

I DISTURBI D’ANSIA

Indice

1. Sviluppo storico del concetto di nevrosi e relative nosografie
2. I quadri clinici in riferimento alla nosografia attuale
 - 2.1 Il disturbo di panico
 - 2.2 Il disturbo d’ansia generalizzata
 - 2.3 L’agorafobia
 - 2.4 La fobia specifica
 - 2.5 Il disturbo d’ansia sociale (fobia sociale)
 - 2.6 La personalità evitante
3. La patologia ossessivo-compulsiva come espressione sintomatica e organizzazione di personalità
 - 3.1 I sintomi ossessivo-compulsivi
 - 3.2 Il contesto di manifestazione dei sintomi
 - 3.3 Dai sintomi allo *stile* di personalità
 - 3.4 Il funzionamento ossessivo-compulsivo come espressione della personalità

Appendice 1: Lo schema della sessualità (Freud, 1895, *Minuta teorica G*)

Appendice 2: Classificazione classica delle nevrosi ed equivalenti nel DSM-IV-TR e DSM-5

* * * * *

Nella lezione tratteremo i principali disturbi d’ansia, così come considerati nel DSM, ma anche il DOC e alcuni disturbi di personalità come *l’ossessivo* e *l’evitante* (nonché le personalità *ansioso-evitanti* e *fobiche* del PDM-2).

Necessaria una premessa: l’ansia, in quanto tale, non va intesa come disturbo, ma come dimensione psicopatologica ubiquitaria, che si può manifestare in ogni forma di disagio psichico (lo stesso può dirsi della depressione). È a questo modo di intenderla che fa riferimento la gerarchia evolutiva indicata da Gabbard (2005, Tab. a p. 254) derivata da Freud e dalla tradizione psicoanalitica: ansia *superegoica* (sentimenti di colpa in riferimento a standard morali interiorizzati), *di castrazione* (angoscia di subire la vendetta di una figura genitoriale per l’affermazione di sé), *di perdere l’amore e l’approvazione*, *di perdere l’oggetto* (angoscia di separazione), *persecutoria*, *di disintegrazione* (angoscia fusionale, perdita del senso di sé e dei propri confini). Può dunque manifestarsi in qualunque quadro psicopatologico e le forme che può assumere il disturbo dipendono dalla qualità dell’ansia (livello evolutivo, nella concezione psicoanalitica) e dalle strategie di gestione della stessa.

Da un altro punto di vista, parlare di disturbi d’ansia ci offre lo spunto per inquadrare il concetto di nevrosi, per come si è andato sviluppando nella storia della medicina e della psicopatologia (senza limitarci, quindi, all’accezione di essa che seguiamo abitualmente nella diagnosi e che fa riferimento al livello di funzionamento, come nel PDM-2).

1. Sviluppo storico del concetto di nevrosi e relative nosografie

Il termine “nevrosi” è stato coniato dal medico scozzese William Cullen nel 1769: gruppo di disturbi della motricità e sensitivi nei quali la febbre non costituisce elemento della malattia e che non dipendono da un’affezione locale organica, ma da una compromissione generale del sistema nervoso.

Vi rientravano affezioni di vario tipo: dispepsie, palpitazioni, coma, convulsioni, disfunzioni tiroidee, paralisi e simili.

Nell’800 la definizione fu ulteriormente elaborata, comprendendo un insieme di disturbi localizzati in una sede specifica, ma in assenza di infiammazione d’organo (nevrosi “cardiaca”, “gastrica”, “isterica” [uterina]).

Si trattava, quindi, di una concezione sindromica basata sull’ipotesi eziologica di una compromissione organica del sistema nervoso, che ha guidato a lungo l’operare di internisti e neurologi (ma non degli psichiatri, dediti all’alienazione mentale).

Nel 1880 il neurologo americano George Miller Beard raggruppò un insieme di sintomi comuni nella società moderna e urbanizzata in una sindrome che ebbe grande e duraturo successo: la *nevrastenia*; una fatica fisica e/o mentale di origine nervosa che si caratterizza per i seguenti gruppi di sintomi:

- ipersensibilità agli stimoli esterni e alle critiche, con conseguente nervosismo e irritabilità;
- astenia e riduzione delle attività e dei contatti sociali;
- sintomi somatici come cefalee, dispepsie, parestesie, costipazione;
- insonnia, tremore.

Tale sindrome è stata inizialmente denominata anche “nevrosi americana”, per la sua associazione con il contesto sociale tipico della società moderna urbanizzata, che poi si è diffuso in tutto il mondo occidentale.

Parallelamente, nello stesso periodo, i confini delle nevrosi si restringono, con l’esclusione dei quadri clinici legati a patologie come l’epilessia, la corea e il morbo di Parkinson, che via via venivano scoperte.

La nevrastenia tende a diventare il paradigma di riferimento della patologia nevrotica, insieme all’isteria. È Freud che, in una serie di scritti di fine ‘800 (le *Minute teoriche A, B, E, G*, gli *Studi sull’isteria*, *Le neuropsicosi da difesa*, *Nuove osservazioni sulle neuropsicosi da difesa*, *Legittimità di separare dalla nevrastenia un preciso complesso di sintomi come “nevrosi d’angoscia”*), si occupa di sviluppare una prima classificazione nosografica sistematica delle nevrosi.

Per la parte relativa ai disturbi d’ansia un testo fondamentale, anche dal punto di vista storico, è *Legittimità ...* (1894): come dice il titolo, esso sottrae all’omnicomprensiva nevrastenia un’importante costellazione di sintomi sulla base dell’osservazione clinica e delle ipotesi teoriche sulla sessualità e sull’angoscia che egli stava formulando in quel periodo; e identifica, quindi, la *nevrosi d’angoscia* elencandone le caratteristiche in 10 gruppi:

- 1) l’irritabilità generica;
- 2) l’attesa angosciosa (in questo periodo, Freud considera i sintomi ipocondriaci come una delle possibili forme in cui l’attesa angosciosa si può manifestare e non come una sindrome a sé, come farà successivamente; in particolare, sono sintomi che si possono manifestare quando la nevrosi di angoscia si associa alla nevrastenia);
- 3) l’attacco d’angoscia;
- 4) gli equivalenti psichici e somatici dell’attacco d’angoscia;
- 5) il pavor nocturnus;
- 6) le vertigini;
- 7) le fobie, intese come paure di minacce reali all’incolumità, che si generano per la condizione di attesa angosciosa (caso 2, ad es., serpenti, temporali, ecc.), oppure intese come paure legate alla locomozione, che si generano sulla base delle vertigini (caso 6, ad es., agorafobia); sono da distinguere dalle fobie da difesa (vedi *Le neuropsicosi da difesa*) che sono fobie ossessive legate ad una rappresentazione mentale;

- 8) i sintomi gastro-intestinali (nausea, vomito, diarrea, fame lupina);
- 9) le parestesie;
- 10) la possibilità che la nevrosi si manifesti in forma cronica.

Nevrastenia e nevrosi d’angoscia vengono considerate “nevrosi attuali” da Freud, che le distingue dalle “neuropsicosi da difesa”: *isteria (di conversione e d’angoscia* [che poi prenderà il nome di *fobia*]) e *nevrosi ossessiva* (nonché la *paranoia* e le altre psicosi per come venivano considerate in quell’epoca).

Tale classificazione va compresa nel contesto della teoria della sessualità e dell’angoscia; teorie che Freud è andato sviluppando, aggiornando e riformulando nel corso della sua intera vita.

