evitante/restrittivo dell'assunzione di cibo. Questa nuova categoria diagnostica del DSM-5, relativamente ampia, si propone di descrivere un gruppo di pazienti che non soddisfano i criteri per anoressia nervosa, ma in cui l'evitamento o la restrizione dell'assunzione di cibo hanno un impatto negativo sulla salute, interferiscono con il funzionamento psicosociale e/o determinano una significativa perdita di peso (oppure, nei bambini come Uma, un appiattimento della traiettoria di crescita).

Gli individui con anoressia nervosa hanno paura di ingrassare, mentre quelli con disturbo evitante/restrittivo dell'assunzione di cibo non hanno preoccupazioni relative alla propria immagine corporea. La distinzione fra i due disturbi può comunque essere difficile, specialmente nel caso di pazienti che negano qualsiasi paura di aumentare di peso e che per giustificare la ridotta assunzione di cibo offrono spiegazioni alternative, che possono includere sintomi somatici (come dolori addominali, senso di pienezza, mancanza di appetito), motivi religiosi, desiderio di controllo o di impatto sulla famiglia. Per chiarire la diagnosi può essere necessaria una valutazione longitudinale, e in alcuni pazienti un disturbo evitante/restrittivo dell'assunzione di cibo può precedere un quadro di anoressia nervosa.

La diagnosi di disturbo evitante/restrittivo dell'assunzione di cibo verrà probabilmente posta soprattutto per bambini e adolescenti, anche se il disturbo si può manifestare a qualunque età. Sono stati descritti tre sottotipi principali: nutrizione inadeguata in presenza di difficoltà emotive, in cui i problemi emotivi interferiscono con l'appetito e l'assunzione di cibo ma l'evitamento non deriva da un motivo specifico; assunzione di un range di alimenti ristretto (definita anche "alimentazione schizzinosa"); evitamento del cibo dovuto a una paura specifica, come la paura di deglutire (disfagia funzionale), la paura di vomitare o la paura di avvelenamento.

Uma preferisce stare in casa e sembra evitare gli amici sia le esperienze sociali; tali comportamenti potrebbero essere attribuiti a una fobia specifica: Uma ha paura di vomitare in pubblico. Tuttavia, malgrado la comorbilità tra fobie spe-

cifiche e disturbi dell'alimentazione sia possibile, la diagnosi di disturbo evitante/restrittivo dell'assunzione di cibo appare una spiegazione più parsimoniosa e plausibile. Come indica il DSM-5, il disturbo evitante/restrittivo dell'assunzione di cibo dovrebbe essere diagnosticato, in presenza di sintomi compatibili con un'altra diagnosi, quando la gravità del disturbo dell'alimentazione eccede quella normalmente associata all'altra condizione e giustifica ulteriore attenzione clinica.

Nel caso di Uma, la diagnosi differenziale dovrebbe includere una varietà di altri disturbi, tra cui condizioni mediche, strutturali o neurologiche associate a difficoltà nell'alimentazione, disturbo ossessivo-compulsivo e disturbi depressivi o d'ansia che potrebbero essersi emersi nel contesto del divorzio dei genitori e della progressione verso la pubertà. Ma anche se tutte queste condizioni potrebbero essere ulteriormente indagate, al momento nessuna sembra essere direttamente implicata nella perdita di peso di Uma.

Letture consigliate

- BRYANT-WAUGH, R., MARKHAM, L., KREIPE, R.E., WALSH, B.T. (2010), "Feeding and eating disorders in childhood". In *International Journal of Eating Disorders*, 43, pp. 98-111.
KREIPE, R.E., PALOMAKI, A. (2012), "Beyond picky eating: avoidant/restrictive food intake disorder". In *Current Psychiatry Reports*, 14, pp. 421-431.

Caso 10.3

Cefalea e stanchezza

Jennifer J. Thomas, Anne E. Becker

Valerie Gaspard, 20 anni, era recentemente immigrata negli Stati Uniti con la sua famiglia, originaria di una regione dell'Africa Occidentale. Si era rivolta a un medico di medicina generale perché soffriva di frequenti mal di testa e si sentiva cronicamente stanca; aveva anche riferito che nel corso dell'ultimo mese non aveva avuto le mestruazioni. La signorina Gaspard era alta 155 centimetri e pesava poco più di 35 chili (con un indice di massa corporea pari a $14,7 \text{ kg/m}^2$), ma a parte l'estrema magrezza l'esame fisico non aveva evidenziato nulla di anormale; il medico aveva quindi indirizzato la paziente a un centro specializzato per i disturbi dell'alimentazione.

Durante la valutazione condotta da uno psichiatra del centro, la signorina Gaspard si era mostrata collaborativa e piacevole. Aveva espresso preoccupazione per il suo peso eccessivamente basso e aveva affermato di non avere paura di ingrassare, né un'alterata percezione del proprio corpo: "Sono diventata pelle e ossa, ho bisogno di riprendere peso". Prima di trasferirsi negli Stati Uniti pesava 44 chili, e ora si sentiva "imbarazzata" se qualcuno le faceva notare che era dimagrita troppo. Tutti i suoi familiari erano di peso normale o sovrappeso.

Nonostante la dichiarata volontà di correggere lo stato di malnutrizione, la signorina Gaspard assumeva circa 600 calorie al giorno; nelle 24 ore precedenti, per esempio, aveva mangiato soltanto un po' di pasta, un piatto di broccoli lessi e una ciotola di fagioli. Anche l'apporto di liquidi era modesto, solitamente non più di due o tre bicchieri di acqua al giorno. Per spiegare l'apparente contraddizione la signorina Gaspard aveva addotto una serie di ragioni. La prima era una generale mancanza di appetito: "Non ho mai fame, non sento il desiderio di mangiare". La seconda era un senso di nausea e di gonfiore postprandiale: "Dopo mangiato provo sempre una sensazione di malessere allo stomaco". La terza era la sua fede religiosa (condivisa dai familiari), che prescriveva una dieta vegetariana: "Il mio corpo non mi appartiene, è un tempio di Dio". La quarta era che le sue precarie condizioni economiche non le permettevano di integrare regolarmente la dieta con fonti alternative di proteine, come tofu o sostituti della carne. La signorina Gaspard, che non aveva terminato la scuola superiore, lavorava come segretaria presso la chiesa di cui faceva parte, con un salario molto basso.

La paziente aveva negato la presenza di episodi di abbuffata, condotte di eliminazione o altri comportamenti mirati a ottenere una perdita di peso; aveva però riferito un'attività fisica relativamente intensa. Camminava in media 3-4 ore al giorno, ma asseriva che queste lunghe camminate non avevano lo scopo di "bruciare calorie"; semplicemente, non possedeva un'automobile e non le piaceva usare i mezzi di trasporto pubblici.

La signorina Gaspard appariva eutimica e non aveva riportato sintomi di depressione o altri sintomi psichiatrici degni di nota. Recentemente aveva avuto qualche

difficoltà di concentrazione e memoria, ma confidava che questi problemi, per i quali aveva da poco incominciato ad assumere un rimedio erboristico, si sarebbero presto risolti. Interrogata su eventuali trattamenti precedenti, la paziente aveva riferito che circa un anno prima, spinta dalle continue insistenze e "prediche" dei familiari, aveva consultato un dietologo; ma dopo un breve periodo aveva smesso di vederlo perché non le sembrava di avere tratto alcun giovamento dai primi incontri.

Diagnosi

- Anoressia nervosa, tipo con restrizioni

Discussione

Anche se la sua storia potrebbe suggerire spiegazioni alternative, per la signorina Gaspard la diagnosi più plausibile è quella di anoressia nervosa. Per esempio, anche il disturbo evitante/restrittivo dell'assunzione di cibo, nuova categoria diagnostica proposta dal DSM-5, può manifestarsi con un quadro di malnutrizione significativa e con una mancanza di interesse o un'avversione per l'alimentazione scatenate o accompagnate da una varietà di sintomi fisici. Tuttavia, la nausea e il senso di gonfiore lamentati dalla signorina Gaspard sono segnali importanti: sono entrambi sintomi che si riscontrano comunemente nei pazienti con anoressia nervosa, in cui possono essere idiopatici o associati a ritardato svuotamento gastrico e prolungamento del tempo di transito gastrointestinale. Analogamente, una perdita di appetito può presentarsi nel contesto di un disturbo depressivo maggiore, ma la signorina Gaspard non sembra essere depressa. Infine, è possibile che l'accesso a una limitata gamma di alimenti (per motivi religiosi e finanziari) e il fatto di non possedere un'auto abbiano contribuito a determinare la malnutrizione e l'eccessiva attività fisica della paziente; va però sottolineato che nessuno dei suoi familiari (che condividono le sue convinzioni religiose e hanno presumibilmente risorse simili) è sottopeso.

La signorina Gaspard ha negato abbuffate e condotte di eliminazione (quali vomito autoindotto o uso inappropriato di lassativi, diuretici o altri farmaci); corrisponde quindi ai criteri del DSM-5 per anoressia nervosa del tipo con restrizioni. Per alcune popolazioni provenienti da società e culture diverse si è rilevato un alto rischio di disturbi dell'alimentazione in seguito all'immigrazione in paesi postindustrializzati ad alto reddito come gli Stati Uniti, rischio che è stato attribuito sia all'aumentata esposizione a ideali di bellezza che valorizzano la magrezza, sia allo stress correlato ai processi di acculturazione. Data la mancanza della paura di ingrassare e di amenorrea (per quanto abbia riferito alterazioni del ciclo mestruale), in base al DSM-IV la signorina Gaspard non avrebbe invece potuto ricevere una diagnosi di anoressia nervosa.

Il primo criterio per la diagnosi è un peso significativamente basso. L'indice di massa corporea della signorina Gaspard ($14,7 \text{ kg/m}^2$) la pone sotto al primo percentile per le donne statunitensi della sua età e statura, ed è notevolmente

inferiore al limite minimo ($18,5 \text{ kg/m}^2$) stabilito per gli adulti dall'Organizzazione Mondiale della Sanità. Lo stato di malnutrizione ha provocato anche irregolarità mestruali, sebbene non amenorrea (l'interruzione delle mestruazioni per almeno tre mesi consecutivi). A questo proposito è importante ribadire che nel DSM-5 il criterio dell'amenorrea è stato eliminato, alla luce delle evidenze che indicano come nelle pazienti di basso peso con disturbi dell'alimentazione il quadro psicopatologico sia simile indipendentemente dalla presenza o meno di amenorrea.

Il secondo criterio prevede un'intensa paura di ingrassare, oppure un comportamento persistente che interferisce con l'aumento di peso, malgrado un peso corporeo significativamente basso. I motivi forniti dalla signorina Gaspard per spiegare il rifiuto del cibo non sembrano essere correlati alla forte paura di aumentare di peso che il DSM-IV riportava come requisito essenziale per una diagnosi di anoressia nervosa. D'altro canto, è vero anche che molti pazienti di ridotto peso, specialmente quelli che hanno background culturali diversi da quelli tipici delle società occidentali, non riconoscono esplicitamente di avere preoccupazioni relative al peso o alla forma del proprio corpo.

A determinare l'esperienza, lo sviluppo e le manifestazioni di un disturbo dell'alimentazione possono contribuire differenti fattori culturali, incluse le norme locali prevalenti che influenzano la dieta e le modalità con cui il cibo viene assunto, gli ideali estetici relativi al peso e alla forma del corpo, simboli e relazioni sociali, senso di autostima e autocontrollo ed espressioni somatiche di disagio. Per esempio, una formulazione clinica che collega comportamenti alimentari restrittivi a obiettivi di gestione del peso può essere facilmente elaborata nel caso di un paziente il cui contesto sociale associa prestigio alla snellezza, stigmatizza l'obesità e assegna un grande valore a successo e autonomia.

Le determinanti culturali implicate nei quadri di anoressia convenzionali emergono con particolare chiarezza negli studi condotti da Sing Lee a Hong Kong, che documentano una variante di disturbo dell'alimentazione senza "fobia del grasso" del tutto sovrapponibile all'anoressia nervosa descritta dal DSM-IV, salvo per l'assenza della paura di aumentare di peso. Lee e collaboratori sostengono che per molti dei loro pazienti il timore di ingrassare non è un fattore sufficientemente rilevante dal punto di vista culturale; questi pazienti forniscono altre spiegazioni per giustificare l'estrema restrizione dietetica, ma raggiungono comunque livelli di peso pericolosamente bassi. I dati che mettono in relazione l'assenza di fobia del grasso con un decorso clinico più benigno sollevano domande importanti sul ruolo svolto dalle componenti culturali nei disturbi dell'alimentazione. I fenomeni di globalizzazione hanno permesso una più diffusa esposizione a quella che Lee chiama "cultura della modernità", con una conseguente distribuzione geografica più ampia di tali disturbi. Le modifiche apportate nel DSM-5 al criterio B per l'anoressia nervosa consentono ora di porre la diagnosi anche per persone come la signorina Gaspard, che dicono di non avere paura di diventare grasse ma mostrano comportamenti che ostacolano l'acquisizione di peso.

In effetti, per quanto le sue affermazioni possano apparire sincere, le attuali abitudini dietetiche (con un apporto di circa 600 calorie al giorno) e gli alti livelli di attività fisica (3-4 ore al giorno) della signorina Gaspard sono in chiaro contrasto con il desiderio dichiarato di aumentare di peso. La credibilità dei vari motivi che ha elencato per spiegare l'insufficiente assunzione di cibo (dalla mancanza di appetito alle difficoltà economiche) sembra poi essere minata, almeno in parte, proprio dal loro considerevole numero. Un follow-up nel tempo potrà aiutare a confermare la diagnosi di anoressia nervosa, ma la storia clinica indica che quando la signorina Gaspard è stata costretta (dai familiari, dal dietologo) ad affrontare direttamente il problema della sua malnutrizione non ha rivelato la capacità, o la volontà, di adottare misure che avrebbero potuto riportarla a un livello di peso accettabile.

La diagnosi di anoressia nervosa richiede che sia soddisfatto anche un terzo criterio: la presenza di un'alterazione del modo in cui l'individuo percepisce il peso o la forma del proprio corpo, di un'eccessiva influenza del peso o della forma del corpo sull'autostima e/o di un mancato riconoscimento della gravità della condizione di sottopeso. La signorina Gaspard nega di avere un'immagine distorta di sé e si dice preoccupata per la sua magrezza. Peraltro, sia la rapidità con cui ha giudicato inutili gli interventi del dietologo, sia la ricerca di aiuto nell'ambito di assistenza primaria per i sintomi di disidratazione e malnutrizione (cefalea, faticabilità, scarsa concentrazione) – come pure l'uso del termine “prediche” per definire le esortazioni e le giustificate preoccupazioni dei familiari – suggeriscono la possibilità che la signorina Gaspard non sia pienamente consapevole dell'impatto negativo che un peso così basso può avere sulla sua salute.

Letture consigliate

- BECKER, A.E., THOMAS, J.J., PIKE, K.M. (2009), “Should non-fat-phobic anorexia nervosa be included in DSM-V?”. In *International Journal of Eating Disorders*, 42, pp. 620-635.
- BENINI, L., TODESCO, T., DALLE GRAVE, R. ET AL. (2004), “Gastric emptying in patients with restricting and binge/purging subtypes of anorexia nervosa”. In *American Journal of Gastroenterology*, 99, pp. 1448-1454.
- CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION, NATIONAL CENTER FOR HEALTH STATISTICS (2000), “CDC growth charts: United States”. <http://www.cdc.gov/growthcharts/data/set1clinical/cj41c024.pdf>
- LEE, S. (1995), “Self-starvation in context: towards a culturally sensitive understanding of anorexia nervosa”. In *Social Science and Medicine*, 41, pp. 25-36.
- LEE, S. (1996), “Reconsidering the status of anorexia nervosa as a Western culture-bound syndrome”. In *Social Science and Medicine*, 42, pp. 21-34.
- ROBERTO, C.A., STEINGLASS, J., MAYER, L.E. ET AL. (2008), “The clinical significance of amenorrhea as a diagnostic criterion for anorexia nervosa”. In *International Journal of Eating Disorders*, 41, pp. 559-563.
- VAN HOEKEN, D., VELING, W., SMINK, F.R., HOEK, H.W. (2010), “The incidence of anorexia nervosa in Netherlands Antilles immigrants in the Netherlands”. In *European Eating Disorders Review*, 18, pp. 399-403.

Caso 10.4 Vomito

James E. Mitchell

Wanda Hoffman, 24 anni, si era presentata per una valutazione psichiatrica lamentando principalmente "problemi di alimentazione". Questi problemi erano iniziati nei primi anni dell'adolescenza, quando si era messa a dieta nonostante un indice di massa corporea normale. Più tardi, quando all'età di 18 anni si era trasferita in un'altra città per frequentare il college, aveva invece incominciato a mangiare troppo. Nel giro di pochi mesi era ingrassata di quasi cinque chili; di conseguenza evitava solitamente di fare colazione e spesso saltava anche il pranzo, ma poi, affamata, verso sera riprendeva a mangiare in modo eccessivo.

Gli episodi di abbuffata erano progressivamente peggiorati, in termini sia di frequenza sia di quantità di cibo ingerito, ed erano associati a una crescente sensazione di perdita di controllo. Per prevenire un ulteriore aumento di peso, la signorina Hoffman aveva iniziato a indurre il vomito, metodo che aveva appreso leggendo una rivista e che in un primo tempo aveva reputato tutto sommato accettabile per tenere a bada la sua paura di ingrassare. Si era quindi rapidamente instaurato un pattern di comportamento abituale: digiuno pressoché totale durante la giornata, seguito da abbuffate serali, seguite da vomito autoindotto.

Negli anni del college la signorina Hoffman aveva mantenuto un livello di funzionamento adeguato, anche dal punto di vista sociale, ma aveva sempre nascosto i suoi comportamenti alimentari e non ne aveva parlato con nessuno. Dopo il diploma era tornata nella città natale e aveva incominciato a lavorare in una banca locale. Era contenta del suo lavoro e aveva ripreso i rapporti con i vecchi amici, ma spesso non si sentiva bene: dormiva poco, si stancava facilmente, non riusciva a concentrarsi e aveva vari disturbi gastrointestinali, inclusi periodi di stitichezza alternati a diarrea. Con il passare del tempo aveva ridotto i contatti con gli amici e si era isolata socialmente; il suo umore era peggiorato, la sua autostima era diminuita, si sentiva inutile e a volte provava il desiderio di morire. Per cercare di interrompere questa spirale negativa, alla fine aveva chiesto al suo medico di indirizzarla da uno psichiatra.

La signorina Hoffman non aveva un aspetto sofferente, non presentava segni di malnutrizione e il suo indice di massa corporea era nella norma (23 kg/m^2). Durante la valutazione si era mostrata coerente, lucida e collaborativa. Aveva riferito di sentirsi spesso giù di corda, triste e preoccupata; ma anche se ogni tanto pensava che non valesse la pena di vivere, non aveva mai considerato la possibilità di suicidarsi. Le sue capacità cognitive apparivano intatte, aveva manifestato buone capacità di giudizio e insight.

Diagnosi

- Bulimia nervosa
- Disturbo depressivo maggiore

Discussione

Dalla storia della signorina Hoffman emerge un classico quadro di bulimia nervosa, disturbo che si manifesta molto più comunemente nel sesso femminile (con un rapporto femmine-maschi di circa 10:1) e che, solitamente, insorge durante l'adolescenza o nella prima età adulta. L'esordio dei sintomi può essere collegato a situazioni di stress, come l'inizio del college nel caso della signorina Hoffman; possono essere coinvolti anche fattori genetici e altri fattori ambientali, ma in generale non è chiaro perché il disturbo si sviluppi in alcuni individui ma non in altri, nonostante la presenza di un simile grado di insoddisfazione per il proprio corpo.

La bulimia nervosa è caratterizzata da ricorrenti episodi di abbuffata; nel DSM-5 un episodio di abbuffata viene definito come l'ingestione, in un determinato periodo di tempo (in genere meno di due ore), di una quantità di cibo significativamente superiore a quella che la maggior parte degli individui assumerebbe nello stesso tempo e in circostanze simili. L'eccessivo consumo di cibo è accompagnato dalla sensazione di perdere il controllo; anche se la quantità degli alimenti assunti è tipicamente esagerata, in molti pazienti l'incapacità di smettere di mangiare e la sensazione di mancato controllo può essere un aspetto prevalente.

Nella grande maggioranza dei pazienti con bulimia nervosa si osserva anche vomito autoindotto, comportamento compensatorio che deriva dalla paura di ingrassare a causa delle abbuffate e che è messo in atto per prevenire l'aumento di peso. Di solito per indurre il vomito questi pazienti usano le dita, ma in seguito diventano spesso capaci di vomitare spontaneamente. Condotte di eliminazione meno frequenti prevedono l'utilizzo di lassativi per provocare diarrea, di diuretici o di altri farmaci; tutti metodi che possono indurre un senso di perdita di peso, ma che comportano il rischio di conseguenze potenzialmente gravi.

Molti individui con bulimia nervosa tendono infatti a cercare aiuto, più che per i comportamenti alimentari e compensatori inappropriati, a causa delle loro complicanze mediche. Le più frequenti sono disidratazione e alterazioni dell'equilibrio elettrolitico, quali ipocloremia, ipopotassiemia o alcalosi metabolica, che possono determinare sintomi come faticabilità, mal di testa e difficoltà di concentrazione. Le complicanze gravi più rare comprendono dilatazione gastrica e rottura dell'esofago.

Oltre al disturbo dell'alimentazione, la signorina Hoffman presenta un quadro di umore depresso, anedonia, insonnia, stanchezza, ridotta capacità di concentrazione, sentimenti di autosvalutazione e pensieri di morte (sebbene senza ideazione suicidaria): soddisfa quindi anche i criteri per una diagnosi di distur-

bo depressivo maggiore. La comorbilità tra bulimia nervosa e depressione è comune; altre condizioni che si riscontrano frequentemente in comorbilità con la bulimia nervosa includono disturbi d'ansia, uso di sostanze (in particolare di alcol) e disturbi di personalità.

La signorina Hoffman ha cercato l'aiuto di uno psichiatra, ma lo ha fatto attraverso il suo medico; non è insolito che pazienti con bulimia nervosa si rivolgano inizialmente a un medico di medicina generale lamentando vaghi sintomi fisici. A volte però i professionisti che possono identificare più facilmente i pazienti con bulimia nervosa sono i dentisti, che durante l'ispezione della bocca possono rilevare erosioni dello smalto dentale dovute al vomito ripetuto.

Letture consigliate

- PEAT, C., MITCHELL, J.E., HOEK, H.W., WONDERLICH, S.A. (2009), "Validity and utility of subtyping anorexia nervosa". In *International Journal of Eating Disorders*, 42, pp. 590-594.
- VAN HOEKEN, D., VELING, W., SINKE, S. ET AL. (2009), "The validity and utility of subtyping bulimia nervosa". In *International Journal of Eating Disorders*, 42, pp. 595-602.
- WONDERLICH, S.A., GORDON, K.H., MITCHELL, J.E. ET AL. (2009), "The validity and clinical utility of binge eating disorder". In *International Journal of Eating Disorders*, 42, pp. 687-705.

Caso 10.5

Aumento di peso

Susan L. McElroy

Yasmine Isherwood, 55 anni, era da sei mesi in trattamento per un episodio di depressione maggiore. Aveva risposto bene a una combinazione di psicoterapia e terapia farmacologica (fluoxetina e bupropione), ma era aumentata di peso. La signora Isherwood, che diceva di non essere "mai stata così grassa", pesava 63,5 chilogrammi ed era alta 165 centimetri (con un indice di massa corporea pari a $23,3 \text{ kg/m}^2$).

Le indagini condotte sulle sue abitudini alimentari avevano rivelato una storia di ricorrenti episodi di alimentazione eccessiva e incontrollata. La tendenza alla sovrallimentazione non era nuova, ma sembrava essere peggiorata da quando la signora Isherwood aveva incominciato ad assumere gli antidepressivi che le erano stati prescritti. Secondo quanto riferito dalla paziente, queste "sbronze di cibo" si verificavano due o tre volte alla settimana, di solito nel periodo di tempo compreso tra il suo ritorno a casa dal lavoro e quello del marito, ed erano associate a sensazioni di disagio, imbarazzo e perdita di controllo. Mangiava da sola, più rapidamente del normale, fino a sentirsi spiacevolmente piena, e poi provava un senso di stanchezza, depressione e disgusto verso se stessa. In genere ingeriva una quantità esagerata di "cibi sani", ma faceva anche "scorpacciate di dolci", specialmente biscotti e gelati. Affermava di non aver mai avuto condotte di eliminazione quali vomito autoindotto o abuso di lassativi o diuretici; non aveva mai seguito diete, digiunato o assunto farmaci allo scopo di perdere peso. Svolgeva attività fisica quasi tutti i giorni (normalmente circa un'ora al giorno), ma l'aveva sempre fatto. Da giovane aveva praticato atletica a livello agonistico: correva i 10.000 metri, percorrendo per allenarsi circa 55 chilometri alla settimana, nonostante frequenti problemi a un piede. Problemi che l'avevano infine costretta a passare ad altri tipi di esercizio fisico; ora nuotava, andava in bicicletta oppure faceva ginnastica.

Anche la propensione a mangiare troppo era di lunga data. Da bambina era sempre stata "cicciottella"; negli anni della scuola superiore, quando aveva iniziato a fare sport, aveva poi mantenuto un peso normale (attorno ai 55 chili). Negava di aver avuto sintomi di anoressia nervosa durante l'adolescenza. In età adulta aveva raggiunto il suo livello di peso minimo (51 chili) a 28 anni: in quel periodo si era sentita "bene, piena di energia, capace di autocontrollo".

Qualche anno più tardi, aveva però avuto un episodio depressivo maggiore. Per circa due anni era stata gravemente depressa: era sempre stanca, non riusciva a far niente, parlava poco, dormiva più del solito e passava gran parte della giornata a letto. Era anche dimagrita, era stata una delle rare fasi della sua vita in cui le abbuffate si erano interrotte. La signora Isherwood diceva di non avere avuto episodi maniacali o ipomaniacali; inoltre, anche se i periodi di tristezza erano stati frequenti, asseriva di non avere avuto altri episodi depressivi gravi fino a quello per cui era attualmente in cura. Non aveva una storia di ideazione suicidaria o tentativi di suicidio; non fu-

mava, il suo consumo di alcol era molto modesto e non aveva mai fatto uso di sostanze stupefacenti.

Durante la valutazione la signora Isherwood si era mostrata collaborativa; l'umore appariva lievemente depresso, ma con adeguata espressione delle emozioni. Il discorso era coerente, l'eloquio fluido e con ritmo normale. Aveva negato la presenza di sentimenti di colpa, disperazione, pensieri di suicidio, sintomi di psicosi o confusione. Le sue capacità cognitive erano integre. Dall'anamnesi non era emerso nulla di rilevante dal punto di vista medico; il suo internista aveva riferito che sia l'esame fisico sia i test di laboratorio avevano prodotto risultati nella norma.

Diagnosi

- Disturbo da binge-eating, lieve
- Disturbo depressivo maggiore, ricorrente, in remissione

Discussione

Il quadro clinico della signora Isherwood corrisponde alla definizione di disturbo da binge-eating proposta dal DSM-5. La paziente ha descritto episodi di abbuffata, caratterizzati da una sensazione di perdita di controllo, durante i quali mangia velocemente, da sola, fino a sentirsi sgradevolmente piena. Tali episodi, in media due o tre alla settimana, sono seguiti da un senso di disagio e disgusto, ma non sono associati a condotte compensatorie inappropriate quali vomito autoindotto o uso di lassativi.

Sebbene il disturbo da binge-eating abbia aspetti in comune sia con la bulimia nervosa sia con l'obesità, in generale si distingue abbastanza facilmente da entrambe. Rispetto agli individui obesi che non soffrono del disturbo, le persone obese con disturbo da binge-eating hanno solitamente maggiori preoccupazioni per il proprio peso e tassi più alti di disturbi dell'umore, d'ansia o da uso di sostanze. Rispetto ai pazienti con bulimia nervosa, quelli con disturbo da binge-eating hanno minori preoccupazioni per il proprio peso, tassi più alti di obesità e tassi inferiori di disturbi dell'umore, d'ansia o da uso di sostanze.

Nel DSM-5 sono stati ampliati i criteri preliminari indicati dal DSM-IV: invece di almeno due episodi di abbuffata alla settimana per un periodo minimo di sei mesi, per porre la diagnosi di disturbo da binge-eating è ora necessario solo un episodio alla settimana per tre mesi. Come altri cambiamenti apportati nel DSM-5, anche questo riflette i risultati emersi dalle ricerche più recenti; nel caso specifico, i dati che mostrano come gli individui con episodi di abbuffata meno frequenti e persistenti siano tendenzialmente simili a quelli con abbuffate leggermente più frequenti per un periodo di durata maggiore. La signora Isherwood, con due o tre episodi a settimana, corrisponde a una diagnosi di disturbo da binge-eating lieve.

Anche se la diagnosi non dovrebbe essere posta in presenza di bulimia nervosa o anoressia nervosa, i pazienti con disturbo da binge-eating possono avere

una storia di bulimia o di anoressia, così come comportamenti compensatori inappropriati, seppure poco frequenti. Per esempio, tra i 20 e i 30 anni di età la signora Isherwood, malgrado i ripetuti problemi al piede, aveva continuato a correre a livello agonistico. Per quanto affermi di essersi sentita "bene, piena di energia, capace di autocontrollo", è anche possibile che in quel periodo soffrisse di bulimia nervosa, con abbuffate compensate da un'intensa attività fisica.

Spesso gli individui con disturbo da binge-eating all'inizio cercano assistenza per obesità (definita come indice di massa corporea pari o superiore a 30 kg/m²), ma studi su campioni clinici indicano che in circa un terzo dei casi i pazienti con disturbo da binge-eating non sono obesi. Rispetto agli altri, in questi pazienti non obesi si riscontrano con maggiore frequenza comportamenti mirati a evitare un aumento di peso (anche se non sistematiche condotte compensatorie inappropriate). Appare probabile che la signora Isherwood abbia mantenuto un peso entro i limiti della norma, a dispetto delle abbuffate, grazie alla sua costante attività fisica. Va peraltro considerata la possibilità che l'eccessivo esercizio fisico (55 chilometri di corsa alla settimana negli anni della sua giovinezza) sia riconducibile a un quadro di ipomania; circa il 15% dei pazienti con disturbo bipolare II ha anche disturbi dell'alimentazione, tra cui il disturbo da binge-eating è il più comune.

Il disturbo da binge-eating è frequentemente associato a disturbi dell'umore, d'ansia, da uso di sostanze o del controllo degli impulsi. La signora Isherwood nega l'abuso di alcol o altre sostanze; ha però una storia di depressione maggiore ricorrente che suggerisce la necessità di esplorare più a fondo i collegamenti fra le sue abitudini alimentari e i suoi sintomi depressivi. Un'eccessiva assunzione di cibo può manifestarsi nel contesto di un disturbo depressivo maggiore, ma quando sono soddisfatti appieno anche i criteri per disturbo da binge-eating dovrebbero essere poste entrambe le diagnosi. Analogamente, per quanto nella descrizione del caso della signora Isherwood non si parli di personalità, le abbuffate sono incluse tra i criteri del comportamento impulsivo come parte della definizione del disturbo borderline di personalità; un paziente che corrisponde pienamente sia ai criteri per disturbo da binge-eating, sia a quelli per disturbo borderline di personalità dovrebbe ricevere entrambe le diagnosi.

Letture consigliate

- GOLDSCHMIDT, A.B., LE GRANGE, D., POWERS, P. (2011), "Eating disorder symptomatology in normal-weight vs. obese individuals with binge-eating disorder". In *Obesity (Silver Spring)*, 19, pp. 1515-1518.
- HUDSON, J.I., HIRIPI, E., POPE, H.G., KESSLER, R.C. (2007), "The prevalence and correlates of eating disorders in the National Comorbidity Survey Replication". In *Biological Psychiatry*, 61, pp. 348-358.
- WONDERLICH, S.A., GORDON, K.H., MITCHELL, J.E. ET AL. (2009), "The validity and clinical utility of binge eating disorder". In *International Journal of Eating Disorders*, 42, pp. 687-705.

11. Disturbi dell'evacuazione

Introduzione

John W. Barnhill

Quello sui disturbi dell'evacuazione è il secondo dei quattro capitoli del DSM-5 dedicati a problemi direttamente correlati a processi fisiologici fondamentali. In generale da un punto di vista diagnostico le alterazioni di tali processi, con il disagio e la compromissione funzionale che ne derivano, possono emergere come parte di un'altra condizione, oppure come un insieme di sintomi attribuibili a un disturbo relativamente autonomo (con o senza comorbilità). I disturbi dell'evacuazione principali sono due: enuresi ed encopresi. Entrambi sono suddivisi in sottotipi che sono nello stesso tempo logici e clinicamente rilevanti; per entrambi vengono inoltre forniti criteri che specificano l'età cronologica (o il livello di sviluppo equivalente) in cui la diagnosi diventa applicabile. Per esempio, la diagnosi di enuresi può essere posta solo dopo i cinque anni; molti bambini di età cronologica o mentale inferiore semplicemente non sono ancora stati educati a un controllo affidabile della minzione.

Il DSM-5 non richiede che il clinico accerti il grado di involontarietà o intenzionalità di questi disturbi. Per formulare una diagnosi psichiatrica di enuresi notturna, per esempio, non è rilevante se i genitori riferiscono che il bambino "lo fa per richiamare attenzione". Analogamente, un bambino che all'asilo si rifiuta di defecare nel bagno ed è regolarmente incontinente dovrebbe ricevere una diagnosi di encopresi (con costipazione e incontinenza da sovrariempimento) anche senza analisi approfondite sul suo atteggiamento nei confronti dell'asilo, della separazione o del controllo sfinterico. Il clinico può scegliere di valutare questi aspetti, ma indagini del genere non sono strettamente necessarie per il processo diagnostico.

La diagnosi si basa su dati più facilmente verificabili. L'enuresi è clinicamente significativa? È persistente? Provoca disagio o compromissione funzionale? Deve essere poi esclusa la possibilità che enuresi ed encopresi siano causate da sostanze, da condizioni mediche (come infezioni delle vie urinarie o disidratazione) o da altre condizioni psichiatriche. Per esempio, l'associazione tra depressione e stipsi è relativamente comune; numerosi sono anche i farmaci che

possono indurre disturbi gastrointestinali come effetti collaterali. L'eventuale presenza di comorbilità va valutata con attenzione; è però altrettanto importante considerare la possibilità di un disturbo dell'evacuazione indipendente.

Letture consigliate

VON GONTARD, A. (2011), "Elimination disorders: a critical comment on DSM-5 proposals". In *European Child and Adolescent Psychiatry*, 20, pp. 83-88.

VON GONTARD, A. (2013), "The impact of DSM-5 and guidelines for assessment and treatment of elimination disorders". In *European Child and Adolescent Psychiatry*, 22 (Suppl. 1), pp. S61-S67.

Caso 11.1

Scoppi d'ira e sintomi fisici

David H. Rubin

Zack, otto anni, era stato accompagnato dalla madre in un centro di neuropsichiatria infantile a causa di scoppi d'ira e sintomi somatici sempre più frequenti e difficilmente spiegabili. La donna aveva riportato che queste manifestazioni sembravano essere correlate al fatto di dormire a casa della zia, anche lei madre nubile di un bambino poco più grande di Zack. Da qualche tempo l'impiego della madre di Zack prevedeva un turno lavorativo nelle notti tra venerdì e sabato; tutti i venerdì sera Zack andava quindi a dormire dalla zia, a cui era sempre stato molto affezionato. Ma nei due mesi antecedenti aveva incominciato a mostrare una notevole riluttanza verso queste "trasferte"; sosteneva che la casa della zia gli faceva paura e ogni venerdì iniziava a lamentare fin dal mattino sintomi come nausea e mal di testa. Una volta durante la notte aveva anche chiamato la madre al lavoro, chiedendole di andarlo a prendere e dicendo che "gli altri bambini dormivano a casa loro tutti i giorni della settimana".

La situazione era progressivamente peggiorata nelle ultime settimane: quando veniva il momento di recarsi dalla zia Zack si metteva a piangere, a urlare, oppure si nascondeva. La madre temeva che durante una di queste notti a casa della sorella fosse "successo qualcosa" che aveva turbato Zack; il bambino non aveva però mai espresso alcuna obiezione a vedere la zia e il cugino in altri contesti, o al fatto che il cugino venisse a dormire da loro. La sorella era "una buona mamma"; aveva un compagno, ma che Zack sembrava avere in simpatia; anzi, pareva sempre molto contento quando il compagno della zia portava lui e il cugino al parco, al cinema o allo stadio per una partita di baseball.

In precedenza Zack non aveva mai manifestato difficoltà di separazione significative né altri problemi comportamentali o emotivi importanti. A parte per una brutta influenza all'età di tre anni, aveva visto il suo pediatra solo in occasione delle visite di controllo di routine. Tuttavia, Zack non aveva mai raggiunto una completa continenza urinaria e bagnava il letto circa due volte la settimana, anche se non aveva sintomi di incontinenza diurna o stipsi. Il pediatra aveva detto che all'età del bambino ciò poteva ritenersi "normale"; la madre non aveva mai dato grande peso alla cosa, anche perché Zack non sembrava essere significativamente infastidito o imbarazzato dal problema. L'anamnesi familiare non aveva evidenziato nulla di rilevante, ma le informazioni disponibili riguardavano soltanto la famiglia materna: la madre di Zack, che non aveva più avuto contatti con il padre del bambino dopo l'inizio della gravidanza, non sapeva molto della sua storia evolutiva e familiare.

Zack aveva l'aspetto di un bambino ben nutrito e ben curato. Quando la madre si era allontanata e l'aveva lasciato solo con lo psichiatra non aveva mostrato particolari segni di preoccupazione: all'inizio del colloquio sembrava un po' nervoso, ma si era rapidamente calmato e aveva incominciato a parlare tranquillamente, usando un vocabolario adeguato all'età e mantenendo un buon contatto visivo. Si era però

agitato di nuovo quando lo psichiatra aveva affrontato il tema delle notti a casa dalla zia; distogliendo lo sguardo, a questo proposito Zack aveva espresso anche una certa irritazione nel confronti della madre. Quando lo psichiatra gli aveva chiesto della sua incontinenza notturna, Zack era apparso in imbarazzo. Aveva raccontato che dalla zia gli era successo un paio di volte di bagnare il letto, e che per questo era stato preso in giro sia dal cugino, sia dal compagno della zia. La zia era intervenuta e li aveva fatti smettere, ma Zack diceva di avere paura "perché potrebbe capitarmi ancora".

Diagnosi

- Enuresi, solo notturna

Discussione

Negli ultimi due mesi Zack ha avuto comportamenti per lui inusuali, con crisi di collera, sintomi somatici e una persistente resistenza ad andare a dormire a casa della zia. Verso la fine della valutazione il focus dell'attenzione clinica si è però spostato sull'enuresi del bambino: un disturbo che pur essendo generalmente benigno può determinare disagio psicosociale e alterazioni comportamentali.

In base ai criteri del DSM-5 la diagnosi di enuresi non richiede una verifica delle eventuali motivazioni (l'emissione di urine può essere sia involontaria sia intenzionale). È invece necessario che il comportamento sia clinicamente significativo in termini di frequenza (almeno due volte alla settimana per tre mesi consecutivi) o di impatto (disagio o compromissione del funzionamento). L'enuresi può manifestarsi a qualsiasi età, ma per la diagnosi è prevista l'età minima di cinque anni (cronologica, oppure mentale nel caso di bambini con disturbi del neurosviluppo). Infine, il disturbo non deve essere causato da una sostanza o da una condizione medica.

La diagnosi prevede anche diversi sottotipi. Dato che sembra verificarsi unicamente di notte, l'enuresi di Zack verrà descritta come "solo notturna"; inoltre, Zack non ha mai raggiunto la continenza urinaria (non c'è stato un periodo di sei mesi consecutivi in cui non ha mai bagnato il letto): soffre quindi di enuresi primaria. L'enuresi notturna primaria è frequente nei bambini di età compresa fra i cinque e i dieci anni, specialmente tra i maschi. Anche se non sappiamo a che età il padre di Zack abbia raggiunto il controllo della minzione notturna, una storia familiare di enuresi è molto comune e sono stati identificati numerosi fattori genetici che possono contribuire allo sviluppo del disturbo. Al contrario, l'enuresi è definita secondaria quando si presenta dopo il raggiungimento della continenza urinaria per un periodo di almeno sei mesi. Un quadro di enuresi secondaria può essere dovuto a una serie di condizioni mediche tra cui diabete, disturbi convulsivi, vescica neurologica, apnea ostruttiva del sonno, stitichezza e ostruzione dell'uretra. Sebbene in rari casi, tali condizioni mediche possono essere responsabili anche di un'enuresi primaria; devono quindi essere escluse anche nel caso di Zack, consultando il suo pediatra.

Il disagio associato a enuresi (sebbene non strettamente necessario per la diagnosi) dipende in genere dalle reazioni degli altri: per Zack il fatto di bagnare il letto è diventato fonte di imbarazzo e vergogna solo dopo che il cugino e il compagno della zia l'hanno preso in giro. Vista la sua storia evolutiva, che per il resto appare normale, la possibilità di altre diagnosi psichiatriche sembra poco probabile; ma va comunque considerata, anche alla luce della frequente comorbilità tra enuresi e altri disturbi emotivi e comportamentali dell'infanzia.

Per esempio, l'agitazione di Zack e le sue lamentele di sintomi fisici sono emerse nell'ambito di una separazione dalla principale figura di attaccamento, cosa che dovrebbe indurre a esplorare l'ipotesi di un disturbo d'ansia di separazione. D'altra parte, questi segni d'ansia si sono manifestati solo rispetto alle notti passate dalla zia; Zack non ha mostrato difficoltà a separarsi dalla madre in altre situazioni, incluso il colloquio con lo psichiatra, il che rende tale ipotesi piuttosto improbabile. Improbabile risulta anche la possibilità di disturbi dell'umore o del controllo degli impulsi come il disturbo da disregolazione dell'umore dirompente, il disturbo oppositivo provocatorio o il disturbo della condotta: gli scoppi d'ira, gli atteggiamenti di sfida e gli altri comportamenti insoliti di Zack sono infatti iniziati da non più di due mesi, concentrati in un singolo contesto e scatenati da avvenimenti ben definiti.

Non sorprende che la madre di Zack abbia pensato che questi eventi scatenanti specifici potessero essere correlati a una sorta di abuso. Il collegamento tra i problemi del bambino e i venerdì notte a casa della zia era ovvio, ma la serenità con cui Zack interagiva abitualmente con il cugino, la zia e il suo compagno rende poco plausibile la possibilità che sia stato vittima di abusi. La madre però aveva ragione nel temere che a Zack fosse "successo qualcosa": era stato canzonato dal cugino e dal compagno della zia. Due persone di cui si fidava; è dunque probabile che le loro parole di scherno abbiano avuto su di lui un effetto traumatico.

Letture consigliate

- HOLLMANN, E., VON GONTARD, A., EIBERG, H. ET AL. (1998), "Molecular genetic, clinical and psychiatric associations in nocturnal enuresis". In *British Journal of Urology*, 81 (Suppl. 3), pp. 37-39.
- ROBSON, W.L. (2009), "Clinical practice: evaluation and management of enuresis". In *New England Journal of Medicine*, 360, pp. 1429-1436.
- ROBSON, W.L., LEUNG, A.K., VAN HOVE, R. (2005), "Primary and secondary nocturnal enuresis: similarities in presentation". In *Pediatrics*, 115, pp. 956-959.
- VON GONTARD, A., HERON, J., JOINSON, C. (2011), "Family history of nocturnal enuresis and urinary incontinence: results from a large epidemiological study". In *Journal of Urology*, 185, pp. 2303-2306.

12. Disturbi del sonno-veglia

Introduzione

John W. Barnhill

Riuscire a dormire bene non è sempre facile: quantità e qualità del sonno possono essere influenzate in senso negativo da una miriade di fattori, dalle preoccupazioni legate al lavoro o alla famiglia all'eccessivo consumo di stimolanti (come la caffeina) ai lunghi viaggi aerei. La mancanza di sonno ristoratore può inoltre essere associata a un gran numero di condizioni mediche o psichiatriche, tra cui ansia, depressione, disturbi bipolarì e psicotici; in questi casi le alterazioni del sonno possono essere un epifenomeno, ma anche un problema che può scatenare, aggravare o prolungare tali condizioni. Ciò nonostante, spesso i disturbi del sonno-veglia rimangono entità non riconosciute e non diagnosticate che contribuiscono ad alimentare disagio e disfunzione.

Per classificare i disturbi del sonno-veglia il DSM-5 ha utilizzato sia un approccio "aggregativo", sia un approccio "analitico". Per esempio, anche se il disturbo da insomния può manifestarsi come condizione indipendente, il DSM-5 incoraggia a considerare la possibile comorbilità con altre condizioni psichiatriche e non psichiatriche, evitando rigide relazioni causali (per esempio, la depressione provoca inevitabilmente insomnia) e sottolineando invece la bidirezionalità delle interazioni tra il disturbo del sonno e altri disturbi. Nello stesso tempo, l'identificazione di un disturbo del sonno-veglia autonomo pone enfasi sul fatto che l'alterazione del sonno può non risolversi spontaneamente e richiedere un'attenzione clinica specifica.

Per alcuni disturbi del sonno-veglia i criteri diagnostici indicati dal DSM-5 prevedono la presenza di determinati segni oggettivi. Per esempio, se un paziente lamenta sonno non ristoratore e stanchezza diurna e il suo compagno di letto riferisce che il paziente ha disturbi della respirazione notturna (come russamento o rantoli) verrà probabilmente considerata la possibilità di un'apnea/ipopnea ostruttiva del sonno. Oltre ai sintomi clinici, la diagnosi richiede però anche la presenza di evidenze polisonnografiche di almeno cinque apnee e/o ipopnee per ora di sonno (oppure, indipendentemente da sintomi concomitanti, di 15 o più apnee e/o ipopnee per ora di sonno).

Altri disturbi descritti in questo capitolo del DSM-5 possono essere diagnostici sulla base di un insieme di dati che includono i sintomi riportati dal paziente e i risultati di esami di laboratorio e studi formali del sonno. Per esempio, la narcolessia è definita da due criteri principali. Il primo richiede la presenza di episodi ricorrenti e persistenti caratterizzati da un irrefrenabile bisogno di dormire o attacchi di sonno. Il secondo può essere soddisfatto in tre modi, con la presenza di almeno uno dei seguenti: ricorrenti episodi di cataplessia (valutati clinicamente), carenza di ipocretina (stabilità misurando i livelli di ipocretina-1 nel liquido cerebrospinale) o alterazioni specifiche della latenza del sonno REM (rilevate mediante polisonnografia del sonno notturno o test ripetuto di latenza del sonno).

Il disturbo comportamentale del sonno REM e la sindrome delle gambe senza riposo sono due nuove categorie diagnostiche del DSM-5. Negli ultimi anni una notevole mole di dati ha chiarito le basi fisiologiche, la prevalenza e la rilevanza clinica di questi disturbi. Entrambi si manifestano spesso in comorbilità con altre condizioni mediche o psichiatriche; per esempio, è frequente la comorbilità tra disturbo comportamentale del sonno REM e narcolessia o disturbi neurodegenerativi quali il morbo di Parkinson, come pure quella tra sindrome delle gambe senza riposo e depressione o malattie cardiovascolari.

Di solito la valutazione dei pazienti che lamentano disturbi del sonno si basa inizialmente su resoconti retrospettivi soggettivi (come del resto succede per la grande maggioranza dei pazienti); ma quando un paziente riferisce sintomi inverosimili (“Non dormo da settimane”), il clinico potrebbe essere indotto a pensare semplicemente “insonnia” e a proseguire con altri aspetti della valutazione. Nell’area dei disturbi del sonno-veglia, criteri diagnostici più chiari e precisi possono essere utili per una serie di motivi; in particolare, possono aiutare i medici non specialisti a non sottovalutare sintomi comunemente riportati dai pazienti anche in ambito di assistenza primaria: le alterazioni del sonno restano spesso non diagnosticate, ma in molti casi sono causa di disagio significativo e compromissione funzionale.

Letture consigliate

- EDINGER, J.D., WYATT, J.K., STEPANSKI, E.J. ET AL. (2011), “Testing the reliability and validity of DSM-IV-TR and ICSD-2 insomnia diagnoses: results of a multitrait-multimethod analysis”. In *Archives of General Psychiatry*, 68, pp. 992-1002.
- OHAYON, M.M., REYNOLDS, C.F. (2009), “Epidemiological and clinical relevance of insomnia diagnosis algorithms according to the DSM-IV and the International Classification of Sleep Disorders (ICSD)”. In *Sleep Medicine*, 10, pp. 952-960.
- REITE, M., WEISSBERG, M., RUDDY, J. (2009), *Clinical Manual for Evaluation and Treatment of Sleep Disorders*. American Psychiatric Publishing, Washington.

Caso 12.1

Difficoltà a mantenere il sonno

Charles F. Reynolds

Aidan Jones, 30 anni, assistente universitario, aveva deciso di rivolgersi a uno psichiatra perché da circa quattro mesi dormiva molto poco: si svegliava regolarmente verso le tre del mattino, indipendentemente da quando era andato a letto la sera prima, e poi non riusciva più a riaddormentarsi. Il risultato era che di giorno si sentiva esausto; lo preoccupava soprattutto il fatto che a causa della costante stanchezza non era in grado di concentrarsi sulla sua tesi di dottorato in letteratura, che avrebbe invece voluto concludere al più presto. Mentre all'inizio questi risvegli precoci non erano accompagnati da pensieri o inquietudini particolari, ora si ritrovava sempre più spesso sveglio nel bel mezzo della notte, sdraiato nel letto accanto alla fidanzata che dormiva profondamente, a pensare a come avrebbe potuto preparare le lezioni o lavorare alla tesi con così poche ore di riposo alle spalle. A volte, rinunciando completamente all'idea di poter riprendere sonno, si alzava e andava in università all'alba.

A causa delle persistenti alterazioni del sonno, tre mesi prima aveva consultato il suo medico (il signor Jones soffriva di asma, per cui assumeva occasionalmente beta2-agonisti per via inalatoria, e l'anno antecedente aveva avuto una mononucleosi), che gli aveva prescritto un sedativo ipnotico; il farmaco non aveva però avuto alcun effetto. Il signor Jones aveva spiegato di non avere problemi ad addormentarsi quando si coricava. Per cercare di dormire meglio aveva anche modificato alcune sue abitudini. Per esempio, evitava di bere caffè dopo le due del pomeriggio, o di fare esercizio fisico nelle ore serali; appassionato giocatore di tennis, ultimamente praticava questo sport soltanto al mattino. La sera beveva solitamente un paio di bicchieri di vino: "Verso l'ora di cena incomincio a preoccuparmi di non dormire abbastanza durante la notte; e a dire la verità il vino un po' aiuta".

Snello, atletico, con una giacca di tweed e occhiali di tartaruga, il signor Jones corrispondeva senz'altro all'immagine di un giovane accademico. Durante il colloquio con lo psichiatra si era mostrato vivace, aperto e collaborativo; non aveva un'aria particolarmente affaticata, ma aveva precisato: "Ho insistito per fissare l'appuntamento nella prima mattinata proprio perché so che più tardi sarei stato stanco e meno lucido". Non sembrava neanche triste o particolarmente nervoso. Diceva di non essersi mai sentito veramente depresso; per contro, era certo che i suoi livelli di ansia negli ultimi mesi erano progressivamente cresciuti: "Questo problema del sonno è diventato sempre più importante. Sono stressato per via della tesi, litigo anche spesso con la mia fidanzata; ma tutto dipende dal fatto che sono troppo stanco".

Qualche anno prima il signor Jones aveva completato un ciclo di psicoterapia psicodinamica durato tre anni. A questo proposito aveva affermato: "L'ho fatto solo per cercare di conoscermi meglio"; con tono scherzoso aveva aggiunto che essendo figlio di un neuropsichiatra infantile era abituato all'idea che gli altri potessero considerarlo "un po' matto". Aveva riferito che prima delle recenti difficoltà era sem-

pre stato “un dormiglione”, fin da bambino; per esempio, la fidanzata lo prendeva spesso in giro per la facilità con cui si assopiva durante i viaggi in treno o in aereo.

Diagnosi

- Disturbo da insonnia

Discussione

Il signor Jones ha riportato che da quattro mesi la maggior parte delle notti non dorme in modo soddisfacente, accusando difficoltà a mantenere il sonno, risvegli precoci e incapacità di riaddormentarsi. Queste alterazioni del sonno sono associate a stanchezza diurna, ridotte capacità di concentrazione e lievi sintomi d’ansia e interferiscono in modo significativo con le sue relazioni interpersonali e i suoi impegni universitari; non appaiono inoltre attribuibili ad altre condizioni mediche o psichiatriche (inclusi disturbi da uso di sostanze e altri disturbi del sonno-veglia). Il quadro descritto dal signor Jones soddisfa i criteri clinici del DSM-5 per una diagnosi di disturbo da insonnia.

Il racconto del paziente indica che l’insonnia è iniziata in un periodo di aumentato livello di stress (correlato alla conclusione della sua tesi), ma è stata in seguito probabilmente perpetuata e aggravata dalla stessa preoccupazione di non riuscire a dormire. È peraltro possibile che ad alimentarla abbiano contribuito anche l’alcol assunto per aiutare il sonno notturno o un eccessivo uso di caffeina per combattere l’astenia (il signor Jones ha riferito di non bere più caffè dopo le due del pomeriggio, ma non è chiaro quanto ne consumi nelle ore precedenti). Infine, il paziente ha una storia di asma e fa uso di beta2-agonisti, farmaci che possono avere effetti stimolanti; sarebbe pertanto opportuno verificare con che frequenza li assume e a quali dosaggi.

Sarebbe anche utile ottenere un’anamnesi psichiatrica personale e familiare più completa. Il signor Jones ha segnalato un ciclo di psicoterapia psicodinamica durato tre anni, ma dovrebbe essere esplorata più a fondo la possibilità che l’insonnia sia correlata a un precedente, e magari ricorrente, disturbo d’ansia o dell’umore. D’altro canto, l’insonnia può a sua volta aumentare il rischio di un successivo disturbo d’ansia, dell’umore o da uso di sostanze. Sonno disturbato e insonnia mostrano inoltre una predisposizione familiare.

Per valutare in maniera più esauriente l’insonnia del signor Jones potrebbe essere d’aiuto un diario di due settimane dei ritmi sonno-veglia, con maggiori informazioni su aspetti come il tempo trascorso a letto, la distribuzione nell’arco della giornata di attività fisiche e mentali che possono favorire uno stato di arousal e ostacolare il sonno, l’uso di sostanze che possono agire sul sistema nervoso centrale o altri problemi medici (come gli attacchi d’asma). Nello stesso tempo, la fidanzata potrebbe fornire informazioni utili sull’eventuale presenza, durante il sonno del paziente, di sintomi quali russamento, apnee, movimenti periodici delle gambe o parassonnie. La gravità del disturbo può essere accerta-

ta anche mediante questionari self-report come l'Insomnia Severity Index (ISI) o il Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI), mentre altri strumenti di autovalutazione – come Patient Health Questionnaire Depression Scale (PHQ-9) o Generalized Anxiety Disorder Scale (GAD-7) – possono essere usati per verificare la presenza di disturbi psichiatrici concomitanti.

Al momento per il signor Jones non sembrano essere necessari studi polisonnografici; esami specifici per disturbi del sonno correlati alla respirazione o per la sindrome delle gambe senza riposo potrebbero però risultare indicati se dall'anamnesi o dal diario emergessero ulteriori informazioni. Un'altra possibilità diagnostica, per quanto improbabile data la giovane età del paziente, è quella di un disturbo circadiano del ritmo sonno-veglia con fase di sonno anticipata.

Come illustra il caso del signor Jones, il DSM-5 non prevede una distinzione tra forme di insonnia “primarie” e “secondarie”. Prevede invece una maggiore specificazione di condizioni concomitanti (mediche, psichiatriche o altri disturbi del sonno), per due ragioni: 1) al fine di evidenziare che il paziente, oltre alle coesistenti condizioni mediche o psichiatriche, ha un disturbo del sonno che richiede un’attenzione clinica indipendente; 2) per porre in luce gli effetti bidirezionali e interattivi tra i disturbi del sonno e tali condizioni. Questa diversa concettualizzazione riflette un cambiamento di direzione nel campo della medicina dei disturbi del sonno; sostanzialmente, in presenza di comorbilità non è necessario stabilire un rapporto causale tra due condizioni (“a” è provocata da “b”) sia perché spesso i dati empirici a sostegno di un simile rapporto sono limitati, sia perché un approccio terapeutico ottimale richiede generalmente il trattamento di entrambe (perché “a” può aggravare “b” e viceversa).

La diagnosi differenziale dei disturbi legati al sonno richiede quindi un approccio multidimensionale, che tenga in considerazione le possibili condizioni coesistenti. La coesistenza di condizioni cliniche è la regola, non l’eccezione. Infine, la classificazione del DSM-5 del disturbo da insonnia e degli altri disturbi del sonno-veglia include una valutazione sia dimensionale sia categorica per diverse ragioni: 1) definire la gravità; 2) facilitare la pianificazione del trattamento; 3) identificare comportamenti che possono contribuire alla patogenesi e alla persistenza del disturbo; 4) indagare e individuare le correlazioni con fattori neurobiologici sottostanti.

