



I disturbi mentali – Parte Seconda

Testo tratto dall'intervento della

Dott. Cinzia Anna Mattavelli

Medico chirurgo specialista in psichiatria.

Vicedirettore clinico Fondazione Adele Bonolis As.Fra.

Sommario

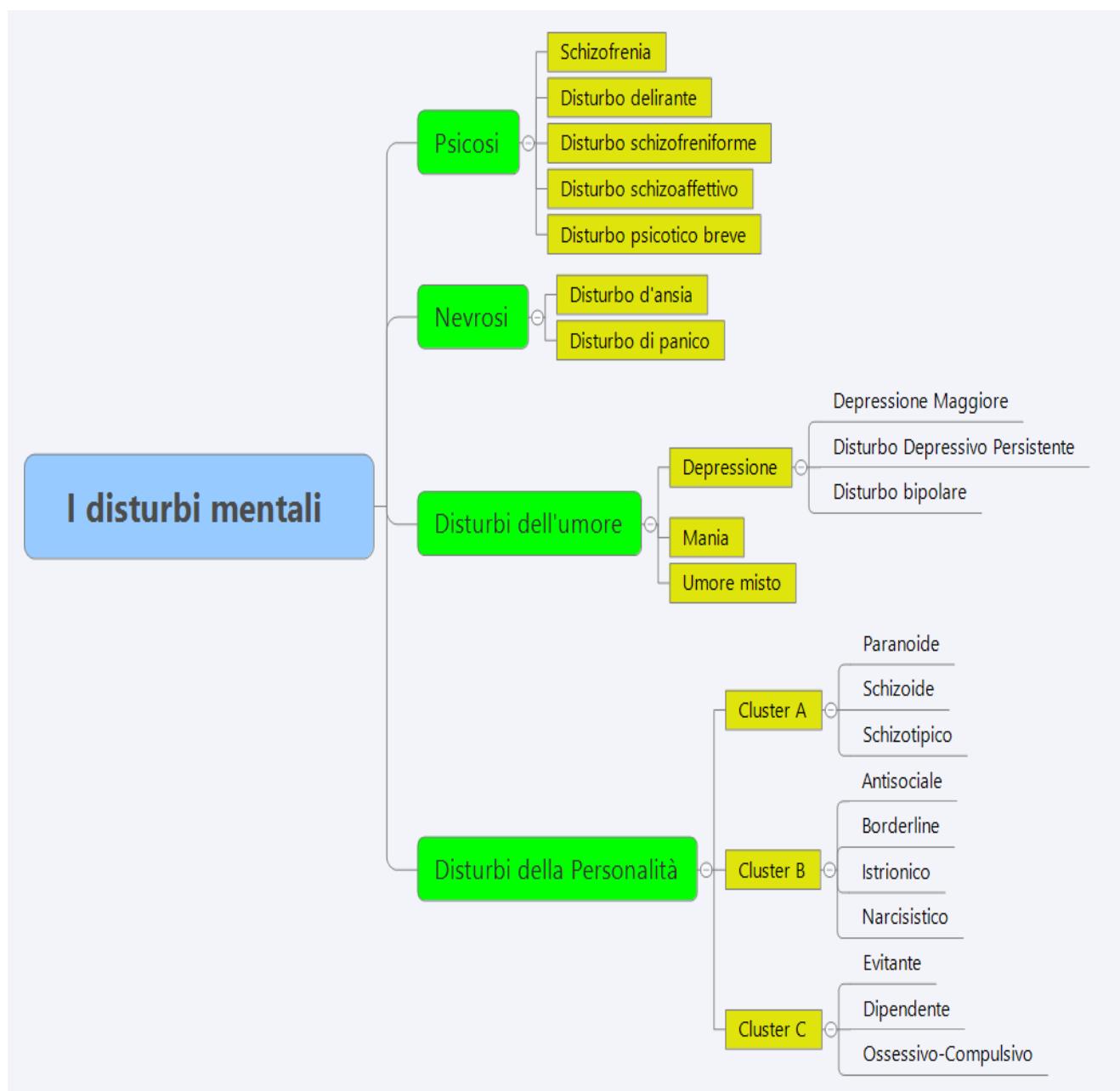
1. I disturbi mentali.....	2
2. Psicosi.....	3
2.1 Schizofrenia	4
Decorso e prognosi della schizofrenia	5
Schizofrenia e rischio suicidario.....	6
3. Nevrosi	6
3.1 Disturbi d'ansia	7
3.2 Disturbo di panico	7
4. Disturbi dell'umore	9
4.1 Disturbi depressivi	9
4.1.1 Depressione Maggiore.....	10
4.1.2 Disturbo Depressivo Persistente.....	10
4.1.3 I disturbi bipolari	11
5. Disturbi della personalità	11
5.1 Cluster A	12
5.2 Cluster B	12
5.3 Cluster C.....	13



