

DISTURBI DI PERSONALITÀ: UNA NUOVA PROSPETTIVA

GUIDA SINTETICA PER IL CLINICO

Joel Paris

DISTURBI DI PERSONALITÀ: UNA NUOVA PROSPETTIVA

GUIDA SINTETICA PER IL CLINICO

Prefazione di Luigi Abbate

Disturbi di personalità: una nuova prospettiva
Guida sintetica per il clinico

Joel Paris

ISBN: 978-88-98542-29-1

Traduzione dall'inglese: Mariantonietta Masiero

Coordinamento editoriale: Jacopo Tarantino

Redazione: Alessandra Galeotti

Impaginazione: David Nieri

Copertina: Stefania Laudisa

This Work was originally published in English under the title of: *A Concise Guide to Personality Disorders* as a publication of the American Psychological Association in the United States of America. Copyright © 2015, 2018 by the American Psychological Association (APA). The Work has been translated and republished in the Italian language by permission of the APA. This translation cannot be republished or reproduced by any third party in any form without express written permission of the APA. No part of this publication may be reproduced or distributed in any form or by any means, or stored in any database or retrieval system without prior permission of the APA.

Quest'opera è stata originariamente pubblicata in inglese, negli Stati Uniti, da American Psychological Association con il titolo: *A Concise Guide to Personality Disorders*. © 2015, 2018, American Psychological Association (APA). L'opera è stata tradotta e pubblicata in italiano su autorizzazione di APA. È vietata la ripubblicazione o la riproduzione in qualsiasi forma se non espressamente autorizzata da APA. Nessuna parte di questa pubblicazione può essere riprodotta o distribuita in qualsiasi forma o con qualsiasi mezzo, o archiviata in qualsiasi database o sistema di archiviazione senza l'autorizzazione di APA.

Per l'edizione italiana: © 2018, Hogrefe Editore, Firenze. Viale A. Gramsci 42, 50132 Firenze. www.hogrefe.it

Questo libro è dedicato ai clinici e ai ricercatori con i quali ho collaborato alla comprensione e al trattamento dei disturbi di personalità.

Ringraziamenti

Michael Bond e Robert Biskin hanno letto la prima stesura di questo testo, fornendo utili suggerimenti per migliorarlo. Sono anche grato ai referee e a Beth Hatch dell'American Psychological Association per aver raccomandato quei cambiamenti che sono stati inclusi nella versione finale.

L'autore

Joel Paris

Newyorkese di nascita, ha trascorso la maggior parte della sua vita in Canada. Nel 1964 ha conseguito la laurea in medicina presso la McGill University (Montreal), dove si è poi formato in psichiatria. Dal 1972 fa parte del Dipartimento di Psichiatria della McGill, dipartimento di cui è stato Direttore e di cui è *full professor*.

Il suo interesse di ricerca riguarda il disturbo di personalità borderline, sulle cui cause ed esiti ha lavorato negli ultimi vent'anni, pubblicando più di 200 fra articoli e capitoli di libri peer-reviewed. Autore di diciotto volumi, come docente ha vinto premi per l'insegnamento ed è stato *editor-in-chief* del *Canadian Journal of Psychiatry*.

Acronimi rilevanti usati nel testo

ADHD	Disturbo da deficit di attenzione/iperattività (Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder)
APD	Disturbo evitante di personalità (Avoidant Personality Disorder)
ASPD	Disturbo antisociale di personalità (Anti-Social Personality Disorder)
BPD	Disturbo borderline di personalità (Borderline Personality Disorder)
CBT	Terapia cognitivo-comportamentale (Cognitive Behavioral Therapy)
CD	Disturbo della condotta (Conduct Disorder)
DBT	Terapia dialettico-comportamentale (Dialectical Behavior Therapy)
DPD	Disturbo dipendente di personalità (Dependent Personality Disorder)
DSM	Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders)
FFM	Five-Factor Model
ICD	Classificazione internazionale delle malattie (International Classification of Diseases)
MBT	Trattamento basato sulla mentalizzazione (Mentalization-Based Treatment)
NPD	Disturbo narcisistico di personalità (Narcissistic Personality Disorder)
OCPD	Disturbo ossessivo-compulsivo di personalità (Obsessive-Compulsive Personality Disorder)
PD	Disturbo di personalità (Personality Disorder)
PDTS	Disturbo di personalità tratto-specifico (Personality Disorder Trait Specified)
PTSD	Disturbo da stress post-traumatico (Post-Traumatic Stress Disorder)
RCTs	Studi controllati randomizzati (Randomized Controlled Trials)
SFT	Terapia focalizzata sugli schemi (Schema-Focused Therapy)
SSRI	Inibitori selettivi della ricaptazione della serotonina (Selective Serotonin Reuptake Inhibitors)
STEPPS	Addestramento dei sistemi alla prevedibilità emotiva e problem-solving (Systems Training for Emotional Predictability and Problem Solving)
TAU	Trattamento usuale (Treatment as Usual)
TFP	Psicoterapia focalizzata sul transfert (Transference-Focused Psychotherapy)

Indice

Prefazione all'edizione italiana di <i>Luigi Abbate</i>	1
Introduzione.....	7
PARTE I	
QUESTIONI GENERALI	
1. Perché è difficile diagnosticare il disturbo di personalità.....	13
1.1. I disturbi di personalità sono oggetto di stigma.....	13
1.2. Perché non è facile spiegare il disturbo di personalità tramite le neuroscienze.....	15
1.3. I disturbi di personalità sono spesso mal diagnosticati.....	16
1.4. I disturbi di personalità sono complessi.....	17
1.5. Distinzione tra disturbi di personalità lievi e normali variazioni di personalità.....	18
2. Trattati, disturbi e DSM-5.....	21
2.1. I confini fra tratti e disturbi.....	21
2.2. Aspetti egosintonici ed egodistonici del disturbo di personalità.....	22
2.3. DSM-5: storia di una controversia.....	26
2.4. Proposta per il DSM-5: il modello ibrido.....	27
2.5. Il futuro della diagnosi di disturbo di personalità.....	30
2.6. Un'occasione persa.....	32
3. Eziologia.....	34
3.1. Temperamento.....	34
3.2. Trattati di personalità.....	35
3.3. Fattori biologici e disturbi di personalità.....	37
3.4. Fattori psicologici.....	38
3.5. Esperienze traumatiche infantili nel BPD.....	39
3.6. Fattori sociali nel disturbo di personalità.....	41
3.7. Lo sviluppo di un modello integrato.....	42

4. Prevalenza, precursori e esito.....	44
4.1. Studi epidemiologici.....	44
4.2. Precursori infantili dei disturbi di personalità.....	46
4.3. Outcome.....	47

PARTE II

DISTURBI SPECIFICI

5. Disturbo antisociale di personalità.....	53
5.1. Storia.....	53
5.2. Caratteristiche.....	54
5.3. Prevalenza.....	55
5.4. Fattori di rischio.....	55
5.5. Outcome.....	56
5.6. La gestione del disturbo antisociale di personalità.....	57
6. Disturbo borderline di personalità.....	58
6.1. Caratteristiche cliniche.....	58
6.2. I vari domini del disturbo borderline di personalità.....	61
6.3. Epidemiologia.....	64
6.4. Un modello biopsicosociale del disturbo borderline di personalità.....	65
6.5. Il disturbo borderline di personalità nell'arco della vita.....	67
6.6. Trattamento.....	69
7. Disturbo narcisistico di personalità.....	70
7.1. Storia.....	70
7.2. Caratteristiche cliniche.....	71
7.3. Rischi e benefici del narcisismo.....	71
7.4. Prevalenza.....	72
7.5. Fattori di rischio.....	73
7.6. Trattamento.....	73
8. Altri disturbi di personalità.....	75
8.1. Disturbi di personalità schizotipico, schizoide e paranoide.....	75
8.2. Disturbo istrionico di personalità.....	77
8.3. Disturbo evitante di personalità.....	77
8.4. Disturbo dipendente di personalità.....	78
8.5. Disturbo ossessivo-compulsivo di personalità.....	78
8.6. Disturbo di personalità, non specificato.....	79

