**DISTURBI DI PERSONALITA’:**

**INTRODUZIONE:**

*“E’ peggio essere malati nell’anima che nel corpo, perché i malati nel corpo soffrono e basta, i malati nell’anima oltre a soffrire edificano il loro male.”*

Plutarco

Tutte le patologie psichiatriche (disturbi psicotici, d’ansia, dell’umore, ecc.) assomigliano molto a delle patologie mediche: ad una persona capita di ammalarsi di disturbo d’ansia, ad un’altra capita di ammalarsi di schizofrenia. L’individuo esperisce dei sintomi e la lotta contro la patologia è la lotta di questo individuo per la salute.

I disturbi di personalità sono molto diversi, si possono descrivere come la quintessenza dei disturbi dell’anima. Questi malati oltre a soffrire, citando Plutarco, edificano il loro male. È un disturbo tragico.

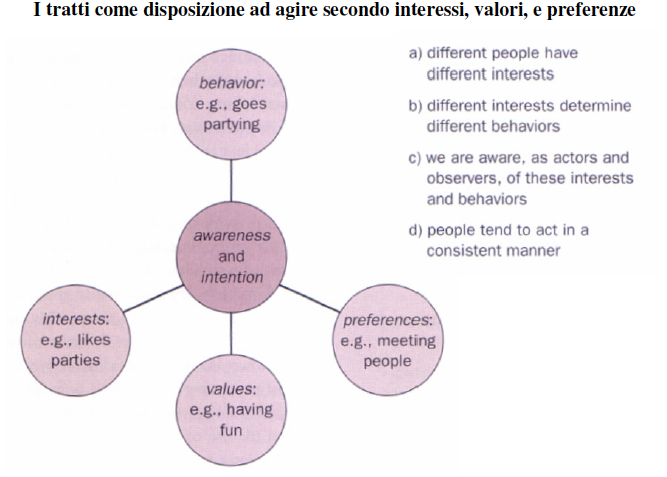
**PERSONALITA’:**

Per parlare di disturbo di personalità, occorre definire una personalità normale, priva di un quadro patologico.

In condizioni normali secondo l’**organizzazione di personalità** di Kernberg, la personalità si caratterizza per:

* L’**Identità**, ovvero il senso di sé e della propria struttura interna, che consente al paziente di organizzarsi, di pianificare, avere delle proprie risorse, dei valori e degli obiettivi di vita, sapendo anche come raggiungerli. Nelle forme patologiche di personalità, il senso di sé e degli altri appare frammentario, a volte estremo, altre volte instabile e superficiale, con marcata difficoltà nel comprendere gli altri e nel rispondere in modo adeguato, per cui nel paziente si può sviluppare un senso di vuoto, una disforia cronica con assenza di investimenti.
* Il **Livello Predominante dei Meccanismi di Difesa**, cioè i modi di affrontare gli eventi stressanti sia esterni che interni, per cui sono dei meccanismi adattativi, che ci permettono di andare avanti e di non suicidarci. Le risposte adattative possono in questo caso essere **mature** (sono quelle fisiologiche, flessibili in base alla situazione, che ci consentono di interpretare la situazione stressante in maniera appropriata e reagire opportunamente per controllare lo stress senza distorcere la realtà interna o esterna), **nevrotiche** (basate sulla rimozione, cioè sul bandire dalla consapevolezza l’evento stressante, a notevole discapito della flessibilità della risposta, che spesso risulta quindi inadatta) o **primitive** (basate sulla scissione, cioè la compartimentazione delle condizioni spiacevoli, le quali risultano “isolate” le une dalle altre ed emergono in maniera alternata, mai assieme, dando una notevole instabilità tra le esperienze contradditorie).
* L’**Esame della Realtà**, cioè la capacità di leggere ed interpretare i segnali sociali, rispondendo in modo adeguato ai contatti interpersonali, e che viene meno nelle fasi più gravi dei disturbi di personalità, in genere in maniera del tutto inconsapevole per il soggetto, sebbene vada ricordato che una prolungata perdita dell’esame di realtà non è una caratteristica tipica dei disturbi di personalità, sebbene nelle forme più gravi si possano comunque avere alterazioni transitorie, specie se legate a situazioni stressanti o all’uso di sostanze.
* La **Qualità delle Relazioni Oggettuali**, cioè le relazioni interpersonali, che in una personalità normale si manifesta come la capacità di comprendere e tenere ai bisogni degli altri indipendentemente dai propri, mentre nei disturbi di personalità predomina una visione delle relazioni improntata al soddisfacimento dei propri bisogni.

A queste quattro caratteristiche di base va poi aggiunta un ulteriore elemento, che è il **funzionamento** **morale**, che mette in relazione i valori ed i bisogni dell’individuo con quelli della società in cui il soggetto si trova a vivere: in condizioni normali si ha una dedizione a valori ed ideali che si mantiene coerente ma tuttavia flessibile, cioè sempre in relazione col senso di sé, mentre nelle forme patologiche la flessibilità e l’integrazione nel sé viene meno, ed il funzionamento morale può andare perso (come avviene ad esempio nel DP antisociale) o risultare eccessivamente rigido ed intransigente (come nei DP di Cluster C).

Le alterazioni dell’organizzazione della personalità sono quindi alla base di tutte le varie forme di disturbo di personalità, ma bisogna tenere a mente che la forma specifica di disturbo dipende dai **tratti di personalità** del soggetto, dove per tratti di personalità si intendono dei modelli coerenti di comportamento, emozioni e di stile cognitivo che dettano le differenze interindividuali nel comportamento, rimanendo in genere stabili nel tempo o nei contesti. La differenza in tratti di personalità determina come noi ci comportiamo in modo diverso l’uno all’altro, determina quindi la nostra unicità.

Ad esempio, l’interesse potrebbe essere *“mi piacciono le feste”,* il valore *“divertirmi*”, le preferenze *“incontrare gente nuova”*, il comportamento *“vado volentieri alle feste”*. Questo è un esempio di tratto di personalità.

Per questo motivo ci comportiamo in modo coerente, tant’è che è facile anche per ciascuno di noi conoscendo i propri amici, prevedere il loro comportamento. Se per esempio volessimo andare al cinema, sapremmo quale amico sarebbe più disposto a venire. *Questo ragionamento è possibile perché conosciamo quali sono i suoi valori, i suoi interessi, le sue preferenze e quindi ci è possibile prevedere il suo comportamento. I tratti di personalità sono quelli che ci rendono prevedibili e ci aiutano a stare insieme.*

Ovviamente in tratti di personalità sono del tutto egosintonici, non vengono avvertiti come problematici (nemmeno quando sono molto deviati rispetto alla norma!) e a loro volta derivano da un’amalgama tra il **temperamento** (fattori genetici ereditabili che influenzano la risposta all’ambiente) e l’**esperienza**, cioè ciò che viene appreso nell’interazione con l’ambiente.

Il temperamento, più nello specifico, è la parte genetica dei tratti di personalità. **È la tendenza innata a reagire ai vari stimoli ambientali**. Innata non vuol dire non modificabile, però quando nasciamo, già per il fatto di essere nati, abbiamo la nostra piccola, unica disposizione (che già allora ci rende diversi e unici) a reagire in un certo modo agli stimoli ambientali.

Da piccoli si può vedere relativamente poco, ma per esempio, c’è il bambino che piange molto e c’è il bambino che si calma subito.

Il **temperamento**,ha delle caratteristiche biologiche stabili ed ereditabili, geneticamente determinate, che si manifestano attraverso 4 **dimensioni temperamentali**, le quali sono tra loro indipendenti:

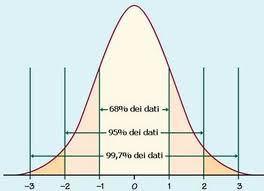
1. **Ricerca di stimoli forti e nuovi:**, potenzialmente piacevoli e gratificanti nell’ambiente. Rappresenta la nostra voglia di esplorare e di avere un reward, una gratificazione dagli stimoli dell’ambiente. Questa tendenza di chiama **ricerca della novità,** ed è responsabile, se eccessiva, di comportamenti di impulsività (*“non mi basta mai”* -> abuso di sostanze) o, all’opposto, di comportamenti di eccessivo ritiro (“*non mi interessa* “ -> non cerco niente di piacevole). alcuni soggetti hanno una forte tendenza alla ricerca di nuove situazioni, mentre altri non le ricercano affatto, risultando spesso noiosi agli occhi degli altri.
2. **Affettività negativa o sistema di inibizione comportamentale**. Rende conto della tendenza a reagire a stimoli nuovi e potenzialmente pericolosi. Esprime “come vediamo l’ambiente”: è un ambiente denso di pericoli o no? Noi tutti variamo in questo. Avere troppa paura, quindi vedere troppi stimoli potenzialmente pericolosi nell’ambiente può portare a eccessiva inibizione. D’altro canto, avere troppa poca paura può dare ugualmente problemi, si rischia infatti di non imparare dagli stimoli negativi.
3. **Capacità di risuonare in base ai rinforzi sociali**: è la nostra capacità di legarci agli altri, la capacità di attaccamento. Quanto siamo intaccati da quello che gli altri pensano/dicono di noi e da quanto ci stanno vicini.   
   Se pensiamo all’esclusione interpersonale, è studiatissima in psicologia sociale perché noi esseri umani siamo esseri sociali, e quindi dobbiamo stare insieme, infatti abbiamo un sistema nel cervello chiamato **sistema per il riconoscimento dell’ostracismo***.* Questo sistema si attiva quando il soggetto viene isolato da un gruppo di persone e attiva le stesse aree del dolore fisico. Quindi essere ostracizzati è dolorosissimo.

È importante soffrire se gli altri ci abbandonano perché è un campanello d’allarme. Il dolore sociale ci allerta del pericolo dell’esclusione sociale, ci dice che c’è qualcosa che non sta andando.

Il segnale ha inizio nella corteccia anteriore del cingolo, prosegue poi verso la corteccia dorsolaterale prefrontale, che fa modificare il comportamento in un senso teso a fare riaccettare il soggetto agli altri.  
Il problema è che anche in questo caso, essendo una dimensione del temperamento, è meglio non averne né troppo, né troppo poco. Chi ne ha troppo poco potrebbe ricordare il primo paziente con Cluster A: infatti predispone a un isolamento sociale, a una mancanza di empatia. D’altra parte, averne tanto è ugualmente negativo, in gergo psicologico è definito *sentimentalismo*. Essere troppo sentimentali vuol dire essere troppo dipendenti dal giudizio altrui, e potrebbe portare a compiere azioni spiacevoli per noi stessi pur di tenerci legato chi ci vuole escludere.

Quindi in alcuni casi si può avere un’ipersensibilità al rifiuto, mentre in altri casi si ha una totale indifferenza alle lodi o al biasimo degli altri.

1. Mentre le prime tre dimensioni sono abbastanza automatiche poiché conseguono a uno stimolo, la quarta dimensione, chiamata **capacità di autoregolazione**, serve per regolare tutte queste tendenze, serve per dire, per esempio: *“Ho un obiettivo: quindi, anche se volessi usare cocaina tutti i giorni perché sono un impulsivo, questo interferirebbe col mio obiettivo, che è fare medicina”.*

Ogni tratto temperamentale si distribuisce normalmente nella popolazione generale, quindi tutti abbiamo tutti i tratti. La maggioranza delle osservazioni saranno quindi nell’area centrale o appena laterale. La maggior parte della popolazione avrà punteggi intermedi, che non dovrebbero dare grossi problemi. Quando i tratti temperamentali sono estremi, quindi o troppo alti o troppo bassi, ecco che si costruiscono anche le prime basi dei problemi.

Il temperamento non è tutta la personalità. Si dice che, a partire dai tratti temperamentali, io nasco, faccio le mie cose, in parte selezionate dai miei tratti temperamentali, perché se io sono molto pauroso tenderò a fare le cose con più cautela.

Le nostre esperienze ed anche un certo apprendimento forgiano i tratti temperamentali fino a costituire la personalità a tutto tondo.