Nel periodo considerato (fine ‘800), il riferimento era la cosiddetta teoria “tossica” dell’angoscia, dove questa non è di natura psichica ma fisica, effetto della trasformazione della libido non scaricata o scaricata in modo inadeguato (un processo di natura esclusivamente biologica).

Nevrastenia e nevrosi d’angoscia sono nevrosi *attuali* perché legate a comportamenti dannosi del soggetto: la nevrastenia è dovuta all’esaurimento dell’energia sessuale provocata dall’onanismo (insufficiente accumulo di libido per la scarica troppo frequente), mentre la nevrosi d’angoscia è dovuta ad un eccessivo accumulo provocato da astinenza sessuale e *coitus reservatus*.

Isteria e nevrosi ossessiva sono invece nevrosi da difesa, perché dovute alla rimozione di ricordi che hanno assunto valenza problematica con la pubertà (teoria del trauma sessuale precoce fino al 1897, Edipo successivamente).

Nella *Minuta teorica G*, del 1895, Freud riassume nello “schema della sessualità” la concezione teorica del momento (vedi Appendice 1).

La teoria freudiana cambierà di molto, negli anni, con lo sviluppo della teoria dell’*“angoscia segnale”*: l’angoscia non sarà più effetto della rimozione (e quindi dovuta ad accumulo di tensione libidica), ma segnale psichico di allarme attivante la rimozione. Anche il concetto di “nevrosi attuale” verrà abbandonato da Freud.

Ma, al di là delle considerazioni teoriche legate allo sviluppo della teoria psicoanalitica, dal punto di vista storico c’è da rilevare che, con Freud, la nosografia delle nevrosi ha fatto un salto di qualità ed è entrata nella trattatistica psichiatrica:

- nevrosi d’ansia (chiamata “d’angoscia” da Freud);
- nevrosi isterica di conversione e dissociativa;
- nevrosi fobica (chiamata da Freud “isteria d’angoscia”);
- nevrosi ossessivo-compulsiva;
- nevrosi depressiva;
- nevrosi nevrastenica;
- nevrosi ipocondriaca;
- nevrosi traumatica.

Per molto tempo, fino agli anni 1960, la nevrosi d’ansia è stata considerata così come formulata da Freud, comprendendo in un’unica entità nosografica sia le manifestazioni croniche di attesa angosciosa, sia gli attacchi acuti.

Nel 1962 lo studioso americano Donald Klein pubblicò un lavoro che provocò un radicale cambio di prospettiva: risultava infatti che il trattamento farmacologico con imipramina (un antidepressivo tricyclico) era efficace nell’ansia acuta degli attacchi di panico, ma non in quella cronica e presente in forma

attenuata. La conseguenza fu quella di distinguere le due sindromi nel *disturbo di panico* e nel *disturbo d’ansia generalizzata*.

Nella tabella in Appendice 2 (riadattata da Cassano, 1993, p. 1745) viene messa a confronto la nosografia classica con quella più moderna, nata con il DSM; il DSM-5 ha introdotto significativi mutamenti rispetto all’edizione precedente (ad es., l’esclusione della patologia ossessiva dai disturbi d’ansia e la sua inclusione in un capitolo a sé stante).

2. I quadri clinici in riferimento alla nosografia attuale

2.1. Il disturbo di panico

L’identificazione del disturbo di panico come entità autonoma (a partire dalle scoperte di Donald Klein) è alla base delle classificazioni moderne dei disturbi d’ansia che, a differenza dell’impostazione classica data da Freud, considerano entità separate e distinte (quindi “malattie” diverse) le manifestazioni di ansia generalizzata e le crisi di panico.¹

Negli ultimi DSM, fino al IV-TR, il disturbo di panico veniva collegato all’agorafobia, vista l’elevata incidenza di comparsa di agorafobia a seguito del primo attacco. Erano previste tre categorie (si veda l’Appendice 2 per un raffronto con la classificazione classica delle nevrosi):

- *disturbo di panico senza agorafobia* (che nella precedente visione sarebbe stato considerato una delle possibili espressioni della nevrosi d’ansia insieme, ad es., alla cronica attesa angosciata ora assimilata al *disturbo d’ansia generalizzata*);
- *disturbo di panico con agorafobia* (precedentemente considerato una forma di fobia);
- *agorafobia senza anamnesi di disturbo di panico*.

Con il DSM-5 tale impostazione viene in parte rivista. Viene infatti precisato che l’attacco di panico, di per sé, non è un disturbo, ma un quadro clinico che può comparire in diversi disturbi, oltre a quello *di panico* propriamente detto.

Per fare la diagnosi di *disturbo di panico* è necessario che gli attacchi siano inaspettati e ricorrenti, e che almeno uno di essi sia seguito da un periodo di tempo (almeno un mese) in cui vi è preoccupazione per la sua ricomparsa e/o alterazione significativa del comportamento.

Altrimenti, l’attacco di panico non è da considerare come una patologia in sé; oppure, se compare nel contesto di un altro disturbo (qualsiasi disturbo, non solo d’ansia) deve essere considerato come uno “specificatore diagnostico” utile per approfondirne la descrizione (caratteristiche, gravità, decorso, prognosi). Ad es., l’a. di p. che può comparire con l’esposizione allo stimolo fobico nella *fobia specifica*.

Gli attacchi di panico possono comparire e manifestarsi con numerosi sintomi neurovegetativi, somatici e psicosensoriali, e accompagnarsi a disturbi cognitivi e del comportamento. Sono quindi assai difforni tra loro per intensità e caratteristiche fenomeniche. Si possono tuttavia riconoscere alcuni aspetti fondamentali, comuni a tutti gli attacchi e che permettono di identificarli all’anamnesi (a prescindere dal fatto che il paziente li chiami o meno con questo nome):

¹ Si tenga sempre presente che la filosofia di base del DSM segue il modello medico e tende ad isolare sindromi che dovrebbero corrispondere ad entità naturali di malattia.

- comparsa improvvisa dei sintomi, a carattere parossistico, con raggiungimento del picco di intensità in pochi minuti; la comparsa può essere “a ciel sereno” (inaspettata, come nel disturbo di panico) o nel contesto di uno stato o di un’aspettativa ansiosa;
- durata breve (pochi minuti, massimo un’ora);
- vissuto di impotenza e perdita di controllo, con paura di impazzire o di morire; negli attacchi inaspettati l’ansia è spesso inderivabile psicologicamente (cioè, il paziente non riesce a collegarla ad eventi, esperienze, pensieri o vissuti precedenti);
- spesso vi è una fase post-critica, con astenia, confusione, senso di sbandamento e vertigini.

Il DSM-5 elenca 13 sintomi psico-fisici, che possono essere inquadrati nel seguente modo:

- psichici (paura/terrore di perdere il controllo e di impazzire o morire);
- neurovegetativi e somatici (dispnea e senso di soffocamento, dolore toracico, palpitazioni/tachicardia e cardiopalmo; vertigini, parestesie, vampate, brividi di freddo, sudorazione, tremori);
- psicosensoriali (depersonalizzazione, derealizzazione, déjà vù, jamais vù, ipersensibilità alle stimolazioni nervose ed acustiche).

Raramente, ma non rientra nei criteri del DSM, vi possono essere anche sintomi comportamentali come il blocco/paralisi da autocontrollo e la fuga.

Come per ogni altro disturbo di stato, il disturbo di panico (che si caratterizza per la comparsa di attacchi inaspettati e ricorrenti, con conseguente preoccupazione per la loro ricomparsa e significativa modificazione del comportamento abituale) va compreso nel contesto della personalità e del momento di vita del soggetto.

