

IPOTESI E METODI DI STUDIO

Autismo di livello 1 e disturbo schizoide di personalità in età adulta

Salvatore Di Donna¹, Francesco Marino¹, Simona Durante¹, Angela Ammendola¹, Flavia Morfini¹

¹ SiPGI - Postgraduate School of Integrated Gestalt Psychotherapy, Torre Annunziata, Italy

ABSTRACT

This article is focused on the treatment of level 1 autism in adulthood in the absence of cognitive disability. It shows the importance, in order to a psychotherapeutic project sewn on the patient, to make a correct differential diagnosis. It identifies, at the same time, elements of psychiatric comorbidity. At the state of the art of autism research, the scientific production about these aspects does not, however, adequately comprehensive and up-to-date. This amplifies the clinician's difficulties because, in level 1 autism, the diagnostic assessment process is, frequently, complex. The purpose of our work is the proposal of an assessment tool to support the clinician in this evaluation process. This tool is based on a line of research currently evolving in the international scientific landscape: the Hierarchical Taxonomy of Psychopathology (HiTOP), a dimensional classification system, derived from the observed covariation between psychopathology symptoms and adaptive traits. It seeks to provide more informative research and treatment objectives (i.e. dimensional constructs and clinical evaluations) compared to traditional diagnostic categories. In other words, the focus is on processes and, therefore, on the configurations of pictures and not of syndromes: the focus is on human neuro-behavioral functioning, on how people perceive physical and social stimuli in specific life contexts. In order to elaborate this tool, based on a rigorous review of the literature on the subject and our clinical experience, we will identify the main variables that allow us to discern elements of differential diagnosis and psychiatric comorbidity for personality disorders.

KEYWORDS

autism, personality disorders, comorbidity.

ABSTRACT IN ITALIANO

Il presente articolo, focalizzato sul trattamento dell'autismo di livello 1 in età adulta in assenza di disabilità cognitiva, evidenzia l'importanza, al fine di un progetto psicoterapico cucito addosso al paziente, di effettuare una corretta diagnosi differenziale individuando, allo stesso tempo, elementi di comorbilità psichiatrica. Allo stato dell'arte della ricerca sull'autismo la produzione scientifica inerente tali aspetti non è, tuttavia, adeguatamente esaustiva ed aggiornata. Ciò amplifica le difficoltà del clinico poiché, nell'autismo di livello 1, il processo di valutazione diagnostico è, frequentemente, complesso. Il lavoro sarà incentrato sulla diagnosi differenziale e comorbilità psichiatrica dell'autismo di livello 1 in età adulta con i disturbi di personalità con peculiare attenzione al disturbo schizoide di personalità in cui il processo di diagnosi differenziale è, talvolta, complesso. Attualmente, il Cluster A ed il Cluster C sono i disturbi di personalità più concomitanti nel Disturbo dello Spettro Autistico, mentre più netta è la distinzione con il Cluster B. La finalità del nostro lavoro è la proposta di uno strumento di assesment per supportare il clinico in tale percorso di valutazione. Tale strumento si basa su una linea di ricerca attualmente in evoluzione nel panorama scientifico internazionale: gli Hierarchical Taxonomy of Psychopathology (HiTOP), un sistema di classificazione dimensionale, derivato dalla covariation osservata tra sintomi di psicopatologia e tratti disadattivi, che cerca di fornire obiettivi di ricerca e trattamento più informativi (cioè costrutti dimensionali e valutazioni cliniche) rispetto alle categorie diagnostiche tradizionali. In altri termini, l'attenzione è orientata ai processi e, pertanto, alle configurazioni di quadri e non di sindromi: il focus è sul funzionamento neuro-comportamentale umano, su come le persone percepiscono gli stimoli fisici e sociali negli specifici contesti di vita. Al fine di elaborare questo strumento, sulla base di un rigoroso esame della letteratura sull'argomento e della nostra esperienza clinica, identificheremo le variabili principali che ci consentono di discernere elementi di diagnosi differenziale e comorbilità psichiatrica per i disturbi di personalità.

PAROLE CHIAVE

autismo, disturbi di personalità, comorbilità.



Citation

Di Donna S., Marino F., Durante S., Ammendola A., Morfini F. (2023). Autismo di livello 1 e disturbo schizoide di personalità in età adulta Phenomena Journal, 5, 53-66. <https://doi.org/10.32069/pj.2021.2.200>

Direttore scientifico

Raffaele Sperandio

Supervisore scientifico

Valeria Cioffi

Journal manager

Enrico Moretto

Contatta l'autore

Salvatore Di Donna
salvatoreredonna2014@gmail.com

Ricevuto: 19 ottobre 2023

Accettato: 23 novembre 2023

Pubblicato: 30 novembre 2023



Attribution-NonCommercial 4.0
International (CC BY-NC 4.0)

1. Premessa e finalità

La condizione clinica dell'autismo rappresenta il quadro più eterogeneo. Nella pratica clinica è improbabile, infatti, incontrare forme di autismo tout court. Sono presenti in maniera frequente tratti di comorbidità psichiatrica e, allo stesso tempo, spesso la diagnosi differenziale è complessa poiché occorre una rigorosa osservazione per definire correttamente la diagnosi e per poter mettere a punto adeguati piani di intervento.

Allo stato dell'arte della ricerca sull'autismo la produzione scientifica inerente tali aspetti non è, tuttavia, adeguatamente esaustiva. Il motivo per cui è presente tale difficoltà diagnostica risiede nella frequente sovrapposizione sintomatologica tra i DP e l'autismo.

