

LILIANA DELL'OSSO, GIULIA AMATORI

OLTRE LA TRAIETTORIA

dagli spettri d'ansia al *continuum* autistico-catatonico

Tre questionari di valutazione dimensionale:
spettro panico-agorafobico, sociofobico, ossessivo-compulsivo

Collana **Psiche e dintorni**
diretta da *Francesca Andronico e Loredana Petrone*



Alpes Italia srl – Via G. Romagnosi 3 – 00196 Roma
tel. 06-39738315 – e-mail: info@alpesitalia.it – www.alpesitalia.it

© Copyright

Alpes Italia srl – Via G. Romagnosi, 3 – 00196 Roma, tel./fax 06-39738315

I edizione, 2023

LILIANA DELL’OSSO è Presidente della Società Italiana di Psichiatria, Professore Ordinario di Psichiatria, Direttore della Clinica Psichiatrica e della Scuola di Specializzazione in Psichiatria dell’Università di Pisa. È autrice/coautrice di oltre 900 pubblicazioni su riviste scientifiche, prevalentemente internazionali, di manuali e di numerosi saggi tra cui: *L'altra Marilyn* (Le Lettere, 2016), *L'abisso negli occhi* (ETS, 2016), *La verità sulla menzogna* (ETS, 2017), *Il caso Coco Chanel* (Giunti, 2018), *L'ombra dell'autismo* (FrancoAngeli, 2018), *Genio e follia 2.0* (FrancoAngeli, 2019), *Fatti di quotidiana follia* (Giunti, 2019), *Mostri, seduttori e geni* (Alpes, 2021), *Psichiatria 2.0* (FrancoAngeli, 2021), *Elena e le altre* (ETS, 2021), *Il corpo geniale* (Alpes, 2021), *Dall'universo dell'autismo allo spettro della catatonìa* (FrancoAngeli, 2022), *Psicopatologia della vita quotidiana 2.0* (FrancoAngeli, 2022), *Trauma* (Alpes, 2022), *Il segno di Medea* (ETS, 2022), *Pennelli come bisturi* (Alpes, 2023). Fa parte dei Top Italian Scientists, del Board di Top Italian Women Scientists e di 100esperte.it

Giulia Amatori è medico specializzando in psichiatria presso l’Università di Pisa. È coautrice dei saggi *Dall'universo dell'autismo allo spettro della catatonìa* (FrancoAngeli, 2021) e *Psicopatologia della vita quotidiana 2.0* (FrancoAngeli, 2022).

In copertina: M. GRAVINA, *Il grido del mare*, 2023.



@marikagravinapittrice



@marika.gravina

Instagram

TUTTI I DIRITTI RISERVATI

Tutti i diritti letterari e artistici sono riservati.

È vietata qualsiasi riproduzione, anche parziale, di quest’opera.

Qualsiasi copia o riproduzione effettuata con qualsiasi procedimento (fotocopia, fotografia, microfilm, nastro magnetico, disco o altro) costituisce una contraffazione passibile delle pene previste dalla Legge 22 aprile 1941 n. 633 e successive modifiche sulla tutela dei diritti d’autore.