Laddove invece si rilevano attacchi di panico nel contesto di una qualunque altra sindrome (dalla fobia alla schizofrenia), essi vanno intesi come uno dei diversi aspetti della sindrome stessa (che, a sua volta, va compresa nel contesto della personalità e del momento di vita del soggetto).

Con il DSM-5 (e precedenti) si ragiona in termini di categorie distinte, che possono associarsi portando a comorbidità; e le categorie diventano innumerevoli e distinte tra loro in modi che legittimamente possono essere ritenuti arbitrari (e, sicuramente, clinicamente non utili). Non ci si stanca di ripetere che, se si prende sul serio questo approccio, vuol dire che si sta applicando il modello medico alla psicopatologia, ma in modo indebito: è come se ciascuna categoria rappresentasse un’entità realmente esistente in natura (come la tubercolosi e il morbo di Parkinson).² Ma la differenziazione del disturbo di panico dalla sindrome d’ansia generalizzata (che vedremo nel prossimo paragrafo), effettuata a partire dalle ricerche di Klein, resta utile per riconoscere qualcosa che prima poteva restare inosservato: due modi diversi in cui l’ansia si può esprimere e può essere vissuta, probabilmente legati a condizioni soggettive diverse.

2.2. Il disturbo d’ansia generalizzata

Se l’attacco d’angoscia e i suoi equivalenti psichici e somatici individuati da Freud come elementi della nevrosi d’angoscia possono essere identificati come l’equivalente del disturbo e dell’attacco di panico (caratteristiche 3, 4 e 5 in *Legittimità ...*), l’attesa angosciata e l’irritabilità croniche possono essere viste come l’equivalente del GAD (caratteristiche 1, 2 e 10).

È una condizione di ansia persistente e cronica. Un prolungato stato di preoccupazione per circostanze ordinarie della vita di tutti i giorni, con un continuo stato di allarme e di vigilanza, ed anticipazione pessimistica di eventi negativi, peraltro mal definiti.

² Per approfondire si veda Fontana, 2012.

Il DSM-5 lo definisce come “attesa apprensiva” per la maggior parte dei giorni e per almeno 6 mesi, con irrequietezza, affaticamento, difficoltà di concentrazione o vuoti di memoria, irritabilità, tensione muscolare e alterazioni del sonno (almeno tre di essi).

Nel PDM-2 si afferma che “Molti individui a cui viene comunemente diagnosticato un disturbo d’ansia generalizzata (secondo i criteri del DSM) possono essere compresi meglio ipotizzando che abbiano un disturbo di personalità in cui l’ansia funziona da principio organizzatore dell’esperienza interna” (Lingiardi, McWilliams, 2017, p. 38). Rispetto alla prima edizione del PDM, che distingueva la personalità ansiosa da quella fobica, il PDM-2 considera in un unico “cluster ansioso” le personalità ansiose, evitanti e fobiche, pur descrivendone le rispettive specificità. Ma, a proposito delle personalità ansiose, corrispondenti al disturbo d’ansia generalizzata del DSM, la prima edizione era ancora più chiara: individui “sempre consapevoli della propria ansia perché i loro tentativi di difesa non riescono a tenere la loro apprensività al di fuori della coscienza. ... L’origine della loro ansia caratteriale si ritrova nella disregolazione affettiva (Schore, 2003) e nel fallimento delle strategie di coping o di difesa in grado di mitigare le normali paure evolutive” (PDM Task Force, 2006, pp. 53-54).

2.3. L’agorafobia

Di per sé, l’agorafobia viene definita come la paura e l’evitamento di situazioni o luoghi dai quali è difficile allontanarsi o nei quali è difficile ricevere soccorso, in caso di comparsa di sintomi simili al panico. Il DSM-5 indica cinque possibili situazioni agorafobiche (ne servono almeno due): trasporti pubblici, spazi aperti, spazi chiusi, stare in fila tra la folla, essere fuori casa da soli.

È molto frequente che sia associato al disturbo di panico (nel DSM-IV era prevista la sindrome unica) perché in almeno la metà dei casi (per alcuni nei 2/3) di primo attacco di panico inaspettato, seguono condotte agorafobiche, nel terrore di ricomparsa dello stesso.

2.4. La fobia specifica

È il tipico caso in cui si possono manifestare attacchi di panico in seguito all’esposizione ad un oggetto o ad una situazione specifica. In questo caso, gli attacchi di panico si manifestano sempre (o quasi sempre) e non sono quindi inaspettati. Al contrario, il soggetto cerca sempre e attivamente di evitarli. Per i criteri del DSM-5, laddove la fobia specifica è situazionale essa deve riguardare una sola situazione; altrimenti la diagnosi da fare è quella di agorafobia.

2.5. Il disturbo d’ansia sociale (fobia sociale)

Il sintomo nucleare è l’ipervalutazione del giudizio altrui con disagio alla sua esposizione, incapacità di controllare le proprie reazioni emotive e paura di apparire ridicolo o di comportarsi in maniera inadeguata. Le situazioni sociali ansiogene sono spesso banali, come l’essere osservati mentre si mangia, parlare, incontrare sconosciuti, ecc. Sono tutte situazioni in cui il soggetto è esposto al giudizio altrui per timore di apparire imbarazzato, ridicolo, incapace, goffo o di agire in modo inopportuno e umiliante.

Vista la cronicità del disturbo e la sua relativa pervasività, può essere facilmente confuso con il Disturbo Evitante di Personalità che, però, viene descritto con un pattern di evitamento più ampio. Il DSM-5 consente la comorbilità tra i due e ne sottolinea l’elevata frequenza.

2.6. La personalità evitante

Per quanto non rientri nel capitolo dei disturbi d’ansia del DSM, trattiamo qui questo stile e questo disturbo, vista la sua possibile contiguità con il precedente.

Il DSM, dal IV in poi, lo descrive come un quadro pervasivo di inibizione sociale, sentimenti di inadeguatezza e ipersensibilità al giudizio negativo, come indicato da una serie di criteri che ruotano tutti attorno alla bassa autostima e al timore di essere rifiutato, criticato valutato negativamente, e che comporta un massiccio evitamento delle relazioni interpersonali.

Westen e Shedler (1999: *disturbo disforico: evitante*) evidenziano, inoltre, la grande rigidità della coscienza morale (fortemente autocritico, il soggetto evitante si incolpa e si sente responsabile di cose negative, si pone standard elevati ed è intollerante verso i propri umani difetti, ha difficoltà a provare emozioni piacevoli), la gamma limitata e ristretta di emozioni con difficoltà a riconoscere e manifestare la rabbia e la percezione naif e superficiale della realtà (“item 93: Sembra che di come vanno le cose nel mondo ne sappia meno di quanto ci si aspetterebbe da una persona con la sua intelligenza, il suo background ecc; appare naif o «innocente»”).

Il disturbo evitante, per come inteso nel DSM, viene spesso ignorato in psicoanalisi, perché considerato in una linea di continuità con il disturbo schizoide, sul versante meno grave: condividerebbero entrambi il desiderio di entrare in relazione, che nello schizoide sarebbe però colorato da angosce più primitive, di fusione e frammentazione che, a loro volta, porterebbero ad un ritiro più massiccio.