Il delicato ruolo del clinico è l'analisi della radice di tali sintomi. A tal fine è necessaria la comprensione profonda del funzionamento di questi quadri clinici: quali sono le variabili che accomunano i disturbi e quali, al contrario, sono le variabili discriminative.

Attualmente, il cluster C ed il cluster A sono i disturbi di personalità più concomitanti nel Disturbo dello Spettro Autistico [1]. In modo particolare il disturbo schizoide rappresenta il quadro clinico maggiormente sovrapposto all'autismo in cui la diagnosi differenziale può rappresentare un percorso molto complesso [2].

Per tale ragione il nostro articolo pone, in particolare, il focus sulla diagnosi differenziale e comorbidità psichiatrica dell'autismo di livello 1 con il disturbo schizoide di personalità attraverso la descrizione di un caso clinico. Partendo dalla disamina della letteratura scientifica sull'argomento e sulla base della nostra esperienza clinica, la finalità del lavoro è l'elaborazione di una griglia di osservazione in cui sono definite le aree da esaminare per orientarci sia nella diagnosi differenziale, sia nell'individuazione degli aspetti di comorbidità dell'autismo con i disturbi di personalità.

A tal fine si metterà in luce come la visione che sottende il DSM-5 non è adeguata all'impostazione di tale strumento di assesment. Allo stesso tempo, sarà messo in evidenza la significatività clinica dell'HiTOP e come abbiamo integrato tale approccio diagnostico nella nostra modalità di valutazione dell'autismo.

2. Aspetti metodologici

Il nostro lavoro parte da una breve disamina dei domini sui quali verte l'HiTOP [3]. Successivamente attraverso la descrizione di un caso clinico di un soggetto autistico di livello 1 in assenza di disabilità cognitiva (autismo ad alto funzionamento) è messo in luce il processo di diagnosi differenziale con il disturbo schizoide di personalità. Si discuterà sull'implicazioni cliniche degli aspetti emersi. Lo step seguente è l'individuazione delle aree principali da esaminare nel processo di diagnosi differenziale e comorbidità psichiatrica dell'autismo ad alto funzionamento con i disturbi di personalità. Sarà, dunque, evidenziato come tali aspetti si integrano con i domini dell'HiTOP costituendo un protocollo di assesment complesso ed approfondito che possa costituire un'importante risorsa per il clinico. Ciò è di peculiare importanza

poiché la diagnosi di autismo di livello 1 è spesso confusa con la diagnosi di disturbo di personalità [1]. Allo stesso tempo, nel momento in cui è presente una diagnosi di autismo, quest'ultimo tende ad assumere un "effetto alone" e quindi il clinico, talvolta, ha difficoltà a focalizzare la propria attenzione su aspetti differenti dall'autismo: sui tratti di personalità specifici di ogni soggetto.

Attualmente, la maggior parte dei professionisti della salute mentale adoperano per la diagnosi il Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali (DSM) della American Psychological Association [4], oppure la sezione F della classificazione internazionale delle malattie (ICD) dell'Organizzazione Mondiale della Sanità [5]. Ciononostante, molti autori ritengono le classificazioni di questi manuali eccessivamente rigidi e orientati verso dei prototipi di riferimento che difficilmente rappresentano la reale natura della psicopatologia, poiché è impossibile identificare un caso di puro disturbo mentale totalmente separato da altre complicazioni. Al contrario, come già accennato precedentemente, l'HiTOP [3] supera tali limiti poiché osserva la psicopatologia non come un'entità a sé stante, ma come uno spettro in cui si possono osservare sindromi concorrenti e correlantesi, ovvero i sintomi psicologici condividono caratteristiche simili. Ad esempio, spesso è congiunta l'esistenza di ansia e depressione, come spesso è frequente un alto livello di eterogeneità tra manifestazioni sintomatologiche afferenti alla stessa categoria diagnostica. Ciò permette la visione della comorbidità non come una variabile di ostacolo alla definizione di una diagnosi, bensì come l'assunto di base di qualunque psicopatologia, la quale si muove su un continuum. Questo permette di dare una visione diversa ai sintomi di natura più secondaria che non soddisfano i criteri per un disturbo mentale.

3. Potenzialità dell'HiTOP

I confini tra i disturbi DSM a volte appaiono sfocati e non sempre è chiaro quale etichetta diagnostica si adatti meglio poiché, frequentemente, come abbiamo evidenziato, chi è colpito da uno specifico disturbo presenta, allo stesso tempo, sintomatologia clinica che caratterizza un altro disturbo.

È dunque importante affidarsi ad un approccio empirico per fare una mappatura della struttura e dei confini della malattia mentale.

Negli ultimi 20 anni, decine di studi hanno analizzato i modelli di co-occorrenza in decine di migliaia di esperienze di malattia mentale. Questi studi hanno trovato convergenza su sei larghi domini dell'HiTOP [3]:

1. Internalizzazione, che riflette una propensione verso emozioni negative eccessive, come depressione, ansia, preoccupazione e panico;
2. Disinibizione, che riflette una predisposizione verso comportamenti impulsivi e imprudenti, e abuso di droga o alcol;
3. Antagonismo, che è un misto di comportamenti aggressivi, sgradevoli e antisociali;
4. Disturbi del pensiero, che comprende esperienze deliranti, allucinazioni o paranoia;

5. Distacco, contrassegnato da scarsa iniziativa sociale e dal ritiro dalle interazioni sociali;
6. Disturbo somatoforme, definito da sintomi medici non spiegati e da ricerca eccessiva di rassicurazione e attenzione medica.

Ognuno di questi sei domini può essere misurato su una dimensione continua che rappresenta la probabilità che una persona possa sperimentare quei sintomi. Ad esempio, una persona che si trova in prossimità del margine minimo di internalizzazione probabilmente è emotivamente resiliente, ed ha verosimilmente buone capacità di problem solving.