Letture consigliate

- CHAPMAN, D.P., PRESLEY-CANTRELL, L.R., LIU, Y. ET AL. (2013), “Frequent insufficient sleep and anxiety and depressive disorders among U.S. community dwellers in 20 states, 2010”. In *Psychiatric Services*, 64, pp. 385-387.
- REYNOLDS, C.F. (2011), “Troubled sleep, troubled minds, and DSM-5”. In *Archives of General Psychiatry*, 68, pp. 990-991.
- REYNOLDS, C.F., O'HARA, R. (2013), “DSM-5 sleep-wake disorders classification: overview for use in clinical practice”. In *American Journal of Psychiatry*, 170, pp. 1099-1101.

Caso 12.2 Ansiosa e assonnata

Maurice M. Ohayon

Bernadette Kleber, 34 anni, divorziata e madre di tre figli, si era rivolta a uno psichiatra a causa di persistenti sintomi d'ansia e sonnolenza. La signora Kleber aveva una nuova relazione sentimentale con una donna, con cui conviveva da qualche tempo, ed era attualmente disoccupata.

Secondo quanto riportato dalla paziente l'ansia era un problema con cui aveva avuto a che fare per gran parte della sua vita, ma che si era progressivamente aggravato negli ultimi dieci anni, dopo la nascita del secondo figlio. Di solito finché stava a casa "andava tutto bene", ma diventava ansiosa nelle situazioni sociali, che la esponnevano al rischio di essere esaminata e valutata negativamente dagli altri. Per esempio, anche se avrebbe voluto perdere il peso acquisito in seguito alle gravidanze (il suo indice di massa corporea era di $27,7 \text{ kg/m}^2$), non andava in palestra perché aveva paura di essere ritenuta goffa e ridicola. Tendeva a evitare soprattutto le situazioni che l'avrebbero costretta a fare nuove conoscenze; il timore del giudizio altrui le rendeva anche praticamente impossibile la ricerca di un nuovo posto di lavoro. Cinque anni prima era stata trattata con successo per fobia sociale (con psicoterapia più un inibitore selettivo della ricaptazione della serotonina e clonazepam al dosaggio di 2,5 mg due volte al giorno), ma i sintomi del disturbo erano tornati a manifestarsi nel corso dell'anno antecedente. Non aveva comunque aumentato le dosi dei farmaci che le erano stati precedentemente prescritti, né aveva assunto altri ansiolitici. La signora Kleber si diceva molto contenta della sua nuova relazione amorosa, ma nello stesso tempo era preoccupata dall'idea che la compagna si stancasse di lei, se non fosse riuscita "a tirarsi su". Affermava di non aver mai avuto episodi di depressione significativa, anche se c'erano stati molti periodi in cui si era sentita frustrata a causa della sua inadeguatezza; negava inoltre qualsiasi sintomo di mania o ipomania.

Quando lo psichiatra le aveva chiesto della sua sonnolenza, la signora Kleber aveva spiegato che dormiva "davvero tanto": almeno nove ore per notte ma, in genere, durante il giorno faceva anche un paio di "sonnellini" (per un totale in media di altre cinque ore di sonno). Il problema era insorto verso la fine della scuola superiore, quando aveva iniziato ad andare a letto presto (solitamente tra le otto e le nove di sera) e a dormire tutti i pomeriggi. Si era poi iscritta all'università, ma dopo un anno aveva abbandonato gli studi perché in aula non riusciva a stare sveglia durante le lezioni. Si era resa conto che il suo bisogno di sonno era di gran lunga superiore a quello delle altre persone. Nonostante i sonnellini, si assopiva regolarmente quando cercava di leggere un libro o di guardare la televisione, e spesso anche quando faceva visita ad amici o familiari; aveva smesso di guidare da sola perché aveva paura di addormentarsi al volante. I riposi diurni, anche se nel tardo pomeriggio, non sembravano essere riposanti e non influenzavano la durata del sonno notturno. Occuparsi dei bambini era diventato sempre più difficile, soprattutto la mattina, quando dove-

va mandarli a scuola. Si sentiva "stordita e inefficiente" tutto il giorno, ma il mattino era il momento peggiore: dopo essersi alzata dal letto per almeno mezz'ora era "come inebetita", confusa e disorientata.

Inoltre, da qualche anno aveva incominciato a russare; sebbene non ne fosse certa, la sua compagna aveva indicato anche la possibile presenza di pause respiratorie durante il sonno. La signora Kleber negava di avere avuto episodi di paralisi del sonno o di essersi mai addormentata bruscamente cadendo per terra, oppure nel bel mezzo di una conversazione; le capitava di addormentarsi in situazioni sociali, ma generalmente in momenti di calma e silenzio, mentre stava seduta in un angolo su una poltrona o un divano. Fin dall'adolescenza aveva però avuto allucinazioni ipnopompiche, diverse volte all'anno.

Durante il colloquio la signora Kleber, che si era mostrata collaborativa e coerente, aveva manifestato preoccupazione specialmente per i suoi sintomi d'ansia, ma anche per l'eccessiva sonnolenza. Le sue capacità di giudizio e insight apparivano integre. Aveva negato la presenza di depressione, ideazione suicidaria, sintomi psicotici o difficoltà di memoria. A parte il sovrappeso, l'esame fisico non aveva evidenziato nulla di rilevante. Dal punto di vista medico, l'anamnesi indicava l'assenza di traumi craniici o malattie particolari. La signora Kleber aveva riferito ipercolesterolemia, cefalee occasionali e problemi di natura muscolare, come debolezza a livello delle gambe e dolore al braccio sinistro, soprattutto in seguito a sforzi. Per alleviare il dolore fumava saltuariamente marijuana, cosa che però non sembrava influenzare in maniera significativa la sua sonnolenza. Non aveva una storia familiare di disturbi del sonno o dell'umore, ma diceva che molti dei suoi familiari potevano essere definiti "ansiosi".

Per completare la valutazione erano quindi stati condotti studi formali del sonno. Gli esami polisonnografici avevano riscontrato un indice di apnea/ipopnea pari a tre eventi per ora, mentre il test ripetuto di latenza del sonno mostrava una latenza media di sette minuti e un periodo di addormentamento in sonno REM. I livelli di ipocreatina-1 nel liquido cefalorachidiano erano risultati nella norma.

Diagnosi

- Disturbo d'ansia sociale (fobia sociale)
- Disturbo da ipersonnolenza

Discussione

Dalla storia della signora Kleber emergono almeno tre tipi di problemi. In passato ha ricevuto una diagnosi di fobia sociale, e la recente ricomparsa dei sintomi del disturbo sembra ora essere il motivo principale che l'ha spinta a cercare l'aiuto di uno psichiatra. Dopo la nascita dei figli è progressivamente ingrassata, con un'attuale condizione di sovrappeso che acuisce l'evitamento sociale e aumenta il rischio di alterazioni del sonno e complicanze mediche. L'obesità non è inclusa fra le diagnosi del DSM-5, ma è citata nel capitolo sulle "altre condizioni che possono essere oggetto di attenzione clinica". Sia l'ansia sia il sovrappeso

della paziente meritano probabilmente un'attenzione clinica indipendente; tuttavia, quelli che condizionano più profondamente la sua vita sembrano essere i problemi correlati al sonno.

La signora Kleber dorme troppo, ma con un sonno non riposante o ristoratore. L'eccessiva sonnolenza, che persiste dai tempi della scuola superiore, le impedisce di svolgere in modo efficace il ruolo di madre, di trovare e mantenere un posto di lavoro o di guidare da sola, è associata a una compromissione del funzionamento sociale e al timore di essere lasciata dalla nuova compagna. I sintomi riportati dalla paziente suggeriscono un disturbo da ipersonnolenza. Secondo i criteri diagnostici del DSM-5 l'ipersonnolenza deve essere presente almeno tre volte alla settimana per un periodo minimo di tre mesi: nel caso della signora Kleber si è manifestata quasi tutti i giorni per oltre 15 anni. La durata del sonno notturno (circa nove ore) potrebbe essere reputata entro i limiti della norma, ma la durata complessiva del sonno quotidiano (circa 14 ore) è tipica del disturbo; lo stesso vale per l'inerzia del sonno (il prolungato senso di disorientamento, confusione e torpore dopo il risveglio, specie al mattino) e gli episodi di sonno involontario.

Prima di porre la diagnosi è però necessario escludere altre potenziali cause di sonnolenza. La signora Kleber ha riferito di fumare marijuana, ma solo occasionalmente, e per alleviare i suoi sintomi d'ansia assume regolarmente una benzodiazepina (clonazepam), ma a basso dosaggio. Nonostante siano entrambe dotate di proprietà sedative, appare improbabile che queste sostanze abbiano un ruolo causale, anche perché l'ipersonnolenza precede l'inizio del loro uso. La paziente soffre di cefalee e dolori muscolari; sarebbe pertanto opportuno indagare in modo più approfondito sull'eventuale uso di farmaci antidolorifici con effetti sedativi. La signora Kleber ha poi riportato di sentirsi spesso demoralizzata e frustrata per via della sua inadeguatezza, il che dovrebbe spingere a considerare la possibilità di un disturbo depressivo associato a un aumento di sonno non ristoratore; ma anche questa ipotesi sembra al momento poco probabile.

Sonno eccessivo e/o sonnolenza diurna possono inoltre manifestarsi nel quadro di altri disturbi del sonno, motivo per cui lo psichiatra ha giustamente prescritto esami specifici. L'obesità, il russamento e la marcata sonnolenza della paziente suggerivano la possibilità di un disturbo del sonno correlato alla respirazione; gli esiti della polisonnografia, con un indice di apnea/ipopnea nell'intervallo di normalità (solo tre eventi per ora di sonno) hanno però mostrato che la signora Kleber non soffre di un simile disturbo.

A prima vista molti dei sintomi lamentati dalla signora Kleber potevano essere compatibili anche con una diagnosi di narcolessia, disturbo caratterizzato da periodi ricorrenti di irrefrenabile bisogno di dormire, attacchi di sonno e ripetuti riposi diurni. Oltre agli improvvisi attacchi di sonno, la paziente ha riferito allucinazioni ipnopompiche relativamente frequenti; tali allucinazioni sono generalmente considerate esperienze normali, ma possono riflettere intrusioni di sonno REM indicative di narcolessia. La diagnosi richiede la presenza di episodi di cataplessia, bassi livelli di ipocretina nel liquido cerebrospinale o riduzione

della latenza del sonno: i test eseguiti hanno rilevato una latenza media del sonno di sette minuti (inferiore alla norma), ma soltanto un periodo di addormentamento nel sonno REM (mentre il numero minimo per soddisfare questo criterio è due); i normali livelli di ipocretina-1 escludono invece una narcolessia con carenza di ipocretina. Di conseguenza, a meno che i suoi “colpi di sonno” non vengano ritenuti episodi di cataplessia, la signora Kleber non corrisponde ai criteri per una diagnosi di narcolessia; a questo punto soddisfa solo i criteri per le diagnosi di disturbo da ipersonnolenza e di disturbo d’ansia sociale.

Letture consigliate

- KARASU, S.R., KARASU, T.B. (2010), *The Gravity of Weight: A Clinical Guide to Weight Loss and Maintenance*. American Psychiatric Publishing, Washington.
- OHAYON, M.M., REYNOLDS, C.F. (2009), “Epidemiological and clinical relevance of insomnia diagnosis algorithms according to the DSM-IV and the International Classification of Sleep Disorders (ICSD)”. In *Sleep Medicine*, 10, pp. 952-960.
- OHAYON, M.M., DAUVILLIERS, Y., REYNOLDS, C.F. (2012), “Operational definitions and algorithms for excessive sleepiness in the general population: implications for DSM-5 nosology”. In *Archives of General Psychiatry*, 69, pp. 71-79.

Caso 12.3 **Sonnolenza**

Brian Palen, Vishesh K. Kapur

César Lopez, 57 anni, si era presentato per una rivalutazione della terapia antidepressiva (con un inibitore selettivo della ricaptazione della serotonina) che gli era stata prescritta due anni prima. Malgrado la sua aderenza al trattamento, che inizialmente si era dimostrato almeno in parte efficace, negli ultimi mesi "non era stato bene": si sentiva sempre stanco, assonnato, non aveva energie sufficienti per svolgere le normali attività (per le quali non aveva comunque perso interesse) e non riusciva a concentrarsi e a lavorare (il signor Lopez era un consulente informatico).

Il paziente, originario del Venezuela, sposato e con due figli adulti, aveva negato la presenza di particolari fattori di stress. Oltre ad aver ricevuto la diagnosi di depressione, soffriva di ipertensione, diabete e coronaropatia; lamentava anche bruciori allo stomaco e disfunzione erektille. Non fumava e non beveva alcolici, ma consumava una grande quantità di caffè per cercare di contrastare la sonnolenza diurna. Era alto circa 178 centimetri e pesava più di 106 chili, con un indice di massa corporea pari a 34 kg/m^2 e una circonferenza del collo di 50 centimetri. Gli unici altri dati rilevanti emersi dall'esame fisico erano una frequenza respiratoria di 20 atti al minuto e una pressione arteriosa di 155/90 mmHg.

Durante il colloquio il signor Jones si era mostrato collaborativo; appariva stanco, ma non aveva manifestato segni di umore depresso, ansia, psicosi o declino cognitivo. In seguito a domande più specifiche aveva raccontato che oltre ad avere difficoltà a rimanere sveglio durante le ore di lavoro, aveva rischiato in più occasioni di addormentarsi mentre era alla guida della sua automobile. Di solito la notte dormiva 8-10 ore, ma con frequenti risvegli per andare in bagno (nicturia); inoltre, spesso si svegliava con una sensazione di soffocamento, a volte anche con cefalea. Aveva sempre russato nel sonno, sin da bambino; aveva spiegato che tutti gli uomini della sua famiglia erano "dei gran russatori". Secondo la moglie, che in genere preferiva dormire nella stanza degli ospiti, non solo russava molto forte, ma spesso respirava con affanno e aveva pause respiratorie.

Il signor Jones era stato pertanto sottoposto a esami polisonnografici, che avevano dato i seguenti risultati:

- indice di apnea/ipopnea: 25 eventi per ora;
- indice di desaturazione di ossigeno: 20 eventi per ora;
- livello minimo di saturazione di ossigeno: 82%;
- periodo di sonno a livelli di saturazione inferiori al 90%: 8%;
- indice di arousal: 35 eventi per ora;
- percentuali delle fasi del sonno: stadio N1 20%, stadio N2 60%, stadio N3 10%, sonno REM 10%.

Diagnosi

- Apnea/ipopnea ostruttiva del sonno, di gravità moderata

Discussione

Il signor Lopez si è presentato per la rivalutazione di una terapia antidepressiva, ma i sintomi che manifesta – astenia, sonnolenza diurna e disturbi della respirazione notturna, tra cui russamento e pause respiratorie – indicano che molto probabilmente i suoi problemi sono legati a un'apnea/ipopnea ostruttiva del sonno, più che a un disturbo dell'umore.

Nella popolazione generale i tassi di prevalenza dell'apnea/ipopnea ostruttiva del sonno si aggirano intorno al 3%, ma possono essere molto più alti tra gli individui con fattori di rischio specifici. Il signor Lopez, per esempio, ha più di 50 anni, è obeso (con una considerevole circonferenza del collo) e tutti gli uomini della sua famiglia sono “gran russatori”. Il russamento è un indicatore particolarmente sensibile di apnea/ipopnea ostruttiva del sonno, specialmente quando è molto forte, frequente (più di tre notti a settimana) e accompagnato da respiro affannoso e senso di soffocamento. Come il signor Lopez, molti pazienti riferiscono anche nicturia, pirosi, disfunzioni sessuali e cefalee mattutine, sintomi che riflettono gli effetti multisistemici del disturbo.

L'apnea/ipopnea ostruttiva del sonno è caratterizzata da ripetuti episodi di ostruzione delle vie aeree superiori, con totale assenza (apnea) o riduzione (ipopnea) del flusso d'aria e conseguente ipossia. L'occlusione completa o parziale delle vie aeree, causata da un rilassamento della muscolatura faringea, induce brevi arousal per consentire la ripresa di una respirazione normale; questi episodi si susseguono ciclicamente, fino a centinaia di volte per notte, determinando risvegli ricorrenti e frammentazione del sonno.

Gli studi polisonnografici possono quantificare le alterazioni del sonno in molti modi diversi, ma il DSM-5 utilizza principalmente l'indice di apnea/ipopnea, cioè il conteggio degli episodi di apnea o ipopnea della durata di almeno 10 secondi per ora di sonno. I pazienti con 15 o più apnee e/o ipopnee ostruttive per ora (indice di apnea/ipopnea pari o superiore a 15) soddisfano i criteri diagnostici, indipendentemente dalla presenza di altri sintomi. Per i pazienti con indice di apnea/ipopnea compreso tra 5 e 15 la diagnosi richiede invece la presenza concomitante di disturbi della respirazione notturna, oppure di astenia o sonnolenza diurna. L'indice di apnea/ipopnea definisce anche la gravità del disturbo: l'apnea/ipopnea ostruttiva del sonno è considerata lieve se l'indice è inferiore a 15 (con almeno un altro sintomo tipico), grave se l'indice è superiore a 30. Con i suoi 25 eventi per ora, il signor Lopez ha ricevuto una diagnosi di apnea/ipopnea ostruttiva del sonno di gravità moderata.

Gli esami polisonnografici del signor Jones hanno rilevato altre anomalie, per quanto non specificamente correlate ai criteri del DSM-5. Tra queste un'alterata architettura del sonno, con una riduzione relativa delle fasi di sonno REM e

N3. Si è riscontrato anche un notevole periodo complessivo di sonno (8%) con saturazione ematica di ossigeno inferiore al 90%; l'indice di arousal, che misura gli eventi di arousal corticale per ora, è risultato pari a 35, nettamente più alto del limite superiore della norma (20).

Come molti altri disturbi descritti dal DSM-5, se non trattata l'apnea/ipopnea ostruttiva del sonno può avere un forte impatto negativo sulla qualità della vita; tuttavia, a differenza della maggior parte delle diagnosi del DSM-5, quella di apnea/ipopnea ostruttiva del sonno si basa sostanzialmente sui risultati di un test, più che sull'osservazione clinica. In molti pazienti, tra cui il signor Lopez, il disturbo non viene identificato prontamente, e la mancanza di una diagnosi tempestiva fa sì che per lunghi periodi di tempo questi pazienti non ricevano un trattamento adeguato. Il caso del signor Lopez mostra come, paradossalmente, una delle diagnosi psichiatriche più "oggettive" sia spesso presa in considerazione soltanto in seguito a un'attenta valutazione clinica.

Letture consigliate

- PEPPARD, P.E., SZKLO-COXE, M., YOUNG, T. (2006), "Longitudinal association of sleep-related breathing disorder and depression". In *Archives of Internal Medicine*, 166, pp. 1709-1715.
- SCHWARTZ, D.J., KARATINOS, G. (2007), "For individuals with obstructive sleep apnea, institution of CPAP therapy is associated with an amelioration of symptoms of depression which is sustained long term". In *Journal of Clinical Sleep Medicine*, 15, pp. 631-635.
- SHARAFKHANEH, A., GIRAY, N., RICHARDSON, P. ET AL. (2005), "Association of psychiatric disorders and sleep apnea in a large cohort". In *Sleep*, 28, pp. 1405-1411.
- YOUNG, T., PALTA, M., DEMPSEY, J. ET AL. (1993), "The occurrence of sleep-disordered breathing among middle-aged adults". In *New England Journal of Medicine*, 328, pp. 1230-1235.
- YOUNG, T., SHAHAR, E., NIETO, F.J. ET AL. (2002), "Predictors of sleep-disordered breathing in community dwelling adults: ". In *Archives of Internal Medicine*, 162, pp. 893-900.

Caso 12.4

Uno strano prurito

Kathy P. Parker

Dingxiang Meng, 63 anni, era stato sottoposto a una valutazione psichiatrica nell'ambulatorio di nefrologia di un piccolo ospedale, durante una delle sue regolari sedute di emodialisi; la valutazione era stata richiesta dai medici dell'ambulatorio per "depressione ed eccessivi sintomi somatici". Il paziente aveva una storia di depressione psicotica, disturbo per il quale era già stato ricoverato due volte nel corso dei dieci anni precedenti.

Il signor Meng aveva riferito di provare uno "strano prurito alle gambe, come se dei vermi strisciassero sotto la pelle". Questa sensazione sgradevole andava e veniva già da qualche anno, ma nelle ultime settimane era diventata più forte e frequente, quasi insopportabile: "Non ne posso più, mi sembra di impazzire". Era contento quando giocava con i suoi nipotini o vedeva degli amici, ma generalmente si sentiva stanco e preoccupato.

Il paziente, che negli ultimi due anni non aveva manifestato sintomi depressivi e non aveva più assunto farmaci psicotropi, non mostrava segni di disturbo del pensiero. L'esame della cartella clinica indicava che i sintomi fisici lamentati dal signor Meng erano stati precedentemente attribuiti a diverse condizioni, tra cui acatisia e neuropatia periferica, o definiti come "psicosomatici" e "ruminativi".

Secondo quanto riportato dal signor Meng, questi sintomi erano particolarmente intensi la sera e la notte e peggioravano quando stava seduto o sdraiato. Il "prurito" era solo alle gambe; diminuiva un po' se le massaggiava, ma l'unico modo efficace per alleviarlo era alzarsi e mettersi a camminare. Anche la dialisi era diventata un problema, perché doveva "stare per ore attaccato a una macchina". Un'infermiera dell'ambulatorio aveva confermato che recentemente durante la dialisi il signor Meng era apparso molto irrequieto; spesso agitava le gambe e aveva più volte chiesto di accorciare i tempi del trattamento.

Nato in Cina, il signor Meng, divorziato, aveva due figli e tre nipoti piccoli e viveva con uno dei figli. Aveva ricevuto una diagnosi di diabete poco tempo dopo il suo arrivo negli Stati Uniti, dove era immigrato 15 anni prima; aveva poi sviluppato un'insufficienza renale progressiva ed era in trattamento emodialitico da sette anni. Il paziente parlava ancora male l'inglese, e la valutazione era stata condotta con l'aiuto di un interprete.

Diagnosi

- Sindrome delle gambe senza riposo

Discussione

I sintomi principali riferiti dal signor Meng includono stanchezza e una fastidiosa sensazione alle gambe (come se sotto la pelle ci fossero dei “vermi”), accompagnata dal bisogno di muoverle. Il paziente ha una storia di “depressione psicotica”, per la quale è stato ospedalizzato due volte, ma i rapporti fra la depressione e questi sintomi fisici non sembrano essere chiari: nel corso degli anni tali sintomi sono stati ricondotti a condizioni quali acatisia o la neuropatia periferica, oppure sono stati descritti come “psicosomatici” o “ruminativi”.

Ma la spiegazione più semplice e verosimile è che il signor Meng abbia una sindrome delle gambe senza riposo. La sindrome, proposta nel DSM-5 come una nuova categoria diagnostica indipendente, è caratterizzata da un bisogno di muovere le gambe che è solitamente associato a sensazioni sgradevoli. Il quadro del signor Meng è tipico: i suoi sintomi sono più intensi nelle ore serali e notturne; peggiorano nelle situazioni di riposo o inattività; sono alleviati dal movimento; sono frequenti, cronici e causa di disagio significativo.

La sindrome delle gambe senza riposo è un disturbo comune nei pazienti con insufficienza renale cronica terminale in trattamento dialitico. Spesso, anche se non sempre, la condizione è associata a movimenti periodici delle gambe che coinvolgono l'estensione dell'alluce con flessione parziale della caviglia, del ginocchio e a volte dell'anca. La sonnolenza diurna del signor Meng potrebbe essere legata a un inizio ritardato o a una ridotta qualità del sonno: la sindrome delle gambe senza riposo può provocare entrambi i problemi. L'insufficienza renale e la dialisi sono una spiegazione adeguata per la sindrome (che spesso non ha spiegazioni altrettanto evidenti); dovrebbe comunque essere valutato il possibile contributo di fattori quali anemia, carenza di folati e uremia. Sebbene si tratti di un'eventualità ovviamente impossibile nel caso del signor Meng, anche la gravidanza è una condizione associata alla sindrome.

Data la frequente correlazione fra sindrome delle gambe senza riposo e insufficienza renale cronica, non è chiaro perché il signor Meng non abbia ricevuto prima questa diagnosi. È possibile che la storia di depressione del paziente abbia indotto i medici che l'hanno avuto in cura a presupporre che i suoi sintomi fisici fossero attribuibili a qualche forma di disturbo o conflitto psicologico, e a definirli semplicemente “psicosomatici”. Tuttavia, ciò riflette non solo un'interpretazione non corretta dei sintomi lamentati dal signor Meng, ma anche un uso improprio del termine, se si intende (correttamente) come *psicosomatica* la branca della psichiatria che si focalizza sulla comorbilità tra malattie psichiatriche e mediche. La possibilità di un'acatisia è stata probabilmente considerata perché per un certo periodo il paziente ha assunto farmaci antipsicotici; ma gli antipsicotici più recenti (atipici) raramente causano acatisia, e i sintomi del signor Meng sono continuati per due anni dopo l'interruzione dell'uso di qualsiasi farmaco psicoattivo. Inoltre, una neuropatia periferica provoca spesso dolore, bruciore e intorpidimento, sintomi di cui il paziente non sembra al momento soffrire.

L'esame della cartella clinica indica che i sintomi del signor Meng sono stati interpretati anche come una manifestazione di "ruminazione psicotica". A determinare una simile ipotesi possono avere contribuito difficoltà di comunicazione, ma è possibile che i due ricoveri per "depressione psicotica" siano stati in realtà causati dalle preoccupazioni somatiche, dall'ansia e dalla disforia provocate da una sindrome delle gambe senza riposo non diagnosticata: un disturbo noto da tempo, per quanto "nuovo" come diagnosi indipendente del DSM-5, che si può manifestare in comorbilità con un gran numero di condizioni mediche.

Letture consigliate

- ARAUJO, S.M., DE BRUIN, V.M., NEPOMUCENO, L.A. ET AL. (2010), "Restless legs syndrome in end-stage renal disease: clinical characteristics and associated comorbidities". In *Sleep Medicine*, 11, pp. 785-790.
- HENING, W., ALLEN, R.P., TENZER, P., WINKELMAN, J.W. (2007), "Restless legs syndrome: demographics, presentation, and differential diagnosis". In *Geriatrics*, 62, pp. 26-29.
- LA MANNA, G., PIZZA, F., PERSICI, E. ET AL. (2011), "Restless legs syndrome enhances cardiovascular risk and mortality in patients with end-stage kidney disease undergoing long-term haemodialysis treatment". In *Nephrology, Dialysis, Transplantation*, 26, pp. 1976-1983.
- LY, Y., WALTERS, A.S., CHIUE, S.E. ET AL. (2012), "Prospective study of restless legs syndrome and coronary heart disease among women". In *Circulation*, 126, pp. 1689-1694.
- OKA, Y., IOUE, Y. (2009), "Secondary restless legs syndrome". In *Brain and Nerve*, 61, pp. 539-547.
- WINKELMAN, J. W., CHERTOW, G. M., LAZARUS, J. M. (1996), "Restless legs syndrome in end-stage renal disease". In *American Journal of Kidney Diseases*, 28, pp. 372-378.

13. Disfunzioni sessuali

Introduzione

John W. Barnhill

Anche se sono relativamente semplici, i criteri per i disturbi sessuali indicano quanto possa essere difficile classificare questo tipo di problemi. Un sistema diagnostico che intende descrivere in maniera adeguata le disfunzioni sessuali deve prendere in considerazione l'ampia gamma delle risposte sessuali normali. Deve considerare che disfunzione e disagio dipendono fortemente dalle aspettative, dai desideri e dalle opportunità di attività sessuale dell'individuo (e del suo partner). Deve considerare gli effetti dell'invecchiamento, gli effetti delle norme sociali e religiose che regolano il comportamento sessuale, o che cosa significhi funzionare sessualmente come uomo e come donna (o lungo tutto il moderno continuum di genere). Deve anche tener conto dei farmaci e delle malattie che possono causare una diminuzione o un aumento del desiderio e/o delle funzioni sessuali. Per essere completa, una valutazione delle funzioni sessuali non può prescindere dal fatto che la risposta sessuale, sebbene fondamentalmente biologica, è generalmente vissuta in un contesto intrapersonale, interpersonale e culturale. In un simile contesto biopsicosociale, per esempio, per porre una diagnosi di disturbo del desiderio sessuale ipoattivo maschile non basta verificare sbrigativamente se il paziente abbia un ridotto interesse per l'attività sessuale.

Il DSM-5 identifica otto disfunzioni sessuali, di cui quattro riguardano specificamente gli uomini, tre le donne e una può riscontrarsi in entrambi i generi (disfunzione sessuale indotta da sostanze/farmaci); sono inoltre previste le due categorie (disfunzione sessuale con altra specificazione o senza specificazione) applicabili nei casi che non soddisfano pienamente i criteri per uno qualsiasi dei disturbi di questa classe diagnostica. Terminologia e criteri variano in funzione del genere: per esempio, gli uomini possono avere un disturbo erettile e/o un disturbo del desiderio sessuale ipoattivo maschile; nelle donne, una condizione in qualche modo analoga è definita come disturbo del desiderio sessuale e dell'eccitazione sessuale femminile. Sia gli uomini sia le donne possono avere difficoltà legate al raggiungimento dell'orgasmo; le donne possono soddisfare i criteri per il disturbo dell'orgasmo femminile, mentre gli uomini possono rice-

vere una diagnosi di ejaculazione ritardata o di ejaculazione precoce. Le donne possono anche avere un disturbo del dolore genito-pelvico e della penetrazione; alla luce delle evidenze più recenti, questa nuova diagnosi del DSM-5 combina vaginismo e dispareunia, condizioni caratterizzate da un'alta comorbilità e difficili da distinguere.

Con l'eccezione della disfunzione sessuale indotta da sostanze/farmaci, tutte le diagnosi richiedono la persistenza dei sintomi per un periodo minimo di sei mesi; può essere inoltre specificato se il disturbo è permanente o acquisito, generalizzato o situazionale. L'eventuale presenza di una condizione medica ritenuta pertinente può essere segnalata come specificatore; nel DSM-5 è stata eliminata la diagnosi di disfunzione sessuale dovuta a una condizione medica, perché nella maggior parte dei casi le disfunzioni sessuali sono attribuibili a fattori sia psicologici sia biologici.

Letture consigliate

- BALON, R., SEGRAVES, R.T. (2009) (a cura di), *Clinical Manual of Sexual Disorders*. American Psychiatric Publishing, Washington.
- KASCHAK, E., TIEFER, L. (2001) (a cura di), *A New View of Women's Sexual Problems*. Haworth Press, Binghamton.
- KLEIN, M. (2012), *Sexual intelligence: What We Really Want From Sex – and How to Get It*. HarperCollins, New York.

Caso 13.1 Disfunzione sessuale

Cynthia A. Graham

Elizabeth Olsen e Finn Nelson, rispettivamente 37 e 39 anni, entrambi avvocati di successo, si erano presentati per una terapia di coppia a causa dei loro bisticci sempre più frequenti. Si conoscevano dai tempi della scuola superiore, stavano insieme da circa due anni e avevano deciso di sposarsi (sei mesi dopo, anche se non avevano ancora fissato una data precisa). Nessuno dei due aveva mai consultato un terapeuta o ricevuto una diagnosi psichiatrica.

Nel corso del primo colloquio sia la signorina Olsen sia il signor Nelson avevano dichiarato di essere molto innamorati; ciò nonostante litigavano in continuazione. La signorina Olsen diceva di ammirare l'intelligenza e la solidità del signor Nelson, e di non riuscire a spiegarsi il perché di questi ripetuti litigi. Il signor Nelson diceva di essere ancora "completamente infatuato", ma irritato dalla generale mancanza di interesse che la signorina Olsen mostrava nei suoi confronti. Verso la fine della seduta aveva chiesto alla fidanzata se non ritenesse opportuno parlare "del loro programma, dell'alcol o della questione del sesso"; sorridendo, la signorina Olsen aveva replicato: "Ho paura che ora non ci sia più tempo per farlo".

Nelle sedute successive il terapeuta aveva incontrato separatamente i due membri della coppia. Il signor Nelson aveva riferito che la sua preoccupazione principale era l'assenza di interesse per il sesso manifestata dalla signorina Olsen, che non sembrava trarre alcun piacere dai loro rapporti sessuali; prima di intraprendere qualsiasi attività sessuale beveva sempre una notevole quantità di alcol, e durante il rapporto rimaneva rigida e non rispondeva ai suoi approcci. Forse, molto semplicemente, non lo trovava attraente; probabilmente l'amava meno di quanto lui amasse lei. Per quanto cercasse, non riusciva a eccitarla, tanto meno a farle raggiungere l'orgasmo; il risultato era che ultimamente spesso rinunciava del tutto all'idea di fare sesso con lei, oppure, scoraggiato, "interrompeva il rapporto a metà". Anche se aveva provato più volte ad affrontare l'argomento, la signorina Olsen continuava a insistere che non c'era alcun problema. Quando il terapeuta aveva chiesto delucidazioni sul "loro programma", il signor Nelson aveva spiegato che fin dall'inizio della relazione la signorina Olsen aveva imposto questo "schema fisso" per cui passavano insieme solo due notti alla settimana, in genere il martedì e il venerdì o il sabato. La signorina Olsen diceva che un simile programma era necessario perché la sera spesso doveva lavorare e le lasciava il tempo di vedere le amiche, ma il signor Nelson era arrivato alla conclusione che servisse soprattutto a evitare la sua compagnia.

Durante la seduta individuale, la signorina Olsen aveva invece affermato che si era trovata costretta a istituire il programma settimanale perché il signor Nelson era "troppo focoso": voleva fare sesso tutte le volte che si vedevano, anche due volte nella stessa notte. La signorina Olsen aveva ammesso esplicitamente che per riuscire a tollerare i rapporti sessuali si ubriacava; lo aveva sempre fatto, fin dall'adolescenza.

za. Prima del fidanzamento con il signor Nelson le sue esperienze sessuali erano state per la maggior parte "da ubriaca con estranei"; aveva avuto un paio di relazioni sentimentali più lunghe, una con un ragazzo segretamente gay, l'altra con uno "a cui bastava un po' di sesso orale ogni tanto". Non aveva raccontato questi trascorsi al signor Nelson perché preferiva che continuasse a considerarla "una specie di virginale reginetta di bellezza". Malgrado l'intontimento provocato dall'alcol, l'eccitazione sessuale le era "quasi sempre insopportabile, a volte vorrei svenire". Recentemente il signor Nelson aveva sollevato sempre più spesso "il problema dell'orgasmo", un problema che in passato l'avrebbe senza dubbio indotta a porre fine alla relazione; ma aveva scelto di continuarla perché si stava avvicinando ai 40 anni e riteneva che per lei questa fosse "l'ultima possibilità di avere un bambino". Il terapeuta le aveva domandato quali fossero secondo lei i motivi dei suoi problemi con il sesso; la signorina Olsen era rimasta in silenzio per circa un minuto, guardando fuori dalla finestra, e poi aveva risposto: "Preferirei non parlarne".

Diagnosi

- Disturbo del desiderio sessuale e dell'eccitazione sessuale femminile

Discussione

La signorina Olsen e il signor Nelson hanno deciso di sposarsi, ma a pochi mesi dal loro matrimonio litigano sempre più spesso. Problemi relazionali sono frequentemente associati a problemi sessuali; in questo caso è importante innanzitutto valutare se le difficoltà relazionali precludano la possibilità che i due membri della coppia lavorino insieme per risolvere i loro problemi sessuali.

Dal punto di vista diagnostico i problemi più evidenti riguardano la signorina Olsen, che ha riferito di riuscire a tollerare i rapporti sessuali solo quando è in uno stato di intossicazione alcolica; le sue precedenti esperienze sessuali si sono verificate per lo più con estranei mentre era ubriaca, e l'eccitazione sessuale è per lei "quasi sempre insopportabile". In passato la signorina Olsen avrebbe rapidamente troncato qualsiasi relazione con un uomo che la costringeva ad affrontare "il problema dell'orgasmo", ma è vicina ai 40 anni, vuole avere un figlio, ammira il signor Nelson e sta cercando di raggiungere un compromesso relativamente accettabile.

In base ai criteri del DSM-5, il ridotto interesse per l'attività sessuale suggerisce la possibilità di un disturbo del desiderio sessuale e dell'eccitazione sessuale femminile. La signorina Olsen, che non raggiunge l'orgasmo durante i rapporti sessuali, potrebbe avere un disturbo dell'orgasmo femminile. Non è chiaro se provi dolore durante i rapporti; se così fosse, potrebbe avere anche un disturbo del dolore genito-pelvico e della penetrazione. In ogni caso i suoi disturbi appaiono permanenti, e non acquisiti, perché presenti da quando è diventata sessualmente attiva. Tutte le diagnosi elencate richiedono però che i sintomi causino nella donna un disagio clinicamente significativo; la signorina Olsen sembra

essere preoccupata, più che dalla propria sessualità, dall'insistenza con cui il signor Nelson cerca di rendere il sesso una parte importante della loro relazione.

Ognuna di queste diagnosi richiede inoltre che la disfunzione sessuale non sia meglio spiegata da un disturbo mentale non sessuale. La signorina Olsen ha riferito che l'eccitazione sessuale è associata al desiderio di svenire e si è rifiutata di parlare dei motivi per cui ha problemi con il sesso, ciò non esclude la possibilità di una storia di esperienze sessuali traumatiche o abuso sessuale. Sarebbe opportuno indagare più a fondo sull'eventuale presenza di sintomi di disturbo da stress post-traumatico, depressione, ansia o altri disturbi psichiatrici; se uno qualsiasi di questi disturbi viene identificato come causa dei problemi sessuali, tali problemi non richiedono una diagnosi specifica indipendente.

La signorina Olsen ha anche segnalato il bisogno di bere prima dell'attività sessuale; i suoi stati di ubriachezza sembrano essere secondari e direttamente correlati alle difficoltà sessuali, ma il ruolo dell'alcol nella sua vita deve essere ulteriormente esplorato. Per esempio, se il "sesso con estranei" la poneva a rischio di problemi di natura fisica e sociale avrebbe potuto ricevere una diagnosi di disturbo da uso di alcol. L'uso di alcol con il signor Nelson non sembra comportare pericoli fisici, ma potrebbe contribuire ai continui litigi della coppia e avere altre conseguenze.

Visti i numerosi potenziali aspetti diagnostici, per questa coppia potrebbe essere utile utilizzare il cosiddetto "approccio delle tre finestre" di Bancroft. Attraverso la prima "finestra" il clinico prende in esame le varie componenti della situazione attuale che possono influenzare la relazione sessuale; esempi potrebbero essere, oltre ai litigi, le incertezze del signor Nelson sulle proprie prestazioni o il programma settimanale fissato dalla signorina Olsen per limitare l'attività sessuale. La seconda finestra riguarda la vulnerabilità individuale e prevede l'esplorazione di difficoltà passate; sebbene quelle della signorina Olsen appaiano più ovvie, sarebbe importante ottenere maggiori informazioni anche sulla storia sessuale e relazionale del signor Nelson. Infine, la terza finestra sottolinea la necessità di verificare la presenza di fattori medici (fisici, ormonali o farmacologici) che possono alterare le funzioni sessuali e influenzare la vita sessuale della coppia.

La coppia sembra molto focalizzata sui problemi sessuali della signorina Olsen, ma bisognerebbe ampliare la valutazione considerando anche aspetti non sessuali che potrebbero avere un ruolo rilevante nella relazione. È sicuramente degno di nota, per esempio, il fatto che la signorina Olsen e il signor Nelson abbiano fornito una quantità di informazioni di gran lunga maggiore nel corso delle sedute individuali. Anche se questo succede comunemente, per il terapeuta è importante chiarire che cosa i due membri della coppia possono o non possono condividere, cercando nello stesso tempo di identificare che cosa impedisce a ciascuno di loro di parlare apertamente in presenza dell'altro.

Letture consigliate

- BANCROFT, J. (2009), *Human Sexuality and Its Problems*. Churchill Livingstone/Elsevier, Edinburgh, UK.
- BANCROFT, J., LOFTUS, J., LONG, J.S. (2003), "Distress about sex: a national survey of women in heterosexual relationships". In *Archives of Sexual Behavior*, 32, pp. 193-208.
- GRAHAM, C.A. (2010), "The DSM diagnostic criteria for female sexual arousal disorder". In *Archives of Sexual Behavior*, 39, pp. 240-255.
- LAUMANN, E.O., PAIK, A., ROSEN, R.C. (1999), "Sexual dysfunctions in the United States: prevalence and predictors". In *Journal of the American Medical Association*, 281, pp. 537-544.

Caso 13.2 Problemi sessuali

Richard Balon

Gerhard Palmer, un ragioniere di 55 anni, sposato, si era rivolto a uno psichiatra per una seconda opinione nel contesto di una depressione maggiore ricorrente. Non aveva risposto a due cicli di terapia antidepressiva della durata di tre mesi, uno con fluoxetina e l'altro con sertralina, entrambi ad alte dosi; dopo l'insuccesso dell'ultimo trattamento, da circa un mese aveva smesso di assumere farmaci.

La valutazione aveva rivelato umore profondamente depresso, grave rallentamento psicomotorio, scarsa capacità di concentrazione, insonnia precoce, anedonia e diminuzione della libido. Il signor Palmer non fumava, beveva raramente alcolici e non aveva mai assunto altre sostanze d'abuso; sei mesi prima aveva iniziato un trattamento antipertensivo con propranololo. Dall'esame fisico non era emerso nulla di rilevante; la sua pressione arteriosa era di 135/85 mmHg. I test di laboratorio di routine avevano dato risultati nella norma.

Era stato quindi prescritto un trattamento con clomipramina, con rapido aumento delle dosi fino a 250 mg al giorno, a cui era stato poi aggiunto buspirone (30 mg al giorno). Dopo cinque settimane il signor Palmer aveva riportato di sentirsi molto meglio: dormiva bene, mangiava con appetito e aveva ripreso a svolgere con crescente entusiasmo attività divertenti. C'era stato anche un ritorno del desiderio sessuale; dopo mesi di astinenza il signor Palmer aveva cercato diverse volte di avere rapporti sessuali con la moglie, ma senza successo: per la prima volta nella sua vita si ritrovava incapace di mantenere l'erezione e aveva difficoltà a eiaculare anche durante la masturbazione. Questi problemi persistevano da circa un mese. Ricordava lievi sintomi di eiaculazione ritardata durante il trattamento con fluoxetina, mentre non aveva avuto problemi di natura sessuale nel corso di un precedente trattamento con bupropione.

Diagnosi

- Disfunzione sessuale indotta da farmaci
- Disturbo depressivo maggiore, in remissione completa

Discussione

Il signor Palmer ha riportato problemi sessuali che in parte corrispondono ai criteri diagnostici per due disturbi descritti dal DSM-5, il disturbo erettile e l'eiaculazione ritardata. I suoi sintomi non soddisfano però pienamente i criteri per queste diagnosi, per due ragioni: durano da meno di sei mesi e sono molto probabilmente attribuibili all'uso di farmaci o a una comorbilità medico-psichiatrica.

Le difficoltà di erezione ed eiaculazione del paziente sembrano essere insorte dopo l'inizio del trattamento con clomipramina, un antidepressivo triciclico con

marcate proprietà serotonergiche. Gli antidepressivi triciclici possono provare varie alterazioni delle funzioni sessuali, specialmente disfunzione erettile; gli effetti collaterali della clomipramina includono inoltre ritardo, infrequenza o assenza di eiaculazione, sintomi che riflettono le sue caratteristiche di potente inibitore della ricaptazione della serotonina. Il signor Palmer assume anche buspirone, un agonista parziale di serotonina e dopamina che solitamente non causa disfunzioni sessuali e che a volte viene prescritto, al contrario, per alleviare quelle associate all'uso di antidepressivi.

Se sono stati effettivamente causati dalla clomipramina, i problemi del signor Palmer corrispondono a una diagnosi di disfunzione sessuale indotta da farmaci. La diagnosi richiede la presenza di una chiara correlazione temporale tra l'esordio dei sintomi e l'inizio di una terapia con un farmaco specifico o una modifica dei suoi dosaggi. Nel caso del signor Palmer il collegamento tra l'assunzione di clomipramina e disturbo erettile ed eiaculazione ritardata appare abbastanza evidente.

I criteri diagnostici del DSM-5 richiedono anche che la disfunzione sessuale non sia meglio spiegata da altri meccanismi. Per esempio, la depressione maggiore è spesso associata a disturbi del funzionamento sessuale, in particolare a una diminuzione della libido. Il signor Palmer ha in effetti riferito una riduzione del desiderio sessuale, che però è scomparsa dopo l'inizio del trattamento con clomipramina e il miglioramento della depressione. Problemi sessuali possono essere indotti da numerose sostanze (tra cui nicotina, alcol e oppiacei), ma il signor Palmer non fuma, beve molto poco e nega l'assunzione di altre sostanze d'abuso.

Problemi sessuali si possono inoltre manifestare nel quadro di numerose condizioni mediche, (quali diabete mellito o malattie cardiovascolari), di cui a volte costituiscono uno dei primi segni. Il signor Palmer è iperteso ed è in trattamento con propranololo. Sia l'ipertensione sia l'uso di propranololo possono causare una compromissione delle funzioni sessuali; ma secondo quanto riportato dal paziente i problemi sono incominciati soltanto dopo l'inizio del trattamento con clomipramina, quando era già da mesi in terapia antipertensiva. Va considerata anche l'ipotesi che le difficoltà di erezione ed eiaculazione siano state rilevate solo nelle ultime settimane per via della precedente inattività sessuale, legata alla depressione. La causa più probabile delle disfunzioni sessuali del signor Palmer rimane comunque la clomipramina, lo stesso farmaco che ha migliorato significativamente la sua qualità della vita.

Letture consigliate

- BALON, R. (2006), "SSRI-associated sexual dysfunction". In *American Journal of Psychiatry*, 163, pp. 1504-1509.
GOLDBERG, J.F., ERNST, C.L. (2012), *Managing the Side Effects of Psychotropic Medications*. American Psychiatric Publishing, Washington.

14. Disforia di genere

Introduzione

John W. Barnhill

Gli psichiatri studiano, diagnosticano e curano varie forme di malattia mentale. Sebbene alcuni ritengano che tutte le malattie mentali siano “un mito”, tra coloro che lavorano nel campo della psichiatria quasi nessuno ha dubbi sul grado di disagio e disfunzione associato a condizioni come la schizofrenia, la depressione psicotica o la mania bipolare. Ci sono invece maggiori controversie sugli insiemi di sintomi che possono costituire variazioni più sottili rispetto all’intervallo di normalità. Quando la timidezza è un disturbo d’ansia? Quando comportamenti ripetitivi e scarse interazioni sociali diventano un disturbo dello spettro dell’autismo con alto livello di funzionamento? Quali sono i confini fra tratti comportamentali sgradevoli e disturbi di personalità, o fra un normale declino senile e un disturbo neurocognitivo lieve? Domande di questo genere sono inevitabili, e richiamano le analoghe discussioni su diagnosi mediche come diabete e ipertensione.

Le definizioni di normalità influenzano, oltre alle sovvenzioni per la ricerca e la copertura da parte delle assicurazioni sanitarie, il modo in cui la società considera sentimenti, comportamenti e pensieri atipici. Il DSM-5 affronta il problema sia sottolineando l’importanza di disagio e disabilità, sia invitando i clinici a porre una diagnosi soltanto quando i sintomi sono persistenti e significativi. Un simile approccio sembra essere clinicamente ed eticamente soddisfacente: un disturbo esiste solo se i sintomi provocano sofferenza o hanno un impatto negativo rilevante sul funzionamento dell’individuo.

Le controversie comunque rimangono, soprattutto sui cluster di comportamenti, pensieri e sentimenti che pur non essendo intrinsecamente patologici diventano problematici nel contesto di una determinata struttura sociale. Una delle aree in cui il dibattito continua a essere particolarmente acceso riguarda il tema del comportamento sessuale. L’omosessualità, per esempio, è stata per molto tempo classificata come un disturbo psichiatrico. Nel DSM-III, almeno in parte a causa di pressioni politiche, la diagnosi di omosessualità è stata poi sostituita da quella di omosessualità egodistonica, che implicava uno stato di infelicità correlato al fatto di essere omosessuale, mentre il DSM-IV ha incluso il

persistente e intenso disagio collegato al proprio orientamento sessuale nella diagnosi di disturbo sessuale non altrimenti specificato. Proseguendo nel percorso di deapatologizzazione dell'omosessualità, il DSM-5 ha eliminato tutti i riferimenti specifici all'orientamento sessuale come causa di disturbo mentale. È ovvio che individui che desiderano avere o hanno rapporti sessuali con persone appartenenti allo stesso genere possono avere qualunque disturbo descritto dal DSM-5 – e anche essere infelici rispetto alla propria sessualità – ma il loro orientamento sessuale non è considerato più importante di altre caratteristiche che possono contribuire allo sviluppo di tale disturbo.

In passato l'identità di genere si riferiva all'identificazione di un individuo come maschio o femmina, generalmente in accordo con indicatori biologici quali cromosomi, gonadi e genitali esterni. C'erano clinici che fornivano assistenza alle persone con identità di genere discordante, aiutandole nei loro tentativi di sviluppare un corpo corrispondente alla propria concezione interna, ma la maggior parte degli psichiatri aveva raramente a che fare con simili pazienti. Nel corso degli anni è però progressivamente aumentato il numero delle persone che non rientrano nelle dicotomie tradizionali (maschio/femmina, omosessuale/eterosessuale) e che si riconoscono nelle organizzazioni di gay, lesbiche, bisessuali o transgender per diversi motivi, incluso un comune senso di emarginazione. Le diagnosi, rispettivamente, di transessualismo e disturbo dell'identità di genere del DSM-III e del DSM-IV riflettevano questi cambiamenti sociali e indicavano che il problema clinico era la discrepanza tra identità di genere e sesso biologico. Con l'introduzione della nuova diagnosi di disforia di genere, il DSM-5 pone enfasi sul fatto che l'incongruenza di genere diventa un disturbo solo quando è associata a disagio clinicamente significativo o compromissione funzionale.

La diagnosi di disforia di genere potrebbe anche rispecchiare un compromesso tra obiettivi pragmatici conflittuali. Per esempio, ricevere una diagnosi che si riferisce in modo specifico a problemi di identità di genere può essere importante per persone che richiedono una copertura assicurativa per terapie ormonali e interventi chirurgici di riassegnazione sessuale, o per individui transgender che cercano assistenza legale perché hanno subito discriminazioni. D'altra parte, è possibile che in ambito forense una diagnosi correlata all'identità di genere venga usata in modo improprio come indice di patologia.

Tuttavia, per il DSM-5 i possibili risvolti finanziari e legali della nomenclatura utilizzata non sono una questione centrale; sembra anche improbabile che con la definizione *disforia di genere* si riferisca principalmente alle reazioni psicologiche a pregiudizi sociali. Inoltre, il DSM-5 precisa che la diagnosi non si riferisce semplicemente ai comportamenti non conformi al genere o al travestitismo. La diagnosi di disforia di genere riflette piuttosto una realtà clinica: ci sono pazienti che manifestano un profondo disagio correlato all'incongruenza tra le loro caratteristiche sessuali primarie e/o secondarie, il loro senso di sé, e gli interventi chirurgici e ormonali hanno spesso esiti insoddisfacenti. Per quanto forse imperfetta, la definizione *disforia di genere* si propone di aumentare le probabilità che i problemi di questi pazienti diventino oggetto di attenzione clinica.

Letture consigliate

- ALTMAN, K. (2012), "Facial feminization surgery: current state of the art". In *International Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*, 41, pp. 885-894.
- SALAMON, G. (2010), *Assuming a Body: Transgender and Rhetorics of Materiality*. Columbia University Press, New York.
- STAUB, M.E. (2011), *Madness Is Civilization: When the Diagnosis Was Social*. University of Chicago, Chicago.

Caso 14.1

Riassegnazione di genere

John W. Barnhill, Friedemann Pfäfflin

Jody Rohmer, una commessa di 52 anni, si era presentata per una valutazione psichiatrica nel quadro di una procedura legale per la riassegnazione di genere. Nata con genitali maschili e allevata come un maschio, era stata però fin da piccola ritenuta "una femminuccia" (a differenza del fratello maggiore, che aveva comportamenti conformi al genere); le sue attività favorite erano tipicamente femminili e preferiva giocare con le bambine. Da adolescente si era considerata un maschio bisessuale; fino all'età di 19 anni, quando durante una relazione amorosa con un uomo si era resa conto di avere un forte desiderio di essere femmina. La relazione era finita, ma questo desiderio si era fatto sempre più intenso, trasformandosi nella convinzione di essere "nata in un corpo sbagliato".

La signorina Rohmer non ricordava di preciso se questa sensazione si fosse manifestata anche in precedenza; rammentava soltanto che durante l'infanzia a volte avrebbe voluto essere una bambina, cosa che le avrebbe consentito di trovarsi più a suo agio con le amiche. Ricordava però perfettamente che attorno ai vent'anni il fatto di essere trattata come un uomo la rendeva molto infelice, e che i suoi genitali maschili le sembravano "ripugnanti", "un errore della natura". A 22 anni aveva iniziato a vivere come una donna, cambiando il suo nome e indossando esclusivamente abiti femminili. In quel periodo aveva anche avuto delle relazioni, più o meno episdiche; principalmente con donne lesbiche o con persone in vari stadi di transizione da un sesso all'altro, perché generalmente uomini omosessuali o eterosessuali non si mostravano interessati.

A 24 anni si era sottoposta a un intervento chirurgico di riassegnazione sessuale; lo stesso anno, dopo la valutazione di due periti psichiatri che avevano sostenuto la sua richiesta, il cambiamento di genere era stato riconosciuto a livello legale. Le aspettative della signorina Rohmer erano però rimaste in gran parte deluse. I risultati dell'intervento non erano soddisfacenti, e lo stesso si poteva dire per la sua vita sociale. Alta e muscolosa, veniva spesso identificata come un transessuale, anziché come una donna, e si sentiva "sfinita" dal costante giudizio degli altri. Anche se aveva avuto diverse relazioni con partner di entrambi i sessi, tali relazioni si erano poi sempre rivelate frustranti.

All'età di 42 anni aveva deciso di riassumere il ruolo di maschio, nella speranza che la sua vita potesse diventare "più facile e tranquilla". La incuriosiva anche la possibilità di sviluppare "tratti di personalità maschili", che identificava principalmente con un aumento di assertività e dominanza. Si era quindi rivolta a un chirurgo plastico per la rimozione delle protesi mammarie impiantate oltre 15 anni prima e aveva incominciato ad assumere ormoni androgeni, che l'avevano effettivamente resa più attiva e aggressiva.

Ma neanche questo nuovo cambiamento l'aveva aiutata a sentirsi meglio. Rimpiangeva la mancanza dei suoi genitali maschili e sapeva che non avrebbero mai po-

tuto essere ricostruiti in maniera adeguata. Gli androgeni stimolavano il suo desiderio sessuale, ma non poteva raggiungere un orgasmo maschile normale; invece che rilassata, dopo i rapporti sessuali si sentiva tesa e inappagata. Le relazioni erano poi diventate ancora più complicate. Per quanto sempre bisessuale, si sentiva attratta principalmente dagli uomini; ma nella maggior parte dei casi quelli omosessuali non erano interessati ad avere una relazione (sentimentale e/o sessuale) con una persona con genitali femminili, mentre quelli eterosessuali non erano interessati ad avere una relazione (sentimentale e/o sessuale) con una persona di aspetto maschile, seppure con genitali femminili. Di conseguenza spesso frequentava circoli di lesbiche, ma senza riuscire a trovare una compagna. Inoltre, a causa dell'irritabilità e dell'aggressività causate dal trattamento ormonale aveva perso il lavoro e per un certo periodo aveva vissuto grazie al sussidio di disoccupazione; era imbarazzante, anche perché dal punto di vista lavorativo in precedenza non aveva mai avuto problemi.

A 51 anni la signorina Rohmer aveva smesso di prendere gli androgeni e aveva trovato che la sua identità di donna era ancora molto forte, più di quanto si aspettasse. Si era calmata, aveva trovato un altro posto di lavoro ed era giunta alla conclusione che la sua femminilità fosse irreversibile. L'anno successivo si era nuovamente sottoposta a un intervento di mastoplastica additiva e aveva iniziato la procedura legale per la riassegnazione di genere che aveva portato all'attuale valutazione.

Nel corso del colloquio la signorina Rohmer aveva riferito che da giovane, verso i 20 anni di età, aveva avuto "sintomi di depressione" che erano migliorati in seguito a una psicoterapia. Era anche sempre stata ansiosa, preoccupata dalla possibilità che gli altri la giudicassero negativamente; d'altro canto, date le sue "caratteristiche sessuali ambigue", riteneva che un simile timore fosse giustificato. Quando aveva più o meno 30 anni c'era stato un periodo in cui beveva tutte le sere "per riuscire a dormire meglio", ma negava che l'alcol fosse mai stato un problema. Aveva anche affermato di non aver mai subito arresti, tentato il suicidio o avuto comportamenti automutilanti. La signorina Rohmer diceva di aver "quasi, ma non del tutto" rinunciato all'idea di avere una relazione soddisfacente. Le sue relazioni non erano state particolarmente burrascose o difficili; semplicemente, di solito l'altra persona all'inizio era coinvolta ma poi sembrava perdere interesse.