Tuttavia, il disturbo evitante è stato differenziato dallo schizoide, a partire dal 1969, da Millon grazie ad alcune caratteristiche che sembrano effettivamente distintive: l’evitante desidera intensamente la relazione ma è dolorosamente inibito, mentre lo schizoide risulta distaccato e indifferente alle relazioni, come se fosse intrinsecamente incapace di entrare in contatto con l’altro.

Naturalmente, si può sempre ipotizzare che l’indifferenza e il distacco siano l’effetto delle difese primitive, e continuare a considerare come concettualmente unitari questi due disturbi. L’esperienza soggettiva, i vissuti e l’esperienza che di essi si può fare entrandovi in rapporto portano comunque a riconoscere delle diversità che vale la pena considerare.

Procacci e Popolo (2003), a partire dalla loro prospettiva cognitivista, sostengono che la dimensione sottostante alle diverse manifestazioni cliniche del disturbo evitante è *l’esperienza di estraneità e di non appartenenza* (come di essere ineluttabilmente uno spettatore in un mondo di persone che hanno relazioni fra loro, alle quali non è possibile partecipare); di conseguenza queste persone sono dolorosamente inibite nei loro desideri affettivi e di relazioni strette, che pure vivono intensamente. Probabilmente il concetto di sé è di essere socialmente incompetenti (Perris, 1993, citato in Procacci e Popolo, 2003) e, dunque, di non poter essere che esclusi dalla comunità sociale, nella quale sperimentano un profondo vuoto relazionale. La paura di essere esclusi e la ricerca di sollievo da questo dolore li porta all’evitamento e al ritiro sociale (i tratti più evidenti di questo stile di funzionamento).

Da più parti si sottolinea la grossa difficoltà che queste persone hanno a riconoscere e mentalizzare i propri stati interni, per cui risultano opachi a se stessi e agli altri (ibid., p. 298), esprimono una gamma limitata e ristretta di emozioni con difficoltà a sperimentare ed esprimere rabbia e difficoltà a provare emozioni piacevoli (Westen e Shedler, 1999). Gli unici stati affettivi di cui sono consapevoli (e da cui sono spesso tormentati) sono l’ansia e la vergogna.

La vergogna, come la difficoltà a riconoscere gli stati interni che probabilmente ne è la causa, è un tratto in comune con la patologia narcisistica. Ma nello stile narcisistico la strategia è quella di volgere tutto in grandiosità. “Il narcisista cerca negli altri conferme della propria grandezza, l’evitante smentite alla propria inadeguatezza.” (Procacci e Popolo, 2003, pp. 301-302).

Il PDM-2, in modo molto sintetico, descrive questa modalità di funzionamento all’interno delle “Personalità ansioso-evitanti e fobiche”, come uno dei disturbi compresi nel “cluster ansioso” di cui si è detto sopra: “I pazienti fobici ed evitanti possono apparire timidi e riservati, tendono a sentirsi inferiori, inadeguati e falliti, possono essere inibiti e avere difficoltà nel prendere le decisioni, così come nel riconoscere e descrivere i propri sentimenti. Numerosi contributi cognitivi contemporanei sottolineano come questi individui mostrino grandi difficoltà nell’identificare i pensieri connessi agli stati ansiosi, nel rapportarli ai fattori ambientali che li hanno attivati e nel gestirli, insieme ad una tendenza ad assumere una prospettiva ‘decentrata’ nelle situazioni potenzialmente ansiogene” (Lingiardi, McWilliams, 2017, p. 39).

A parere del sottoscritto, parlare di “fobia” a proposito di personalità evitanti (senza specificare che si intende “fobia sociale” dovuta al senso di incompetenza sociale e di inadeguatezza) rischia di creare confusione, perché può far pensare agli individui che tendono ad affrontare l’angoscia legandola a situazioni specifiche; laddove, però, il problema di fondo risulta diverso da quanto descritto in questa seconda adizione del PDM.

3. La patologia ossessivo-compulsiva come espressione sintomatica e organizzazione di personalità

3.1. I sintomi ossessivo-compulsivi

Classicamente, in psicopatologia le manifestazioni ossessivo-compulsive vengono fatte rientrare nell’ambito dei disturbi del pensiero: il pensiero *anancastico*, o ossessivo, è caratterizzato dalla presenza di un contenuto di coscienza non intenzionale, da cui il soggetto non riesce a liberarsi nonostante lo viva come irrazionale, fastidioso e fonte di angoscia. Tale contenuto di coscienza può essere rappresentato da un pensiero o una rappresentazione mentale (ossessione), o da una spinta impellente all’azione (compulsione). In quanto non intenzionali, fastidiose e intrusive, tali alterazioni vengono definite *psichismo parassita*. È frequente che ad esso il soggetto reagisca con quello che viene chiamato *psichismo di difesa*; cioè con una serie di operazioni comportamentali e mentali (*atti compulsivi veri e propri*, rituali) che il soggetto si sente obbligato a compiere per difendersi e respingere i suddetti contenuti di coscienza angosianti.

In altre parole, gli atti compulsivi (*psichismo di difesa*) hanno un significato di controllo nei confronti dello *psichismo parassita* rappresentato dalle ossessioni e dagli impulsi all’azione.

Allo scopo di evitare confusioni terminologiche, va precisato che nel DSM-5 (e precedenti) con la parola “compulsioni”, si fa riferimento agli *atti compulsivi* (atti comportamentali o azioni mentali, come i rituali), mentre le compulsioni intese come impulsi all’azione (della psicopatologia classica) rientrano nella definizione di ossessione. Infatti, i criteri del DSM-5 per le compulsioni prevedono la presenza di comportamenti ripetitivi o azioni mentali che la persona si sente obbligata a mettere in atto in risposta a un’ossessione, o secondo regole che devono essere applicate rigidamente; inoltre, le compulsioni sono volte a ridurre o prevenire un disagio o un evento temuto, ma non sono realistiche rispetto a questo obiettivo.

Come si vede, il DSM-5 semplifica la precedente terminologia e colloca le ossessioni esclusivamente sul versante dello *psichismo parassita*, e le compulsioni su quello dello *psichismo di difesa*.

A proposito del DSM-5, va inoltre segnalato che, rispetto alle edizioni precedenti, il DOC non fa più parte del capitolo dei disturbi d’ansia ma va a costituire un nuovo capitolo (*Disturbo ossessivo-compulsivo e*

disturbi correlati) dove esso rappresenta il disturbo principale ed altri (i disturbi di *dimorfismo corporeo*³, *da accumulo*, *da escoriazione* e la *tricotillomania*) vengono ad esso correlati per le interconnessioni tra loro dei validatori diagnostici.

I contenuti delle ossessioni e delle compulsioni sono molto vari e mutevoli, anche se la struttura dei sintomi ha caratteristiche comuni che ne rendono agevole la diagnosi.

I contenuti più frequenti delle ossessioni riguardano:

- sporco e contaminazione da agenti vari;
- aggressività verbale o fisica, sia etero che autodiretta;
- incidenti e calamità;
- dubbi riguardanti attività quotidiane (chiusura di serrature, rubinetti dell’acqua o del gas, interruttori della luce, ecc.);
- dubbi filosofico-esistenziali (sull’essenza e il perché del mondo, della vita, di Dio, ecc.);
- ossessioni sessuali (fantasie e impulsi incestuosi, di stupro, ecc.; omosessualità egodistonica),
- ossessioni religiose (idee di commettere peccati, gesti sacrileghi, bestemmiare).

Gli impulsi a commettere atti irrazionali, anche se non sono seguiti dal corrispondente comportamento, possono comportare stati di ansia, terrore di perdere il controllo delle proprie azioni e condotte di evitamento verso oggetti e situazioni che evocano gli impulsi stessi.