La personalità si articola in più parti, che riguardano tutte le modalità di comportamento apprese a partire dai tratti temperamentali e dalle esperienze di vita. È il modo in cui vediamo il mondo e ci rapportiamo ad esso. Dunque la definizione di personalità è operativa: cosa faccio, cosa voglio, quello che si vede fuori di me…ecc.

**DEFINIZIONE:**

Quando si fa il salto PERSONALITA’ NORMALE 🡪 DISTURBO DI PERSONALITA’?

Se i tratti di personalità diventano rigidi, intensi, si amplificano e perdono flessibilità, si parla di disturbi di personalità.

Disturbo di personalità: **Fallimento che coinvolge 3 aree di funzionamento dell’individuo, distinte, ma tra loro collegate: *sistema del Sé*, *relazioni familiari o di parentela*, *relazioni sociali o di gruppo*.**

* ***Sistema del Sé***: è l’idea che io ho di me, quello che voglio da me e dalla vita, i miei obiettivi e i miei valori.
* ***Relazioni familiari***: come sto con i miei familiari, che possono essere: padre, madre, marito/moglie, figli.
* ***Relazioni sociali***.

Cosa c’è nella vita di una persona, oltre a questi tre ambiti, che non viene intaccato?

Nella vita di una persona normale non avanza nulla, non esista niente al di fuori di queste tre aree.

**Il disturbo di personalità è un fallimento dell’individuo nella sua interezza.**

Chiaramente questa è una definizione, non significa che tutti i soggetti affetti da DP sono ugualmente deteriorati in tutte queste aree.

Secondo la definizione del OMS, il disturbo di personalità è un **grave disturbo nel carattere e nelle tendenze comportamentali dell’individuo, che in genere coinvolge diverse aree della personalità ed è pressoché invariabilmente associato a gravi deficit personali o sociali**. Secondo la definizione di Livesley del 1998, inoltre, il disturbo di personalità può essere visto come “ *un fallimento che coinvolge tre aree funzionali dell’individuo, distinte ma correlate: il sistema del Sé, le relazioni familiari e di parentela e le relazioni sociali o di gruppo*”.

Per meglio definire le caratteristiche di questi disturbi si ricorre ai criteri del DSM-IV TR, che devono essere presenti per poter porre diagnosi corretta di disturbo di personalità:

1. Dev’essere presente un **modello abituale di esperienza interiore e di comportamento che devia marcatamente rispetto alle aspettative culturali dell’individuo**, manifestandosi in 2 o più delle seguenti aree:

* **Cognitività** (cioè il modo di percepire ed interpretare se stessi, gli altri e gli avvenimenti che ci circondano); Sono cose che noi facciamo in automatico. Nei pazienti con DP qui c’è una distorsione: percepiscono se stessi, gli altri e gli avvenimenti in modo distorto.
* **Affettività** (cioè la varietà, l’intensità e l’adeguatezza della risposta emotiva); :.
* **Funzionamento Interpersonale**; ovvero realtà esterna, come io funziono con gli altri
* **Controllo degli Impulsi**. comportamento + realtà esterna.

1. Tale modello abituale risulta **inflessibile e pervasivo** in un’ampia varietà di situazioni personali e sociali. Avere una difficoltà nel controllo degli impulsi (non è il singolo impeto d’ira che porta a fare magri un gesto sconsiderato). È un comportamento ricorrente.
2. Il modello abituale determINa un **disagio clinicamente significativo e compromissione del funzionamento** sociale, lavorativo e di altre aree inportanti.
3. Il modello si presenta **stabile e di lunga durata**, e l’esordio può essere fatto risalire almeno all’adolescenza o alla prima età adulta. Non si fa formalmente diagnosi prima dei 18-20 anni perché la personalità è ancora in evoluzione per tutta l’adolescenza e probabilmente per prima parte dell’età adulta, però in realtà clinicamente gli antecedenti dei DP dell’età adulta si vedono anche negli adolescenti.
4. Il modello abituale **non risulta meglio giustificato da una pregressa malattia psichiatrica o dall’assunzione di sostanze** ad azione psicotropa.

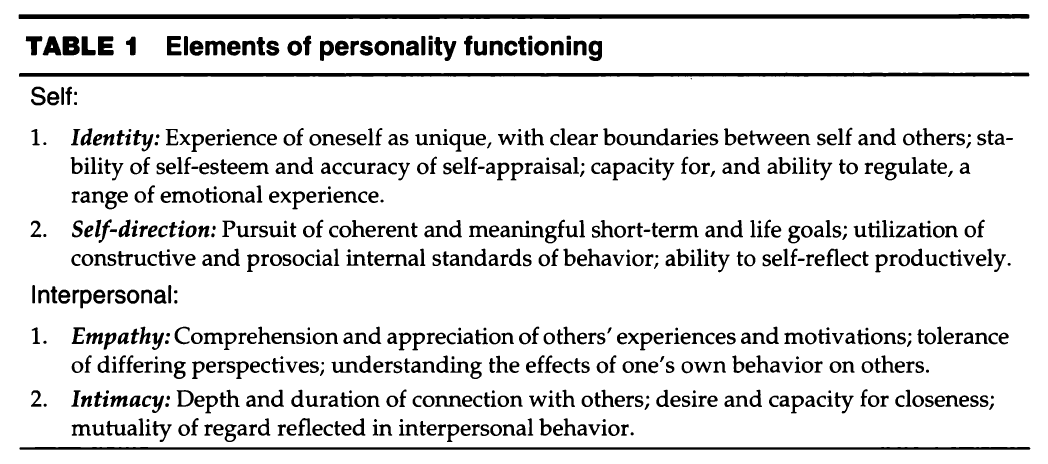
Da questi criteri si può quindi concludere che i pazienti con disturbo di personalità sono soggetti che si caratterizzano per un’**incapacità stabile e pervasiva di amare e di lavorare**.

*Amare* è da intendere in senso lato: avere relazioni reciproche soddisfacenti (anche di amicizia o buona colleganza).

*Lavorare* significa avere un obiettivo, applicarsi per quell’obiettivo e farlo funzionare nella vita di tutti i giorni.

Per adottare una vecchia definizione di Schneider, si può dire che i pazienti con disturbi della personalità sono “*pazienti che, per il loro modo di essere fatti, soffrono o fanno soffrire gli altri*”.

**DIAGNOSI:**

Questi sono gli elementi da valutare per la diagnosi generale di DP. Se non c’è un disfunzionamento in queste 4 aree, non c’è un disturbo di personalità.

* Disfunzionamento nel sé:

1. *Concetto di identità*: esperienza di me stesso come unico, chiari confini tra sé e gli altri, stabilità dell’autostima, accuratezza della valutazione di sé, capacità di regolare un intero range di esperienza emotiva.
2. *Autodirezionalità*: capacità di cercare e perseguire obiettivi di vita coerenti e con significato sia a lungo che a breve termine, valori morali e di senso etico.

* Disfunzionamento delle realtà interpersonali

1. *Disfunzione nell’empatia*: persone che in vario modo non riescono a comprendere ed apprezzare le motivazioni degli altri e a capire l‘effetto del proprio comportamento sugli altri.
2. *Disturbo dell’intimità.*

**EPIDEMIOLOGIA E SFIDE DEI DP:**

I disturbi di personalità sono patologie psichiatriche relativamente comuni nella popolazione generale, in cui si stima abbiano una prevalenza del 10-15%, e purtroppo sono disturbi che tendono frequentemente ad associarsi ad altre condizioni psichiatriche, di cui complicano la diagnosi, il decorso e soprattutto la terapia: tra queste vanno ricordate l’abuso di alcol e sostanze, nonché gli episodi depressivi ed i disturbi d’ansia, ma non bisogna dimenticare che questi pazienti avranno comunque difficoltà relazionali, problemi abitativi e disoccupazione frequente, ed hanno un maggior rischio di morte per suicidio o per altre cause. All’interno dei pattern psichiatrici, inoltre, come già accennato, la prevalenza di questi disturbi tende ad essere molto più elevata, arrivando a soglie anche del 50-70%, proprio perché raramente questi disturbi si presentano in forma isolata.

Per definizione, il paziente con disturbo di personalità è “*il paziente che non piace agli psichiatri*”, per il semplice fatto che quando giungono all’attenzione medica (spesso costretti dagli altri, in quanto loro si ritengono generalmente normali) hanno una presentazione clinica urgente e caotica, sono difficilmente trattabili, e presentano una combinazione di diversi quadri, che vanno dall’autolesionismo all’abuso di sostanze e a problemi interpersonali di tutti i tipi. Inoltre, ciò che risulta veramente complesso con questi pazienti è la terapia, poiché sono soggetti con una bassissima compliance, e tendono ad abbandonare il trattamento anche in pochi giorni (il cosiddetto fenomeno delle “*revolving doors*”), salvo ripresentarsi dopo poco tempo al pronto soccorso per fenomeni di autolesionismo o attacchi d’ansia. Per tali motivi, i pazienti con disturbi di personalità inducono un senso di inadeguatezza ed incertezza nello psichiatra, poiché non sono per niente facili da gestire e sono del tutto restii ad instaurare un’alleanza terapeutica col medico.

**CLASSIFICAZIONE DEI DISTURBI DI PERSONALITÀ:**

I disturbi di personalità vengono tipicamente suddivisi in tre gruppi principali, detti “**clusters**”, indicati con le lettere dell’alfabeto **A**, **B** e **C**.

Questo significa che comunque questi pazienti vedono soddisfatti tutti quei criteri generali di cui abbiamo parlato finora, ma cambia per ogni gruppo il modo in cui queste difficoltà vengono manifestate.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Cluster A** | **Cluster B** | **Cluster C** |
| * DP Schizotipico * DP Schizoide * DP Paranoide | * DP Antisociale * DP Narcisistico * DP Istrionico * DP Borderline | * DP Evitante * DP Dipendente * DP Ossessivo-Compulsivo |

**Cluster A: “eccentrico”**

Il paziente del cluster A i caratterizza per la presenza di pensieri e comportamenti bizzarri o inusuali, e anche per un’incapacità o disinteresse nello stabilire relazioni soddisfacenti.

Riferendoci ai criteri generali, possiamo affermare che questi pazienti hanno difficoltà nella cognitività (mondo interno): i pensieri sono bizzarri e inusuali. A livello interpersonale (mondo esterno) hanno un disinteresse a stabilire relazioni soddisfacenti.

*Caso clinico: Paziente maschio, inviato dal medico di medicina generale (MMG) ai servizi, dopo la morte del padre con cui viveva.*

*Il MMG nel raccontare il caso ai colleghi dei servizi psichiatrici racconta quello che sa della famiglia e quello che il pz nel corso del tempo gli ha detto:*

*Il pz descriveva il padre come distante, e in anamnesi aveva avuto un ‘esaurimento nervoso’ in gioventù e, secondo il paziente, il padre ‘sentiva le voci’ [probabilmente aveva un disturbo dello spettro schizofrenico]. Spesso il pz quando andava a trovare il medico curante si lamentava con lui di come il SSN avesse ‘abbandonato’ il padre, ma negava di avere egli stesso problemi di salute. Era però da sempre affascinato dall’occultismo, e pensava continuamente all’eutanasia, specie dopo la morte del padre.*

*Anamnesi fisiologica: Era stato un bambino timido e un adolescente solitario, senza mai aver avuto contatti al di fuori del nucleo familiare. Aveva lavorato solo a tratti, per brevi periodi e in situazioni solitarie, cioè lavori in cui non ci fossero colleghi (es magazziniere). Era stato coinvolto in qualche ‘zuffa’ in strada, ma non aveva mai riportato condanne. Non aveva mai avuto esperienze sessuali né sentimentali. Ora viveva solo con la madre anziana.*

Analizzando la breve storia in base ai criteri generali rileviamo:

* Mondo interno: uniche preoccupazioni sono cose un po’ bizzarre (pensare solo all’eutanasia) -> alterazioni nella cognitività.  
  zuffe in strada -> difficoltà nel controllo degli impulsi
* Realtà esterna: mai avuto rapporti di amicizia/ sentimentali -> deficit nelle relazioni interpersonali.