Diagnosi

- Disforia di genere

Discussione

La storia della signorina Rohmer, oltre a descrivere il suo complicato sviluppo, illustra quello del concetto di disforia di genere proposto dal DSM-5. La signorina Rohmer è nata maschio ed è stata cresciuta come tale, ma già durante l'infanzia aveva comportamenti "da femminuccia" atipici rispetto al genere. Quando è diventata adolescente era molto probabilmente consapevole dei suoi comportamenti non conformi al genere (se non lo era, i compagni di scuola hanno sen-

za dubbio contribuito a chiarirle rapidamente le idee a questo proposito). Ciò nonostante si è considerata un maschio bisessuale fino all'età di 19 anni, quando è emersa la forte sensazione di essere in realtà una donna; ricordava peraltro vagamente di avere provato anche in età infantile il desiderio di appartenere al genere opposto, per poter giocare più facilmente con le altre bambine. A quel punto avrebbe potuto essere definita *transgender*, termine che si riferisce all'ampio spettro di individui che si identificano in modo transitorio o persistente con un genere diverso da quello assegnato alla nascita.

Non è del tutto chiaro quando la signorina Rohmer abbia deciso di essere una femmina, ma l'ipotesi più probabile è quella di una disforia di genere a esordio tardivo (definizione che si riferisce agli individui in cui il disturbo insorge durante l'adolescenza o l'età adulta). Adolescenti e adulti nati maschi con disforia di genere a esordio precoce sono quasi sempre attratti sessualmente dagli uomini, mentre quelli con disforia di genere a esordio tardivo sono solitamente attratti dalle donne. La signorina Rohmer dice di essere bisessuale; sarebbero però necessarie ulteriori indagini sulle sue fantasie, oltre che sui suoi comportamenti. Tali indagini sono sempre opportune per comprendere l'orientamento sessuale (e la sessualità in generale), ma diventano particolarmente utili nel caso di persone come la signorina Rohmer; le sue scelte sessuali sembrano infatti dipendere, più che dalle sue reali preferenze, dalla disponibilità di individui interessati ad avere rapporti con un partner atipico rispetto al genere.

Nel periodo in cui ha inizialmente deciso di vivere come una donna, la signorina Rohmer corrispondeva alla definizione di *transessuale*: un individuo che desidera attuare o ha attuato una transizione sociale da un genere all'altro (in questo caso, da maschio a femmina). A 24 anni si era sottoposta a un intervento chirurgico di riassegnazione sessuale ed era stata riconosciuta legalmente come femmina. Sebbene abbia mantenuto questa identità di genere (un costrutto sociale, non psicologico) per più di 15 anni, non sembra essere mai stata soddisfatta: l'intervento non aveva dato i risultati sperati, e anche la sua vita sociale post-transizione si era rivelata deludente. La diagnosi di disforia di genere rimane applicabile sia in questo periodo, sia in quello successivo, quando la signorina Rohmer ha ricominciato a vivere come un maschio. Dopo avere interrotto il trattamento con androgeni ed essersi sottoposta a un secondo intervento di mastoplastica additiva, la signorina Rohmer si è presentata per un'ulteriore valutazione relativa alla ragionevolezza della sua richiesta di tornare a uno stato giuridico di donna.

La signorina Rohmer aveva chiesto per la prima volta una riassegnazione di genere all'età di 24 anni. A quel tempo (nella seconda metà degli anni Ottanta) avrebbe ricevuto, in base al DSM-III, una diagnosi di transessualismo; più tardi, quando era insoddisfatta del suo genere femminile, avrebbe invece ricevuto, in base al DSM-IV, la diagnosi di disturbo dell'identità di genere. La definizione di disforia di genere proposta dal DSM-5 sottolinea come la caratteristica essenziale del disturbo sia la sofferenza associata all'incongruenza di genere, più che l'identificazione con l'altro sesso. Nel caso della signorina Rohmer la situazione è resa

particolarmente complessa dalle scelte oscillanti tra i due generi nel tentativo di raggiungere un compromesso accettabile; durante il colloquio ha comunque espresso insoddisfazione per le sue attuali caratteristiche sessuali secondarie (prevalentemente maschili) e un forte desiderio per quelle del genere opposto.

Oltre a verificare l'accettabilità del nuovo cambiamento dello stato legale, lo psichiatra consultato dovrebbe considerare la possibile comorbilità con altri disturbi; la signorina Rohmer ha riferito un eccessivo uso di alcol e sintomi di depressione e ansia, tutte condizioni che richiederebbero una valutazione più approfondita.

Letture consigliate

- BYNE, W., BRADLEY, S.J., COLEMAN, E. ET AL. (2012), "Treatment of gender identity disorder". In *American Journal of Psychiatry*, 169, pp. 875-876.
- DE VRIES, A.L., COHEN-KETTENIS, P.T. (2012), "Clinical management of gender dysphoria in children and adolescents: the Dutch approach". In *Journal of Homosexuality*, 59, pp. 301-320.
- DRESCHER, J., BYNE, W. (2012), "Gender dysphoric/gender variant (GD/GV) children and adolescents: summarizing what we know and what we have yet to learn". In *Journal of Homosexuality*, 59, pp. 501-510.
- PFÄFFLIN, F. (1992), "Regrets after sex reassignment surgery". In *Journal of Psychology and Human Sexuality*, 5, pp. 69-85.

15. Disturbi da comportamento dirompente, del controllo degli impulsi e della condotta

Introduzione

John W. Barnhill

Le funzioni esecutive sono implicate nel controllo e nella regolazione dell'attenzione, della memoria e del comportamento. Hanno un ruolo centrale nell'adattamento, nella pianificazione e nel completamento di compiti complessi, nella capacità di rimandare la gratificazione; inibiscono i comportamenti inappropriati, pericolosi e nocivi.

Il capitolo del DMS-5 sui disturbi da comportamento dirompente, del controllo degli impulsi e della condotta include un insieme eterogeneo di condizioni – disturbo oppositivo provocatorio, disturbo esplosivo intermittente, disturbo della condotta, disturbo antisociale di personalità, piromania e kleptomania – caratterizzate da una compromissione del funzionamento esecutivo. Sono inoltre previste le categorie “con altra specificazione” e “senza specificazione”, che si applicano agli individui con sintomi rilevanti ma che non soddisfano i criteri per uno qualsiasi dei disturbi di questa classe diagnostica.

I disturbi da comportamento dirompente, del controllo degli impulsi e della condotta si presentano frequentemente in comorbilità con altri disturbi associati a impulsività, scarsa autoregolazione e conflitti interpersonali, tra cui il disturbo da deficit di attenzione/iperattività, disturbi da uso di sostanze e disturbi di personalità. Un'impulsività eccessiva può anche essere correlata a una serie di condizioni, quali lesioni cerebrali traumatiche e infezioni da HIV o da virus dell'epatite C, che possono avere effetti negativi diretti sulle funzioni esecutive e determinare un pattern persistente di comportamento disfunzionale.

Tutti i disturbi da comportamento dirompente, del controllo degli impulsi e della condotta tendono a manifestarsi precocemente, dato non sorprendente se si considera la relativa immaturità delle funzioni esecutive durante l'infanzia e l'adolescenza. Se un paziente riferisce che sintomi compatibili con una di queste condizioni sono insorti improvvisamente in età adulta ci sono buone probabilità che sia affetto da un disturbo neuropsichiatrico grave, o che abbia fornito informazioni non corrette. D'altra parte, i bambini con disturbi da comportamento dirompente, del controllo degli impulsi e della condotta non vanno inevitabil-

mente incontro al successivo sviluppo di condizioni pervasive come il disturbo antisociale di personalità o un disturbo esplosivo intermittente cronico; sono però a rischio di sviluppare in seguito altri problemi, tra cui disturbi depressivi, d'ansia e da uso di sostanze.

Il DSM-5 fornisce criteri per valutare la gravità del disturbo: un disturbo oppositivo provocatorio, per esempio, è definito grave se alcuni sintomi si manifestano in almeno tre contesti differenti, mentre nel caso del disturbo della condotta lo specificatore “con emozioni prosociali limitate” indica una maggiore gravità e una diversa risposta al trattamento. Le capacità di controllo dei comportamenti e delle emozioni hanno comunque una distribuzione continua; nella maggior parte dei casi sporadiche manifestazioni di impulsività e disregolazione delle emozioni non sono attribuibili a un disturbo mentale, ma riflettono un’immaturità intensificata da situazioni specifiche. Come sempre, spetta al clinico stabilire quando pensieri, sentimenti e comportamenti si associano a un livello di disagio e disfunzione tale da giustificare una diagnosi psichiatrica.

Le variabili più rilevanti includono la frequenza, il contesto e la durata degli episodi problematici. Per determinarle è necessaria un'anamnesi accurata, ma molti di questi pazienti tendono a minimizzare o a nascondere i propri comportamenti sintomatici, che come nel caso dei disturbi di personalità possono essere causa di disagio soprattutto per gli altri. Le valutazioni per disturbi da comportamento dirompente, del controllo degli impulsi e della condotta sono quindi spesso richieste da familiari, insegnanti, datori di lavoro, oppure nell’ambito di procedimenti legali; spesso la raccolta delle informazioni si basa in gran parte sui resoconti forniti da altre persone.

Letture consigliate

- BUITELAAR, J.K., SMEETS, K.C., HERPERS, P. ET AL. (2013), “Conduct disorder”. In *European Child and Adolescent Psychiatry*, 22 (Suppl. 1), pp. S49-S54.
- HOLLANDER, E., STEIN, D.J. (2006) (a cura di), *Clinical Manual of Impulse-Control Disorders*. American Psychiatric Publishing, Washington.
- PARDINI, D.A., FRICK, P.J., MOFFITT, T.E. (2010), “Building an evidence base for DSM-5 conceptualizations of oppositional defiant disorder and conduct disorder: introduction to the special section”. In *Journal of Abnormal Psychology*, 119, pp. 683-688.

Caso 15.1

Ignorare le regole

Juan D. Pedraza, Jeffrey H. Newcorn

Kyle, 12 anni, arrestato per furto con scasso in un negozio, aveva accettato con riluttanza di essere ricoverato in un'unità psichiatrica. La madre aveva dichiarato di essere "esausta", aggiungendo che era difficile crescere un figlio "che ignora completamente le regole".

La donna aveva riferito che Kyle era sempre stato molto aggressivo, fin da piccolo. Con gli altri bambini era prepotente e intimidatorio, e spesso si appropriava dei loro giocattoli. Con gli adulti si mostrava altrettanto arrogante; quando veniva sgridato rispondeva male, anche con pugni e calci, senza apparire minimamente preoccupato per le possibili punizioni. Costantemente impulsivo, disubbidiente e agitato, a sette anni aveva ricevuto una diagnosi di disturbo da deficit di attenzione/iperattività (DDAI) ed era stato inserito in un programma educativo speciale; all'epoca del quarto anno della scuola elementare aveva incominciato una psicoterapia settimanale e un trattamento con dexmetilfenidato e quetiapina, ma con un'aderenza solo sporadica a entrambi. Interrogato a questo proposito, Kyle aveva detto che il suo psichiatra era "stupido".

Nell'anno antecedente al ricovero Kyle era stato sorpreso a rubare dagli armadietti della scuola (un telefono cellulare, un giubbetto e un laptop), era stato punito per aver assalito un compagno cercando di sottrargli il portafoglio e sospeso più volte per aver provocato delle risse; a causa di simili comportamenti era anche stato arrestato due volte. La madre e gli insegnanti concordavano sul fatto che era un "lupo solitario", che i coetanei tendevano a evitarlo e che con gli estranei aveva spesso atteggiamenti ingannevoli e manipolativi. Non mostrava mai segni di rimorso o sensi di colpa e non si curava delle reazioni e dei sentimenti degli altri. Era sbadato, disorganizzato, disattento, non seguiva le istruzioni; nelle rare occasioni in cui si metteva a fare i compiti, spesso li lasciava a metà. Quando veniva rimproverato per il suo scarso rendimento scolastico, forniva risposte del tipo: "E che cosa vuoi fare, spararmi?"

Kyle viveva con la madre, il patrigno e due fratellastri più piccoli. Il patrigno era disoccupato, mentre la madre lavorava part-time come cassiera in un supermercato. Il padre biologico stava scontando una condanna per detenzione di stupefacenti; il nonno paterno e il nonno materno avevano entrambi una storia di dipendenza da alcol.

La madre non aveva avuto problemi particolari durante la gravidanza e nella prima infanzia lo sviluppo di Kyle era stato normale. Kyle non aveva mai avuto condizioni mediche rilevanti, non aveva una storia di abuso fisico o sessuale e apparentemente non aveva problemi di abuso di alcol o altre sostanze. Non faceva parte di una banda, non era mai stato trovato in possesso di armi, non aveva scatenato incendi e non si mostrava particolarmente crudele, a livello fisico, con persone o animali. Marinava spesso la scuola, ma non era mai scappato di casa e quando usciva la sera rientrava a ore relativamente ragionevoli.

Durante la valutazione condotta dopo il ricovero Kyle, che aveva un aspetto corrispondente alla sua età anagrafica, era apparso irrequieto, irritabile e ostile. Aveva stabilito solo sporadicamente un contatto visivo con lo psichiatra e aveva dichiarato che avrebbe preferito stare in prigione, piuttosto che in quell'ospedale. Parlava a voce molto alta, ma a velocità normale, le sue risposte erano generalmente dirette e coerenti. Kyle aveva negato la presenza di sintomi psicotici o depressivi e di pensieri di suicidio o omicidio. Non sembrava avere deficit cognitivi evidenti, ma si era rifiutato di sottoporsi a test formali; le sue capacità di giudizio e insight apparivano limitate.

Diagnosi

- Disturbo della condotta, con esordio nell'infanzia, grave, con emozioni pro-sociali limitate
- Disturbo da deficit di attenzione/iperattività

Discussione

Kyle, un dodicenne ricoverato in un reparto psichiatrico in seguito al furto in un negozio, ha una lunga storia di comportamenti devianti, che violano i diritti altrui e le principali norme appropriate all'età e sono causa di una compromissione clinicamente significativa del suo funzionamento sociale e scolastico. Kyle ha un disturbo della condotta.

Nel DSM-5 i criteri per tale disturbo sono organizzati in quattro categorie di comportamenti: aggressione a persone e animali, distruzione della proprietà, frode o furto e gravi violazioni di regole. La diagnosi richiede la presenza nei 12 mesi precedenti di almeno tre dei 15 comportamenti specifici elencati in queste categorie (con almeno un criterio presente negli ultimi sei mesi), ma nel caso di Kyle sono molto più numerosi: fa il prepotente, intimorisce i compagni, scatena colluttazioni, mente, marina la scuola, ruba (anche affrontando direttamente le vittime dei furti).

Kyle ha anche una storia di DDAI, con persistenti sintomi di iperattività, irrequietezza, impulsività e disattenzione. Una comorbilità con DDAI si riscontra in circa il 20% dei bambini e degli adolescenti con disturbo della condotta; anche se i criteri che li definiscono sono relativamente distinti, i due disturbi hanno in comune livelli patologici di impulsività.

Il DSM-5 descrive diversi specificatori che possono essere utilizzati per suddividere in sottotipi il disturbo della condotta. Una distinzione iniziale si riferisce all'insorgenza del disturbo, prima (“con esordio nell'infanzia”) o dopo (“con esordio nell'adolescenza”) i dieci anni di età. È inoltre prevista la definizione “con esordio non specificato” utilizzabile quando questo punto non è chiaro; nell'accertare l'età di insorgenza bisogna considerare varie fonti di informazioni, tenendo presente che le stime fornite spesso sono in ritardo di circa due anni rispetto all'effettiva comparsa dei primi sintomi. Gli individui con esordio nell'infanzia – come Kyle – hanno maggiori probabilità di essere maschi, di esse-

re aggressivi e di avere relazioni disturbate con i coetanei; per loro è inoltre più probabile la comorbilità con DDAI e con il successivo sviluppo, in età adulta, di comportamenti criminali e disturbi da uso di sostanze. Gli individui in cui il disturbo della condotta si manifesta tra i 10 e i 16 anni di età (l'insorgenza dopo i 16 anni è rara) tendono ad avere sintomi meno gravi e una prognosi più favorevole: molti da adulti raggiungono un adeguato adattamento sociale e lavorativo. Il rischio di altri disturbi psichiatrici rimane comunque alto per entrambi i gruppi.

La seconda distinzione è correlata alla presenza (o assenza) di tratti di insensibilità e anaffettività. Lo specificatore “con emozioni prosociali limitate” richiede la presenza persistente di due o più delle seguenti caratteristiche: mancanza di rimorso o senso di colpa, mancanza di empatia, indifferenza per i risultati e affettività superficiale o anaffettività. Kyle è incurante dei sentimenti degli altri e non mostra né rimorso per le sue azioni, né preoccupazione per il suo scarso rendimento scolastico (“Che cosa vuoi fare, spararmi?”). Gli individui con disturbo della condotta con caratteristiche che li qualificano per questo specificatore sono una minoranza; questi individui presentano spesso altre caratteristiche di personalità quali ricerca di emozioni, temerarietà e indifferenza per le punizioni e hanno maggiori probabilità di compiere aggressioni.

La terza distinzione riguarda la gravità dei sintomi. Il disturbo è considerato lieve se i comportamenti problematici sono pochi e di entità relativamente minore (come dire bugie o stare fuori fino a tardi senza permesso), moderato se i problemi sono intermedi per numero ed effetti sugli altri (per esempio, vandalismo o furti senza affrontare direttamente la vittima). I comportamenti di Kyle indicano che il ragazzo ha un disturbo della condotta grave.

Ci sono diversi altri aspetti della storia di Kyle che possono aiutare a comprendere la sua situazione. Il padre naturale è in carcere per uso e/o spaccio di stupefacenti, entrambi i nonni biologici hanno una storia di abuso di alcol, la madre lavora solo part-time e il patrigno (sul quale non sono stati peraltro forniti molti dettagli) è disoccupato. In generale il rischio di disturbo della condotta è più alto in individui con anamnesi familiare positiva per condanne penali, disturbo della condotta, abuso di sostanze, disturbi dello spettro della schizofrenia e disturbi depressivi o d’ansia. Al rischio possono contribuire anche fattori quali ambiente di crescita caotico nei primi anni dell’infanzia o, più tardi, il fatto di vivere in quartieri con un alto tasso di delinquenza.

Il disturbo della condotta di Kyle è un esempio di come le diagnosi possano cambiare nel corso della vita di un individuo. I primi sintomi descritti corrispondono a una diagnosi di disturbo oppositivo provocatorio, condizione caratterizzata da un pattern di umore collerico e comportamenti negativi e polemici, con atteggiamenti di sfida nei confronti di figure che rappresentano l’autorità (principalmente genitori e insegnanti), che può causare un disagio significativo all’interno della famiglia e in altri contesti sociali. Lo sviluppo di un disturbo della condotta, specie se con esordio nell’infanzia, è spesso preceduto da un quadro che soddisfa i criteri diagnostici per il disturbo oppositivo provocatorio. Kyle, che sta diventando un adolescente, è inoltre a rischio per molti disturbi

psichiatrici, tra cui disturbi dell'umore, d'ansia e da uso di sostanze; particolarmente preoccupante è la possibilità che le aggressioni, i furti e le violazioni delle regole persistano, e che in età adulta la sua diagnosi di disturbo della condotta si trasformi in un disturbo antisociale di personalità.

Letture consigliate

- BUITELAAR, J.K., SMEETS, K.C., HERPERS, P. ET AL. (2013), "Conduct disorder". In *European Child and Adolescent Psychiatry*, 22 (Suppl. 1), pp. S49-S54.
- MAUGHAN, B., ROWE, R., MESSER, J. ET AL. (2004), "Conduct disorder and oppositional defiant disorder in a national sample: developmental epidemiology". In *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 45, pp. 609-621.
- NOCK, M.K., KAZDIN, A.E., HIRIPI, E., KESSLER, R.C. (2006), "Prevalence, subtypes, and correlates of DSM-IV conduct disorder in the National Comorbidity Survey Replication". In *Psychological Medicine*, 36, pp. 699-710.
- ROWE, R., MAUGHAN, B., MORAN, P. ET AL. (2010), "The role of callous and unemotional traits in the diagnosis of conduct disorder". In *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 51, pp. 688-695.

Caso 15.2 **Rabbia incontrollabile**

Emil F. Coccato

Lucas Sandahl, un architetto paesaggista di 32 anni, sposato e padre di due bambini piccoli, si era rivolto a uno psichiatra a causa di ripetuti accessi di rabbia. Il signor Sandahl si era presentato accompagnato la moglie, che aveva dichiarato che vivere con lui era diventato "quasi impossibile". Era sempre stato "molto irritabile", ma recentemente i suoi attacchi di collera erano progressivamente aumentati per intensità e frequenza; anche se non l'aveva mai aggredita fisicamente, ora temeva che potesse farlo.

L'ultimo litigio della coppia si era verificato un paio di settimane prima. Il signor Sandahl era tornato a casa dopo "una dura giornata di lavoro", ma la cena non era ancora pronta; quando entrando in cucina aveva trovato la consorte seduta a tavola a leggere un giornale, era "esplosivo" e aveva incominciato una lunga tirata sul fatto che era "una cattiva moglie". Quando la donna aveva cercato di spiegare che anche lei aveva avuto una giornata faticosa, si era messo a imprecare, aveva lanciato dei bicchieri contro il muro e aveva sfasciato una sedia. Terrorizzata, la signora Sandahl era corsa fuori dalla cucina, aveva preso i bambini ed era andata dalla madre, che abitava a pochi chilometri di distanza. Il giorno dopo aveva detto al marito che doveva immediatamente chiedere aiuto; in caso contrario avrebbe chiesto il divorzio.

Il signor Sandahl aveva raccontato che le sue "esplosioni" erano iniziate durante l'infanzia, ma erano diventate "preoccupanti" solo verso i 13 anni di età. In quel periodo erano incominciate le risse con i compagni per cui ogni tanto finiva nell'ufficio del preside; negli intervalli tra questi episodi non aveva però problemi di interazione sociale o di rendimento scolastico.

Il signor Sandahl stimava di avere avuto, negli ultimi anni, circa quattro accessi verbali alla settimana, generalmente in risposta a frustrazione, richieste inaspettate e insulti (o quelli che percepiva come tali). In media, ogni due mesi gli attacchi di collera erano associati anche ad atti di violenza; per esempio, una volta aveva gettato per terra un computer, un'altra si era messo a dare calci contro una parete, rovinando la tappezzeria, perché uno dei figli non la smetteva di piangere, e durante una discussione con la madre aveva distrutto il suo cellulare. Dopo l'adolescenza non aveva più avuto scontri fisici con altre persone, ma nel corso di una recente lite con un vicino si era trattenuto a stento dal prenderlo a pugni; lo stesso gli era successo in precedenza sia con estranei, sia con colleghi di lavoro. Peraltra, diceva che la sola idea di poter fare fisicamente del male a qualcuno lo "turbava profondamente". Dato che questi attacchi ricorrenti rendevano molto difficili i rapporti con i colleghi, all'età di 25 anni il signor Sandahl aveva deciso di aprire uno studio indipendente; lo studio andava bene, nonostante il frequente ricambio di collaboratori causato dal suo "carattere esigente e irascibile".

Secondo quanto riferito dal signor Sandahl, gli episodi di "rabbia incontrollabile" erano brevi: raggiungevano il picco nel giro di secondi e raramente duravano più

di qualche minuto. Tra un episodio e l'altro si sentiva "bene"; aveva avuto transitori periodi caratterizzati da umore depresso e aumento dell'ansia, ma che si erano per lo più risolti spontaneamente nell'arco di una settimana, senza conseguenze negative rilevanti sullo svolgimento delle sue normali attività. Il signor Sandahl beveva prevalentemente in situazioni sociali; né lui né la moglie avevano però identificato una correlazione tra gli attacchi di collera e l'uso di alcol. Aveva assunto occasionalmente diverse sostanze d'abuso, ma non negli ultimi anni.

Il signor Sandahl aveva segnalato che altri due membri della sua famiglia avevano "grossi problemi di rabbia". Il padre, un uomo collerico e dispotico, aveva spesso abusato emotivamente di lui, il suo unico figlio maschio, da cui "si aspettava grandi cose". La sorella maggiore aveva un temperamento simile; aveva già tre divorzi alle spalle, probabilmente determinati (secondo il signor Sandahl) dai suoi comportamenti prepotenti e aggressivi.

Durante la valutazione il paziente era apparso coerente e collaborativo, mostrando capacità cognitive integre e un buon livello di giudizio e insight. Aveva espresso preoccupazione e rimorso per il comportamento nei confronti della moglie e aveva negato la presenza di sintomi di depressione, psicosi o confusione.

Diagnosi

- Disturbo esplosivo intermittente

Discussione

In base ai criteri diagnostici del DSM-5, i comportamenti aggressivi degli individui con disturbo esplosivo intermittente sono impulsivi e/o generati dalla rabbia, causano disagio significativo e/o compromissione funzionale, non sono meglio spiegati da altri disturbi comportamentali e possono essere associati ad aggressioni verbali e fisiche variabili in termini di frequenza e intensità. Il quadro descritto dal signor Sandahl soddisfa tutti i criteri per il disturbo. Il paziente ha riportato sia aggressioni verbali che si sono verificate più di due volte alla settimana per più di tre mesi, sia aggressioni fisiche (con distruzione di proprietà) almeno tre volte all'anno. Le sue esplosioni di aggressività sono generate dalla rabbia, non sono premeditate o strumentali e sono sproporzionate rispetto a provocazioni o altri fattori precipitanti; sono inoltre causa, se non di disagio, di disfunzione in ambito lavorativo e interpersonale e non sono attribuibili a un'altra condizione medica o psichiatrica.

Il signor Sandahl ha anche altre caratteristiche associate al disturbo esplosivo intermittente, per quanto non necessariamente parte dei criteri richiesti per la diagnosi. Tra queste, la tendenza a interpretare negativamente le situazioni e i comportamenti delle altre persone (gli insulti percepiti; la cena che non è pronta perché la moglie è pigra, non perché anche lei ha avuto una giornata dura), una storia familiare di "problemi di rabbia", una storia personale di abuso emotivo (da parte del padre), un esordio precoce e un decorso cronico. Gli individui con

disturbo esplosivo intermittente hanno spesso tratti compatibili con un disturbo di personalità, anche se non soddisfano pienamente i criteri per una diagnosi specifica (per esempio, perfezionismo come nel disturbo ossessivo-compulsivo di personalità), perché nella maggioranza dei casi hanno una lunga storia di difficoltà in termini di controllo degli impulsi e relazioni interpersonali. Quando vengono contemporaneamente soddisfatti i criteri per il disturbo esplosivo intermittente e i criteri per un disturbo di personalità dovrebbero essere poste entrambe le diagnosi. Esplosioni di aggressività ricorrenti, problematiche e impulsive si possono riscontrare soprattutto negli individui con disturbo antisociale o disturbo borderline di personalità; tuttavia, in questi individui il livello dell'aggressione impulsiva è generalmente inferiore a quello tipico del disturbo esplosivo intermittente (salvo in caso di comorbilità con tale disturbo).

Le condizioni psichiatriche che si presentano più comunemente in comorbilità con il disturbo esplosivo intermittente sono i disturbi depressivi, d'ansia e da uso di sostanze. Anche se beve alcol e ha riportato brevi periodi di ansia e umore depresso, il signor Sandahl non sembra soddisfare i criteri per una di queste diagnosi. Episodi esplosivi ricorrenti si possono osservare in numerosi altri disturbi psichiatrici. Quando sono correlati a trauma cranico, delirium, demenza e stati di intossicazione o astinenza da sostanze la diagnosi di disturbo esplosivo intermittente non va applicata; può invece essere posta se gli episodi si manifestano nel contesto di un disturbo da deficit di attenzione/iperattività, di un disturbo della condotta, di un disturbo oppositivo provocatorio o di un disturbo dello spettro dell'autismo e meritano un'attenzione clinica indipendente.

Infine, per quanto gli attacchi del signor Sandahl siano prevalentemente verbali (di rado accompagnati da manifestazioni di aggressività fisica che portano alla distruzione di oggetti), l'abuso psicologico nei confronti della moglie, la cui capacità di sopportazione è ormai arrivata al limite, appare evidente malgrado l'assenza di comportamenti di controllo e isolamento. Il trattamento diventa cruciale non solo per salvare il matrimonio del paziente, ma anche per evitare che il ciclo di violenza si perpetui nei suoi figli.

Letture consigliate

- COCCARO, E.F. (2012), "Intermittent explosive disorder as a disorder of impulsive aggression for DSM-5". In *American Journal of Psychiatry*, 169, pp. 577-588.
- KESSLER, R.C., COCCARO, E.F., FAVA, M. ET AL. (2006), "The prevalence and correlates of DSM-IV intermittent explosive disorder in the National Comorbidity Survey Replication". In *Archives of General Psychiatry*, 63, pp. 669-678.

16. Disturbi correlati a sostanze e disturbi da addiction

Introduzione

Jonathan Avery

Questo capitolo del DSM-5 descrive i disturbi associati a dieci diverse classi di sostanze e il disturbo da gioco d'azzardo, la prima dipendenza comportamentale a essere inclusa nel DSM.

Tutte le diagnosi di disturbo da uso di sostanze (in cui si fondono le precedenti categorie di abuso e dipendenza da sostanze) richiedono la presenza di disfunzione o disagio clinicamente rilevante e di almeno due conseguenze negative a livello fisico, psicologico o sociale. Per definire ulteriormente il disturbo sono previsti specificatori che ne precisano il decorso (in remissione precoce o protracta) e la gravità (in base al numero dei criteri diagnostici soddisfatti).

Il DSM-5 delinea inoltre i criteri per la diagnosi di condizioni correlate quali l'intossicazione e l'astinenza da sostanze, con altri specificatori. Per esempio, se un individuo ha un quadro di intossicazione da alcol, il clinico può indicare la presenza o assenza di un concomitante disturbo da uso di alcol. Nel caso di un paziente che nel contesto di un'astinenza da alcol mantiene un esame di realtà integro ma manifesta anche allucinazioni o illusioni uditive, visive o tattili, la diagnosi sarà di astinenza da alcol con alterazioni percettive; nell'eventualità, molto più probabile, di alterazioni percettive associate a stato confusionale, la diagnosi sarà invece di delirium da astinenza da alcol (condizione descritta nel capitolo sui disturbi neurocognitivi).

L'uso di sostanze può essere associato a cluster di sintomi compatibili con un'ampia gamma di diagnosi psichiatriche, tra cui disturbi depressivi, bipolarì e psicotici. In questi casi l'approccio diagnostico si basa sostanzialmente sul decorso e sul ruolo della sostanza implicata. Per esempio, sintomi depressivi che si manifestano durante un'astinenza acuta da cocaina sono presumibilmente attribuibili allo stato di astinenza, mentre sintomi clinicamente significativi che insorgono nel contesto dell'uso di cocaina, ma persistono dopo la sua cessazione per un periodo superiore a quello atteso per un quadro di astinenza, corrispondono probabilmente a una diagnosi di disturbo depressivo indotto da cocaina. Se sintomi depressivi rilevanti continuano per oltre un mese dopo l'interruzione

dell'uso di cocaina va considerata la possibilità di un disturbo depressivo maggiore indipendente (la cocaina può costituire un fattore scatenante, ma non è parte della diagnosi).

L'inclusione del disturbo da gioco d'azzardo, che ha suscitato considerevoli controversie, riflette la mole di dati che mostrano come i comportamenti legati al gioco d'azzardo abbiano parecchi aspetti in comune con i disturbi da uso di sostanze, compresa l'attivazione dei sistemi cerebrali di ricompensa. Nel caso di altre dipendenze comportamentali prese in esame per l'inserimento in future edizioni del DSM (quali la dipendenza da sesso o da Internet) le evidenze disponibili sono attualmente più limitate.

Letture consigliate

- GALANTER, M., KLEBER, H.D. (2008) (a cura di), *The American Psychiatric Publishing Textbook of Substance Abuse Treatment*. American Psychiatric Publishing, Washington.
- HASIN, D.S., O'BRIEN, C.P., AURIACOMBE, M. ET AL. (2013), "DSM-5 criteria for substance use disorders: recommendations and rationale". In *American Journal of Psychiatry*, 170, pp. 834-851.
- INABA, D.S., COHEN, W.E. (2011), *Uppers, Downers, All Arounders*. CNS Productions, Medford.

Caso 16.1

Un "classico alcolizzato"

Marc A. Schuckit

Matthew Tucker, 45 anni, si era presentato per una valutazione psichiatrica dietro insistenza dei familiari, che avevano espresso preoccupazione per il suo eccessivo consumo di alcol. Il signor Tucker affermava che da quando era stato fissato l'appuntamento con lo psichiatra, tre giorni prima, non aveva bevuto "neanche una birra".

In compenso per circa vent'anni ne aveva bevute abitualmente da tre a cinque per sera, e il numero era poi ulteriormente aumentato: negli ultimi sette anni aveva bevuto alcol quasi quotidianamente, con una media di sei birre per sera nei giorni lavorativi e dodici birre al giorno durante il fine settimana. La sua storia era per molti aspetti quella di un "classico alcolizzato". La moglie continuava a dirgli che beveva troppo; ma nonostante ripetuti tentativi di ridurre l'uso di alcol, il signor Tucker continuava a passare gran parte dei weekend bevendo birra, cosa che a volte lo portava a non partecipare a pranzi e riunioni di famiglia e spesso ad addormentarsi ubriaco davanti al televisore. D'altra parte, l'alcol non sembrava aver mai interferito con l'attività professionale del signor Tucker (titolare di un'affermata impresa di lavori idraulici), che aveva sempre rispettato i suoi impegni, con rarissimi giorni di assenza dal lavoro. Nel corso dei quattro anni precedenti c'erano stati due periodi in cui era riuscito, spinto dalla moglie, a smettere completamente di bere per circa un mese; in entrambi i casi non aveva avuto sintomi di astinenza da alcol.

Nei mesi immediatamente antecedenti alla valutazione il signor Tucker aveva invece manifestato sintomi depressivi. Era diventato irritabile, disforico, si stancava facilmente, aveva problemi di concentrazione e un ridotto interesse per le attività abituali (anche nei confronti del cibo e del sesso). Spesso si svegliava verso le due di notte e aveva difficoltà a riaddormentarsi; inoltre, aveva reazioni emotive esagerate di fronte a piccole contrarietà ed era preoccupato, senza motivo, per l'andamento dei suoi affari. Il signor Tucker e la moglie avevano riferito che questo periodo di "tristezza generale" persisteva da circa sei mesi; negli ultimi cinque anni (ma mai in precedenza) ce n'erano stati altri, che erano però durati non più di 4-6 settimane. Il paziente non aveva una storia di altri problemi psichiatrici (inclusi tentati suicidi e mania) o medici; era la prima volta che consultava uno psichiatra.

In occasione di una recente visita di controllo il medico del signor Tucker aveva riscontrato valori di pressione arteriosa leggermente elevati (135/92 mmHg). Gli esami di laboratorio di routine indicavano un livello di γ -glutamiltransferasi pari a 47 UI/l e un volume corporcolare medio di $92,5 \mu\text{m}^3$; tutti gli altri parametri erano nei limiti della norma.

Il signor Tucker era sposato da 18 anni, aveva una figlia adolescente, e aveva conseguito un diploma di scuola superiore. Era ben vestito, con un aspetto ordinato, e durante il colloquio con lo psichiatra aveva mantenuto un buon contatto visivo e non aveva manifestato segni di confusione o sintomi psicotici. Parlando del futuro

gli occhi gli erano diventati lucidi; aveva ammesso di essersi sentito triste per la maggior parte del tempo durante gli ultimi sei mesi, ma negava idee o progetti di suicidio. Le sue capacità cognitive apparivano integre, e mostrava di essere consapevole degli effetti negativi dell'alcol. L'esame fisico aveva rivelato una frequenza cardiaca normale, una pressione arteriosa di poco superiore alla norma e l'assenza di tremore o sudorazione eccessiva.

Diagnosi

- Disturbo da uso di alcol
- Disturbo depressivo indotto da alcol

Discussione

Il signor Tucker sembra soddisfare i criteri per almeno due diagnosi. La prima è quella di disturbo da uso di alcol: i criteri diagnostici del DSM-5 includono sforzi infruttuosi di ridurre l'assunzione di alcol, grande quantità di tempo impiegata a consumare alcol o a riprendersi dai suoi effetti, mancata partecipazione ad attività sociali causata dall'uso di alcol e uso continuato malgrado la consapevolezza delle conseguenze negative. Al momento della valutazione il signor Tucker non presenta sintomi clinicamente significativi di astinenza, anche se non beve da tre giorni, né li ha manifestati durante i suoi precedenti tentativi di smettere di bere.

Il signor Tucker soddisfa inoltre i criteri per un episodio depressivo maggiore, con sintomi che durano da circa sei mesi: ha riferito umore persistentemente depresso, diminuito interesse per le attività abituali, insonnia centrale, difficoltà di concentrazione e faticabilità. Negli ultimi cinque anni ha avuto altri episodi analoghi, che sembrano essersi risolti spontaneamente dopo qualche settimana di interruzione del consumo di alcol.

Nei pazienti con disturbo da uso di alcol è però importante distinguere gli episodi depressivi che si verificano soltanto nel contesto di un eccessivo uso di alcol da quelli che insorgono indipendentemente dall'abuso, che hanno caratteristiche sovrapponibili a quelle di un qualsiasi episodio depressivo maggiore in termini di durata, decorso e risposta al trattamento. I primi, che come nel caso del signor Tucker tendono a risolversi nel giro di poche settimane se l'uso di alcol viene sospeso, rientrano più propriamente nella definizione di disturbo depressivo indotto da alcol. In generale tali episodi non sembrano richiedere una terapia farmacologica; spesso quando il paziente smette di bere i sintomi vanno incontro a remissione più rapidamente di quanto atteso per un tipico episodio di depressione maggiore trattato con antidepressivi. Sintomi sottosoglia (per esempio, alterazioni del sonno) possono persistere, ma continuare a migliorare se il paziente rimane sobrio. Tuttavia, quando i criteri per depressione maggiore continuano a essere soddisfatti dopo più di un mese di astinenza dall'alcol la diagnosi più probabile diventa quella di disturbo depressivo maggiore, anche se l'uso di alcol può essere considerato un fattore scatenante.

Letture consigliate

- BABOR, T., HIGGINS-BIDDLE, J., DAUSER, D. ET AL. (2006), "Brief interventions for at-risk drinking: patient outcomes and cost-effectiveness in managed care organizations". In *Alcohol and Alcoholism*, 41, pp. 624-631.
- SCHUCKIT, M.A. (2009), "Alcohol use disorders". In *Lancet*, 373, pp. 492-501.
- SCHUCKIT, M.A., SMITH, T.L. (2011), "Onset and course of alcoholism over 25 years in middle class men". In *Drug and Alcohol Dependence*, 113, pp. 21-28.
- SCHUCKIT, M.A., SMITH, T.L., KALMIIN, J. (2013), "Relationships among independent major depressions, alcohol use, and other substance use and related problems over 30 years in 397 families". In *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 74, pp. 271-279.

Caso 16.2

Astinenza da alcol

Roger D. Weiss

Nicholas Underwood, un ingegnere informatico di 41 anni, si era fatto ricoverare per iniziare un programma di disintossicazione dall'alcol con una motivazione precisa: "Devo smettere di bere perché altrimenti mia moglie chiede il divorzio".

Al momento del ricovero il signor Underwood aveva dichiarato di bere quotidianamente circa un litro di vodka; negli ultimi due anni non era rimasto sobrio neppure un giorno. Per molto tempo aveva bevuto solo di sera, ma un anno prima aveva incominciato a bere regolarmente anche al mattino, nei giorni non lavorativi. Più recentemente aveva iniziato a svegliarsi tutte le mattine sentendosi "molto agitato"; per cercare di arginare questa sensazione spesso beveva un bicchiere di vodka, seguito da parecchi altri nel corso della giornata. Faceva sempre più fatica a concentrarsi sul lavoro, e la sua carriera un tempo promettente ora stava "naufragando". Passava gran parte del tempo a riprendersi dagli effetti dell'alcol, a pensare a possibili strategie per smettere di bere, oppure a come fare per riuscire a bere di nascosto il prossimo bicchiere. La moglie aveva "perso definitivamente la pazienza" e minacciava di porre fine al loro matrimonio.

Il signor Underwood aveva iniziato a bere negli anni della scuola superiore; già allora era in grado di reggere l'alcol meglio di molti suoi amici. Quando frequentava l'università abitava con altri studenti in un alloggio noto nel campus come "Animal House", in cui si distingueva come uno dei più forti bevitori. Fino ai trent'anni di età aveva bevuto prevalentemente durante i weekend, ma in seguito il suo consumo di alcol era progressivamente aumentato, sino a diventare quotidiano. Prima beveva quasi esclusivamente birra; era "passato alla vodka" da circa un anno. Non aveva mai ricevuto un trattamento formale; negli ultimi anni aveva partecipato a molti incontri di Alcolisti Anonimi, ma in genere rincominciava a bere appena finita la riunione.

Il paziente non fumava sigarette e non assumeva farmaci o altre sostanze d'abuso. Ai tempi dell'università aveva fumato marijuana e sniffato cocaina in diverse occasioni, ma da allora non aveva più fatto uso di sostanze illecite; nello stesso periodo aveva avuto vari episodi di blackout, di cui in seguito non aveva però più sofferto. Non aveva una storia di crisi convulsive o altri problemi medici. L'anamnesi familiare era positiva per dipendenza da alcol (il padre e il nonno paterno).

Il signor Underwood era stato ricoverato alle tre del pomeriggio e non aveva assunto alcol dalla sera prima. Sudava profusamente, gli tremavano le mani e lamentava ansia, agitazione, irritabilità, nausea e insomnia. Durante la valutazione era apparso collaborativo, anche se molto irrequieto. L'eloquio era normale per tono, velocità e ritmo. Era vigile e orientato nel tempo e nello spazio; non mostrava grossi deficit di memoria, ma le sue capacità di attenzione e concentrazione apparivano ridotte. Aveva negato la presenza di sintomi depressivi e di allucinazioni uditive, visive o tattili; non erano emersi segni di pensiero psicotico.

Oltre all'eccessiva sudorazione e al tremore degli arti superiori, l'esame fisico aveva evidenziato una pressione arteriosa di 155/95 mmHg, una frequenza cardiaca di 104 battiti al minuto e riflessi tendinei esagerati. Gli esami di laboratorio avevano rilevato livelli ematici di aspartato aminotransferasi e alanina aminotransferasi circa tre volte più alti del normale; tutti gli altri parametri valutati erano nei limiti della norma.

Diagnosi

- Astinenza da alcol
- Disturbo da uso di alcol, grave

Discussione

Il signor Underwood soddisfa pienamente i criteri per una diagnosi di astinenza da alcol. A meno di 24 ore dall'interruzione di un uso di alcol pesante e prolungato presenta iperattività autonomica, tremore delle mani, insonnia, nausea, agitazione psicomotoria e ansia; risultano quindi soddisfatti ben sei degli otto criteri elencati dal DSM-5, molti di più dei due minimi richiesti per la diagnosi.

La sindrome da astinenza da alcol si sviluppa nel contesto di una dipendenza fisica. In individui con dipendenza grave può insorgere anche in seguito a una riduzione del consumo di alcol, ma nella maggior parte dei casi un'astinenza clinicamente significativa si manifesta dopo una brusca e completa cessazione del bere. I sintomi iniziano tipicamente a 4-12 ore di distanza dall'ultima assunzione di alcol, con un picco di intensità dopo 24-48 ore.

L'obiettivo principale del trattamento farmacologico è evitare le due complicanze più gravi della sindrome: convulsioni tonico-cloniche generalizzate e delirium da astinenza, noto anche come delirium tremens. Crisi convulsive si verificano in circa il 3% dei pazienti con sindrome di astinenza da alcol, solitamente da 7 a 48 ore dopo l'ultima ingestione (nella maggioranza dei casi a 17-24 ore di distanza). Le convulsioni possono essere seguite dal delirium, caratterizzato da disorientamento e fluttuazioni dello stato di coscienza, generalmente con marcata iperattività autonomica; si tratta di una condizione potenzialmente fatale, che deve essere trattata tempestivamente con estrema attenzione. Gli individui a più alto rischio di delirium da astinenza sono quelli con gravi malattie mediche e una lunga storia di forte consumo di alcol. È importante ricordare che anche se il delirium può a volte seguire le convulsioni, raramente succede il contrario: quando un paziente ha crisi tonico-cloniche generalizzate dopo l'insorgenza di un quadro di delirium vanno considerate altre possibili cause (per esempio, un ematoma subdurale).

Il signor Underwood corrisponde anche ai criteri per una diagnosi di disturbo da uso di alcol: assume da tempo considerevoli quantitativi di alcol, nonostante ricorrenti tentativi di smettere di bere; ha un forte desiderio di bere e ha continuato a farlo malgrado i problemi lavorativi e coniugali esacerbati dall'abuso e dal tempo impiegato per recuperare dagli effetti dell'alcol; presenta sintomi di

tolleranza e astinenza. Inoltre, il disturbo da uso di alcol del signor Underwood può essere definito “grave”, perché sono soddisfatti più di sei degli undici criteri previsti per la diagnosi.

Letture consigliate

- AMATO, L., MINOZZI, S., VECCHI, S., DAVOLI, M. (2010), “Benzodiazepines for alcohol withdrawal”. In *Cochrane Database Systematic Reviews*, 3, CD005063.
- AMATO, L., MINOZZI, S., DAVOLI, M. (2011), “Efficacy and safety of pharmacological interventions for the treatment of the Alcohol Withdrawal Syndrome”. In *Cochrane Database Systematic Reviews*, 6, CD008573.

Caso 16.3 Dipendenza

Petros Levounis

Oliver Vincent, 35 anni, non si era mai considerato un tossicodipendente. Era sempre stato in grado di "mantenere la situazione sotto controllo". Era l'agiatto proprietario di una catena di negozi di abbigliamento, abitava a Manhattan in un appartamento più che confortevole che condivideva con un ex partner, faceva esercizio fisico tutti i giorni, aveva un nutrito gruppo di amici affezionati, e sebbene single non aveva rinunciato all'idea di poter trovare (preferibilmente presto) l'uomo ideale con cui passare il resto della sua esistenza.

All'età di 19 anni il signor Vincent aveva detto esplicitamente ai genitori di essere gay. I genitori, cattolici di origine irlandese, l'avevano intuito già da molto tempo e non avevano reagito male; più che altro, avevano paura che il figlio potesse andare incontro a una vita caratterizzata da sofferenza, discriminazione, emarginazione sociale. Ma evidentemente nessuno dei loro timori si era avverato: il signor Vincent viveva la sua omosessualità con serenità e fierezza. Quando si era reso conto di avere un problema correlato all'uso di sostanze l'aveva affrontato senza esitazioni, "a testa alta", come tutte le altre difficoltà che aveva dovuto superare in precedenza, e per la prima volta nella sua vita aveva deciso di cercare l'aiuto di uno psichiatra.

Il signor Vincent aveva riferito che l'abuso di sostanze era strettamente legato alla sua vita sociale, peraltro piuttosto intensa, soprattutto nei weekend. In genere il venerdì e il sabato (ma spesso anche in altri giorni della settimana) usciva a cena con gli amici, cene che erano quasi immancabilmente seguite da feste private, discoteche o altri locali. Durante queste serate di solito beveva almeno un paio di cocktail e quattro o cinque bicchieri di vino. Se non assumeva alcol riusciva abbastanza facilmente a evitare l'uso di altre sostanze: "Ma dopo una buona bevuta, se qualcuno ha della cocaina – e c'è sempre in giro qualcuno che ce l'ha – non riesco a dire di no. Quando la prendo il mio cuore comincia a battere più veloce, e poi cerco di rimorchiare qualcuno. Adesso è facile, per trovare persone disponibili nelle vicinanze basta usare un'applicazione dello smartphone". In media faceva uso di alcol e cocaina (e occasionalmente di metamfetamina e altri stimolanti) tre o quattro volte alla settimana. Occuparsi degli impegni lavorativi era diventato sempre più difficile, "specialmente il lunedì mattina".

Nei sei mesi antecedenti aveva cercato di ridurre il consumo di cocaina, ma senza successo. Da quando aveva incominciato ad assumerla regolarmente era dimagrito, dormiva male e in palestra il livello delle sue prestazioni era sensibilmente peggiorato; lo stesso si poteva dire per il suo rendimento lavorativo, anche se gli affari continuavano a prosperare. Un altro importante motivo di preoccupazione era il rischio di infezione da HIV, perché quando era in stato di intossicazione da stimolanti aveva rapporti sessuali non protetti.

Diagnosi

- Disturbo da uso di cocaina, di gravità moderata

Discussione

I dati disponibili indicano che il signor Vincent ha un disturbo da uso di cocaina; alternativamente, se il consumo di metamfetamina e sostanze analoghe è ritenuto significativo, una diagnosi più appropriata potrebbe essere quella di disturbo da uso di stimolanti. Entrambe le diagnosi prevedono un pattern di abuso che provoca disagio o compromissione funzionale clinicamente rilevante, associato alla presenza di almeno due degli undici criteri elencati dal DSM-5. Il quadro descritto dal signor Vincent soddisfa almeno quattro di questi criteri diagnostici (con un disturbo che risulta quindi di gravità moderata): desiderio persistente e tentativi falliti di ridurre l'uso di stimolanti, uso continuato nonostante la consapevolezza delle conseguenze negative, inclusi i rapporti sessuali non protetti durante gli stati di intossicazione, e sintomi di astinenza che sembrano manifestarsi regolarmente ogni lunedì mattina.

La storia del signor Vincent illustra i motivi che hanno portato, nel DSM-5, alla fusione in un'unica diagnosi (disturbo da uso di sostanze) delle due diagnosi precedentemente separate di abuso e dipendenza da sostanze. Nel sistema di classificazione del DSM-IV l'abuso era inteso come una condizione meno grave della dipendenza, ma un caso come quello del signor Vincent avrebbe posto delle difficoltà diagnostiche. In assenza dell'uso di cocaina in situazioni "fisicamente pericolose" (il rischio di infezione da HIV legato ai rapporti sessuali non protetti), il signor Vincent avrebbe pienamente soddisfatto i criteri del DSM-IV per dipendenza da cocaina, ma non per abuso, con una formulazione evidentemente confondente. Il DSM-5 unifica invece le due diagnosi, indicando tre possibili livelli di gravità del disturbo da uso di sostanze: lieve, moderato o grave.

Il signor Vincent potrebbe ricevere diverse altre diagnosi descritte dal DSM-5. Se valutato un sabato sera (tachicardia, ridotte capacità di giudizio) soddisfarebbe probabilmente i criteri per una diagnosi di intossicazione da cocaina, mentre se valutato un lunedì mattina (disforia, affaticamento) riceverebbe, altrettanto probabilmente, una diagnosi di astinenza da cocaina. Anche l'uso di alcol, che sembra favorire direttamente quello di cocaina, appare problematico; la raccolta di ulteriori informazioni potrà chiarire se i sintomi manifestati dal paziente superano o meno la soglia per una diagnosi di disturbo da uso di alcol.

Ulteriori indagini potrebbero rivelare anche altri tipi di sintomi, ma al momento il signor Vincent non sembra soffrire di un disturbo depressivo, d'ansia, di personalità o correlato a eventi traumatici. Il suo abuso di cocaina, circoscritto a occasioni sociali, soprattutto durante i fine settimana, sembra piuttosto essere legato al contesto culturale di una comunità gay che ha accettato, legittimato e alla fine normalizzato l'uso di stimolanti. Molti pazienti che fanno uso di sostanze sono affetti da condizioni psichiatriche concomitanti, cosa che spesso porta

a supporre che l'uso di sostanze sia il risultato (e/o la causa) di disturbi dell'umore o di altri problemi psichiatrici; tuttavia, una quota significativa di questi pazienti non presenta comorbilità.

Molte persone (inclusi forse i genitori del signor Vincent) presumono che omosessuali, bisessuali e transgender siano destinati a una vita di sofferenza ed emarginazione, in cui l'insorgenza di disturbi psichiatrici è quasi inevitabile. Altri, all'opposto, possono pensare che uso di stimolanti e sesso non sicuro siano semplicemente parte integrante e ineluttabile di una sottocultura gay. Entrambi questi stereotipi possono ripercuotersi negativamente sul giudizio clinico, portando a una sovrastima o a una sottostima del quadro psicopatologico. Inoltre, sebbene comportamenti imprudenti e potenzialmente nocivi possano essere considerati parte del mondo culturale di un giovane omosessuale che vive in una grande città, va ricordato che molti individui che rientrano in questa ampia categoria non fanno regolarmente uso di sostanze né hanno ricorrenti rapporti sessuali a rischio. Decidendo di rivolgersi a uno psichiatra, lo stesso signor Vincent ha indicato che questi aspetti della sua vita per altri versi invidiabile sono diventati un problema che richiede un trattamento specifico.

Letture consigliate

- LEVOUNIS, P., ARNAOUT, B. (2010) (a cura di), *Handbook of Motivation and Change: A Practical Guide for Clinicians*. American Psychiatric Publishing, Washington.
- LEVOUNIS, P., HERRON, A.J. (2014) (a cura di), *The Addiction Casebook*. American Psychiatric Publishing, Washington.
- LEVOUNIS, P., RUGGIERO, J.S. (2006), "Outpatient management of crystal methamphetamine dependence among gay and bisexual men: how can it be done?". In *Primary Psychiatry*, 13, pp. 75-80.
- LEVOUNIS, P., DRESCHER, J., BARBER, M. (2012) (a cura di), *The LGBT Casebook*. American Psychiatric Publishing, Washington.

Caso 16.4

Dolore al ginocchio

Jonathan Avery, Stephen Ross

Peter Winters, 46 anni, pastore di una chiesa protestante, era stato indirizzato a un centro di salute mentale dal suo medico di famiglia, a causa di sintomi depressivi e uso inappropriato di oppiacei per un dolore cronico al ginocchio destro.

Il signor Winters si era fatto male al ginocchio giocando a pallacanestro, 17 mesi prima. La madre gli aveva dato alcune compresse di un farmaco a base di idrocodone e paracetamolo, che usava per la sua lombalgia, e il signor Winters le aveva trovate efficaci. Data la persistenza del dolore al ginocchio, quando le compresse erano finite il signor Winters si era recato in un Pronto Soccorso, dove gli avevano diagnosticato una lieve distorsione e gli avevano prescritto un trattamento di un mese con lo stesso farmaco.

Ma alla fine del trattamento il dolore era ricomparso. Il signor Winters aveva consultato un ortopedico; il medico aveva fatto eseguire esami di risonanza magnetica, che non avevano evidenziato lesioni strutturali, e aveva prescritto un altro mese di idrocodone-paracetamolo. Questa volta per riuscire a controllare il dolore il signor Winters aveva però dovuto usare dosi più alte di quelle indicate; se non assumeva il farmaco si sentiva disforico e "indolenzito", e aveva sviluppato quello che descriveva come "un forte desiderio di prenderne ancora". Era quindi tornato dall'ortopedico, che gli aveva consigliato di rivolgersi a uno specialista della terapia del dolore.

Il signor Winters non aveva seguito il consiglio dell'ortopedico, sia perché si sentiva troppo imbarazzato, sia perché confidava nella sua capacità di "farcela da solo". Ma vivere senza l'antidolorifico gli era diventato impossibile, a causa del male al ginocchio, dei dolori muscolari e della disforia che si manifestavano tutte le volte che cercava di interromperne l'uso, e l'intensità del craving era progressivamente aumentata. Per cercare di ottenere altri analgesici oppiacei aveva incominciato a frequentare vari centri di Pronto Soccorso, spesso mentendo sulla durata e natura del dolore al ginocchio; in due occasioni aveva anche rubato le pillole della madre. Procurarsi questi farmaci era diventata la sua preoccupazione principale, con effetti negativi sempre più evidenti sulle sue attività lavorative e sui rapporti con i familiari. Si sentiva "giù di corda", specialmente quando considerava l'impatto che gli oppiacei avevano sulla sua vita, ma negava di avere altri sintomi di depressione. Alla fine aveva deciso di parlare dell'uso di antidolorifici e dell'umore depresso al suo medico di famiglia, che l'aveva inviato al centro di salute mentale.

Il signor Winters aveva già avuto due episodi depressivi maggiori, che si erano risolti in seguito al trattamento con escitalopram prescritto dallo stesso medico. Aveva anche una storia di disturbo da uso di alcol, che risaliva a circa vent'anni prima, ma aveva smesso di bere da tempo. Fumava in media due pacchetti di sigarette al giorno. Il padre soffriva di depressione, mentre "quasi tutti" i parenti di parte materna avevano "problemi di dipendenza". Si era sposato a 26 anni, aveva due figli in età scolare

ed era pastore della sua chiesa da 15 anni. Gli ultimi test di laboratorio e l'esame fisico eseguito recentemente dal medico di famiglia avevano dato risultati nella norma.