PARTE III

TRATTAMENTO

9. Psicofarmacologia.....	83
9.1. Perché si prescrivono farmaci ai pazienti con disturbo di personalità.....	83
9.2. Psicofarmacologia per i disturbi di personalità.....	85
9.3. Antidepressivi.....	86
9.4. Stabilizzatori dell'umore.....	87
9.5. Antipsicotici.....	87
9.6. Uso simultaneo di più farmaci.....	88
10. Le psicoterapie.....	90
10.1. Modalità specifiche di psicoterapia per il BPD.....	91
10.2. Fattori comuni nel trattamento del BPD.....	96
10.3. Importanza della struttura nella psicoterapia.....	97
10.4. Cosa funziona, cosa non funziona e perché.....	97
10.5. Trattamento integrato del BPD.....	100
10.6. Applicare la pratica evidence-based al trattamento del disturbo di personalità in generale.....	101
11. Gestione.....	102
11.1. Psicoterapia: terminabile e interminabile.....	102
11.2. Tre principi fondamentali per la gestione.....	104
11.3. Un modello graduale per il trattamento del BPD.....	105
11.4. Gestione della suicidabilità nel BPD.....	108
11.5. Esempi clinici.....	111
11.6. Una filosofia di gestione.....	113
12. Riepilogo e orientamenti futuri.....	114
12.1. Il passato e il presente.....	114
12.2. Orientamenti futuri e domande senza risposta.....	115
12.3. Quattro miti (e realtà) sul disturbo di personalità.....	118
Bibliografia.....	121
Indice analitico e dei principali autori.....	139

PREFAZIONE ALL'EDIZIONE ITALIANA

Joel Paris: per un approccio critico alla psichiatria. Se mi fosse chiesto di scrivere un saggio sul lavoro clinico e scientifico di J. Paris probabilmente questo sarebbe il titolo. Certo non possiamo pensare che la sua sia l'unica voce critica, di sicuro la sua è una voce autorevole che negli anni si è fatta spazio tra le tante. Quando nel 2012 uscì il suo saggio *The Bipolar Spectrum: Diagnosis or Fad?*, rimasi colpito che qualcuno avesse scritto quello che timidamente da psicologo non medico, ma con trent'anni di clinica psichiatrica alle spalle, avevo sempre pensato: i disturbi di personalità più gravi tendono a "imitare" il disturbo bipolare. Gli psichiatri aderiscono a questa confusione e questo permette loro un intervento farmacologico, percorso breve che porta in sé l'illusione della guarigione, o perlomeno di una remissione nei limiti dell'accettabile anche del sintomo più invalidante. *Guarire* richiede un altro percorso, e tutt'altro impegno.

Quando uscì il libro che vi accingete a leggere, due cose mi colpirono. La prima che fosse stato edito dalle edizioni dell'associazione degli psicologi americani (APA), edizioni rigorose e attente dove un *comitato scientifico* autorizza la pubblicazione solo dopo aver vagliato attentamente il contenuto; l'altra, l'aver trovato già nelle prime pagine quanto detto sopra: il clinico che ha difficoltà a cogliere il disturbo di personalità lo confonde facilmente con un disturbo affettivo e, se medico, interviene immediatamente con l'antidepressivo cui spesso affianca un regolatore dell'umore; se è psicologo chiede che qualcuno lo faccia per lui. In fondo, il prosieguo di quanto affermato nello "spettro bipolare". Va da sé che non basta solo questo a fare di un libro un buon libro, tuttavia, lo è; si potrebbe aggiungere che non ci accingiamo a leggere un librone, di per sé è una sorta di bignami: sintetico, essenziale, e al contempo esaustivo. Probabilmente molte delle cose scritte le sapevamo già, per lo meno il lettore attento alla produzione scientifica internazionale le aveva, seppur in maniera frammentata, lette. Paris ha il merito di averle messe insieme, le ha usate per descrivere il panorama sui disturbi di personalità che da più di trent'anni i clinici, da sempre un po' litigiosi, cercano di descrivere. Basti pensare alla querelle tra Theodore Millon e Otto Kernberg sulla definizione di disturbo di personalità e la posizione dominante di uno nella task force che aveva compilato il DSM-III. Uno dei due scrive dell'altro:

Il recente libro [di Millon] illustra dettagliatamente la sua concezione della classificazione e documenta l'influenza che ha avuto sulla task force del DSM-III, al punto che almeno 2 degli 11 disturbi di personalità nel DSM-III (il disturbo di personalità dipendente e il disturbo di personalità evitante) sono direttamente collegati al suo pensiero. [...] Il fatto che la terminologia di Millon, che deriva da un sistema teoretico altamente personale [...], abbia influenzato così fortemente questo settore del DSM-III solleva questioni relative alla supposta natura ateorica della classificazione proposta [...] Il candore della descrizione che Millon fa della sua complessa relazione con e della sua influenza sulla task force del DSM-III depone a suo favore, ma non a favore della sezione sui disturbi di personalità.¹

Theodore Millon è stato il clinico che aveva pensato il DSM strutturato in Assi per fare in modo che anche la personalità trovasse il suo spazio nella nosografia psichiatrica, Kernberg è *Kernberg*. Bisogna dire che, comunque, entrambi concordavano sul fatto che l'Asse II era mal strutturato. Nel DSM i disturbi di personalità sono tutti sullo stesso piano o livello gerarchico, mentre secondo entrambi all'interno dei disturbi di personalità andavano fatte distinzioni di livello, anche se il tipo di distinzioni era diverso per i due autori. Non possiamo del resto neanche dimenticare che dietro al cambiamento di paradigma DSM ci furono giochi di potere istituzionale e commerciale che hanno spesso determinato alcune *scelte scientifiche*. Kenneth R. Silk (2015, pag. 29) riferisce che nel corso della preparazione del DSM-III alcune voci sostenevano che gli autori "avevano dato" l'Asse II agli psicoterapeuti per ottenere il sostegno dei numerosi membri dell'American Psychiatric Association che erano psicoterapeuti a indirizzo psicodinamico: clinici che almeno inizialmente non erano propensi a sostenere il DSM-III perché sbilanciato verso il biologico col rischio che potesse invogliare il paziente a cercare alternative d'intervento diverse da quelle psicodinamiche.

Da allora le querelle non sono mancate, né la situazione si è chiarita. Costringere il comportamento umano all'interno di confini definiti così come un'impostazione categoriale richiede, impedisce di cogliere quelle sfumature che una lettura dimensionale consente con più facilità. Querelle che il DSM si è portato dietro da un'edizione all'altra, e quando alle soglie della quinta edizione tra minacce di *epurazione* e proposta di un sistema ibrido siamo finalmente giunti alla sua pubblicazione, al ricordo delle cento pagine della prima edizione, questa al confronto con la sua evoluzione impallidirebbe. Eppure Adolf Meyer uno dei padri fondatori della psichiatria americana amava dire che non gli interessava classificare i pazienti (categoria) ma capirli (dimensione). Nonostante gli insegnamenti dei padri, i figli, da sempre, fanno poi di testa loro, e negli anni la psichiatria americana ha prodotto un sistema nosografico estremamente complesso; e non è ancora finita. Nella pratica di fatto abbiamo bisogno di un approccio e dell'altro, il problema sorge quando si confondono tra di loro o meglio quando si cerca di sostituire uno con l'altro.