Le fobie ossessive si distinguono dalle fobie propriamente dette perché l’oggetto evitato non è temuto in se stesso ma per la sua capacità di scatenare le ossessioni.

I contenuti degli atti compulsivi (i comportamenti iterativi, finalizzati e intenzionali che il paziente realizza secondo certe regole, o in maniera stereotipata, e che giustifica – di solito – per il loro significato scaramantico) possono riguardare:

- rituali di pulizia, spesso associati a idee di contaminazione; la pulizia può riguardare il proprio corpo, come il bucato, la casa o altro;
- rituali di controllo (possono essere associati a idee dubitative a contenuto aggressivo o di altro tipo);
- rituali di ordine e di simmetria, rappresentati dal ripetersi continuo di gesti banali, come spostare o allineare oggetti;
- rituali numerici, come il ripetersi di calcoli mentali, o di operazioni di memorizzazione di numeri di targa.

Per quanto riguarda le forme cliniche si può precisare che, in un singolo paziente, è più frequente l’associazione di più rituali, rispetto a quella di diverse idee ossessive che, però, possono alternarsi nel tempo.

La più frequente è quella caratterizzata dall’associazione tra idee di contaminazione e rituali di pulizia.

Segue quella caratterizzata da ossessioni dubitative. Può essere *pura*, o accompagnata da rituali di controllo, soprattutto se il dubbio ha un contenuto aggressivo.

Vi sono poi le altre forme: ossessioni e rituali numerici (spesso associati a rituali di ordine e simmetria), lentezza ossessiva primaria, ecc.

3.2. Il contesto di manifestazione dei sintomi

Come per qualunque altra manifestazione psichica, non basta una transitoria e irragionevole spinta a compiere atti obbligati, o la comparsa di immagini mentali fastidiose, per individuare una condizione psicopatologica. Può appartenere alla normalità vivere simili esperienze in condizioni particolari di vita. Ma

³ Precedentemente nel capitolo dei disturbi somatoformi.

anche nell’ambito del disagio mentale il sintomo non fa la malattia: sintomi ossessivi e compulsivi possono comparire in una varietà di condizioni psicopatologiche di diversa qualità e gravità.

La *psiconevrosi ossessiva*, quella che ormai, con i moderni sistemi diagnostici statistici, viene chiamata Disturbo Ossessivo-Compulsivo, si caratterizza per il fatto che la persona riconosce le ossessioni come un prodotto della propria mente e i contenuti mentali e i comportamenti attuati come eccessivi e irragionevoli (anche se questa condizione non si applica nei bambini). Inoltre, per poter parlare di nevrosi ossessiva, i sintomi devono causare un marcato disagio, comportare un eccessivo dispendio di tempo e interferire significativamente con le normali attività quotidiane.

La situazione è molto diversa se il soggetto vive le compulsioni in modo egosintonico e considera realistico il contenuto delle ossessioni, magari in una condizione generale caratterizzata da distorsioni cognitive, appiattimento affettivo e ritiro sociale, che prelude a un esordio schizofrenico. Oppure se i sintomi ossessivi si manifestano nel quadro di una schizofrenia residuale, laddove ad una serie di crisi psicotiche con sintomatologia positiva è seguito un periodo di cronicità caratterizzato dal ritiro autistico. In questi casi i sintomi hanno la funzione di proteggere il soggetto da una ulteriore destrutturazione della personalità, che suscita angosce di disintegrazione.

Anche senza arrivare a tali livelli di gravità, è frequente riscontrare una sintomatologia ossessivo-compulsiva nell’ambito di disturbi narcisistici o borderline, che comportano problemi di identità. In questi casi, è spesso accompagnata da altre manifestazioni nevrotiche polimorfe. Lo stesso Freud è stato rimproverato di aver sbagliato impostazione terapeutica con l’”Uomo dei lupi” (1914), da lui considerato semplicemente nevrotico, quando invece era borderline (Bergeret, *Ricerca Psicoanalitica*, 1, 2001); va comunque considerato che Freud non disponeva ancora di una griglia concettuale che gli permettesse di fare simili distinzioni.

3.3. Dai sintomi allo stile di personalità

La psiconevrosi ossessiva, nella storia della psichiatria e della psicoanalisi, è stata la condizione psicopatologica paradigmatica sulla quale si sono incentrati gli studi che hanno portato a concettualizzare la patologia del carattere.

Freud, coerentemente con la nosografia dei suoi tempi, collocava tutta la patologia nei due grossi ambiti delle nevrosi e delle psicosi. E le nevrosi erano considerate esclusivamente come *nevrosi sintomatiche*: erano i sintomi (i *disturbi di stato*, quelli che rientravano nel I° Asse del DSM-IV) che facevano la malattia. Sintomi ossessivi e compulsivi: nevrosi ossessiva; ma anche, sintomi di conversione: nevrosi isterica; allucinazioni e deliri: *dementia praecox*. E così via. Ciononostante, già nel 1908 (*Carattere ed erotismo anale*) e poi nel 1913 (*La disposizione alla nevrosi ossessiva*) Freud cominciò ad individuare alcuni tratti del carattere, predisponenti alla nevrosi ossessiva. Tratti che non corrispondevano per lui ai sintomi in quanto tali, ma che erano connessi agli stessi conflitti implicati nella genesi della malattia. Questi tratti erano una esagerata tendenza all’ordine e alla pulizia, l’avarizia e l’ostinazione. Tale carattere ossessivo, o anale (così chiamato in base alla costituenda teoria della libido) non era quindi considerato patologico in sé, ma solo come predisponente alla patologia.

Viene dunque individuato uno stile di funzionamento caratteriale che può portare, ma non necessariamente, allo sviluppo della nevrosi sintomatica nel corso della vita. Uno stile che fa apparire la persona particolarmente controllata, cauta, riflessiva, razionale nell’approccio alla vita, con vari livelli di gravità ed esasperazione di queste modalità.

Per quanto non considerando patologico in sé questo stile di funzionamento, Freud aprì in questo modo la strada ai successivi studi sulla patologia del carattere. Il primo autore che si è occupato di questo in modo consistente è stato Wilhelm Reich che, con *Analisi del carattere* (1933), applica la teoria pulsionale allo

studio della personalità: il carattere sorge nell'infanzia per padroneggiare il conflitto contro le pulsioni; la natura iniziale del carattere dipende dal tipo di pulsione frustrata e dal tipo di frustrazione (estensione, durata, intensità, ecc); successivamente, il carattere si consolida e continua ad avere una funzione esclusivamente difensiva; incanala, cioè, le pulsioni secondo vie stabili, limita la flessibilità; forma quella che lui chiama *corazza caratteriale*, che protegge sia contro il mondo esterno, che contro quello interno; non ha più la funzione di padroneggiare il conflitto infantile, ma di padroneggiare quello attuale fra pulsione e realtà; anzi, i conflitti attuali danno forza ed energia alla corazza caratteriale.

Al di là di queste considerazioni teoriche, ormai datate, l'importante qui è sottolineare che, in questo modo, vengono individuati determinati stili caratteriali connessi a nevrosi sintomatiche, ma non corrispondenti ad esse: carattere ossessivo, isterico, ansioso, ecc. Inoltre, alle nevrosi sintomatiche si affiancano, nella nosografia, le nevrosi caratteriali. Queste ultime si configurano per la eccessiva rigidità e disfunzionalità dei modi di funzionamento e corrispondono, laddove sono fonte di notevole sofferenza soggettiva o di una compromissione nel funzionamento sociale, ai disturbi di personalità dei moderni sistemi diagnostici statistici.