Durante la valutazione psichiatrica il signor Winters si era mostrato collaborativo, anche se aveva fornito risposte tendenzialmente brevi, spesso semplici "sì" o "no". L'eloquio era normale per velocità e tono, senza tangenzialità o circostanzialità. L'umore appariva disforico, con limitata espressione delle emozioni. Non erano emersi segni di anormalità psicomotorie o deficit di memoria. Il signor Winters aveva negato di avere sintomi di paranoia, allucinazioni o alcuna intenzione di fare del male a se stesso o ad altri.

Diagnosi

- Disturbo da uso di oppiacei
- Disturbo da uso di tabacco
- Disturbo da uso di alcol, in remissione
- Disturbo depressivo maggiore

Discussione

Tra i disturbi da uso di sostanze, l'abuso di farmaci oppiacei su prescrizione è secondo per prevalenza soltanto all'abuso di cannabis. Raramente i medici verificano la presenza di fattori di rischio per dipendenza da sostanze prima di prescrivere analgesici oppiacei; per di più, il signor Winters è un membro del clero e il suo impegno di antidolorifici è, almeno inizialmente, del tutto giustificato. Ha però diversi fattori di rischio, che includono una storia personale e familiare di dipendenza, la condizione di forte fumatore e una storia di depressione. I suoi comportamenti iniziali (che non riflettevano una vera dipendenza) potrebbero essere descritti come "pseudodipendenza", ma l'assunzione di oppiacei è rapidamente diventata compulsiva e incontrollata, con un rilevante impatto negativo sulla sua vita. In base alla classificazione del DSM-5 signor Winters ha un disturbo da uso di oppiacei.

Il disturbo da uso di oppiacei ha rimpiazzato le precedenti categorie di abuso e dipendenza da oppiacei del DSM-IV. Uno degli obiettivi di tale cambiamento è quello di migliorare l'accuratezza diagnostica, fornendo criteri per caratterizzare gli individui che pur avendo notevoli problemi correlati all'uso di oppiacei non rientravano nelle diagnosi di abuso o dipendenza. La diagnosi di disturbo da uso di oppiacei può essere posta quando un pattern maladattivo di uso di oppiacei porta, entro un periodo di 12 mesi, a disagio o compromissione clinicamente significativi, come manifestato da almeno due degli undici criteri indicati dal DSM-5. Il signor Winters ne presenta almeno sei: uso ricorrente di oppiacei che determina il mancato adempimento dei principali obblighi di ruolo, tolleranza, astinenza, craving, assunzione di oppiacei in quantitativi superiori o per un periodo più lungo di quanto fosse nelle intenzioni, grande quantità di tempo impiegata in attività necessarie a procurarsi oppiacei, a usarli o a riprendersi dai loro effetti. Il craving (definito come forte desiderio o spinta all'uso di una

sostanza), particolarmente rilevante nel caso del signor Winters, è stato aggiunto ai criteri diagnostici perché spesso costituisce un segno tipico di dipendenza.

I sintomi dell'umore manifestati dal signor Winters dovrebbero essere esaminati in modo più approfondito, ma rispecchiano probabilmente un'esacerbazione del sottostante disturbo depressivo maggiore. La diagnosi differenziale dovrebbe comprendere anche il disturbo depressivo indotto da oppiacei e il disturbo distimico; le altre possibili diagnosi psichiatriche che dovrebbero essere considerate negli individui con disturbo da uso di oppiacei includono il disturbo antisociale di personalità e il disturbo da stress post-traumatico. In base agli esami recentemente condotti il signor Winters non sembra essere affetto da condizioni mediche generali; infezioni batteriche, da HIV o da virus dell'epatite C si riscontrano comunemente tra gli individui che fanno uso di oppiacei per via endovenosa, ma sono meno frequenti tra quelli che utilizzano esclusivamente analgesici oppiacei su prescrizione.

Anche se sul suo dolore al ginocchio sono necessarie ulteriori informazioni, per il signor Winters un'altra diagnosi che dovrebbe essere presa in considerazione è quella di disturbo da sintomi somatici. Secondo il DSM-IV il signor Winters avrebbe potuto ricevere una diagnosi di disturbo algico associato a fattori psicologici e a una condizione medica (distorsione del ginocchio). Il DSM-5 ha adottato un approccio diverso nei confronti degli individui che lamentano dolore, respingendo l'idea precedentemente accettata che alcune forme di dolore siano associate soltanto a fattori psicologici, a fattori somatici o a entrambi e accreditando invece la nozione che fattori psicologici, somatici e ambientali contribuiscono tutti a determinare il dolore, come appare evidente nel caso del signor Winters. Secondo la classificazione del DSM-5 al signor Winters potrebbe essere diagnosticato un disturbo da sintomi somatici con dolore predominante; questo disturbo è caratterizzato dalla presenza di uno o più sintomi somatici che causano disagio o alterazioni significative delle normali attività quotidiane e di pensieri, sentimenti o comportamenti eccessivi correlati a tali sintomi o a preoccupazioni relative alla salute.

Letture consigliate

- BOSCARINO, J.A., RUKSTALIS, M.R., HOFFMAN, S.N. ET AL. (2011), "Prevalence of prescription opioid-use disorder among chronic pain patients: comparison of the DSM-5 vs. DSM-4 diagnostic criteria". In *Journal of Addictive Diseases*, 30, pp. 185-194.
- CHEENEY, B., GALANTER, M., DERMATIS, H., ROSS, S. (2009), "Medical versus spiritual orientations: differential patient views toward recovery". In *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 35, pp. 301-304.
- COMPTON, W.M., THOMAS, Y.F., STINSON, F.S., GRANT, B.F. (2007), "Prevalence, correlates, disability, and comorbidity of DSM-IV drug abuse and the dependence in the United States: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions". In *Archives of General Psychiatry*, 64, pp. 566-576.
- WU, L.T., WOODY, G.E., YANG, C. ET AL. (2011), "Differences in onset and abuse/dependence episodes between prescription opioids and heroin: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions". In *Substance Abuse and Rehabilitation*, 2011, pp. 77-88.

Caso 16.5

Una spirale negativa

Charles H. Silberstein

Raymond Xavier, 29 anni, divorziato, disoccupato, si era presentato al primo appuntamento con uno psichiatra dichiarando che la sua vita "stava prendendo davvero una brutta piega". Da parecchi mesi era senza fissa dimora: dormiva dove capitava, spesso da amici, a volte anche nella sua auto; per circa un mese aveva vissuto in una tenda, in un bosco non lontano dalla città. In occasione del suo recente compleanno aveva telefonato ai genitori, che si erano offerti di sostenere le spese di un trattamento per abuso di sostanze a patto di poterlo pagare direttamente.

Il signor Xavier aveva raccontato che i suoi problemi era incominciati cinque anni prima. Per riuscire a mantenere la moglie e la figlia appena nata, aveva due lavori: di giorno in una fabbrica e la sera come fattorino. Dopo qualche mese si era fatto male alla schiena; il dolore era forte e gli impediva di andare a lavorare, e un amico gli aveva dato qualche compressa di un farmaco a base di paracetamolo e ossicodone. Gli effetti erano stati miracolosi: il dolore era scomparso, ma anche l'umore e il livello di energia erano nettamente migliorati; per la prima volta nella sua vita si era sentito "normale e felice". Aveva continuato a prendere il farmaco per circa 18 mesi, da una a quattro compresse al giorno, mai più di una per volta.

Poi, all'età di 26 anni, aveva sniffato mezza bustina di eroina (che aveva comprato per cinque dollari da uno spacciatore): "Non è durato molto, ma per almeno dieci minuti ho raggiunto uno stato di euforia indescrivibile; come quando avevo preso la prima volta il farmaco per il dolore alla schiena, ma all'ennesima potenza... Dopo ti ritrovi a inseguire quella sensazione di euforia per il resto della tua vita; così però non torna più". Nel giro di poco tempo il suo consumo di eroina era aumentato rapidamente; presto aveva iniziato a usarla per via endovenosa, a dosi sempre più alte. Sei mesi più tardi il signor Xavier, che nel frattempo aveva perso entrambi i suoi posti di lavoro, era stato cacciato di casa dalla moglie: "Dormivo in macchina o per strada, mi facevo fino a 30 bustine al giorno".

Giunta a quel punto aveva incominciato a cercare aiuto. Era entrato in un programma ambulatoriale per dipendenza da oppiaceti, ma il craving rimaneva intenso anche durante il trattamento. Aveva avuto numerose ricadute; per un certo periodo aveva aggiunto cocaina alle iniezioni di eroina, ma poi era tornato a usare solo eroina. La prima di una serie di overdose accidentali si era verificata quando aveva 27 anni. Era stato ricoverato una decina di volte in centri di disintossicazione e riabilitazione, ma quando veniva dimesso di solito riprendeva ad assumere eroina entro qualche giorno o settimana. Aveva anche frequentato per anni un gruppo di autoaiuto, sebbene solo sporadicamente. Per procurarsi il denaro necessario per l'eroina aveva falsificato assegni e commesso furti, anche ai danni di parenti e amici: "Posso ritenermi fortunato perché non sono finito in prigione; ma non tanto fortunato, perché ora mi odiano tutti. Spendeva tutto per la droga".

Un anno prima aveva deciso di trasferirsi a Martha's Vineyard perché gli sembrava "un bel posto tranquillo". Si era portato una scorta di metadone, ma i sintomi di astinenza erano "troppo forti". Aveva continuato ad assumere eroina e ossicodone, quando riusciva a procurarseli con facilità. In caso contrario si accontentava dell'alcol ("Devo smettere di bere, quello è il vero problema"); ogni tanto prendeva anche benzodiazepine (diazepam), perché lo "aiutavano ad arrivare fino a sera".

Il signor Xavier lavorava occasionalmente come giardiniere, alle dipendenze di una persona, conosciuta alle riunioni del gruppo di autoaiuto, che lo chiamava quando aveva bisogno di forza lavoro in più; ma aveva svolto una varietà di altri impieghi, tra cui assistente in uno studio veterinario, addetto a un distributore di benzina e venditore di articoli per ufficio. Non vedeva la figlia da due anni.

Il signor Xavier aveva un aspetto decisamente trascurato. Durante il colloquio con lo psichiatra era stato generalmente collaborativo, ma parlava rapidamente e appariva agitato, impaziente, irritabile e infelice; aveva anche sbadigliato più volte. A un certo punto era corso fuori dalla stanza; tornando si era scusato spiegando che aveva attacchi di diarrea. Sudava e spesso si soffiava il naso; aveva la pelle d'oca, gli occhi lucidi, le pupille dilatate e frequenti spasmi muscolari agli arti superiori e inferiori. Aveva negato la presenza di sintomi psicotici e idee di suicidio o omicidio. Sperava che con l'aiuto di un po' di buprenorfina e naloxone sarebbe stato capace di mantenere un posto di lavoro qualsiasi, magari anche di diventare un buon padre.

Esami di laboratorio mirati a verificare la presenza di infezione da HIV o da virus dell'epatite A, B e C avevamo dato risultati negativi.

Diagnosi

- Astinenza da oppiacei
- Disturbo da uso di oppiacei
- Disturbo da uso di alcol

Discussione

Quando non assume eroina o metadone, il signor Xavier manifesta sintomi tipici di un'astinenza da oppiacei, che includono ansia, umore disforico, diarrea, lacrimazione, rinorrea, midriasi, sudorazione; sbadigli, irrequietezza e spasmi muscolari.

I sintomi che si riscontrano in una crisi di astinenza da oppiacei possono sovrapporsi a quelli di diversi altri disturbi psichiatrici. Per esempio, la depressione e l'ansia del signor Xavier, sebbene rilevanti, sono probabilmente correlate in modo diretto allo stato di astinenza, e come tali non richiedono una diagnosi separata. Nei casi in cui i sintomi continuano dopo il periodo di astinenza (di durata variabile in funzione dell'emivita dell'oppiaceo implicato) la diagnosi più probabile diventa quella di disturbo depressivo (o d'ansia) indotto da sostanze; un disturbo indipendente, anche se scatenato dall'uso di sostanze, può essere invece diagnosticato se i sintomi persistono per oltre un mese dopo la cessazione dell'uso.

Il signor Xavier ha inoltre riportato un significativo abuso di alcol e l'uso sporadico di diazepam. Entrambi possono essere associati a sintomi di astinenza più o meno gravi, ed entrambi potrebbero contribuire all'attuale quadro clinico del paziente; lacrimazione, sbadigli e diarrea sono però sintomi caratteristici dell'astinenza da oppiacei. Il signor Xavier non ha specificato quanto beve, ma ha riferito: "Devo smettere di bere, quello è il vero problema". Anche in assenza di una stima quantitativa più precisa, tale affermazione porta a presupporre un uso problematico e continuativo di quantità di alcol superiori alle intenzioni, nonostante la consapevolezza delle conseguenze negative: dati che sono sufficienti per una diagnosi di disturbo da uso di alcol.

Il signor Xavier ha rubato, ha abbandonato la moglie e la figlia e non sembra essere un dipendente affidabile, tutti fattori che inducono a considerare la possibilità di un disturbo antisociale di personalità. D'altra parte, l'eroina è una sostanza illegale e costosa; per la maggior parte delle persone che ne fanno uso è quasi impossibile procurarsene quantità sufficienti con i proventi di una normale attività lavorativa. Per questo motivo il DSM-5 invita specificamente a non diagnosticare un disturbo antisociale di personalità per comportamenti direttamente correlati al bisogno di procurarsi sostanze stupefacenti; entrambe le diagnosi possono però essere poste se i comportamenti antisociali risalgono all'infanzia o comunque precedono l'esordio dell'abuso di sostanze. In assenza di una storia di comportamenti antisociali non collegati all'acquisizione di eroina, è improbabile che il signor Xavier soddisfi i criteri per un disturbo antisociale di personalità; potrebbe però meritare una diagnosi di comportamento antisociale dell'adulto, discussa nel capitolo "Altre condizioni che possono essere oggetto di attenzione clinica" del DSM-5. Come altre diagnosi descritte in tale capitolo, il comportamento antisociale dell'adulto corrisponde a un codice V dell'ICD-9 e a un codice Z dell'ICD-10.

Molto più semplice è ovviamente la diagnosi di disturbo da uso di oppiacei, che si riferisce all'autosomministrazione compulsiva e prolungata di sostanze oppiacee senza supervisione medica. Nel caso del signor Xavier risultano soddisfatti tutti gli undici criteri diagnostici elencati dal DSM-5: assunzione di quantità di oppiacei maggiori di quanto fosse nelle intenzioni; incapacità di ridurre o controllare l'uso di oppiacei; eccessiva quantità di tempo dedicata a procurarsi oppiacei, a farne uso o a recuperare dai loro effetti; uso continuato malgrado la consapevolezza delle conseguenze negative; esposizione a rischi fisici; incapacità di adempiere agli obblighi di ruolo; problemi interpersonali e sociali persistenti; riduzione delle attività; craving, tolleranza e astinenza.

Per molti aspetti quello del signor Xavier è un quadro classico. L'esordio dell'abuso di oppiacei si verifica tipicamente nella tarda adolescenza o nella prima età adulta. Frequenti sono sia l'esperienza di sentirsi "normali e felici" nel periodo iniziale, sia il costante "inseguimento" delle prime sensazioni di euforia e benessere. Alcuni riescono a mantenere attività lavorative regolari e rapporti con familiari e amici, ma molti precipitano in una spirale disperatamente negativa. Atipico è invece il fatto che il signor Xavier non abbia contratto nessuna

delle infezioni (HIV, virus dell’epatite A, B e C) che si riscontrano comunemente negli individui che usano gli oppiacei per via endovenosa.

Letture consigliate

BORG, L., KRAVETS, I., KREEK, M.J. (2009), “The pharmacology of long-acting as contrasted with short-acting opioids”. In RIES, R.K., MILLER, S.C., FIELLIN, D.A., SAITZ, R. (a cura di), *Principles of Addiction Medicine*. Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia.

Caso 16.6

Stress e uso di sostanze

Lin Jin, Daryl Shorter, Coreen Domingo, Thomas R. Kosten

Shaun Yates, uno studente universitario di 34 anni, afroamericano, si era presentato per una valutazione psichiatrica lamentando una cronica instabilità dell'umore. I suoi sintomi erano iniziati circa dieci anni prima, quando era tornato a casa dopo 12 mesi di servizio militare in Iraq, e da allora erano progressivamente peggiorati. Durante il servizio militare il signor Yates, che era stato arruolato come conduttore di mezzi, non aveva partecipato direttamente ai combattimenti; diceva però di avere "perso molti compagni". Era la prima volta che consultava uno psichiatra: "Non mi piace parlare di queste cose, sono qui perché mia moglie ha insistito".

Il signor Yates aveva riferito che la maggior parte del tempo si sentiva "giù di corda" e "distante, distaccato, come un sonnambulo", incapace di divertirsi in compagnia della moglie e dei due figli piccoli; era anche inquieto e manifestava esagerate risposte di allarme tutte le volte che usciva di casa. Preferiva "non allontanarsi troppo" dalla sua abitazione; guidava il meno possibile, e quando lo faceva cercava di evitare soprattutto i tragitti che comportavano l'attraversamento di ponti. Dormiva male a causa di sogni ricorrenti, vividi e sgradevoli, "specialmente su bombe e mine". Dopo diversi anni di lavori precari e insoddisfacenti, in parte attribuibili ai sintomi di cui soffriva, la moglie l'aveva convinto a riprendere gli studi, sperando che una laurea gli potesse offrire migliori opportunità di impiego.

Da quando era tornato dall'Iraq il signor Yates aveva però difficoltà di concentrazione; all'inizio l'uso di cocaina l'aveva aiutato, ma il crescente consumo della sostanza aveva poi avuto un impatto negativo sulle sue capacità di studiare. Aveva riferito sensi di colpa correlati a comportamenti sessuali sotto gli effetti della cocaina, ma negava di provare sensazioni di inutilità o disperazione; negava inoltre un'attuale ideazione suicidaria attiva, anche se aveva ammesso di avere avuto in passato "momentanei pensieri di suicidio". Non aveva alterazioni dell'appetito, né una storia di attacchi di panico, mania, psicosi o sintomi ossessivo-compulsivi. Non era mai stato trattato od ospedalizzato per problemi psichiatrici e l'anamnesi psichiatrica familiare era negativa, salvo che per un abuso di alcol da parte del padre.

Il signor Yates aveva incominciato a bere all'età di 14 anni, seppure solo nei fine settimana, e diceva che già nell'adolescenza "per ubriacarsi" aveva bisogno di assumere una notevole quantità di alcolici. Il suo consumo di alcol era considerevolmente aumentato durante il servizio militare, diventando "un po' fuori controllo", con frequenti episodi di blackout. Dopo il rientro in patria aveva bevuto in genere circa mezzo litro di alcol ogni due o tre giorni, ma a volte di più. Nei periodi in cui beveva parecchio ogni tanto si svegliava al mattino con tremori che passavano in seguito all'ingestione di alcol. Affermava di non avere mai avuto altri sintomi di astinenza; l'assunzione mattutina di alcol gli aveva però ricordato il padre, morto per cirrosi epatica all'età di 56 anni: aveva quindi ricominciato a bere quasi esclusivamente nei

weekend. Da quando aveva iniziato a usarla con regolarità, beveva soprattutto per “riprendersi gradualmente” dagli effetti della cocaina.

Negli anni della scuola superiore il signor Yates aveva fumato cannabis, ma soltanto in occasioni sociali e non più di due volte al mese. Da circa un anno ne faceva però uso quotidianamente, come una forma di automedicazione contro l’insonnia. La moglie protestava, dicendo che prima o poi sarebbe stato colto in fragrante dai bambini o dalla polizia; ma nonostante le ricorrenti discussioni sull’argomento il signor Yates continuava a fumare marijuana tutte le sere, perché era l’unico modo per riuscire a dormire senza incubi.

La sostanza d’abuso preferita del signor Yates era comunque la cocaina. Aveva iniziato a usarla qualche anno dopo la fine del servizio militare, principalmente “snif-fandola”; aveva anche fumato sporadicamente crack, ma non aveva mai utilizzato droghe per via endovenosa. Nel corso dell’anno antecedente era arrivato a spendere per la cocaina fino a 200 dollari alla settimana, e per procurarsi il denaro necessario si era trovato costretto a impegnare diversi oggetti personali. Saltava sempre più spesso le lezioni e non andava a lavorare, soprattutto quando si sentiva particolarmente depresso dopo l’uso di cocaina. Di questo la moglie non sapeva nulla; ma a causa dell’abuso di cocaina il signor Yates aveva perso per assenteismo tre posti di lavoro e i suoi progressi verso il conseguimento della laurea si erano ridotti al minimo. Per “risparmiare” negli ultimi mesi aveva iniziato a usare fenciclidina, in cui immergeva gli spinelli di marijuana prima di fumarli.

Il signor Yates aveva fatto uso anche di altre sostanze, tra cui ecstasy, benzodiazepine e oppiacei su prescrizione, che aveva assunto, rispettivamente, circa dieci, venti e cinque volte nel corso della sua vita. Dall’età di 16 anni fumava 3-5 sigarette al giorno; i suoi ripetuti tentativi di smettere erano falliti a causa del persistere di craving e sintomi di astinenza. Il signor Yates non aveva mai avuto problemi con la legge a causa dell’uso di alcol, cocaina o altre sostanze.

Diagnosi

- Disturbo da stress post-traumatico
- Disturbo da uso di cocaina, grave
- Disturbo da uso di alcol, lieve
- Disturbo da uso di cannabis, lieve
- Disturbo da uso di tabacco, lieve

Discussione

Il signor Yates si è presentato per la valutazione di una “cronica instabilità dell’umore” che potrebbe essere correlata a esperienze traumatiche durante il servizio militare in Iraq, all’abuso persistente di sostanze o a un’altra condizione; anche se le considera come una forma di automedicazione, le sostanze di cui fa uso possono indurre o aggravare diversi disturbi psichiatrici.

I sintomi di instabilità dell’umore e declino funzionale che hanno portato il signor Yates a consultare uno psichiatra sembrano essere emersi dopo il servi-

zio militare; è quindi ragionevole considerare innanzitutto la possibilità di un disturbo da stress post-traumatico (DSPT), diagnosi che potrebbe spiegare una varietà di sintomi apparentemente disparati. Anche se non ha mai partecipato direttamente ai combattimenti, il signor Yates ha raccontato di avere “perso molti compagni”, e nei primi anni della guerra in Iraq il suo ruolo di conducente non era certo esente da pericoli (inclusi campi minati e auto bomba). Oltre a esperienze traumatiche, la diagnosi di DSPT richiede la presenza di quattro tipi di sintomi: sintomi intrusivi (gli incubi su bombe e mine), evitamento (della guida e dei ponti), alterazioni negative di pensieri ed emozioni (depressione, distacco) e alterazioni dell’arousal e della reattività (vigilanza eccessiva). Nel caso del signor Yates tali sintomi persistono evidentemente da più un mese e hanno un impatto significativo sulla sua vita; l’unico punto che rimane poco chiaro è se possano essere attribuiti agli effetti fisiologici di una sostanza.

La lunga storia di abuso di sostanze del signor Yates è iniziata all’età di 14 anni, con l’alcol, ma si è poi estesa a includere l’uso di tabacco, cannabis, cocaina, ecstasy, benzodiazepine, oppiacei e fenciclidina. Nel loro insieme queste sostanze hanno contribuito a determinare una compromissione funzionale, comportamenti fisicamente pericolosi (episodi di blackout, rapporti sessuali a rischio), dissidi coniugali (litigi sulla marijuana) e, presumibilmente, un peggioramento dei sintomi del DSPT sottostante. In base al DSM-IV il signor Yates avrebbe probabilmente ricevuto, senza troppe difficoltà, una diagnosi di dipendenza da più sostanze. Una diagnosi così ampia poteva però portare a indagini non sufficientemente accurate su quali fossero le sostanze effettivamente causa di problemi e spesso non si rivelava particolarmente utile in termini di trattamento. Il DSM-5 l’ha pertanto eliminata: l’uso di ciascuna sostanza deve essere oggetto di una valutazione indipendente per verificare se viene raggiunta una soglia clinicamente rilevante.

La cocaina è la sostanza preferita del signor Yates ed è anche quella che ha provocato più danni, tra cui lo scarso rendimento accademico, la perdita di tre posti di lavoro, la perdita degli oggetti personali impegnati e la disforia ricorrente. L’uso di cocaina è progressivamente aumentato, nonostante il signor Yates sia consapevole delle sue conseguenze negative e abbia cercato di controllarlo. Dato che soddisfa almeno sei degli undici criteri diagnostici previsti dal DSM-5, il signor Yates ha un disturbo da uso di cocaina grave.

Nei periodi in cui beveva molto (“un po’ fuori controllo”) l’abuso di alcol del signor Yates era accompagnato da episodi di blackout e tremore da astinenza. Dalle informazioni raccolte non è chiaro se l’alcol abbia causato altri problemi, ma in questi periodi risultano comunque soddisfatti, come minimo, i criteri per una diagnosi di disturbo da uso di alcol lieve. La diagnosi rimane anche se al momento della valutazione il signor Yates non sembra presentare almeno due degli undici criteri richiesti; il DSM-5 infatti sottolinea come un disturbo da uso di sostanze, una volta che i criteri per la diagnosi sono stati in precedenza soddisfatti, possa essere definito “in remissione” solo se l’individuo non soddisfa più nessuno dei criteri (con l’eccezione del craving).

La valutazione dell'uso di cannabis è più complicata. Il signor Yates ha riferito di fumare marijuana per cercare di dormire senza incubi e non ha segnalato effetti avversi diretti della sostanza, ma non riesce apparentemente a farne a meno nonostante i continui diverbi con la moglie; sembra quindi appropriata una diagnosi di disturbo da uso di cannabis lieve. Il signor Yates corrisponde anche ai criteri per un disturbo da uso di tabacco lieve, sebbene non fumi abitualmente più di cinque sigarette al giorno, perché i suoi tentativi di smettere non hanno avuto successo a causa di craving e sintomi di astinenza persistenti. Per le altre sostanze assunte episodicamente dal signor Yates, come ecstasy o benzodiazepine, non sembrano invece essere soddisfatti i criteri diagnostici per un disturbo specifico.

Sono molti gli individui in cui l'abuso di diverse sostanze si sovrappone e interagisce in maniera complessa con altri disturbi come, per esempio, il DSPT. Un'analisi longitudinale di tutte le diagnosi psichiatriche del signor Yates, incluso l'uso di molteplici sostanze, è essenziale sia per la comprensione del paziente, sia per la pianificazione di un trattamento adeguato.

Letture consigliate

- ARNAOUT, B. PETRAKIS, I.L. (2008), "Diagnosing co-morbid drug use in patients with alcohol use disorders". In *Alcohol Research & Health*, 31, pp. 148-154.
- SAUNDERS, J.B., SCHUCKIT, M.A., SIROVATKA, P.J., REGIER, D.A. (2007) (a cura di), *Diagnostic Issues in Substance Use Disorders: Refining the Research Agenda for DSM-V*. American Psychiatric Association, Arlington.

Caso 16.7 **Gioco d'azzardo**

Silvia Bernardi, Carlos Blanco

Tomás Zambrano, 36 anni, si era presentato in un centro specializzato nel trattamento della dipendenza da gioco d'azzardo chiedendo di essere sottoposto a una valutazione. Il signor Zambrano, nato negli Stati Uniti da genitori di origine sudamericana, era sposato, con un figlio di cinque anni, e lavorava come insegnante di educazione fisica in una scuola superiore. Aveva un aspetto ben curato e parlava fluentemente sia l'inglese sia lo spagnolo, con eloquio normale per ritmo e tono di voce. Durante il colloquio aveva mostrato funzioni cognitive integre e un'intelligenza nella media. Aveva riferito di non avere una storia di precedenti problemi psichiatrici o abuso di sostanze.

Il signor Zambrano aveva incominciato a giocare a carte e a scommettere su eventi sportivi fin dai primi anni dell'adolescenza: "Fa parte della nostra cultura", aveva osservato. Aveva imparato il poker dal padre; la sera giocare a poker con gli amici, per rilassarsi dopo il lavoro, era una delle attività preferite di entrambi. Il signor Zambrano amava molti aspetti del poker – l'abilità richiesta, la competizione, il rischio, l'eccitazione – ma nei due anni antecedenti giocare a carte era diventato per lui qualcosa di molto diverso rispetto a un passatempo rilassante. Le notti di poker erano diventate sempre più frequenti, con puntate sempre più alte. Aveva incominciato a perdere più di quanto potesse permettersi, ma quando perdeva puntava quantità di denaro ancora superiori, convinto che nelle mani successive le probabilità di vincere sarebbero aumentate; quando vinceva si sentiva "alla grande" e continuava comunque a giocare, convinto che "la fortuna fosse girata dalla sua parte". Quando rifletteva sui soldi persi si sentiva stupido e incosciente, ma presto tornava a pensare che per riassestarsi il bilancio fosse sufficiente affinare le sue tecniche di gioco; provava un intenso, quasi costante impulso a dedicare più tempo possibile al poker, per cercare di recuperare le somme perdute. Tutte le volte che aveva tentato, senza successo, di "dargli un taglio" era diventato estremamente nervoso e irritabile.

Nelle ultime settimane il signor Zambrano era arrivato alla disperazione. Le notti passate a giocare si traducevano in sonnolenza e stanchezza diurna; pensava continuamente al poker e trascurava sia il lavoro sia la famiglia. Per di più, la moglie aveva da poco scoperto che per giocare il signor Zambrano aveva usato tutti i risparmi di un fondo destinato agli studi del figlio e aveva accumulato debiti per circa 30.000 dollari. Quando la moglie aveva minacciato di chiedere il divorzio il signor Zambrano si era sentito triste e depresso e aveva deciso di cercare aiuto.

Diagnosi

- Disturbo da gioco d'azzardo

Discussione

Il signor Zambrano pensa quasi costantemente al poker, ha investito nel gioco quantità di denaro sempre più ingenti e continua a giocare per cercare di recuperare le somme perse in precedenza. Ha mentito alla moglie a proposito dell'entità delle perdite; ha messo in pericolo il suo matrimonio e il suo lavoro. Il signor Zambrano soddisfa almeno cinque dei nove criteri diagnostici elencati dal DSM-5 per il disturbo da gioco d'azzardo (per porre la diagnosi ne basterebbero quattro).

In base alle informazioni disponibili il signor Zambrano non ha apparentemente una storia di mania, ma quando il gioco d'azzardo è riconducibile a un episodio maniacale questo diventa la diagnosi principale, che esclude quella di disturbo da gioco d'azzardo. Gli individui con episodi maniacali tendono a giocare prevalentemente nel contesto di euforia e grandiosità e manifestano altri sintomi di disturbo bipolare, quali aumento dei livelli di energia o diminuito bisogno di sonno. Quando il gioco d'azzardo costituisce una risposta di coping maladattiva l'individuo tende invece a giocare soprattutto durante stati dell'umore negativi come ansia o depressione. Va inoltre ricordato che le perdite al gioco possono scatenare episodi dell'umore; generalmente disturbi dell'adattamento, ma è possibile anche una comorbilità con disturbo depressivo maggiore e mania o ipomania. La diagnosi primaria può essere stabilita in base alla valutazione dell'intensità dei sintomi e delle loro relazioni temporali.

L'assenza di qualsiasi forma di comorbilità psichiatrica riferita dal signor Zambrano è piuttosto insolita, perché il disturbo da gioco d'azzardo è spesso associato ad altri disturbi mentali, tra cui disturbi da uso di sostanze, disturbi di personalità e disturbi dell'umore o d'ansia. Dato che una valutazione accurata di eventuali comorbilità è essenziale per indirizzare le successive scelte terapeutiche, dovrebbe essere indagata più a fondo la possibilità che il paziente abbia nascosto o minimizzato la presenza di altri sintomi. L'esempio del signor Zambrano è invece tipico per quanto riguarda la storia familiare: molti individui con disturbo da gioco d'azzardo hanno parenti di primo grado anch'essi giocatori (in questo caso il padre), sebbene rimanga da chiarire quale sia il ruolo svolto da processi di apprendimento e dai fattori genetici.

Letture consigliate

- BLACK, D.W., MONAHAN, P.O., TEMKIT, M., SHAW, M. (2006), "A family study of pathological gambling". In *Psychiatry Research*, 141, pp. 295-303.
- BLANCO, C., MYERS, J., KENDLER, K.S. (2012), "Gambling, disordered gambling and their association with major depression and substance use: a web-based cohort and twin-sibling study". In *Psychological Medicine*, 42, pp. 497-508.
- KESSLER, R.C., HWANG, I., LABRIE, R. ET AL. (2008), "DSM-IV pathological gambling in the National Comorbidity Survey Replication". In *Psychological Medicine*, 38, 1351-1360.
- PETRY, N.M., STINSON, F.S., GRANT, B.F. (2005), "Comorbidity of DSM-IV pathological gambling and other psychiatric disorders: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions". In *Journal of Clinical Psychiatry*, 66, pp. 564-574.

- PETRY, N.M., BLANCO, C., STINCHFIELD, R., VOLBERG, R. (2013), "An empirical evaluation of proposed changes for gambling diagnosis in the DSM-5". In *Addiction*, 108, pp. 575-581.
- SLUTSKE, W.S., ZHU, G., MEIER, M.H., MARTIN, N.G. (2010), "Genetic and environmental influences on disordered gambling in men and women". In *Archives of General Psychiatry*, 67, pp. 624-630.

17. Disturbi neurocognitivi

Introduzione

John W. Barnhill

I disturbi descritti in questo capitolo del DSM-5, tutti caratterizzati da preminentni deficit cognitivi acquisiti, possono essere distinti in due grandi gruppi: il delirium acuto e i disturbi neurocognitivi cronici, entrambi ulteriormente suddivisibili in vari sottotipi eziologici.

Il delirium è definito come un'alterazione dell'attenzione, della consapevolezza e di altre funzioni cognitive che si sviluppa in un periodo di tempo breve in conseguenza di uno o più fattori fisiologici precipitanti, e che può essere ulteriormente caratterizzato in termini di cause, durata e livello di attività. È una condizione che si manifesta prevalentemente in pazienti ospedalizzati per malattie mediche e/o in individui con abuso di sostanze; è richiesta un'attenta valutazione dell'eziologia, che è spesso multifattoriale. Se è dovuto a uno stato di astinenza o intossicazione la diagnosi più appropriata sarà probabilmente di delirium in comorbilità con il disturbo da uso della sostanza implicata; per esempio, un paziente potrebbe ricevere una diagnosi di delirium da astinenza da alcol, acuto, iperattivo insieme a quella di disturbo da uso di alcol.

Per quanto riguarda i disturbi neurocognitivi cronici ci sono due aspetti della nomenclatura che possono risultare ambigui. Innanzitutto, molti di questi disturbi sono stati generalmente descritti come demenze. Il termine *demenza*, sebbene tuttora in uso, può però avere una connotazione peggiorativa; può inoltre essere ritenuto adeguato per i disturbi progressivi che si riscontrano più comunemente nella popolazione anziana, come la malattia di Alzheimer, ma lo è molto meno, per esempio, per indicare il declino cognitivo improvviso e statico che può essere causato da una lesione cerebrale traumatica. Il secondo problema è che il termine *neurocognitivi* implica un'enfasi sui deficit cognitivi, ma tutti i disturbi neurocognitivi coinvolgono deficit multipli; il DSM-5 sottolinea come la valutazione di questi disturbi debba includere funzioni esecutive quali attenzione complessa, apprendimento e memoria, linguaggio, abilità percettivo-motoria e cognizione sociale. Inoltre, tutti i disturbi neurocognitivi possono avere componenti comportamentali rilevanti, che a volte costituiscono le manifestazioni più visibili e disfunzionali del quadro clinico.

I disturbi neurocognitivi sono divisi in maggiori e lievi in base al funzionamento cognitivo e al livello di indipendenza nelle attività quotidiane. La diagnosi di disturbo neurocognitivo maggiore rispecchia criteri già precedentemente utilizzati in psichiatria, medicina e neurologia e identifica gruppi di pazienti con deficit e bisogni di assistenza simili. Con l'introduzione della nuova categoria del disturbo neurocognitivo lieve il DSM-5 si propone invece di identificare individui con una compromissione cognitiva meno evidente ma comunque significativa. Come per molte altre condizioni psichiatriche, per evitare un'eccessiva patologizzazione ci si deve basare sul giudizio clinico. Per esempio, difficoltà occasionali legate a un normale declino senile non rientrano nella definizione di disturbo neurocognitivo lieve, che si riferisce a deficit che interferiscono con la qualità della vita in misura tale da meritare un'attenzione clinica specifica. D'altra parte, i disturbi neurocognitivi maggiori sono spesso inesorabilmente progressivi; i tentativi di ridurre il loro impatto catastrofico possono includere, mediante la diagnosi di disturbo neurocognitivo lieve, il riconoscimento e il trattamento delle fasi più precoci della malattia.

Letture consigliate

- BLAZER, D. (2013), "Neurocognitive disorders in DSM-5". In *American Journal of Psychiatry*, 170, pp. 585-587.
- GANGULI, M., BLACKER, D., BLAZER, D.G. ET AL. (2011), "Classification of neurocognitive disorders in DSM-5: a work in progress". In *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 19, pp. 205-210.
- WEINER, M.F., LIPTON, A.M. (2012) (a cura di), *Clinical Manual of Alzheimer Disease and Other Dementias*. American Psychiatric Publishing, Washington.
- YUDOFSKY, S.C., HALES, R.E. (2012) (a cura di), *Clinical Manual of Neuropsychiatry*. American Psychiatric Publishing, Washington.

Caso 17.1

Disforia

John W. Barnhill

Victor Alvarez, 76 anni, era stato sottoposto a un intervento chirurgico per una frattura dell'anca. Il giorno successivo all'intervento era apparso disforico, e i medici dell'unità di ortopedia avevano richiesto un consulto psichiatrico per la valutazione di una possibile depressione. Lo psichiatra era arrivato verso sera, quando in reparto non era rimasto più nessuno del personale che si era occupato in precedenza del paziente, ma nella cartella clinica la nota di un'assistente sociale indicava che apparentemente il signor Alvarez si era procurato la frattura inciampando mentre camminava nel suo appartamento; la nota segnalava anche che il paziente non aveva figli o altri familiari viventi.

La cartella clinica riportava il resoconto fornito al momento del ricovero dalla vicina che aveva accompagnato il signor Alvarez in ospedale. La donna aveva riferito che negli ultimi anni il signor Alvarez usciva di casa sempre più raramente e che la sua cura di sé era peggiorata dopo la morte della moglie, avvenuta sei mesi prima; fino al giorno della frattura era stato autosufficiente. La vicina (un'infermiera) aveva anche menzionato che in attesa dell'ambulanza il marito era rimasto seduto accanto al signor Alvarez, mentre lei si era guardata in giro alla ricerca di medicinali: aveva trovato solo una scatola di paracetamolo ancora sigillata e un flacone impolverato di un farmaco antipertensivo.

Gli esami di laboratorio di routine eseguiti subito dopo il ricovero avevano evidenziato un'alta concentrazione plasmatica di urea, un basso livello di albumina e un volume corporcolare medio ai limiti superiori della norma. La pressione arteriosa era 160/110 mmHg. Oltre ai farmaci correlati all'intervento il signor Alvarez aveva ricevuto, per sedare una crisi di agitazione, una dose di aloperidolo (2 mg). Nella cartella era scritto che un'ora dopo la somministrazione del farmaco il paziente era "rigido e disforico"; durante la giornata era apparso "disorientato"; aveva dormito la maggior parte del tempo, ma in diverse occasioni aveva cercato di alzarsi.

Lo psichiatra aveva trovato il signor Alvarez semisdraiato sul suo lettino, sveglio ma con gli occhi chiusi. Era molto magro, con segni di ipotrofia muscolare, e sembrava teso e contratto. All'inizio non aveva risposto alle domande e alle stimolazioni verbali dello psichiatra; dopo ripetuti tentativi, aveva detto soltanto "Sto bene" e "Lasciami in pace". Quando gli era stato chiesto se sapeva dov'era, aveva risposto: "A casa mia". Più avanti nel corso della valutazione aveva aperto gli occhi; aveva un'espressione triste e preoccupata e appariva decisamente confuso. Non aveva risposto ad altre domande e non era stato possibile condurre test cognitivi.

Diagnosi

- Delirium senza specificazione

Discussione

Anche se le informazioni disponibili sono limitate, il signor Alvarez presenta alterazioni dell'attenzione e della consapevolezza che sembrano essersi sviluppate acutamente dopo il ricovero ospedaliero e l'intervento chirurgico per la frattura dell'anca. Una valutazione più approfondita avrebbe permesso di verificare in modo più preciso i livelli di consapevolezza e la capacità del paziente di dirigere, focalizzare, mantenere e spostare l'attenzione, nonché di documentare deficit specifici in termini di orientamento, abilità esecutiva, linguaggio, percezione visiva, apprendimento o memoria. Nell'impossibilità di effettuare una simile valutazione, dato che malgrado le informazioni insufficienti risultavano soddisfatti i criteri indicati dal DSM-5 per uno stato di delirium, lo psichiatra consultato ha posto una diagnosi iniziale di delirium senza specificazione.

La prevalenza del delirium è relativamente alta nella popolazione ospedaliera, specialmente tra i pazienti più anziani sottoposti a interventi chirurgici e/o in terapia intensiva. Il delirium è tendenzialmente sottovalutato dal personale medico e infermieristico (con atteggiamenti del tipo: "Chi non sarebbe almeno un po' confuso se si trovasse in un reparto di terapia intensiva?") e in assenza di sintomi di agitazione spesso non viene correttamente identificato. A volte, come nel caso del signor Alvarez, viene interpretato come un quadro di depressione, perché entrambi i disturbi includono tristezza e disforia tra le loro manifestazioni. Ma come tutti i disturbi neurocognitivi il delirium non coinvolge necessariamente solo le funzioni cognitive, e formulare tempestivamente la diagnosi è importante sia per evitare ritardi nel trattamento e ridurre il rischio di complicanze, sia per indirizzare gli approcci terapeutici successivi.

Anche se spesso gli psichiatri tentano di comprendere l'eziologia dei disturbi dei loro pazienti, generalmente le diagnosi del DSM-5 non prevedono una ricerca delle possibili cause. Da questo punto di vista la diagnosi di delirium è inusuale perché richiede, oltre alla presenza di una serie di criteri sintomatologici, evidenze che le alterazioni riscontrate siano conseguenze fisiologiche dirette di un'altra condizione. Per il signor Alvarez la causa primaria più plausibile del delirium è la frattura dell'anca; dato che si verificano soprattutto negli individui anziani e normalmente comportano interventi chirurgici, anestesia e somministrazione di analgesici, le fratture dell'anca provocano frequentemente delirium. Il delirium del signor Alvarez è però probabilmente multifattoriale; lo psichiatra che l'ha esaminato dovrebbe cercare di trarre dalla cartella clinica indicazioni su ulteriori elementi che possono avere contribuito allo sviluppo del delirium, tra cui l'uso di altri farmaci (per esempio, anticolinergici) e la presenza di altre condizioni mediche (per esempio, anemia o infezioni).

Oltre a verificare le possibili cause più comuni, lo psichiatra deve considerare quelle potenzialmente più pericolose. In questo senso dovrebbe essere esclusa al più presto, per esempio, l'eventualità di un'astinenza da sostanze. Se le informazioni fornite dalla vicina sono corrette (nell'appartamento del signor Alvarez c'erano solo la scatola di paracetamolo e il flacone dell'antiper-

tensivo) un'astinenza da farmaci come benzodiazepine o barbiturici diventa improbabile. Rimane però possibile l'ipotesi di un'astinenza da alcol. I risultati degli esami di laboratorio indicano in effetti un volume corpuscolare medio ai limiti superiori della norma, compatibile con l'uso cronico di alcol. Gli alti valori di pressione arteriosa potrebbero essere un sintomo di astinenza, anziché riflettere un'ipertensione non trattata (come suggerito dal flacone coperto di polvere dell'antipertensivo trovato dalla vicina; ma il farmaco potrebbe essere stato prescritto alla moglie deceduta qualche mese prima). Anche l'agitazione che ha portato alla somministrazione di aloperidolo potrebbe essere legata a un'astinenza da alcol, per quanto il signor Alvarez sia apparso generalmente ipoattivo, come più tipico di un delirium postoperatorio. Una simile incertezza dovrebbe indurre lo psichiatra a richiedere altri test di laboratorio (per determinare, per esempio, il rapporto aspartato aminotrasferasi/alanina aminotrasferasi o i livelli di magnesio) e a parlare direttamente con la vicina (per sapere, per esempio, se nell'appartamento del signor Alvarez aveva trovato anche bottiglie di alcolici vuote). Ottenere maggiori informazioni a questo proposito è cruciale, perché il delirium da astinenza da alcol è un'emergenza medica grave. Inoltre, se il signor Alvarez risultasse affetto da un disturbo da uso di alcol il suo programma di trattamento dovrebbe essere modificato: il trattamento della sindrome di astinenza da alcol si basa principalmente sull'uso di benzodiazepine, che è in genere controindicato per i pazienti con delirium correlato a interventi chirurgici ed età avanzata.

Non sono invece emergenze mediche altre due diagnosi che dovrebbero essere considerate nel caso del signor Alvarez. La vicina ha riferito una ridotta cura di sé dopo la morte della moglie. L'alta concentrazione plasmatica di urea indica uno stato di disidratazione; l'aspetto deperito, l'ipotrofia muscolare e il basso livello di albumina indicano uno stato di malnutrizione, spesso associato ai quadri di apatia e declino funzionale. È dunque possibile che il delirium del signor Alvarez sia correlato a un precedente disturbo neurocognitivo (demenza) lieve o maggiore. Se soffre effettivamente di demenza, non è però ovvio di che tipo. La malattia di Alzheimer è la forma di demenza più frequente, ma la possibile storia di ipertensione del paziente lo pone anche a rischio di una demenza di origine vascolare, mentre la rigidità osservata dopo la somministrazione di aloperidolo potrebbe suggerire una malattia a corpi di Lewy o un morbo di Parkinson. Si tratta di una questione che lo psichiatra non è attualmente in grado di chiarire, ma la demenza deve essere in ogni caso inclusa nella diagnosi differenziale.

Lo stesso vale per la depressione. La moglie è morta da sei mesi e il signor Alvarez è socialmente isolato; anche se il suo declino cronico può essere indubbiamente legato a un disturbo neurocognitivo, dopo la risoluzione del delirium dovrà essere accertata in maniera più sistematica la presenza di sintomi depressivi. Per il momento la diagnosi più appropriata è quella di delirium senza specificazione, ma nelle 12-24 ore successive lo psichiatra dovrà cercare di verificare le possibili comorbilità, tra cui disturbo da uso di alcol, demenza e depressione.

Letture consigliate

FRICCHIONE, G.L., NEJAD, S.H., ESSES, J.A. ET AL. (2008), "Postoperative delirium". In *American Journal of Psychiatry*, 165, pp. 803-812.

TRZEPACZ, P.T., MEAGHER, D.J. (2012), "Delirium". In YUDOFSKY, S.C., HALES, R.E. (a cura di), *Clinical Manual of Neuropsychiatry*. American Psychiatric Publishing, Washington.

Caso 17.2 Agitato e confuso

José R. Maldonado

Wesley Brown, un uomo d'affari di 63 anni, era stato fermato dalla polizia mentre vagabondava per strada ed era stato accompagnato al Pronto Soccorso di un ospedale universitario vicino, dove era stato poi ricoverato nel reparto psichiatrico per "sintomi psicotici". La moglie ne aveva denunciato la scomparsa tre giorni prima del ricovero.

Secondo quanto riportato dalla moglie e dalla sorella, nelle ultime due settimane il signor Brown aveva manifestato "comportamenti molto strani": per esempio, si era messo a correre per la cucina brandendo un coltello, aveva inviato agli amici e-mail paranoidi sul sistema giudiziario, aveva espresso l'altrettanto paranoide convinzione che la moglie lo tradisse, diceva di vedere persone nei muri e aveva impugnato una delle sue rivoltelle in presenza di una coppia di vicini. Recentemente aveva anche dormito molto poco. L'auto del signor Brown era stata ritrovata a poche centinaia di metri dall'ospedale; nel bagagliaio c'era una grossa valigia contenente la sua considerevole collezione di pistole e un gran numero di medicinali.

L'anamnesi indicava una storia di malattia coronarica, con un intervento di bypass cinque anni prima. Il signor Brown aveva subito anche diversi interventi di chirurgia spinale; soffriva di dolori cronici alla schiena, per i quali usava quotidianamente analgesici oppiacei. Non aveva mai avuto problemi psichiatrici; in particolare, non aveva una storia di depressione o uso di antidepressivi. I farmaci che assumeva prima dell'ospedalizzazione includevano metoprololo, ciclobenzaprina e un analgesico a base di morfina.

L'esame fisico aveva rivelato marcata sedazione, midriasi, rumori intestinali ipoattivi, ritenzione urinaria, epistassi e diminuiti riflessi tendinei. Una TAC della colonna vertebrale aveva evidenziato processi degenerativi, mentre la TAC del cranio aveva dato risultati negativi; negativi erano anche gli esiti di esami elettrocardiografici e puntura lombare. Gli esami tossicologici delle urine erano positivi per "benzodiazepine e triciclici"; tutti gli altri parametri valutati mediante test di laboratorio (inclusi emocromo e alcolemia) erano nei limiti della norma.

Il signor Brown aveva un aspetto molto trasandato. Non era collaborativo e mostrava segni di rallentamento psicomotorio; lo stato di attenzione/vigilanza era fluttuante, l'eloquio era tendenzialmente inceppato e lo stato emotivo era disturbato, con rapidi passaggi da passività e sonnolenza a irrequietezza e agitazione. Negava di avere pensieri di suicidio o omicidio e allucinazioni uditive o visive, ma presentava una significativa ideazione paranoide, soprattutto rispetto al presunto tradimento della moglie. Le risposte del paziente indicavano una tangenzialità dei processi del pensiero; le sue capacità di giudizio e insight apparivano fortemente compromesse. Alla Mini Mental State Examination aveva ottenuto un punteggio di 16 su 30, con deficit principalmente nell'area dell'orientamento temporale e spaziale (tre punti su dieci); rispetto al totale possibile aveva inoltre ricevuto tre punti in meno per atten-

zione e calcolo, due nelle prove di memoria e due nei test di scrittura e riproduzione di una figura geometrica.

Diagnosi

- Delirium

Discussione

Il signor Brown era sparito da casa da alcuni giorni e nelle due settimane antecedenti aveva avuto “comportamenti strani”, mai palesati in precedenza, che includevano manifestazioni paranoidi e intimidatorie. Nel corso della valutazione psichiatrica aveva inoltre mostrato evidenti alterazioni dell’attenzione e della consapevolezza, con andamento fluttuante, e deficit cognitivi di recente sviluppo che non sembravano essere correlati a un preesistente disturbo neurocognitivo. I sintomi del signor Brown, sebbene inizialmente definiti “psicotici”, corrispondono ai criteri del DSM-5 per una diagnosi di delirium.

Il criterio diagnostico che spesso risulta più difficile da verificare, specialmente nelle fasi iniziali della valutazione di un paziente, è quello che prevede la presenza di evidenze, fondate sull’anamnesi, sull’esame fisico o sugli esami di laboratorio, che le alterazioni riscontrate siano la conseguenza fisiologica diretta di un’altra condizione medica, di intossicazione o astinenza da sostanze (farmaci o sostanze d’abuso) o dell’esposizione a tossine (o siano dovute a una combinazione di tali fattori).

Nel caso del signor Brown i test tossicologici sono risultati positivi per benzodiazepine e triciclici. L’esame fisico ha evidenziato midriasi, rumori intestinali ipoattivi, ritenzione urinaria, diminuiti riflessi tendinei e sedazione di livello variabile, sintomi che indicano la possibilità di un delirium da anticolinergici. Un simile quadro potrebbe essere stato causato da benzodiazepine e triciclici (in accordo con gli esiti degli esami tossicologici), ma potrebbero essere implicati anche farmaci oppiacei, specialmente se si considera la lunga storia di dolore cronico e uso di analgesici del paziente: il delirium potrebbe essere stato scatenato dall’assunzione di oppiacei a breve durata d’azione, non rilevati dagli esami tossicologici perché già eliminati dall’organismo al momento del ricovero. A determinare lo sviluppo e la gravità del delirium potrebbero inoltre aver contribuito gli stessi dolori persistenti del signor Brown.

La positività per triciclici dei test tossicologici appare a prima vista difficilmente spiegabile, perché in base alle informazioni fornite dalla moglie e dalla sorella il signor Brown non ha una storia di depressione e non ha mai fatto uso di antidepressivi. Tuttavia, tra i farmaci che ha assunto regolarmente negli ultimi tempi c’è anche la ciclobenzaprina, un miorilassante ad azione centrale dotato di proprietà analgesiche che viene spesso utilizzato nel trattamento di pazienti con dolore associato a condizioni muscolo-scheletriche. La ciclobenzaprina ha una formula di struttura simile a quella degli antidepressivi triciclici, di cui con-

divide molte caratteristiche farmacologiche, inclusi effetti psicoattivi. Sembra quindi probabile che il delirium del signor Brown sia stato causato da una qualche combinazione di ciclobenzaprina, oppiacei e benzodiazepine. La riduzione del sonno segnalata dai familiari potrebbe essere stata inizialmente provocata dal delirium, ma essere poi diventata un fattore che ha contribuito a perpetuarlo.

Letture consigliate

- KHAN, R.A., KAHN, D., BOURGEOIS, J.A. (2009), "Delirium: sifting through the confusion". In *Current Psychiatry Reports*, 11, pp. 226-234.
- MALDONADO, J.R. (2008), "Delirium in the acute care setting: characteristics, diagnosis and treatment". In *Critical Care Clinics*, 24, pp. 657-722.
- MALDONADO, J.R. (2008), "Pathoetiological model of delirium: a comprehensive understanding of the neurobiology of delirium and an evidence-based approach to prevention and treatment". In *Critical Care Clinics*, 24, pp. 789-856.
- TUNE, L., CARR, S., HOAG, E., COOPER, T. (1992), "Anticholinergic effects of drugs commonly prescribed for the elderly: potential means for assessing risk of delirium". In *American Journal of Psychiatry*, 149, pp. 1393-1394.

Caso 17.3 Apatico e depresso

Peter V. Rabins

Arthur Cullman, 71 anni, era stato indirizzato a uno psichiatra dal suo medico di famiglia, per la valutazione di sintomi depressivi che non avevano risposto a trattamenti farmacologici. Secondo quanto riportato dalla moglie, dopo essere andato in pensione il signor Cullman da qualche anno era "cambiato": per esempio, aveva gradualmente smesso di giocare a carte e a golf, attività a cui si era dedicato con entusiasmo "per decenni"; negava di sentirsi triste, ma diceva che vedere gli amici "non lo divertiva più" e spesso si rifiutava di uscire; passava la maggior parte del tempo seduto sul divano, preoccupato per questioni finanziarie e per il futuro. Negli ultimi tempi dormiva molto più del solito, fino a dodici ore al giorno; in meno di un anno era anche ingrassato di quasi quattro chili.

Supponendo che il pensionamento potesse aver portato allo sviluppo di una depressione, la signora Cullman aveva parlato della condizione del marito al medico di famiglia. Il medico aveva confermato i suoi timori e aveva prescritto prima un trattamento con sertralina (100 mg al giorno), durato otto mesi, e poi venlafaxina a rilascio prolungato (150 mg al giorno), che il paziente aveva assunto per oltre un anno. I sintomi del signor Cullman erano però progressivamente peggiorati, nonostante gli antidepressivi, e il medico di famiglia aveva alla fine consigliato il consulto di uno psichiatra.

allo psichiatra il signor Cullman aveva raccontato di avere avuto, attorno ai 25 anni di età, un periodo contrassegnato da difficoltà lavorative in cui si era sentito apatico, distaccato e incapace di concentrarsi. Questi sintomi erano continuati per diversi mesi, ma erano scomparsi senza alcun trattamento dopo che i problemi di lavoro si erano risolti. L'anamnesi familiare indicava che uno dei due fratelli del signor Cullman aveva avuto un singolo episodio di depressione maggiore, trattato con successo con un farmaco antidepressivo e psicoterapia. La madre aveva sofferto di demenza, con sintomi che avevano iniziato a manifestarsi verso i settant'anni.

Dal punto di vista medico il signor Cullman aveva una storia di ipertensione, dislipidemia e diabete di tipo 2; attualmente assumeva lisinopril, metformina, simvastatina e venlafaxina. Laureato in economia, era andato in pensione all'età di 67 anni, dopo una brillante carriera manageriale. Era sposato da 45 anni (un matrimonio che aveva definito felice) e aveva tre figli e quattro nipoti. A parte il breve periodo della sua giovinezza, diceva di essere sempre stato attivo, socievole e pieno di energia. Ammetteva di esserlo molto meno; sapeva che la moglie era preoccupata, ma attribuiva questi cambiamenti al pensionamento. Si era dichiarato "tutto sommato soddisfatto" della sua vita.