Nel tempo, come avrebbe detto Sam il pianista di *Casablanca*, "molta acqua è passata sotto i ponti", panorami diversi si sono configurati all'orizzonte (con tutte le questioni mai risolte e forse non risolvibili). Panorami diversi che Paris chiarisce con un languag-

¹ Kernberg, O.F. (1987). *Disturbi gravi della personalità*. Torino: Bollati Boringhieri, pagg. 85-86 (ed. or.: *Severe Personality Disorders*. Yale, CT: Yale University Press, 1984).

gio asciutto, essenziale, ma preciso, e mette insieme punti di vista diversi, che nella realtà acquisiscono una loro utilità solo se ognuno accetta di considerare l'altro; una sola prospettiva da sempre è una visione chiusa, settaria, e poco critica e, *ça va sans dire*, poco disponibile ad accettare posizioni diverse dalla propria, e dove l'integrazione di *altri* aspetti non potrebbero che migliorarla. Insomma un'operazione d'integrazione, un modello di dialogo politicamente corretto. La sua è la voce del clinico che quotidianamente lavora su un fronte difficile, quello del disturbo borderline, imprevedibile, quando pensi di essere arrivato a qualcosa ti sfugge, uno di quei disagi che, spesso in modo drammatico e più di altri, "imita" un disturbo bipolare; e nella necessità dell'immediatezza dell'intervento, spesso così viene trattato.

Quello che ci ricorda Paris è che il nostro unico vero referente è il paziente che si rivolge a noi per un aiuto, e noi abbiamo il dovere di dare la risposta migliore. Il messaggio è che non sempre l'intervento farmacologico sia necessariamente né il migliore, né il più giusto. La maggior parte dei disturbi di personalità non ne ha bisogno.

Alla base appare evidente che ci sia la necessità di fare la giusta diagnosi, che è qualcosa che va al di là di una seppur complessa "semplice nosografia", così come afferma lo stesso Paris:

Per garantire una terapia efficace, si deve prima riconoscere il problema. In molti casi il PD non è diagnosticato. Probabilmente, gli psicologi clinici preferiscono diagnosticare l'ansia e la depressione perché hanno gli strumenti per gestire questi problemi. C'è da chiedersi se gli psichiatri tendano a evitare di fare queste diagnosi perché preferiscono prescrivere farmaci. Eppure è necessario che tutti i professionisti della salute mentale capiscano la differenza tra sintomi transitori e disfunzione permanente (pag. 7).

E subito dopo sottolinea che "fare una diagnosi di PD implica un certo livello di competenza". Competenza che non può considerare solo i criteri nosografici ma tutte quelle sfumature dimensionali che consentono di attribuire al "disturbo di personalità" la caratteristica prevalente. Su questo Paris c'invita a riflettere. L'intento non è più primariamente quello di classificare e definire confini, quanto evidenziare aspetti utili al progetto terapeutico.

Nel frattempo, nonostante il National Institute of Mental Health tenti di gettare le basi per un ritorno a una concettualizzazione delle disfunzioni della personalità più biologica, sostenendo il ruolo degli endofenotipi e dei processi neurali anomali nell'eziologia e nella dinamica dei disturbi mentali, e tra questi sono inclusi i disturbi di personalità, per il momento si limita solo a confrontare neuroimmagine e marker genetici, senza di fatto approdare a nulla di significativo sul piano dell'intervento; né il progetto Research Domain Criteria (RDoC) per la definizione di un nuovo sistema di diagnosi fondato su queste basi vedrà la luce in un futuro prossimo.

Resta quindi aperta la necessità di individuare strumenti diagnostici che possano aiutare nella formulazione di una diagnosi che non sia solo categoriale ma anche in grado di cogliere gli aspetti prevalenti e il modo in cui si declinano nella personalità disturbata nel suo adattamento.

L'attenzione di Paris è rivolta al *Five Factor Model* di Widiger e Costa (2013) come approccio dimensionale ai PD e con esso si porta dietro gli strumenti diagnostici che

ne derivano, tra tutti il NEO-PI-3 (McCrae e Costa Jr., 2010), accettando, tuttavia, il self-report come misura unica con tutti i rischi che questo comporta.

Robert Bornstein (2003) in un interessante lavoro pubblicato sul *Journal of Personality Disorders*, in una revisione della letteratura degli anni 1991-2000, sulla valutazione dei disturbi di personalità, ha riscontrato che l'81% delle ricerche si basava esclusivamente su dati derivati da strumenti self-report, sia per valutare i disturbi di personalità sia per quantificare i loro correlati. Risultati rimasti peraltro invariati nel tempo (Bornstein, 2011), a conferma che i self-report, nonostante molti limiti, hanno maggiore *appeal* grazie alla rapidità ed economicità con cui consentono di raccogliere informazioni e integrarle in un *frame* empiricamente validato.

Poiché il self-report rimanda al modo in cui una persona si percepisce e al modo in cui si presenta agli altri, tuttavia, non permette di valutare quegli aspetti che non sono facilmente riconoscibili/verbalizzabili (conflitti di fondo, motivi impliciti, difese): chi ha una patologia della personalità ha in genere un insight limitato; pretendere quindi ma soprattutto dare per buono questo modello di autodescrizione lascia facilmente intravedere tutti i limiti. Quello maggiore, nonostante i diversi tentativi di gestione con specifiche scale dette di validità, resta sempre il desiderio (bisogno) intenzionale o anche *involontario* di presentarsi in una luce favorevole o sfavorevole non solo secondo il contesto, ma anche per le caratteristiche di personalità. Ciononostante essendo i self-report misure facilmente disponibili, facili da usare e in grado di fornire una notevole quantità di informazioni utili sul modo in cui le persone abitualmente percepiscono se stesse, continueranno a essere un mezzo importante per valutare l'idea che una persona ha di sé. Quando utilizziamo esclusivamente un self-report per valutare la patologia della personalità, tuttavia, si corre il rischio di equiparare il self-report del costrutto con la stessa definizione del costrutto. Insomma, il rischio è che utilizzando un unico strumento con queste caratteristiche non si riesca veramente a definire quali siano le reali caratteristiche prevalenti di una persona con uno specifico disturbo (Bornstein, 2010). Nonostante questo, il self-report rimane, tuttavia, uno strumento centrale in qualsiasi contesto di assessment, e rispetto ai PD lo scenario negli anni si è arricchito di questionari più specifici; non solo il NEO-PI-3 ma anche il DAPP-BQ (Livesley e Jackson, 2009), self-report in grado di offrire informazioni che vanno oltre quelle fornite da strumenti classici che, nonostante i diversi aggiornamenti e arricchimenti, non sono organizzati per evidenziare i tratti di personalità, soprattutto quando si organizzano in un disturbo. Il tentativo di Harkness e McNulty (1994) con le scale PSY-5 di sviluppare un modello teorico che corrispondesse al FFM, di fatto non ha permesso che il MMPI-2 si arricchisse pienamente della "componente Big Five" tanto da porsi come misura alternativa. Gli item del MMPI-2 scelti dagli autori per costruire le cinque scale rispetto a quelli delle corrispettive scale del NEO-PI-3 fanno sì che alcune scale siano migliori come misura del costrutto. Per esempio, la scala PSY-5-*Psicotismo* è certamente in grado di evidenziare meglio aspetti tipici di un PD schizotipico di quanto non faccia la scala *Apertura* del NEO-PI-3; nell'insieme, tuttavia, essendo quelli gli item del MMPI-2, altre aree come la *Coscienza*, per esempio, sono poco rappresentate. In passato sono stati fatti diversi tentativi di costruire delle scale che consentissero di evidenziare un DP. Tra queste solo quelle proposte da Morey, Waugh, e Blashfield (1985) sono riuscite ad avere un riscontro in letteratura; ciononostante esse non sono riuscite a trovare

uno spazio nei diversi scoring, sebbene sarebbe interessante aggiornarle al MMPI-2; di sicuro hanno il merito di essere state il punto di partenza per consentire a Morey di sviluppare uno strumento con caratteristiche psicometriche decisamente innovative come il PAI che apre una prospettiva interessante di lettura dei PD (Morey, 1991, 2007). Grandi promesse potrebbero venire dal MCMI-IV (Millon, Grossman e Millon, 2015), ma per quanto ne sappiamo, nonostante questa nuova edizione sia già disponibile da un paio d'anni, non si prospetta a tempi brevi un'edizione italiana.