3.4. Il funzionamento ossessivo-compulsivo come espressione della personalità

Il DSM-5 (e precedenti) descrive il Disturbo Ossessivo-Compulsivo di Personalità (DOCP) come un "quadro pervasivo di preoccupazione per l'ordine, perfezionismo, e controllo mentale e interpersonale, a spese di flessibilità, apertura ed efficienza..."; e ne indica i tratti specifici suddividendoli in otto categorie; sono sufficienti quattro di essi per consentire la diagnosi.

Per le definizioni esatte dei criteri si veda il manuale ma, in pratica, viene descritta una personalità arida e pedante, dove la ragione e la logica prevalgono sui sentimenti. Questi soggetti risultano emotivamente distaccati, zelanti, ostinati e aggressivi quando vengono contrariati, con un elevato ma rigido senso morale, perfezionisti; avari anche nei sentimenti, si dimostrano emotivamente freddi e formali anche nei rapporti familiari, dove tendono a imporre il proprio ordine e i propri schemi di gestione delle cose.

Come si diceva, per configurarsi una vera patologia è necessario che tali modalità siano effettivamente disfunzionali; ad esempio, il perfezionismo deve essere così esasperato da interferire con il raggiungimento degli obiettivi, in quanto la persona non è mai soddisfatta dei risultati e tende a bloccarsi. Tuttavia, è possibile parlare di personalità ossessiva, anche laddove queste modalità non sono francamente patologiche, ma appartengono ad uno stile generalmente impostato alla razionalità, a scapito dei sentimenti e della spontaneità.

Forse è ormai superfluo, ma precisiamo che tutti questi elementi che descrivono la personalità ossessiva non sono sintomi, ma tratti; cioè modalità costanti e stabili nel tempo di percepire, rapportarsi e pensare nei confronti dell'ambiente e di se stessi.

Freud considerava questo carattere come la personalità premorboza della psiconevrosi ossessiva. Ma le evidenze cliniche ed epidemiologiche dicono che solo una parte dei soggetti con sintomatologia ossessivo-compulsiva presenta questa personalità di base. Come già detto nel paragrafo corrispondente, questo quadro sintomatologico può comparire in una varietà di forme psicopatologiche, ma anche in situazioni di normalità apparente e in assenza di un carattere ossessivo di base. Di converso, in una personalità ossessiva o in un DOCP, molte volte compaiono disturbi di stato di altro genere. Ad esempio, è frequente l'insorgenza di attacchi di panico, peraltro facilmente spiegabili come perdita di controllo ed esplosione di emozioni non elaborate in una persona con serie difficoltà a rapportarsi con esse.

Dai risultati delle ricerche condotte da Westen e coll. con la SWAP-200 (1999) e con la SWAP-II (2012), i soggetti realmente presenti nella popolazione, e che sono riconoscibili come ossessivi, risultano meno gravi di quelli descritti dai criteri del DSM per il relativo disturbo di personalità. Pur confermando la loro particolare propensione all’intellettualizzazione e all’azione, a discapito della vita emotiva, non appaiono così rigidi e disfunzionali. L’analisi dei dati (1999) aveva identificato un ottavo fattore-Q, sostanzialmente analogo alla descrizione del DOCP del DSM. Gli autori hanno scelto di non inserirlo tra gli altri perché costituito da un campione troppo piccolo, dove cinque pazienti su sette presentavano anche una franca sintomatologia ossessivo compulsiva (nell’Asse I del DSM-IV), con rischio di confusione tra disturbo di stato e di tratto.

I pazienti di questo gruppo sembrano invece dotati di numerose risorse. Dall’elenco dei descrittori di questo fattore-Q risulta che:

- si sanno raccontare,
- possiedono un’etica e una morale a cui desiderano adeguarsi,
- sanno essere produttivi usando le loro capacità,
- sono in grado di provare piacere,
- amano le sfide,
- sono capaci di riconoscere punti di vista alternativi,
- apprezzano l’umorismo e tendono a suscitare simpatia negli altri.

Concludiamo queste dispense presentando sinteticamente il contributo di David Shapiro (*Stili nevrotici*, 1965) che ha approfondito egregiamente i modi generali di funzionamento che corrispondono allo stile ossessivo.

Egli ha svolto uno studio formale di tre aspetti dello stile di funzionamento ossessivo:

1. la rigidità della cognizione e dello stile di pensiero,
2. il modo obbligato di attività e la distorsione dell’esperienza soggettiva dell’autonomia,
3. la perdita della realtà.

La rigidità, si riferisce a varie caratteristiche (postura, atteggiamenti, perseverazione dei comportamenti), ma l’aspetto più importante riguarda la rigidità del modo di pensare e, in particolare, il tipo di attenzione: in questi soggetti vi è una disattenzione attivamente mantenuta nei confronti dei fatti nuovi e dei punti di vista diversi dal proprio; questo viene aprioristicamente mantenuto in modo ostinato e dogmatico.

Inoltre, l’attenzione non è libera e mobile. Il contrario della rigidità è la flessibilità: la capacità di dirigere l’attenzione sugli stimoli via via ritenuti significativi, o di mantenerla sensibile in tutte le direzioni del campo percettivo per essere pronta a coglierne le variazioni (attenzione diffusa e liberamente fluttuante). Un’attenzione flessibile può essere anche facilmente diretta dalla volontà del soggetto. Per queste persone vi è una perdita o diminuzione della mobilità volizionale dell’attenzione. Vi è una incapacità a mantenere un’attenzione liberamente fluttuante. Essa è sempre estremamente focalizzata, penetrante e concentrata sui dettagli.

Quindi, un’attenzione limitata nella mobilità e nell’estensione, ma focalizzata sui dettagli che, abitualmente, sono di tipo tecnico. Ciò porta a una incapacità a cogliere alcuni aspetti del mondo, come il “tono” delle situazioni sociali.

La mancanza di un’attenzione diffusa porta a una limitazione delle capacità di tener conto delle impressioni passeggere e delle capacità intuitive. Anzi, queste ultime vengono considerate scomode ed evitate con la concentrazione focalizzata e intensa. La capacità di dirigere volontariamente il fuoco

dell’attenzione e di mantenerlo per un tempo prolungato è acquisita, nel corso dello sviluppo. Nelle personalità ossessive questa capacità è ipertrofica ed accompagnata dalla difficoltà a distogliere il fuoco dell’attenzione: “Gli elementi alla periferia dell’attenzione, quelli nuovi o quelli sorprendenti, quelli che possono essere appresi solo impressionisticamente – tutti non sono altro che potenziali fattori di distrazione e disorganizzazione per l’ossessivo coatto, e sono evitati proprio dall’intensità e dalla fissa limitatezza della sua preoccupazione per la propria idea, per il proprio obiettivo.” (p. 34)

Il secondo aspetto da lui considerato concerne il modo di attività e la distorsione generale dell’esperienza di autonomia.

A differenza dello stile isterico, dove l’esperienza affettiva domina l’esistenza, qui essa si contrae notevolmente: la vita si impenna sulle attività pratiche; principalmente, lavorative.

Predomina l’attività, sia dal punto di vista quantitativo, che per la sua intensità e concentrazione. Ciò può portare ad una enorme produttività, soprattutto in ambito tecnico.