Il paziente aveva un aspetto ben curato. Camminava piano e presentava segni di rallentamento psicomotorio, ma non movimenti anomali o disturbi dell'andatura. Durante il colloquio con lo psichiatra era apparso vigile e collaborativo; parlava a voce bassa, ma con eloquio normale per velocità e ritmo, senza errori parafasici. L'e-

spressione delle emozioni era limitata. Aveva negato di sentirsi triste o in colpa, ma aveva espresso la convinzione di essere andato in pensione troppo presto. Negava anche la presenza di sentimenti di autosvalutazione, disperazione e pensieri o progetti di suicidio. All'esame cognitivo era apparso orientato nello spazio e nel tempo, salvo che non ricordava la data precisa. Nelle prove di memoria dopo due minuti aveva ricordato solo una delle tre parole pronunciate precedentemente; aveva eseguito correttamente tre di cinque sottrazioni consecutive, nominato correttamente quattro oggetti di uso comune e ripetuto con precisione una frase complessa. Era stato in grado di disegnare un orologio e di posizionarne esattamente i numeri, ma non di tracciare correttamente le lancette a indicare le due e dieci. L'esame fisico e neurolologico non aveva evidenziato nulla di rilevante; la pressione arteriosa era 142/82 mmHg e la frequenza cardiaca era di 84 battiti al minuto.

Diagnosi

- Disturbo neurocognitivo maggiore dovuto a malattia di Alzheimer

Discussione

Il signor Cullman ha 71 anni e una storia di graduale ritiro sociale, iniziata da circa tre anni. I suoi sintomi non hanno risposto al trattamento con due farmaci antidepressivi, sertralina (non a dosi massime) e venlafaxina (a dosi moderatamente alte). Ha alle spalle una vita “tutto sommato soddisfacente”, con un matrimonio felice e una carriera brillante, e l'attuale apatia rappresenta un cambiamento significativo rispetto ai comportamenti del passato. È possibile, ma non certo, che abbia avuto un episodio depressivo in età giovanile. Ha una storia familiare di depressione (il fratello) e di demenza a esordio tardivo (la madre). I sintomi emersi nel corso della valutazione includono rallentamento psicomotorio, mancato riconoscimento di tristezza e umore disforico, mancanza di preoccupazione per il declino funzionale e aumento del sonno; gli esiti dei test cognitivi indicano inoltre la presenza di deficit riguardanti memoria, concentrazione e calcolo.

Nel caso del signor Cullman la diagnosi differenziale è essenzialmente tra una demenza primaria (disturbo neurocognitivo) e una depressione maggiore con marcata apatia. A favore di una diagnosi di depressione deporrebbero la perdita di interesse per attività precedentemente considerate piacevoli, l'ipersonnia e l'insoddisfazione manifestata rispetto al pensionamento. La diagnosi più probabile è però quella di disturbo neurocognitivo maggiore dovuto a malattia di Alzheimer, con apatia e alterazione dell'umore. Tale diagnosi è sostenuta sia dalla presenza di deficit di funzioni esecutive, memoria e abilità visuospatiali (test dell'orologio), sia dall'insorgenza graduale e dalla lenta progressione dei sintomi, più tipiche di una demenza che di un disturbo depressivo – come è anche il mancato riconoscimento dell'alterazione dell'umore da parte del paziente. Anche se la malattia di Alzheimer è la causa più probabile del disturbo neurocognitivo, dovrebbero peraltro essere investigate altre possibili cause di demenza.

Il DSM-5 ha migliorato l'approccio diagnostico alla demenza sotto molti aspetti. Per prima cosa non richiede più una compromissione della memoria, requisito appropriato per la malattia di Alzheimer ma non necessariamente per la demenza frontotemporale o vascolare. Descrivendo una serie di deficit raggruppati in domini cognitivi specifici (attenzione complessa, funzione esecutiva, apprendimento e memoria, linguaggio, abilità percettivo-motoria e cognizione sociale), fornisce inoltre definizioni operative ed esempi che facilitano la valutazione dei sintomi. D'altro canto, sfortunatamente, il DSM-5 prevede la diagnosi di disturbo neurocognitivo anche in presenza di declino in un solo dominio, a differenza sia del DSM-IV sia della maggior parte delle concettualizzazioni della demenza, che presuppongono deficit multipli; in DSM-IV e ICD quelli che coinvolgono un'unica area cognitiva, quale linguaggio, percezione o memoria, vengono identificati come deficit focali, classificati separatamente perché implicano una diagnosi differenziale distinta.

Un secondo cambiamento importante è l'uso della definizione generale di *disturbo neurocognitivo*, presumibilmente preferito per evitare la connotazione peggiorativa associata al termine *demente*. Rimane da vedere se questa definizione verrà ampiamente adottata, se aiuterà effettivamente i pazienti e i loro familiari ad accettare la diagnosi e se porterà a un miglioramento dell'assistenza riducendo gli ostacoli dovuti a stigmatizzazioni. Il termine tradizionale *demenza* è comunque mantenuto come descrizione alternativa; alcuni (incluso il sottoscritto) continuano a prediligerlo: *neurocognitivo* implica che le manifestazioni siano cognitive e "neurologiche", ma i possibili sintomi di demenza includono anche alterazioni dell'umore, esperienze come allucinazioni e deliri e comportamenti come agitazione, vagabondaggio o apatia.

Un terzo cambiamento generale è la suddivisione in disturbi neurocognitivi maggiori e lievi. Tale modifica riflette il riconoscimento, negli ultimi anni, del fatto che diversi disturbi neurodegenerativi sono caratterizzati da un esordio insidioso e da una progressione molto lenta, con sintomi di modesta entità e di difficile interpretazione prima che il deterioramento funzionale diventi evidente. Questa differenziazione potrà diventare clinicamente rilevante in futuro, attraverso strategie di prevenzione basate sull'identificazione dei disturbi negli stadi più precoci.

Letture consigliate

- BLAZER, D. (2013), "Neurocognitive disorders in DSM-5". In *American Journal of Psychiatry*, 170, pp. 585-587.
- RABINS, P.V., LYKETSOS, C.G. (2011), "A commentary on the proposed DSM revision regarding the classification of neurocognitive disorders". In *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 19, pp. 201-204.
- ROSENBERG, P.B., ONYIKE, C.U., KATZ, I.R. ET AL. (2005), "Clinical application of operationalized criteria for 'Depression of Alzheimer's Disease". In *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 20, pp. 119-127.

Caso 17.4

Stanca e trasandata

George S. Alexopoulos

Betty Drucker, 76 anni, lamentava umore triste, diminuito interesse per attività che considerava precedentemente piacevoli, preoccupazioni eccessive per la sua situazione finanziaria, senso di insicurezza nelle relazioni interpersonali, problemi di concentrazione e difficoltà a trovare le parole. Aveva ridotto le sue interazioni sociali, non andava più al centro di ritrovo per anziani che frequentava abitualmente e aveva smesso di giocare a carte con le amiche perché non riusciva più a memorizzare la carte e a seguire l'andamento del gioco. Nei due mesi antecedenti era dimagrita di tre chili. Dormiva male, con sonno interrotto da ruminazioni angoscianti.

La signora Drucker, che non aveva mai sofferto di disturbi psichiatrici, aveva una storia di ipertensione, dislipidemia e occlusione coronarica con impianto di stent. Assumeva regolarmente idroclorotiazide, olmesartan, atorvastatina e aspirina a basse dosi. Da oltre trent'anni fumava circa mezzo pacchetto di sigarette al giorno.

La paziente aveva un aspetto stanco e trasandato; sembrava completamente priva di energie e aveva risposto molto lentamente alle domande poste dallo psichiatra durante la valutazione. Aveva un'espressione triste e mostrava segni di ansia e depressione. Si era detta preoccupata per i suoi problemi economici, ma lo psichiatra era riuscito almeno temporaneamente a rassicurarla. Era preoccupata anche dai suoi problemi di memoria. Dopo tre minuti era stata in grado di ricordare due di quattro oggetti che le erano stati precedentemente mostrati, con l'aggiunta di un terzo dopo diversi tentativi. In un minuto aveva nominato 14 cose che si potevano comprare in un supermercato. Aveva difficoltà a raggruppare gli oggetti per categorie; cercando di fornire una lista di vegetali alternati ad articoli di vestiario aveva commesso quattro errori, con 12 risposte esatte. Nel test dell'orologio aveva posizionato in maniera non uniforme i numeri corrispondenti alle ore, ma aveva disegnato correttamente le lancette. Alla Mini Mental State Examination aveva ottenuto un punteggio complessivo di 24. Aveva inoltre fornito, in un minuto, 22 risposte corrette nel test di Stroop – test che valuta la capacità di inibizione di una risposta automatica chiedendo al soggetto esaminato di denominare il colore dell'inchiostro con cui sono scritte parole che indicano un colore differente (per esempio, la parola "rosso" scritta in blu).

Gli esiti dell'esame neurologico erano sostanzialmente nella norma. Una TAC del cranio aveva evidenziato marcate iperintensità di segnale a livello della sostanza bianca periventricolare e sottocorticale.

Diagnosi

- Disturbo depressivo maggiore
- Disturbo neurocognitivo lieve

Discussione

Per caratterizzare la sindrome della signora Drucker ci si deve porre quattro domande, considerando le possibili diagnosi corrispondenti del DSM-5: 1) I segni e sintomi depressivi sono una risposta allo stress cronico derivato dalle crescenti limitazioni sociali e funzionali (disturbo dell'adattamento con umore depresso)? 2) La disfunzione cognitiva è un aspetto transitorio di un quadro depressivo (disturbo depressivo maggiore, episodio singolo)? 3) Il declino cognitivo riflette un disturbo neurocognitivo in fase precoce (disturbo neurocognitivo lieve), presumibilmente rivelato o accentuato dalla sindrome depressiva (disturbo depressivo maggiore, episodio singolo)? 4) I sintomi depressivi e cognitivi sono la conseguenza diretta di un evento neurologico, che è causa di alterazioni cognitive e dell'umore ma non implica necessariamente una progressione verso la demenza (disturbo depressivo dovuto a un'altra condizione medica)? Ad alcune di queste domande si può cercare di rispondere mediante un'attenta valutazione clinica, mentre altre potranno trovare risposta solo dopo la risoluzione dei sintomi depressivi o un follow-up a lungo termine.

In molti pazienti un declino funzionale progressivo e la necessità di adattarsi a uno stile di vita nuovo e inusuale determinano l'insorgenza di sintomi di ansia e depressione. Le reazioni a uno stress cronico includono spesso tristezza, umore depresso o senso di disperazione, ma raramente si manifestano con sintomi che riguardano tutti i cinque domini della sindrome depressiva (umore, attività motoria, funzioni cicliche, sintomi somatici e disturbi dell'ideazione). I pazienti con sintomi che coinvolgono tutti i domini e causano disagio e disfunzione significativi dovrebbero ricevere una diagnosi di depressione maggiore, considerando lo stress cronico come un fattore scatenante.

Il deterioramento cognitivo è una parte integrante della depressione maggiore in età avanzata; ma in assenza di un danno neurologico concomitante, come nel caso di un disturbo neurocognitivo, è generalmente lieve. Spesso i deficit più evidenti riguardano attenzione, rapidità di esecuzione dei compiti e rievocazione di parole; è comune (fino al 40% degli anziani affetti da depressione) anche una compromissione della funzione esecutiva, che si può manifestare con prestazioni ridotte in compiti di fluenza e organizzazione semantica, inibizione della risposta o pianificazione e che costituisce un fattore di rischio per una scarsa risposta agli antidepressivi. I pazienti con depressione associata a disfunzione esecutiva di solito non vanno incontro a demenza, ma la disfunzione spesso persiste anche dopo la scomparsa dei sintomi depressivi.

Tuttavia, nella popolazione anziana la comorbilità tra depressione e disturbi neurocognitivi è frequente. Più del 20% dei pazienti con malattia di Alzheimer sviluppa una depressione maggiore durante la fase preclinica o negli stadi iniziali e intermedi della demenza; la prevalenza di depressione è ancora più alta tra gli anziani con un disturbo neurocognitivo vascolare o misto, malattia a corpi di Lewy, degenerazione frontotemporale o morbo di Parkinson. Come parte di una depressione grave, alcuni pazienti sviluppano una sindrome di demenza i

cui segni e sintomi diminuiscono in seguito al miglioramento della depressione. Questa sindrome è stata considerata una forma di “pseudodemenza” benigna; il miglioramento dei sintomi di demenza è però generalmente solo temporaneo, e nel lungo termine spesso si riscontra una successiva evoluzione verso un disturbo neurocognitivo irreversibile.

Al momento la signora Drucker sembra soddisfare i criteri del DSM-5 sia per depressione maggiore che per disturbo neurocognitivo lieve, con deficit di memoria e disfunzione esecutiva. Assumendo che queste diagnosi siano corrette, resta da stabilire quali possono essere le cause più probabili dei sintomi depressivi e cognitivi. Focalizzandosi sulle eziologie più comuni in questa fascia di età, la diagnosi differenziale dovrebbe includere malattia di Alzheimer in stadio precoce, demenza vascolare o mista, malattia a corpi di Lewy, morbo di Parkinson e degenerazione frontotemporale. La storia di abitudine al fumo, dislipidemia, ipertensione e malattia coronarica, i risultati della TAC cranica e la presenza di rallentamento psicomotorio e disfunzione esecutiva suggeriscono in particolare la possibilità di un’origine vascolare della sindrome, con compromissione delle strutture sottocorticali e frontali mediiali legata a una patologia dei piccoli vasi.

Alternativamente, i sintomi depressivi e cognitivi della paziente potrebbero essere dovuti a una demenza mista (malattia di Alzheimer/malattia vascolare), in cui la patologia cerebrovascolare accelera il decorso clinico della malattia di Alzheimer: le sindromi cognitive a eziologia mista sono in effetti più frequenti di quelle a eziologia esclusivamente vascolare. Sono invece improbabili le diagnosi di malattia a corpi di Lewy e morbo di Parkinson, perché la signora Drucker non manifesta segni extrapiramidali o instabilità autonomica. In una paziente con deficit di memoria e senza alterazioni della personalità e disinibizione comportamentale risulta improbabile anche la possibilità di una demenza frontotemporale.

Letture consigliate

- ALEXOPOULOS, G.S. (2006), “The vascular depression hypothesis: 10 years later”. In *Biological Psychiatry*, 60, pp. 1304-1305.
- ALEXOPOULOS, G.S., MEYERS, B.S., YOUNG, R.C. ET AL. (1993), “The course of geriatric depression with “reversible dementia: a controlled study”. In *American Journal of Psychiatry*, 150, pp. 1693-1699.
- ALEXOPOULOS, G.S., RAUE, P.J., KIOSSES, D.N. ET AL. (2011), “Problem-solving therapy and supportive therapy in older adults with major depression and executive dysfunction: effect on disability”. In *Archives of General Psychiatry*, 68, pp. 33-41.
- MORIMOTO, S.S., GUNNING, F.M., KANELLOPOULOS, D. ET AL. (2012), “Semantic organizational strategy predicts verbal memory and remission rate of geriatric depression”. In *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 27, pp. 506-512.

Caso 17.5 Rigido e smemorato

James E. Galvin

Carl Estel, 74 anni, era stato sottoposto a una valutazione neuropsichiatrica a causa di un declino funzionale progressivo, iniziato diversi anni prima, caratterizzato principalmente da rigidità, apatia e deficit di attenzione e memoria. Il signor Estel era stato accompagnato dalla moglie, che dopo numerosi tentativi infruttuosi era finalmente riuscita a convincerlo della necessità di consultare uno specialista.

Secondo quanto riferito dalla signora Estel i problemi del marito erano incominciati quando era andato in pensione, all'età di 65 anni. Poco dopo il pensionamento era diventato "spaesato e malinconico", tanto da indurla a considerare l'ipotesi di una depressione. Sembrava anche insolitamente distratto; dimenticava di prendere le sue medicine o di pagare bollette e fatture, scordava appuntamenti, metteva le cose in posti sbagliati e aveva crescenti difficoltà a eseguire calcoli. Questi sintomi erano gradualmente peggiorati, ma nonostante le insistenze della moglie il signor Estel si era rifiutato di cercare aiuto. Era stato visitato solo una volta, qualche anno prima, nel Pronto Soccorso di un ospedale dove era stato portato in seguito a un incidente stradale. Non aveva riportato lesioni gravi, ma il medico del Pronto Soccorso aveva detto che l'incidente era stato causato da disattenzione e ridotta percezione della profondità, che il signor Estel avrebbe dovuto smettere di guidare e che era probabilmente affetto da demenza in stadio precoce.

Nel corso dell'anno antecedente il quadro si era ulteriormente aggravato. Il signor Estel spesso non riusciva a ricordare i risultati di avvenimenti sportivi che aveva appena guardato in televisione, anche se la sua memoria normalmente migliorava quando gli venivano forniti indizi. Non mostrava alcun interesse per attività che in passato lo divertivano, inclusi viaggi ed eventi sociali. In gioventù era stato un atleta, ma dopo una serie di cadute ora non usciva neanche a passeggiare nel vicinato. Aveva smesso di giocare a bridge con gli amici perché non era più in grado di rammentare le regole del gioco. La maggior parte del tempo sembrava abulico e triste, sebbene continuasse a sostenere di stare bene. Le sue capacità di giudizio e problem solving apparivano compromesse; il signor Estel aveva un diploma di scuola superiore ed era stato il titolare di una piccola impresa di lavori idraulici, ma la moglie diceva che ultimamente aveva difficoltà "anche ad accendere un fornello". Tutti questi problemi cognitivi sembravano essere fluttuanti: ogni tanto "tornava a essere quasi come prima", mentre a volte le pareva "di vivere con uno zombie, uno zombie depresso". La signora Estel aveva inoltre segnalato un'eccessiva sonnolenza diurna e momenti, sempre più frequenti, in cui il marito rimaneva "come imbambolato"; aveva aggiunto di sentirsi "completamente esausta".

In seguito a domande specifiche la signora Estel aveva riportato che effettivamente nessuno dei due la notte dormiva bene, soprattutto perché il marito aveva un sonno molto agitato: gridava, scalciava, tirava pugni, a volte cadeva anche dal letto. In di-

verse occasioni si era svegliata al mattino piena di lividi, motivo per cui alla fine aveva deciso che era meglio dormire sul divano. Questi episodi, in cui il signor Estel sembrava mettere in atto dei sogni, si verificavano parecchie volte al mese ed erano iniziati non molto tempo prima del suo pensionamento. La signora Estel ricordava di aver pensato, in principio, anche alla possibilità di un disturbo da stress post-traumatico, ma non riteneva che il marito avesse subito traumi particolari. Un paio di anni prima un'amica le aveva dato alcune "pillole per dormire" che si erano dimostrate efficaci nel caso di suo fratello, affetto da demenza, ma dopo aver assunto una di queste pillole il signor Estel era diventato estremamente rigido e confuso ("stavo quasi per portarlo in ospedale nel bel mezzo della notte").

In precedenza il signor Estel non aveva mai avuto disturbi psichiatrici. Quando le erano state poste domande sull'eventuale presenza di sintomi psicotici, la signora Estel aveva detto che c'erano momenti (circa due volte al mese) in cui il marito faceva movimenti rapidi e strani, "come se cercasse di colpire qualcosa di invisibile". L'anamnesi medica indicava ipercolesterolemia e una storia di malattia cardiovascolare (con impianto di stent) e possibili attacchi ischemici transitori. Dall'anamnesi familiare era emerso che la madre del signor Estel aveva sofferto di demenza, con sintomi che si erano manifestati in maniera evidente verso i 75 anni di età.

Il signor Estel era entrato nello studio camminando lentamente, curvo e rigido, trascinando i piedi; gli tremava la mano destra (il signor Estel era destrimano). Durante l'intervista della moglie aveva per lo più tenuto lo sguardo fisso nel vuoto, senza prestare apparentemente attenzione al colloquio. Sembrava depresso, ma quando interrogato a questo proposito aveva detto di sentirsi bene. Parlava a voce così bassa che le sue parole risultavano spesso inintelligibili anche da vicino. Ogni tanto perdeva saliva dalla bocca, ma se ne accorgeva solo quando la moglie gli asciugava il mento con un fazzoletto. Alla proposta di svolgere dei test cognitivi aveva scrollato le spalle e risposto: "Non so".

Diagnosi

- Disturbo neurocognitivo maggiore a corpi di Lewy
- Disturbo comportamentale del sonno REM

Discussione

Il signor Estel presenta un quadro di deterioramento cognitivo progressivo che coinvolge specialmente le aree dell'attenzione e delle abilità esecutive e visuospatiali, con sintomi che interferiscono in modo significativo con il suo livello di funzionamento; soddisfa quindi i criteri del DSM-5 per un disturbo neurocognitivo maggiore (o demenza).

Il dettagliato resoconto fornito dalla signora Estel permette di definire in modo più preciso la natura di questo disturbo. I primi sintomi manifestati dal marito sembrano essere state alterazioni del sonno caratterizzate da risposte motorie al contenuto di sogni agitati e violenti, seguite da un graduale declino di memo-

ria e funzioni esecutive; la cognitività rimane comunque fluttuante, con oscillazioni rilevanti nel corso della giornata. Il signor Estel ha poi sviluppato segni di parkinsonismo; ha anche iniziato ad avere apparenti allucinazioni visive, tuttora ricorrenti. Infine, l'assunzione di una non meglio identificata "pillola per dormire" ha causato uno stato confusionale e un forte peggioramento dei sintomi parkinsoniani. Considerati nel loro complesso, i dati disponibili indicano una diagnosi di probabile disturbo neurocognitivo maggiore a corpi di Lewy (DNCCL).

Nei pazienti con un disturbo neurocognitivo, in base ai criteri del DSM-5 una diagnosi di DNCCL (noto anche come demenza a corpi di Lewy) dovrebbe essere posta valutando tre caratteristiche "fondamentali" e due caratteristiche "suggestive" relativamente specifiche: il DNCCL è definito "probabile" se il paziente ha due caratteristiche diagnostiche fondamentali, oppure una caratteristica suggestiva con una o più caratteristiche fondamentali; "possibile" se il paziente ha una sola caratteristica fondamentale, oppure una o più caratteristiche suggestive.

La prima caratteristica fondamentale del DNCCL è una cognitività fluttuante con marcate variazioni di attenzione e vigilanza. Anche se si possono osservare in altri disturbi neurocognitivi, nel DNCCL tali fluttuazioni sono tipicamente più pronunciate di quelle riscontrabili, per esempio, nel contesto di una malattia di Alzheimer. Inoltre non riguardano soltanto la memoria ma rappresentano alterazioni spontanee dei livelli di coscienza, attenzione o concentrazione, con variazioni nell'arco di minuti, ore o giorni e con sintomi quali eccessiva sonnolenza diurna (inclusi sonnellini diurni di durata complessiva superiore a due ore), pensieri o discorsi illogici e incoerenti e frequenti momenti di "imbambolamento", come nel caso del signor Estel. La signora Estel ha raccontato che il marito a volte sembrava tornare "quasi se stesso", mentre altre pareva "uno zombie". Ha anche detto che tendenzialmente i suoi deficit di memoria (per esempio, rispetto agli eventi sportivi visti in televisione) miglioravano se gli venivano forniti indizi, cosa che in genere non si verifica nei pazienti con malattia di Alzheimer.

La seconda caratteristica diagnostica fondamentale è la presenza di allucinazioni visive ricorrenti (che i pazienti comunemente descrivono come piccoli uomini, bambini o animali), che possono essere accompagnate da allucinazioni in altre modalità sensoriali. Il signor Estel non ha riferito di avere allucinazioni, ma la moglie ha segnalato ripetuti episodi in cui compie movimenti strani come per "colpire qualcosa di invisibile".

La terza caratteristica fondamentale sono i sintomi di parkinsonismo, con esordio successivo allo sviluppo del deterioramento cognitivo (in caso contrario la diagnosi più probabile diventerebbe quella di morbo di Parkinson). Il signor Estel presenta alcune caratteristiche tipiche di parkinsonismo spontaneo – tra cui bradicinesia, rigidità (con o senza movimenti "a ruota dentata"), instabilità posturale e tremore a riposo – segni che hanno incominciato a manifestarsi circa due anni dopo l'insorgenza dei primi chiari sintomi cognitivi.

Il signor Estel potrebbe avere anche entrambe le caratteristiche diagnostiche indicate dal DSM-5 come suggestive di DNCCL. Innanzitutto sembra soddisfare i criteri per un disturbo comportamentale del sonno REM, insorto prima dei defi-

cit cognitivi; tale disturbo è un sintomo prodromico frequente sia di morbo di Parkinson, sia di DNCCL. Inoltre, il signor Estel ha sviluppato un quadro di confusione ed esacerbazione del parkinsonismo dopo aver assunto una delle “pillole per dormire” che erano state prescritte al fratello di un’amica della moglie, affetto da demenza. Sebbene sia difficile stabilirlo con certezza, è probabile che si tratti di un farmaco antipsicotico; se è così il signor Estel corrisponderebbe anche al secondo criterio suggestivo di DNCCL, quello di una “grave sensibilità ai neurolettici”. La sensibilità ai neurolettici è caratterizzata da rigidità eccessiva in seguito all’assunzione di antipsicotici “classici” o di altri farmaci antidopamina-nergici (inclusi antiemetici) ed è associata a un aumento del rischio di sindrome maligna da neurolettici.

Vanno comunque escluse altre possibilità diagnostiche. La malattia di Alzheimer è la forma di demenza più comune, ma la presenza di un disturbo comportamentale del sonno REM e il fatto che le capacità di rievocazione del signor Estel migliorino se gli vengono forniti indizi depongono per una sinucleinopatia come il DNCCL. Il signor Estel ha caratteristiche parkinsoniane, e il disturbo comportamentale del sonno REM è associato anche a morbo di Parkinson; tuttavia, la sequenza temporale con cui si sono manifestati i suoi sintomi cognitivi e motori rende improbabile una diagnosi di disturbo neurocognitivo maggiore dovuto a morbo di Parkinson. Una malattia cerebrovascolare potrebbe causare sintomi analoghi, che sono però generalmente accompagnati da segni neurologici focali e/o anomalie al neuroimaging. Infine, il signor Estel non sembra avere una storia di malattie psichiatriche. Disturbi psichiatrici primari possono emergere anche in età avanzata, ma la costellazione dei sintomi del signor Estel (sintomi cognitivi, motori, comportamentali e alterazioni del sonno) è più compatibile con una diagnosi di disturbo neurocognitivo, rispetto a una diagnosi psichiatrica primaria quale un disturbo depressivo.

Letture consigliate

- KARANTZOLIS, S., GALVIN, J.E. (2011), “Distinguishing Alzheimer’s disease from other major forms of dementia”. In *Expert Review of Neurotherapeutics*, 11, pp. 1579-1591.
MORTIMER, A.M., LIKEMAN, M., LEWIS, T.T. (2013), “Neuroimaging in dementia: a practical guide”. In *Practical Neurology*, 13, pp. 92-103.

Caso 17.6

Paranoia e allucinazioni

Lorin M. Scher, Barbara J. Kocsis

Dorothy Franklin, 54 anni, era stata accompagnata dal marito in un centro di Pronto Soccorso a causa di deliri e allucinazioni visive di gravità crescente. Il marito aveva riferito che la signora Franklin era stata episodicamente agitata per circa dieci anni e insolitamente sospettosa per circa sei mesi, e che da parecchie settimane soffriva quotidianamente di allucinazioni. La signora Franklin aveva definito queste sue esperienze "un incubo": "Vedo un giudice seduto di fronte a me; un'immagine nitida, proprio come se fosse vero. È un buon giudice, ma continuo a lanciargli contro delle bombe, senza riuscire a fermarmi. Sono terrorizzata, non ce la faccio più". Né lei né il marito erano in grado di identificare eventuali eventi scatenanti; la signora Franklin non assumeva farmaci o sostanze illecite in grado di indurre simili effetti.

Un mese prima il marito l'aveva portata al Pronto Soccorso perché i suoi sintomi erano diventati "fuori controllo" ed era "torturata dalle allucinazioni". Dopo un esame fisico e test di laboratorio che avevano dato risultati nella norma, la signora Franklin era stata ricoverata nel reparto psichiatrico con una diagnosi di "disturbo dello spettro schizofrenico e altri disturbi psicotici senza specificazione"; le erano stati prescritti clonazepam e risperidone a basse dosi. Dopo l'inizio del trattamento la frequenza delle allucinazioni era rapidamente diminuita; la signora Franklin era stata quindi dimessa dall'ospedale, la degenza era durata quattro giorni. Per un paio di settimane non aveva più menzionato il giudice; ma nonostante l'aderenza al trattamento le allucinazioni visive erano tornate, sempre le stesse, e da una settimana erano quasi costantemente presenti.

La paziente aveva riferito di essere stata "completamente normale" fino all'età di 42 anni. Nel decennio successivo era stata visitata da una serie di psichiatri per problemi quali agitazione, paranoia e aggressività. A 45 anni aveva ricevuto una diagnosi di schizofrenia, ma erano state poste anche altre diagnosi, per la maggior parte "non specifiche". La signora Franklin e il marito non riuscivano a ricordare i nomi di tutti i farmaci che le erano stati prescritti nel corso degli anni, che comunque includevano antidepressivi, antipsicotici, ansiolitici e stabilizzatori dell'umore.

La signora Franklin fumava da molti anni circa mezzo pacchetto di sigarette al giorno; beveva alcol solo raramente e non aveva mai fatto uso di sostanze stupefacenti. Per vent'anni aveva lavorato come cameriera in un ristorante, ma da dieci anni si era licenziata a causa di "troppi vassoi lasciati cadere per terra", frequenti errori nel ricordare le ordinazioni e per marcata irritabilità. In quel periodo la signora Franklin era stata anche arrestata perché aveva aggredito fisicamente la commessa di un negozio; aveva quindi deciso, d'accordo col marito, di smettere di lavorare per "ridurre il livello di stress".

La paziente aveva due figli adulti (26 e 28 anni), entrambi in buona salute, e una sorella con "problemi di depressione e irritabilità". La madre era morta dieci anni

prima, all'età di 70 anni; prima di morire era stata per molto tempo su una sedia a rotelle perché affetta da demenza grave, con instabilità posturale e movimenti involontari. Il nonno materno "si era ammalato" attorno ai 55 anni di età e a 62 anni si era suicidato con un colpo di pistola.

La signora Franklin era una donna minuta, con un aspetto ben curato e corrispondente all'età anagrafica. Durante la valutazione, seduta vicino al marito, gli aveva tenuto stretta una mano e lo aveva spesso guardato prima di rispondere alle domande. Mostrava segni di moderato rallentamento psicomotorio e associati a movimenti involontari bruschi e irregolari del tronco e degli arti superiori. Il contatto visivo era intermittente ma intenso. Aveva descritto il suo umore come "per niente buono" e presentava una ridotta reattività e mimica facciale. Parlava lentamente e a voce bassa, con scarsa spontaneità; i processi del pensiero apparivano lineari ma rallentati. Lamentava deliri paranoidi e vivide allucinazioni visive, che si erano manifestate anche nel corso del colloquio; negava la presenza di pensieri o progetti di suicidio o omicidio. All'esame cognitivo era apparsa vigile e orientata nel tempo e nello spazio, con un buon livello di attenzione e concentrazione; erano però emersi deficit significativi della memoria a breve e a lungo termine. La Mini Mental State Examination e il test dell'orologio avevano rivelato una moderata compromissione delle abilità visuospatiali e della capacità di pianificazione.

I risultati dei vari esami di laboratorio eseguiti dopo l'arrivo al Pronto Soccorso erano tutti nei limiti della norma. Si era quindi deciso di ricoverare la signora Franklin nell'unità psichiatrica per condurre ulteriori indagini.

Diagnosi iniziale

- Disturbo dello spettro schizofrenico e altri disturbi psicotici senza specificazione

Discussione

La signora Franklin ha sintomi psicotici e altri segni che suggeriscono un'ezioologia medica o neuropsichiatrica: a un'età relativamente avanzata per l'esordio di una psicosi manifesta allucinazioni visive, deficit cognitivi e anche un insieme di sintomi neurologici non specifici, tra cui bradicinesia e movimenti coreici.

Le condizioni mediche generali che possono causare sintomi psicotici sono numerose, e comprendono malattie infettive, metaboliche, cerebrovascolari, demielinizzanti e degenerative. Nel caso della signora Franklin, in cui appare improbabile una psicosi indotta da farmaci o sostanze, la presenza di segni neurologici e deficit cognitivi progressivi porta a considerare soprattutto la possibilità di un'ezioologia neuropsichiatrica; in particolare, la diagnosi differenziale dovrebbe includere morbo di Parkinson, demenza a corpi di Lewy, malattia di Huntington, epilessia e sclerosi multipla.

Il morbo di Parkinson, che nella popolazione di età superiore ai 50 anni ha una prevalenza che si aggira intorno all'1%, è caratterizzato da bradicinesia, ri-

gidità e tremore, a volte associati a demenza. I pazienti con morbo di Parkinson soffrono spesso di depressione, ma un quadro di psicosi – che può essere precipitato o aggravato dai farmaci anticolinergici e dopaminergici usati per il trattamento della malattia – non è infrequente. Va presa in esame anche la possibilità di un disturbo neurocognitivo a corpi di Lewy, le cui caratteristiche diagnostiche fondamentali includono allucinazioni visive ricorrenti e sintomi di parkinsonismo. La malattia di Huntington è un disturbo autosomico dominante inesorabilmente letale; in genere si manifesta nella quarta o quinta decade di vita, con un andamento progressivo caratterizzato da declino cognitivo, sintomi motori e sintomi psichiatrici che possono includere depressione, apatia, irritabilità e psicosi. In pazienti come la signora Franklin dovrebbe inoltre essere sempre accertata, mediante esami elettroencefalografici, l'eventuale presenza di epilessia. Crisi parziali complesse si possono manifestare con brevi allucinazioni e sintomi simili a quelli di un attacco di panico, mentre pazienti con epilessia di lunga data possono sviluppare sintomi psicotici cronici e persistenti. La sclerosi multipla, una malattia infiammatoria demielinizzante più comune nel sesso femminile, è spesso caratterizzata da depressione, irritabilità e deficit cognitivi, anche se allucinazioni e deliri non sono sintomi frequenti.

Diagnosi finale

- Disturbo neurocognitivo dovuto a malattia di Huntington

Discussione

Dopo il ricovero per disturbo psicotico senza specificazione la signora Franklin è stata sottoposta, con esiti negativi, a esami di risonanza magnetica per escludere la presenza a livello cerebrale di lesioni, masse o processi demielinizzanti che potessero indicare condizioni quali tumori, ictus o sclerosi multipla. Anche i risultati degli esami elettroencefalografici erano negativi e non era stato possibile rilevare alcuna attività epilettiforme.

Considerando sia la natura e il decorso dei sintomi della signora Franklin, sia la sua storia familiare di demenza e disturbi psichiatrici a insorgenza tardiva, diventava sempre più probabile l'ipotesi che la paziente fosse affetta da malattia di Huntington. Dopo lunghi colloqui e discussioni con lei e il marito, la signora Franklin ha deciso di eseguire i test genetici per la malattia, che hanno confermato la diagnosi. Dopo ulteriori interventi psicosociali e terapeutici sintomatici, la signora Franklin è stata dimessa dall'ospedale e indirizzata a un centro ambulatoriale specializzato nell'assistenza a pazienti con malattia di Huntington.

Letture consigliate

- BECK, B.J. (2008), "Mental disorders due to a general medical condition". In STERN, T.A., ROSENBAUM, J.F., FAVA, M. ET AL. (a cura di), *Massachusetts General Hospital Comprehensive Clinical Psychiatry*. Mosby/Elsevier, Philadelphia.

- LANCMAN, M. (1999), "Psychosis and peri-ictal confusional states". In *Neurology*, 53, pp. S33-S38.
- ROSENBLATT, A., LEROI, I. (2000), "Neuropsychiatry of Huntington's disease and other basal ganglia disorders". In *Psychosomatics*, 41, pp. 24-30.
- SCHER, L.M., KOCSIS, B.J. (2012), "How to target psychiatric symptoms of Huntington's disease". In *Current Psychiatry*, 11, pp. 34-39.
- WEINTRAUB, D., HURTIG, H.I. (2007), "Presentation and management of psychosis in Parkinson's disease and dementia with Lewy bodies". In *American Journal of Psychiatry*, 164, pp. 1491-1498.

Caso 17.7 Improvvisamente ribelle

Stuart C. Yudofsky, Robert E. Hales

Emily, 19 anni, aveva accettato di sottoporsi a una valutazione psichiatrica a causa delle ripetute e assillanti insistenze dei genitori; ma con estrema riluttanza, dichiarando enfaticamente: "Sono loro che hanno bisogno di uno psichiatra, non io". Emily diceva di non avere problemi particolari, a parte i genitori che "la facevano diventare matta": "Sto benissimo, ho un sacco di amici, esco quasi tutte le sere e mi diverto". Mentre Emily "si divertiva", la sorella frequentava la Duke University, il fratello minore era uno studente modello in un liceo prestigioso e i genitori erano entrambi affermati radiologi. La ragazza aveva commentato: "Non crede che ci siano già abbastanza persone di successo, per una sola famiglia?".

Il resoconto fornito dai genitori, intervistati dallo psichiatra con il consenso di Emily, era decisamente diverso. Visibilmente angosciati, avevano raccontato che negli ultimi anni la figlia era diventata irritabile, indolente e oppositiva. Quando usciva la sera beveva quasi sempre fino a ubriacarsi, spesso tornava a casa a notte inoltrata o il giorno dopo, oppure spariva per interi weekend. Nella sua stanza avevano trovato un flacone di alprazolam, compresse di farmaci stimolanti e piccole quantità di marijuana e cocaina. La madre aveva definito il cambiamento di personalità di Emily come "un incubo adolescenziale"; aveva descritto gli amici della figlia come "ragazzi che non fanno niente dal mattino alla sera e che non sembrano avere alcun interesse, a parte i loro tatuaggi o le loro strane acconciature". Il padre aveva aggiunto: "Quello che ci preoccupa non sono tanto i suoi atteggiamenti ribelli, quanto il fatto che non la riconosciamo davvero più".

Secondo quanto riferito dai genitori tale "incubo adolescenziale" era iniziato quattro anni prima. All'età di 15 anni Emily era una ragazza studiosa, brillante, attiva, con un vivace senso dell'umorismo e una cerchia di "amici meravigliosi". Amici che a un certo punto aveva improvvisamente smesso di frequentare; aveva anche smesso di studiare, e nel giro di un breve periodo i suoi voti, che erano sempre stati eccellenti, erano diventati ai limiti della sufficienza. I genitori si erano dichiarati incapaci di spiegare i motivi di questo cambiamento così brusco e drammatico.

Alla luce di un simile calo repentino del rendimento scolastico, lo psichiatra aveva chiesto a Emily di condurre una serie di test neuropsicologici. In particolare, Emily era stata sottoposta a due tipi di test che aveva già eseguito all'età di 13 anni per l'ammissione alla scuola superiore dove si era poi iscritta: il System for Assessment and Group Evaluation (SAGE), che valuta un ampio spettro di capacità intellettive e percettive, e i Differential Aptitude Tests (DAT), che valutano principalmente ragionamento, uso del linguaggio e abilità percettive. Dal confronto con gli esiti precedenti era emerso che al SAGE i punteggi ottenuti da Emily erano passati dal 10° percentile superiore per un'età di 13 anni al 10° percentile inferiore per l'età adulta (e al 20° percentile inferiore per un tredicenne). Per tutte le variabili misurate dal DAT a 13 an-

ni Emily aveva ottenuto punteggi nettamente più alti della media, mentre a 19 anni tutti i punteggi erano risultati inferiori alla media.

Un elettroencefalogramma, una TAC del cranio e una risonanza magnetica cerebrale non avevano evidenziato segni di lesioni strutturali; le immagini ottenute mediante esami più approfonditi – FLAIR (Fluid Attenuated Inversion Recovery) T2 pesata – mostravano però una chiara lesione a livello della corteccia frontale sinistra, che suggeriva fortemente la possibilità di un precedente trauma cranico.

Dopo ulteriori domande sul periodo in cui si era verificato il suo apparente cambiamento, alla fine Emily aveva riferito un incidente stradale successo mentre si trovava sull'auto di Mark, che all'epoca era il suo ragazzo. Emily non rammentava i dettagli dell'episodio, ma ricordava di aver battuto la testa e di avere poi sofferto di cefalea per parecchie settimane. Dato che non avevano riportato ferite e che l'auto non aveva subito danni, lei e Mark non avevano raccontato a nessuno dell'incidente. Con il permesso di Emily lo psichiatra aveva quindi contattato Mark, che nel frattempo si era trasferito in un'altra città.

Mark, che ora era uno studente universitario, si era mostrato molto collaborativo, oltre che dotato di ottima memoria. Ricordava bene l'incidente: "Emily ha battuto violentemente la testa contro il cruscotto dell'auto; non è svenuta ma è rimasta confusa e intontita per almeno un paio d'ore. Le ho chiesto quando doveva rientrare a casa, ma non mi ha risposto; per la verità non sembrava neanche sapere dove si trovasse o che giorno fosse. Parlava con grande lentezza e diceva che la testa le faceva molto male; ha anche vomitato due volte. Ero molto spaventato, ma quando si è ripresa Emily ha insistito sul fatto che non voleva informare i genitori dell'accaduto perché erano già fin troppo protettivi. Poco tempo dopo mi ha lasciato e da allora non ci siamo quasi più visti".

Diagnosi

- Disturbo neurocognitivo lieve dovuto a trauma cranico, con alterazione comportamentale
- Disturbo da uso di alcol

Discussione

Spinta al consulto di uno psichiatra da genitori "iperprotettivi", Emily ha cercato di trasmettere l'immagine di una ragazza tendenzialmente ribelle e anticonformista, che a differenza dei familiari "di successo" tenta semplicemente di godersi la vita. I genitori hanno invece descritto una quindicenne vivace, studiosa e simpatica che si è rapidamente trasformata in "un incubo", e che ora va male a scuola, è maleducata, intrattabile e fa uso di sostanze. Di fronte a un simile cambiamento la diagnosi differenziale appare inizialmente ampia, ma può essere chiarita attraverso un'anamnesi accurata e un'attenta valutazione della paziente.

La trasformazione a cui era andata incontro Emily sembrava in qualche modo diversa dai cambiamenti che si riscontrano tipicamente in seguito all'insorgen-

za di disturbi dell'umore, d'ansia o da uso di sostanze. Lo psichiatra si è quindi focalizzato sul repentino peggioramento del rendimento scolastico, sottoponendo la paziente a test che rispetto alle prestazioni fornite qualche anno prima hanno rivelato un notevole declino cognitivo. Domande mirate hanno poi portato alla scoperta dell'incidente d'auto che aveva avuto un ruolo centrale nello sviluppo dei sintomi.

Nell'incidente Emily ha subito un trauma cranico. In base alle informazioni anamnestiche raccolte risultano soddisfatti almeno due dei quattro criteri previsti per una diagnosi di trauma cranico (per porre la diagnosi ne è sufficiente uno): subito dopo l'incidente era rimasta confusa e disorientata per ore e non ricorda molto dell'episodio (amnesia post-traumatica). Non ha perso coscienza e non ha manifestato segni neurologici, ma le indagini di neuroimaging effettuate a quattro anni di distanza hanno evidenziato una lesione che "suggerisce fortemente" un trauma a livello della corteccia frontale sinistra.

Secondo il DSM-5 la diagnosi di disturbo neurocognitivo dovuto a trauma cranico richiede evidenze di un declino nel funzionamento cognitivo, evidenze che nel caso di Emily sono fornite dalle osservazioni dei genitori, dai voti scolastici e dal confronto tra i risultati dei test condotti all'età di 13 anni e nell'ambito dell'attuale valutazione. Non è altrettanto chiaro se il suo disturbo neurocognitivo debba considerarsi maggiore o lieve. Generalmente nella categoria più grave rientrano gli individui con deficit che interferiscono con attività della vita quotidiana (come pagare le bollette o gestire i farmaci), mentre il disturbo è classificato "lieve" quando la compromissione cognitiva è modesta. I risultati dei test ripetuti nell'arco di pochi anni da Emily indicano un declino indubbiamente rilevante (con un passaggio dal 10^o percentile superiore al 10^o percentile inferiore), che in base ai suoi standard – e agli standard dei suoi familiari – è probabilmente ritenuto catastrofico. Ciò nonostante la diagnosi più appropriata sembra essere quella di disturbo neurocognitivo lieve dovuto a trauma cranico, perché i deficit di Emily non le impediscono, per esempio, di prendersi cura della propria persona, di guidare o di avere un'intensa vita sociale. Per i disturbi neurocognitivi il DSM-5 prevede l'uso di specificatori relativi alla presenza o assenza di alterazione comportamentale; nel caso di un disturbo lieve l'alterazione non può essere codificata, ma dovrebbe comunque essere indicata per iscritto.

La storia di Emily illustra anzitutto due difficoltà che si possono incontrare nel formulare una diagnosi neuropsichiatrica. Per prima cosa, anche se alcuni disturbi neuropsichiatrici insorgono in modo improvviso ed eclatante, molti altri hanno un esordio più insidioso. In certi casi, come per Emily, il danno può essere acuto ma il legame tra il disturbo sottostante e il quadro sintomatologico rimane oscuro. Il trauma cranico è stato un evento acuto con conseguenze scolastiche e sociali pressoché immediate, ma l'incidente non ha provocato lesioni palese e i deficit cognitivi non sono stati prontamente riconosciuti: genitori e insegnanti non erano riusciti a capire i motivi dei comportamenti dirompenti, del declino scolastico e dei cambiamenti della personalità di Emily. È inoltre dif-

ficile stabilire se i suoi sintomi siano effetti diretti o secondari del danno cerebrale, oppure una combinazione di entrambi. Il trauma a livello della corteccia frontale ha avuto un impatto cognitivo significativo; una lesione della corteccia prefrontale potrebbe anche avere avuto effetti negativi diretti su controllo degli impulsi, funzioni esecutive, giudizio sociale e capacità di comprendere e applicare concetti astratti.

Dopo il trauma cranico non riconosciuto, ripetuti fallimenti scolastici e interpersonali hanno molto probabilmente cambiato il modo in cui genitori, insegnanti e compagni vedevano Emily, e come Emily vedeva se stessa. Si è improvvisamente ritrovata incapace di mantenere la sua posizione tra "persone di successo" come i familiari e i vecchi amici; ne ha cercati di nuovi iniziando a frequentare un gruppo di "nullafacenti" trasgressivi e privi di interessi, che l'ha forse aiutata a riacquisire un senso di appartenenza. Più o meno nello stesso periodo Emily ha incominciato a bere e a usare sostanze illecite, il che solleva altre domande: lo ha fatto per cercare di migliorare le sue prestazioni cognitive (stimolanti), per ridurre l'ansia (cannabis), per convincersi di avere sotto controllo i suoi cambiamenti in termini di cognitività e personalità, o soltanto per adeguarsi alle norme culturali del nuovo gruppo di amici? In altre parole, qual è il fenomeno e quale l'epifenomeno? I marcati cambiamenti nella personalità di Emily sono conseguenze dirette del trauma cranico, o risposte disfunzionali a stress psicologici generati dal deterioramento cognitivo? O, ancora, si è creata un'interazione complessa tra questi cambiamenti, accompagnati da stress e opportunità crescenti dell'adolescenza?

Per quanto sia arduo esaminare tutti i fattori che potrebbero aver contribuito a determinare l'attuale situazione di Emily, è importante identificare condizioni psichiatriche concomitanti, come il disturbo da uso di alcol, che possono avere ulteriormente esacerbato i suoi problemi cognitivi; va accertata in particolare l'eventuale presenza di disturbi d'ansia e dell'umore. Chiarire il ruolo delle varie componenti che possono aver portato allo sviluppo di un simile quadro clinico è essenziale per elaborare un efficace approccio terapeutico eclettico e flessibile.

Letture consigliate

- LEE, H., WINTERMARK, M., GEAN, A.D. ET AL. (2008), "Focal lesions in acute mild traumatic brain injury and neurocognitive outcome: CT versus 3T MRI". In *Journal of Neurotrauma*, 25, pp. 1049-1056.
- MCAILLISTER, T.W. (2011), "Mild brain injury". In SILVER, J.M., MCAILLISTER, T.W., YUDOFSKY, S.C. (a cura di), *Textbook of Traumatic Brain Injury*. American Psychiatric Publishing, Washington.
- RUFF, R.M., IVERSON, G.L., BARTH, J.T. ET AL. (2009), "Recommendations for diagnosing a mild traumatic brain injury: a National Academy of Neuropsychology Education paper". In *Archives of Clinical Neuropsychology*, 24, pp. 3-10.
- SILVER, J.M., MCAILLISTER, T.W., ARGINIEGAS, D.B. (2009), "Depression and cognitive complaints following mild traumatic brain injury". In *American Journal of Psychiatry*, 166, pp. 653-661.

YUDOFSKY, S.C. (2005), "Getting help". In *Fatal Flaws: Navigating Destructive Relationships With People With Disorders of Personality and Character*. American Psychiatric Publishing, Washington.

YUDOFSKY, S.C., HALES, R.E. (2012), "Neuropsychiatry: back to the future". In *Journal of Nervous and Mental Disease*, 200, pp. 193-196.

18. Disturbi di personalità

Introduzione

John W. Barnhill

La personalità è il pattern costante di comportamento ed esperienza interiore che si rispecchia nel nostro modo di pensare, di percepire, di agire, di vedere noi stessi e gli altri; i tratti di personalità sono spesso le caratteristiche distintive centrali che citiamo quando vogliamo descrivere qualcuno.

Psichiatri e altri professionisti della salute mentale hanno dedicato e dedicano una considerevole quantità di tempo a riflettere sui meandri della personalità e sulle modalità con cui tratti di personalità patologici causano disagio e disfunzione nell'individuo e nelle persone che lo circondano. Personalità e disturbi di personalità sono entità estremamente complesse, ma come molti altri sistemi complessi tendono a rientrare in pattern. Clinici e studiosi di diverse discipline sono andati per decenni alla ricerca di una specie di "Sacro Graal": un sistema nosologico che fosse semplice da usare ma nello stesso tempo sufficientemente sofisticato, in grado di cogliere i paradossi, le stranezze e le complicate e tortuose sfumature della personalità umana. Nel campo della psichiatria i disturbi di personalità sono stati tradizionalmente concettualizzati come categorie diagnostiche corrispondenti a sindromi cliniche qualitativamente distinte, mentre in un altro paradigma i disturbi di personalità sono concettualizzati in termini dimensionali, come varianti disfunzionali di tratti della personalità umana lungo un gradiente continuo da disadattivo a normale. Nel processo di sviluppo del DSM-5 un gruppo di esperti ha preso in esame vari approcci che potessero permettere di incorporare entrambi i paradigmi; dopo lunghi e accesi dibattiti, si è arrivati alla decisione di includere nel DSM-5 sia la prospettiva categoriale tradizionale (nel testo principale), sia un nuovo modello categoriale-dimensionale ibrido (descritto nella Sezione III, "Modello alternativo del DSM-5 per i disturbi di personalità"). Ciò significa che i dieci disturbi di personalità del DSM-IV, con i loro rispettivi criteri diagnostici, rimangono essenzialmente invariati; il cambiamento sostanziale più importante, legato all'eliminazione del sistema multiassiale, è che tali disturbi non sono più elencati separatamente dalle altre diagnosi del DSM-5.

Per capire meglio le similarità e le differenze tra i due modelli può essere utile esaminare le indicazioni che ne derivano per la valutazione e la diagnosi di un disturbo specifico, per esempio il disturbo ossessivo-compulsivo di personalità.

Secondo l'approccio categoriale un paziente può ricevere questa diagnosi se soddisfa determinati criteri: il clinico dovrebbe innanzitutto accertare la presenza di un pattern persistente e disfunzionale, per esempio, di perfezionismo a spese di flessibilità ed efficienza, per poi identificare almeno quattro criteri sintomatologici specifici (che includono preoccupazione eccessiva per l'ordine e i dettagli, riluttanza a delegare compiti, rigidità e testardaggine). Va inoltre verificata la possibilità che i sintomi siano attribuibili a un altro disturbo – eventualità che potrebbe portare alla formulazione di un'unica diagnosi differente (come nel caso di un paziente con schizofrenia che causa sintomi simili a quelli di un disturbo ossessivo-compulsivo di personalità), oppure a porre più diagnosi (come nel caso di un paziente che soddisfa anche i criteri per altri disturbi di personalità).

In base al nuovo modello ibrido, il DSM-5 propone sei diagnosi (disturbo di personalità antisociale, evitante, borderline, narcisistico, ossessivo-compulsivo e schizotipico), per ognuna delle quali richiede due tipi di valutazione. La prima prevede l'identificazione di compromissioni significative in almeno due di quattro aree del funzionamento della personalità – identità, autodirezionalità, empatia e intimità – con elementi specifici per ciascuna diagnosi. Per ricevere una diagnosi di disturbo ossessivo-compulsivo di personalità un paziente dovrebbe manifestare, per esempio, una compromissione rilevante del funzionamento della personalità legata a un senso di sé che deriva prevalentemente dal lavoro (identità), unito a rigidità e testardaggine che influenzano negativamente i rapporti con gli altri (intimità).

La seconda valutazione riguarda i tratti di personalità, suddivisi in cinque grandi domini. Come mostra la Tabella 18.1, ogni dominio corrisponde a un ampio spettro di tratti compresi fra due poli; per esempio, antagonismo da una parte e disponibilità dall'altra. Anche se a molti psichiatri potrebbero sembrare nuovi, nell'area della psicologia accademica questi cinque domini generali sono stati rigorosamente studiati per anni nell'ambito del *Five Factor Model* e delle sue dimensioni della personalità: nevrotismo, estroversione, gradevolezza, coscienziosità e apertura all'esperienza. A ogni dimensione corrisponde un insieme di tratti caratteristici. Applicato a un singolo individuo, il *Five Factor Model* consente di assegnare un punteggio percentile per ciascun tratto; per esempio, il teorico paziente con disturbo ossessivo-compulsivo di personalità potrebbe risultare nel 95° percentile per coscienziosità e nel 5° percentile per apertura all'esperienza. Il DSM-5 ha adattato tali dimensioni e tratti di personalità con una focalizzazione più specifica sui disturbi psichiatrici.

Tabella 18.1 Modello alternativo del DSM-5: domini dei tratti di personalità patologici

Dominio negativo		Dominio positivo
Affettività negativa	vs	Stabilità emotiva
Distacco	vs	Estroversione
Antagonismo	vs	Disponibilità
Disinibizione*	vs	Coscienziosità*
Psicotismo	vs	Lucidità mentale

* Entrambe le opposte polarità sono considerate patologiche.

I cinque domini negativi descritti dal DSM-5 includono 25 tratti patologici specifici. La diagnosi di un particolare disturbo di personalità richiede la presenza della maggior parte dei tratti tipici; per esempio, il paziente con disturbo ossessivo-compulsivo di personalità dovrebbe mostrare, oltre a perfezionismo rigido (un aspetto di estrema coscienziosità), almeno altri due dei seguenti tre tratti: perseverazione (un aspetto dell'affettività negativa), evitamento dell'intimità e affettività ridotta (entrambi aspetti del dominio del distacco). Il modello ibrido alternativo del DSM-5 prevede inoltre che tratti specifici possano essere segnalati, quando ritenuto opportuno, anche se non fanno parte dei criteri per il disturbo diagnosticato; per esempio, la presenza di ostilità (un tratto associato al dominio dell'affettività negativa) può essere specificata nel caso di qualsiasi diagnosi (e non essere necessariamente considerata come un tratto correlato a condizioni quali un disturbo antisociale di personalità).

Entrambi i modelli del DSM-5 sembrano avere vantaggi e svantaggi. Il modello ibrido, che si fonda su una considerevole mole di studi, potrebbe favorire una comprensione più articolata dei pazienti. D'altro canto, l'attuale complessità dell'approccio mette in difficoltà anche i clinici più esperti, e le difficoltà legate all'uso di un nuovo sistema diagnostico rischiano di ridurre l'utilità dei dati provenienti dalla ricerca nella pratica psichiatrica. Il paradigma tradizionale è invece stato criticato sia per l'eccessiva comorbilità ed eterogeneità all'interno dei singoli disturbi, sia a causa della frequenza con cui in passato veniva posta la diagnosi di "disturbo di personalità non altrimenti specificato", modificata solo marginalmente dal DSM-5 con le diagnosi di disturbo di personalità "con altra specificazione" o "senza specificazione". L'approccio categoriale, reso noto dal DSM-IV, è però relativamente facile da usare e segue la struttura utilizzata per tutte le altre categorie diagnostiche del DSM-5; è anche il modello incluso nella parte principale del testo, e come tale rimane la prospettiva ufficiale dell'American Psychiatric Association sui disturbi di personalità.

Letture consigliate

- MCKINNON, R.A., MICHELS, R., BUCKLEY, P.J. (2006), *The Psychiatric Interview in Clinical Practice*. American Psychiatric Publishing, Washington.
- MICHELS, R. (2012), "Diagnosing personality disorders". In *American Journal of Psychiatry*, 169, pp. 241-243.
- SHEDLER, J., BECK, A., FONAGY, P. ET AL. (2010), "Personality disorders in DSM-5". In *American Journal of Psychiatry*, 167, pp. 1026-1028.
- SKODOL, A.E., BENDER, D.S., OLDSHAM, J.M. ET AL. (2011), "Proposed changes in personality and personality disorder assessment and diagnosis for DSM-5, part II: clinical application". In *Personality Disorders*, 2, pp. 23-30.
- SKODOL, A.E., CLARK, L.A., BENDER, D.S. ET AL. (2011), "Proposed changes in personality and personality disorder assessment and diagnosis for DSM-5, part I: description and rationale". In *Personality Disorders*, 2, pp. 4-22.
- WESTEN, D., SHEDLER, J., BRADLEY, B., DEFIFE, J.A. (2012), "An empirical derived taxonomy for personality diagnosis: bridging science and practice in conceptualizing personality". In *American Journal of Psychiatry*, 169, pp. 273-284.