Resta comunque il fatto che una valutazione fatta solo con uno strumento self-report è una valutazione "zoppa"; né l'eventuale aggiunta di interviste strutturate migliora lo scenario. Come sostiene ulteriormente Bornstein (2015), non esiste una situazione in cui una valutazione della patologia di personalità completa e accurata possa essere realizzata usando misure all'interno di una singola categoria (ad es., self-report). Per una valutazione accurata del disturbo di personalità, qualunque sia il contesto, sperimentale, di comunità, o clinico, è indispensabile l'uso di metodi diversi. Un approccio completo e più esaustivo è possibile quando confrontiamo i risultati di misure dirette (*self-report*) con quelli di misure indirette (*performance based* come il *Rorschach Comprehensive System*). Un approccio indubbiamente più esaustivo ma sicuramente *time e money spending*, il che ne limita l'utilizzo per grandi numeri. Eppure, spostare l'enfasi nella valutazione del PD dal self-report ai processi di fondo accrescerebbe la comprensione delle dinamiche intra e interpersonali della patologia di personalità: "I clinici e i ricercatori sarebbero maggiormente in grado di predire variazioni nelle risposte correlate ai PD nel tempo e attraverso le situazioni; i criteri dei sintomi dei PD diventeranno più precisi ed euristici, e la comorbilità sarebbe ridotta" (Bornstein, 2015, pag. 274).

Ma ha senso interrogarsi sulla giusta valutazione? La risposta è scontata, certo che sì! Dietro a ogni progetto terapeutico è indispensabile che siano evidenziate le caratteristiche peculiari di quella specifica persona per consentirci di cogliere tutte quelle che possono favorirlo e tutte quelle che lo rendono difficile. I disturbi di personalità sono diversi tra loro sia per eziologia sia per le dinamiche, e come sintetizza Paris non abbiamo un unico modello teorico che ci consenta di comprenderli tutti. Secondo il disturbo prevalgono fattori diversi; inoltre, anche all'interno di una categoria, i pazienti possono presentare eziologie complesse, storie di crescita e apprendimento diverse, dinamiche attuali discordanti. Dietro a un PD paranoide, per esempio, si possono celare uno stile cognitivo negativo acquisito in famiglia, paure di fondo e conflitti riguardanti vergogna e vulnerabilità, esperienze collegate all'adattamento culturale e alla sfida dell'integrazione, o una qualche combinazione di questi e altri fattori che variano da una persona all'altra. Se prendiamo i criteri diagnostici che propone il DSM, sono possibili migliaia di combinazioni diverse; tutti sono paranoide ma ognuno lo è in modo diverso. Anche un disturbo narcisistico, per motivi diversi, può occasionalmente manifestare sospettosità, ritiro sociale o distacco. Anche il disturbo narcisistico di personalità, ospite a volte indesiderato e che ogni tanto qualcuno prova a cacciar via, è di suo un paradosso (Morf e Rhodewalt, 2001). Sappiamo che i pazienti narcisistici tendono ad essere sfacciati e arroganti nelle relazioni con gli altri; in realtà il loro comportamento varia considerevolmente secondo il tipo di relazione: si mostrano sicuri di sé con i subordinati e i pari, ma schivi quando interagiscono con figure di autorità.

Potremmo andare avanti così per tutti i disturbi di personalità descritti nel DSM-5. Trovare continue conferme non ci conforterebbe più di tanto, anzi, verosimilmente amplia lo sconforto. La realtà clinica è che abbiamo bisogno di un sistema nosografico come il DSM, se non altro perché ci aiuta a comunicare utilizzando un linguaggio comune; nella clinica, come sempre, facciamo altro e le nostre adesioni a qualsiasi modello di linea guida spesso è solo di facciata. Del resto abbiamo comunque bisogno di un approccio dimensionale che ci aiuti a capire come *funziona* quel paziente specifico. Un approccio serve a sintetizzare in una definizione e comunicare col collega o con tutte quelle realtà (amministrative il più delle volte) che richiedono la sintesi della classificazione, l'altro a comprendere e comunicare meglio col paziente.

Tornando a Paris, lui stesso si chiede il perché di questo libro e in che cosa differisca da tanti altri manuali sui PD, offrendo al lettore tre aspetti che si sviluppano nel corso di questo suo lavoro: 1) offrire una prospettiva basata sulle evidenze; 2) focalizzarsi su quei problemi esaminati nelle ricerche sistematiche; e infine 3) fare il salto da diversi modelli di terapia, per quanto anche ampiamente validate, a un unico *modello integrato di psicoterapia* oramai largamente documentato dalla ricerca.

Le questioni che pone Paris non mirano a mettere in discussione se un approccio è migliore o più utile dell'altro; la capacità dell'Autore è stata quella di sintetizzare in un libro apparentemente di poche pretese una *road map* per chi si muove nella clinica, fornendo una serie di spunti di riflessione che aprono una prospettiva a trecentosessanta gradi sull'argomento, incuriosendo il lettore su prospettive diverse, che suona come un invito a cercare direttamente alla fonte. *Integrazione* è la parola d'ordine che pervade tutto il libro: integrare i modelli di classificazione, integrare gli strumenti psicodiagnostici, integrare i diversi approcci terapeutici, solo in questo modo è possibile avere una buona base per trattare realtà disfunzionali decisamente difficili e il più delle volte poco considerate nella loro complessità.

Luigi Abbate

INTRODUZIONE

Nella pratica clinica i disturbi di personalità (PD: *Personality Disorders*) si osservano frequentemente, tuttavia la loro gestione è impegnativa. I pazienti con questa diagnosi possono definirsi i “figliastri” degli operatori della sanità mentale: pazienti di cui dobbiamo prenderci cura, anche se preferiremmo non farlo. Uno dei messaggi di questo libro riguarda il fatto che alcune forme di PD hanno una prognosi buona e molti pazienti (ma non tutti) possono essere trattati in maniera efficace. Questi disturbi non sono più misteriosi o problematici delle psicosi, dei disturbi dell’umore o di qualsiasi altra importante categoria di malattia mentale. Il trattamento di questi pazienti, comunque, richiede un’ampia gamma di conoscenze e competenze in ambito biologico, psicologico e sociale.

Per garantire una terapia efficace, si deve prima riconoscere il problema. In molti casi il PD non è diagnosticato. Probabilmente, gli psicologi clinici preferiscono diagnosticare l’ansia e la depressione perché hanno gli strumenti per gestire questi problemi. C’è da chiedersi se gli psichiatri tendano a evitare di fare queste diagnosi perché preferiscono prescrivere farmaci. Eppure è necessario che tutti i professionisti della salute mentale capiscano la differenza tra sintomi transitori e disfunzione permanente.

Detto questo, fare una diagnosi di PD implica un certo livello di competenza. Il costrutto è definito dalla quinta edizione del *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali* (DSM-5: *Diagnostic and Statistical Manual of Personality Disorders*; American Psychiatric Association, 2013) come un pattern costante, rigido e pervasivo di esperienza interiore e di comportamento, che esordisce nella tarda adolescenza o nella prima età adulta e che continua a ostacolare il funzionamento lavorativo e interpersonale per molti anni. I clinici, tuttavia, devono esprimere un giudizio, riguardante, ad esempio, la stabilità del pattern di personalità e la misura in cui ostacola il funzionamento. Come si dimostra in questo libro, non c’è un confine assoluto tra variazioni della personalità normale e PD; tuttavia, alcuni PD hanno sintomi eclatanti che potrebbero essere scambiati come appartenenti ad altre categorie di disturbi mentali.

Perché ho scritto questo libro

I pazienti con PD sono stati l'interesse principale della mia carriera professionale. Alcuni dei miei colleghi cercano di evitare questi casi: inutilmente, perché sono frequenti nella pratica clinica (salvo che, naturalmente, non si ignori del tutto il ruolo della personalità nella psicopatologia). Ho anche colleghi che pensano che questi pazienti siano troppo difficili. Al contrario, io trovo affascinanti e impegnativi i problemi che essi presentano, ma non ci sono soluzioni semplici né con i farmaci né con la psicoterapia.