*Ai colloqui psichiatrico si presenta scarsamente accessibile (non parla), appare assorto nei propri pensieri; trova difficile rispondere alle domande dello psichiatra, anche alle più banali. Risponde quasi a monosillabi e in modo molto minimizzante. Tuttavia non vi sono segni di disturbo dell’umore o psicosi. La madre riferisce che il pz come sua unica attività (pz disoccupato) passa il tempo su internet, a fare ricerche sull’eutanasia, e che ciò ‘non è sano’.*

Questo è un esempio di disturbo schizotipico di personalità. Può preludere alla schizofrenia, tra tutti i disturbi è un po’ diverso, perché fa parte del cosiddetto spettro schizofrenico, costituisce la vulnerabilità genetica alla schizofrenia: infatti è più frequente nei familiari di I grado di pazienti con schizofrenia, e viceversa. Non ci sono franchi deliri, non ci sono franche allucinazioni, ma c’è comunque il distacco dagli altri.

*In questo caso è necessaria una valutazione delle abilità sociali e lavorative (dal momento che è incline a scoppi di rabbia, se gli viene richiesto di essere più socievole) e del rischio per sé ed altri (es: vs la madre, per via dei pensieri circa la eutanasia).*

**Cluster B: “drammatico”**

Sono fra i pazienti più difficili per gli psichiatri, *“the patients psychiatrists dislike”.*

Si caratterizzano per la presenza di comportamenti impulsivi, teatrali, esagerati e instabili. L’instabilità è la quintessenza di questi disturbi, riguarda sia mondo esterno che mondo interno.

Caso clinico: *Ragazza di 22 anni, già nota ai servizi psichiatrici; disoccupata. Ricoverata in servizio psichiatrico di diagnosi e cura (SPDC) un sabato notte (in urgenza), dopo accesso al PS per essersi tagliata i polsi a seguito di una lite con l’ex fidanzato. Questa è solo l’ultima di una serie di relazioni violente con gli uomini, tutte durate non più di alcuni mesi. La pz è già rimasta incinta 5 volte, ma solo 2 gravidanze erano andate a termine, e i 2 i figli erano stati entrambi affidati ai servizi sociali alla nascita.*

Analizzando la situazione in base ai criteri generali dei DP si riconosce facilmente il disfunzionamento interpersonale. La definizione generale dice: “incapacità di amare e lavorare”, non ci dice come. Nel pz di prima c’era disinteresse e distacco, in questo invece sembra esserci ipercoinvolgimento.

Emerge altresì il quadro tipico di inflessibilità e pervasività del disturbo. Non si può dire che la pz sia stata sfortunata: ha trovato un uomo violento e poi si è messa con uno bravo, ha continuato ad avere relazioni violente con gli uomini. Allo stesso modo il pz del caso precedente non si era isolato in un periodo della sua vita, era sempre stato isolato. Il pattern è inflessibile, pervasivo in una varietà di contesti sociali e interpersonali.

Da ricordare anche come nella popolazione generale questi soggetti vadano incontro a tutta una serie di problemi (disoccupazione, problemi relazionali, ecc.), nella fattispecie l’allontanamento, appena dopo la nascita, dei due figli.

*La pz è figlia di una relazione di breve durata tra il padre e la madre, che in seguito ebbe molti partners, qualcuno dei quali abusava sessualmente della pz. Descritta come intelligente alle elementari, inizia però presto a marinare la scuola e già alle medie viene sospesa per aggressività sia verbale che fisica verso un insegnante e per uso di droghe ‘leggere’. Dopo aver lasciato la scuola (alle medie), inizia ad usare eroina e a prostituirsi per procurarsela.*

Da notare il disfunzionamento interpersonale che si manifesta con l’aggressività. È chiaro inoltre che il compito di una bambina di 12 anni dovrebbe essere quello di andare a scuola, avere degli amici e crescere, non di marinare la scuola, farsi sospendere e usare droghe “leggere”. Il modello quindi devia rispetto alle aspettative della cultura dell’individuo, c’è un fallimento nelle aree del sé.

Ad un’analisi più attenta si notano delle similitudini tra la storia della pz e quella della madre. Non è un evento casuale, sicuramente hanno un ruolo la base genetica e un “apprendimento” del vissuto materno. L’abuso sessuale costituisce poi un’aggravante ulteriore in questa storia, soprattutto considerando il tipo di uomini ugualmente violenti che poi ricerca la pz. La devianza si nota dal fatto che a seguito di un’esperienza negativa si perpetui la ricerca di relazioni abusanti con gli uomini.

Plutarco diceva che sono persone che edificano il loro male: c’è qualcosa in lei che le impedisce di prendersi ciò che di buono c’è al mondo.

*All’EO presenta cicatrici multiple su braccia e addome. Spiega allo psichiatra che si sente ‘vuota’ e ‘morta dentro’, e che questi sentimenti vengono alleviati, almeno nel breve termine, dal ricorso all’autolesionismo. Talora riferisce di sentire una ‘voce maschile’ dentro di lei, in assenza di segni di franca depressione o psicosi.*

Spesso nei pazienti con disturbi del cluster B ritroviamo autolesionismo: si tagliano, si spengono sigarette addosso.

Le motivazioni addotte per giustificare il comportamento possono essere del tipo:

*“C’era una tensione intollerabile, ma era una tensione interiore, preferisco sentire il dolore fisico, almeno lo posso codificare, altrimenti io non so che cosa ho dentro”*

*“Se lei si sentisse che non esiste, non vorrebbe almeno avere la sensazione di esistere un attimo?”.*

E’ importante sottolineare come il sentire una voce maschile in questo caso non costituisca un’allucinazione, in quanto il paziente schizofrenico ha in più un giudizio di realtà del tipo*: “mi hanno detto che”*. In questi pazienti invece è definito un sintomo quasi psicotico, dicono *“mi sembra di avere una voc*e”, come se fosse la coscienza sonorizzata.

*In reparto si adatta rapidamente alla routine della degenza e non dà segni di essere depressa. Stringe amicizia con i pazienti più giovani, e chiede continuamente favori ai membri più giovani dello staff, divenendo talora invadente, e sessualmente inappropriata. Dopo 3 giorni si allontana dal reparto e rientra con delle canne, che offre ai codegenti. Viene dimessa una volta scoperto tale comportamento, dal momento che non vi erano gli estremi per TSO, con l’indicazione a valutazione e presa in carico psicoterapica ambulatoriale.*

Ricapitolando: la paziente è arrivata un sabato notte, disperata, si sente morta dentro, lite con l’ex, si è tagliata i polsi. Ci sarebbe da aspettarsi una persona depressa nei giorni successivi, invece si adatta brillantemente.

Ricercando i criteri generali:

* **Mondo interno**: la sensazione di “essere vuota e morta dentro” è alterata e fortemente in contrasto con il comportamento dei giorni successivi. Discontrollo degli impulsi: si taglia.
* **Mondo esterno**: il rapporto con gli altri è inadeguato e distorto.

In pratica si vede una chiara deviazione da quello che ci si aspetterebbe nella determinata condizione. Se un pz è ricoverato perché non sta bene, vorrà stare meglio, sa perfettamente come ci si dovrebbe comportare in un reparto, di certo sa che non può tornare con delle canne.

**Cluster C: “ansioso”**

I pazienti del **cluster C**, che hanno atteggiamenti inibiti, sono molto timidi ed ipersensibili alla disapprovazione.

Caso clinico: *Pz femmina, 40 anni ca., madre di 4 figli e di recente separatasi dal marito dopo 20 anni di matrimonio. Inviata al consulente psichiatra dal MMG, che la descrive come una donna gentile, a modo, devota alla famiglia, ma incline a chiedere numerose visite per vari sintomi fisici. Ora la pz era giunta dal MMG in lacrime, sconvolta dalla consapevolezza che il marito l’aveva lasciata. La figlia maggiore, che l’accompagna, riferisce una lunga storia di agorafobia, in precedenza occultata dalla pz, che se ne vergognava.*

*La pz era figlia unica di genitori anziani. Da sempre aveva mostrato scarsa stima di sé, con difficoltà a frequentare la scuola, dove veniva presa in giro come la ‘cocca’ degli insegnanti. Aveva però un buon rendimento scolastico.*

Le relazioni interpersonali qui sono problematiche in un altro modo ancora, così come anche la capacità di perseguire i propri obiettivi (sistema del sé). Questa paziente è studiosa, brava a scuola, però fa fatica ad avere continuità in questo, perché è disturbata dalla paura degli altri, è ipersensibile alla disapprovazione.

*Lascia la scuola a 16 anni e sposa un uomo più vecchio, amico di famiglia, rimanendo subito incinta* [non ha altri amici oltre alla famiglia]. *A casa è dedita alla pulizia e all’ordine, e mantiene delle regole domestiche così rigide che sia il marito sia i figli si sentono a disagio. Aiuta il marito a tenere i conti della sua attività, con tale successo che egli (e quindi anche la pz) può andare presto in pensione.*

*Il cambiamento nella routine ha effetti devastanti sulla pz. Il marito avrebbe voluto viaggiare ‘approfittando’ della nuova condizione di libertà, ma la pz rifiuta di seguirl. Il marito inizia una relazione con una donna più giovane e lascia improvvisamente il tetto coniugale.*

*Viene inviata per valutazione a psicoterapia.*

La paziente non si trova un lavoro fuori da casa, resta a lavorare con il marito, ed è così dedita alla produttività che gli permette di raggiungere una sicurezza economica tale da potersi permettere anzitempo la pensione. A quel punto il marito vorrebbe viaggiare, ma la paziente non riesce: ha bisogno di lavorare, di tenere sotto controllo l’ambiente domestico, e in più è agorafobica. Sono pazienti che tipicamente nel tempo libero crollano: il tempo destrutturato, quello che non è dedito alla produttività è fonte di angoscia terribile.

Questo è un tipico esempio di DP di cluster C con tratti ossessivo-compulsivi, dipendenti in comorbilità con un disturbo d’ansia (agorafobia).

**EZIOPATOGENESI DEI DISTURBI DI PERSONALITÀ**

Come per molti altri disturbi psichiatrici, l’eziologia dei disturbi di personalità non è nota, anche se è ormai chiaro che queste forme psichiatriche sono il frutto di una complessa interazione tra fattori ambientali, biologici, psicologici e genetici, come dimostrato dalla maggior incidenza tra i parenti biologici di primo grado e dall’elevata, seppur non totale, concordanza tra gemelli omozigoti.

* MODELLO BIOPSICOSOCIALE:

Per spiegare i disturbi di personalità si usa il modello BIOPSICOSOCIALE. Non esiste una causa del disturbo, ma diversi fattori di rischio concorrono a facilitare la transizione da personalità a disturbo di personalità.

I fattori di rischio sono appunto biologici, psicologici e sociali.

1. BIOLOGICI: varianti estreme del comportamento. Coloro che nascono già geneticamente con profili molto intensi di uno dei 4 tratti. Sono persone che faranno fatica a regolare il loro temperamento.
2. PSICOLOGICI: nella storia personale dei pazienti, spesso si trova una serie di eventi di vita avversi, nell’infanzia o nell’adolescenza. Sono persone che spesso riportano una storia di trauma: abuso non solo sessuale, ma anche fisico; indifferenza genitoriale ecc. Questo però non è la causa del disturbo di personalità. Non può da sola portare al disturbo.
3. SOCIALI: anche quando le persone crescono possono avere dei fattori di rischio sociali. Si puo’ avere *isolamento*, *relazioni tempestose con persone abusanti (*ricordare l’esempio della ragazza che aveva avuto molte storie e diverse gravidanze e aborti). Tutti questi sono eventi di vita maggiori che sarebbero importanti per chiunque.

Quindi il modello biopsicosociale dice che **bisogna tener conto di diversi fattori di rischio che combinandosi insieme possono predisporre ed eventualmente portare ad un disturbo di personalità.**

* MODELLO DIATESI-STRESS:

Una variante di questo modello è il modello DIATESI-STRESS, che è un po’ più preciso, ma dice la stessa cosa. La diatesi è la predisposizione a specifici disturbi di personalità. Di per sè non causa disturbo.