1. I disturbi mentali

- Psicosi
- Nevrosi
- Disturbi dell'umore
- Disturbi della personalità

I **disturbi psichici** sono un evento che coinvolge il **corpo** e la **mente**, quindi la **persona** nella sua interezza. Riconosciamo la presenza di una **malattia psichica** quando rileviamo un'alterazione di **percezione e/o pensieri, emozioni e affetti, azioni e comportamenti**.





2. Psicosi

I disturbi psicotici sono definiti da anomalie psicopatologiche in uno o più dei cinque seguenti ambiti: deliri, allucinazioni, pensiero disorganizzato (eloquio), comportamento motorio grossolanamente disorganizzato o anormale (compresa la catatonìa) e sintomi negativi. Nelle psicosi la consapevolezza di essere malato è perlopiù assente e il rapporto con la realtà è alterato. Comune a tutte le forme è il disadattamento nella vita sociale, di relazione e lavorativa.

I **sintomi psicotici** sono raggruppabili in:

- **Disturbi della forma del pensiero:** alterazioni del flusso idetico, fino alla fuga delle idee e all'incoerenza, alterazione dei nessi associativi. Si può verificare pertanto deragliamento, tangenzialità e dissociazione tali da compromettere una comunicazione efficace.
- **Disturbi del contenuto del pensiero:** ideazione prevalente o delirante, fino al delirio. Il contenuto dei deliri può essere vario: bizzarro, di controllo, di gelosia, di grandezza, di inserzione del pensiero, di persecuzione, di riferimento, di trasmissione del pensiero, erotomanico o somatico.
- **Disturbi della percezione:** allucinazioni uditive, visive, olfattive, somatiche o cenestesiche, tattili, gustative. Le allucinazioni uditive sono le più comuni nei disturbi psicotici e si presentano sotto forma di voci che possono avere carattere imperativo (che danno ordini, divieti), o denigratorio (voci insultanti).

I **disturbi psicotici**, generalmente, esordiscono nell'adolescenza e nella precoce età adulta e sono il risultato di fattori biogenetici, psicologici e ambientali/sociali.

Spesso il ritiro sociale e la sintomatologia depressiva costituiscono i primi segni di malattia. I sintomi prodromici spesso possono precedere la fase attiva e sintomi residui (allucinazioni e deliri sottosoglia e sintomi negativi) la possono seguire.

I principali **disturbi psicotici** o forme di **psicosi** sono:

- Schizofrenia
- Disturbo delirante
- Disturbo schizofreniforme
- Disturbo schizoaffettivo
- Disturbo psicotico breve



2.1 Schizofrenia

La **schizofrenia** è un disturbo caratterizzato da alterazione del pensiero, della percezione, del comportamento e dell'affettività. Si manifesta con deliri, allucinazioni, eloquio disorganizzato, comportamento disorganizzato o catatonico e sintomi negativi.

Gli individui con schizofrenia spesso mostrano affettività inadeguata, umore disforico (depressione, ansia, rabbia) e alterazione del ritmo sonno/veglia.

Possono verificarsi anche depersonalizzazione, derealizzazione e preoccupazioni somatiche.

Tra i **deficit cognitivi** spesso si riscontra una diminuzione della memoria, delle funzioni linguistiche, della velocità di elaborazione e dell'attenzione.

Compare in età adolescenziale o giovanile: tra i 15 e i 25 anni negli uomini, più tardi (25-35 anni) nelle donne. L'esordio può essere acuto, nel 5-15% dei pazienti, ed è indice di una prognosi più favorevole.

La **diffusione della schizofrenia** è relativamente bassa, 1% in tutto il mondo, e trasversale: si riscontra, infatti, in tutte le classi sociali, senza distinzione di sesso, razza, territorio.

Il DSM-5 stabilisce che, per poter fare **diagnosi di schizofrenia**, la sintomatologia deve persistere per almeno 6 mesi.

Inoltre, almeno due dei seguenti sintomi devono essere presenti per almeno un mese: deliri, allucinazioni o eloquio disorganizzato.

La compromissione del funzionamento deve essere presente in una o più delle seguenti aree: lavoro, relazioni interpersonali o cura di sé.