Quando iniziai a trattare i pazienti con PD, non ero soddisfatto di quelle che allora erano le teorie più autorevoli, che spiegavano la patologia della personalità come l'esito di un'infanzia infelice. Ho visto molti pazienti con un'infanzia traumatica che hanno avuto una crescita normale. Ho anche visto pazienti con PD gravi che avevano sofferto per quella che era stata poco più che un'incomprensione. Ero curioso di avere più informazioni sui PD; quindi, dopo quasi quindici anni di pratica clinica e insegnamento, iniziai una seconda carriera come ricercatore. Questo significava tornare alle mie radici, alla psicologia (la mia materia di laurea). Ho avuto la fortuna di poter collaborare con psicologi qualificati per la ricerca e l'ulteriore vantaggio di aver esercitato la psichiatria con i pazienti più gravi che si possano incontrare nella pratica clinica.

Cominciai a occuparmi di disturbi di personalità proprio quando l'attenzione verso questo argomento cominciava a decollare. L'International Society for the Study of Personality Disorders fu fondata nel 1987, e si riunì per la prima volta nel 1988 (il congresso per il venticinquesimo anniversario si è tenuto nel 2013). Il primo numero del *Journal of Personality Disorders* fu pubblicato nel 1987 e attualmente ci sono altre due riviste incentrate sul disturbo di personalità (*Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment* e *Personality and Mental Health*). Nei convegni scientifici frequentati negli anni, ho incontrato colleghi stimolanti provenienti da ogni parte del mondo, da cui ho imparato molto. I ricercatori che lavorano nello stesso settore tendono a distribuirsi in vari posti, e formano una specie di "università invisibile": spesso ci vediamo di più che con i colleghi della stessa università. Non siamo molto numerosi, all'incirca duecento ricercatori che si occupano di disturbi di personalità in tutto il mondo. Sono orgoglioso di far parte di questi pochi eletti.

Come clinico, docente e ricercatore, sono contento anche di dire che l'interesse nei confronti dei PD è senza dubbio in aumento. La ricerca sui PD negli ultimi trent'anni è diventata molto più attiva e ha spostato l'interesse dalla speculazione clinica alla solida ricerca empirica. Dal 1987 sono stati pubblicati più di 20.000 articoli riguardanti ricerche empiriche. Nella pratica, tuttavia, i clinici, e anche molti docenti universitari, continuano a mostrarsi restii a riconoscere il disturbo di personalità, o a offrire ai pazienti quelle forme specifiche di trattamento di cui hanno bisogno. In questo libro cerco di spiegarne il motivo e di indicare le ragioni per cui bisogna cambiare le nostre idee.

Nonostante una base di conoscenze in rapida evoluzione, i PD rimangono sotto molti aspetti un mistero. Scopo di questo libro è passare in rassegna ciò che sappiamo, ciò che non sappiamo e quali sono le implicazioni delle conoscenze attuali sul trattamento. Il mio obiettivo è aggiornare i clinici sulle ricerche più recenti e proporre strategie di gestione dei PD in accordo con queste conoscenze. Mostrerò che, anche se non possia-

mo sempre assicurare un trattamento risolutivo, siamo in grado di ridurre i disturbi e promuovere un funzionamento migliore.

Questo libro è diverso da altri manuali precedenti sulla gestione dei PD per tre importanti motivi. Prima di tutto, offre una prospettiva basata sulle evidenze. Non ha senso dipendere completamente dalle impressioni cliniche quando sono state pubblicate migliaia di articoli di ricerca. Quando esistono prove evidenti, faccio un'analisi della letteratura e propongo come può essere integrata nella pratica. Se la letteratura è scarsa o inesistente, sono sintetico e indico dove siano necessarie ricerche ulteriori. Sebbene non sia possibile scrivere un libro su questo tema senza fare affidamento sull'esperienza clinica, chiarisco cosa sia scienza e cosa sia un'opinione.

In secondo luogo, questo libro è incentrato sui problemi clinici che sono stati esaminati nelle ricerche sistematiche. Poiché il disturbo borderline di personalità (BPD: *Borderline Personality Disorder*) è di gran lunga il disturbo più studiato (quasi 7.000 articoli pubblicati dal 1987), costituisce l'argomento principale del libro. Anche il disturbo antisociale ha un'ampia letteratura (quasi 5.000 articoli nello stesso periodo), ma sul BPD c'è ancora da dire altro perché, come sappiamo adesso, di solito è trattabile. Il BPD è una questione difficile per i clinici, ma ci sono ricerche solide e sempre più numerose a sostegno di terapie efficaci per questi pazienti. Quando avremo maggiori dati sugli altri disturbi di personalità, potremo sviluppare *pacchetti di trattamento* anche per loro.

Infine, questo libro sostiene che i clinici devono sostituire quei modelli di terapia identificati con acronimi e associati a figure carismatiche. Anche se alcuni di questi metodi sono basati sulle evidenze, dobbiamo adottare metodi integrati, multiformi e in grado di coniugare le idee migliori delle diverse scuole. Un solo paradigma, chiamato psicoterapia, è necessario per sanare queste divisioni. L'approccio integrato è ben documentato dalla ricerca, ed è il più fattibile.

La struttura di questo libro

Questo libro si compone di tre parti. La prima è dedicata ad aspetti generali dei PD: il capitolo 1 affronta problemi spinosi riguardanti la definizione e il confine incerto tra PD e personalità; il capitolo 2 è focalizzato sulle relazioni fra tratti e disturbi e valuta vantaggi e svantaggi delle proposte per rivedere o sostituire il DSM; il capitolo 3 esamina eziologia e fattori di rischio; il 4 passa in rassegna prevalenza e outcome.

La seconda parte del libro è dedicata a categorie specifiche di disturbo di personalità: il capitolo 5 tratta il PD antisociale, il 6 il BPD, il 7 il PD narcisistico, l'8 altri PD (schizotipico, schizoide, paranoide, istrionico, evitante, ossessivo-compulsivo, dipendente e PD non altrimenti specificato).

La terza parte riguarda il trattamento. Il capitolo 9 esamina l'efficacia della terapia farmacologica, e il 10 rivede le evidenze relative alle varie psicoterapie elaborate per i PD. Il capitolo 11 presenta un approccio generale alla gestione con particolare riferimento alla categoria borderline. Infine, il capitolo 12 riassume ciò che sappiamo sui PD e quello che ancora dobbiamo scoprire.

Parte I

QUESTIONI GENERALI

1

PERCHÉ È DIFFICILE DIAGNOSTICARE IL DISTURBO DI PERSONALITÀ

Questo capitolo fornisce una panoramica dei problemi legati alla diagnosi e alla classificazione dei disturbi di personalità (PD: *Personality Disorder*). L'idea generale è che nella pratica clinica i PD siano sottodiagnosticati e scarsamente riconosciuti.

1.1. I disturbi di personalità sono oggetto di stigma

Il costrutto di PD può incontrare un livello di resistenza inaspettato che a volte si avvicina all'ostilità. Al Congresso annuale dell'American Psychiatric Association del 2011, un famoso ricercatore psicanalista dichiarò che diagnosticare ai pazienti un disturbo borderline di personalità (BPD) equivale a chiamarli "idioti". In un'altra sessione dello stesso congresso, uno "psichiatra biologico", che preferisce considerare il BPD come una forma di "bipolarità", affermò che una diagnosi di PD è un'offesa che non si sognerebbe mai di recare a un paziente.

Perché i PD suscitano tanta resistenza? Certamente parte della risposta è lo stigma, ma questo non vale anche per la psicosi o la depressione? Non necessariamente. Lo stigma affonda le radici nella paura di avere una malattia mentale. Quando cerco di spiegare il mio lavoro ad altri professionisti, la risposta prevedibile è: "Come faccio a sapere che non ho una di queste diagnosi?" Siamo quasi tutti sicuri di non essere psicotici. Non siamo però così sicuri di non avere un disturbo di personalità. Rifiutare il costrutto ci protegge da quella possibilità.