Soggettivamente, tale attività viene vissuta in un modo particolare e caratteristico: è accompagnata da un senso continuo di sforzo e di mettersi alla prova, che egli chiama “tesa deliberatezza”. Qualunque cosa (comportamento, atteggiamento, ecc.) è deliberata, fatta con sforzo, come se avesse la unica funzione di mettere alla prova le capacità del soggetto. Vale sia sul lavoro (dove si nota di meno) che nel divertimento. Lo sforzo non è finalizzato all’obiettivo reale, esterno, come per la persona non ossessiva. È finalizzato al mettersi alla prova, al raggiungere il massimo grado di sforzo, con mancanza di piacere e tutto il tormento che questo comporta.

Non agisce nel proprio interesse, non prova piacere: è come se fosse costretto da qualche necessità interiore. Ciò si manifesta nel fatto che queste persone si pongono continuamente degli obiettivi e delle scadenze (spesso illogicamente) da raggiungere o mantenere. Vivono continuamente sotto la pressione di queste imposizioni, e continuamente essi stessi se le pongono. Soffrono di questa pressione, ma la danno per scontata; non la mettono in discussione e la ritengono ovvia e normale.

Tesa deliberatezza e sforzo, sono due variazioni dello stesso modo di agire: 1) l’individuo esercita una pressione continua su se stesso, e 2) vive continuamente la tensione di questa pressione.

È come l’ispettore di se stesso: si dà ordini, direttive, ammonimenti, avvertimenti e sollecitazioni che riguardano sia ciò che deve essere fatto, che ciò che deve essere sentito, voluto e pensato. Il contenuto di pensiero caratteristico di questo aspetto è “Dovrei”.

Tale modo di attività riflette una notevole distorsione della normale funzione della volontà.

Nel neonato e nel bambino piccolo tale funzione è debole ma, con lo sviluppo, egli impara a gestire volontariamente i bisogni, grazie anche a nuove capacità motorie e cognitive. Questo porta, in un processo che dura fino all’adolescenza, all’accrescimento del senso di autodirezione, di autonomia e di scelta (esperienza della volontà) estremamente gratificante e che è causa, ai suoi esordi, dell’ostinazione tipica dell’infanzia.

Ma non tutto può rientrare sotto il dominio della volontà: la soddisfazione dei bisogni, entro certi limiti, può essere oggetto della volontà; lo stesso non si può dire dei bisogni stessi. Non è nella loro natura, né in quella delle emozioni, di essere oggetto di intenzionalità.

Quando le capacità di volizione e il senso di autonomia sono bene affermati, possono anche essere rilasciati per dar spazio alla spontaneità.

Nell’ossessivo vi è, invece, una alterazione della capacità volizionale: la volontà è continuamente tesa nello sforzo di assoggettare i bisogni; impresa in se stessa impossibile. In questi soggetti l’autodirezione ha lo scopo di dirigere consapevolmente ogni azione, esigenza o emozione. La volontà non è più al servizio dei bisogni, ma ne ha la precedenza. Il bisogno è il nemico da tenere sotto controllo.

Vi è la continua necessità di essere consapevole di cosa è (del ruolo) per recitare la parte giusta; per sapere come deve comportarsi, cosa deve sentire, cosa deve desiderare.

Non solo non si sente mai libero, ma le situazioni che offrono possibilità di libertà sono fonte di disagio.

Da tenere presente, è anche il disagio legato alle situazioni in cui è necessario o richiesto prendere decisioni. In questi casi, l’ossessivo non prova confusione o ambivalenza: le esigenze o i motivi che possono sostenere una possibile decisione sono sempre perfettamente bilanciati da quelli che possono sostenere la decisione contraria. Questo paziente rifugge dalle decisioni perché deve tenersi lontano da esigenze e desideri sentiti come propri. È quindi sempre alla ricerca di regole, principi o esigenze esterne che possano guidarlo nella direzione giusta.

Il terzo elemento considerato è la perdita della realtà, che egli non intende in senso psicotico, ma come perdita delle capacità di cogliere le cose per come vengono sperimentate.

L’ossessivo è preso dal dubbio. Sembra non poter accedere all’esperienza della convinzione personale. Non afferma mai: “E’ così”, ma “Dev’essere così”.

Il suo interesse è continuamente rivolto ai dettagli tecnici che gli servono come indicatori del significato di una situazione, anche laddove il significato è ovvio.

La dogmaticità dell’ossessivo è spiegabile sia come controbilanciamento del dubbio, che come strategia che ha lo stesso scopo del dubbio: tenersi lontano dall’esperienza della convinzione.

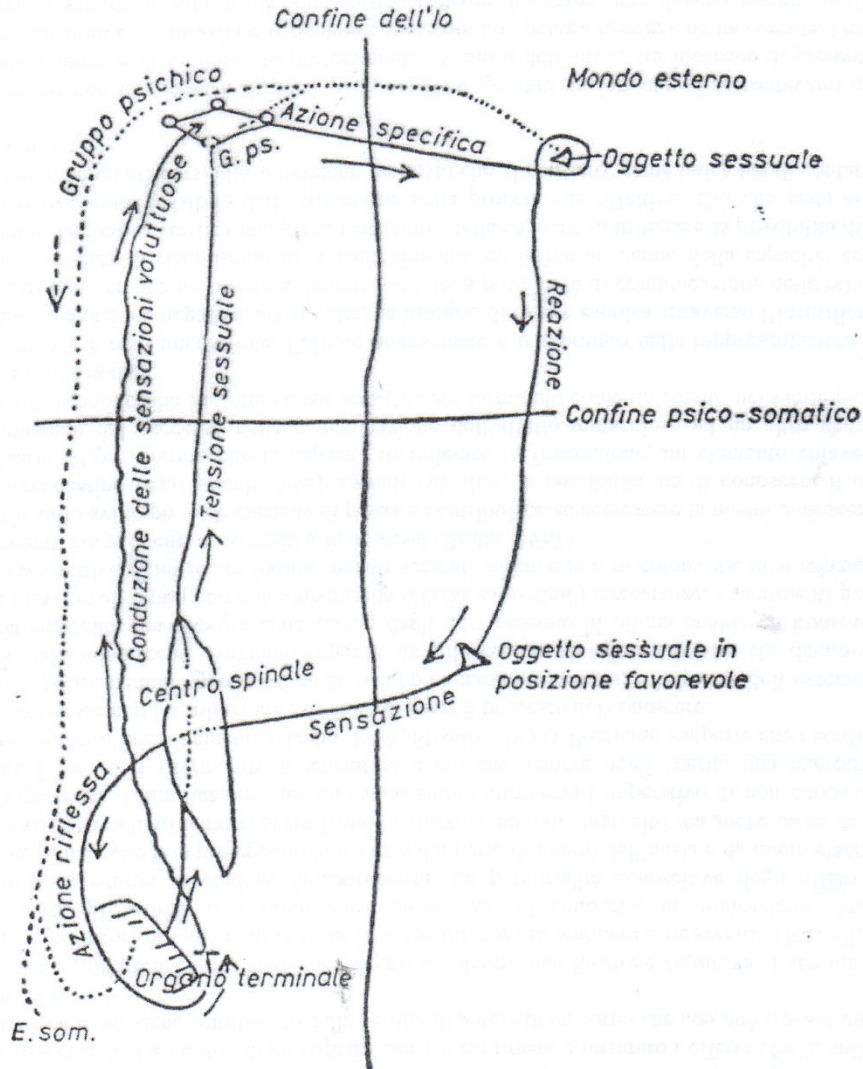
RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