Se ricordiamo i 3 casi clinici della scorsa volta, ci può già venire in mente qualcosa.

*Caso clinico 1*: *Ad esempio il primo caso: uomo che stava isolato e pensava all’eutanasia.* Tra i fattori di temperamento citati, quello particolarmente intenso, maladattativo e problematico in questo caso è il distacco: il tratto che ci dice se siamo capaci di risuonare in accordo ai segnali sociali. Lui non riusciva a stare insieme agli altri. Quest’uomo non era minimamente interessato a ciò che pensavano gli altri; non aveva reazione né se qualcuno lo isolava, né se lo lodava.

*Caso clinico 2*:Un altro caso clinico visto è quello della ragazza che faceva confusione e non stava alle regole. Il tratto problematico qui poteva essere l’impulsività. Lei aveva bisogno di essere sempre stimolata.

*Caso Clinico 3:*Il terzo caso clinico invece mostra tra i tratti di personalità più accentuati l’ inibizione, la tendenza ad essere impauriti da stimoli nuovi. La signora di questo caso aveva questo problema già da piccola. Lei non riusciva ad andare a scuola. Il suo problema non era concentrarsi sullo studio, ma allontanarsi dagli altri perché aveva paura. La ragazza, in più, soffriva di agorafobia: stava sempre chiusa in casa.

Analizzando singolarmente questi 3 casi, possiamo dire che ciascuno di loro, oltre ad avere un tratto molto intenso, predominante sugli altri e poco plastico, ha anche una bassissima capacità di autoregolazione.

I tratti del temperamento rappresentano la predisposizione a specifici disturbi di personalità. È più probabile che una persona molto impulsiva possa avere problemi col CLUSTER B ed una persona molto paurosa problemi riconducibili al CLUSTER C.

Il modello DIATESI-STRESS dunque, dice che, **a partire da una predisposizione, a seconda o meno che un soggetto incontri nella vita fattori stressanti, si determina la soglia oltre la quale i tratti di personalità diventano maladattativi, causano problemi**.

*Per avere disturbo di personalità, un soggetto deve avere un fallimento, un disagio* ***clinicamente significativo*** *nel mondo interno e nella realtà esterna.*

Quindi l’interazione tra la diatesi e lo stress porta ad un disturbo di personalità o, come diceva Schneider, alla comparsa di persone che, per come sono fatte, soffrono o fanno soffrire gli altri.

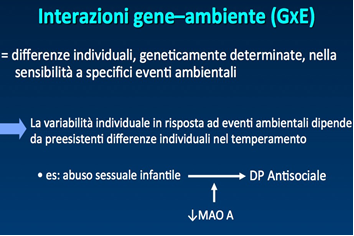
I disturbi di personalità dunque non hanno una causa soltanto, ma più fattori che interagiscono tra loro.

C’è interazione tra i tratti di personalità genetici, il temperamento e i fattori stressanti. Non è un mescolamento tra questi due fattori che crea il disturbo di personalità. Per capire lo strutturarsi di un disturbo di questo tipo, bisogna capire che la relazione tra essi non è casuale.



Il tutto viene spiegato da due semplici sigle GxE e rGxE.

**GxE 🡪 INTERAZIONE GENE-AMBIENTE**

****Non c’è relazione casuale tra temperamento e ambiente.

Esistono differenze individuali geneticamente modificate nella sensibilità a specifici eventi ambientali.

Questo spiega bene la questione dell’abuso, del trauma. Per quanto l’abuso e il trauma siano dei rischi maggiori per qualsiasi disturbo psichiatrico, non tutte le persone che lo hanno subito sviluppano in età adulta un disturbo di personalità o psichiatrico di altro tipo.

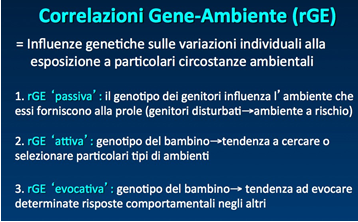
Questo vuol dire che noi **reagiamo agli stimoli in modo diverso**. Tra di noi ci saranno persone più o meno sensibili.

Dunque la variabilità individuale in risposta ad eventi ambientali dipende da preesistenti differenze individuali nel temperamento.

La ricerca ha dimostrato che gli individui che hanno buone capacità di autoregolazione, sono quelli più resilienti nei confronti degli eventi stressanti. Anche se capitano, ho più probabilità di superarli. Tutte le varianti maladattative delle tre dimensioni conferiscono una maggiore sensibilità. Importante fu uno studio genetico pubblicato su science che andò a vedere la relazione tra abuso sessuale infantile e successivo sviluppo di **disturbo di personalità antisociale**. E’ un disturbo gravissimo per cui non c’è cura. Queste persone non guariscono e devono stare in carcere perchè sono delinquenti, serial killer ecc. Nelle serie americane, quando disegnano il profilo psicologico del serial killer, mettono sempre che lui, da piccolo, aveva subito abusi, crudeltà; e questo è vero. Le persone fredde, senza empatia, che godono nel far soffrire gli altri e non c’è modo di guarirli, hanno avuto una storia di crudeltà su loro stessi quando erano piccoli.

Rimane il fatto che non tutti quelli che hanno subito degli abusi o violenze, dopo diventano antisociali. Lo studio infatti ha fatto vedere che c’è una sorta di verità: C’è correlazione tra abuso e sviluppo di personalità antisociale solo nei soggetti che hanno bassa attività dell’ enzima MAO A. Questo dunque è un esempio di interazione gene ambiente.

**rGxE 🡪 CORRELAZIONE GENE-AMBIENTE**

****E’ ben diverso dall’interazione gene ambiente citata prima.

Ci dice che esistono influenze genetiche sulle variazioni individuali all’esposizione a particolari circostanze ambientali.

Non è semplicemente che io sono diverso da un altro nella mia sensibilità agli eventi stressanti, ma sono diverso anche per come mi espongo agli eventi stressanti.

Esistono 3 tipi di correlazione gene-ambiente:

1. **rGxE “PASSIVA”:** *Il genotipo dei genitori influenza l’ambiente che essi forniscono alla prole.* Pensiamo al 2^ caso clinico: la madre ha avuto la figlia da giovane. Il padre biologico della bambina l’aveva lasciata e da li, la donna ha avuto numerosi partner violenti di breve durata e questi abusavano della figlia. Quello che noi vediamo è che la ragazza da grande ha un disturbo borderline di personalità. Questo è l’effetto del fatto che è cresciuta in un ambiente a rischio o è l’effetto del genotipo della madre che si è comunque trasmesso a lei? Entrambe le cose. La ragazza ha ereditato un genotipo predisponente dalla madre e vivendo in un ambiente a rischio ha fatto tracimare le cose. Se ho un genitore disturbato è verosimile che io erediti i suoi geni. Però centra anche l’ambiente perché i genitori non solo mi hanno passato un genotipo predisponente, ma mi hanno tenuta in un ambiente problematico, pieno di eventi stressanti. Non è casuale che io abbia una predisposizione genetica e mi trovi a vivere in un ambiente già pericoloso per il rischio di sviluppare il disturbo di personalità.
2. **rGxE “ATTIVA”:** *Il modo in cui io sono fatta geneticamente, mi predispone a cercare nel mondo e a selezionare alcuni tipi di ambiente.* Sempre l’esempio di prima, fa vedere che la ragazza già alle medie marina la scuola, viene espulsa e dunque abbandona la scuola stessa. In seguito entra in un gruppo di gente che si droga ed inizia a prostituirsi per avere eroina. Le relazioni a rischio già nell’adolescenza, come avere amici drogati, sono un grosso fattore di rischio per i disturbi di personalità, ma anche in questo caso il fatto non è casuale. La ragazza era così impulsiva che gli stimoli normali, di una classe delle medie, non le bastavano; doveva andarne a cercare altri fuori. *La ragazza, a causa del suo temperamento, ha attivamente cercato degli ambienti a rischio.*
3. **rGxE “EVOCATIVA”:** *Il genotipo del bambino causa la tendenza di evocare certe risposte comportamentali negli altri.* La ragazza quando era a scuola, faceva tanta confusione che è stata espulsa. Ha perso un fattore protettivo. Andare a scuola vuol dire che si è in grado di seguire le tappe evolutive normali di una persona. Lei però evocava negli insegnanti o negli amici “bravi” una reazione di espulsione. Più avanti evoca la reazione di espulsione nei partners: prima li cerca e poi si comporta in modo così caotico che tutti la lasciano.

Prendiamo come altro esempio il 3^ caso clinico: donna con agorafobia. La donna è nata da genitori già avanti con l’età. Questi erano iperprotettivi nei confronti della bambina. Non è che non le volessero bene, ma le dicevano sempre stai attenta, non fare...ecc. Tendevano a controllarla perché non diventasse troppo autonoma. Anche in questo esempio possiamo trovare le varie interazioni gene ambiente.

rGxE PASSIVA: siccome i genitori la limitavano molto, si è creato un ambiente ristretto. La bambina ha avuto paura a cercare cose oltre la famiglia. Questa cosa non è casuale perché lei ha anche ereditato geni dai genitori nella tendenza verso la paurosità. Poi i genitori non l’hanno stimolata a cercare cose nuove, ma anzi le aumentavano la paura. La ragazza è stata sempre in casa: elementari, medie, superiori. Non ha mai avuto amici ed i genitori non si sono preoccupati di questo, perché per loro andava bene così. La ragazza era molto isolata. Loro non hanno fornito occasioni di novità alla figlia.

rGxE ATTIVA: Il suo genotipo ha fatto si che lei si trovasse il marito all’interno della cerchia ristretta di famiglia e gli unici amici che avesse fossero anch’essi in famiglia. Anche il lavoro che faceva era col marito. La persona ha selezionato nel tempo delle esperienze che amplificano la sua predisposizione.

Siamo abituati a pensare: l’ambiente ci rende diversi. In realtà, per come simo fatti, noi plasmiamo l’ambiente a nostra immagine e somiglianza.

rGxE EVOCATIVO: I ragazzi alle medie la escludevano perché era perfettina a scuola, però aveva paura degli altri. I bambini l’avevano emarginata e questo aveva fatto si che venisse meno un fattore protettivo per lo sviluppo di amicizie sane. Altra cosa importante è che il marito la lascia perché, pur essendo entrambi andati in pensione, lei non si sente di andare in vacanza con lui. E’ così inibita che non riesce a fare una cosa che per la maggior parte delle persone è normale.

**TRANSFERT E CONTROTRANSFERT**:

L’ambiente non è indipendente dalla persona, ma è piuttosto un prodotto tra interazione di fattori genetici e precedenti eventi ambientali. In particolare, pazienti con disturbo di personalità, creano l’ambiente a cui rispondono. Questo paradossalmente mantiene se stessi e l’ambiente stabili. In tutti i casi che abbiamo visto, i pazienti continuano sempre a commettere gli stessi errori.

Ciò vuol dire che i fattori di rischio genetici e ambientali non è che si sommano e basta tra di loro, ma continuano ad essere attivi nella vita di tutti i giorni. Ci sono alterazioni stabili che continuano ad alimentare quell’ambiente.

I pazienti con disturbo di personalità non vedono le cose come davvero stanno. Le loro visioni sono distorte in base al loro mondo interno. Sembra che i pazienti siano condannati a ripetere i comportamenti del passato , malgrado la situazione sia nuova, diversa o cambiata. Anche in un contesto di accudimento (per es il reparto dell’ospedale), la donna dell’esempio di prima, ripete i comportamenti del passato come se le stessero facendo del male. Scappa, crea problemi, ci prova con gli infermieri.

Questa è una cosa che gli psicanalisti chiamavano **TRANSFERT** (il mondo interno del paziente induce una distorsione del mondo esterno): condizione a cui siamo condannati che ci porta a ripetere gli atteggiamenti del passato. Lo riconosciamo in ogni riposta o atteggiamento del paziente che differisce dalla risposta ordinaria che sarebbe attesa in analoghe circostanze da ogni individuo.