Il disturbo mentale è sempre stato oggetto di stigma e probabilmente lo sarà sempre (Corrigan, 2000). Perdere un braccio o una gamba è doloroso ma non pregiudica l'integrità del sé. Al contrario, impazzire è molto più pericoloso. Ecco perché essere chiamati "pazzi" è sempre stato un insulto. L'implicazione è che si è in qualche modo responsabili della propria pazzia.

Tutti abbiamo una personalità, ma potremmo chiederci, sulla base delle reazioni degli altri, se la nostra sia cattiva. Il concetto di disturbo di personalità è minaccioso perché non siamo capaci di proteggerci da questo spettro. Secondo un concetto chia-

mato *errore fondamentale di attribuzione* (Jones e Harris, 1967), pensiamo che il cattivo comportamento degli altri rifletta la loro personalità, mentre i nostri errori riflettano unicamente delle situazioni difficili. Questo è il motivo per cui il costrutto *Personality Disorder* può diventare un'offesa. Le persone egoiste o con un ego enorme possono essere chiamate narcisiste, mentre i perfezionisti possono essere chiamati ossessivo-compulsivi. Possiamo essere tutti sicuri di non avere un disturbo di personalità? Evidentemente no.

Un altro aspetto nella riluttanza a diagnosticare un disturbo di personalità è la percezione che questi disturbi siano incurabili. Questo è il motivo per cui i clinici preferiscono focalizzarsi sui sintomi che invece riescono a trattare con strumenti efficaci. È senz'altro vero che i PD hanno un esordio precoce e incidono sul funzionamento psicosociale per molti anni. Le ricerche, tuttavia, mostrano che la maggior parte dei pazienti migliora col tempo (Gunderson et al., 2011) e anche che i pazienti con un disturbo borderline di personalità (BPD), un tempo considerati incurabili, sono molto più trattabili di prima (Paris, 2010a).

Quando spiego ai pazienti il disturbo di personalità, il mio obiettivo è ridurre lo stigma. Dico loro che la diagnosi descrive le persone che non riescono a mettere ordine nella loro vita, sia relazionale che lavorativa. Questo messaggio, benché sintetico, di solito è recepito perché concorda con ciò che già fanno di se stessi e offre loro anche una speranza. Informo i pazienti che verosimilmente miglioreranno col tempo, ma che la terapia potrà accelerare la guarigione. Entrambe le affermazioni sono basate sulle evidenze. Il problema consiste nel fatto che per molti, se non per la maggior parte, dei pazienti con PD viene fatta una diagnosi errata (Zimmerman, Dalrymple, Chelminski, Young e Galione, 2010). Si tende molto spesso, almeno in un primo momento, a diagnosticare disturbi dell'umore. Il PD è preso in considerazione solo quando fallisce il trattamento per la depressione o per il disturbo bipolare.

Un problema anche più grave è che i pazienti con PD sono trattati impropriamente (e senza successo) con i farmaci. Questo non dipende soltanto dai medici o dagli psicologi che hanno richiesto una consulenza. Purtroppo quando i pazienti si recano dagli specialisti della salute mentale, possono già essere stati portati a credere di soffrire di "squilibri chimici". Per questo motivo, alcuni di loro potrebbero insistere a mantenere una diagnosi di disturbo dell'umore e chiedere un cocktail di farmaci. Un'altra tendenza attuale nella clinica è diagnosticare ai pazienti con PD il disturbo da deficit di attenzione/iperattività (ADHD: *Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder*), con la prescrizione farmacologica che ne deriva. Coloro che non hanno risposto a diversi tentativi farmacologici potrebbero essere più disposti ad accettare una diagnosi di PD.

Se non l'hanno già fatto, incoraggio i pazienti a utilizzare internet per trovare informazioni sui PD e avere così delle conferme. Molti di loro, in effetti, sono sollevati dall'aver una diagnosi che corrisponde a quanto sperimentano nella loro vita. Intuiscono che la loro personalità non funziona e che la depressione è il risultato e non la causa dei loro problemi. Molti sono stati curati senza successo per diagnosi differenti, trattate in modo inappropriato.

La terapia dei PD avrebbe maggior successo se un pubblico istruito conoscesse meglio l'argomento, mentre è difficile spiegare ai profani cosa significhi disturbo di personalità. In occasione di un'intervista alla radio, citai il disturbo narcisistico di personalità a titolo esemplificativo. Il conduttore replicò: "Anche a me piace stare al centro dell'at-

tenzione!”. Più di recente, mi è stato chiesto di illustrare la mia ricerca a un gruppo di ricercatori di base che lavorano nel mio ospedale. Ancora una volta la reazione quasi generale è stata di difesa e paura: “Come faccio a sapere che questo non descrive proprio me?” Ho imparato a soffermarmi sull’autolesionismo e sui tentativi di suicidio associati al BPD in modo che tutti capiscano che il tema è la malattia mentale e non la vita di tutti i giorni. Eppure lo stigma interferisce con il messaggio.

Se la paura di perdere il controllo delle proprie facoltà mentali è la causa principale dello stigma associato ai disturbi mentali, i PD devono essere dunque particolarmente minacciosi. Quando i disturbi sono esagerazioni di tratti normali, noi ci riconosciamo, sebbene in uno specchio deformante.

Anche quando il disturbo di personalità si presenta come un senso di estraneità, prontamente riconosciuto come malattia, il costrutto non sempre è accettato. I medici del pronto soccorso, ad esempio, a volte detestano i pazienti con BPD. Li ho sentiti dire: “Sono già impegnato con molte persone che sono malate senza averne colpa, perché dovrei perdere tempo curando pazienti la cui malattia è auto-inflitta?” Ciò che sfugge a questi professionisti è che quei pazienti provano una sofferenza intensa, espressa attraverso azioni impulsive.

1.2. Perché non è facile spiegare il disturbo di personalità tramite le neuroscienze

Il modello delle neuroscienze, che domina la pratica psichiatrica contemporanea, si oppone al riconoscimento e al trattamento dei PD. Paradossalmente, ricorrere alla ricerca sul cervello è stata una strategia dei professionisti della salute mentale per evitare lo stigma. Attualmente, la psichiatria considera i disturbi mentali come malattie cerebrali e il suo paradigma più influente ridefinisce la pratica come l’applicazione clinica delle neuroscienze (Insel e Quirion, 2005). Questo punto di vista, tuttavia, comporta problemi, tra i quali, palesemente, la tendenza a prescrivere farmaci a tutti i pazienti. Anche la psicologia clinica è stata influenzata dalle neuroscienze che hanno fornito l’evidenza che la terapia agisce modificando le funzioni cerebrali (Trull e Prinstein, 2012). Purtroppo, alcuni psicologi clinici hanno adottato lo stesso punto di vista degli psichiatri inviando ai medici un numero sempre maggiore di pazienti per un consulto, con il risultato pressoché sicuro di una prescrizione di farmaci.

Sebbene sia vero che la malattia mentale è un prodotto del cervello, non ne consegue che i disturbi si possano spiegare facilmente a livello neuronale. Come illustrato nei capitoli successivi, esistono dei fattori di rischio biologici per i PD, ma i loro effetti dipendono dall’interazione con l’ambiente. Il riduzionismo biologico non riconosce l’importanza dei fattori psicosociali nello sviluppo. In un articolo più volte citato, Insel e Quirion (2005) proponevano che la psichiatria fosse eliminata e diventasse parte della neurologia, ma nel testo non si trovano le parole psicologia o psicoterapia. Fine del modello biopsicosociale!