Caso 18.1

Conflitti di personalità

Larry J. Siever, Lauren C. Zaluda

Frazier Archer, 34 anni, celibe, aveva deciso di partecipare a un programma di ricerca sui disturbi di personalità e dell'umore perché un ex amico una volta lo aveva definito "borderline". Il signor Archer voleva sapere di più sui suoi "conflitti di personalità".

Durante l'intervista diagnostica aveva riferito situazioni ricorrenti, quasi quotidiane, in cui era certo che altri gli mentissero o cercassero di imbrogliarlo. In particolare, non si fidava delle persone che ricoprivano ruoli di autorità, né di "quelli che hanno studiato psicologia e che usano quanto hanno imparato sulla mente umana per manipolare la gente. Ma io non me la bevo; a differenza di altri sono capace di riconoscere le manipolazioni e gli inganni".

Il signor Archer era estremamente meticoloso, ma aveva difficoltà a delegare o completare i compiti che gli venivano affidati. Vari datori di lavoro gli avevano detto che badava troppo alle regole, all'ordine e a dettagli insignificanti; inoltre, avrebbe dovuto mostrarsi più socievole. In effetti nel corso degli anni aveva avuto numerosi impieghi; si era però affrettato a precisare che a volte lo avevano licenziato, ma spesso era stato lui a dare le dimissioni: "Non sono molti quelli che come me continuano a pensare che la qualità sia più importante della produttività". La sospettosità del signor Archer aveva contribuito a determinare il suo "brutto carattere" e i suoi problemi nelle relazioni affettive. Passava la maggior parte del tempo da solo e aveva rapporti sociali "soltanto superficiali" con un ristretto numero di conoscenti; diceva di ricordare perfettamente le occasioni in cui "amanti e cosiddetti amici" lo avevano tradito.

La raccolta delle informazioni anamnestiche indicava che il signor Archer non aveva una storia di eventi traumatici, problemi correlati all'uso di sostanze, condizioni mediche rilevanti, trauma cranico o perdita di coscienza. Non aveva mai consultato uno psichiatra, ma aveva considerato la possibilità di essere affetto da "un disturbo mentale non ancora diagnosticato".

Il signor Archer aveva un aspetto ben curato e nel corso della valutazione era apparso collaborativo e orientato nel tempo e nello spazio. L'eloquio era variabile: a volte prima di rispondere alle domande aveva fatto lunghe pause di riflessione, parlando poi molto lentamente; il suo tono di voce cambiava però significativamente quando descriveva situazioni che lo avevano fatto arrabbiare. Molte delle sue risposte erano prolisse, vaghe e digressive, ma in generale sembrava coerente e non erano emersi segni di alterazioni percettive. L'espressione delle emozioni appariva tendenzialmente ridotta e occasionalmente inappropriata. Aveva dichiarato di essere indifferente al pensiero di morire, ma negava qualsiasi forma di ideazione suicida o omicida.

Degno di nota era anche il fatto che il signor Archer si era irritato con il ricercatore che aveva condotto il colloquio quando gli era stato comunicato che i risultati

della sua intervista potevano essere discussi verbalmente, ma non poteva ricevere una copia dei questionari che aveva compilato. Il signor Archer aveva reagito in modo polemico, accusando il gruppo di ricerca di scarsa professionalità e scorrettezza.

Diagnosi

- Disturbo paranoide di personalità
- Disturbo ossessivo-compulsivo di personalità

Discussione

Il signor Archer ha descritto modalità di interazione con il mondo esterno che appaiono durature, inflessibili e disfunzionali. Mostra da tempo un pattern pernitosivo di diffidenza e sospettosità nei confronti degli altri; crede di essere sfruttato e ingannato, dubita della lealtà degli amici e della fedeltà dei partner sessuali, porta costantemente rancore. Questo insieme di sintomi soddisfa i criteri del DSM-5 per la diagnosi di disturbo paranoide di personalità.

Un secondo insieme di tratti di personalità è correlato a preoccupazione per l'ordine, perfezionismo e controllo; il signor Archer presta eccessiva attenzione a regole e dettagli futili, è rigido, intransigente e riluttante a delegare compiti. Ha quindi ricevuto anche una diagnosi di disturbo ossessivo-compulsivo di personalità.

Per qualsiasi disturbo di personalità, prima di formulare la diagnosi è necessario escludere la possibilità che i sintomi siano dovuti agli effetti fisiologici di una sostanza o di un'altra condizione medica. Tale possibilità pare molto improbabile nel caso del signor Archer, che ha riferito di non avere una storia di abuso di sostanze, malattie mediche o trauma cranico. Inoltre, i suoi pattern di comportamento persistono da anni e non sembrano essere correlati a un cambiamento delle circostanze di vita o a eventi particolari, né conseguenze di un altro disturbo mentale.

Non è sorprendente che oltre ai criteri per le due diagnosi ricevute il signor Archer soddisfi in parte anche quelli per altri disturbi di personalità (tra cui il disturbo schizotipico, borderline, narcisistico ed evitante). La coesistenza di diversi disturbi di personalità è frequente, e se un paziente soddisfa pienamente i criteri per più di un disturbo dovrebbero essere poste tutte le diagnosi corrispondenti. Nella popolazione clinica le probabilità di una diagnosi isolata sono particolarmente basse per il disturbo paranoide di personalità, che risulta spesso in comorbilità con il disturbo schizotipico di personalità e/o con altri disturbi dello spettro della schizofrenia (dato attribuibile alla sovrapposizione dei criteri relativi alla presenza di paranoia). Il signor Archer manifesta instabilità emotiva, ansia, rabbia e arroganza, sintomi che spesso si riscontrano nei disturbi di personalità del gruppo B, che comprende il disturbo borderline e il disturbo narcisistico di personalità. Vista la relativa rarità con cui il disturbo paranoide di personalità si presenta isolatamente, diverse ricerche condotte negli ultimi an-

ni hanno suggerito la possibilità di “fondere” alcuni disturbi di personalità, tra cui il disturbo paranoide, creando diagnosi più inclusive; la paranoia potrebbe poi essere considerata come uno specificatore o modificatore per altri disturbi. Per ora, quando i criteri indicati dal DSM-5 sono soddisfatti il disturbo paranoide di personalità dovrebbe essere comunque diagnosticato insieme a eventuali condizioni concomitanti.

Un’altra questione diagnostica rilevante riguarda la relazione tra disturbo paranoide di personalità e schizofrenia in stadio precoce. Evidenze genetiche, neurobiologiche, epidemiologiche e cliniche suggeriscono che il disturbo paranoide, come il disturbo schizotipico di personalità, rientra nello spettro della schizofrenia. I suoi sintomi non sono però indicativi di una fase prodromica di schizofrenia; i prodromi di questo disturbo sono generalmente caratterizzati da sintomi psicotici precoci che possono includere comportamenti e pensieri disorganizzati, mentre le manifestazioni del disturbo paranoide di personalità appaiono solitamente più simili a quelle del disturbo delirante e ai disturbi del pensiero correlati.

Letture consigliate

- BERMAN, M.E., FALLON, A.E., COCCARO, E.F. (1998), “The relationship between personality psychopathology and aggressive behavior in research volunteers”. In *Journal of Abnormal Psychology*, 107, pp. 651-658.
- BERNSTEIN, D., USEDÀ, D., SIEVER, L. (1995), “Paranoid personality disorder”. In LIVESLEY, W.J. (a cura di), *The DSM-IV Personality Disorders*. Guilford, New York.
- KENDLER, K.S. (1985), “Diagnostic approaches to schizotypal personality disorder: a historical perspective”. In *Schizophrenia Bulletin*, 11, pp. 538-553.
- KENDLER, K.S., NEALE, M.C., WALSH, D. (1995), “Evaluating the spectrum concept of schizophrenia in the Roscommon Family Study”. In *American Journal of Psychiatry*, 152, pp. 749-754.
- SIEVER, L.J., DAVIS, K.L. (2004), “The pathophysiology of schizophrenia disorders: perspectives from the spectrum”. In *American Journal of Psychiatry*, 161, pp. 398-413.
- SIEVER, L.J., KOENIGSBERG, H.W., HARVEY, P. ET AL. (2002), “Cognitive and brain function in schizotypal personality disorder”. In *Schizophrenia Research*, 54, pp. 157-167.
- THAKER, G.K., ROSS, D.E., CASSADY, S.L. ET AL. (2000), “Saccadic eye movement abnormalities in relatives of patients with schizophrenia”. In *Schizophrenia Research*, 45, pp. 235-244.
- TRIEBWASSER, J., CHEMERINSKI, E., ROUSSOS, P., SIEVER, L.J. (2013), “Paranoid personality disorder”. In *Journal of Personality Disorders*, 27, pp. 795-805.
- ZIMMERMAN, M., CHELMINSKI, I., YOUNG, D. (2008), “The frequency of personality disorders in psychiatric patients”. In *Psychiatric Clinics of North America*, 31, pp. 405-420.

Caso 18.2

Distaccato e solitario

Salman Akhtar

Grzegorz Buchalski, 87 anni, era stato portato al Pronto Soccorso da paramedici chiamati dai vicini di casa, perché avevano sentito un odore nauseabondo provenire dal suo appartamento. Il signor Buchalski non aveva denunciato il decesso della sorella novantenne, che era morta qualche giorno prima, dopo una lunga malattia. Non lo aveva fatto principalmente perché nelle ultime settimane, con l'aggravarsi dello stato della sorella, non era stato in grado di occuparsi delle faccende domestiche: temeva che il padrone di casa potesse usare le condizioni in cui si trovava l'appartamento come pretesto per sfrattarlo. Aveva cercato di pulire e riordinare, ma non c'era riuscito; più che altro, nei giorni precedenti aveva continuato a spostare le cose da una parte all'altra. Diceva che alla fine aveva deciso di chiedere aiuto, e che stava per farlo quando erano arrivati i paramedici e la polizia.

Allo psichiatra che lo aveva intervistato il signor Buchalski aveva detto che si rendeva conto della stranezza del suo comportamento: "Avrei dovuto cercare aiuto subito, senza lasciar passare tutto questo tempo". Parlando della morte della sorella in alcuni momenti era apparso commosso, ma per lo più aveva descritto la situazione in modo estremamente distaccato e flemmatico. Aveva anche voluto precisare che per quanto l'appartamento fosse effettivamente in pessime condizioni, il disordine era dovuto almeno in parte alla considerevole raccolta di articoli sulla bioluminescenza, un fenomeno che studiava da decenni.

Il signor Buchalski aveva lavorato come elettricista, fabbro e idraulico fino all'età di 65 anni. Aveva riferito che la sorella era sempre stata "un po' strana": non aveva mai lavorato e molti anni prima si era sposata, ma il matrimonio era durato solo pochi mesi. A parte questo breve periodo, avevano sempre vissuto insieme, nello stesso appartamento di tre locali a Manhattan. Nessuno dei due aveva mai consultato uno psichiatra.

Il signor Buchalski non aveva mai avuto una relazione sentimentale o sessuale, né molti amici o contatti sociali al di fuori della famiglia: era polacco, era povero e doveva lavorare tutto il giorno. Per "capire meglio lo strano mondo in cui viviamo" aveva frequentato delle scuole serali; diceva che studiare era l'unica attività che lo interessava davvero e da cui traeva piacere. La morte della sorella lo aveva chiaramente turbato, ma si era sentito "frastornato", piuttosto che triste e depresso. In seguito a domande specifiche aveva riportato di non avere mai avuto sintomi depressivi, psicotici o maniacali. Dopo circa un'ora di colloquio aveva confidato allo psichiatra di aver scritto un trattato sulla bioluminescenza: era "troppo lungo e caotico, con un sacco di note" e in certe parti sembrava "un romanzo di fantascienza", ma sperava che dopo la sua morte almeno alcune delle sue osservazioni potessero essere oggetto di ulteriori studi. Si diceva certo che le ricerche nel campo della bioluminescenza e della genetica avrebbero presto portato allo sviluppo di tecniche, prima negli animali

e poi nell'uomo, che avrebbero permesso di riconoscere direttamente le varie emozioni attraverso una luminosità di colore differente emessa dalla pelle.

Il paziente era magro e mostrava i segni dell'età, ma aveva un aspetto complessivamente ben curato ed era vestito in modo appropriato. Durante la valutazione era apparso collaborativo e preciso, anche se preferiva evidentemente discutere dei suoi interessi scientifici, piuttosto che della sua storia. Aveva stabilito un buon contatto visivo e si era mostrato gentile e affabile, per quanto fin troppo calmo e sereno considerate le circostanze. L'eloquio era coerente e le capacità cognitive apparivano integre; a parte le affermazioni riguardanti la bioluminescenza, non erano emerse convinzioni deliranti. Malgrado il ritardo nella denuncia della morte della sorella, le sue capacità di giudizio e insight non sembravano, in generale, compromesse.

Diagnosi

- Disturbo schizoide di personalità

Discussione

L'isolamento sociale, l'assenza di relazioni sentimentali o sessuali, l'atteggiamento freddo e distaccato del signor Buchalski corrispondono indubbiamente ai criteri diagnostici per il disturbo schizoide di personalità. Le spiegazioni che ha fornito per giustificare i suoi deficit psicosociali (era povero e polacco) sono chiaramente insufficienti; l'eccentricità del suo interesse per la bioluminescenza, il valore esagerato attribuito a quanto aveva scritto sull'argomento, la vita trascorsa con la sorella sempre nella stessa abitazione sono ulteriori evidenze di inettitudine sociale e ripiegamento su se stesso. La povertà delle reazioni emotive che ha manifestato in seguito alla morte della sorella, la mancata denuncia del decesso e la mancata organizzazione di una qualsiasi forma di esequie sottolineano la presenza di affettività appiattita e debolezza dell'Io. L'assenza di deterioramento cognitivo esclude inoltre la possibilità che il ritiro sociale, peraltro di lunga data, sia legato al lento sviluppo di una demenza progressiva, e conferma, piuttosto, la diagnosi di disturbo schizoide di personalità.

In psichiatria, le origini di tale diagnosi risalgono a più di un secolo fa. Nel 1908 Eugen Bleuler ha coniato il termine *schizoide* per indicare una componente della personalità che dirige l'attenzione dell'individuo verso la propria vita interiore distogliendola dal mondo esterno. Bleuler ha definito "personalità schizoide" l'esagerazione patologica di una simile tendenza, descrivendo questi individui come quieti, taciturni, passivi e sospettosi. Nei decenni successivi il quadro delineato da Bleuler è stato elaborato con l'aggiunta di molte altre caratteristiche, tra cui stile di vita solitario, amore per i libri, mancanza di attività fisica, tendenza al pensiero autistico, sessualità scarsamente sviluppata e mascherata ma intensa sensibilità alle risposte emozionali degli altri. Quest'ultima caratteristica è stata però omessa nelle descrizioni più recenti della personalità schizoide, incluse quelle riportate nel DSM-III e nel DSM-IV. Nonostante le riserve

esprese da molti clinici e ricercatori (tra i quali Otto Kernberg, John Livesley e il sottoscritto), l'assenza del desiderio di relazioni affettive è diventata il primo criterio per la diagnosi di disturbo schizoide di personalità. Gli altri fattori su cui è stata posta enfasi includono l'assessualità, l'indifferenza alle lodi o alle critiche, l'anedonia e la freddezza emotiva, mentre il criterio dell'ipersensibilità e il presunto collegamento con la schizofrenia sono stati ascritti, rispettivamente, alle categorie dei disturbi evitante e schizotipico.

Nel campo della psicoanalisi la condizione schizoide è stata ben descritta specialmente da W.R.D. Fairbairn e Harry Guntrip, che hanno identificato come fattori centrali l'intensa sensibilità sia all'amore che al rifiuto e la propensione a ritrarsi rapidamente dalle relazioni interpersonali. L'individuo oscilla quindi tra il desiderio e il timore dell'intimità; ha paura dei suoi bisogni e dell'impatto che possono avere sugli altri; è attratto da attività letterarie e artistiche perché rappresentano modalità di espressione che non comportano un contatto umano diretto. La personalità schizoide si evolve da uno o più dei seguenti scenari infantili: 1) un frustrante rifiuto da parte dei caregiver, che provoca spaventose reazioni di rabbia; 2) un rifiuto genitoriale cronico, che induce apatia e distacco; 3) un persistente atteggiamento di trascuratezza dei genitori, che porta al ritiro in un mondo di fantasia.

La completa assenza di informazioni sull'infanzia del signor Buchalski limita la possibilità di una comprensione psicodinamica della sua personalità schizoide, ma la storia evolutiva (criterio utilizzato prevalentemente dagli psichiatri a orientamento psicodinamico) non rientra fra i criteri necessari per una diagnosi descrittiva. Nel caso del signor Buchalski la diagnosi di disturbo schizoide di personalità pare comunque ragionevole, anche se considerando la peculiarità dei suoi interessi alcuni potrebbero optare per una diagnosi di disturbo schizotipico di personalità. Se ulteriori indagini rivelassero che soddisfa i criteri per entrambi i disturbi, il paziente dovrebbe ricevere entrambe le diagnosi.

Per quanto riguarda altre eventuali comorbilità, la più probabile sembra essere un disturbo da accumulo, una delle nuove diagnosi introdotte dal DSM-5. Il signor Buchalski ha riferito di non aver denunciato immediatamente la morte della sorella a causa del timore che il padrone di casa usasse le deprecabili condizioni dell'appartamento come pretesto per sfrattarlo. Ha aggiunto che il disordine era dovuto anche alla sua "considerevole raccolta" di articoli sulla bioluminescenza; affermazione che potrebbe riferirsi tanto a una pila di giornali alta un paio di metri quanto a stanze piene di carte e riviste accatastate fino al soffitto, accumulate nell'arco di decenni perché ritenute potenzialmente utili. Verificare la presenza di questo disturbo (o di qualsiasi altra possibile condizione concomitante) è essenziale per riuscire a pianificare un programma di trattamento adeguato, che cerchi di massimizzare le probabilità di felicità indipendente del signor Buchalski.

Letture consigliate

- AKHTAR, S. (1987), "Schizoid personality disorder: a synthesis of developmental, dynamic, and descriptive features". In *American Journal of Psychotherapy*, 41, pp. 499-518.
- LIVESLEY, W.J., WEST, M., TANNEY, A. (1985), "A historical comment on DSM-III schizoid and avoidant personality disorders". In *American Journal of Psychiatry*, 142, pp. 1344-1347.
- TRIEBWASSER, J., CHEMERINSKI, E., ROUSSOS, P., SIEVER, L.J. (2012), "Schizoid personality disorder". In *Journal of Personality Disorders*, 26, pp. 919-926.

Caso 18.3

Strane preoccupazioni

Kristin Cadenhead

Henry, 19 anni, studente al primo anno della facoltà di chimica, era stato indirizzato a un centro di salute mentale da un assistente universitario; l'assistente aveva notato che Henry sembrava strano, preoccupato e che il quaderno dei suoi appunti di laboratorio era pieno di disegni bizzarri e inquietanti.

Allo psichiatra del centro Henry aveva subito detto che non riteneva necessaria una visita psichiatrica, ma che era "abituato a seguire gli ordini" e in generale faceva ciò che gli veniva chiesto. Sospettava che alcuni compagni avessero parlato male di lui all'insegnante, descrivendolo come "un tipo strambo"; il consiglio di consultare uno psichiatra era molto probabilmente il risultato dei loro tentativi di rovinare la sua reputazione. Aveva anche raccontato di aver visto due studenti "lanciare in aria una moneta" per stabilire se lui era gay o eterosessuale. Diceva che con le monete si poteva predire il futuro; per esempio, una volta facendo "testa o croce" aveva previsto una malattia della madre. Era convinto che i suoi pensieri diventassero spesso realtà.

Henry si era iscritto a quell'università dopo aver frequentato la scuola superiore nella sua città natale. Aveva spiegato che il trasferimento in un'altra città era stato un'idea dei genitori: l'allontanamento da casa "faceva parte del loro piano per cercare di rendermi più simile ai miei coetanei; volevano che iniziassi ad andare a feste, bighellonare con gli amici o corteggiare qualche ragazza, tutte cose che secondo me sono solo uno spreco di tempo". I genitori avevano anche insistito perché andasse ad abitare in una residenza per studenti, ma Henry aveva deciso di vivere da solo in un appartamento fuori dal campus.

Con il suo permesso, lo psichiatra aveva telefonato alla madre di Henry per avere ulteriori informazioni. La donna aveva riferito che il figlio era sempre stato timido, taciturno e introverso, sin da bambino. Non aveva mai avuto relazioni sentimentali o "vere amicizie", ma affermava di non provare il desiderio di avere degli amici; diceva che per quanto a volte si sentisse depresso o ansioso questo malessere non migliorava se stava con altre persone. Da piccolo spesso tornava a casa da scuola turbato o in lacrime perché era stato preso in giro dai compagni. La madre di Henry era poi scoppiata a piangere, dicendo che il figlio era sempre stato "diverso"; lei e il marito avevano cercato di aiutarlo, ma senza successo, e si chiedeva a che tipo di vita potesse andare incontro una persona così socialmente isolata.

Aveva aggiunto che all'epoca dei primi anni della scuola superiore Henry aveva iniziato a mostrare uno strano interesse per storie di fantasmi e argomenti quali stregoneria e telepatia. Più tardi aveva incominciato a dire di essere capace di modificare col pensiero il corso di eventi come terremoti o uragani. Aveva sempre negato l'abuso di sostanze, e due test tossicologici eseguiti nei ultimi due anni avevano dato risultati negativi. La donna aveva anche menzionato che uno dei suoi nonni era

morto in un “asilo per malati di mente”, molti anni prima della nascita di Henry, ma non era stata in grado di precisarne la diagnosi.

Henry era un ragazzo alto e magro; indossava un paio di jeans e una maglia a maniche corte. Durante la valutazione era apparso vigile, guardingo e poco propenso a parlare spontaneamente, ma aveva risposto alle domande dello psichiatra in maniera diretta e appropriata. In seguito a domande specifiche aveva negato di sentirsi depresso o confuso, di soffrire di allucinazioni visive o uditive e di avere pensieri o progetti di suicidio; negava anche di avere una storia di attacchi di panico, compulsioni, ossessioni o fobie. Le sue capacità intellettive sembravano superiori alla media; alla Mini Mental State Examination aveva ottenuto un punteggio di 30 su 30.

Diagnosi

- Disturbo schizotipico di personalità
- Disturbo paranoide di personalità

Discussione

Henry presenta un pattern di deficit sociali e interpersonali associato a comportamenti eccentrici e distorsioni cognitive. Il quadro clinico include sintomi simil-deliranti (pensiero magico, sospettosità, idee di riferimento, grandiosità), interessi stravaganti, evidenti segni di ritiro (nessun amico intimo, evitamento delle interazioni sociali) e affettività limitata (freddezza emotiva): corrisponde quindi ai criteri del DSM-5 per una diagnosi di disturbo schizotipico di personalità.

Henry soddisfa anche i criteri per la diagnosi di disturbo paranoide di personalità: sospetta di essere danneggiato da altri, è eccessivamente sensibile a quelli che percepisce come attacchi alla propria reputazione, coglie significati ostili nascosti in attività del tutto innocenti e porta facilmente rancore. Se un paziente soddisfa i criteri per due disturbi di personalità, come spesso succede, dovrebbe ricevere entrambe le diagnosi.

Nel caso di Henry, che ha solo 19 anni, una diagnosi di disturbo di personalità dovrebbe però essere posta soltanto dopo avere verificato con particolare attenzione l’eventuale presenza di altri disturbi che possono causare sintomi analoghi. Per esempio, i deficit della comunicazione dell’interazione sociale potrebbero essere compatibili con una diagnosi di disturbo dello spettro dell’autismo senza compromissione intellettuale. È possibile che durante l’infanzia, al di là della sua “timidezza”, abbia manifestato sintomi non riportati; i bambini autistici sono inoltre frequentemente oggetto di derisione da parte dei coetanei, come raccontato dalla madre di Henry. Tuttavia, né Henry né la madre hanno riferito i pattern di comportamento, interessi o attività ristretti e ripetitivi che sono un’altra caratteristica fondamentale necessaria per la formulazione di una diagnosi di disturbo dello spettro dell’autismo.

Henry potrebbe anche essere affetto da un disturbo psichiatrico che insorge tipicamente nella prima età adulta. Disturbi depressivi, bipolarì e d’ansia, che

spesso si manifestano in questa fascia di età, possono esacerbare tratti di personalità preesistenti dando luogo a quadri che inducono a sospettare un disturbo di personalità; ma Henry non sembra avere sintomi depressivi, maniacali o ansiosi rilevanti. Nel suo caso appare più plausibile l'ipotesi di un disturbo dello spettro della schizofrenia. Una diagnosi di schizofrenia richiede però la presenza di due o più dei seguenti cinque criteri: deliri, allucinazioni, eloquio disorganizzato, comportamento grossolanamente disorganizzato o catatonico e sintomi negativi. Henry ha riportato di non soffrire di allucinazioni, il suo eloquio è logico e coerente e non ha apparentemente né comportamenti disorganizzati né sintomi negativi. Potrebbe invece avere dei deliri; sarebbe utile chiarire la natura delle sue false convinzioni sulla capacità di predire e influenzare il futuro, ma tali convinzioni sembrano più bizzarre di quelle che generalmente si osservano negli individui con disturbo delirante.

Le due diagnosi di disturbo schizotipico e paranoide di personalità sembrano essere quelle che corrispondono meglio all'attuale quadro clinico; ciò non toglie che in seguito Henry potrebbe sviluppare un disturbo psicotico più esplicito e debilitante. Distinguere gli adolescenti "strani" con sintomi relativamente stabili da quelli che andranno successivamente incontro a schizofrenia o a un altro disturbo psichiatrico grave non è facile, ma interventi precoci possono ridurre in modo significativo il grado di sofferenza psicologica e le conseguenze funzionali a lungo termine. A questo proposito il DSM-5 descrive nella Sezione III, tra le condizioni che necessitano di ulteriori studi, la sindrome di psicosi attenuata. Nel tentativo di identificare i pazienti in cui è in atto un processo di declino verso la schizofrenia, la descrizione della sindrome si focalizza su una serie di sintomi, inclusa la compromissione funzionale, che pur rimanendo al di sotto della soglia per la diagnosi di un disturbo psicotico conclamato sono di gravità e frequenza tali da giustificare un'attenzione clinica.

Lecture consigliate

- ADDINGTON, J., CORNBLATT, B.A., CADENHEAD, K.S. ET AL. (2011), "At clinical high risk for psychosis: outcome for nonconverters". In *American Journal of Psychiatry*, 168, pp. 800-805.
- AHMED, A.O., GREEN, B.A., GOODRUM, N.M. ET AL. (2013), "Does a latent class underlie schizotypal personality disorder? Implications for schizophrenia". In *Journal of Abnormal Psychology*, 122, pp. 475-491.
- FISHER, J.E., HELLER, W., MILLER, G.A. (2013), "Neuropsychological differentiation of adaptive creativity and schizotypal cognition". In *Personality and Individual Differences*, 54, pp. 70-75.

Caso 18.4 Disonestà

Charles L. Scott

Ike Crocker, 32 anni, era stato sottoposto a una valutazione psichiatrica su richiesta del dipartimento risorse umane di una grande impresa di costruzioni edili che l'aveva assunto due settimane prima. Al colloquio di lavoro il signor Crocker si era mostrato molto motivato e aveva presentato referenze che indicavano un alto livello di esperienza e abilità, ma dopo la sua assunzione supervisori e colleghi avevano segnalato litigiosità, assenteismo, scarse capacità professionali ed errori potenzialmente pericolosi. Interrogato a questo proposito aveva reagito con noncuranza, dicendo che il problema stava nell'uso di "materiali scadenti" e nella "cattiva gestione del lavoro"; aveva aggiunto che "se qualcuno si fa male è a causa della sua stupidità". Quando il capo del dipartimento lo aveva convocato per licenziarlo, il signor Crocker aveva dichiarato di essere affetto da disturbo bipolare e disturbo da deficit di attenzione/iperattività (DDAI) e che per legge l'impresa era tenuta a considerare tale disabilità; in caso contrario avrebbe fatto causa.

Nel corso della valutazione il signor Crocker aveva accusato di "disonestà e scorrettezza" l'impresa di costruzioni, affermando di essere un ottimo carpentiere. Aveva anche raccontato di avere alle spalle due divorzi, entrambi causati dalla gelosia delle ex mogli: "Pensavano sempre che me la spassassi con altre donne. È per questo che hanno mentito alla polizia e ai giudici; hanno ottenuto degli ordini di restrizione dicendo che le avevo picchiata". Per "vendicarsi del tempo passato in prigione" si era rifiutato di pagare gli alimenti per i due figli nati dai suoi matrimoni; diceva di "non avere nessuna voglia di vederli" perché erano "piccoli bugiardi", come le loro madri.

Parlando del suo passato il signor Crocker aveva detto che "doveva essere un ragazzo intelligente", perché era sempre riuscito ad avere voti discreti anche se spesso marinava la scuola. A 14 anni era stato per un breve periodo in riformatorio a causa di "piccoli furti, roba tipo scarpe da tennis o portafogli praticamente vuoti". Aveva smesso di frequentare la scuola superiore a 15 anni, dopo che il preside lo aveva espulso "inculpandolo del furto di un'automobile". Il signor Crocker aveva fornito queste informazioni con un atteggiamento che sembrava mirato a sottolineare la sua capacità di far fronte a ingiustizie e avversità. Rispetto all'uso di sostanze aveva riferito che da adolescente aveva fumato marijuana e che aveva iniziato a bere "regolarmente" dopo il primo matrimonio, all'età di 22 anni. Aveva negato un uso problematico di altre sostanze.

Il signor Crocker aveva poi chiesto allo psichiatra un certificato che attestasse il fatto che soffriva di disturbo bipolare e DDAI. Diceva di essere "bipolare" perché aveva "continui alti e bassi" e "si arrabbiava molto facilmente"; negava peraltro di avere altri sintomi maniacali, alterazioni del sonno e dell'appetito o "altri problemi di umore": "Quando mi succede qualcosa di brutto magari sono un po' depresso, ma ho la memoria corta e presto torno come prima". Riguardo al DDAI aveva affermato:

“Conosco questa malattia perché ce l’hanno i miei figli, tutti e due”. Aveva chiesto anche che gli venissero prescritti dei farmaci, precisando che gli unici che “funzionavano” erano una particolare benzodiazepina a breve durata d’azione e farmaci stimolanti (“uno qualsiasi va bene”).

Durante il colloquio il signor Crocker aveva stabilito un contatto visivo adeguato. Non aveva movimenti anomali, l’eloquio era normale per tono e ritmo, il discorso era coerente e non erano emersi segni di allucinazioni o disturbo del pensiero. Biasimava spesso gli altri, ma non sembrava avere convinzioni deliranti. Le sue capacità cognitive erano integre, mentre il grado di insight appariva decisamente scarso.

Nel frattempo le indagini condotte dal capo del dipartimento risorse umane dell’impresa edile avevano rivelato che le lettere di referenze presentate dal signor Crocker al momento della sua assunzione erano false. False erano risultate anche quelle che aveva fornito a due datori di lavoro precedenti: uno lo aveva licenziato perché aveva improvvisamente abbandonato il cantiere, l’altro perché aveva causato una rissa.

Diagnosi

- Disturbo antisociale di personalità

Discussione

Il signor Crocker ha un pattern pervasivo di inosservanza e violazione dei diritti degli altri, come indicano diversi aspetti della sua storia: è stato arrestato e incarcerato per maltrattamenti nei confronti di entrambe le ex mogli; ha falsificato lettere di referenze; si è mostrato ripetutamente impulsivo, facilmente irritabile e aggressivo sia nell’ambiente familiare sia in quello lavorativo; non si cura della sicurezza dei colleghi; non paga gli alimenti per i figli e non desidera vederli, definendoli “piccoli bugiardi”; non prova rimorso per le conseguenze negative delle sue azioni; passa da un posto di lavoro all’altro e sembra incapace di pianificare il futuro. Il signor Crocker soddisfa tutti i sette criteri sintomatologici descritti dal DSM-5 per la diagnosi di disturbo antisociale di personalità. Tale diagnosi non può essere posta per individui di età inferiore ai 18 anni, ma richiede la presenza di un disturbo della condotta con esordio prima dei 15 anni; disturbo che alla luce di quanto raccontato dal signor Crocker appare molto probabile.

Alla fine del colloquio con lo psichiatra il signor Crocker ha chiesto farmaci potenzialmente in grado di indurre dipendenza; da adolescente fumava marijuana e attorno ai vent’anni ha incominciato a bere “regolarmente”. Sebbene ci siano scarse probabilità che il signor Crocker fornisca informazioni affidabili su questo argomento, è senz’altro possibile che abbia anche un disturbo da uso di sostanze. Una simile diagnosi non influenzerebbe comunque quella di disturbo antisociale di personalità, perché secondo quanto ha riferito i suoi comportamenti antisociali non solo precedono l’inizio dell’uso di sostanze, ma si manifestano in vari contesti e non ne sono una conseguenza diretta (per esempio, il

signor Crocker non sembra aver rubato per procurarsi il denaro necessario per alcol o droghe).

Per confermare il presunto DDAI sarebbero necessarie evidenze circa la presenza di sintomi di disattenzione o iperattività/impulsività (tali da interferire con il funzionamento e lo sviluppo) prima dei 12 anni di età. In ogni caso, per quanto possa essere una condizione concomitante responsabile almeno in parte dell'impulsività del signor Crocker, il DDAI non spiegherebbe la sua ampia gamma di attitudini e comportamenti antisociali.

La diagnosi di disturbo antisociale di personalità richiede anche che i comportamenti antisociali non si manifestino esclusivamente durante il decorso di schizofrenia o disturbo bipolare. Il signor Crocker sostiene di essere affetto da disturbo bipolare, ma non sembra aver mai avuto un quadro maniacale (o schizofrenico).

Lo stile interpersonale del signor Crocker è caratterizzato da una profonda indifferenza per i sentimenti degli altri e da un'autostima ipertrofica e arrogante. Tali prerogative sono frequenti negli individui antisociali, ma si possono riscontrare anche in altri disturbi di personalità, specialmente nel disturbo narcisistico. Anche se la comorbilità non è rara, gli individui con disturbo narcisistico di personalità non presentano il livello di impulsività, aggressività e disonestà tipico del disturbo antisociale. Gli individui con disturbo istrionico o borderline possono essere manipolativi e impulsivi, ma i loro comportamenti non sono caratteristicamente antisociali; mentre gli eventuali comportamenti antisociali degli individui con disturbo paranoide derivano in genere da un desiderio di vendetta, non da un desiderio di vantaggio personale. Infine, anche gli individui con disturbo esplosivo intermittente sono aggressivi e litigiosi; non hanno però i tratti pervasivi di falsità, manipolarietà e irresponsabilità che caratterizzano il disturbo antisociale di personalità.

Letture consigliate

- EDWARDS, D.W., SCOTT, C.L., YARVIS, R.M. ET AL. (2003), "Impulsiveness, impulsive aggression, personality disorder, and spousal violence". In *Violence and Victims*, 18, pp. 3-14.
- WYGANT, D.B., SELLBOM, M. (2012), "Viewing psychopathy from the perspective of the Personality Psychopathology Five model: implications for DSM-5". In *Journal of Personality Disorders*, 26, pp. 717-726.

Caso 18.5

Fragile e arrabbiata

Frank Yeomans, Otto Kernberg

Juanita Delgado, 33 anni, nubile, disoccupata, si era presentata per iniziare una psicoterapia; lamentava umore depresso, cronici pensieri di suicidio, isolamento sociale e scarsa igiene personale. Aveva passato gli ultimi sei mesi sola in casa, sdraiata sul letto a guardare la televisione, mangiando "schifezze" e facendo acquisti online per somme che non poteva permettersi. Vari trattamenti precedenti si erano rivelati poco efficaci.

La signorina Delgado era la seconda di tre figli di una famiglia benestante di origine sudamericana. Aveva raccontato di non aver mai avuto molti amici, né relazioni sentimentali significative; quando era più giovane ogni tanto "usciva con qualcuno", ma evitava i contatti fisici perché quando le relazioni diventavano più intime era presa dall'ansia. Sin dall'adolescenza aveva avuto ricorrenti periodi di depressione; aveva anche frequenti esplosioni di rabbia. Il suo rendimento scolastico era stato buono fino al termine della scuola superiore, ma aveva interrotto l'università a causa dei "dissapori con un professore" e dei continui litigi con la compagna con cui abitava in una residenza studentesca. Anche se aveva intenzione di riprendere gli studi, nel frattempo aveva deciso di fare esperienza nel mondo del lavoro; aveva svolto diversi impieghi, che aveva però abbandonato dopo poche settimane di apprendistato perché "i capi erano tutti degli idioti; all'inizio sembravano dei geni, ma poi si rivelavano squilibrati incapaci". Dopo questi "traumi" aveva sempre provato un profondo senso di frustrazione, inadeguatezza ("possibile che non sia capace neanche di essere una buona segretaria?") e di rabbia nei confronti dei datori di lavoro ("al loro posto potrei sicuramente fare meglio").

La signorina Delgado aveva anche riferito atti automutilanti (tagli superficiali) e persistenti idee di suicidio. Diceva che in generale si sentiva "stanca, apatica e deppressa"; c'erano stati però parecchi momenti in cui per uno o due giorni si era sentita insolitamente "piena di energia, eccitata e iperattiva, capace di rimanere sveglia tutta la notte". Questi episodi erano quasi sempre seguiti da "cadute verticali", e il giorno dopo spesso dormiva per almeno 12 ore filate.

I trattamenti psichiatrici, per lo più farmacologici, che aveva ricevuto dai 17 anni in poi erano numerosi; nel corso del tempo le erano stati prescritti stabilizzatori dell'umore, neurolettici a basse dosi e antidepressivi in varie combinazioni nel contesto di una psicoterapia supportiva. Era stata ricoverata tre volte in un reparto psichiatrico in seguito ad avvelenamento da farmaci.

La signorina Delgado era vestita in modo informale e aveva un aspetto complessivamente trasandato. Durante l'intervista si era mostrata collaborativa e coerente; appariva disforica, con una limitata espressione delle emozioni, ma in diverse occasioni aveva sorriso in maniera appropriata. Aveva detto che si vergognava della sua inettitudine, ma anche che credeva di "essere destinata a fare qualcosa di importan-

te". Aveva descritto il padre come un uomo di successo, per il quale lavoro e carriera erano le cose principali; ma in seguito lo aveva anche definito "un perdente machiavellico che cerca sempre di manipolare gli altri". Diceva che in molti casi si era licenziata perché le persone "non le portavano il dovuto rispetto"; per esempio, quando lavorava come commessa in un grande magazzino i clienti si mostravano spesso altezzosi e sgarbati ("una situazione ridicola, considerando che ero lì solo in qualità di potenziale acquirente"). Conosceva persone che abitavano nel suo quartiere, ma per la maggior parte erano "dei falliti e degli impostori". Altri che aveva conosciuto ai tempi della scuola superiore e che erano "diventati suoi amici su Facebook" stavano invece "facendo grandi cose in giro per il mondo"; anche se non li vedeva da anni pensava di incontrarli "se mai avessero rimesso piede in città". Verso la fine della seduta si era accorta che il terapeuta aveva guardato l'orologio e si era subito irritata ("l'ho già annoiata così tanto?").

Diagnosi

- Disturbo borderline di personalità

Discussione

La signorina Delgado presenta instabilità affettiva, difficoltà a controllare la rabbia, relazioni interpersonali instabili, alterazione dell'identità, comportamenti automutilanti, sentimenti di vuoto e ideazione paranoide transitoria associata allo stress; soddisfa pertanto i criteri indicati dal DSM-5 per una diagnosi di disturbo borderline di personalità.

Gli individui con disturbo borderline di personalità hanno spesso sintomi depressivi e/o bipolarì. La signorina Delgado non fa eccezione: i suoi sintomi includono umore prevalentemente depresso, astenia, anedonia, iperfagia e ideazione suicidaria. Tali sintomi, che sono debilitanti e persistono da sei mesi in assenza di uso di sostanze o condizioni mediche, soddisfano anche i criteri del DSM-5 per una depressione maggiore. La comorbilità tra depressione e disturbo borderline di personalità è frequente. È interessante però notare che la signorina Delgado tende ad accusare gli altri, mentre gli individui depressi senza disturbi di personalità manifestano più tipicamente sentimenti di colpa e autosvalutazione. Varrebbe la pena di verificare la possibilità che i sintomi depressivi della signorina Delgado siano più episodici e reattivi di quanto ha inizialmente riportato; sembra peraltro possibile che soffra anche di una depressione di lunga data, che potrebbe indicare tanto un disturbo distimico quanto un disturbo di personalità.

La signorina Delgado ha inoltre segnalato ripetuti ma brevi periodi di tempo (uno o due giorni) in cui si era sentita "eccitata e piena di energia", seguiti da "cadute verticali" e lunghe dormite; tuttavia questi episodi non corrispondono ai criteri per disturbo bipolare I o II in termini di sintomi e durata. L'instabilità emotiva e la marcata reattività dell'umore degli individui con disturbo borderline di personalità possono dare luogo a manifestazioni che richiamano

molto da vicino episodi maniacali o ipomaniacali; ma anche in presenza di un chiaro episodio maniacale la storia del paziente dovrebbe essere valutata attentamente, indagando variabili quali stabilità affettiva, dell'immagine di sé e delle relazioni interpersonali ed evitando di trascurare la possibilità di una diagnosi di disturbo borderline.

Nel DSM-5 i criteri diagnostici per i disturbi di personalità rimangono sostanzialmente immutati rispetto al precedente sistema di classificazione. Il modello alternativo descritto nella Sezione III del DSM-5 propone però un approccio più dimensionale, che considera in modo più esplicito il funzionamento della personalità. Nell'ambito di questo modello i tratti di personalità sono organizzati in cinque grandi domini lungo uno spettro continuo compreso tra polarità opposte, come "affettività negativa" e "stabilità emotiva" o "antagonismo" e "disponibilità" (vedi la tabella 18.1 a pag. 352).

Questa prospettiva dimensionale è compatibile con il modello di Kernberg dell'organizzazione di personalità borderline. Oltre ai criteri del DSM-5 per la diagnosi di disturbo borderline di personalità, il quadro della signorina Delgado soddisfa anche i criteri di tale modello, che prevede una struttura psicologica caratterizzata da 1) mancanza di un senso chiaro e coerente di sé e degli altri (diffusione dell'identità), 2) frequente uso di meccanismi di difesa primitivi basati sulla scissione e 3) esame di realtà integro ma fragile. Rappresentazioni di sé e degli altri più integrate e realisticamente complesse sono direttamente correlate a una maggiore capacità dell'individuo di modulare e controllare i propri stati emozionali e di interagire efficacemente con gli altri.

Nel caso della signorina Delgado la diffusione dell'identità si riflette nelle sue visioni contraddittorie di sé (come persona superiore e nello stesso tempo inadeguata) e degli altri (il padre descritto alternativamente come uomo di successo e "perdente machiavellico"). Lo stile difensivo è caratterizzato dalla proiezione dei suoi sentimenti ostili; l'ostilità è quindi percepita come proveniente da altri. La fragilità dell'esame di realtà, che si deduce dai resoconti forniti sulle sue attività lavorative, ha portato a una cronica disfunzione occupazionale. Le difficoltà nelle relazioni interpersonali sono emerse anche nel corso della seduta, quando un rapido sguardo all'orologio è stato immediatamente interpretato come un segno del fatto che il terapeuta la trovava noiosa e voleva liberarsi al più presto di lei.

Le tendenze suicide sono parte sia della depressione, sia del disturbo borderline di personalità. In generale, comportamenti parasuicidari acuti o cronici sono tipici dei disturbi di personalità gravi. La suicidalità si può sviluppare in modo repentino durante periodi di crisi in una varietà di pazienti, ma è particolarmente frequente tra gli individui, come la signorina Delgado, che hanno un fragile senso di se stessi e del mondo.

Letture consigliate

- CLARKIN, J.F., YEOMANS, F.E., KERNBERG, O.F. (2006), *Psychotherapy for Borderline Personality: Focusing on Object Relations*. American Psychiatric Publishing, Washington.
- KERNBERG, O.F., YEOMANS, F.E. (2013), "Borderline personality disorder, bipolar disorder, attention deficit/hyperactivity disorder, and narcissistic personality disorder: practical differential diagnosis". In *Bulletin of the Menninger Clinic*, 77, pp. 1-22.
- OLDHAM, J.M., SKODOL, A.E., BENDER, D.S. (2014) (a cura di), *American Psychiatric Publishing Textbook of Personality Disorders*. American Psychiatric Publishing, Washington.
- TUSIANI, B., TUSIANI, P.A., TUSIANI-ENG, P. (2013), *Remnants of a Life on Paper*. Baroque Press, New York.

Caso 18.6 Ricerca di attenzione

Elizabeth L. Auchincloss

Karmen Fuentes, 50 anni, si era presentata in ospedale dietro insistenza del suo psichiatra, preoccupato perché la paziente gli aveva detto di stare pensando alla possibilità di suicidarsi ingerendo dosi eccessive di ibuprofene.

Allo psichiatra che l'aveva intervistata nel reparto di Pronto Soccorso la signora Fuentes aveva spiegato che alcuni giorni prima, mentre si trovava nel negozio di alimentari di cui era proprietaria e in cui lavorava da anni, era caduta inciampando in uno scalino; da allora aveva un "insopportabile" dolore alla schiena. Dopo la caduta si era sentita demoralizzata e depressa; non aveva però riferito altri sintomi di depressione. Aveva parlato a lungo dell'incidente, che le ricordava una caduta simile avvenuta qualche anno prima. All'epoca aveva consultato un neurochirurgo che le aveva semplicemente consigliato di riposare e di prendere farmaci antinfiammatori non steroidi, senza "prestarle sufficiente attenzione". Raccontando quell'episodio la signora Fuentes aveva iniziato a piangere. Era indispettita anche perché i dolori di cui aveva sofferto in seguito le avevano impedito di fare attività fisica ed era di conseguenza ingrassata.

Interrogata sui propositi di suicidio rivelati allo psichiatra che l'aveva in cura, la signora Fuentes aveva precisato che non si trattava di "nulla di grave": erano "solo minacce" mirate a "dare una lezione" al marito, che non si era "occupato abbastanza" di lei dopo la caduta. Sorridendo aveva aggiunto: "Veramente non pensavo di essere presa talmente sul serio; magari dovrei farlo più spesso". Si era poi messa a ridere, scrollando le spalle; trovava "molto carino" il fatto che così tanti dottori e infermieri (che aveva indicato con il loro primo nome) le avessero chiesto informazioni sulla sua storia. Quando il giovane psichiatra che stava conducendo la valutazione aveva fatto un breve commento sul suo abbigliamento, definendola "la donna più elegante del Pronto Soccorso", la signora Fuentes aveva anche assunto un atteggiamento vagamente civettuolo.

Secondo lo psichiatra che la seguiva da tre anni (che stava per partire per una vacanza), la signora Fuentes non aveva mai manifestato in precedenza l'intenzione di suicidarsi. Secondo quanto riportato dal marito la signora Fuentes parlava invece di suicidio "come le altre persone parlano delle condizioni del tempo": "Sta solo cercando di farmi preoccupare, ma ormai con me non funziona più". Diceva che questa visita al Pronto Soccorso era "assolutamente non necessaria" e che lo psichiatra della moglie aveva senza dubbio sopravvalutato le sue dichiarazioni.

All'età di 47 anni la signora Fuentes si era rivolta allo psichiatra perché si sentiva depressa e trascurata dal marito; nel corso degli ultimi tre anni le erano stati prescritti sertralina, escitalopram, fluoxetina e paroxetina, ma nessuno di questi farmaci si era dimostrato efficace.

La signora Fuentes viveva con il marito (73 anni); il suo unico figlio (25 anni), sposato e padre di un bambino nato da pochi mesi, abitava poco lontano. La paziente

aveva descritto il marito come "un musicista molto famoso", che non l'aveva però mai aiutata in casa o a crescere il figlio, né mostrava di apprezzare il tempo e le energie che dedicava al nipotino. Parlando della sua giovinezza aveva detto di essere stata "una ragazza precoce"; era diventata sessualmente attiva nei primi anni della scuola superiore, quando frequentava soprattutto uomini nettamente più vecchi di lei. Quel periodo era stato "davvero divertente; mi piaceva molto essere corteggiata da uomini che facevano i salti mortali per venire a letto con me".

Diagnosi

- Disturbo istrionico di personalità

Discussione

La signora Fuentes si è recata al Pronto Soccorso a causa di depressione e suicidialità, ma durante l'intervista è emerso piuttosto un pattern pervasivo di eccessiva emotività e ricerca di attenzione. I comportamenti con il personale dell'ospedale, e forse la stessa caduta, sembrano derivare dal bisogno di essere al centro dell'attenzione, mentre in base a quanto riportato da lei e dal marito le croniche minacce di suicidio rispecchiano il tentativo di punire e indurre preoccupazione. Non è probabilmente un caso, per esempio, che abbia espresso l'intenzione di suicidarsi, per la prima volta in tre anni di terapia, proprio quando il suo psichiatra stava per andare in vacanza lasciandola "sola e abbandonata".

Le emozioni della signora Fuentes sembrano cambiare rapidamente; nel corso della valutazione è scoppiata a piangere, ma dopo pochi minuti è apparsa allegra e vivace. Ha comunque negato di avere effettivamente l'intenzione di uccidersi. Ha invece parlato a lungo e in maniera drammatica delle sue cadute, sottolineando come il marito e il neurochirurgo si fossero mostrati insensibili e indifferenti nonostante i forti dolori che la affliggevano. È stata seduttiva con il giovane psichiatra che ha condotto l'intervista ed estremamente socievole nei confronti di altri membri del personale con cui aveva interagito nel Pronto Soccorso. E anche in un Pronto Soccorso presumibilmente pieno di persone malate e sofferenti la signora Fuentes ha continuato a preoccuparsi del proprio aspetto (i vestiti eleganti, il peso corporeo), che ha probabilmente un'importanza centrale per il suo senso di autostima.

Tutte queste osservazioni indicano che la suicidalità della signora Fuentes non è parte di un disturbo dell'umore. La signora Fuentes presenta invece almeno sei degli otto criteri elencati dal DSM-5 per una diagnosi di disturbo istrionico di personalità: è a disagio quando non è al centro dell'attenzione, ha comportamenti seduttivi, manifesta un'emotività intensa ma rapidamente mutevole e superficiale, utilizza costantemente l'aspetto fisico per attirare l'attenzione, mostra autodrammatizzazione e teatralità e tende a considerare le relazioni più intime di quanto non siano realmente. Non risultano soddisfatti i criteri relativi a suggestionabilità ed eloquio impressionistico, ma è possibile

che ciò sia dovuto al fatto che tali caratteristiche non sono emerse in maniera evidente durante la valutazione.

Valutazione in cui nel caso dei pazienti con disturbo istrionico di personalità si dovrebbe considerare attentamente la possibilità di un concomitante disturbo da sintomi somatici, perché la comorbilità tra le due condizioni è relativamente frequente. La signora Fuentes lamenta attualmente un “insopportabile” dolore alla schiena, ma ulteriori indagini potrebbero rivelare un quadro di sintomi fisici e preoccupazioni per la salute più pervasivo e invalidante. Frequente è anche la comorbilità con il disturbo depressivo maggiore. La signora Fuentes mostra molti segni di umore depresso; inoltre, la visita al Pronto Soccorso è stata determinata dalle sue minacce di suicidio. Anche se lei e il marito hanno minimizzato la serietà di tali minacce, il disturbo istrionico di personalità è associato a un alto rischio di tentativi di suicidio, finalizzati a ottenere l’attenzione degli altri. Molti di questi tentativi rimangono “gesti suicidari” senza conseguenze gravi, ma in alcuni casi possono anche portare alla morte semi-accidentale.

In base alle indicazioni del DSM-5 prima di porre una diagnosi di disturbo di personalità è necessario accertare che i problemi del paziente siano effettivamente causa di disagio clinicamente significativo e/o compromissione funzionale, come per tutti i disturbi psichiatrici, e che ci sia un “pattern di esperienza interiore e di comportamento che devia marcata mente rispetto alle aspettative della cultura dell’individuo”. Le norme rispetto a componenti quali espressione delle emozioni, interazioni sociali o modo di vestire possono variare ampiamente in funzione del background culturale, del genere e dell’età dell’individuo, dato che è importante prendere in considerazione per evitare una sbrigativa patologizzazione di comportamenti che non sono in realtà associati a disagio e disfunzione. Per esempio, il disturbo istrionico di personalità viene diagnosticato più spesso nelle femmine anche se studi di popolazione indicano che il disturbo è altrettanto frequente nei maschi.

I pazienti istrionici hanno spesso altri disturbi di personalità, ma la signora Fuentes non sembra soddisfare i criteri per una seconda diagnosi. Per esempio, le minacce di suicidio e l’emotività rapidamente mutevole potrebbero indurre a sospettare un disturbo borderline; la signora Fuentes non mostra però l’estrema autodistruttività, i cronici sentimenti di vuoto, la marcata instabilità e le rotture rabbiose delle relazioni interpersonali che si riscontrano comunemente negli individui affetti da tale disturbo. Anche se si lamenta di non ricevere l’attenzione di cui ha bisogno, non manifesta il timore della separazione e i comportamenti sottomessi tipici del disturbo dipendente di personalità. Per quanto richieda chiaramente eccessiva ammirazione, non manifesta neanche la mancanza di empatia che è una caratteristica fondamentale del disturbo narcisistico. Infine, la signora Fuentes ha comportamenti manipolativi che derivano dal suo desiderio di essere accudita, mentre gli individui con disturbo antisociale di personalità sono manipolativi per ottenere profitto, potere o altre gratificazioni materiali.

Letture consigliate

- GABBARD, G.O. (2005), "Disturbi di personalità del gruppo B: il paziente isterico e istrionico". In *Psichiatria psicodinamica*. Tr. it. Raffaello Cortina, Milano 2007.
- HALES, R.E., YUDOFSKY, S.C., ROBERTS, L.W. (2014) (a cura di), *The American Psychiatric Publishing Textbook of Psychiatry*. American Psychiatric Publishing, Washington.
- MCKINNON, R.A., MICHELS, R., BUCKLEY, P.J. (2006), "The histrionic patient". In *The Psychiatric Interview in Clinical Practice*. American Psychiatric Publishing, Washington.

Caso 18.7

Insoddisfazione

Robert Michels

Larry Goranov, 57 anni, disoccupato, aveva ricevuto una diagnosi di disturbo distimico; ma dato che non aveva tratto gran beneficio da una psicoterapia della durata di sette anni (con frequenza settimanale) si era presentato in un centro di salute mentale per verificare la correttezza della diagnosi e l'appropriatezza del trattamento.

Allo psichiatra del centro il signor Goranov aveva riferito una lunga storia di umore moderatamente depresso e bassi livelli di energia. Ogni mattina "si trascinava giù dal letto" e affrontava la giornata con scarso entusiasmo. Tre anni prima aveva perso il suo ultimo posto di lavoro e messo fine alla sua ultima relazione sentimentale; dubitava della possibilità di averne altre, come pure della possibilità di riprendere in futuro a lavorare. Era imbarazzato per il fatto di vivere ancora con la madre, che aveva più di ottant'anni. Diceva che al momento non aveva alcuna intenzione di suicidarsi, ma aveva aggiunto: "D'altra parte, se quando mia madre muore sto ancora così non vedo perché dovrei continuare a vivere". Negava di avere alterazioni del sonno e dell'appetito o difficoltà di concentrazione.

Nel corso degli anni gli erano stati prescritti numerosi farmaci, che aveva sempre assunto con buona aderenza al trattamento, tra cui fluoxetina, escitalopram, sertralina, duloxetina, venlafaxina, bupropione, quetiapina, aripiprazolo, litio e levotiroxina. Durante il trattamento con escitalopram l'umore era leggermente migliorato, ma non c'era stata una remissione dei sintomi. Un breve ciclo di terapia cognitivo-comportamentale si era rivelato fallimentare: per sua stessa ammissione, il signor Goranov aveva presto ostentato un atteggiamento negativo nei confronti della terapia e del terapeuta, di cui non seguiva le indicazioni. Non si era mai sottoposto a una psicoterapia psicodinamica.

Il signor Goranov aveva espresso frustrazione rispetto alla mancanza di miglioramenti, lamentandosi del trattamento ricevuto nella clinica presso cui era in cura; soprattutto, trovava "umiliante" che il suo caso fosse stato affidato a giovani psichiatri inesperti e impreparati, che cambiavano ogni anno o due e che di psicoterapia sembravano saperne meno di lui. In ogni caso preferiva i terapeuti di sesso femminile, perché gli uomini erano spesso "troppo competitivi e invidiosi".

In precedenza il signor Goranov aveva lavorato come agente assicurativo: "È ridicolo, ero un ottimo agente ma a un certo punto mi hanno licenziato". Aveva spiegato che le compagnie di assicurazione lo avevano "messo al bando, perché è un ambiente pieno di presunti incompetenti e su questo io non riuscivo a tenere la bocca chiusa". Era rimasto disoccupato per cinque anni, finché era stato assunto in una concessionaria di automobili: "Non era certo il mio campo, ma nel giro di un paio di settimane sono diventato più bravo del mio capo"; dopo qualche mese aveva però dato le dimissioni in seguito a un litigio con il titolare. In seguito, nonostante diversi terapeuti lo avessero incoraggiato a farlo, non aveva cercato altri posti di la-

voro; si era anche rifiutato di partecipare a programmi di riabilitazione professionale o di svolgere attività di volontariato, opzioni che considerate le sue doti e capacità riteneva "del tutto improponibili".