Indice

INTRODUZIONE	V
I. LO SPETTRO PANICO-AGORAFOBICO	1
I DISTURBI D'ANSIA DAL DSM-I AD OGGI	1
IL DISTURBO DI PANICO	3
IL RUOLO DELL'ANSIA ANTICIPATORIA	5
AGORAFOBIA	7
LO SPETTRO PANICO-AGORAFOBICO	8
IL QUESTIONARIO PAS-SV	11
SPETTRO PANICO-AGORAFOBICO, DISTURBO DIPENDENTE ED EVITANTE DI PERSONALITÀ	20
II. LO SPETTRO SOCIOFOBICO	21
IL DISTURBO DI ANSIA SOCIALE	21
LO SPETTRO SOCIOFOBICO	23
IL QUESTIONARIO SHY-SV	25
FOBIA SOCIALE E DISTURBO EVITANTE DI PERSONALITÀ	36
III. LO SPETTRO OSSESSIVO-COMPULSIVO	39
IL DISTURBO OSSESSIVO-COMPULSIVO DALLE ORIGINI AD OGGI	39
LO SPETTRO OSSESSIVO-COMPULSIVO	40
IL QUESTIONARIO OBS-SV	42
OCD E DISTURBO DI PERSONALITÀ OSSESSIVO-COMPULSIVO	56
IV. LO SPETTRO DELL'AUTISMO	59
DALL'AUTISMO DI BLEULER AL CONCETTO DI SPETTRO AUTISTICO	59
<i>Focus on: La sindrome di Asperger</i>	65
DISTURBO DELLO SPETTRO AUTISTICO E ALTRI DISTURBI MENTALI	65
AUTISMO E DISTURBI DI PERSONALITÀ.....	68
L'IPOTESI DEL <i>CONTINUUM</i> NEUROEVOLUTIVO.....	69
AUTISMO E ADHD	70
V. EMPATIA, COGNIZIONE SOCIALE E REGOLAZIONE EMOTIVA NELL'AUTISMO	73
L'OMBRA DELL'AUTISMO	73
<i>Focus on: Sottodiagnosi/misdiagnosi nello spettro autistico</i>	73
OLTRE GLI STEREOTIPI	75
<i>Focus on: Autismo e amicizia</i>	77
CAMOUFLAGING, LA MASCHERA DI FERRO	78
<i>Focus on: Comportamenti tipici negli adulti con autismo non diagnosticato</i>	80
VI. SPETTRO AUTISTICO E TALENTO	81
PENSIERO DIVERGENTE E ABISSI PSICOPATOLOGICI	81

OLTRE LA TRAIETTORIA

L'IPERSENSIBILITÀ AUTISTICA E LA TEORIA DEL MONDO INTENSO	84
<i>Focus on: Autismo e sensibilità ai rumori</i>	86
IL CARISMA DELL'AUTISMO	87
<i>Focus on: Autismo e relazioni sentimentali</i>	88
L'UNICITÀ DELL'AUTISMO: IL RUOLO DELLA SISTEMATIZZAZIONE	89
VII. SPETTRO AUTISTICO E TRAIETTORIE PSICOPATOLOGICHE	91
LE ORIGINI DELLA VULNERABILITÀ	91
RUMINAZIONE E SPETTRO AUTISTICO	92
IL TRAUMA NELLA PSICOPATOLOGIA	94
<i>Focus on: Trattamenti specifici per il PTSD nei soggetti autistici</i>	98
IL CONCETTO DI CRESCITA POST-TRAUMATICA	99
<i>Focus on: Autismo e maternità</i>	100
DISTURBO BORDERLINE DI PERSONALITÀ, PTSD COMPLESSO E SPETTRO AUTISTICO	101
IL VUOTO: DALLA SOLITUDINE AUTISTICA ALLA SINDROME DI COTARD	103
IL RISCHIO SUICIDARIO NEI SOGGETTI CON ASD	106
<i>Focus on: Crescita personale nei genitori di bambini autistici</i>	109
VIII. SPETTRO AUTISTICO E CATATONICO: OLTRE LA TRAIETTORIA	111
STORIA DELLA CATATONIA	111
<i>Focus on: La catatonìa in epoca moderna</i>	112
IL MODELLO DI SPETTRO CATATONICO	113
<i>Focus on: Il trattamento della catatonìa</i>	115
ASD E CATATONIA	115
DALL'UNIVERSO DELL'AUTISMO ALLO SPETTRO DELLA CATATONIA: IL <i>CONTINUUM</i> AUTISTICO-CATATONICO	117
IX. CONCLUSIONI	121
<i>Bibliografia</i>	123

Introduzione

Nel corso delle ultime decadi, i professionisti della salute mentale hanno assistito ad un cambiamento epocale nella storia della psichiatria. Un cambiamento silente e progressivo, paragonabile, per portata, alla rivoluzione basagliana degli anni Settanta del secolo scorso, per quanto privo del clamore di quest'ultima. Una rivoluzione nosografica relativa alla comprensione della psicopatologia in prospettiva lifespan, volta a migliorare le capacità di prevenzione, diagnosi, prognosi e trattamento dei disturbi mentali.