Le teorie riduzioniste, secondo cui i disturbi mentali sono considerati “nient’altro che” disturbi cerebrali, sottraggono ai pazienti la capacità di agire. In un modello total-

mente deterministico, la psicoterapia sarebbe quasi impossibile. I pazienti non possono essere considerati responsabili dei miglioramenti, ma sono visti come vittime di squilibri chimici e aberrazioni dei circuiti neuronali. Ai fini della guarigione verrebbe loro chiesto solamente di essere destinatari passivi di terapie farmacologiche. Questo modello è ragionevolmente appropriato per le psicosi, in cui teoria e pratica trarrebbero beneficio da una quantità maggiore, non minore, di dati basati sulla neurobiologia. È sbagliato, invece, per altri disturbi mentali, come la depressione da lieve a moderata, l'abuso di sostanze e i PD. In ciascuna di queste condizioni, i pazienti non sono vittime della chimica ma delle scelte. Le persone che vivono fallimenti nel mondo del lavoro e nelle relazioni interpersonali presentano distorsioni cognitive, forti emozioni e comportamenti problematici che non possono essere ricondotti all'attività dei neurotrasmettitori. Il modello è sbagliato anche da un punto di vista filosofico: i terapeuti non possono lavorare in maniera efficace con i pazienti se non credono nell'esistenza del libero arbitrio.

La nostra attuale base di conoscenze nel campo della psicopatologia è purtroppo inadeguata a spiegare la malattia mentale (Uher e Rutter, 2012). Tale conclusione vale sicuramente per il PD, che per molti aspetti rimane un mistero. Sappiamo abbastanza, comunque, per poter dire che i PD, sebbene in parte determinati da fattori biologici, sono fortemente influenzati da fattori di rischio psicologici e sociali. Il tentativo di eliminare lo stigma che circonda il PD e renderlo un epifenomeno neurobiologico semplifica eccessivamente un problema estremamente complesso.

1.3. I disturbi di personalità sono spesso mal diagnosticati

Nonostante la sua importanza clinica, la diagnosi di PD spesso non viene fatta. Se i medici non sono ben addestrati a gestire questi pazienti, potrebbero preferire dare un altro nome alla loro patologia. Un'altra ragione che li porta a evitare il PD è che i clinici tendono a preferire le diagnosi di moda al momento.

Vediamo alcuni esempi. Innanzitutto, poiché la maggior parte dei pazienti che vanno da un terapeuta sono particolarmente tristi, la tentazione è quella di fare una diagnosi di depressione. I criteri del DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013) hanno abbassato eccessivamente la soglia per la diagnosi di depressione maggiore (cinque sintomi su un elenco di nove presenti da appena due settimane), favorendo enormemente la sovradiagnosi (Paris, 2013a). Focalizzarsi su episodi di flessione dell'umore nei pazienti con PD porta a ignorare modelli comportamentali più importanti protratti nel tempo. Per definizione, questi pazienti hanno avuto problemi per la maggior parte della loro vita.

In secondo luogo, la diagnosi di disturbo bipolare è diventata una moda ed è stata usata per spiegare molti dei fenomeni associati al disturbo di personalità, in modo particolare l'instabilità dell'umore (Paris, 2012). Se si seguono le linee guida del DSM-5, il disturbo bipolare è caratterizzato da periodi liberi da mania o ipomania, ma i clinici potrebbero invocare questa diagnosi per tutti quei pazienti che presentano soltanto instabilità dell'umore come manifestazione di disregolazione emotiva.

In terzo luogo, la diagnosi di disturbo da stress post-traumatico (PTSD: *Post-Traumatic Stress Disorder*) è stata formulata per quei pazienti che sono stati esposti a traumi significativi. Questa scelta, tuttavia, non tiene conto del fatto che il PTSD ha un pro-

filo sintomatico tipico e che la maggior parte delle persone esposte a un trauma non sviluppa il disturbo (McNally, 2003). Utilizzare quest'etichetta con tutti i pazienti che hanno sperimentato difficoltà significative allontana dalla precisione diagnostica ed è fuorviante.

In quarto luogo, oggi si usa un'altra diagnosi alla moda, l'ADHD, per spiegare un'ampia gamma di problemi clinici (Batstra e Frances, 2012). Anche se molti altri disturbi, come ansia e depressione, compromettono l'attenzione, è una tentazione fare una diagnosi che si ritiene risponda in modo prevedibile a farmaci stimolanti.

Solitamente gli specialisti di qualsiasi tipo di disturbo mentale sono talmente entusiasti delle loro idee che potrebbero riscontrare ovunque le patologie di cui si occupano e diagnosticarle con troppa disinvoltura. Questo è vero per tutte le diagnosi attualmente di moda appena citate. Come specialista dei disturbi di personalità, cerco a tutti i costi di evitare la sovradiagnosi, soprattutto quando i disturbi sono occasionali anziché permanenti. Se il fatto di avere problemi seri nel mondo del lavoro o nelle relazioni interpersonali fosse considerato sempre sintomo di PD, almeno la metà di noi potrebbe soddisfare i criteri ampliando talmente il concetto da fargli perdere di significato.

Anche quando sono evidenti, la mancata diagnosi di disturbo di personalità si conforma alla riluttanza a fare queste diagnosi. I PD possono essere complessi, ma possono descrivere quadri clinici con parsimonia. Perché attribuire ai pazienti più diagnosi sintomatiche quando una sola categoria di PD ne comprende la maggior parte? Inoltre alcuni PD, in modo particolare il disturbo borderline di personalità, descrivono pazienti trattabili. Fare la diagnosi fornisce informazioni che possono essere utilizzate per orientare il piano terapeutico.

1.4. I disturbi di personalità sono complessi

Una delle cause principali della riluttanza a diagnosticare un PD è la complessità del costrutto. L'elemento dell'umore è un aspetto semplice, ma la personalità è complessa. In generale, la semplicità batte la complessità e porta a idee clinicamente stimolanti.

L'ideologia delle neuroscienze è un buon esempio: preferisce spiegare le malattie mentali con le alterazioni chimiche o i circuiti neuronali (o una loro combinazione). Sebbene questi meccanismi in realtà non siano semplici, semplificano il problema in modo riduzionistico. Un livello molto più elevato di complessità si presenta quando si considerano le interazioni tra meccanismi cerebrali e fattori ambientali. Oggi sappiamo che la neurobiologia non è soltanto un dato di fatto e che l'esperienza modifica il cervello (Rutter, 2006). Anche a livello neurale, il compito di spiegare il comportamento è, a dir poco, arduo. Il cervello è incredibilmente complesso: 100 miliardi di neuroni e trilioni di sinapsi. Questo rende dubbia l'utilità di ridurre il disturbo mentale a meccanismi cellulari. Ha più senso studiare la mente al suo stesso livello tenendo presenti i meccanismi neurali.

Si può comprendere il disturbo di personalità solo con un'analisi a vari livelli esaminando le interazioni complesse tra temperamento ed esperienze di vita. Il tentativo di trasformare la complessità in semplicità porta a problemi clinici gravi. Un approccio biomedico, che offre farmaci per ogni sintomo, trascura i pattern cognitivi, emotivi e comportamentali che rendono infelici i pazienti. Gli psicologi che si concentrano solo

sui sintomi lo fanno anche a spese della comprensione delle storie di vita. Pertanto, anche se i pazienti con un PD sono tristi, lunatici o paurosi, come spesso accade considerando le loro esistenze travagliate, non possono ricevere trattamenti standard sviluppati per i disturbi mentali comuni.

Si sente spesso dire che i PD possono migliorare quando è trattato il disturbo dell'umore. Bisognerebbe, quindi, "differire" la formulazione di queste diagnosi se i pazienti sono depressi. In realtà questa conclusione è smentita da molte evidenze sperimentali. In primo luogo, i pazienti che presentano anche un PD non rispondono bene al trattamento standard per la depressione (Newton-Howes, Tyrer e Johnson, 2006). In secondo luogo, i pazienti con PD continuano a soddisfare i criteri anche quando la depressione è in remissione (Lopez-Castroman et al., 2012). Questi risultati sono in contrasto con la teoria che i PD sono soltanto disturbi dell'umore atipici, come hanno suggerito alcuni ricercatori (Akiskal, 2004). Magari gli antidepressivi e gli stabilizzatori dell'umore potessero indurre la remissione dei disturbi di personalità! Come evidenziato di recente in un rapporto Cochrane¹, le ricerche indicano sistematicamente che non possono farlo (Stoffers et al., 2010). È meglio quindi usare un costrutto complesso come il PD che rende giustizia ai problemi clinici, piuttosto che sostituirlo con uno più semplice come il disturbo dell'umore che non serve a tale scopo.