La struttura HiTOP include anche variabili più ristrette annidate all'interno di questi domini, che ci permettono di caratterizzare le esperienze delle persone affette da malattie mentali in modo più dettagliato.

Per esempio, la dimensione di internalizzazione comprende le dimensioni di paura, disagio emotivo, disturbi del comportamento alimentare, difficoltà nell'area della sessualità. A loro volta, queste dimensioni più circoscritte possono essere separate in elementi ancora più dettagliati per determinare, ad esempio, se un livello elevato della dimensione della paura possa manifestarsi nelle interazioni sociali, come fobie oppure ossessioni o compulsioni. Questa costruzione gerarchica della struttura - all'interno della quale le dimensioni ampie possono essere suddivise in dimensioni sempre più ridotte e più dettagliate - consentono un'elevata flessibilità alle esigenze dei clinici e dei ricercatori [3][6].

L'obiettivo della diagnosi con HiTOP è di strutturare, pertanto, una gerarchia che si muova sia sul riconoscimento verticale della gravità dei sintomi, ma anche sul riconoscimento dei fattori di rischio, le possibili cause, la risposta al trattamento. Le dimensionalità e gli spettri su cui si muove l'HiTOP non sono, dunque, categorie diagnostiche, bensì un continuum su cui si colloca la persona con la psicopatologia. Attualmente, nell'HiTOP i disturbi del neurosviluppo devono ancora essere sufficientemente posizionati all'interno del suddetto modello [6]. Ciononostante è uno strumento molto più sensibile al target di riferimento della ricerca, ovvero soggetti adulti [7][8].

4. Frammenti di un caso clinico

Descriveremo alcuni “frammenti” del caso F. il cui accertamento diagnostico ha richiesto una peculiare attenzione nei termini della diagnosi differenziale.

L'ipotesi diagnostica era: disturbo autistico di livello 1 in assenza di disabilità cognitiva. Si sono approfonditi gli aspetti della valutazione clinica avviando, allo stesso tempo, un lavoro di tipo abilitativo focalizzato sulla consapevolezza emotiva e sulla creazione di un'alleanza terapeutica. L'intervento è stato condotto da uno degli autori del presente lavoro ed è stato articolato nei seguenti step:

- colloquio clinico con i genitori. I genitori riferiscono che il figlio ha iniziato a chiudersi alle relazioni sociali intorno ai dodici anni sebbene essi affermino che ha manifestato, fin dalla tenera età, un carattere timido e riservato. Attualmente quest'ultimo

trascorre l'intera giornata nella propria camera, a giocare con i videogiochi. Non sono presenti relazioni sociali, neanche di tipo virtuale. F. esce molto di rado e mai da solo. È auto-nomo nelle attività relative all'igiene e alla cura di sé attraverso modalità di tipo ossessivo che prendono la forma di rituali. Utilizza sempre gli stessi vestiti e manifesta il rifiuto di tagliarsi i capelli che sono veramente molto lunghi. La qualità di alcuni indumenti gli provoca una sensazione cutanea di fastidio. Allo stesso tempo non tollera i posti affollati ed i rumori troppo forti. Non ha mai imparato a prepararsi un pasto in quanto i genitori sostengono che non se n'è mai presentata l'opportunità. Sul piano emotivo è presente appiattimento dell'affettività: l'assistito non esprime alcun tipo di emozione. La coppia genitoriale racconta di un unico episodio di rabbia in cui F., entrando in conflitto con il fratello, ha reagito dandosi un morso sul braccio. I genitori rappresentano il ragazzo come particolarmente empatico e sensibile. Esplorando gli aspetti relativi all'infanzia e all'adolescenza del figlio emerge la necessità di un maggiore approfondimento dei dati anamnestici e, pertanto, si è ritenuto opportuno somministrare il test ADI-R. Il clima familiare appare sereno e l'alleanza genitoriale adeguata. Si evidenziano modalità educative-relazionali inefficienti le autonomie del figlio a causa di comportamenti iperprotettivi. Ciò è stato oggetto di un primo livello di riflessione nel corso del colloquio di restituzione.

- Somministrazione ai genitori del test ADI-R. Questo test si focalizza sull'osservazione sistematica e standardizzata di tre aree: linguaggio e alla comunicazione, interazione sociale reciproca e comportamenti stereotipati ed interessi ristretti. Il punteggio è risultato negativo per l'ipotesi di disturbo autistico: nelle descrizioni raccolte relative al percorso di sviluppo e alle caratteristiche di comportamento dell'assistito non appaiono elementi che soddisfano i criteri per la diagnosi di autismo.
- Colloqui clinico con F. nella forma libera e nella forma semi-strutturata (mediante l'utilizzo di schede ad hoc). Il ragazzo si mostra collaborativo e rispettoso del setting terapeutico. Manifesta il rifiuto di svolgere un colloquio alla presenza dei genitori dicendo che ciò non lo farebbe sentire a proprio agio. Egli verbalizza l'angoscia per il proprio futuro poiché è consapevole che non può continuare la sua vita nell'isolamento e nella mancanza di autonomia. Sostiene di non percepire il bisogno di relazioni intime e profonde con gli altri. Ribadisce che la sua richiesta di terapia è basata sulla paura per il suo futuro e non sul desiderio sociale. Ha sostenuto più volte "Mi voglio relazionare il giusto". Nel corso degli incontri si esplorano sensazioni ed emozioni del qui ed ora e della sua vita attuale. Si stimola, inoltre, il racconto di ricordi relativi alla propria infanzia ed adolescenza. F., nella narrazione di fatti ed episodi, scollega le emozioni. In tali ricordi concepisce soltanto due emozioni fondamentali: stare a proprio agio e stare in imbarazzo. Sembra non avere pieno accesso a vissuti di gioia, tristezza, nostalgia, affetto, rabbia. L'angoscia entra in figura esclusivamente in relazione alla paura per il futuro. Indagando tale emozione emerge la paura dell'abbandono che si traduce nel pensiero di F. "posso rimanere da solo e se non sono capace di badare a me stesso posso morire". Il suo pensiero, strutturato in maniera concreta, è, tuttavia, caratterizzato da una significativa fantasia. Egli è capace di visualizzare e di elaborare immagini creando scritti di valore estetico. Tale fantasia non