- APA - American Psychiatric Association (2000). Trad. it. DSM-IV-TR. Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali, Quarta edizione. Text Revision. Milano: Masson, 2002.
- APA - American Psychiatric Association (2013). Trad. it. DSM-5. Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali, Quinta edizione. Milano: Cortina, 2014.
- Cassano, G.B. (1993), *Disturbi d’ansia*, in Cassano, G.B. e Pancheri, P. (1993), *Trattato italiano di psichiatria*, Masson, Milano.
- Fontana, M. (2012), La diagnosi in psicoanalisi relazionale. Una prospettiva unitaria, *Ricerca Psicoanalitica*, 23, 2: 73-100.
- Freud, S. (1892-1897), Minute teoriche per Wilhelm Fliess, in Opere, Vol. II, Boringhieri, Torino, 1980.
- Freud, S. (1894), *Le neuropsicosi da difesa*, in Opere, Vol. II, Boringhieri, Torino, 1980.
- Freud, S. (1892-1897), *Legittimità di separare dalla nevrosi un preciso complesso di sintomi come “nevrosi d’angoscia”*, in Opere, Vol. II, Boringhieri, Torino, 1980.
- Freud, S. (1896), *Nuove osservazioni sulle neuropsicosi da difesa*, in Opere, Vol. II, Boringhieri, Torino, 1980.
- Freud, S. (1908), *Carattere ed erotismo anale*, in Opere, Boringhieri, Torino, 1972.
- Freud, S. (1913), *La disposizione alla nevrosi ossessiva, Contributo al problema della scelta delle nevrosi*, in Opere, Boringhieri, Torino, 1975.
- Gabbard, G.O. (2005). Trad. it. *Psichiatria psicodinamica. Quarta edizione*. Milano: Cortina, 2007.
- Lingiardi V. e McWilliams N. (2017), a cura di, *Manuale Diagnostico Psicodinamico*, II edizione, PDM-2, Cortina, Milano.
- PDM Task Force (2006), *PDM-Manuale Diagnostico Psicodinamico*, trad. it. Cortina, Milano, 2008.
- Procacci, M. e Popolo, R. (2003), *Il Disturbo Evitante di Personalità: il dolore di non appartenere*, in Dimaggio G., Semerari A. (2003), *I disturbi di personalità. Modelli e trattamento*. Laterza, Roma.
- Reich, W. (1933), *Analisi del carattere*, Sugar, Milano, 1973.
- Shapiro, D. (1965), *Stili nevrotici*, tr. it. Casa Editrice Astrolabio, Roma, 1969.

- Westen D. e Shedler J. (1999), *Revisione e valutazione dell’Asse II. Parte II: verso una classificazione dei disturbi della personalità empiricamente fondata e clinicamente utile*, trad. it. in Shedler J., Westen D. e Lingardi V. (2014), a cura di, *La valutazione della personalità con la SWAP-200. Nuova edizione*, Cortina, Milano.
- Shedler J., Westen D. e Lingardi V. (2014), a cura di, *La valutazione della personalità con la SWAP-200. Nuova edizione*, Cortina, Milano..
- Westen D., Shedler J., Bradley B. and DeFife J.A. (2012), “Una tassonomia della diagnosi di personalità derivata empiricamente: colmare il divario tra scienza e clinica nella concettualizzazione della personalità”, trad. it. in *Psicoterapia e scienze umane*, 2012, 46: 327-358.

Appendice 1 Lo schema della sessualità (Freud, 1895, *Minuta teorica G*, p. 31)

Schema della sessualità



Appendice 2

Classificazione classica delle nevrosi ed equivalenti nel DSM-IV-TR e DSM-5

(riadattata da Cassano, 1993, p. 1745)

Nevrosi	Equivalenti DSM-IV-TR	Equivalenti DSM-5
<i>Nevrosi d'ansia</i>	Disturbi d'Ansia : - Disturbo di panico senza agorafobia - Disturbo d'ansia generalizzata	Disturbi d'Ansia: - Disturbo di panico - Disturbo d'ansia generalizzata - Disturbo d'ansia indotto da sostanze/farmaci - (<i>categorie residue</i> : da sost./farmaci, da altra cond. medica, con e senza altra specificaz.)
<i>Nevrosi isterica tipo conversione</i>	Disturbi Somatoformi: - Disturbo di conversione - Disturbo algico - Disturbo di somatizzazione - Disturbo da dimorfismo corporeo - Disturbo somatoforme indifferenziato	Dist. da sintomi somatici e dist. correlati: - Disturbo di conversione (disturbo da sintomi neurologici funzionali) - Disturbo da sintomi somatici* - Disturbo da sintomi somatici* - Disturbo da sintomi somatici*/ - Disturbo fittizio - Dist. da sint. som. con altra specificazione
<i>Nevrosi isterica tipo dissociativo</i>	Disturbi Dissociativi: - Amnesia dissociativa - Fuga dissociativa** - Disturbo dissociativo dell'identità - Disturbo di depersonalizzazione - Disturbo dissociativo NAS	Disturbi Dissociativi: - Amnesia Dissociativa - Disturbo dissociativo dell'identità - Dist. di depersonalizzazione/derealizzazione - Dist. diss. con e senza altra specificazione
<i>Nevrosi fobica</i>	Disturbi d'Ansia: - Disturbo di panico con agorafobia - Agorafobia senza anamnesi di dist. di panico - Fobia sociale - Fobia specifica	Disturbi d'Ansia: - Agorafobia - Disturbo d'ansia sociale (fobia sociale) - Fobia specifica
<i>Nevrosi ossessivo-compulsiva</i>	Disturbi d'Ansia: - Disturbo ossessivo-compulsivo	Dist. ossessivo-compuls. e dist. correlati: - Disturbo ossessivo-compulsivo - Disturbo di dimorfismo corporeo - Disturbo da accumulo - Tricotillomania - Dist. da escoriazione (stuzzicam. della pelle) - (<i>categorie residue</i> : da sost./farmaci, da altra cond. medica, con e senza altra specificaz.)
<i>Nevrosi depressiva</i>	Depressione Maggiore - Disturbo depressivo maggiore - Disturbo distimico	Disturbi depressivi: - Disturbo depressivo maggiore - Disturbo depressivo persistente (distimia) - (<i>categorie residue</i> : da sost./farmaci, da altra cond. medica, con e senza altra specificaz.)
<i>Nevrosi neurastenica</i>	Nessun equivalente	
<i>Nevrosi ipocondriaca</i>	Disturbi Somatoformi: - Ipocondria - Disturbo di somatizzazione - Disturbo algico	Dist. da sintomi somatici e dist. correlati: - Disturbo da ansia di malattia/ - Dist. da sintomi somatici* - Dist. da sintomi somatici* - Dist. da sintomi somatici*
<i>Nevrosi post-traumatica</i>	Disturbi d'Ansia: - Disturbo post-traumatico da stress	D. correlati a eventi traumatici e stressanti: - Disturbo da stress post-traumatico - Disturbo da stress acuto - Disturbi dell'adattamento

* Il *Disturbo da sintomi somatici* comprende gran parte dei pazienti precedentemente diagnosticati con *Disturbo di somatizzazione*, *Disturbo algico*, *Disturbo somatoforme indifferenziato* e, per il 75%, *Ipocondria* (il restante 25% prende la nuova diagnosi di *Disturbo da ansia di malattia*).

** Nel DSM-5 la *Fuga dissociativa* viene considerata una sottomanifestazione dell'*Amnesia dissociativa* o del *Disturbo dissociativo dell'identità*.