Nei disturbi di personalità bisogna chiedersi che cos’è che c’è di diverso dalla normalità, da quello che ci si aspetterebbe normalmente. Il transfert si riconosce anche da cose subdole. Lo psichiatra fissa un appuntamento ed il paziente non ci va. La persona normale se dovesse avere un contrattempo avvisa. Il paziente con disturbo di personalità non va agli appuntamenti prefissati e non avvisa. Poi però accade qualcosa e si presenta in pronto soccorso. Vogliono essere aiutati subito, fanno confusione, spesso si presentano in condizioni disastrose. Loro non sono abbandonati, ma si comportano come se lo fossero.

Il fatto di distorcere le relazioni sociali, non lo avvertono come un problema. Non si rendono conto che quella non è l’usuale norma di comportamento tra le persone. Per esempio sono persone che, se hanno un lavoro, ci vanno vestiti in modo inappropriato. Sono quelli che trattano male i colleghi o i superiori, li accusano di non dare abbastanza attenzione o ancora quelli che arrivano cronicamente in ritardo.

Quando noi facciamo cose di questo genere, siamo preoccupati di ciò che causiamo negli altri o a noi stessi, loro no. Quindi lo psichiatra non può contare sull’alleanza terapeutica con questi pazienti. Dunque se un paziente con disturbo di personalità inizia a trattarvi nel modo corretto, come le norme educative tra persone insegnano, vuol dire che questo è guarito. Come corollario c’è da dire che, siccome questo è il comportamento di questi pazienti, noi non riusciamo a rimanere indifferenti. Se uno fa il medico ed una persona continua a non andare agli appuntamenti, poi si presenta in urgenza andando a dire che non si fa nulla per lui, lo psichiatra si arrabbia o si sente frustrato; è come se avesse fallito. Qualsiasi sia il sentimento, prova un sentimento indotto dal comportamento del paziente; non rimane indifferente.

Si deve dunque stare attenti a come reagiamo, cioè al **CONTROTRANSFERT**. Questo è il contraltare del transfert del paziente.

Transfert del paziente: lui fa sempre le stesse cose malgrado la situazione non lo richieda più.

Controtransfert del medico: il fatto che il paziente faccia una confusione non giustificata, causa nello psichiatra delle reazioni, che sia fallimento e frustrazione o rabbia. Il paziente con disturbo di personalità induce nei medici tipiche reazioni dettate dalla stessa patologia del paziente. Prima abbiamo visto la stessa cosa e l’abbiamo chiamata in altro modo: rGxE EVOCATIVA. Per come io sono fatta, evoco determinate reazioni comportamentali e ambientali negli altri.

Con il controtransfert corriamo il rischio di reagire in modo tale da causare una reazione espulsiva e quindi peggiorare la situazione per il paziente. Si aggiunge un nuovo fattore stressante ed il ciclo si perpetua. Ci dobbiamo accorgere di essere in preda al controtransfert (che c’è sempre perché sempre dev’essere presente il transfert, altrimenti non c’è disturbo di personalità). Tutte le volte che sentiamo la tentazione di deviare da un trattamento stabilito, da quello che dovremmo fare in un’analoga situazione, quello è un indice del fatto che noi stiamo mettendo in atto un azione di controtransfert.

Controtransfert è tutto quello che devia da quello che normalmente sarebbe atteso da parte del medico. Sentirsi frustrato e impotente o arrabbiato è un’azione di controtransfert perché in ogni caso non adempiamo al compito di aiutare il paziente. Nella pratica tutte le volte che sentiamo un affetto molto intenso nei confronti di questi pazienti (cioè sempre), anche quando l’affetto sembra particolarmente buono, come il sentirsi frustrato, in questo caso è meglio stare zitto, non fare nulla per non mettere in atto la correlazione gene ambiente evocativa.

Prendiamo l’esempio della ragazza ricoverata che fa amicizia con tutti e ci prova con l’infermiere. Questo è un transfert, non è una cosa normale, perché devia da quello che ci si aspetterebbe in analoghe circostanze. L’infermiere come si è sentito? Sicuramente imbarazzato, ma anche lusingato. Quando mettiamo questi pazienti in un reparto con tanti operatori, succede che alcuni dicono che la odiano, non gli piace, è la solita psicopatica; altri dicono che è intelligente, che ha avuto tante sfortune nella vita, ha lavorato tanto.

Il transfert di questa persona nei diversi operatori è mutevole, perché mutevole è il mondo interno della paziente. Anche il controtransfert dunque sarà diverso a seconda dell’operatore. Ci sarà chi avrà una reazione espulsiva e chi ha reazioni del tipo “ io ti salverò”. L’infermiere si è comportato nel modo giusto, ma poteva anche mettersi a parlare con questa paziente più che con altri. Questo non è un problema riguardo il fatto che la scelta sia giusta o sbagliata, ma ci dice qualcosa di importante del paziente. Dedico più tempo a lei perchè mi sento lusingato e questo è già un’ espressione di controtransfert.

Al di la del transfert che fa il paziente con disturbo di personalità, il controtransfert come definizione generale dipende da tante cose. Per esempio, dipende da come ci si alza al mattino, dai problemi che si hanno a casa o in famiglia, da come si è fatti caratterialmente (ci sono persone che vedono tutto positivo, altre tutto negativo).

Quindi il controtransfert è dettato molto anche dalle caratteristiche del terapeuta. A ciò si aggiunge il transfert del paziente. In generale però le caratteristiche proprie della personalità del terapeuta vengono in secondo piano perché è cosi potente il transfert del paziente che tutto il resto è secondario. Quindi è importante capire le nostre reazioni affettive perché sono diagnostiche. Ogni volta che ci troviamo a parlare con un collega di un paziente ed abbiamo opinioni totalmente discordanti, allora quello è controtransfert e quello è un disturbo di personalità.

*Analizziamo nel dettaglio i diversi tipi di disturbo della personalità:*

**CLUSTER A:**

* **DP SCHIZOTIPICO:**

Non si hanno deliri o allucinazioni, altrimenti parleremmo di veri e propri disturbi psicotici. Gli schizotipici però hanno dei sintomi simil-psicotici, come:

pensiero magico,

dee di riferimento (sensazione che le cose intorno hanno a che vedere con me),

illusioni ricorrenti,

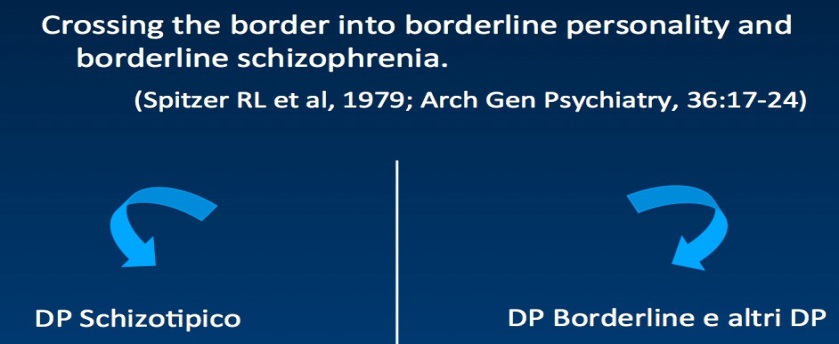
linguaggio strano o metaforico o addirittura allusivo.

L’affettività è inappropriata o coartata (non c’è tutta la varietà delle risposte emotive che normalmente dovrebbero esserci; spesso cambiamo emozione in base a ciò che capita, in questo disturbo no). Inappropriata è qualcosa di più: ho un’emozione di un tipo in una circostanza che ne richiederebbe tutt’altra, tipo ridere ad un funerale. Questi pazienti provano DISAGIO ACUTO quando stanno con gli altri. Il paziente di questo tipo non è violento, ma se pressato dagli altri sta malissimo e può diventare irritabile. Questo disagio non diminuisce con la familiarità. Non sto male in mezzo a persone che non conosco e quando ci divento amico il disagio passa. A questi pazienti il disagio non passa.

*L’anamnesi personale è ricca di deficit sociali ed interpersonali.*

C’è una mancata richiesta di trattamento perché non c’è consapevolezza di malattia. In generale nei disturbi di personalità non c’è mai consapevolezza di averla perché “io sono fatto così”🡪si parla di egosintonia. Non è che va male come sono fatto, se mai sono gli altri che non mi capiscono. Spesso sono obbligati a chiedere aiuto dai familiari, per la loro stranezza. Il DP schizotipico è un po’ strano rispetto agli altri, tanto che la classificazione attuale li colloca sia tra i DP, sia nei disturbi psicotici. Questo infatti può costituire il prodromo della schizofrenia.

Studio:Si è fatto uno studio molto rilevante a riguardo. È incominciato tra gli anni ‘50/’60 in Danimarca (studio danese sugli adottivi). L’obiettivo era vedere qual’ era la prevalenza di schizofrenia o disturbi affini nei familiari di 1^ grado (padre e madre) biologici ed adottivi di bambini adottati nelle prime settimane di vita, che da adulti avessero sviluppato schizofrenia. Cos’è che predispone alla schizofrenia: la genetica o l’ambiente? Sono partiti negli anni ‘60 e sono andati a vedere il registro delle adozioni intorno agli anni ‘40. Hanno cercato tutte le persone che, adottate tra 1924 e 1947, da grandi, cioè nel 1960, avessero la schizofrenia. A partire da 14427 adottati, hanno identificato 42 pazienti schizofrenici e poi hanno valutato i controlli, cioè 42 persone che non avevano sviluppato la malattia. Il passaggio successivo è stato riprendere il registro delle adozioni e vedere chi erano i familiari biologici e chi i familiari adottivi. Hanno poi riguardato il registro psichiatrico per vedere qual’ era la prevalenza di schizofrenia in entrambe le categorie. Alla fine per essere sicuri, hanno preso le interviste fatte a ciascuno, e le hanno mandate in America, dove la società degli psichiatri americani stava mettendo a punto una delle prime edizioni del manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali (DSM III). Hanno fatto fare loro una valutazione indipendente. Lo studio ha dato come risultato che la prevalenza di schizofrenia era a livello dei familiari biologici di bambini adottivi che da grandi avevano sviluppato la schizofrenia. La prevalenza in questo caso era del 5% a fronte di uno 0,4% di prevalenza nei genitori adottivi. Si è visto poi che c’è anche una maggior prevalenza di schizofrenia latente o disturbo schizotipico di personalità nei familiari biologici rispetto ai familiari adottivi (11% CONTRO 2% DEI FAMILIARI ADOTTIVI). Questo vuol dire che *quello che si eredita è proprio il disturbo schizotipico di personalità. Poi uno se lo può tenere così tutta la vita o può sviluppare schizofrenia.*

Questo invece è un articolo che suddividere le personalità borderline con la schizofrenia borderline. Da una parte c’è il disturbo di p. schizotipico, dall’altra ci sono tutti gli altri disturbi di personalità in cui vanno a ricadere tutte le forme di schizofrenia pseudonevrotica o borderline. Quindi il disturbo schizotipico è molto diverso dagli altri disturbi.

* **DP PARANOIDE:**

E’ un disturbo PERICOLOSO che non conduce allo stesso distacco sociale dello schizotipico (che sta male nelle situazioni sociali), ma ad un distacco sociale dettato dal fatto che è dovuto alla convinzione pervasiva di essere sfruttati, ingannati o danneggiati.

Si caratterizza infatti per pervasive sfiducia e sospettosità verso gli altri. Sono persone che dubitano o pensano in maniera ricorrente che gli altri vogliano ingannarli, fargli del male, tradirli. Questo è il loro modo di rapportarsi con gli altri. Questo può essere definito mondo esterno. Anche in questo caso quello che vedremo è un apparente distacco sociale, ma a differenza dello schizotipico che, se messo in mezzo agli altri, sta male perché ha un disagio acuto, il paranoide è apparentemente distaccato perché ha una riluttanza a confidarsi.