è, tuttavia, correlata a contenuti emotivi poiché le immagini F. produce non sono sentite nel suo “corpo emozionale”: egli non è in reale contatto con l’esperienza del suo atto creativo. L’emozione dello stare a proprio agio è collegata al bisogno del controllo: si sente a proprio agio quando percepisce la propria efficacia ed è consapevole di non commettere errori. Si lavora sulla consapevolezza di quanto uscire di casa ed interagire con gli altri sia per l’assistito una grossa fatica soprattutto in virtù del fatto che non ne avverte il desiderio. È emerso che, unitamente alla mancanza del desiderio di uscire e di interagire, vi è l’ansia. F. ha paura di rimanere da solo in strada, di entrare in un bar poiché teme di dimenticare dei “passaggi”. Esplorando questa emozione emerge la sensazione di disorientamento e quindi, quando è fuori casa, la necessità di essere costantemente accom-pagnato da un genitore è molto intensa. Inoltre, teme il giudizio altrui. Egli comprende adeguatamente il significato delle emozioni di base ma non differenzia accuratamente le varie sfumature emozionali. Il livello di empatia cognitiva è presente, sebbene in maniera superficiale. L’empatia affettiva è carente nei termini della consapevolezza empatica ma è presente nella componente della sofferenza personale. In altri termini, F. riesce a comprendere le emozioni dietro agli eventi e la prospettiva altrui (empatia cognitiva), non entra in contatto con le emozioni degli altri (consapevolezza empatica) ma è capace di provare sofferenza immaginando se stesso nella condizione dell’altro (sofferenza personale) [9]. Si è lavorato sul riconoscimento emotivo stimolando nel ragazzo l’accesso all’emozione di affetto e al sentimento di nostalgia verso qualcuno per il quale egli prova affetto. Allo stesso tempo, si approfondisce l’emozione di angoscia relativa al futuro. Gradualmente si sta cercando di favorire il passaggio dal pensiero concreto ad una forma di pensiero più astratta. Si sta lavorando sulla consapevolezza nell’assistito di quanto un percorso clinico richieda un grosso impegno da parte sua e la disponibilità ad esporsi alla sofferenza e al disagio. F. comprende adeguatamente il senso di ciò. Al fine di porre in essere un contratto terapeutico, si stanno creando le basi per una solida alleanza terapeutica. Dall’esame complessivo delle risultanze cliniche si conferma la diagnosi di disturbo autistico di livello 1 in assenza di compromissione cognitiva. Il funzionamento della personalità si caratterizza anche dalla presenza di una notevole sintomatologia di tipo schizoide.

Gli elementi che caratterizzano il quadro clinico sono i seguenti:

- freddezza emotiva e appiattimento dell’affettività.
- Non desidera e trae piacere dalle relazioni strette neanche quelle familiari.
- Disinteresse al rapporto con l’altro sesso.
- Ipersensibilità ai suoni forti.
- Disorientamento spaziale.

Perché siamo giunti a questo tipo di conclusione diagnostica? A tale proposito mi sembra opportuno focalizzarci su come il DSM-5 definisce il disturbo di personalità di tipo schizoide. Esso è definito come “un pattern caratterizzato da distacco dalle relazioni sociali e da una gamma ristretta di espressività emotiva” [4].

Il significato di schizoide ha radice greca e deriva da schizo, “diviso” ed eidos “forma”, “aspetto”. Come riconoscere una persona schizoide? Distacco sociale, in-

differenza alle relazioni e una ristretta capacità di espressione emotiva sono tratti tipici della personalità schizoide. Il disturbo schizoide è indicato nel DSM-5 come disturbo che “inizia nella prima età adulta ed è presente in svariati contesti, come indicato da quattro (o più) dei seguenti elementi [4]:

- non desidera né prova piacere nelle relazioni affettive, incluso il far parte di una famiglia.
- Quasi sempre sceglie attività individuali.
- Dimostra poco o nessun interesse ad avere esperienze sessuali con un'altra persona.
- Prova piacere in poche o nessuna attività.
- Non ha amici stretti o confidenti, eccetto i parenti di primo grado.
- Sembra indifferente alle lodi o alle critiche degli altri.
- Mostra freddezza emotiva, distacco o affettività appiattita.