Il Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali (DSM), introdotto a partire dagli anni Cinquanta del Novecento dall'*American Psychiatric Association* (APA) e periodicamente revisionato sulla base delle nuove acquisizioni scientifiche in materia psichiatrica, ha consentito un'ordinata sistematizzazione dei disturbi mentali e, con l'adozione di criteri diagnostici dalla terza edizione (APA, 1980), ha fornito un linguaggio comune alla comunità scientifica internazionale che ha prodotto notevoli progressi nell'affidabilità diagnostica, funzionale sia alla ricerca neurobiologica e psicopatologica sia all'attività clinica terapeutica.

Tuttavia, le categorie diagnostiche del DSM forniscono una caratterizzazione utile, ma incompleta della psicopatologia. La concettualizzazione dei disturbi mentali come entità nosografiche, distinte l'una dall'altra e non inserite all'interno di un *continuum* tra i sintomi di un disturbo e i suoi segni e sintomi prodromici, residui, atipici o subclinici, come quotidianamente riscontrabile nella pratica assistenziale, rappresenta un ostacolo alla comprensione della complessità della realtà clinica, che emerge quando si considera la comorbidità o quando si esaminano i sintomi con un approccio dimensionale che consenta il rilievo di condizioni sottosoglia, impattanti sulla qualità di vita non meno dei disturbi conclamati. Inoltre, la compromissione del funzionamento lavorativo, familiare e sociale nel DSM è spesso impiegata, in modo inappropriato, come criterio diagnostico. Alcuni soggetti possono manifestare una compromissione sostanziale a causa di sintomi isolati o manifestazioni sottosoglia che concomitano con le caratteristiche cliniche nucleari dei disturbi.

Con la quinta edizione del DSM, DSM-5 (2013), e con la sua recente versione revisionata, DSM-5-TR (2022), l'APA ha tentato di distanziarsi da un approccio rigidamente categoriale in favore di prospettive dimensionali, ampliando le categorie troppo rigide del DSM-IV (APA, 1994), aggiungendo diversi "specificatori" per ciascuna diagnosi, identificando un modello multidimensionale alternativo per i disturbi di personalità e descrivendo condizioni di spettro sottosoglia (vedi il PTSD parziale). L'implementazione delle categorie con disturbi "con altra specificazione" e "senza specificazione"¹ rappresenta un tentativo di dare un significato clinico alle ma-

¹ Un esempio di un disturbo "con altra specificazione" potrebbe essere un episodio depressivo che non presenti il numero sufficiente di sintomi per soddisfare la diagnosi. Al contrario, "senza specificazione" potrebbe essere utilizzato in una

nifestazioni atipiche e sottosoglia dei disturbi mentali, testimoniando lo sforzo verso l'integrazione tra l'approccio "dimensionale" e quello "categoriale". L'inserimento di caratteristiche precedentemente trascurate tra i criteri diagnostici si muove nella stessa direzione. Tuttavia, questo sforzo verso una descrizione più raffinata delle categorie ha ampliato il numero di sottocategorie attraverso una complessa combinazione di codici e "specificatori" di gravità, imitando solo una valutazione dimensionale.