Non è un delirio o allucinazione. Non hanno neanche un vero delirio di persecuzione. L’ambiente è percepito in modo preciso, ma nella vita quotidiana attribuiscono un significato distorto a quello che pur correttamente vedono nell’ambiente. Il significato distorto è sempre nel senso: “ce l’hanno con me”. In qualsiasi relazione o contesto in cui si trovano, vanno alla costante ricerca di significati oscuri. C’è infatti iperattivazione dell’attenzione e sono molto tesi. Sono persone che vanno in giro molto attente per captare tutti i significati nascosti nelle parole o nei comportamenti della gente. Quello che capita nel mondo interno di questi pazienti è qualcosa che si chiama proiezione. È un meccanismo di difesa per cui “io non sono cattivo, non sono arrabbiato con nessuno”, ma lo faccio perché proietto tutto quello che ho di negativo dentro di me sugli altri, che diventano cattivi e persecutori. Non sono consapevole di questa cosa.

Quello che capita ai pazienti con questo disturbo è che rispondono con rabbia a qualsiasi cosa gli si dica. Percepiscono come attacchi qualsiasi osservazione, anche se neutra.

Hanno molto bisogno di controllare gli altri e non sopportano il controllo altrui. Qui il transfert sarà il sospettare degli altri anche se loro fanno il loro lavoro. Nessuno è esente da questa situazione. I pazienti con DP paranoide sono tra i pazienti più pericolosi perché se la prendono con tutti, nessuno è esente.

Sono pazienti che intentano cause contro medici, direzione sanitaria; sono quelli che scrivono perché si sentono curati ingiustamente, vi portano in tribunale ecc. Di solito un paziente di questo tipo va dallo psichiatra perché obbligato. In genere perché gli sono successe diverse cose. Ad esempio il paziente si sposa, ma la moglie lo lascia perché è un geloso patologico, le controlla tutto. Se lei cerca di allontanarsi, lui diventa stalker. Ci sono frequenti liti che lui non vede come frutto di un suo disturbo, ma dovute al fatto che lei non gli voglia abbastanza bene.

Altro motivo per cui un paziente così va dallo psichiatra è perché ha già fatto 8 cause di mobbing nei confronti dei datori di lavoro, o è stato più volte licenziato, o si è auto licenziato perché si è sentito trattato ingiustamente dal punto di vista della collocazione lavorativa. Tutto questo non perché lui ha fatto qualcosa che non va, ma perché gli altri non hanno capito il buono che c’è in lui. Dunque se va dallo psichiatra, al massimo è per depressione. La diagnosi di DP paranoide però viene messa dopo 6 mesi, non perché non si capisca il tipo di paziente, ma perché fargli accettare questa patologia è difficilissimo. Quando arriva dallo psichiatra in genere porta dei plichi pieni di cartelle che contengono in modo dettagliato tutta la storia delle sue sfortune, spesso sanitarie. Comincerà a parlare male di tutti i medici che in passato l’hanno visitato e mostrerà referti, spesso messi in ordine alfabetico e numerati, per convincervi di quanto gli altri lo abbiano trattato o curato male. Dunque sono pazienti che ricercano puntigliosamente chi e dove possa avere sbagliato in qualcosa e nel caso della sanità spesso iniziano a denunciare una serie di volte i possibili colpevoli, poi si rivolgono al tribunale del malato e se anche questo non dovesse bastare agiscono direttamente usando violenza fisica o verbale su chi di dovere.

*Caso Clinico*: *Un esempio eclatante è quello di una donna che, dopo che è stato scoperto al marito un tumore al polmone, è andata a cercare ogni particolare nelle visite precedenti per capire se qualcuno non avesse potuto scoprire prima la neoplasia del coniuge. Alla fine ha mandato delle lettere ai medici minacciandoli che se il marito fosse morto loro stessi avrebbero fatto un suicidio a due. Era decisa inoltre a mandare una lettera al tribunale per far cadere la colpa sui medici. Quindi li ha ricattati.*

Queste persone sono molto pericolose anche sul lato personale, sentimentale. All’inizio fanno sentire il compagno o la compagna molto bene, piena di attenzioni, al prezzo che però lui/lei facciano esattamente ciò che gli si dice. E questo per loro non sarà mai abbastanza. Anche andare a bere il caffè con un amico, può essere segno di qualcosa che non va, di un tradimento.

Il controtransfert è all’inizio impazienza, poi reazioni difensive man mano che riconosciamo il tipo di problema.

*L’anamnesi personale è instabilità lavorativa, rotture relazionali, vicende giudiziarie, lite con i sanitari di riferimento*.

Dove sono i criteri generali di disturbo di personalità? Queste persone funzionano molto male in ogni settore. Non sanno accordare i loro comportamenti in base ai loro obiettivi, che è qualcosa che riguarda il sè, perché non riescono a tenere un lavoro ad esempio, in quanto si sentono perseguitati. Poi c’è instabilità interpersonale sempre per la stessa causa. Dunque è presente il criterio cardine per i DP. C’è una disfunzione nell’area del sè e nelle relazioni interpersonali.

La psichiatria classica dice che il DP paranoide può predisporre a paranoia, ma dati certi non ce ne sono.

Il confine con la paranoia, che possono avere anche soggetti sani, è che in questa non c’è un franco delirio di persecuzione. Si è visto inoltre che se un individuo con disturbo paranoide ha un altro disturbo di asse 1 (disturbo dell’umore, depressione maggiore ricorrente), il DP preesistente è **patoplastico** nei confronti del secondo disturbo (episodio depressivo) e come conseguenza, durante l’episodio depressivo maggiore è più probabile che il paziente abbia episodi paranoici più gravi dei soliti.

* **DP SCHIZOIDE:**

Si caratterizza per un **marcato distacco nelle relazioni sociali per indifferenza alle stesse**, e di pazienti sperimentano in genere una gamma ristretta di emozioni nei contesti interpersonali, rispondendo con indifferenza quasi assoluta alle lodi o alle critiche degli altri. In poche parole, il paziente si presenta come un soggetto solitario, che vive la sua vita distanziando gli altri. Ha un distacco nelle relazioni sociali per indifferenza alle stesse.

Di questi disturbi se ne vedono pochissimi, perché non vanno dallo psichiatra e se ci vanno sono ben riconoscibili: sudatissimi, mutacici, incapaci di stare fermi e incapaci a rispondere altro che si o no.

Esperiscono una ristretta gamma di emozioni nei contesti interpersonali. Rispondono con indifferenza alle critiche o alle lodi altrui.

Nella vita il paziente va avanti distanziando gli altri (correlazione gene ambiente evocativa). *L’anamnesi personale è isolamento sociale e mancata richiesta di trattamento, perché un paziente di questo tipo non ha i sintomi bizzarri dello schizotipico che prima o poi lo portano all’attenzione clinica.*

Quindi è rarissimo nella pratica clinica. Anche qui rimane la possibile relazione con la schizofrenia. Mentre la schizoidia è generalmente più vicino alla schizofrenia, il DP schizoide non si sa bene in che relazione sia con la schizofrenia. A volte la fase residuale della schizofrenia (senza allucinazioni o deliri) assomiglia alla Schizoidia.

**TERAPIA NEI DP DI CLUSTER A**

Per quanto riguarda la **terapia** dei clusters di tipo A, essendo questi quelli maggiormente correlati coi sintomi schizofrenici, sono anche i DP che rispondono meglio alla terapia farmacologica, che si avvale essenzialmente di **antipsicotici di seconda generazione** (clozapina, olanzapina, quetiapina) a basse dosi.

Il principali problema, tuttavia, risiedono nel:

* convincerli ad assumere i farmaci, perché i pazienti (soprattutto i paranoici) non ritengono di essere malati,
* inoltre il medico deve sempre evitare di cedere ad un meccanismo di controtransfert. Cerchiamo di stare il più possibile tranquilli. Bisogna capire cosa si sta sentendo, quale sia la relazione normale medico-paziente. Perché si potrebbe avere la tentazione di dire che quelli prima di noi non hanno capito nulla ed ora noi riusciremo a risolvere i problemi. Più attenzioni gli diamo, più questo tipo di paziente si accanirà contro di noi dopo (quello che da medici potremmo essere tentati di fare è il Controtransfert complementare). Evitare atteggiamenti amichevoli che nei confronti di un DP paraoide potrebbe essere è il modo migliore per farsi ammazzare dal paziente, che spesso si convince che il medico è gentile con lui perché vuole ingannarlo, per cui spesso arriva a colpirlo alle spalle.
* Il disturbo schizoide è molto difficile da trattare perché significa essere di fronte ad assenza di relazione medico paziente

Quindi bisogna non subito aggedire il paziente con diagnosi e terapie (il problema è convincerli a prendere i farmaci) e non discutere le verità del paziente all’inizio..

**CLUSTER B:**

* **DP ANTISOCIALE:**

Questo disturbo è facilmente riscontrabile in carcere e molti di quelli che si vedono ricoverati in psichiatria non dovrebbero starci.

Nela storia di questi pazienti ci deve essere obbligatoriamente un disturbo della condotta in adolescenza. Per disturbo di condotta si intende che prima dei 18 anni di età si abbiano comportamenti teppisti. Sono comportamenti crudeli verso cose, animali o persone.

Si parla di devianza dalle regole, abuso di sostanze fin dalla tenera età, marinare la scuola, atti di crudeltà gratuita.

Non tutti i disturbi di condotta diventano DP antisociale, ma tutti i pazienti con DP antisociale lo hanno avuto prima dei 18 anni (prima di questa età non si può fare diagnosi).

Si caratterizzano per **pervasiva inosservanza e violazione dei diritti altrui** (alla libertà, alla vita ecc); fanno questo senza dare importanza ai loro atteggiamenti.

Presentano una totale **assenza di empatia**, non si pentono o vergognano e non hanno rimorsi. Questo loro non lo impareranno mai. Loro capiscono molto bene di aver fatto dei danni ad una persona, ma non gli importa nulla, o addirittura ne sono gratificati.

Non ci sono terapie per insegnare ad entrare in empatia. Anzi più fanno terapia, più peggiorano*. L’anamnesi è di carcerazioni e di comportamenti illeciti e violenti, spesso associati ad abuso di sostanze.*

I disturbi di personalità non sono come la schizofrenia. Non è che questi pazienti non sono responsabili di quello che fanno. Hanno dei disturbi seri, però non compromettono mai totalmente la capacità di cambiare il loro comportamento, se aiutati a farlo. Da ciò ne consegue che questi disturbi, così come li descriviamo, non compromettono la capacità di intendere e volere. L’antisociale **sa perfettamente che sta commettendo un reato**. Non è come uno schizofrenico che in preda ad un’allucinazione uccide la madre e in quel momento non era capace di intendere e volere.

Se uno ha disturbo di personalità antisociale o paranoide dovrebbe andare in galera, se colpevole. Ultimamente però ci sono state due o tre sentenze in cui un perito ha dichiarato non imputabile un paziente con DP. Se passa questa linea è un problema perché oltre a “giustificarli” non si prova neanche a curarli.

* **DP NARCISISTICO:**

Si caratterizza per **pervasive grandiosità nella fantasia o nel comportamento** (non stiamo parlando del narcisismo sano).

Nella fantasia vuol dire che il paziente fuori è timido e magari fa complimenti agli altri, ma dentro di se si sente il **migliore in ogni cosa**, anche nella sfortuna.

Si riscontrano **necessità di ammirazione** e **mancanza di empatia**. E’ un po’ simile all’antisociale con cui a volte ci sono dei tratti almeno in comorbidità, mancanza di empatia ( la preoccupazione per gli stati d’animo altrui ).

Nel mondo interno del paziente conta una sola cosa: come faccio ad avere sempre una stima di me altissima.

Questi pazienti sono estremamente **sensibili alle critiche** altrui perché interpretano qualsiasi cosa come una minaccia alla loro autostima. In inglese questo viene definito **“entitlement**”: ogni cosa è dovuta, diritto. E’ come se il feedback positivo degli altri non fosse mai abbastanza.