Il disturbo schizoide della personalità, inoltre, non si manifesta esclusivamente durante il decorso della schizofrenia, di un disturbo bipolare o depressivo con caratteristiche psicotiche, di un altro disturbo psicotico o di un disturbo dello spettro dell'autismo, e non è attribuibile agli effetti fisiologici di un'altra condizione medica.” Per rendere il quadro ancora più complesso si evidenzia che altri disturbi possono essere confusi con il disturbo di personalità di tipo schizoide poiché hanno certe caratteristiche in comune come, ad esempio, il disturbo schizotipico di personalità. Gli individui schizoidi non presentano distorsioni cognitive e percettive, pensiero magico, un aspetto insolito e sono assenti i sintomi psicotici in forma subclinica tipici del disturbo schizotipico di personalità. Da sottolineare anche la differenza tra schizofrenia e disturbo di personalità schizoide, che può essere distinto dal primo disturbo per l'assenza di sintomi psicotici persistenti (de-liri e allucinazioni) [4]. Per comprendere meglio come riconoscere uno schizofrenico e le differenze con l'individuo schizoide citiamo lo psicoanalista A. Lowen che, nel suo libro, “Il tradimento del corpo”, colloca il disturbo schizoide di personalità come al centro di due estremi, rappresentati da “salute emotiva” definita “normale” e “disturbo emotivo”, di cui la schizofrenia è espressione massima e afferma: “Nella schizofrenia la personalità è divisa e ritirata dalla realtà. Tra i due estremi si trova una vasta gamma di condizioni schizoidi in cui il ritiro dalla realtà si presenta con un certo grado di distacco emotivo e la personalità è tenuta unita dalla forza del pensiero razionale” [10]. Il disturbo schizoide, a differenza del disturbo autistico, non è dunque caratterizzato da ossessioni che assumono la forma di rituali; da difficoltà nella percezione tattile; da ipersensibilità a suoni e rumori. Inoltre, in genere (non sempre, poiché, così come rappresentato nel corso delle lezioni precedenti, il disturbo autistico è connotato da un'estrema eterogeneità), nel disturbo autistico di livello 1 vi è interesse alle relazioni, al contrario, nel disturbo schizoide di personalità tale interesse non è presente. In letteratura emerge che anche se il disturbo schizoide compare nell'adolescenza oppure nella prima età adulta vi possono essere segnali di tale disturbo anche nella prima infanzia. Altro dato importante è che l'autismo non diagnosticato in una fase precoce comporta, frequentemente, l'amplificazione della sintomatologia schizoide nell'età adulta. Qui entra in gioco la famiglia perché quando l'autismo è diagnosticato quando

il figlio è già grande, addirittura adolescente siamo spesso di fronte a genitori che hanno difficoltà a “vedere” il figlio. Nel caso che vi ho presentato, ad esempio, i coniugi mi hanno descritto F., in virtù dei suoi scritti artistici, come empatico e sensibile. Essi mi hanno riportato che molti insegnanti esaltavano tali qualità nel figlio. Nei casi di autismo ad alto funzionamento la diagnosi tardiva è frequente in quanto, spesso, queste persone utilizzano la propria intelligenza per “camuffare” le proprie problematiche. Un docente può non rendersi conto che una poesia meravigliosa, che tocca le corde emotive è scollegata dal contenuto emotivo. Diagnosticare in tempo l’autismo è ancora più infrequente nel momento in cui il soggetto non presenta comportamenti problema che rechino disturbo sociale, quando ad esempio non vi sono comportamenti aggressivi e difficoltà di rendimento scolastico.

5. Discussione dei contenuti: implicazioni cliniche di quanto emerso

Da quanto esposto sopra, le variabili discriminative il disturbo autistico di livello 1 in assenza di disabilità cognitiva dal disturbo schizoide di personalità:

- presenza di ossessioni e rituali. Esse sono infatti comuni nei soggetti autistici e non nel disturbo schizoide.
- Ipersensibilità tattile ed uditiva (che si esprime frequentemente nella difficoltà ad andare dal barbiere). In letteratura tale aspetto non si presenta nel disturbo schizoide di personalità mentre è caratteristico dell’autismo.
- Grado di compromissione dell’adattabilità sociale. I dati scientifici riportano che nell’Asperger (in genere) la compromissione sociale sia più marcata rispetto al disturbo schizoide di personalità.
- Piacere nell’instaurare relazioni sociali. Si riporta, come ho accennato prima, che nell’autismo ad alto funzionamento vi è il piacere di entrare in contatto con gli altri ma la percezione dell’incapacità di mettere in atto ciò mentre tale interesse è mancante nel disturbo schizoide di personalità.
- Disorientamento spaziale. Questo aspetto si incontra frequentemente nell’autismo mentre dati della letteratura scientifica non riportano questa caratteristica come appartenente al disturbo schizoide di personalità.
- Pensiero di tipo concreto e visivo. Tale caratteristica tipica dell’autismo non sembra configurarsi come tipica anche del disturbo schizoide.
- Disinteresse nell’instaurare relazioni sessuali. Tale aspetto appare caratterizzante il disturbo schizoide, meno l’autismo ad alto funzionamento.

Le variabili che accomunano i due disturbi sono le seguenti:

- compromissione sociale.
- Comportamenti di tipo bizzarro.
- Interessi circoscritti.
- Emozione di disagio nell’immaginare il giudizio altrui.

Da quanto esaminato, appare chiaro che, a differenza di ciò che avviene nell’autismo,

nel disturbo schizoide di personalità ed in tutti i disturbi di personalità abbiamo la presenza di bisogni infantili rimossi. Nei primi il pensiero è strutturato in maniera più complessa e, di conseguenza, le dinamiche proiettive più intense. Esse riflettono una storia di apprendimento, la messa in atto di modalità difensive applicate in maniera rigida, massiccia e, pertanto, disfunzionale. Al contrario, nell'autismo il pensiero è strutturato in maniera meno articolata. Rispetto ai disturbi di personalità, esso è maggiormente schematico. In questo quadro clinico i meccanismi di difesa rivestono la funzione di proteggere il soggetto dal dolore causato dall'emozione di "assalto sensoriale". Il focus attentivo è concentrato su singoli aspetti di stimoli del mondo fisico e sociale poiché nell'autismo è nota la difficoltà nella sintesi degli elementi. In altre parole, nel momento in cui il soggetto autistico entra in contatto con il mondo non riesce ad elaborare un'etichetta verbale, un filtro dell'esperienza. La conseguenza di ciò è l'inevitabile sensazione di caos emotivo ricavato dalla percezione di assalto sensoriale.