Il signor Goranov affermava anche di aver "rinunciato alle donne". Da giovane ne aveva avute molte, ma che in generale avevano mostrato di "non apprezzarlo abbastanza": "Stavano con me solo perché le portavo fuori a cena". Il signor Goranov sembrava reagire con sospetto a tutte le dimostrazioni di interesse da parte di altre persone, tra cui le donne che avevano cercato di ingannarlo e i terapeuti che avevano cercato di curarlo. Si descriveva come un uomo che "poteva dare tanto", ma diceva che il mondo era " pieno di manipolatori". In passato aveva avuto qualche amico, ma la madre era l'unica persona di cui gli importasse davvero. Aveva riferito che gli piaceva "frequentare buoni ristoranti e alberghi a cinque stelle", che però ora non poteva più permettersi. Faceva esercizio fisico tutti i giorni, per "mantenersi in forma"; passava la maggior parte del tempo in casa, guardando la televisione o leggendo romanzi e biografie.

Il signor Goranov aveva un aspetto estremamente curato; portava i capelli pettinati all'indietro ed era vestito con eleganza, ma con uno stile che sembrava più adatto a un trentenne. Durante il colloquio si era mostrato collaborativo, sebbene con un atteggiamento tendenzialmente sostenuto e distaccato. L'eloquio era coerente; le sue capacità cognitive apparivano integre. Aveva negato di avere intenzione di uccidersi, ma aveva ammesso di pensare abbastanza spesso alla morte. Diceva di sentirsi "triste e arrabbiato".

Diagnosi

- Disturbo narcisistico di personalità

Discussione

Quando un paziente si rivolge a uno psichiatra, i sintomi sono generalmente gli aspetti della psicopatologia più facili da identificare e diagnosticare. Ansia, depressione, ossessioni o fobie sono riconosciuti in modo simile sia dai pazienti sia dagli psichiatri e sono caratteristiche che definiscono molti disturbi. I pazienti con disturbi di personalità sono diversi: i loro problemi sono spesso causa di disagio soprattutto per gli altri e i loro sintomi, spesso vaghi, possono sembrare secondari a un'altra condizione. Ciò che alla fine porta alla diagnosi corretta non sono, per esempio, l'ansia o la depressione; è invece l'esame complessivo del paziente, della vita che ha scelto di condurre e delle modalità con cui interagisce con gli altri.

Un corollario è che i sintomi lamentati dal paziente possono rivelarsi meno informativi del modo in cui li descrive. Inoltre, per la maggioranza degli individui con disturbi di personalità la valutazione richiede non solo la raccolta e l'analisi dei dati anamnestici, ma anche la comprensione del rapporto che si crea fra clinico e paziente; il pattern generale delle relazioni interpersonali del paziente si

riflette nel modo in cui si mette in relazione con il clinico, e le risposte contro-transferali possono diventare strumenti diagnostici importanti.

Il problema principale riferito dal signor Goranov è l'umore depresso; non sembra però soddisfare i criteri per una diagnosi di disturbo depressivo. L'umore depresso appare piuttosto correlato a un'insoddisfazione cronica; si reputa talentuoso, affascinante, "capace di dare tanto", ma è disoccupato, poco apprezzato e solo. Frustrazione e demoralizzazione si riscontrano comunemente nei pazienti con disturbi di personalità, che come nel caso del signor Goranov spesso non rispondono ai trattamenti farmacologici. A differenza della maggior parte degli individui con depressione rilevante, il signor Goranov dedica anche grande attenzione al suo aspetto fisico, al suo abbigliamento, al fatto di mantenersi in forma e attraente, che rispecchiano la necessità di essere ammirato dagli altri. Quello che emerge è un tipico quadro di disturbo narcisistico di personalità da lieve a moderato, con caratteristiche che includono grandiosità, convinzione di essere speciale (e di meritare quindi di essere trattato come tale), allontanamento dagli altri, capacità di empatia marcatamente ridotta e atteggiamento sdegnoso e arrogante. L'umore depresso del signor Goranov, per quanto evidente, deriva dalla sua personalità patologica di base.

Gli individui con disturbo narcisistico di personalità sono pazienti "difficili". Considerano i loro problemi come il risultato del mancato riconoscimento del proprio valore e spesso vanno incontro a un progressivo ritiro sociale. Per costruire un'alleanza terapeutica è necessario accostarsi alla loro sofferenza e solitudine lavorando per alimentare la possibilità di gratificazione, più che la rinuncia alle pretese nei confronti degli altri.

Il signor Goranov è un paziente; non è semplicemente qualcuno con un'identità sociale e personale che si ritrova a essere un paziente: il ruolo di paziente è per lui diventato centrale. È inoltre un paziente insoddisfatto, a cui non è stato dato ciò che chiede o che ritiene di avere il diritto di ottenere. La sua storia mostra chiaramente che questo è un problema abituale; l'insoddisfazione del signor Goranov si estende a includere gli amici, i colleghi e le donne che come i suoi terapeuti si sono rivelati non all'altezza, sottovalutandolo e deludendo le sue aspettative.

Letture consigliate

- AKHTAR, S. (2000), "The shy narcissist". In SANDLER, J., MICHELS, R., FONAGY, P. (a cura di), *Changing Ideas in a Changing World: The Revolution in Psychoanalysis. Essays in Honour of Arnold Cooper*. Karnac, London.
- COOPER, A.M. (1998), "Nuovi sviluppi nella diagnosi clinica del disturbo narcisistico di personalità". In RONNINGSTAM, E.F. (a cura di), *I disturbi del narcisismo*. Tr. it. Raffaello Cortina, Milano 2001.
- RONNINGSTAM, E.F. (1998) (a cura di), *I disturbi del narcisismo*. Tr. it. Raffaello Cortina, Milano 2001.
- RONNINGSTAM, E.F., WEINBERG, I. (2013), "Narcissistic personality disorder: progress in recognition and treatment". In *Focus*, 11, pp. 167-177.

Caso 18.8 Timidezza

J. Christopher Perry

Matilda Herbert, 23 anni, aveva deciso di consultare uno psichiatra nella speranza che potesse aiutarla a "uscire dal guscio". Si era trasferita in quella città da poco, per frequentare una scuola per tecnici di laboratorio; era andata ad abitare con una cugina, più anziana di lei, che era anche una psicoterapeuta e che la incoraggiava continuamente a "uscire e godersi la sua giovinezza".

La signorina Herbert aveva riferito che in precedenza le erano stati prescritti diversi ansiolitici, ma che il vero problema era la sua "timidezza". Aveva costantemente il timore di essere "criticata" dagli altri. In classe rimaneva per lo più zitta, perché aveva paura di "dire qualcosa di stupido", arrossire ed essere presa in giro; parlava il meno possibile anche al telefono, ma era terrorizzata soprattutto dall'idea di parlare in pubblico. Diceva di essere sempre stata una persona compiacente, che preferiva nascondere i suoi sentimenti mostrandosi allegra, premurosa e comprensiva. Aveva alcune amiche di lunga data, che descriveva come "affettuose e indulgenti", ma dopo il recente trasloco non aveva stretto nuove amicizie e si sentiva sola. Aveva troncato la sua unica relazione sentimentale significativa due anni prima; da allora non ne aveva avute altre. All'inizio il suo ex ragazzo si era mostrato "gentile e paziente", e con lui la sua vita sociale era diventata più intensa; quando erano andati a vivere insieme si era però rivelato "un alcolizzato collerico".

La signorina Herbert era cresciuta in una grande metropoli. Era l'ultima di quattro figli; il fratello "iperattivo e antisociale" era sempre stato il principale oggetto di attenzione, mentre le sorelle erano "ipercompetitive e perfette". Aveva definito la madre "ansiosa e arrendevole, come me". Il padre era un manager di successo, sempre pronto a sottolineare i difetti e le manchevolezze dei figli; poteva anche mostrarsi supportivo, ma in generale contrastava qualunque forma di incertezza e difficoltà emotiva proponendo un "solido ottimismo". L'atmosfera familiare era "satura" di scherno, derisione e competizione, "e non mi ha certo aiutato il fatto di essere stata costretta a frequentare la stessa scuola privata femminile, piena di ricche smorfiose, in cui le mie sorelle erano state delle stelle". La signorina Herbert aveva sviluppato fin da bambina un'estrema sensibilità rispetto a fallimenti e giudizi negativi.

I genitori avevano divorziato quando era al primo anno della scuola superiore; il padre si era risposato non molto tempo dopo. Anche se era previsto che si iscrivesse alla prestigiosa università dove si erano laureate le sorelle, al termine della scuola la signorina Herbert aveva scelto di frequentare un college locale, "per evitare il confronto e per stare vicino a mia madre, che aveva bisogno di me". Aveva ottenuto risultati brillanti nella sua materia preferita, la chimica, soprattutto dopo essere stata seguita con particolare interesse da uno degli insegnanti. Amava fare escursioni in montagna, nei boschi, a contatto con la natura, una delle poche attività in cui si sentiva sicura e indipendente. Lavorava saltuariamente come volontaria in un rifugio

per animali abbandonati e le piaceva anche fare la babysitter, perché “gli animali e i bambini non sono cattivi e apprezzano tutto quello che fai”.

La signorina Herbert era una giovane donna minuta ed elegante. Durante il colloquio si era mostrata collaborativa, attenta e coerente; sorrideva spesso, specialmente mentre parlava di temi che in molti avrebbero generato irritazione. Tuttavia, era apparsa turbata quando lo psichiatra aveva proposto un collegamento tra l’ansia attuale e i passati atteggiamenti del padre. Altre reazioni simili avevano indotto nello psichiatra il timore che qualsiasi commento interpretativo sarebbe stato inteso dalla paziente come una critica nei suoi confronti. Aveva espresso tale preoccupazione alla signorina Herbert; dopo un’aperta discussione sull’argomento, entrambi si erano rilassati e la conversazione era continuata in modo più produttivo.

Diagnosi

- Disturbo evitante di personalità
- Disturbo d’ansia sociale

Discussione

La timidezza della signorina Herbert si traduce in un persistente evitamento sociale che le impedisce di divertirsi e “godersi la sua giovinezza”. La bassa autostima e il timore di essere criticata o derisa condizionano il suo rendimento scolastico e la scelta del college e della futura professione (tecnico di laboratorio) sembra dettata prevalentemente dal desiderio di ridurre le potenziali fonti di ansia e il rischio di insuccessi e umiliazioni; si sente sola ma anche incapace di stingere amicizie e di avere relazioni sentimentali. La signorina Herbert soddisfa i criteri per due diagnosi del DSM-5, che si sovrappongono talmente spesso da poter essere considerate concettualizzazioni alternative di condizioni simili: il disturbo evitante di personalità e il disturbo d’ansia sociale (fobia sociale).

Il disturbo evitante di personalità è caratterizzato da un pattern pervasivo di inibizione sociale, sentimenti di inadeguatezza e ipersensibilità al giudizio negativo. La diagnosi richiede inoltre la presenza di almeno quattro di sette criteri che nel caso della signorina Herbert risultano da tempo pienamente soddisfatti, con conseguenze deleterie in tutti gli aspetti della sua vita. La signorina Herbert evita attività lavorative che implicano un contatto interpersonale significativo. Parla poco e tende a nascondere le proprie emozioni per paura di essere disapprovata e presa in giro, anche dai familiari. Teme le situazioni nuove, evita di essere al centro dell’attenzione, arrossisce facilmente, dubita delle sue capacità ed è riluttante a entrare in relazione con altre persone, a meno che non sia certa di un’accettazione incondizionata.

Come la maggior parte degli individui con disturbo evitante di personalità, la signorina Herbert corrisponde anche ai criteri per la diagnosi di disturbo d’ansia sociale. Ha paura di essere esaminata e valutata negativamente dagli altri; le situazioni sociali sono tollerate, ma a mala pena, e provocano quasi sempre

ansia. Mostra di preferire attività che comportano limitate interazioni sociali, e alla fine della scuola superiore ha scelto di continuare a vivere con la madre.

Secondo quanto ha riferito, la signorina Herbert manifesta questi sintomi da molti anni. Anche se la timidezza è una caratteristica comune negli individui con disturbo evitante di personalità e disturbo d'ansia sociale, la maggior parte dei bambini timidi non va successivamente incontro ai problemi tipici di tali disturbi, che spesso portano a una diminuzione del livello di rendimento scolastico, attività lavorativa, produttività, status socioeconomico, qualità della vita e benessere generale.

Nel corso del colloquio lo psichiatra ha avvertito il disagio della signorina Herbert e si è sentito a sua volta a disagio, fin troppo cauto nell'affrontare questioni che sembravano turbarla particolarmente. In altre parole, è diventato consapevole di una reazione controtransferale legata al timore di ferire i sentimenti della paziente. Preoccupato dalla possibilità che i suoi commenti venissero percepiti come giudizi negativi, ne aveva parlato con la signorina Herbert; tale discussione aveva permesso a entrambi di proseguire in maniera più serena e proficua, rinforzando l'alleanza terapeutica. Lo sviluppo, fin dall'inizio, di una simile alleanza contribuisce a ridurre l'imbarazzo e il senso di vergogna del paziente e consente sia una valutazione più accurata, che include l'accertamento di eventuali comorbilità, sia una più facile transizione al trattamento.

Letture consigliate

- PERRY, J.C. (2014), "Cluster C personality disorders: avoidant, obsessive-compulsive, and dependent". In GABBARD, G.O. (a cura di), In *Gabbard's Treatments of Psychiatric Disorders*. American Psychiatric Publishing, Washington.
- SANISLOW, C.A., BARTOLINI, E.E., ZOLOTH, E.C. (2012), "Avoidant personality disorder". In RAMACHANDRAN, V.S. (a cura di), *Encyclopedia of Human Behavior*. Academic Press, San Diego.

Caso 18.9 Insicurezza

Raymond Raad, Paul S. Appelbaum

Nate Irvin, 31 anni, si era presentato nell'ambulatorio psichiatrico di un ospedale principalmente a causa della sua "profonda insicurezza". Scarsa assertività e mancanza di fiducia in se stesso erano problemi di lunga data, ma al momento era particolarmente angustiato dalla sua situazione lavorativa: da due anni era "bloccato" in un impiego "senza prospettive" di assistente amministrativo; avrebbe voluto che qualcuno gli dicesse che cosa fare a questo proposito, così da evitare "il peso di una scelta". Al lavoro seguiva con facilità le indicazioni del suo capo, ma aveva grosse difficoltà a prendere autonomamente qualsiasi tipo di decisione. Era "deprimente", anche se non si trattava di nulla di nuovo.

Il signor Irvin aveva riferito un'insoddisfazione altrettanto profonda rispetto ai suoi rapporti con le donne. Nei dieci anni antecedenti aveva avuto una serie di relazioni, che erano finite dopo qualche mese nonostante avesse fatto "di tutto" per renderle più durature; l'ultima, con una cantante lirica, si era conclusa da poco. La cantante lo aveva lasciato per motivi che non gli erano chiari; per cercare di compiacerla era andato a vedere diverse opere e aveva anche iniziato a prendere lezioni di canto, sebbene non fosse mai stato un amante della musica. Diceva che il suo umore e il suo "equilibrio" erano legati alle sue relazioni sentimentali; quando si ritrovava da solo si sentiva disperato, ma la disperazione rendeva ancora più difficile la ricerca di una nuova partner: era "intrappolato" in questa spirale, da cui era incapace di uscire. Dopo la recente rottura aveva provato una grande tristezza, accompagnata da frequenti crisi di pianto. Era questa "depressione" che lo aveva spinto a cercare aiuto; negava però di avere altri sintomi depressivi quali alterazioni del sonno e dell'appetito, faticabilità, anedonia o pensieri di suicidio.

In principio aveva anche negato l'uso di farmaci, ma poi aveva ammesso che un anno prima il suo medico di famiglia gli aveva prescritto alprazolam "per l'ansia", alla dose iniziale di 0,5 mg al giorno. Il dosaggio era però progressivamente aumentato; il signor Irvin assumeva attualmente 5 mg al giorno di alprazolam, che si faceva prescrivere da tre medici differenti: "Se non lo prendo mi torna l'ansia e mi tremano le mani". Il signor Irvin non aveva apparentemente una storia personale o familiare di disturbi mentali e affermava di non aver mai consultato in precedenza uno psichiatra.

Alla luce di quanto raccontato dal signor Irvin, la psichiatra che aveva condotto l'intervista era giunta alla conclusione che la diagnosi più appropriata fosse probabilmente quella di disturbo da uso di benzodiazepine nel contesto di un disturbo di personalità; ma preoccupata dalle conseguenze negative che tali diagnosi avrebbero potuto comportare per il paziente – in termini di occupazione, copertura assicurativa o potenziale stigmatizzazione da parte di altri medici – nella cartella clinica aveva invece riportato la diagnosi di "disturbo dell'adattamento con umore depresso".

Diagnosi

- Disturbo dipendente di personalità
- Disturbo da uso di benzodiazepine

Discussione

Il signor Irvin mostra un eccessivo bisogno di essere accudito; è insicuro, ha difficoltà a prendere decisioni anche banali e vorrebbe che altri lo facessero per lui; la mancanza di fiducia nelle proprie capacità gli impedisce di prendere iniziative e di assumersi responsabilità; si sente a disagio quando è solo; evita di esprimere disaccordo e fa “di tutto” per mantenere relazioni e ottenere l’approvazione e il supporto degli altri.

Il signor Irvin soddisfa almeno sei degli otto criteri descritti dal DSM-5 per il disturbo dipendente di personalità; per porre la diagnosi ne sarebbero sufficienti cinque. La diagnosi richiede anche (come per tutti i disturbi di personalità) che i sintomi riflettano un pattern pervasivo, inflessibile, stabile e di lunga durata, associato a disagio e/o disfunzione, che devia marcatamente rispetto alle aspettative della cultura dell’individuo: i sintomi del signor Irvin sono persistenti, invalidanti e non corrispondono alle normali aspettative per un uomo sano della sua età.

I disturbi psichiatrici che possono esacerbare tratti di personalità dipendente o manifestarsi in comorbilità con il disturbo dipendente di personalità sono numerosi. Nel caso del signor Irvin va considerata innanzitutto la possibilità di un disturbo dell’umore. Alcuni pazienti con disturbi dell’umore possono presentarsi con sintomi che richiamano quelli di un disturbo di personalità, e il signor Irvin lamenta una “depressione” che è recentemente peggiorata. Va quindi presa in esame l’ipotesi che si trovi nel mezzo di un episodio depressivo maggiore e che i sintomi di dipendenza siano confinati a tale episodio; tuttavia il signor Irvin non sembra avere altri sintomi tipici, né soddisfare i criteri per un qualsiasi disturbo depressivo.

Soddisfa invece i criteri per una diagnosi di disturbo da uso di benzodiazepine. Da almeno un anno fa regolarmente uso di alprazolam, che ha assunto a dosi crescenti per un periodo di durata superiore a quanto fosse nelle sue intenzioni iniziali e che ora si fa prescrivere da tre medici diversi. Ha sviluppato tolleranza (come indica l’aumento progressivo del dosaggio) e mostra segni di astinenza (ansia e tremori) in seguito alla sospensione del farmaco. Si può inoltre ragionevolmente supporre che l’uso della benzodiazepina porti a disagio o compromissione clinicamente significativi, come potranno confermare ulteriori indagini. Vista la riluttanza con cui ha rivelato questo problema, sarebbe opportuno esplorare con tatto anche la possibilità che il signor Irvin faccia uso di altre sostanze, inclusi alcol, tabacco, farmaci oppiacei o droghe illecite.

Per proteggere il paziente da potenziali conseguenze negative, tra cui la stigmatizzazione all’interno o all’esterno del sistema di assistenza sanitaria, la psi-

chiatra che ha valutato il signor Irvin non ha documentato nella cartella clinica le diagnosi corrette. Ha invece riportato una diagnosi presumibilmente meno peggiorativa, ma inaccurata, di disturbo dell'adattamento: malgrado l'umore depresso, il paziente non soddisfa i criteri per tale diagnosi. Ciò significa che la cartella non contiene informazioni che potrebbero in futuro risultare rilevanti per altri medici o psichiatri; per esempio, se il signor Irvin si ripresentasse d'urgenza nell'ambulatorio richiedendo la prescrizione di benzodiazepine, lo psichiatra di turno non avrebbe modo di comprendere immediatamente dalla cartella il quadro di abuso e dipendenza. Nel tentativo di "non nuocere", la psichiatra ha cercato di proteggere il signor Irvin da eventuali stigmatizzazioni; lo ha però esposto a rischi medici significativi.

Letture consigliate

- APPELBAUM, P.S. (2002), "Privacy in psychiatric treatment: threats and responses". In *American Journal of Psychiatry*, 159, pp. 1809-1818.
- HOWE, E. (2010), "Core ethical questions: what do you do when your obligations as a psychiatrist conflict with ethics?". In *Psychiatry*, 7, pp. 19-26.
- MULLINS-SWEATT, S.N., BERNSTEIN, D.P., WIDIGER, T.A. (2012), "Retention or deletion of personality disorder diagnoses for DSM-5: an expert consensus approach". In *Journal of Personality Disorders*, 26, pp. 689-703.

Caso 18.10 Controllo

Michael F. Walton

Ogden Judd e il suo compagno, Peter Kleinman, avevano deciso di iniziare una terapia della coppia a causa dei crescenti conflitti provocati dal loro tentativo di andare a vivere insieme. Il signor Kleinman aveva descritto la lunga ricerca della casa, durata diversi mesi e resa "estenuante" dal rigido orario di lavoro del signor Judd e dalla sua lista "senza fine" di appartamenti da visitare. Dato che non avevano comunque trovato un appartamento "soddisfacente", alla fine avevano scelto di condividere quello del signor Judd; come aveva concluso il signor Kleinman, "aveva vinto Ogden".

Il signor Judd si era però rifiutato di affidarsi a una ditta di traslochi; aveva insistito sulla necessità di catalogare e impacchettare personalmente tutti gli oggetti che appartenevano al compagno, prima di trasportarli nella sua abitazione. Un trasloco per cui ci sarebbero voluti due giorni aveva quindi richiesto più di una settimana. Aveva poi incominciato a imporre "regole assurde" su come dovevano essere disposti i libri sugli scaffali o i vestiti nell'armadio, con le grucce appendiabiti meticolosamente allineate. Il signor Kleinman si lamentava dicendo che in ogni caso per le sue cose c'era pochissimo spazio, perché il signor Judd non buttava mai via niente. Il signor Judd aveva precisato: "Non voglio gettare cose di cui potrei poi avere bisogno; ho paura di perdere qualcosa di importante".

Nelle settimane successive, mentre continuava l'opera di svuotamento degli scatoloni e sistemazione del loro contenuto, avevano litigato quasi quotidianamente. A peggiorare la situazione contribuiva anche il fatto che il signor Judd spesso tornava a casa tardi, verso le nove o dieci di sera, perché dopo il normale orario di lavoro aveva sempre "qualcosa da finire". Inoltre, quando si svegliava al mattino il signor Kleinman lo trovava spesso intento a rimettere a posto la casa con aria risentita; per esempio, aveva risistemato tutti i libri ordinandoli alfabeticamente per autore. Il signor Judd sembrava dedicarsi con estremo impegno a qualsiasi tipo di attività, ma senza divertirsi, con un grande dispendio di tempo ed energie e considerevoli difficoltà nel portarli a termine. Nello stesso tempo, la convivenza aveva indotto nel signor Kleinman un senso sempre più forte di disaffezione e distacco dal compagno.

Il signor Judd negava di avere sintomi di depressione o ansia. Non fumava ed era astemio: "Non ho mai bevuto alcolici, detesto l'idea di poter perdere il controllo". Non aveva una storia personale o familiare di disturbi mentali; in particolare, diceva di non avere mai avuto fobie specifiche o attacchi di panico. Il suo rendimento scolastico era sempre stato superiore alla media. Era figlio unico; aveva sempre avuto una camera tutta per sé, fino a quando aveva lasciato la casa dei genitori per frequentare il college in un'altra città. All'inizio aveva condiviso la stanza di un dormitorio universitario con un altro studente: "Ma non riuscivo a sopportare il suo disordine; dopo qualche mese sono andato ad abitare da solo. Da allora non ho più vissuto con qualcuno, fino all'arrivo di Peter". Il signor Judd era molto benvoluto dai suoi superiori, e

in due anni era stato eletto "impiegato del mese" tre volte; non altrettanto si poteva dire dei suoi colleghi e subordinati, che si erano spesso dimostrati meno entusiasti definendolo "eccessivamente rigido, perfezionista e troppo esigente".

Il signor Judd era magro, portava gli occhiali ed era pettinato e vestito con cura. Durante l'intervista era rimasto per lo più in silenzio; aveva lasciato parlare il signor Kleinman, inserendosi sporadicamente nel discorso per contraddirlo. Appariva tendenzialmente irritabile, ma si era mostrato collaborativo nei confronti dello psichiatra. L'eloquio era normale per tono e ritmo, e non erano emersi segni di depressione. Alla fine del colloquio aveva affermato: "So di essere una persona difficile, ma vorrei davvero risolvere questi problemi".

Diagnosi

- Disturbo ossessivo-compulsivo di personalità

Discussione

La terapia della coppia si focalizza generalmente sulla relazione, più che su uno dei membri della diade, ma in questo caso l'intervista iniziale ha messo in evidenza soprattutto le difficoltà create dai comportamenti del signor Judd. Il signor Judd è descritto come uno stacanovista intransigente, un perfezionista inflessibile riluttante a delegare i compiti e incapace di disfarsi di cose senza valore. Dopo il trasloco ha trovato estremamente difficile sistemare gli oggetti e gli indumenti del compagno nel suo appartamento; passando ore, per esempio, a riordinare da solo libri che avrebbero potuto essere semplicemente messi su uno scaffale. Scrupolosità, impegno e diligenza possono essere qualità adattive in certe circostanze, ma per il signor Judd sono causa di disagio e disfunzione sia nell'ambito della relazione con il signor Kleinman, sia nei rapporti con i colleghi di lavoro. Il signor Judd soddisfa i criteri del DSM-5 per la diagnosi di disturbo ossessivo-compulsivo di personalità.

Nonostante i nomi simili, e la possibile comorbilità, il disturbo ossessivo-compulsivo di personalità e il disturbo ossessivo-compulsivo (DOC) hanno manifestazioni cliniche distinte. La differenza fondamentale è che il primo riflette un pattern maladattivo di esagerato perfezionismo e controllo rigido, mentre il secondo è caratterizzato dalla presenza di vere ossessioni e compulsioni. Tra le due condizioni ci può essere però una sovrapposizione significativa; per esempio, comportamenti di accumulo possono essere parte di entrambi i disturbi. Nel disturbo ossessivo-compulsivo di personalità la tendenza all'accumulo è legata al bisogno di ordine e completezza. Il signor Judd ha menzionato la "paura di perdere qualcosa di importante"; inoltre, per rimediare al fatto che nel suo appartamento già strapieno si ora sono aggiunte le cose del signor Kleinman, si sveglia all'alba per mettere a posto in modo che scaffali, cassetti e armadi mantengano il loro standard abituale di eccessiva organizzazione. Di solito negli individui con DOC l'accumulo è correlato all'evitamento di rituali compulsivi

onerosi, oppure a paure ossessive e spesso irrazionali di incompletezza, danno o contaminazione. I comportamenti di accumulo, che possono includere la conservazione di oggetti bizzarri come unghie, capelli o cibi avariati, sono tipicamente indesiderati e causa di intenso disagio. Infine, la nuova diagnosi di disturbo da accumulo introdotta dal DSM-5 si concentra esclusivamente su una “persistente difficoltà di gettare via o separarsi dai propri beni”, che non deriva direttamente dal bisogno di ordine o da ossessioni e compulsioni.

Nel caso del signor Judd ulteriori indagini potranno chiarire (oltre alla loro entità) se i comportamenti di accumulo attenuino pensieri specifici particolarmente spiacevoli o intrusivi. Se la sua continua necessità di riordinare si traduce in comportamenti eccessivamente ripetitivi e ritualistici associati a tensione, difficoltà a rilassarsi, dispendio di tempo e disagio, il signor Judd potrebbe soddisfare anche i criteri per una diagnosi di DOC. Sebbene il DSM-5 incoraggi la distinzione fra disturbo ossessivo-compulsivo di personalità, DOC e disturbo da accumulo, queste tre condizioni possono presentarsi in comorbilità.

Come discusso all'inizio del capitolo, nella Sezione III del DSM-5 viene descritto un modello alternativo che raggruppa i tratti di personalità patologici in cinque grandi domini (vedi la tabella 18.1 a pag. 352): affettività negativa, distacco, antagonismo, disinibizione (contrapposta a coscienziosità) e psicoticismo. Molti di questi fattori risultano pertinenti per una diagnosi di disturbo ossessivo-compulsivo di personalità. Per esempio, lo stile interpersonale adottato dal signor Judd con il compagno e i colleghi appare caratterizzato da distacco e ridotti livelli di intimità; la cupa persistenza con cui continua a svolgere attività molto più a lungo di quanto risulti funzionale o efficace suggerisce un grado significativo di affettività negativa, mentre la sua estrema coscienziosità e il suo perfezionismo rigido permeano l'intero quadro emerso nel corso della valutazione.

Letture consigliate

- HAYS, P. (1972), “Determination of the obsessional personality”. In *American Journal of Psychiatry*, 129, pp. 217-219.
- LOCHNER, C., SEREBRO, P., VAN DER MERWE, L. ET AL. (2011), “Comorbid obsessive-compulsive personality disorder in obsessive-compulsive disorder (OCD): a marker for severity”. In *Progress in Neuropsychopharmacology and Biological Psychiatry*, 35, pp. 1087-1092.
- PINTO, M. A., EISEN, J., MANCEBO, M. ET AL. (2008), “Obsessive-compulsive personality disorder”. In ABRAMOWITZ, J., MCKAY, D., TAYLOR, S. (a cura di), *Obsessive-Compulsive Personality Disorder: Subtypes and Spectrum Conditions*. Oxford University Press, Oxford.

19. Disturbi parafilici

Introduzione

John W. Barnhill

Per *parafilia* si intende qualsiasi interesse sessuale intenso e persistente diverso da quello per la stimolazione genitale o i preliminari sessuali con adulti fenotipicamente normali e consenzienti; un *disturbo parafilico* è una parafilia che causa disagio o disfunzione e/o la cui attuazione ha arrecato (o rischiato di arrecare) danno a se stessi o agli altri. La definizione di parafilia è molto ampia, tale da includere decine o anche centinaia di parafilie o disturbi parafilici la cui identificazione è associata ad ambiguità e controversie, ma il DSM-5 ne descrive specificamente solo otto: i disturbi voyeuristico, esibizionistico, frotteuristico, da masochismo sessuale, da sadismo sessuale, pedofilico, feticistico e da travestitismo.

Una prima possibile suddivisione riguarda le parafilie caratterizzate da attività anomale (come il masochismo sessuale) o oggetti anomali (come il feticismo). Si possono poi distinguere le parafilie che non coinvolgono vittime (come il travestitismo) da quelle che se messe in atto implicano inevitabilmente una vittimizzazione (come sadismo sessuale o pedofilia).

Per esempio, un individuo potrebbe riferire un'eccitazione sessuale ricorrente e intensa derivante dall'uso di oggetti inanimati (per esempio, le scarpe) o da un interesse focalizzato su parti del corpo non genitali (per esempio, i piedi). Se le fantasie, i desideri o i comportamenti associati sovrastano i suoi interessi e comportamenti sessuali "normofilici", l'individuo può essere considerato un feticista. I criteri per tale parafilia specifica non saranno probabilmente soddisfatti se il feticismo non è intenso o persistente ed è parte occasionale di un ampio repertorio sessuale che ha come scopo la stimolazione genitale; il paziente (i feticisti sono quasi sempre maschi) riceverà invece una diagnosi di disturbo feticistico se i comportamenti associati al feticismo causano disfunzione (per esempio, difficoltà sessuali clinicamente rilevanti con il partner) o disagio (per esempio, sentimenti di vergogna clinicamente rilevanti).

Alcune parafilie sono state incluse nel DSM-5 perché il loro enactment porta ineluttabilmente a vittimizzazione. La più frequente di queste parafilie è il vo-

yeurismo. Il disturbo voyeuristico descritto dal DSM-5 non si riferisce però, per esempio, a individui che si eccitano sessualmente "spiando" di nascosto persone seminude su una spiaggia; la diagnosi prevede comportamenti che vanno a discapito di un'altra persona non consenziente, e che come tali possono essere considerati attività criminali. Il disturbo è diagnosticato quando la ricorrente messa in atto di desideri sessuali voyeuristici provoca disagio clinicamente significativo o compromissione del funzionamento in ambito sociale, lavorativo o in altre aree importanti. Ma può essere diagnosticato anche quando l'individuo nega disagio o disfunzione, se è presente un pattern di comportamento parafilico criminale; oppure, come per tutte le parafilie potenzialmente associate a comportamenti criminali, quando i desideri e gli impulsi parafilici causano disagio o disfunzione clinicamente rilevanti anche se non sono messi in atto.

Comportamenti criminali particolarmente ripugnanti sono associati alla pedofilia. Dal punto di vista legale, la diagnosi di disturbo pedofilico identifica individui (anche in questo caso quasi sempre uomini) che mettono in atto il loro interesse sessuale persistente per bambini in età prepuberale; il DSM-5 precisa che generalmente l'età del bambino deve essere inferiore ai 13 anni, mentre per ricevere la diagnosi l'individuo deve avere almeno 16 anni (con una differenza di almeno cinque anni rispetto all'età della vittima). Nella diagnosi non rientrano tendenzialmente gli uomini che tra le loro varie fantasie sessuali si sentono attratti da adolescenti, se tale attrazione non li spinge a commettere reati e non è causa né di disagio soggettivo né di difficoltà interpersonali. In ambito forense risultano rilevanti soprattutto i comportamenti che trascendono ciò che si intende normalmente per sessualità e indicano una sociopatia; tuttavia, il DSM-5 prevede che la diagnosi di disturbo pedofilico possa essere posta anche quando l'interesse sessuale per bambini in età prepuberale non è messo in atto, ma provoca comunque marcato disagio o difficoltà interpersonali.

Anche la diagnosi di disturbo da sadismo sessuale sembra identificare due popolazioni cliniche differenti. Gli individui di entrambi i gruppi provano un'eccitazione sessuale ricorrente e intensa, manifestata attraverso fantasie, desideri o comportamenti, che deriva dalla sofferenza di un'altra persona. A livello legale l'interesse si concentra sugli individui che per soddisfare i loro desideri sessuali infliggono sofferenze fisiche o psicologiche ad altri non consenzienti; in questo contesto la diagnosi di disturbo da sadismo sessuale si applica per lo più a uomini in attesa di processo con un concomitante disturbo antisociale di personalità. La diagnosi può però descrivere anche individui che pur non mettendo in atto i loro impulsi sessuali sadici e/o non avendo comportamenti che coinvolgono vittime non consenzienti presentano disagio o disfunzione. Peraltra, la vasta maggioranza delle persone con fantasie e comportamenti sessuali che rientrano nell'ampia definizione di BDSM (bondage, dominazione/disciplina, sadismo/sottomissione e masochismo) non corrisponde ai criteri diagnostici per il disturbo da sadismo sessuale. Il consenso esplicito delle persone coinvolte è solitamente un requisito centrale di queste pratiche sessuali: sebbene le fantasie e i comportamenti specifici possano includere controllo, dolore e/o umiliazione, nella

maggior parte dei casi si tratta di adulti consenzienti che non manifestano segni di disagio o compromissione funzionale.

Rispetto ad altre diagnosi del DSM-5, i criteri su cui si fondano le diagnosi dei disturbi parafilici sono piuttosto insoliti. Il disturbo voyeuristico, il disturbo pedofilico e il disturbo da sadismo sessuale, per esempio, possono essere diagnosticati anche quando l'individuo nega recisamente disagio, disfunzione e qualsiasi interesse o comportamento specifico, se ci sono evidenze che indicano invece la probabile presenza di eccitazione sessuale ricorrente correlata alla parafilia. Lo stesso vale per tutte le parafilie che tendono a determinare comportamenti criminali, tra cui frotteurismo (toccare o strusciarsi contro una persona non consenziente) ed esibizionismo (esposizione dei propri genitali a una persona non consenziente). L'idea che si possano trarre conclusioni sulla base di prove esterne è tipica del sistema legale, ma non della valutazione psichiatrica (che solitamente prevede una combinazione di osservazioni cliniche e informazioni ricavate dall'esame della storia e dello stato mentale del paziente). L'inclusione di evidenze esterne non è comunque parte della valutazione delle parafilie che non coinvolgono caratteristicamente il sistema giudiziario.

Le parafilie sollevano una serie di questioni degne di attenzione. La prima è se la nomenclatura psichiatrica debba essere coinvolta nella definizione di comportamenti sessuali che sono pesantemente influenzati dalle norme culturali e che possono non essere causa di disagio e disfunzione per l'individuo. Per esempio, una diagnosi che identifica un insieme di individui che abusano sessualmente di bambini prepuberi (pedofilia) può essere utile sia per il sistema legale, sia per i clinici che cercano di organizzare programmi di trattamento adeguati. Ma se si estende a includere un interesse sessuale focalizzato su adolescenti (la cosiddetta ebefilia, considerata per un possibile inserimento ma alla fine non discussa nel DSM-5), la parafilia si trova di fronte alla grande variabilità che esiste rispetto alla maturità sessuale e a ciò che viene ritenuto legalmente e culturalmente accettabile in differenti epoche, stati e paesi.

In sostanza, qual è precisamente il fattore chiave che trasforma un comportamento in un disturbo? È l'atipicità? È il disagio dell'individuo (per esempio, il suo senso di colpa se è stato fatto del male a qualcuno)? Nel caso delle parafilie che implicano una vittima, è l'effetto delle azioni (il danno provocato ad altri), indipendentemente dalle reazioni e intenzioni di chi le ha compiute? È la natura compulsiva e impulsiva del comportamento? Mentre in passato il campo della psichiatria sembrava relativamente sicuro su quali caratteristiche e comportamenti potessero essere considerati parte di un normale sviluppo sessuale, nel ventunesimo secolo le definizioni di normalità sessuale sono oggetto di accece contestazioni. Le parafilie descritte dal DSM, per esempio, non includono più l'omosessualità ma continuano a includere altri comportamenti sessuali che non prevedono una vittima, né portano necessariamente a disagio o disfunzione (come feticismo e travestitismo). I confini dei comportamenti parafilici stanno cambiando; rimane da vedere come verrà incorporata ulteriormente la nozione che molti pattern atipici di sviluppo e comportamento sessuale sono sempre

più spesso considerati come variazioni normali, sia all'interno della professione psichiatrica sia in termini culturali più ampi.

Ma nonostante gli incessanti i dibattiti l'attuale approccio diagnostico ai disturbi parafilici è abbastanza chiaro, e può essere esaminato da due diverse angolature. Una è prevalentemente legale: se una vittima subisce danni a causa dei comportamenti sessuali non conformi alle norme di un'altra persona, c'è probabilmente un disturbo parafilico sottostante (e una probabile comorbilità come il disturbo antisociale di personalità). L'altra prospettiva non coinvolge il sistema legale. Se un individuo manifesta un pattern persistente di fantasie, desideri o comportamenti sessuali non conformi alle norme può essere probabilmente identificata una parafilia; se tale parafilia causa direttamente disagio o disfunzione può essere diagnosticato un disturbo parafilico. In questa complessità, resta al giudizio del clinico stabilire se una simile diagnosi meriti attenzione professionale.

Letture consigliate

- BALON, R. (2013), "Controversies in the diagnosis and treatment of paraphilic disorders". In *Journal of Sex & Marital Therapy*, 39, pp. 7-20.
- DE BLOCK, A., ADRIAENS, P.R. (2013), "Pathologizing sexual deviance: a history". In *Journal of Sex Research*, 50, pp. 276-298.
- MALÓN, A. (2012), "Pedophilia: a diagnosis in search of a disorder". In *Archives of Sexual Behavior*, 41, pp. 1083-1097.

Caso 19.1

Sadismo

J. Paul Fedoroff

Raven Lundquist, 24 anni, studentessa di filosofia, si era presentata al suo primo appuntamento con uno psichiatra con mezz'ora di ritardo. Era vestita completamente di nero, aveva un'aria arcigna ed tendeva a evitare il contatto visivo. La signorina Lundquist aveva spiegato che l'appuntamento era un'idea della madre. Due settimane prima era tornata ad abitare dai genitori a causa della fine della convivenza con la sua partner, la signorina Morrison. Quest'ultima aveva troncato la relazione dopo che aveva sorpreso il fratello e la signorina Lundquist intenti a baciarci; furiosa, aveva anche mandato alla madre della signorina Lundquist un diario tenuto dalla figlia, sulla cui copertina aveva scritto a grandi lettere "SADICA!". Il diario conteneva riferimenti esplicativi ai giochi erotici della coppia, con descrizioni di pratiche sessuali in cui spesso la signorina Lundquist legava, imbavagliava, frustava o puniva in vario modo la signorina Morrison; ma anche resoconti su "feste BDSM" (bondage, dominazione/disciplina, sadismo/sottomissione e masochismo) nelle quali la signorina Lundquist veniva pagata per infliggere dolore e umiliazione a uomini più anziani di lei.

Secondo la signorina Lundquist la situazione era "assurda": "Non ho bisogno di vedere uno psichiatra; l'unico problema è che se non lo faccio mi sbattono fuori di casa. Sono una donna sessualmente dominante; e allora?". Aveva comunque acconsentito a ritornare per una seconda seduta, a patto che lo psichiatra "ascoltasse la sua versione dei fatti" prima di decidere se una terapia fosse "davvero necessaria".

Nel corso del secondo colloquio la signorina Lundquist aveva raccontato di aver scelto la facoltà di filosofia dopo aver letto il romanzo *Justine* del marchese de Sade: "Non è bello come *Lolita*, ma mi ha colpito molto". Diceva che dopo la laurea intendeva specializzarsi in etica medica. Tornando ai motivi che l'avevano portata a consultare lo psichiatra, aveva affermato: "Certo, c'è una questione di controllo; ma c'è anche il rispetto degli altri. Non ho mai legato nessuno che non mi avesse chiesto di farlo". Aveva riferito di bere parecchio, più di quanto avrebbe dovuto: "Spesso vorrei bere solo un bicchiere o due, ma poi continuo fino a ubriacarmi". Molti dei suoi litigi con la madre o la compagna erano avvenuti mentre era "completamente sbronza". Riusciva raramente a frequentare le lezioni del mattino, perché per smaltire gli effetti dell'alcol bevuto la sera prima dormiva quasi sempre fino a tardi. Negava però di fare uso di sostanze illecite: "Non amo perdere il controllo, da questo punto di vista l'alcol è già un problema sufficiente".

La signorina Lundquist non aveva precedenti penali. Aveva ammesso di essere stata pagata per partecipare alle feste BDSM: "Ma quello che dovevo fare era solo indossare qualcosa di succinto, avere un aspetto minaccioso e sculacciare questi vecchi signori. Lo volevano loro; erano così patetici, legare la mia ragazza era molto più divertente". Era sessualmente attratta sia dalle donne sia dagli uomini, ma preferiva le donne perché "in genere sono più docili e arrendevoli". Quando si masturbava ave-

va fantasie di "potere e controllo, non saprei come altro descriverle"; si era sentita comunque attratta dal fratello della compagna, anche se non era "un sottomesso".

La signorina Lundquist non ricordava molto della sua infanzia; era stata data in affidamento a varie famiglie, prima di venire adottata da quella che definiva "la mia mamma invadente ma piena di buone intenzioni". A questo proposito aveva aggiunto: "È anche possibile che io sia stata molestata; in fondo spiegherebbe tante cose, non è vero? Ma rispetto a quegli anni ho come dei vuoti di memoria". L'anamnesi medica aveva rivelato una storia di scoliosi grave, per cui da bambina la signorina Lundquist era stata sottoposta a interventi chirurgici (con l'impianto di una barra di Harrington) e aveva passato molto tempo in ospedale.

La paziente non sembrava parlare volentieri delle proprie emozioni. Diceva di essersi sentita "molto giù" dopo la rottura con la compagna, ma negava altri sintomi di depressione; aveva precisato che lo sconforto derivava dalla nostalgia della compagna, ma anche dall'essersi trovata costretta a tornare a vivere con i genitori. Di solito andava a dormire tardi la notte e si svegliava tardi al mattino. Il suo appetito era variabile; ogni tanto intraprendeva diete drastiche per "mettere alla prova le sue capacità di controllo". Non aveva mai avuto idee di suicidio; a volte aveva pensieri di omicidio, che le inducevano "una certa eccitazione" ma che non erano associati a piani o bersagli precisi. Non aveva sintomi di ansia, né deliri o allucinazioni. Era intelligente e cognitivamente integra.

Diagnosi

- Disturbo da uso di alcol

Discussione

La signorina Lundquist si è presentata per una valutazione psichiatrica spinta dalla madre, preoccupata dalla possibilità che la figlia fosse "una sadica". La signorina Lundquist ha detto di essere "una donna sessualmente dominante"; ha anche ammesso di essere stata pagata per "sculacciare" uomini più vecchi di lei, ma non sembra aver trovato particolarmente eccitante tale attività. Ha descritto un forte interesse per il mantenimento del controllo, sia rispetto al sesso (per esempio, legava la compagna) sia riguardo ad altri aspetti della sua vita (per esempio, evitava l'uso di droghe perché "da questo punto di vista l'alcol era già un problema sufficiente"); era affranta, più che dalla rottura con la compagna, dal ritorno nella casa dei genitori, dove era presumibilmente meno libera di fare ciò che voleva).

In generale il termine *sadismo* è usato per indicare crudeltà, insensibilità e altre caratteristiche spiacevoli che non sono necessariamente legate al sesso. Nel DSM-5 il sadismo sessuale è definito come "eccitazione sessuale ricorrente e intensa derivante dalla sofferenza fisica o psicologica di un'altra persona". In base a quanto ha riferito sulle sue fantasie e comportamenti sessuali, non è chiaro se la signorina Lundquist corrisponda effettivamente a questa definizione. In

ogni caso, la diagnosi di disturbo da sadismo sessuale richiede anche che l'individuo abbia messo in atto tali desideri con persone non consenzienti, oppure che i desideri o le fantasie sessuali siano causa di marcato disagio o disfunzione. Non sembra che la signorina Lundquist, nelle sue attività sessuali, abbia mai influito sofferenze ad altri non consenzienti; pare piuttosto far parte di una comunità BDSM che insiste tipicamente sull'importanza della consensualità e della definizione esplicita delle pratiche erotiche messe, assicurando ai partner la possibilità di interromperle in qualsiasi momento mediante l'uso di "parole d'ordine" concordate in precedenza.

La scarsa elaborazione delle sue fantasie sessuali non permette di stabilire se umiliazione e dolore siano componenti rilevanti. Inoltre, la signorina Lundquist nega che i suoi comportamenti sessuali siano associati a disagio e disfunzione. La rabbia della ex compagna non è legata a tali comportamenti, ma al fatto di averla sorpresa mentre baciava il fratello. La lettura del diario ha provocato disagio nella madre, ma la signorina Lundquist non prova disagio a causa dei suoi desideri, impulsi o comportamenti sadici. È quindi possibile che ci si trovi di fronte a un quadro di sadismo sessuale (con eccitazione derivante dalla sofferenza di altri) senza un disturbo da sadismo sessuale (che implica il fatto di infliggere sofferenze ad altri non consenzienti, oppure la presenza di disagio o disfunzione causati dai desideri o dalle fantasie sessuali). In altre parole, secondo i criteri del DSM-5 la signorina Lundquist potrebbe avere una parafilia ma non un disturbo parafilico.

Anche se la paziente preferisce probabilmente parlare delle sue attività sessuali (mantenendo così il controllo dell'intervista), lo psichiatra potrebbe invece scegliere di approfondire altri argomenti. Per esempio, la signorina Lundquist ha menzionato la possibilità di essere stata vittima di abusi sessuali prima dell'adozione e non è in grado di ricordare lunghi periodi della sua infanzia; andrebbe pertanto considerata la possibilità di un disturbo dissociativo o di un disturbo da stress post-traumatico. Andrebbe verificato l'impatto che le sofferenze e i ricoveri ospedalieri causati dalla scoliosi potrebbero avere avuto sul suo interesse per dolore, controllo ed etica medica; sarebbe inoltre opportuna una valutazione più accurata dei suoi sintomi depressivi.

Al momento, però, l'unica diagnosi certa sembra essere quella di disturbo da uso di alcol: la signorina Lundquist ha riportato di bere più di quanto avrebbe voluto, spesso fino a ubriacarsi, con conflitti interpersonali direttamente correlati agli effetti dell'alcol, a causa dei quali perde abitualmente le lezioni del mattino. La valutazione psichiatrica è stata imposta dalla madre, ma la signorina Lundquist ha accettato di partecipare a una seconda seduta per poter raccontare "la sua versione dei fatti" e decidere se una terapia fosse "davvero necessaria". Non è chiaro se la sessualità della paziente richieda un trattamento, ma una terapia potrebbe essere cruciale per aiutarla in altri aspetti della sua vita.

Letture consigliate

- FEDOROFF, J.P. (2008), "Sadism, sadomasochism, sex, and violence". In *Canadian Journal of Psychiatry*, 53, pp. 637-646.
- FEDOROFF, J.P. (2011), "Forensic and diagnostic concerns arising from the proposed DSM-5 criteria for sexual paraphilic disorders". In *Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law*, 39, pp. 238-241.
- MONEY, J. (1989), *Vandalized Lovemaps*. Prometheus, Buffalo.

Caso 19.2 Problemi coniugali

Richard Balon

Terry Najarian, 65 anni, si era rivolto a uno psichiatra dopo che la moglie aveva minacciato di lasciarlo. Per quanto si dicesse imbarazzato nel rivelarlo a un estraneo, il signor Najarian aveva poi parlato apertamente del suo interesse sessuale per gli indumenti intimi femminili. Tale interesse era emerso molti anni prima, ma era diventato un problema solo negli ultimi sei mesi, dopo che la moglie lo aveva sorpreso mentre si masturbava con indosso reggiseno e mutandine. All'inizio "era andata su tutte le furie", pensando che avesse una relazione extraconiugale. In seguito, dopo che il signor Najarian l'aveva convinta del fatto che non c'erano altre donne, gli aveva a malapena rivolto la parola; lo aveva definito "un pervertito" e aveva espresso chiaramente l'intenzione di chiedere il divorzio, "se non si fosse fatto curare".

Il signor Najarian, che lavorava come rappresentante di commercio per conto di una grande azienda, aveva preso l'abitudine di masturbarsi così da quando una grave artrite e una probabile depressione avevano ridotto notevolmente sia il livello generale di attività della moglie, sia il suo interesse per il sesso. Il signor Najarian diceva che questa "fissazione" era "l'unico aspetto divertente" dei suoi frequenti e noiosi viaggi di lavoro. Di norma si masturbava un paio di volte alla settimana, usando slip e reggiseni che aveva raccolto nel corso di diversi anni; lo faceva anche a casa, ma in genere soltanto quando la moglie era fuori. Ormai con lei aveva rapporti sessuali, anche se soddisfacenti per entrambi, "non più di una volta al mese, o anche ogni due mesi".

Erano sposati da più di trent'anni e avevano due figli adulti. Il signor Najarian aveva in programma di andare in pensione l'anno successivo, ma non se le sue uniche opportunità erano "la divisione dei beni o stare in casa sentendosi dare del pervertito tutto il giorno". Discutendo dei suoi problemi coniugali il signor Najarian era diventato visibilmente ansioso. Aveva riferito di avere difficoltà ad addormentarsi e di essere "costantemente preoccupato" per il suo matrimonio, ma negava la presenza di altri sintomi psichiatrici. Per rassicurare la moglie, in sua presenza aveva recentemente buttato via in modo teatrale una dozzina di capi di biancheria femminile: "Ho però conservato i miei preferiti, e poi posso sempre comprarne altri". Era combattuto: non voleva il divorzio, ma neanche rinunciare alla sua abitudine. Non si sentiva in colpa: "Non sono infedele e non faccio niente di male; è solo che mi eccita in questo modo, e sicuramente mia moglie non è disposta ad avere rapporti sessuali con me due o tre volte alla settimana".

Il signor Najarian aveva affermato di non soffrire di disfunzioni sessuali, precisando di non avere difficoltà a mantenere un'erezione o a raggiungere l'orgasmo anche senza il ricorso a indumenti intimi femminili. Raccontava che da adolescente si era eccitato toccando della biancheria femminile e poi si era masturbato ripetutamente ricordando tale esperienza; queste fantasie erano sparite quando era diventato ses-

sualmente attivo con la moglie. Il signor Najarian negava di avere una storia personale o familiare di malattia mentale.

Diagnosi

- Disturbo feticistico

Discussione

Il signor Najarian ha riportato un interesse sessuale per gli indumenti intimi femminili che dura da parecchi anni, descrivendo un quadro che corrisponde alla definizione di feticismo: eccitazione sessuale ricorrente e intensa derivante dall'uso di oggetti inanimati o da un interesse molto specifico per parti del corpo non genitali. Le parafilie sono comunemente suddivise in base alle attività sessuali o agli oggetti verso cui sono rivolte tali attività; come travestitismo e pedofilia, il feticismo rientra fra quelle caratterizzate da "oggetti sessuali atipici".

Tuttavia, secondo i criteri del DSM-5 una parafilia diventa un disturbo parafilico solo quando induce disagio, provoca disfunzione e arreca, o rischia di arrecare, danno a se stessi o agli altri. I comportamenti parafilici del signor Najarian sembrano essere stati egosintonici, e non avergli causato difficoltà, fino al momento in cui la moglie lo ha sorpreso a masturbarsi indossando biancheria femminile. A quel punto signor Najarian ha incominciato a provare il disagio che ha portato alla valutazione psichiatrica e a una probabile diagnosi di disturbo feticistico; i criteri per una simile diagnosi non sarebbero però soddisfatti se il suo feticismo venisse accettato e assecondato dalla moglie, con conseguente scomparsa del disagio.

Sarebbe comunque opportuno esplorare in maniera più approfondita vari aspetti dell'attuale situazione. Prima di tutto, apparentemente il signor Najarian si è rivolto a uno psichiatra non per "essere curato", ma perché non vuole divorziare. È quindi possibile che tenda a minimizzare i suoi problemi. Dice che il suo interesse di adolescente per gli indumenti intimi femminili è riemerso dopo molti anni nel contesto della malattia della moglie; ma le parafilie – che spesso iniziano nell'adolescenza, come nel caso del signor Najarian – tendono a persistere. È possibile che il feticismo non si sia effettivamente manifestato per decenni, ma anche che il signor Najarian abbia fornito un resoconto "edulcorato" per renderlo più accettabile agli occhi della moglie. Inoltre, non è insolito che individui con una parafilia ne abbiano anche altre. Per esempio, il signor Najarian sceglie in modo specifico indumenti intimi normalmente usati da ragazze giovani o da donne più mature? Non è semplicemente eccitato dalla biancheria femminile, ma la indossa: lo fa o prova eccitazione derivante dal cross-dressing al di fuori del contesto della masturbazione, con comportamenti di travestitismo? Sarebbe utile anche indagare più a fondo sulle sue fantasie mentre si masturba. Per esempio, sebbene l'omosessualità non sia una parafilia, il signor Najarian potrebbe immaginare di avere rapporti sessuali con un uomo; se è così, potreb-

be essere riluttante a rivelare i suoi sentimenti (o comportamenti) omosessuali per un senso di vergogna, oppure perché la moglie non sa (ancora) di quest'altra componente della sua sessualità.

Non è del tutto certo che il signor Najarian soddisfi i criteri diagnostici per un disturbo feticistico. In particolare, i suoi racconti suggeriscono buone esperienze sessuali con la moglie, e un interesse per gli indumenti intimi femminili che è diventato importante soltanto in seguito alla malattia debilitante della donna; a questo proposito potrebbe essere utile verificare se tale interesse supera gli interessi sessuali normofilici. Il signor Najarian ha riportato un buon livello di funzionamento e l'assenza di sintomi psichiatrici, a parte l'ansia e le preoccupazioni legate alla difficile situazione matrimoniale. La sua parafilia non sembra pertanto associata a comorbilità, ma anche questo è un dato che vale la pena di verificare. Per esempio, è possibile che abbia disturbi d'ansia, depressivi o da uso di sostanze che non ha menzionato spontaneamente? Come si sente rispetto al fatto di avere 65 anni, prossimo al pensionamento e con una moglie che soffre di una malattia cronica? Lo stress correlato all'invecchiamento può intensificare un'ampia gamma di problemi psichiatrici, e la parafilia potrebbe essere solo il più evidente.

Lecture consigliate

- BALON, R., SEGRAVES, R.T. (2009) (a cura di), *Clinical Manual of Sexual Disorders*. American Psychiatric Publishing, Washington.
- LAWIS, D.R., O'DONOHUE, W.T. (2008), *Sexual Deviance: Theory, Assessment, and Treatment*. Guilford, New York.