In questo senso è come se gli altri non avessero bisogni propri. Gli altri esistono, ma non in quanto persone separate da me, con loro bisogni e aspettative, ma **gli altri** esistono ed io li tratto bene solo se **servono a sostenere la mia autostima**.

Gli uomini con DP narcisistico vorranno donne belle, che pendono dai loro occhi e loro serviranno solo finchè assolvono alla loro funzione. Se non assolvono più, non c’è modo di farli tornare ad amare quella persona. Infatti i soggetti con questo disturbo hanno incapacità di amare, di avere relazioni reciproche e mutualmente appaganti.

C’è solo un **“do ut des”:** se faccio qualcosa per te, lo faccio solo perché tu mi dai qualcos’altro. Non lo faccio per gratuità, perché ti voglio bene.

La letteratura psicodinamica identifica due tipi di DP narcisistico:

1.grandioso e arrogante🡪OVERT;

2.ipervigile ed ansioso che dentro di sé ha malattie di grandezza🡪COVERT.

In realtà oggi si dice che queste caratteristiche coesistano nello stesso paziente, che non siano divise.

*Nell’ anamnesi di questi pazienti ci sono difficoltà relazionali e coniugali e nella media età-adulta, disturbi depressivi a volte molto seri.*

Spesso ci sono casi di suicidi in persone di 40/50 anni che non hanno mai avuto niente. Questa potrebbe essere la storia tipica di un DP narcisistico. Sono persone che pensano di avere tutte le capacità del mondo, aspettano che succeda qualcosa, pensano di avere tutto il tempo che vogliono. Credono di potersi permettere di non fare le cose che fanno gli altri, come stare su un banco, studiare o lavorare. Tipicamente appaiono molto affascinanti. Hanno una serie di relazioni nelle quali all’inizio c’è grande coinvolgimento, perché sostengono molto l’altro partner. Devono farlo stare molto bene perché questo fa stare bene loro, poi lo buttano via quando questo finisce e tutto ricomincia da capo. Si trovano a 42/43 anni di fronte alla realtà: tutti hanno un lavoro avviato, fanno le loro cose, hanno figli, una relazione. Questo per loro è il momento più duro, dove c’è rischio di grave depressione e possibilità di suicidio. È molto difficile curarli in questo momento.

Il disturbo narcisistico di personalità si può presentare in modi differenti ed è talmente complesso che alle volte può essere difficile diagnosticarlo.

Discutiamo alcuni casi clinici:

1. *Mister A è un uomo di 42 anni che si presenta ad uno psicoterapeuta privato ed il motivo per cui lo fa sono dei problemi con la moglie. L’uomo è un imprenditore di successo, molto competitivo. Descrive di essere molto socievole e stare con gli altri. Quando è in mezzo alle persone riferisce di aver bisogno di essere al centro dell’attenzione. Gli piacciono molto le sfide al lavoro dove crede di avere possibilità maggiori degli altri nel vincerle. Va in trattamento perché si sta chiedendo se finire o meno il suo matrimonio. Egli dice di aver perso l’interesse sessuale nei confronti della moglie. Durante tutto il matrimonio ha mantenuto una serie di amanti e poi le ha sostituite con altre dopo poco che le frequentava. Se gli si chiede come mai ha avuto questo comportamento, lui risponde che questi non sono problemi legati al suo matrimonio, ma sono situazioni proprie, personali.* Questo, anche se difficile da identificare, è un DP narcisistico.

Se osserviamo meglio vediamo che i problemi sono:

**mondo interno**🡪Il paziente si sente superiore a tutti gli altri nel lavoro;

**mondo esterno**🡪 il paziente sta bene con gli altri, ma solo nella misura in cui l’altro serva per esaltare ulteriormente la sua persona.

Sul lavoro questa persona funziona, anche se abbiamo detto che con questo disturbo si dovrebbe avere un disfunzionamento in tutte le aree. Il motivo per cui l’area lavoro apparentemente funziona, è che i rapporti con i colleghi ed il lavoro stesso sono improntati sul mantenere al centro dell’attenzione il paziente stesso. Questo è un esempio di DP ad alto funzionamento. Tutto ruota intorno a lui, gli altri non hanno bisogni propri ma servono solo per mantenere la propria autostima.

1. *Mister B è un uomo single di 32 anni. Ha una storia di abuso di alcool e cocaina ed è disoccupato. Si è presentato in ps lamentando dolore dopo una procedura dentale e richiede oppiacei. Lui cerca di ingraziarsi il medico di guardia che però, prima di dare il farmaco vuole sentire il parere del dentista. A quel punto il paziente ha iniziato a minacciare e insultare il dottore, il quale contatta la ragazza del paziente. Lei riferisce che di recente ha lasciato mister B perché lui stava approfittando di lei economicamente, si stava facendo mantenere. L’uomo era stato licenziato un anno prima da un lavoro molto ben retribuito, ma da allora non ha trovato nessun lavoro che potesse fargli mantenere aspettative alte sul suo conto. Ha rifiutato lavori non considerandoli alla sua altezza.*

Dove si trovano in questo caso i criteri generali di DP e le caratteristiche di DP narcisistico?

**Mondo interno**🡪 incapacità a perseguire i propri obiettivi. Io dovrei lavorare, ma pur di adattarmi alle richieste reali, vado avanti facendomi mantenere.

**Mondo esterno**🡪 rimane con la fidanzata perché lo finanzia e serve a mantenere il suo status.

Nella sua anamnesi c’è anche abuso di cocaina e di alcool. Se il soggetto abusa di sostanze stimolanti, vuol dire che ricerca gratificazione. La dimensione di temperamento che si associa, se estrema, a questi stimoli è “la ricerca di stimoli forti”. L’uomo è una persona intollerante alla frustrazione.

1. *Mister C è un ragazzo single di 29 anni. Ha una storia di diabete insulinodipendente. Si presenta in ambulatorio psichiatrico per fobia sociale e distimia, disturbo dell’umore in senso depressivo non così grave da essere catalogato come depressione maggiore.*

*Lui ha tenuto una serie di lavori di basso livello che non hanno mai funzionato. Attualmente lavora part time in un’ agenzia per inserimento dati.*

*Quando si descrive dice che il suo umore è cronicamente miserevole e facilmente va in crisi. Non trae piacere da nulla e quotidianamente si chiede se questa vita vale la pena di essere vissuta. Quando si sente giù di morale, dimentica di somministrarsi insulina e per questo viene ricoverato spesso per scompensi glicemici. Costantemente si paragona agli altri. E’ invidioso e pieno di risentimento. Si sente come deficitario e sempre in difetto rispetto agli altri. Ha risentimento perché gli altri non capiscono quello che lui può offrire. Ha fantasie ricorrenti sul suo datore di lavoro che potrebbe andare a fare una conferenza stampa e dire a tutti quale talento abbia mister C; altre volte ha la fantasia di umiliarlo con dimostrazione delle sue capacità superiori.*

Qui dov’è il DP narcisistico?

**Mondo interno**🡪sembra soffrire di più rispetto agli altri del suo stato interiore. Si sente cronicamente inadeguato e privo di capacità.

**Mondo esterno**🡪 lavori mai andati a buon fine, difficoltà a relazionarsi con gli altri per fobia sociale.

1. *Miss D 44 anni, single. Si lamenta di avere depressione resistente. Ha invalidità psichiatrica per questo motivo. E’ stata trattata con tutti i farmaci disponibili incluso l’elettroshock. Parla dei medici precedenti in modo svalutante. Sembra quasi gratificata nel raccontare che tutti abbiano fallito con lei.*

La sua terapeuta di gruppo fa diagnosi di DP narcisistico basandosi sul gap tra l’immagine che lei ha su se stessa come autrice di libri estremamente dotata, che ancora non è stata riconosciuta ma la realtà è che lei non ha scritto nulla. Ci sono anche caratteristiche antisociali perché mente cronicamente a tutti fregandosene. Ha una storia di prostituzione quando aveva 20 anni e ha fatto imbrogli per ottenere disabilità piuttosto che lavorare. Non c’è nessun segno di depressione endogena. Quando la terapeuta le consiglia di trovare un lavoro, la signora D afferma che si sarebbe uccisa lei stessa o avrebbe ucciso il terapeuta se questa cosa avesse interferito con la possibilità di ottenere l’invalidità. Quando c’è una depressione che non riesce ad essere curata in nessun modo, bisogna sempre pensare alla presenza sottostante di un disturbo di personalità.

* **DP ISTRIONICO:*: DP***

Pattern pervasivo con emotività eccessiva e ricerca di attenzione. I pazienti esprimono in modo drammatico e con enfasi le proprie emozioni (si ride o si piange a dismisura).

Hanno un’*Emotività molto intensa*, ma l’espressione delle emozioni è mutevole e superficiale (cambiano in maniera repentina il tono dell’umore); facile suggestionabilità (le emozioni si trasmettono al pz: se una persona piange, anche il pz piange).

Interazione con gli altri: *comportamento seduttivo o provocatorio* (disturbo istrionico più frequente nelle donne che negli uomini). Considerano le relazioni più intime di quanto non siano. Superficialità delle emozioni e mancanza di empatia.

*Esibizionismo non fine a se stesso*, sono proprio avidi delle attenzioni altrui. Quando non hanno le attenzioni dalle persone che considerano intime diventano intolleranti alle frustrazioni e percepiscono facilmente l’abbandono.

*Elevata comorbidità con disturbi somatoformi* (ipocondria, conversione o isteria, somatizzazione). Sintomi somatici che, però, non sono in parte o del tutto spiegati da cause medico-organiche.

*Sono egosintonici* quindi è importante osservare il paziente e non solo ascolatare ciò che dice.

**ISTERIA:**

Disturbo in auge nel 1900, oggi è detto “disturbo da conversione”. Era tipica delle giovani donne di buona famiglia che Freud considerava sessualmente inibite. L’ansia che, secondo Freud, giaceva nell‘inconscio di queste pazienti (dovuta al non poter esprimere l’impulso sessuale) causava angoscia e senso di colpa. Quando un conflitto diventa più forte bisogna difendersi ancora di più e allora la semplice rimozione potrebbe non bastare in quanto l‘ansia non è controllata. Intervengono a questo punto altri meccanismi di difesa e nell’isteria abbiamo dunque la conversione dell’ansia in sintomi somatici. Le isteriche ai tempi di Freud avevano delle crisi tonico cloniche in cui mimavano l’atto sessuale (arco di Charcot). Nonostante tipicamente la conversione somatica sia a carico del sistema nervoso con pseudo crisi epilettiche (EEG non alterato, non c’è incontinenza sfinterica, non c’è morsus) vi sono anche altre manifestazioni: cecità isterica, bolo isterico, paralisi isterica, mancanza di sensibilità che tipicamente non segue la distribuzione nervosa (anestesia a guanto o a calza, se coinvolge mano o gamba).

I disturbi istrionici sono difficili da curare e da diagnosticare: infatti la diagnosi è di esclusione con EEG in corso di crisi. In genere si parla di facilità d’organo: se l’ansia deve manifestarsi in qualche modo sceglierà sempre l’organo in parte compromesso. Non esistono linee guida da applicare motivo per cui spesso non si sa cosa fare.

* **DP BORDERLINE:**

Principe dei disturbi di personalità. Disturbo più studiato per quanto concerne il trattamento sia farmacologico che, soprattutto, psicoterapeutico (evidence based).

INSTABILITA’ nelle relazioni interpersonali, nell’immagine di sé, nell’umore e nell’impulsività.

1. **Ipersensibilità interpersonale** (es: *questi soggetti, qualsiasi cosa si dica in un dato momento, possono percepirla dapprima come la cosa più bella ed in un secondo momento come la peggiore*). Molto sensibili a tutti gli stimoli interpersonali, anche se interpretati in maniera distorta.
2. Relazioni interpersonali instabili e intense, caratterizzate dall’alternanza tra gli estremi di iperidealizzazione e svalutazione (percezione degli altri o come idealizzati o come invece cattivi, malevoli) e tra ipercoinvolgimento e distacco.