Il processo della percezione, come funzionano i sensi di un individuo è un'importante variabile utile ad orientarci nella diagnosi differenziale tra autismo e disturbi di personalità.

Come si evince dalla presentazione del caso di F., al fine di un accurato processo valutativo della persona con autismo o sospetto autismo, è necessario, dunque, focalizzare l'esame sui processi percettivi, sulla capacità empatica e sugli stili di attaccamento alla base delle emozioni, dei meccanismi di difesa e dei modelli operativi interni. Questi aspetti distinti sono fortemente interrelati e sono analizzati in termini di origine e funzione.

A tal fine, in considerazione dell'importanza dell'individuazione di tratti di comorbidità psichiatrica nell'autismo, unitamente ad una frequente difficoltà nella diagnosi differenziale, emerge l'utilità di individuare gli aspetti centrali degli stili di attaccamento che caratterizzano i vari funzionamenti di personalità. Di seguito si riportano gli elementi principali inerenti ciò[11]:

- ☐ schizoide: attaccamento evitante/passivo. Il massimo dell'autoarchia è l'autismo.
- ☐ Paranoide: lo stile di attaccamento è caratterizzato da distacco, diffidenza e sospettosità.
- ☐ Schizotipico: lo stile di attaccamento è caratterizzato dal distacco e dalla bizzarria.
- ☐ Antisociale: mancanza di rimorso per la sofferenza inflitta dagli altri. L'attaccamento è di tipo insicuro. Le relazioni non sono basate sul legame e sull'affetto ma su dinamiche di potere.
- ☐ Narcisista: attaccamento ansioso ed evitante. Egli nutre il sentimento di essere speciale, superiore.
- ☐ Borderline: attaccamento ambivalente versus disorganizzato che genera un vissuto polare di sé. I tratti sono dipendenti ed autarchici. Vi è un paradossale avere bisogno e, allo stesso tempo, la sensazione di potersi fidare di nessuno. Gli scoppi di rabbia di un borderline sono dovuti a problemi di attaccamento mentre i meltdown autistici sono causati, frequentemente, da sconvolgimenti della propria routine.

- Istrionico: attaccamento ambivalente con possibili tracce di disorganizzazione. È presente un'esperienza di fallimento dalla dipendenza e un bisogno di "gridare" per ottenere qualcosa.
 - Ossessivo-compulsivo: perfezionismo, socialità e biasimo per gli altri. Lo stile di attaccamento è di tipo ansioso ed è caratterizzato da una scarsa capacità di regolazione emotiva.
 - Evitante: paura estrema del giudizio, in figura emozione della vergogna. L'attaccamento è insicuro. Questo tipo di soggetti tendono ad evitare la relazione per la convinzione del rifiuto.
 - Dipendente: incapacità a stare solo, a sostenere un conflitto, ad affermare se stesso. L'attaccamento è ambivalente ed è presente un basilare senso di inadeguatezza.
- Di fronte ad un soggetto autistico con livello 1 è, dunque, fondamentale individuare la comorbidità di tratti di personalità e l'esame dello stile di attaccamento e delle emozioni ad esso correlato è centrale.

Ad esempio un paziente autistico che presente tratti significativi di tipo narcisista ha bisogno di sentirsi speciale, superiore. Ne consegue che, in maniera particolare nelle prime fasi del processo di terapia, lo psicoterapeuta deve essere attento a cogliere questo bisogno non ponendosi rispetto a ciò in dimensione troppo frustrante. Il rischio è il drop-out. Al contrario, un paziente autistico che presenta tratti dipendenti di personalità ha un preponderante bisogno emotivo di essere supportato, approvato ed ha difficoltà nel sostenere un conflitto. In questo caso, il terapeuta può porsi in maniera più assertiva e stimolare la riflessione ed il cambiando utilizzando la relazione terapeutica nella forma dell'approvazione come rinforzo. Ed ancora, se riscontriamo che un paziente autistico ha elevata comorbidità con la schizoidia, non dobbiamo forzare lo stile evitante/passivo che lo caratterizza. In questo caso, la misura del cambiamento in direzione della socialità deve essere effettuata in maniera peculiarmente cauta. Il rischio è l'ampliamento della sintomatologia schizoide è l'innestarsi di processi di pensiero di tipo delirante. Nelle fasi avanzate del programma di terapia, in cui il pericolo di involuzione nella sintomatologia psicotica è più elevato, è opportuno effettuare l'invio ad una valutazione farmacologica.

6. Griglia osservativa

La struttura dell'HiTOP presenta dei domini che, come è stato precedentemente esposto, consentono di essere esaminati in maniera più analitica, più ristretta ed in funzione dei propri obiettivi di analisi. Da ciò ne deriva la completezza e complessità di tale approccio diagnostico. L'HiTOP, fornendo una visione analitica e complessa del funzionamento della persona, è strumento prezioso per la lettura sul funzionamento autistico. La significatività clinica di ciò appare evidente in quanto l'autismo, come abbiamo già accennato nel corso di questo articolo, rappresenta una configurazione clinica particolarmente complessa.

Al fine di valutare il disturbo dello spettro autistico cogliendone i tratti di comorbidità con i disturbi di personalità proponiamo di integrare alla struttura base dell'HiTOP

altri tre domini scomponendoli, in coerenza con la struttura dell'HiTOP, in variabili più ristrette. I domini sono di seguito riportati:

- stili di attaccamento; Dagli stili di attaccamento originano: le emozioni, i meccanismi di difesa ed i modelli operativi interni che si collegano al concetto di identità poiché essi sono costituiti dalle rappresentazioni mentali di sé e dalle figure di attaccamento.