Per distinguere il PD dal disturbo dell'umore, è necessario fare un'attenta anamnesi degli eventi della vita nell'arco di molti anni. I pazienti con disturbi dell'umore hanno episodi che compromettono il loro funzionamento per periodi di tempo circoscritti. Al contrario, i pazienti con PD hanno avuto problemi gravi in modo continuo per anni, abitualmente con l'esordio nell'adolescenza (o prima). I pazienti con disturbi dell'umore hanno episodi depressivi (o ipomaniacali) che interferiscono temporaneamente con la vita quotidiana ma lasciano intatta la personalità. I pazienti con un PD hanno una patologia che riguarda il Sé e potrebbero non essere mai stati abbastanza "normali" da "tornare alla normalità".

1.5. Distinzione tra disturbi di personalità lievi e normali variazioni di personalità

Perché il disturbo di personalità sia considerato una diagnosi valida, deve essere tanto ben definito quanto qualsiasi altro disturbo mentale e distinto dalle normali variazioni di personalità. Sembra strano, ma il DSM non includeva una definizione complessiva formale del disturbo di personalità fino alla IV edizione (American Psychiatric Association, 1994). Tale definizione, mantenuta nel DSM-5, sottolinea che il PD è cronico, esordisce nella tarda adolescenza o nella prima età adulta e ostacola il funzionamento lavorativo e sociale per molti anni. Purtroppo, parole come *permanente*, *inflessibile* e *per-vasivo* danno l'impressione di incurabilità. Come sarà spiegato in questo libro, ciò è ben lungi dall'essere vero.

¹ La Cochrane Collaboration è una iniziativa internazionale no-profit nata con lo scopo di raccogliere, valutare criticamente e diffondere le informazioni relative all'efficacia e alla sicurezza degli interventi sanitari (NdT).

Uno dei problemi del DSM è il modo in cui è definito il disturbo di personalità sulla base di categorie. Nel DSM-5 ce ne sono dieci, di cui solo due o tre (borderline, antisociale e schizotipico) si basano su ricerche attendibili. Inoltre, a tutti coloro che hanno un PD non inquadrato in alcuna di queste categorie si deve fare diagnosi di disturbo di personalità non altrimenti specificato (ora chiamato nel DSM-5 PD, non specificato). Questa è la diagnosi più comune nella pratica clinica (Coccaro, Nayyer e McCloskey, 2012), perché circa solo la metà di tutti i pazienti che soddisfano i criteri generali per il PD risponde ai criteri specifici per le categorie attualmente elencate (Zimmerman, Rothschild e Chelminski, 2005). Dei pazienti che soddisfano i criteri, quelli in ambienti clinici spesso soddisfano i criteri di più di una categoria (Nurnberg et al., 1991). Ciò dimostra che l'attuale sistema categoriale non è valido. Sebbene tutti i clinici siano in grado di stabilire una diagnosi nei casi tipici e paradigmatici, molti se non la maggior parte dei pazienti scivolano tra le crepe del sistema. Inoltre, data la natura politetica del sistema (che richiede, cioè, solo un numero limitato di sintomi di una lunga lista), le persone con la stessa diagnosi possono essere alquanto diverse tra loro.

Una soluzione al problema è osservare i PD con un approccio *dimensionale*, cioè, come amplificazioni patologiche dei tratti con una relazione continua con la normalità. La psicologia dei tratti considera i PD come basati sui domini identificati dalle ricerche sulla personalità normale. L'uso di questi modelli permette di quantificare le dimensioni della personalità in modo che la diagnosi dipenda da un cut-off che definisce un punto in cui l'amplificazione dei tratti raggiunge un livello patologico. Il sistema più utilizzato è il *Five-Factor Model* (FFM o modello dei Big Five; Widiger e Costa, 2013), che è stato oggetto di un'enorme quantità di ricerche. Se il PD presenta una serie eccessiva di tratti di personalità che provocano una disfunzione, allora il FFM può essere adattato per l'uso clinico per descrivere i pazienti con maggior precisione rispetto alle diagnosi categoriali.

Perché i clinici sono stati piuttosto riluttanti ad adottare la valutazione dimensionale come strumento diagnostico? Il motivo principale è che i professionisti sono abituati alle categorie del DSM basate su algoritmi. Alcune di queste categorie hanno una solida base di ricerca e la diagnosi può essere un aiuto notevole per stabilire la terapia. Un secondo motivo consiste nel fatto che, anche se i dati quantitativi forniscono maggiori informazioni, le decisioni cliniche sono categoriali. Il terzo motivo è che, considerati i vincoli temporali della visita, potrebbe non essere sempre pratico somministrare ai pazienti dei questionari anche se informatizzati.

L'approccio dimensionale è oggetto di numerose ricerche su popolazioni normali, e potrebbe essere, ma anche non essere, una guida utile per il trattamento in ambiti clinici. Finora quasi tutta la ricerca sul trattamento dei PD ha riguardato pazienti con disturbi diagnosticabili secondo l'approccio categoriale (ad es., BPD), sebbene sia comunque possibile sviluppare psicoterapie specifiche su base dimensionale. Le diagnosi categoriali del PD non ci dicono come condurre la terapia ma spesso lasciano prevedere una mancata risposta a certi tipi di intervento, sia nel trattamento farmacologico sia nella psicoterapia (Newton-Howes et al., 2006).

Il problema maggiore è che tutti i disturbi mentali richiedono un cut-off tra normalità e patologia. A volte la differenza è ovvia, come nei pazienti psicotici o con una

depressione grave, ma nei disturbi meno gravi il cut-off per la diagnosi può non essere così chiaro. In questi casi ci si può chiedere se si stia osservando una malattia mentale o una normale reazione psicologica.

Wakefield (1992) ha proposto un modo per tagliare la testa al toro. L'idea è che i pazienti con disturbi mentali devono essere caratterizzati da una *disfunzione dannosa*. In altre parole, i problemi devono comportare distress o compromissione oltre che l'incapacità di un meccanismo psicologico di assolvere la sua funzione naturale. La valutazione del danno e della disfunzione richiede comunque decisioni basate più sull'esperienza clinica che su dati empirici indicanti la validità del costrutto. Questo è il problema anche dell'applicabilità clinica dei modelli dimensionali di tratto. Si potrebbe diagnosticare un PD quasi a chiunque abbia una disfunzione significativa in un settore importante della vita (la maggior parte di noi ha almeno un certo grado di disfunzione lavorativa o sociale). Più ampia è la definizione, maggiori sono le probabilità che le persone con una variazione normale siano etichettate come disturbate. Una definizione troppo ampia di disturbo non sarebbe nemmeno una guida utile alla terapia.

Sarebbe necessaria una definizione più precisa di PD per descrivere gruppi omogenei di pazienti. Ad esempio, decidere se i tratti interferiscono con la funzione in modo clinicamente significativo potrebbe essere arbitrario. Tenere punti di cut-off moderati aiuta a prevenire l'inflazione diagnostica. Una definizione più ristretta di PD sarebbe importante anche per la ricerca. Se i criteri sono applicati scrupolosamente, allora i gruppi di pazienti diventano più omogenei, o almeno presentano un'eterogeneità che può essere descritta in maniera sistematica. Tuttavia, quando i pazienti presentano solo una disfunzione da lieve a moderata, è molto più difficile stabilire una diagnosi. Tornerò sul problema nel terzo capitolo, che esamina in maniera critica le ricerche sulla prevalenza del PD. In conclusione, la distinzione del PD dalle normali variazioni della personalità è problematica. Quando la disfunzione è grave, la diagnosi è chiara, mentre non è così chiara quando la disfunzione è da lieve a moderata. Questi problemi saranno esaminati più in dettaglio nel prossimo capitolo.