La Clinica Psichiatrica dell'Università di Pisa lavora fin dal 1995 allo *Spectrum Collaborative Project* con l'obiettivo di fornire un'ampia e dettagliata descrizione dei disturbi mentali, in un approccio dimensionale complementare, e non alternativo, al sistema nosografico categoriale (Cassano et al., 1999a; 1999b). Si tratta di un progetto internazionale che ha coinvolto a partire dal 1995 clinici e ricercatori italiani e statunitensi², mosso dall'assunto secondo cui esiste una serie di caratteristiche che accompagnano ogni disturbo classificato nel Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali (DSM) e che, anche se non incluse tra i criteri diagnostici, rivestono implicazioni cliniche e di ricerca. Uno degli obiettivi principali del progetto è stato quello di sviluppare e validare (contemporaneamente in inglese e in italiano) strumenti (interviste strutturate e questionari self-report) per la valutazione dell'intero *range* delle caratteristiche cliniche associate ai disturbi mentali più rilevanti del DSM.

Lo *Spectrum Collaborative Project* ha proposto un "modello di spettro" che consente di meglio caratterizzare la realtà clinica, migliorare la valutazione del paziente e orientare le scelte terapeutiche, con una rilevazione sistematica delle condizioni subcliniche e delle caratteristiche atipiche delle categorie diagnostiche, la cui importanza è spesso sottovalutata. Tale "modello di spettro" ha evidenziato fin dall'inizio il significato di sintomi isolati, atipici e condizioni sottosoglia che potrebbero essere prodromi, precursori, sequele di un disturbo mentale conclamato o semplicemente coesistere con le caratteristiche fondamentali del disturbo, con importanti implicazioni per il decorso della malattia e per l'aderenza e la risposta al trattamento.

Il modello di spettro, con le sue interviste e questionari, esplora, oltre ai sintomi descritti dai singoli criteri, le caratteristiche associate nonché l'ampia gamma dei segni e sintomi isolati, atipici e subclinici che accompagnano i sintomi *core* dei disturbi mentali. I risultati³ suggeriscono che l'approccio di spettro è in grado di offrire al medico una valutazione clinicamente più significativa della psicopatologia rispetto a misure di gravità dei disturbi mentali.

L'approccio di spettro utilizza i singoli sintomi del criterio del DSM come punto di partenza ed estende la descrizione per comprendere l'alone dei fenomeni clinici correlati. Questi includono tratti temperamentali e comportamentali disadattivi

situazione in cui non ci siano informazioni sufficienti per fare una diagnosi, ad esempio una catatonia in Pronto Soccorso.

2 I partecipanti originari (1995) erano Giovanni Battista Cassano, Liliana Dell'Osso, Mauro Mauri, dell'Università di Pisa, Italia (Centro coordinatore); David Kupfer, Ellen Frank, Mary K. Shear, Victoria J Grochocinski, dell'Università di Pittsburgh, PA, USA; Jack D. Maser dell'Università della California, San Diego, CA, USA; Jean Endicott della Columbia University, NY, USA.

3 Riportati in oltre 2000 articoli su riviste internazionali *peer reviewed*.

che non compaiono nel DSM ovvero corrispondono ai criteri diagnostici del corrispondente disturbo di personalità⁴. La valutazione di spettro genera in tal modo un profilo dimensionale integrato a una diagnosi categoriale, ovviando alla necessità di una definizione basata sulla soglia.

Il modello di spettro applicato ai disturbi mentali differisce dal concetto di “categoria allargata” del DSM-5, riferendosi non solo alla variabilità fenotipica dei sintomi nucleari nella popolazione con patologia conclamata, ma anche ai segni e sintomi atipici e attenuati, alle caratteristiche associate, ai tratti temperamentali e alle manifestazioni comportamentali, secondo un *continuum* che copre l'intero arco della vita. In tal senso, potremmo immaginare il disturbo conclamato come la punta di un iceberg la cui parte sommersa (generalmente molto più estesa di quella emersa⁵) rappresenti l'universo dello spettro sottosoglia. È bene sottolineare come questo, anche quando non evolva in un disturbo conclamato, possa essere foriero di significativa sofferenza, compromissione del funzionamento psicosociale, impatto sulla qualità di vita, presenza di comorbidità e decorso cronico al pari del disturbo pienamente espresso. Dati di letteratura suggeriscono come l'inclusione delle condizioni sottosoglia nel costruito diagnostico incrementi la validità dei sistemi nosografici, fornendo una rappresentazione più dettagliata dei singoli pazienti e garantendo una più efficace gestione terapeutica (Angst et al., 1997; Frank et al., 1998; Cassano et al., 1999b).