Caso 19.3 Reati sessuali

Nancy J. Needell

Vance Orren, 28 anni, era stato tratto in arresto dopo che aveva cercato di spingere un estraneo sotto un treno della metropolitana. Ai poliziotti che l'avevano fermato aveva riferito di sapere che l'uomo "voleva raccontare a tutti che sono un finocchio"; si giustificava dicendo che doveva difendersi da queste "menzogne e cospirazioni omosessuali". Il signor Orren aveva una storia di psicosi e disturbo da uso di cocaina, con scarsa aderenza alla psicoterapia e alla terapia farmacologica che gli erano state prescritte; era stata quindi inoltrata una dichiarazione di non colpevolezza per infermità mentale ("incapacità di intendere e di volere al momento del fatto") che aveva portato a un'approfondita perizia psichiatrica.

Dalla perizia era emersa una lunga storia di comportamenti sessuali devianti. Il signor Orren aveva avuto i suoi primi rapporti sessuali (con uno zio e un cugino allora diciottenne) all'età di 12 anni; a 14-15 anni "faceva sesso" regolarmente con maschi e femmine "fra i dieci e i trent'anni di età". Non era in grado di precisare se tali rapporti fossero sempre consensuali: "In ogni caso, nessuno ha mai chiamato la polizia". Da adulto aveva incominciato a preferire "le ragazze giovani, perché non fanno molta resistenza". Diceva che di solito aveva rapporti sessuali solo con adulti, quando pagava delle prostitute o si prostituiva in cambio di denaro o droghe; aveva però aggiunto che sotto gli effetti dell'alcol o di sostanze stupefacenti "a volte potrei anche aver fatto qualcosa di cui non mi ricordo bene". Oltre a un'intervista dettagliata sulle sue pratiche sessuali, la valutazione aveva incluso una pletismografia peniena e misure del tempo di visualizzazione (che utilizzano immagini di persone nude o poco vestite come stimoli visivi), che avevano confermato l'esistenza di un interesse sessuale preferenziale per le ragazzine di 8-13 anni.

L'infanzia del signor Orren era stata estremamente difficile. Per intervento dei servizi sociali, a sette anni era stato dato in affidamento a una prima famiglia; a nove anni, rimproverato dalla madre affidataria per ripetuti atti di bullismo e furti ai danni di altri bambini, l'aveva colpita con un mattone, provocandone lo svenimento. Collocato in una seconda famiglia, a 11 anni aveva incominciato a fare uso di alcol e droghe. A 13 aveva trascorso il suo primo periodo in riformatorio, dopo che aveva rubato in un negozio di elettronica allo scopo di procurarsi il denaro necessario per comprare marijuana; era poi andato a vivere con la nonna materna, nel cui appartamento aveva da allora continuato saltuariamente ad abitare. Negli ultimi 15 anni era stato arrestato almeno una dozzina di volte, nella maggior parte dei casi per possesso di sostanze stupefacenti.

Il signor Orren aveva smesso di frequentare la scuola quando era in terza media. Poco tempo dopo era stato ricoverato per la prima volta in un reparto psichiatrico: "Mi hanno trovato mentre battevo la testa contro un muro per cercare di far tacere le voci". Aveva ricevuto una diagnosi di disturbo psicotico non altrimenti specificato

ed era stato trattato con risperidone; dimesso dopo una settimana di degenza, aveva però interrotto quasi subito la terapia con il farmaco.

Dai 15 ai 28 anni di età il signor Orren aveva assunto regolarmente cocaina e quantità eccessive di alcol, ma aveva utilizzato anche molte altre sostanze d'abuso, seppure con minore assiduità. Nel complesso i ricoveri in unità psichiatriche erano stati almeno sette, sempre per allucinazioni uditive e deliri di persecuzione (in genere di natura sessuale); non era chiaro se in questi episodi l'uso di sostanze fosse implicato nello sviluppo dei sintomi psicotici. In due occasioni era stato sottoposto anche a trattamenti di disintossicazione, dopo che la sospensione non volontaria dell'uso di alcol aveva provocato una sindrome da astinenza. Gli unici periodi di sobrietà corrispondevano a quelli passati in ospedale o in carcere, e l'aderenza a qualsiasi forma di trattamento ambulatoriale era sempre stata pressoché nulla. Intervistata dallo psichiatra che aveva condotto la valutazione, la nonna del signor Orren aveva sottolineato che il nipote era sempre stato "irrequieto, disonesto e arrabbiato": "Non l'ho mai sentito chiedere scusa. Gli voglio bene, ma credo che sia meglio se rimane in prigione, per tanti motivi".

Diagnosi

- Disturbo psicotico senza specificazione
- Disturbo da uso di cocaina
- Disturbo da uso di alcol
- Disturbo antisociale di personalità
- Disturbo pedofilico, tipo non esclusivo, attratto sessualmente da maschi e femmine

Discussione

Anche se le informazioni disponibili sulla sua lunga storia di problemi psichiatrici non sono esaustive, il signor Orren sembra soddisfare i criteri per una serie di diagnosi del DSM-5. Anzitutto, assume diverse sostanze d'abuso e quasi sicuramente corrisponde ai criteri diagnostici per i disturbi da uso di alcol e di cocaina. Ha poi una storia di psicosi che pare caratterizzata prevalentemente da allucinazioni uditive e deliri, senza sintomi di depressione o mania. Nel corso dei numerosi ricoveri ospedalieri antecedenti ha spesso ricevuto una diagnosi di disturbo schizoaffettivo, ma non è chiaro se soddisfi i criteri clinici del DSM-IV per tale disturbo, tanto meno quelli più rigidi proposti dal DSM-5; non è chiaro neanche se allucinazioni e deliri possano essere almeno in parte attribuibili all'uso di sostanze. Di conseguenza, per il momento la diagnosi più appropriata è probabilmente quella di disturbo psicotico senza specificazione.

Secondo quanto riportato dalla nonna materna, il signor Orren è cronicamente disonesto, irrequieto, arrabbiato e privo di rimorso. Ha inoltre ripetutamente violato la legge in termini di comportamenti sessuali, prostituzione e uso di sostanze illecite; risultano quindi soddisfatti i criteri del DSM-5 per una diagnosi

di disturbo antisociale di personalità. Oltre alla presenza di almeno tre di sette criteri, la diagnosi richiede evidenze di un disturbo della condotta con esordio prima dei 15 anni di età, ma nel caso del signor Orren anche questo requisito appare pienamente soddisfatto. Il DSM-5 specifica che il comportamento antisociale non deve manifestarsi esclusivamente durante il decorso di schizofrenia o disturbo bipolare; sebbene in precedenza al signor Orren sia stato diagnosticato un disturbo schizoaffettivo, tale diagnosi è incerta e molti dei suoi comportamenti antisociali non sembrano essere correlati a mania o psicosi. Infine, il DSM-5 precisa che quando sono soddisfatti i criteri sia per il disturbo antisociale di personalità sia per un disturbo da uso di sostanze dovrebbero essere poste entrambe le diagnosi, anche se alcuni comportamenti sociopatici appaiono riconducibili all'acquisizione di sostanze illegali.

Durante la valutazione psichiatrica è però emerso anche un forte e persistente interesse sessuale per i bambini; come spesso succede nei casi di disturbo pedofilico, il signor Orren non ha mai considerato tale interesse un problema, non ha mai cercato aiuto e presenta molteplici condizioni in comorbilità. In base alle indicazioni del DSM-5, nella valutazione dei comportamenti sessuali del signor Orren si possono distinguere diverse componenti. La prima consiste nel determinare se è presente una parafilia pedofilica, definita come un pattern di eccitazione sessuale caratterizzato da fantasie, desideri o comportamenti che coinvolgono bambini in età prepuberale. È raro che informazioni a questo proposito vengano fornite spontaneamente, soprattutto da qualcuno che si trova in carcere; per accertare l'oggetto delle sue fantasie sessuali il signor Orren è stato sottoposto a test psicofisiologici specifici. La pletismografia peniena misura il grado di eccitazione sessuale quando l'individuo è esposto a particolari stimoli visivi, uditivi o emozionali, mentre il tempo di visualizzazione misura quanto a lungo l'individuo guarda differenti immagini mirate a indurre una stimolazione sessuale. Entrambi i test hanno mostrato che nel caso del signor Orren il livello massimo di stimolazione sessuale veniva raggiunto in seguito all'esposizione a immagini di bambine fra gli 8 e i 13 anni di età.

Un disturbo pedofilico può essere diagnosticato se la parafilia soddisfa un secondo insieme di criteri del DSM-5: l'individuo ha messo in atto i suoi impulsi parafilici, oppure i desideri o le fantasie sessuali causano marcato disagio o difficoltà interpersonali. Il signor Orren non sembra provare disagio o sensi di colpa correlati ai suoi comportamenti sessuali, ma ha riferito rapporti sessuali con maschi e femmine “fra i dieci e i trent'anni di età” durante l'adolescenza. Ora preferisce “le ragazze giovani, perché non fanno molta resistenza”; anche se la definizione “ragazze giovani” non è chiara, è presumibile che si riferisca a bambine in età prepuberale. Gli uomini che mettono in atto simili desideri sessuali senza provare rimorso sono particolarmente difficili da trattare, perché spesso le possibili conseguenze penali sono la loro unica vera preoccupazione.

Il terzo insieme di criteri chiarisce che la diagnosi di disturbo pedofilico dovrebbe essere posta soltanto se l'individuo ha almeno 16 anni ed è di almeno cinque anni più vecchio del bambino o dei bambini in età prepuberale che sono

oggetto del suo interesse sessuale. Questa precisazione contribuisce a ridurre il rischio di patologizzare comportamenti relativamente comuni che sono spesso considerati normali in molte parti del mondo. Il signor Orren ha riportato di avere iniziato a "fare sesso" regolarmente con individui che includevano bambini intorno ai dieci anni di età quando lui ne aveva circa 15. Per quanto problematici, all'epoca i suoi comportamenti sessuali non avrebbero quindi soddisfatto i criteri per una diagnosi di disturbo pedofilico; criteri che sarebbero invece stati soddisfatti se, come si può supporre, avesse continuato ad avere rapporti sessuali con bambini dopo il suo sedicesimo compleanno.

Alcuni sostengono che il disturbo pedofilico non rientra propriamente nel raggio d'azione della psichiatria e che la gestione dei responsabili di reati sessuali dovrebbe essere lasciata al sistema giudiziario. Uno dei timori principali è che la diagnosi psichiatrica possa essere usata a discolpa di individui che molestano sessualmente dei bambini, portando potenzialmente anche a sentenze di non colpevolezza per infermità mentale. Ma come per altri disturbi spesso associati a comportamenti nocivi, la diagnosi di disturbo pedofilico ha semplicemente lo scopo di identificare in modo sistematico un insieme di persone con disagio e/o disfunzione e con pensieri, sentimenti, impulsi e comportamenti simili: non sta al DSM-5 stabilire quali debbano essere le risposte della società, inclusi possibili trattamenti e castighi, nei confronti degli individui con disturbo pedofilico.

Letture consigliate

- CORIC, V., FEUERSTEIN, S., FORTUNATI, F. ET AL. (2005), "Assessing sex offenders". In *Psychiatry*, 2, pp. 26-29.
KRUEGER, R.B., KAPLAN, M.S. (2012), "Paraphilic diagnoses in DSM-5". In *Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences*, 49, pp. 248-254.

Caso 19.4

Qualche stranezza

John W. Barnhill

Wallace Pickering, 29 anni, si era presentato al suo primo appuntamento con uno psichiatra dicendo: "Penso di aver bisogno di una psicoterapia. Non sono mai andato da uno psichiatra, ma ho appena finito di leggere il DSM-5 e credo di poter ricevere una decina di diagnosi: sei parafilie, due disturbi di personalità, un disturbo da uso di sostanze e forse anche qualcosa tra le condizioni discusse in fondo". Il signor Pickering si descriveva come "un avvocato gay con qualche stranezza". Nato in una cittadina del Midwest degli Stati Uniti, era cresciuto in un ambiente politicamente e religiosamente conservatore. Aveva due fratelli più giovani; il padre e il nonno gestivano la prospera azienda di famiglia, mentre lui, dopo essersi laureato in giurisprudenza in un'università prestigiosa, si era trasferito a New York per lavorare in un grande studio legale. Da due anni aveva una relazione sentimentale con un ex compagno di liceo; diceva di avere seguito le controversie che avevano accompagnato la pubblicazione del DSM-5 almeno in parte per via del suo boyfriend, che era all'ultimo anno di specializzazione in psichiatria.

I problemi del signor Pickering riguardavano prevalentemente "sesso e droga, il rock and roll non mi è mai piaciuto più di tanto". Fin dagli anni della scuola superiore aveva manifestato un forte interesse per gli incontri sessuali casuali: "Non per essere narcisista – anche se temo si tratti di una delle possibili diagnosi – ma sono piuttosto sexy, non faccio fatica a trovare persone disponibili". Frequentava quindi bar e locali dove poteva facilmente sedurre partner attraenti e anonimi. Si sentiva eccitato quando guardava altre persone impegnate in attività sessuali: "Mi piaceva anche essere guardato mentre facevo sesso, ma ho smesso questo tipo di pratica dopo che mi sono iscritto all'università". Diceva che dai vent'anni in poi aveva "rimorchiato" circa una volta al mese; non aveva però mai avuto rapporti sessuali non protetti, salvo che con il suo attuale compagno. Ciò lo aveva portato a menzionare un'altra delle sue "diagnosi": l'interesse fetistico per i preservativi, che trovava "fantastici" perché difendevano dalle infezioni, ritardavano l'ejaculazione e avevano un buon profumo. L'interesse per i profilattici lo aveva spinto a farsi confezionare un vestito interamente di gomma, che una volta aveva indossato con grande successo in un club sadomaso: "Ma mi faceva sudare così tanto che non l'ho messo più, l'ho buttato via quasi subito, prima che lo trovasse il mio ragazzo". Durante i rapporti sessuali con il compagno a volte si divertiva a legarlo e a "fare il sadico dominante"; in altre occasioni gli piaceva però anche assumere "il ruolo del sottomesso".

Il signor Pickering aveva inoltre segnalato le "cattive abitudini" associate alle uscite serali alla ricerca di partner sconosciuti: ogni volta sniffava un paio di strisce di cocaina e beveva cinque o sei birre. Queste "discese agli inferi" avvenivano sempre quando il compagno era fuori città e quando i suoi impegni di lavoro gli consentivano di avere poi un giorno libero "per recuperare, specialmente dagli effetti della

“cocaina”, ma negli ultimi tempi la loro frequenza era nettamente diminuita. A tale proposito il signor Pickering aveva commentato: “In realtà la mia vita sociale è diventata abbastanza noiosa; abbiamo un sacco di amici, ma è come se fossimo una vecchia coppia sposata. Il mio unico vero vizio è il fumo; nonostante siano anni che cerco di smettere, continuo a fumare circa mezzo pacchetto di sigarette al giorno”.

Quando lo psichiatra gli aveva chiesto del lavoro, il signor Pickering aveva risposto: “Giusto, stavo quasi per dimenticarmi. Sono ossessionato dal numero di ore fatte; ci sto sempre molto attento, in modo da essere ogni mese tra i migliori dello studio. Porto sempre a termine i miei incarichi in tempo, anche quando per farlo devo passare delle notti in bianco. Secondo me è perché ho bisogno di sentirmi invulnerabile e perfetto anche se dentro sono un macello”. Dopo una breve pausa aveva aggiunto, sorridendo: “Probabilmente sono ossessivo-compulsivo o narcisista, oltre ad avere tutte quelle parafilie; per non parlare dell’ipersessualità, se venisse considerata come un disturbo sarei veramente nei pasticci”.

Verso la fine del colloquio lo psichiatra aveva commentato: “Non sono sicuro che i vari comportamenti che ha descritto possano tradursi in altrettante diagnosi, ma vorrei sapere soprattutto come si sente”. A questo punto il signor Pickering era scappiato in lacrime, dicendo che si era sentito solo e triste per tutta la vita. Aveva anche spiegato che i familiari non sapevano quasi niente di lui, e che l’unica a conoscenza della sua omosessualità era una cugina lesbica (che come lui si era trasferita a New York).

Il signor Pickering era un giovane dall’aspetto attraente e ben curato. Durante l’intervista si era mostrato coerente e collaborativo; sorrideva spesso, ma l’espressione delle emozioni era complessivamente appropriata. Aveva negato sintomi di psicosi, confusione o suicidalità. Era cognitivamente brillante; le sue capacità di insight e giudizio apparivano integre.

Diagnosi

- Disturbo da uso di tabacco, lieve

Discussione

Più che suggerire risposte, il quadro delineato dal signor Pickering fa sorgere diverse domande. Per esempio, si è presentato al suo primo appuntamento con uno psichiatra dopo aver letto il DSM-5; ma perché ciò lo ha spinto alla decisione di consultare uno psichiatra in quel particolare momento? Ha descritto in maniera franca e spigliata i suoi interessi sessuali, il suo uso di sostanze e il suo stile di personalità, proponendoli come disturbi malgrado non sembrino di fatto infastidirlo: perché va alla ricerca di diagnosi, se non lamenta disagio e disfunzione? Sebbene molte affermazioni del signor Pickering forniscano indizi, dal suo resoconto non emerge una storia chiara, né chiare malattie.

Il signor Pickering offre alcune spiegazioni sul perché potrebbe aver bisogno di una psicoterapia. Per prima cosa, a causa di tutte quelle che ritiene probabili parafilie. Secondo il DSM-5 il termine *parafilia* può essere usato per indicare

“qualsiasi interesse sessuale maggiore o uguale agli interessi sessuali normofiliici”. Il signor Pickering ha interessi erotici che possono essere collegati a parafilie quali feticismo, voyeurismo o esibizionismo, ed è possibile che ulteriori indagini portino a stabilire che ha effettivamente una parafilia o due. Ma una parafilia non è un disturbo parafilico, diagnosi che richiede la presenza di disagio o compromissione nell’individuo e/o implica un danno a se stessi o ad altri. Il DSM-5 sottolinea che un comportamento sessuale atipico non è necessariamente patologico; per quanto le inclinazioni personali dei clinici possano condizionarne la valutazione, la parafilia diventa un disturbo soltanto quando è problematica.

Il signor Pickering ha anche riferito l’uso di una sostanza illecita, la cocaina, e di quantità eccessive di alcol; in entrambi i casi l’utilizzo pare peraltro limitato alle sue episodiche avventure sessuali (la cui frequenza è diminuita negli ultimi anni) e non essere associato a effetti negativi rilevanti. In assenza di disfunzione, non risultano soddisfatti i criteri per una diagnosi di disturbo da uso di sostanze. Tuttavia, prima di depennare queste “cattive abitudini” come prive di conseguenze significative, lo psichiatra dovrebbe valutare la capacità del signor Pickering di separarle dal resto della sua vita; dovrebbe verificare ulteriormente l’effettiva entità del consumo di cocaina e alcol, che potrebbe essere stato minimizzato dal paziente, e considerare anche la possibilità di un disturbo dell’umore indotto da sostanze. Se il signor Pickering sniffa cocaina nei locali che frequenta per “rimorchiare” i suoi partner occasionali, non sarebbe poi sorprendente scoprire che ha fatto uso di altre “droghe da discoteca” come ecstasy, metamfetamina, ketamina o nitrito di amile. Potrebbe avere assunto alcol (come pure benzodiazepine o oppiacei) per ridurre gli effetti collaterali spiacevoli degli stimolanti; potrebbe avere assunto amfetamine per attenuare sintomi di astinenza da cocaina come disforia, affaticamento o difficoltà di attenzione, specialmente allo scopo di mantenere i suoi alti standard professionali. Per il momento i dati disponibili indicano solo che il signor Pickering ha probabilmente un disturbo da uso di tabacco, anche se il fumo non sembra essere una delle sue preoccupazioni principali.

Il signor Pickering teme di avere un disturbo narcisistico o ossessivo-compulsivo di personalità. A riprova ha citato la grande dedizione al lavoro e alla produttività e il costante impegno per risultare sempre uno dei migliori avvocati dello studio. Ma il DSM-5 precisa che una diagnosi di disturbo di personalità richiede un pattern di comportamento “che devia marcatamente rispetto alle aspettative della cultura dell’individuo”. Il signor Pickering appartiene a diverse sottoculture, una delle quali è quella della sua professione. Rispetto alla media generale la sua dedizione al lavoro potrebbe essere ritenuta eccessiva, ma per un avvocato di un grande studio legale essere “ossessionato” dalle ore fatturate è piuttosto normale. Benché si tratti di un tema su cui sarebbe utile raccogliere altre informazioni, attualmente il signor Pickering non sembra soddisfare i criteri per nessun tipo di disturbo di personalità.

Va presa in esame anche la possibilità di una depressione maggiore. Il signor Pickering ha riferito disforia; non ha però menzionato sintomi depressivi vege-

tativi. Le frequenti “notti in bianco” potrebbero riflettere ipomania, abuso di sostanze e/o un disturbo del sonno-veglia, ma nel suo ambiente professionale ritrovarsi a lavorare fino a tarda notte non è insolito. In assenza di ulteriori informazioni, nessuna di queste diagnosi appare probabile.

In ogni caso, nonostante la mancanza di diagnosi evidenti (a parte quella di disturbo da uso di tabacco), rimane il fatto che il signor Pickering si considera “difettoso”, isolato e triste. Un possibile indizio riguarda la sua omosessualità, che ha rivelato a una cugina lesbica ma non al resto della sua famiglia “conservatrice”. Ciò solleva una serie di interrogativi sul suo atteggiamento verso l’omosessualità, su come abbia affrontato il processo di coming out, su quanto possa avere assorbito e condiviso i pregiudizi della società nei confronti di uomini e donne gay. Pensa di poter avere un “disturbo da ipersessualità”, condizione proposta come possibile dipendenza comportamentale ma alla fine non inclusa nel DSM-5, ma le sue attività sessuali non sembrano essere particolarmente frequenti, compulsive o dannose. Forse il signor Pickering considera ipersessuali e anormali tutti i comportamenti omosessuali; se è così potrebbe sentirsi perennemente inadeguato, anche se a giudicare da quanto ha raccontato la sua vita non si direbbe certo fallimentare.

L’umore depresso, i comportamenti sessuali e l’uso di sostanze (con l’eccezione del fumo) del signor Pickering non sembrano raggiungere la soglia per una diagnosi, e il DSM-5 non prevede una diagnosi rispetto alla possibile ambivalenza nei confronti del suo orientamento sessuale. Si può ipotizzare che abbia insistito sulle numerose diagnosi potenziali per essere contraddetto dallo psichiatra, oppure nel tentativo di distrarlo, per evitare indagini più approfondite sul suo persistente senso di tristezza e solitudine. Questi sono tutti aspetti che meritano di essere esplorati in sedute successive; anche se la sua unica diagnosi è un lieve disturbo da uso di tabacco, il signor Pickering resta un eccellente candidato per una psicoterapia.

Letture consigliate

- FRIEDMAN, R.C., DOWNEY, J.I. (2012), *Sexual Orientation and Psychodynamic Psychotherapy: Sexual Science and Clinical Practice*. Columbia University Press, New York.
- GOLDSMITH, S.J. (2001), “Oedipus or Orestes? Homosexual men, their mothers, and other women revisited”. In *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 49, pp. 1269-1287.
- ISAY, R.A. (2010), *Becoming Gay: The Journey to Self-Acceptance*. Vintage, New York.
- LEVOUNIS, P., DRESCHER, J., BARBER, M. (2012) (a cura di), *The LGBT Casebook*. American Psychiatric Publishing, Washington.

Indice analitico

- Abuso sessuale, 197, 275
- Acatisia, 267-268
- Accumulo, disturbo da caso clinico, 160-162
 - e disturbo ossessivo-compulsivo di personalità, 386
 - e disturbo schizoide di personalità, 359 nel DSM-5, 147-148
- Adattamento, disturbo dell'
 - casi clinici, 183-185, 186-188, 189-192
 - con umore depresso, 381-383
 - e malattie fisiche, 111 nel DSM-5, 168
- Agorafobia
 - caso clinico, 132-138
 - e disturbo d'ansia generalizzata, 141
 - e disturbo di panico, 134 nel DSM-5, 126
- Alcol, astinenza da,
 - casi clinici, 302-305
 - con alterazioni percettive, 297
 - e delirium, 297, 327
- Alcol, disturbo da uso cli,
 - casi clinici, 299-300, 302-306, 309, 312-313, 315-318, 323, 327, 347, 349, 392-393, 398-399
- Alcol, intossicazione da, 297
- Alimentazione, disturbo dell', non alimenti specificato, 229, 230
- Alleanza terapeutica, 100, 184, 205, 377, 380
- Allucinazioni
 - cenestesiche, 31
 - e disturbo schizofaffettivo, 35, 38
 - e disturbo schizofreniforme, 31
 - e schizofrenia, 34-35
 - e uso di sostanze, 32
 - ipnopompiche, 261
 - visive, 71, 340, 342-344, 362
- Aloperidolo, 50, 71, 73, 325, 327
- Alprazolam, 78, 143, 146, 189, 346, 361, 382
- Alzheimer, malattia di
 - disturbo neurocognitivo dovuto a, 332-337, 340-341
 - e delirium, 327
 - e depressione, 336
- Amfetamine, 69, 404
- Amnesia
 - dissociativa, 193-194, 196-198
 - e disturbo dissociativo con altra specificazione, 194
 - post-traumatica, 348
- Anamnesi familiare
 - e disturbi da comportamento dirompente, del controllo degli impulsi e della condotta, 291
 - e disturbo bipolare, 56, 59, 68, 75, 77-79
 - e disturbi neurocognitivi, 332-333, 339
 - e disturbo d'ansia di separazione, 127-129
 - e disturbo dell'adattamento, 189
 - e disturbo della condotta, 290
 - e disturbo dello spettro dell'autismo, 4
 - e disturbo di dismorfismo corporeo, 156, 157
 - e disturbo esplosivo intermittente, 294
 - e disturbo specifico dell'apprendimento, 11, 12
 - e schizofrenia, 28
- Anedonja, 26, 37, 38, 57-58, 78, 89, 92, 99, 105, 11-112, 122-123, 144, 149-150, 156, 212, 243, 277, 359, 368, 381
- Anoressia nervosa
 - caso clinico, 238-241
 - e amenorrea, 239-240
 - e disturbo evitante/restrittivo dell'assunzione di cibo, 239 nel DSM-5, 229-230
- Ansia di malattia, disturbo da
 - caso clinico, 214-217
 - nel DSM-5, 207, 208
- Ansia di separazione, disturbo d'
 - casi clinici, 18-20, 127-129
 - nel DSM-5, 126

- Ansia generalizzata, disturbo d'
 casi clinici, 15-17, 140-142
 e disturbo d'ansia di separazione, 129
 e disturbo ossessivo-compulsivo, 160
- Ansia sociale, disturbo d'
 casi clinici, 134-136, 261-263, 378-380
 nel DSM-5, 126
- Ansia, disturbi d'
 casi clinici, 15-17, 18-20, 57-59, 125-146,
 260-263, 378-380
 nel DSM-5, 125-126
- Ansia, disturbo d', senza specificazione, 58-59, 200
- Ansia
 e disturbo da ipersonnolenza, 261
 e disturbo da stress acuto, 167, 184
 e disturbo da stress post-traumatico, 167, 177
 e sintomi somatici, 225-226
- Antidepressivi
 e disturbo bipolare, 54, 60, 68, 69
 e disturbo schizoaaffettivo, 38, 39
 triciclici, 278, 330
- Antipsicotici, 26, 73, 75, 341-342
 e disturbo neurocognitivo maggiore a corpi di Lewy, 340
 e disturbo psicotico breve, 39
 e disturbo schizoaaffettivo, 37
 e sindrome delle gambe senza riposo, 268, 269
- Antisociale, disturbo, di personalità
 casi clinici, 364-401, 398-401
 e disturbi parafilici, 388
 e disturbo della condotta, 288
 e disturbo esplosivo intermittente, 294
- Apnea/ipopnea, indice di, 261-262, 264-265
- Apnea/ipopnea ostruttiva del sonno, 255, 265-266
- Apprendimento, disturbo specifico dell', 2, 12-13, 16
- Asperger, disturbo di, 1, 4, 6, 9-10
- Attaccamento
 disturbo reattivo dell', 168, 170
 nel disturbo d'ansia generalizzata, 141
 nel disturbo da impegno sociale disinibito, 170
- Attenzione/iperattività, disturbo da deficit di
 casi clinici, 11-14, 84-87, 289-292
 disattenzione e iperattività-impulsività nel, 366
 e disturbo antisociale di personalità, 365, 400
 e disturbo ciclotimico, 65
 e disturbo d'ansia generalizzata, 16-17
 e disturbo da disregolazione dell'umore dirompente, 85-86
- e disturbo della condotta, 291-292
 negli adulti, 2
 nel DSM-5, 1-2, 12
- Autismo, disturbo dello spettro dell'
 casi clinici, 4-7, 8-10
 nel DSM-5, 1
- Balbuzie (disturbo della fluenza con esordio nell'infanzia), 2, 8-10
- BDSM, 388, 391, 393
- Benzodiazepine, 56, 74, 145, 188, 263, 316-318, 327, 329-331, 404
 disturbo da uso di, 381-383
- Binge eating, disturbo da, 211, 229-231, 244-247
- Bipolare, disturbo, e disturbi correlati
 casi clinici, 47-80
 nel DSM-5, 47-49
- Bipolare, disturbo
 con cicli rapidi, 55
 dovuto a un'altra condizione medica, 227
 e disturbi depressivi, 132
 e disturbo borderline di personalità, 66, 80
 e infezione da HIV, 68
 e schizofrenia, 30
 età d'esordio del, 58
 nel DSM-5, 47-49
- Bipolare I, disturbo
 casi clinici, 50-53, 77-79, 115
 e mania, 55
- Bipolare II, disturbo
 casi clinici, 57-59, 60-63
 e ipomania, 48, 61-55, 116
- Borderline, disturbo, di personalità
 caso clinico, 367-370
 e ciclotimia, 66
 e disturbo depressivo maggiore, 114-117
 e disturbo esplosivo intermittente, 294
 e disturbo paranoide di personalità, 355
- Borderline, organizzazione di personalità, 369
- Bulimia nervosa
 caso clinico, 242-244
 e condotte compensatorie, 246
 e disturbo da binge-eating, 246
 nel DSM-5, 230
- Bullismo
 e disturbo d'ansia sociale, 134, 135
 e disturbo della condotta, 290
 e disturbo dello spettro dell'autismo, 10
- Cannabis
 disturbo da uso di, 208-210, 315-318
 disturbo psicotico indotto da, 41-42
- Casi clinici
 amnesia dissociativa, disturbo depressivo maggiore e disturbo da stress post-traumatico, 195-198

- anoressia nervosa, 238-241
 apnea/ipopnea ostruttiva del sonno, 264-266
 astinenza da alcol e disturbo da uso di alcol, 302-305
 astinenza da oppiacei, disturbo da uso di oppiacei e disturbo da uso di alcol, 311-314
 bulimia nervosa e disturbo depressivo maggiore, 242-244
 delirium, 329-331
 delirium senza specificazione, 325-328
 disabilità intellettuale e disturbo dello spettro dell'autismo, 4-7
 disforia di genere, 279-285
 disfunzione sessuale indotta da farmaci e disturbo depressivo maggiore, 277-278
 disturbo antisociale di personalità, 364-367
 disturbo bipolare con altra specificazione, 78-80
 disturbo bipolare con cicli rapidi, 54-56
 disturbo bipolare dovuto a infezione da HIV, 67-70
 disturbo bipolare indotto da steroidi, 71-74
 disturbo bipolare I, 50-53, 77-79
 disturbo bipolare II, 57-59, 60-63
 disturbo bipolare II e disturbo d'ansia senza specificazione, 57-59
 disturbo borderline di personalità, 367-370
 disturbo ciclotimico, 64-66
 disturbo d'ansia di separazione, 18-20, 127-129
 disturbo d'ansia generalizzata, 15-17, 140-142
 disturbo d'ansia sociale e disturbo da ipersonnolenza, 260-263
 disturbo d'ansia sociale, disturbo da stress post-traumatico e agorafobia, 134-136
 disturbo da accumulo e disturbo depressivo senza specificazione, 160-162
 disturbo da ansia di malattia, 214-217
 disturbo da binge-eating e disturbo depressivo maggiore, 245-248
 disturbo da deficit di attenzione/iperattività e disturbo specifico dell'apprendimento, 11-14
 disturbo da disregolazione dell'umore dirompente e disturbo da deficit di attenzione/iperattività, 84-87
 disturbo da gioco d'azzardo, 319-321
 disturbo da impegno sociale disinibito, 169-172
 disturbo da insomnia, 257-259
 disturbo da sintomi somatici, 211-213
 disturbo da sintomi somatici, disturbo da uso di cannabis e depressione maggiore, 208-210
 disturbo da stress acuto, 173-175, 176-178
 disturbo da stress post-traumatico, 179-182
 disturbo da stress post-traumatico, disturbo da uso di cocaina, disturbo da uso di alcol, disturbo da uso di cannabis e disturbo da uso di tabacco, 315-318
 disturbo da uso di alcol e disturbo d'ansia indotto da farmaci, 144-145
 disturbo da uso di alcol e disturbo depressivo indotto da alcol, 299-300
 disturbo da uso di alcol e parafilie, 402-405
 disturbo da uso di cocaina, 305-307
 disturbo da uso di cocaina e disturbo depressivo indotto da sostanze, 107-109
 disturbo da uso di oppiacei, disturbo da uso di tabacco, disturbo da uso di alcol e disturbo depressivo maggiore, 308-310
 disturbo da uso di tabacco e parafilie, 402-405
 disturbo del desiderio sessuale e dell'eccitazione sessuale femminile, 230-233
 disturbo delirante, 34-36
 disturbo dell'adattamento, 183-185, 186-188
 disturbo dell'adattamento e disturbo da comportamento suicidario, 189-192
 disturbo della condotta e disturbo da deficit di attenzione/iperattività, 293-296
 disturbo dello spettro dell'autismo, 8-10
 disturbo depressivo con altra specificazione, 118-121, 122-123
 disturbo depressivo dovuto a un'altra condizione medica, 114-117
 disturbo depressivo maggiore, 88-100, 107-110, 114-117, 149-152, 195-198, 208-210, 242-247, 277-278, 308-310, 335-337
 disturbo depressivo maggiore e disturbo neurocognitivo lieve, 335-337
 disturbo depressivo persistente, 101-103
 disturbo di conversione, 218-220
 disturbo di depersonalizzazione/cerealizzazione, 199-201
 disturbo di dismorfismo corporeo, 156-159
 disturbo di panico, 130-133

- disturbo dipendente di personalità e
disturbo da uso di benzodiazepine, 381-383
- disturbo disforico premenstruale, 104-106
- disturbo dissociativo con altra
specificazione, 202-204
- disturbo esplosivo intermittente, 293-296
- disturbo evitante di personalità e
disturbo d'ansia sociale, 378-380
- disturbo evitante/restrittivo
dell'assunzione di cibo, 235-237
- disturbo feticistico, 395-397
- disturbo fittizio, 221-224
- disturbo istrionico di personalità, 371-374
- disturbo narcisistico di personalità, 375-377
- disturbo neurocognitivo dovuto a
malattia di Huntington, 342-345
- disturbo neurocognitivo lieve dovuto a
trauma cranico e disturbo da uso di
alcol, 346-350
- disturbo neurocognitivo maggiore a corpi
di Lewy e disturbo comportamentale
del sonno rem, 338-341
- disturbo neurocognitivo maggiore
dovuto a malattia di Alzheimer, 332-334
- disturbo ossessivo-compulsivo correlato
a tic con insight assente, 153-155
- disturbo ossessivo-compulsivo e disturbo
depressivo maggiore, 149-152
- disturbo ossessivo-compulsivo di
personalità, 354-356, 384-386
- disturbo paranoide di personalità e
disturbo ossessivo-compulsivo di
personalità, 354-356
- disturbo psicotico breve, 43-46
- disturbo psicotico indotto da cannabis e
disturbo bipolare, 40-42
- disturbo psicotico senza specificazione,
disturbo da uso di cocaina, disturbo da
uso di alcol, disturbo antisociale di
personalità e disturbo pedofilico,
398-401
- disturbo schizoaaffettivo, disturbo da uso
di alcol e disturbo da uso di marijuana, 37-39
- disturbo schizofreniforme, 30-33
- disturbo schizoide di personalità, 357-360
- disturbo schizotipico di personalità e
disturbo paranoide di personalità,
361-363
- disturbo specifico dell'apprendimento e
disturbo d'ansia generalizzata, 15-17
- disturbo transitorio da tic e disturbo
d'ansia di separazione, 18-20
- enuresi, 251-254
- fobia specifica, 137-139
- pica e disabilità intellettuiva, 232-234
- schizofrenia, 24-26, 27-29
- sindrome delle gambe senza riposo,
267-270
- tricotillomania e disturbo da
escoriazione, 163-166
- Catalessia, 72
- Cataplessia, 256, 262-263
- Catatonia, 19-20, 63-74
- Ciclotimico, disturbo, 49, 64-66
- Circadiano, disturbo, del ritmo
sonno-veglia, 259
- Clomipramina, 277-278
- Clonazepam, 54, 56, 189, 260, 262, 342
- Clozapina, 25-26, 38
- Cocaina
disturbo da uso di, 107-109, 305-307,
316-317, 398-399
- disturbo depressivo indotto da, 297
e parafilia, 402, 403
- Comorbilità
dei disturbi d'ansia, 58-59, 80, 132
- dei disturbi da comportamento
dirompente, del controllo degli impulsi
e della condotta, 287
- dei disturbi da uso di sostanze, 32
- dei disturbi della nutrizione e
dell'alimentazione, 230
- dei disturbi parafilici, 389-390, 397, 400
- del disturbo bipolare, 56
- del disturbo borderline di personalità,
368
- del disturbo da deficit di attenzione/
iperattività, 244
- del disturbo da disregolazione dell'umore
dirompente, 82
- del disturbo da gioco d'azzardo,
297-298
- del disturbo di dismorfismo corporeo,
157
- del disturbo dipendente di personalità,
382
- del disturbo esplosivo intermittente,
249-250
- del disturbo istrionico di personalità,
372
- del disturbo ossessivo-compulsivo, 150
- del disturbo da stress post-traumatico,
180
- del disturbo schizofreniforme, 31-32
- del disturbo schizoide di personalità, 358
- della pica, 233
- della sindrome delle gambe senza riposo,
213
- Comportamento antisociale dell'adulto,
313

- Comportamento criminale
e disturbi parafilici, 388, 389
e disturbo antisociale di personalità, 364, 401
e disturbo da uso di oppiacei, 263-358, 265
e disturbo della condotta, 291
Comportamento dirompente, disturbi da, del controllo degli impulsi e della condotta
casi clinici, 84-87
nei bambini, 288
Comportamento suicidario, disturbo da, 190-191
Compulsioni
nel disturbo ossessivo-compulsivo, 128-129, 130
nel disturbo ossessivo-compulsivo di personalità, 362, 385-386
Comunicazione, disturbi della, 2, 9-10
Comunicazione sociale (pragmatica), disturbo della, 2, 5, 9-10
Condotta, disturbo della
caso clinico, 289-292
e disturbo da deficit di attenzione/iperattività, 293-296
Controtransfert
e disturbi di personalità, 377, 380
e disturbo fittizio, 223
Conversione, disturbo di, 194, 206, 219-220
Coordinazione, disturbo dello sviluppo della, 2
Culturali, fattori
e anorexia nervosa, 240
e comportamento sessuale, 229, 389
e disturbi depressivi, 100
e disturbi dissociativi, 204
e disturbo bipolare, 52
Delirante, disturbo
caso clinico, 34-36
nel DSM-5, 22
Deliri
bizzarri, 22, 35
di persecuzione, 35, 38, 399
di riferimento, 31, 34-35
e disturbo bipolare I, 52, 76
e disturbo da ansia di malattia, 215
e disturbo delirante, 35
e disturbo di dismorfismo corporeo, 157
e disturbo psicotico breve, 44
e disturbo psicotico indotto da cannabis, 36, 37
e disturbo schizoaffettivo, 36, 37
e schizofrenia, 21
Delirium
casi clinici, 325-328, 329-331
da anticolinergici, 326, 330
e astinenza da alcol, 297
nel DSM-5, 323
senza specificazione, 325-328
Demenza
e delirium, 327
frontotemporale, 334, 337
uso del termine, 323, 334
vascolare, 337
Depersonalizzazione
e disturbi dissociativi, 198
e disturbo bipolare, 58, 59
Depersonalizzazione/derealizzazione, disturbo di, 193-194, 200-201
Depressione
e astinenza da sostanze, 297-298
e condizioni mediche, 144
e delirium, 326, 327
e disturbi del sonno-veglia, 264
e disturbi della nutrizione e dell'alimentazione, 76, 78
e disturbi di personalità, 382
e disturbi dissociativi, 195, 203, 204
e disturbi neurocognitivi, 336
e disturbo bipolare, 132
e disturbo da accumulo, 160-162
e disturbo da deficit di attenzione/iperattività, 12
e disturbo da sintomi somatici, 178, 212, 213
e disturbo dell'adattamento, 154, 187, 382
e disturbo schizoaffettivo, 36, 37
e stipsi, 210
nel DSM-5, 81-83
postpartum, 212, 213
psicotica, 225, 268, 269
Depressivi, disturbi
casi clinici, 149-152, 160-162, 195-198, 208-210, 242-247, 277-278, 299-300, 308-310, 335-337
nel DSM-5, 81-83
Depressivo, disturbo, con altra specificazione, 89, 119-120, 123
Depressivo, disturbo, dovuto a un'altra condizione medica, 111-112, 336
Depressivo, disturbo, indotto da sostanze, 108-109, 209
Depressivo, disturbo, senza specificazione, 161-162
Depressivo maggiore, disturbo
casi clinici, 88-100, 114-117, 149-152, 208-210, 242-247, 277-278, 308-310, 335-337
con caratteristiche miste, 115-116
nel DSM-5, 81-83
Depressivo persistente, disturbo, 49, 100-103

- Derealizzazione, 58-59, 193-194, 198, 200-201, 203-204
- Desiderio sessuale, disturbo del, e dell'eccitazione sessuale femminile, 101, 274, 277-278, 283
- Desiderio sessuale ipoattivo maschile, disturbo del, 271
- Diagnosi differenziale
dei disturbi da tic, 19
dei disturbi del neurosviluppo, 3
dei disturbi del sonno-veglia, 219
dei disturbi neurocognitivi, 333, 285, 294
del disturbo bipolare, 79
del disturbo ciclotimico, 70
del disturbo da uso di oppiacei, 261-262
del disturbo di conversione, 220
del disturbo fittizio, 188
del disturbo psicotico breve, 44
del disturbo schizofreniforme, 30-32
della schizofrenia, 30
- Dipendente, disturbo, di personalità, 373, 382
- Dipendenze comportamentali, 298
- Disforico premenstruale, disturbo, 82, 105-106
- Disintegrativo, disturbo, della fanciullezza, 1
- Dismorfia muscolare, 157-158
- Dismorfismo corporeo, disturbo di
caso clinico, 156-159
e tricotillomania, 147
nel DSM-5, 147-148
- Dispareunia, 272
- Disregolazione dell'umore dirompente, disturbo da
caso clinico, 289-295
nel DSM-5, 287-288
- Dissociativi, disturbi
caso clinici, 193-204
nel DSM-5, 193-194, 203-204
- Dissociativo, disturbo, con altra
specificazione, 32-33, 194, 200, 203
- Dolore genito-pelvico, disturbo del, e della
penetrazione, 272, 274
- Ebefilia, 389
- Ecstasy, 316-318, 404
- Eiaculazione ritardata, 272, 277, 278
- Emozioni
e disturbo borderline di personalità, 368-369
e disturbo da stress acuto, 143
regolazione delle, 171, 288
- Empatia
e disturbo della condotta, 291
e disturbo narcisistico di personalità, 377
- Encefalopatia epatica, 73, 145
- Encopresi, 234, 249
- Enuresi, 249, 252-253
- Erettile, disturbo, 264, 271, 277-278
- Eroina, 311-313
- Escitalopram, 114, 308, 371, 375
- Escoriazione, disturbo da, 147, 158, 164-165
- Esecutive, funzioni, 112, 287, 323, 333, 339-340, 349
- Esercizio fisico
e anoressia nervosa, 245
e disturbo da binge-eating, 245
- Esibizionismo, 389, 404
- Esplosivo intermittente, disturbo, 86, 287-288, 294-295, 366
- Evacuazione, disturbi dell'
caso clinici, 251-254
nel DSM-5, 249-250
- Evitamento
nel disturbo da stress acuto, 143-144
nel disturbo da stress post-traumatico, 32, 167, 183
nel disturbo ossessivo-compulsivo, 128
- Evitante, disturbo, di personalità, 103, 230, 236-237, 239, 379-380
- Evitante/restrittivo, disturbo,
dell'assunzione di cibo
caso clinico, 235-237
e anoressia nervosa, 201
nel DSM-5, 230
- Fattori psicologici che influenzano altre
condizioni mediche
caso clinico, 225-228
nel DSM-5, 207
- Feticistico, disturbo, 387, 396-397
- Fittizio, disturbo
caso clinico, 221-224
e disturbo da ansia di malattia, 216
e disturbo di conversione, 220
e disturbo psicotico breve, 44
e fattori psicologici che influenzano altre
condizioni mediche, 225
nel DSM-5, 207
- Fluoxetina, 54, 56, 96, 100, 129, 250, 277, 371, 375
- Fobia specifica, 126, 137-138, 236
- Fonetico-fonologico, disturbo, 2, 10
- Frotteurismo, 389
- Fuga dissociativa, 194, 198
- Gambe senza riposo, sindrome delle, 213, 256, 259, 267-269
- Genere, disforia di
caso clinico, 282-286
nel DSM-5, 279-280
- Genere, identità di, 280, 284
- Gioco d'azzardo, disturbo da, 297, 298, 319-321

- Grandiosità
e disturbo bipolare, 51, 46, 69
e disturbo delirante, 31
e disturbo narcisistico di personalità, 319
- HIV, infezione da
disturbo bipolare dovuto a, 67-70
disturbo neurocognitivo dovuto a, 61
e uso di sostanze, 258
- Huntington, malattia di, 343-345
- ICD, codici, 313, 364
- Identità
disturbo dissociativo dell', 193-194, 197-198
- Impegno sociale disinibito, disturbo da, 168, 170-171
- Impulsività
nei disturbi da comportamento
dirompente, del controllo degli impulsi
e della condotta, 243
nel disturbo da deficit di attenzione/
iperattività, 17
nel disturbo da impegno sociale
disinibito, 145
- Incubi
e disturbo da stress acuto, 144
e disturbo da stress post-traumatico, 151
- Inibitori selettivi della ricaptazione della
serotonina (ssri), 79
- Insight
nel disturbo bipolare, 47, 48, 55
nel disturbo di dismorfismo corporeo, 20,
147, 157
nel disturbo ossessivo-compulsivo, 20,
147, 129, 154
- Insomnia
disturbo da, 225, 258-259
- Intellettiva, disabilità, 2, 5-7, 12, 16, 230,
232-234
- Intrusione, sintomi di,
e amnesia dissociativa, 197
e disturbo da stress acuto, 167
e disturbo da stress post-traumatico, 167,
180
- Ipersessualità
e disturbo bipolare, 60-62
e parafilie, 402, 403-405
- Ipersonnolenza, disturbo da, 261-263
- Ipocondria, 205, 215
- Ipomania
e disturbo bipolare, 47-49, 58, 61-62, 65
e disturbo ciclotimico, 57
e disturbo depressivo maggiore, 115, 116
- Istrionico, disturbo, di personalità, 366,
372-373
- Kleefstra, sindrome di, 4-7
- Lewy, malattia a corpi di, 327, 336, 337,
339-340, 343-345
- Linguaggio, disturbo del, 2, 10
- Litio, 40-41, 57, 64, 66, 68, 79, 375
- Lorazepam, 50, 71-74, 214, 218
- Lutto
e disturbi depressivi, 82, 91-94
e disturbo dell'adattamento, 184
- Mania
e disturbo bipolare, 47-49, 55
- Massa corporea, indice di, 110, 238-239,
242, 245, 247, 260, 264
- Metamfetamina, 67, 69, 200, 305-306, 404
- Metilfenidato, 64, 66, 84, 289
- Micropsicosi, 45
- Mini Mental State Examination, 144-145,
329, 335, 343, 362
- Montreal Cognitive Assessment, 111-112,
186
- Movimento stereotipato, disturbo da, 2
- Narcisistico, disturbo, di personalità, 352,
355, 366, 373, 376-377, 404
- Narcolessia, 256, 262-263
- Neurocognitivi, disturbi
casi clinici, 325-350
nel DSM-5, 323-324
- Neurocognitivo lieve, disturbo, 279, 324,
335-337, 347-348
- Neurocognitivo maggiore, disturbo, 324,
333, 339-341
- Neurolettici, sindrome maligna da, 73-74,
341, 367
- Neurosviluppo, disturbi del
casi clinici, 84-87, 232-234, 293-296
nel DSM-5, 1-3
- Nutrizione, disturbi della, e
dell'alimentazione
casi clinici, 232-248
nel DSM-5, 229-231
- Obesità, 4, 211, 240, 246-247, 261-262
- Olanzapina, 50-51, 53
- Omosessualità
e parafilie, 396-397, 403, 405
nel DSM-5, 279-281
- Opiaci
astinenza da, 312-313
disturbo da uso di, 309, 312-313
- Oppositorio provocatorio, disturbo, 17, 86,
253, 287-288, 291, 295
- Orgasmo femminile, disturbo dell', 271,
274
- Ossessioni
nel disturbo di dismorfismo corporeo,
157-158

- nel disturbo ossessivo-compulsivo, 128, 129, 130
Ossessivo-compulsivo, disturbo, e disturbi correlati
 casi clinici, 18-20, 149-166
 nel DSM-5, 147-148
Ossessivo-compulsivo, disturbo
 casi clinici, 149-152, 153-155
 e disturbo ossessivo-compulsivo di personalità, 385-386
 nel DSM-5, 20, 126, 147, 167
Ossessivo-compulsivo, disturbo, di personalità, 295, 351-353, 355, 385-386, 403-404
Ossicodone, 189, 311-312
- Panico, attacchi di**
 e disturbo d'ansia di separazione, 129
 e disturbo da ansia di malattia, 215-216
 e disturbo da stress acuto, 144
 e disturbo di depersonalizzazione/derealizzazione, 174
 e disturbo schizoaaffettivo, 32, 38
 nel DSM-5, 125-126
Panico, disturbo di, 38, 126, 128-132, 144
Parafilia, 387, 389-390, 393, 396-397, 400, 403-404
Parafilici, disturbi
 casi clinici, 391-394
 nel DSM-5, 387-390
Paranoia, 38, 40-43, 58, 61, 69, 85, 168, 200, 222, 309, 342, 355-356
Paranoide, disturbo, di personalità, 355-356, 362-363
Parkinson, morbo di, 110-113, 327, 336-337, 341, 343-345
Pedofilico, disturbo, 387-389, 399-401
Personalità, disturbi di
 casi clinici, 351-386
 modello alternativo del DSM-5 per i, 352-353
 nel DSM-5, 351-353
Personalità, Five Factor Model, 352
Pica, 230, 233-234
Piromania, 147, 287
Polisonnografia, 256, 262
Pseudociesi, 206-207
Psicosi attenuata, sindrome di, 22, 363
Psicosi postpartum, 76, 77
Psicosomatica, definizione di, 268
Psicoterapia, 54, 60, 67, 75, 91, 98, 101, 114, 283, 289, 295, 322, 367, 398, 402-405
 psicodinamica, 257-258, 375
 supportiva, 38, 44, 102, 149
Psicotico, disturbo, senza specificazione, 43-44, 344, 399
Psicotico breve, disturbo
 caso clinico, 43-46
 nel DSM-5, 20
Quetiapina, 114, 289, 375
Quoziente intellettivo (QI), 2, 4-6, 11, 13
- Rabbia**
 e disturbo da disregolazione dell'umore dirompente, 288
 e disturbo esplosivo intermittente, 293
Realtà, esame di, 58, 194, 200, 201, 297, 369
Rett, disturbo di, 1
Risperidone, 40-41, 342, 399
Ritardo mentale, 2, 4-5
Ruminazione, disturbo da, 151, 230-231, 269
Russamento, 255, 258, 262, 265
- Sadismo sessuale, disturbo da**, 387-389, 392-393
Schizoaffettivo, disturbo
 caso clinico, 37-39
 nel DSM-5, 20
Schizofrenia, disturbi dello spettro della, e altri disturbi psicotici
 casi clinici, 24-46
 nel DSM-5, 19-21
Schizofrenia
 casi clinici, 24-26, 27-29
 disfunzioni cognitive nella, 25
 e disturbo paranoide di personalità, 355
 nel DSM-5, 19-20
 sintomi negativi della, 23, 28, 31
 sintomi positivi della, 20
 sottotipi della, 19, 23
Schizofreniforme, disturbo, 22, 31-33, 35
Schizoido, disturbo, di personalità, 358-359
Schizotipico, disturbo, di personalità, 352, 355-356, 362-363
Serotoninergica, sindrome, 74
Sertralina, 37, 57, 72, 74, 78-79, 95, 277, 332-333, 371, 375
Sessuale, disfunzione, indotta da farmaci, 271-272, 277-278
Sessuali, disfunzioni
 casi clinici, 273-278
 nel DSM-5, 271-272
Sintomi somatici, disturbo da
 casi clinici, 208-213
 nel DSM-5, 173, 215
Sonno REM, disturbo comportamentale del, 111-112, 256, 339-341
Sonno-veglia, disturbi del
 casi clinici, 257-269
 nel DSM-5, 255-256

- Sostanze, disturbi correlati a, e disturbi da addiction
 casi clinici, 37-39, 40-42, 71-74, 107-109,
 144-145, 208-210, 346-350, 381-383,
 402-405, 299-322
 nel DSM-5, 297-298
- Specificatori
 per i disturbi depressivi, 102, 112, 115
 per il disturbo da accumulo, 154
 per il disturbo da deficit di attenzione/
 iperattività, 2
 per il disturbo da sintomi somatici, 154
 per il disturbo dell'adattamento, 168
 per il disturbo della condotta, 288,
 290-291
 per il disturbo di conversione, 207
 per il disturbo di dismorfismo corporeo,
 20, 152, 157
 per il disturbo ossessivo-compulsivo, 147,
 151, 152
 per la schizofrenia, 21-22, 28
- Steroidi, disturbo bipolare indotto da, 72
- Stimolanti, disturbo da uso di, 306-307
- Stress
 e disturbo dell'adattamento, 190
 e disturbo depressivo maggiore, 88, 336
 e disturbo psicotico breve, 35, 42
 e uso di sostanze, 91
- Stress acuto, disturbo da
 casi clinici, 173-175, 176-178
 nel DSM-5, 167-168
 sintomi dissociativi nel,
- Stress post-traumatico, disturbo da
 casi clinici, 134-136, 179-182, 315-318
 e uso di sostanze, 315-318
 nel DSM-5, 126, 167, 168
- Suicidio
 e disturbi depressivi, 78, 79, 82, 98-108,
 118
- e disturbo bipolare, 50, 58, 59, 55
 e disturbo borderline di personalità, 369
 e disturbo dell'adattamento, 189,
 190-160
 e disturbo di dismorfismo corporeo,
 156-157
 e disturbo dissociativo con altra
 specificazione, 202
 e disturbo istrionico di personalità, 314,
 371, 316
- Tabacco, disturbo da uso di, 309, 316, 318,
 403-405
- Terapia cognitivo-comportamentale, 153,
 189, 221
- Tic, disturbi da
 nel DSM-5, 2-3
- Timidezza
 e disturbi di personalità, 307, 378
 e disturbo d'ansia sociale,
 134, 378
- Tourette, disturbo di, 3, 19-20
- Transessualismo, 280, 284
- Trauma cranico, disturbo neurocognitivo
 dovuto a, 346-350
- Traumatici e stressanti, eventi, disturbi
 correlati a
 casi clinici, 195-198, 315-318, 346-350
 nel DSM-5, 167-168
- Travestitismo, 280, 387, 389, 396
- Tricotillomania, 147, 163-165
- Vaginismo, 272
- Venlafaxina, 332-333, 375
- Voyeurismo, 404

DSM-5® CASI CLINICI

DSM-5® Casi clinici presenta un'ampia casistica clinica, originale e inedita, che esemplifica i disturbi mentali classificati nel DSM-5®. Ogni caso comprende la storia attuale del paziente, l'anamnesi psichiatrica familiare, l'anamnesi medica, i risultati della valutazione dello stato mentale, le caratteristiche diagnostiche, i risultati degli esami di laboratorio. Particolare attenzione è riservata agli aspetti diagnostici relativi alla gravità del disturbo e alla cultura, all'età, allo sviluppo e al genere del soggetto.

DSM-5® Casi clinici è un volume versatile che può essere usato in molteplici contesti e si rivolge a insegnanti, studenti, specializzandi, clinici esperti e in formazione.

John W. Barnhill è DeWitt Wallace Senior Scholar and Professor of Clinical Psychiatry and Public Health presso il Weill Cornell Medical College; è inoltre Chief of the Consultation-Liaison Service presso il New York-Presbyterian Hospital/Weill Cornell Medical Center e faculty member del Columbia University Center for Psychoanalytic Training & Research a New York City.

€ 59,00