- Stile percettivo. Questo dominio comprende le caratteristiche dei processi di apprendimento con riferimento alla flessibilità cognitiva, al processo di attenzione, all'elaborazione degli stimoli in entrata e la capacità di generalizzazione.

- Empatia. L'empatia comprende le variabili dell'empatia cognitiva (immaginare il pensiero altrui), empatia affettiva (immaginare le emozioni dell'altro) e della sofferenza personale (sofferenza causata dall'identificazione con l'altra persona. Si soffre per se stessi e non per l'altro) [9].

In appendice la TAB 1 rappresenta il grafico esplicativo del nostro strumento (la cui denominazione è ancora in fase di definizione) e la TAB 2, il cui obiettivo è supportare il clinico in una lettura più immediata sul funzionamento della personalità, riporta in maniera sintetica gli aspetti salienti degli stili di attaccamento che rappresentano i vari funzionamenti di personalità.

7. Conclusioni

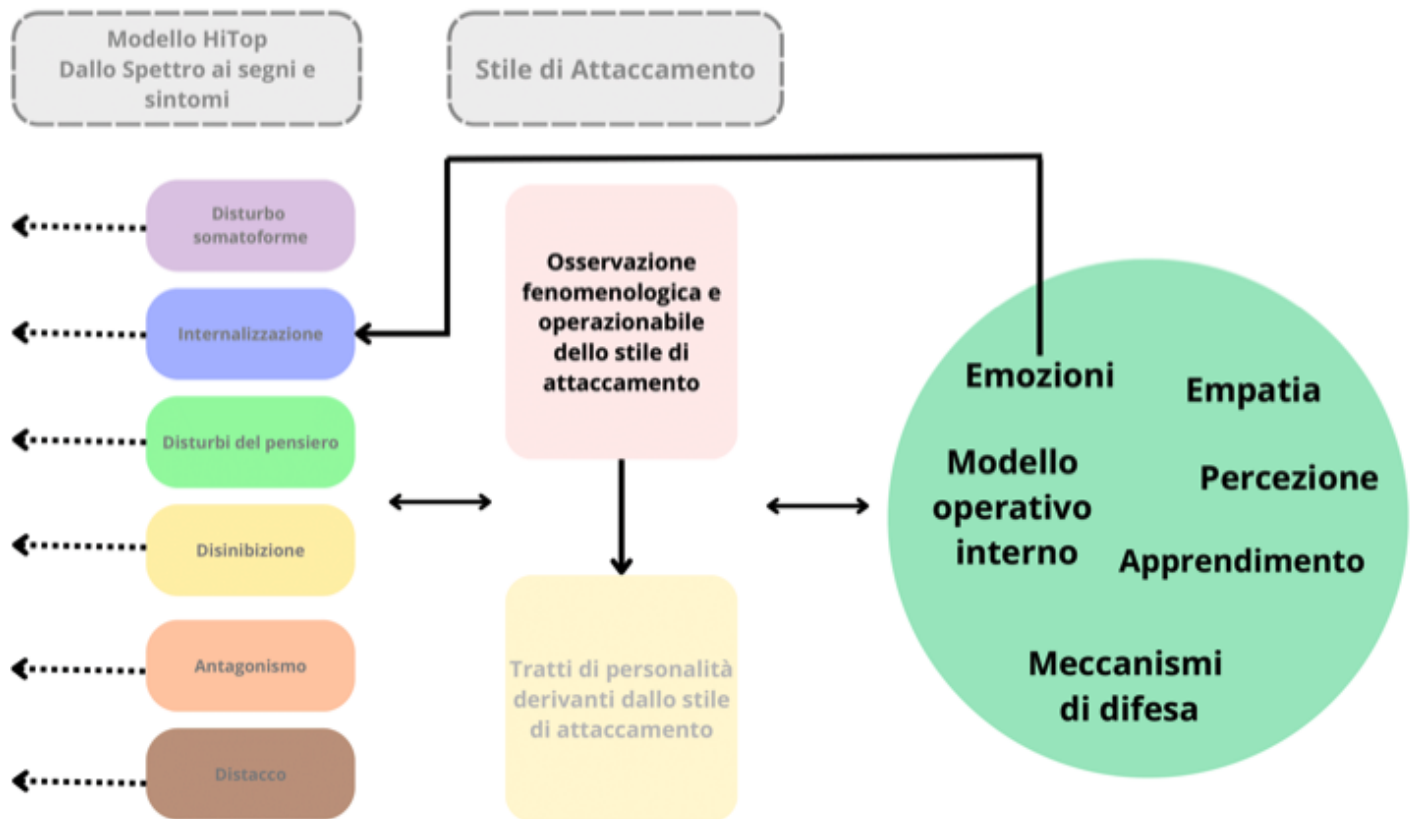
La complessità ed eterogeneità del mondo autistico richiede uno strumento di diagnosi che ci consenta di cogliere ampie informazioni sul funzionamento del soggetto nei vari sistemi con i quali interagisce. Inoltre, ci sembra clinicamente utile, all'interno di tale protocollo, delineare in maniera sintetica e chiare le caratteristiche principali dei vari stili di attaccamento dai quali derivano: emozioni, meccanismi di difesa e modelli operativi interni.