* *Scissione intrapsichica* – distorsione della realtà. Il soggetto controlla l’angoscia dividendo il mondo in due: tutto ciò che c ‘è di buono e tutto ciò che c’è di cattivo. Le persone senza disturbo di personalità danno un’immagine di sé e degli altri “complessa” o meglio ancora integrata, cioè realistica, con caratteristiche positive e negative di se stessi e degli altri. I pazienti borderline non sanno mettere insieme questi aspetti nella stessa persona e nello stesso momento. L’immagine di sé che hanno è: o “io bravissimo”, perché c ‘è qualcuno di perfetto che mi vuole bene, o “io rifiutato”, perché c ‘è qualcuno che mi vuole far del male. Questi due aspetti di sé non entrano mai in contatto🡪 non vedono la totalità delle cose, ma solo gli estremi esasperati. Spesso non hanno neanche la consapevolezza di aver detto in due momenti cose differenti (appunto scissione).

1. Costante preoccupazione e conseguenti sforzi disperati per evitare un reale o immaginario abbandono:

* *Intolleranza alla solitudine o ipersensibilità al rifiuto*🡪 comportamenti “acting out”, cioè sforzi disperati per evitare l’abbandono (es: *chiamano la polizia, si tagliano, vanno in overdose*). Noi tutti, come esseri umani, abbiamo un sistema tramite cui avvertiamo la minaccia di un’esclusione, sistema di allarme che ci fa sentire male, il cosiddetto “dolore sociale”. Il dolore allerta le varie aree per dar inizio a meccanismi di accettazione in quanto il compito evolutivo dell’uomo è quello di stare in gruppo. Questo sistema si può manipolare con diversi esperimenti in cui viene riprodotto il contesto di esclusione sociale. E’ stato visto che i pazienti borderline non stanno male soltanto quando sono esclusi, ma anche quando c’è una normale situazione di inclusione: percepiscono l’abbandono ovunque 🡪 ipersensibili all’ abbandono.

1. Sentimenti cronici di vuoto; alterazione dell’identità; senso di percezione di sé marcatamente instabili (motivo per cui fanno anche fatica a descriversi).
2. Instabilità affettiva dovuta ad una marcata reattività dell’umore (es: episodica intensa disforia, irritabilità o ansia, di solito per poche ore o giorni). Instabilità data da stimoli interpersonali a cui spesso non fanno caso, non riescono a capire la causa di questi cambiamenti; spesso non si tratta di qualcosa grosso (vedono il negativo anche quando non c’ è). La prima volta che vediamo un borderline, questo mima una marcata depressione endogena. Il borderline si discosta dal disturbo dell’umore a causa della reattivitá e della notevolezza. Non esiste un borderline che viva un mese di depressione (con depressione tutti i giorni), perché i cambiamenti del tono dell’umore dipendono da quello che succede introno. Il tono dell’umore pevalente è l’intensa ed episodica euforia; irritabilitá e ansia solitamente si protraggono per alcune h o giorni.
3. Impulsività marcata in almeno due aree che sono potenzialmente dannose per il soggetto (es: *spendere troppo, sesso, abuso di sostanze, guida spericolata, abbuffate* ) 🡪 alterazione generale del controllo degli impulsi.
4. Peculiarità clinica dei pazienti borderline: ricorrenti minacce, gesti, comportamenti suicidari o parasuicidari (comportamento autolesivo o automutilante che non conduce alla morte). Sono persone che cronicamente compiono gesti autolesivi contro se stessi con o senza intento suicidario: overdose, tagliarsi, bruciarsi con le sigarette. Spesso sono comportamenti che mettono in atto per calmare la sensazione di vuoto interiore, quindi nel tagliarsi o bruciarsi si sentono meglio, perché almeno riescono a provare qualcosa. La percentuale di suicidio per schizofrenia o disturbo bipolare è del 10%, per borderline è meno del 10%, circa 5-7%. Attenzione però: ogni tentativo aumenta di circa 30 volte il rischio di morte. Questi tentativi sono spesso cronici nel borderline (10-15 circa). Il tentativo di suicidio non deve esser visto come un modo per attirare l’attenzione, ma ha quasi sempre un significato interpersonale, cioè un tentativo mal adattativo di comunicazione (in quel momento i pazienti stanno malissimo). Dopo 20 anni di malattia molti sintomi diminuiscono, anche se di fatto il rischio di suicidio aumenta perché hanno comunque una vita miserevole.
5. Rabbia immotivata o intensa o difficolta a controllarla. eccessiva aggressività

Eventualmente si possono avere anche delle manifestazioni psicotiche transitorie legate allo stress, e generalmente questo DP si associa a varie comorbilità come i disturbi dell’umore, di disturbi d’ansia, i disturbi del comportamento alimentare, i disturbi somatiformi e l’abuso di sostanze.

Riassumendo ci sono 3 grandi fattori:

* RELAZIONI INTERPRESONALI DISTRUBATE:

1. relazioni instabili,
2. disturbi di identità,
3. sensazione di vuoto,
4. manifestazioni psicotiche correlate allo stress

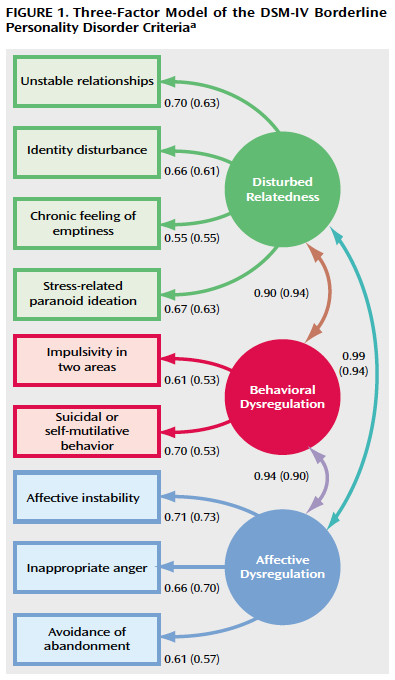
* DIREGOLAZIONE DEL COMPORTAMENTO:

1. impulsività in due aree,
2. tendenza al suicidio o all’autolesionismo
3. instabilità affettiva,

* DISREGOLAZIONE AFFETTIVA:

1. rabbia inappropriata,
2. paura dell’abbandono

Ovviamente i pazienti non soddisfano tutti i criteri borderline, ma ne bastano 5. Sono circa 220 modi con tutte le combinazioni possibili.



**TRATTAMENTO CLUSTER B**

I farmaci non sono curativi, ma aiutano a migliorare la funzionalitá psichica.

* **Farmacoterapia**: soltanto mirata ai sintomi, quali:
* *Impulsività/ disregolazione affettiva*: stabilizzatori, (AD)
* *Discontrollo impulsivo*: SGA, stabilizzatori [motrigina é il piú indicato; acido valproico; carbamazepina]
* *Pensiero quasi psicotico, derealizzazione*: SGA

Sono più utili nel mitigare i sintomi gli stabilizzatori dell’umore (farmaco di prima scelta), perché agiscono sull’impulsività ed un po’ meno sull’instabilità affettiva, che ha connotazioni differenti nel paziente borderline rispetto al paziente con disturbi dell’umore. Non si usa litio e antidepressivi triciclici, perché hanno un basso indice terapeutico e perché, se assunti in grandi quantità, possono causare la morte per overdose: si preferiscono per questo motivo gli antiepilettici.

* **Psicoterapia a lungo termine** (4-5 tipi di psicoterapia che funzionano nei pazienti borderline, cioè che riducono i comportamenti suicidari ma non riducono gli altri fattori)
* **Psicoeducazione a paziente e famiglie (**spiegare che né il pz, né i familiari sono colpevoli del disturbo, ma sono tutti responsabili della cura)

**CLUSTER C:**

* **DP EVITANTE:**

Inibizione sociale per pervasivi sentimenti di inadeguatezza e timore di critica o umiliazione. Soggetti timidi in ambito sociale che non escono spesso perché cronicamente hanno timore in pubblico di provare vergogna.

Evitano i rischi e le attività che implicano un contatto interpersonale

Ritiro e timidezza: difese contro la vergogna (= paura di rivelare aspetti di sé giudicati inadeguati)

Vergogna e ansia sociale diminuiscono con la famigliarità. Se conoscono bene le persone, questa paura si calma. I disturbi d’interpersonalità nel cluster C sono meno gravi che nel cluster B, perché il cluster C riesce ad avere pochi amici.

*Anamnesi personale di isolamento sociale e distanza forzata da luoghi o circostanze; fobie, attacchi di panico.*

* **DP DIPENDENTE:**

Pervasivo bisogno di accudimento che induce ad un comportamento sottomesso ed adesivo

Paura della separazione per incapacità ad assumersi autonomamente le responsabilità della propria vita🡪 se soli cercano subito un’altra relazione come fonte di rassicurazione, indipendentemente dalla qualità. Sono Persone che possono stare anche in relazioni poco appaganti (anche maltrattati) pur di stare con qualcuno. Spesso le persone che hanno degli stalker come amanti, sono persone con questo tipo di DP. Il paranoide è il partner ideale per le persone dipendenti e, raramente, anche il narcisistico.

Condividono con il borderline la paura della separazione o l’intolleranza all’abbandono. Tuttavia, nel dp dipendente, la paura della separazione é strettamente collegata ad un’immagine negativa di sé. I pz con dp dipendente pensano di non essere in grado di stare da soli e sono grandiosi nella loro inadeguatezza (non riescono a pagare il bollo dell’auto da soli, ad andare al lavoro da soli, a vivere in modo indipendente la propria quotidianitá). Questi pz cercano il prossimo per rassicurazione e non per bisgono della relazione.

N.B: spesso la dipendenza causa aggressività. 🡪Dipendenza= formazione di compromesso (difende dall’ostilità che contemporaneamente viene espressa).

*L’anamnesi personale è di scarsa qualità nelle relazioni sociali; disturbi depressivi e disturbi dell’adattamento*

* **DP OSSESSIVO-COMPULSIVO:**

Diagnosi differenziale con *disturbo ossessivo–compulsivo o DOC*, caratterizzato dalla presenza di ossessioni e convulsioni che non sono presenti nel disturbo ossessivo compulsivo della personalità. Non è chiaro se prima dell’esordio di DOC ci sia sempre una condizione di disturbo ossessivo-compulsivo della personalità: è presente in un 1/3 dei casi ma non è detto che ci sia, non siamo in presenza infatti di una relazione di premorbosità.

Pervasive preoccupazione per l’ordine, la perfezione ed il controllo mentale ed interpersonale (mondo interno).

Eccessiva attenzione ai dettagli e regole, a spese di flessibilità, larghezza di vedute ed efficienza. Spesso a scapito dei sentimenti e delle relazioni interpersonali autentiche (mondo esterno).

Eccessiva dedizione alla produttività a spese di attività di svago e amicizie.

* Controllo di sentimenti propri o altrui (sono persone che nelle discussioni devono avere sempre ragione, perché loro sanno cosa è giusto o sbagliato)
* Ricerca di perfezione (non del piacere)

Miglior funzionamento rispetto agli altri DP (vanno bene a lavoro). Comorbidità: disturbi di panico, disturbi depressivi, DOC.

**TRATTAMENTO CLUSTER C:**

* SSRI (più BDZ)
* Psicoterapia
* DP evitante: cognitivo-comportamentale, psicodinamiche
* DP dipendente e ossessivo compulsivo: psicodinamica

**ASSOCIAZIONE DI DP:**

Tra i disturbi di personalità spesso c’è un’altra comorbidità: cioè una persona non ha solo un disturbo ma ne ha di più. Com‘è possibile avere più DP?

Il DSM V ha fatto un passo in avanti, cambiando modo di classificare. Oggi diciamo che il paziente ha un disturbo di personalità e ne quantifichiamo il disfunzionamento e vediamo come si manifesta. Per quantificare il disfunzionamento ci deve essere un danneggiamento moderato o grave nel funzionamento della personalità e presenza di uno o più tratti patologici di personalità (inflessibile, pervasivo, stabile lungo il tempo cioè fin dalla tarda adolescenza o prima età adulta).