Come già anticipato, nel corso degli anni, nell'ambito dello *Spectrum Project*, sono state sviluppate interviste cliniche strutturate e strumenti di autovalutazione in grado di cogliere l'intero range delle manifestazioni psicopatologiche afferenti ai più importanti ambiti. Fra i questionari figurano: spettro panico-agorafobico, *Panic Agoraphobic Spectrum - Self Report*, PAS-SR (Cassano et al., 1999a), sociofobico, *Social Phobia Spectrum - Self Report*, SHY-SR, ossessivo-compulsivo, *Obsessive-Compulsive Spectrum - Self Report*, OBS-SR (Dell'Osso et al., 2002b; 2002c), dell'umore, da stress post-traumatico, *Trauma and Loss Spectrum - Self Report*, TALS-SR (Dell'Osso et al., 2009) e, più recentemente, autistico, *Adult Autism Subthreshold Spectrum*, AdAS Spectrum, (Dell'Osso et al., 2017) e catatonico, *Catatonia Spectrum*, CS (Dell'Osso et al., 2022)⁶.

L'obiettivo del presente saggio consiste nel guidare, alla luce della moderna letteratura scientifica, la comprensione dei disturbi mentali non intesi come compartimenti diagnostici a sé stanti, ma come dimensioni appartenenti ad un continuum di gravità più aderente alle reali storie di malattia dei nostri pazienti, fornendo strumenti che speriamo possano supportare l'attività clinica, in particolare di prevenzione, diagnosi precoce e riabilitazione.

⁴ La dimensione è inclusiva del disturbo e del suo corrispondente personologico (disturbo e tratti), ad esempio lo spettro panico-agorafobico include il disturbo di panico e il disturbo dipendente di personalità e le loro manifestazioni sottosoglia.

⁵ Negli studi epidemiologici, la prevalenza delle condizioni sottosoglia è almeno 2-3 volte superiore rispetto a quella del disturbo conclamato.

⁶ TALS-SR, AdAS Spectrum e CS sono contenuti nel nostro “Dall'universo dell'autismo allo spettro della catatonìa”.

OLTRE LA TRAIETTORIA

Il superamento della rigida classificazione categoriale dei disturbi mentali, raggiunto nelle ultime decadi, ha permesso infatti l'affermazione di un modello di "traiettoria di malattia", come risultato dall'interazione fra vulnerabilità individuale (su base neuroevolutiva) e eventi di vita. La neurodiversità, clinicamente espressa nello spettro autistico, preziosa risorsa cognitiva comunemente associata al pensiero divergente, rappresenta talora un fattore di rischio per lo sviluppo di lunghi e tortuosi percorsi psicopatologici che, se non precocemente intercettati e adeguatamente trattati, possono sfociare in forme severe di patologia psichica, perfino in stati catatonici. Eppure, a ben vedere, tracce (ovvero segni, sintomi e tratti di spettro catatonico) sono di comune rilievo nella storia di molti pazienti, in particolare in adolescenti e giovani adulti con disturbo dello spettro autistico, conclamato o sottosoglia, supportando l'ipotesi di una stretta continuità tra i due ambiti psicopatologici e di una comune patofisiologia in un disturbo del neurosviluppo di cui la catatonia rappresenterebbe una manifestazione tardiva e potenzialmente prevenibile.