In una fase successiva del nostro lavoro ci sembra, inoltre, opportuno focalizzare l'attenzione sulla variabile ambiente per individuare come il contesto condizioni il funzionamento del soggetto con autismo. Tale valutazione fornisce, per tale ragione, importanti informazioni su come elaborare un progetto psicoterapico cucito addosso. Al fine di giungere ad una visione sempre più approfondita del funzionamento dei nostri assistiti, ipotizziamo la possibilità di integrare all'approccio diagnostico dell'HiTOP altri approcci diagnostici centrati sul processo e non su dimensioni di tipo categoriale.

Si rende, pertanto, opportuno sia l'approfondimento teorico del nostro strumento di valutazione sia la dimostrazione del grado di efficacia attraverso un progetto di implementazione clinica.

Appendice

Tab.1. Strumento multidimensionale di analisi del funzionamento individuale



Tab. 2 Tabella riassuntiva degli stili di attaccamento correlati ai tratti di personalità (Selvini, M., & Sorrentino, A. M., 2004)

Tratto di personalità	Stile di attaccamento
Schizoide	Attaccamento evitante/passivo
Paranoide	Attaccamento evitante caratterizzato da distacco, diffidenza e sospettosità
Schizotipico	Attaccamento evitante caratterizzato da distacco e bizzarria
Antisociale	L'attaccamento è di tipo insicuro. Le relazioni non sono basate sul legame e sull'affetto ma su dinamiche di potere
Narcisista	Attaccamento ansioso ed evitante, dove si nutre il sentimento di essere speciale, superiore
Borderline	Attaccamento ambivalente o disorganizzato che genera un vissuto polare di sé. Vi è un paradossale avere bisogno e, allo stesso tempo, la sensazione di non potersi fidare di nessuno
Istrionico	Attaccamento ambivalente con possibili tracce di disorganizzazione. Ha bisogno di "gridare" per ottenere qualcosa
Ossessivo-compulsivo	Lo stile di attaccamento è di tipo ansioso ed è caratterizzato da una scarsa capacità di regolazione emotiva
Evitante	L'attaccamento è insicuro evitante. Questo tipo di soggetti tende ad evitare la relazione per la convinzione del rifiuto
Dipendente	L'attaccamento è ambivalente ed è presente un basilare senso di inadeguatezza e incapacità a stare da solo

BIBLIOGRAFIA

1. Rinaldi, C., Attanasio, M., Valenti, M., Mazza, M., & Keller, R. (2021). Autism spectrum disorder and personality disorders: Comorbidity and differential diagnosis. *World Journal of Psychiatry*, 11(12), 1366. doi: 10.5498/wjp.v11.i12.1366
2. Ford, T. C., & Crewther, D. P. (2014). Factor analysis demonstrates a common schizoid phenotype within autistic and schizotypal tendency: implications for neuroscientific studies. *Frontiers in psychiatry*, 5, 117. doi: <https://doi.org/10.3389/fpsy.2014.00117>
3. Kotov, R.; Krueger, R.F.; Watson, D.; Achenbach, T.M.; Althoff, R.R.; Bagby, R.M.; Brown, T.A.; Carpenter, W.T. ; Caspi, A.; Clark, L.A.; Eaton, N.R.; Forbes, M.K.; Forbush, K.T.; Goldberg, D. ; Hasin, D.; Hyman, S.E.; Ivanova, M.Y.; Lynam, D.R. ; Markon, K.; Miller, J.D.; Moffitt, T.E.; Morey, L.C.; Mullins-Sweatt, S.N.; Ormel, J.; Patrick, C.J.; Regier, D.A. ; Rescorla, L.; Ruggero, C.J. ; Samuel, D.B.; Sellbom, M.; Simms, L.J.; Skodol, A.E.; Slade, T. ; Sud, S.C. ; Tackett, J.L.; Waldman, I.D.; Waszczuk, M.A.; Wright, A.G.C. & Zimmerman, M. (2017). The Hierarchical Taxonomy of Psychopathology (HiTOP): un'alternativa dimensionale alle nosologie tradizionali. *Journal of Abnormal Psychology*, 126 (4): 454-477. doi: 10.1037/abn0000258
4. American Psychiatric Association (2013). *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali – Quinta edizione*. DSM-5. Tr.it. Raffaello Cortina, Milano, 2015. doi: <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
5. World Health Organization. (2022). ICD-11: *International classification of diseases* (11th revision). doi: 10.1016/S0140-6736(19)31205-X
6. Kotov R, Krueger RF, Watson D, Cicero DC, Conway CC, Deyoung CG, Wright AGC. The hierarchical taxonomy of psychopathology (HiTOP): a quantitative nosology based on consensus of evidence. *Annu Rev Clin Psychol*. 2021;17:83–108. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-081219-093304>
7. Kotov R, Waszczuk MA, Krueger RF, Forbes MK, Watson D, Clark LA, Zimmerman M. The hierarchical taxonomy of psychopathology (HiTOP): a dimensional alternative to traditional nosologies. *J Abnorm Psychol*. 2017;126(4):454–77. <https://doi.org/10.1037/abn0000258>.
8. Krueger RF, Kotov R, Watson D, Forbes MK, Eaton NR, Ruggero CJ, Zimmermann J. Progress in achieving quantitative classification of psychopathology. *World Psychiatry*. 2018;17(3):282–93. <https://doi.org/10.1002/wps.20566>
9. Attwood, T. (2019). Guida completa alla Sindrome di Asperger. Milano: Edra
10. Lowen, A. (1993). *Il tradimento del corpo*. Roma: Edizioni Mediterranee.
11. Selvini, M., & Sorrentino, A. M. (2004). Tratto disfunzionale di personalità, costellazioni di tratti e diagnosi di personalità come guida del trattamento psicoterapeutico. *Materiale didattico scaricabile dal sito www.scuolamaraselvini.it*.