Infine, la sintomatologia non deve essere meglio spiegata da un altro disturbo mentale, non deve essere attribuibile agli effetti fisiologici di una sostanza (sostanze, farmaci) o ad altra condizione medica.

Vengono identificati vari sottotipi clinici:

1. **Paranoide:** il paziente presenta rilevanti deliri o allucinazioni in un contesto di funzioni cognitive ed affettività preservate. Il **delirio di persecuzione** è dominante: l'individuo è convinto di essere oggetto di cospirazione, di inganno, di essere spiato, seguito o avvelenato. Il mondo è percepito come ostile e il sospetto può portare in certi casi a mettere in atto comportamenti aggressivi e violenti come forme preventive di difesa da eventuali minacce percepite.
2. **Disorganizzato:** il paziente presenta un eloquio ed un comportamento disorganizzato. Il linguaggio e i comportamenti sono incoerenti ed inadeguati rispetto al contesto, l'affettività è anch'essa disorganizzata e si possono verificare **dissociazione** del pensiero e disinteresse per il mondo circostante.
3. **Catatonico:** il paziente presenta un notevole disturbo psicomotorio: mutismo, assunzione di posture anormali, distacco dalla realtà, stati di immobilità o crisi di intensa agitazione.
4. **Indifferenziato/residuo.**



Decorso e prognosi della schizofrenia

La **schizofrenia** è una patologia grave e invalidante, che conduce spesso al ricovero ospedaliero e che deve essere attentamente diagnosticata e curata. Oggigiorno, tuttavia, la sua prognosi non è così negativa come un tempo.

La comparsa dei **sintomi negativi**, il declino delle funzioni cognitive e anomalie cerebrali si concentrano nella fase prodromica e durante il primo episodio per poi mantenersi costanti.

Il prodromo presenta sintomi negativi quali depressione, ansia, irritabilità, distraibilità, ritiro sociale, appiattimento affettivo, alogia, avolizione e diminuzione dell'espressione emozionale. L'attenzione deve crescere nel momento in cui compare la sospettosità.

I **sintomi della schizofrenia** sono molto variabili sia in relazione alla fase della malattia (prodromica, esordio o lungo termine) che alla sottotipologia clinica. Possono presentarsi in momenti critici (episodici) oppure in modo stabile e cronico e generalmente vengono suddivisi in due gruppi antitetici: sintomi positivi e negativi.

I **sintomi della schizofrenia positivi** sono manifestazioni nuove e anomale dovute alla malattia, i **sintomi della schizofrenia negativi** derivano, invece, dalla perdita di capacità che erano presenti prima dell'esordio della malattia.

I **sintomi positivi della schizofrenia** comprendono:

- **I deliri**, intesi come convinzioni contrarie alla realtà, durature, fermamente sostenute malgrado le prove del contrario, dissonanti rispetto al contesto di riferimento. Quelli più frequenti sono quelli di persecuzione, di grandezza, di riferimento, di lettura del pensiero.
- **Le allucinazioni**, cioè alterazioni della percezione per cui la persona crede di percepire cose che in realtà non ci sono. Tipiche quelle uditive, quando la persona sente voci che la insultano, la minacciano, la comandano o commentano le sue azioni.
- **La disorganizzazione e la frammentazione del pensiero**.
- **Il comportamento bizzarro e disorganizzato**.

I **sintomi negativi della schizofrenia** comprendono:

- **Apatia**
- **Appiattimento affettivo**
- **Deficit nella produttività e fluidità dell'eloquio**
- **Perdita d'iniziativa**
- **Povertà ideativa**
- **Difficoltà a mantenere l'attenzione**
- **Compromissione dei rapporti interpersonali, del funzionamento sociale e lavorativo**.



In pratica il paziente non reagisce a quelle situazioni che negli altri suscitano emozioni, perde interessi ed energie e tende a ridurre sempre più i propri rapporti sociali, fino all'isolamento.

Sono questi i **sintomi della schizofrenia** più difficili da interpretare in modo chiaro, hanno un'evoluzione lenta e graduale. Almeno all'inizio, possono non sembrare segnali specifici di una patologia così grave, ma confondersi con i sintomi depressivi.

Schizofrenia e rischio suicidario

I pazienti affetti da schizofrenia hanno una maggiore probabilità di **ricorrere al suicidio**: il 20% tenta il suicidio almeno una volta nel corso della vita e il 5% muore suicida in un periodo di 20 anni di follow up. In molti presentano una significativa ideazione suicidaria.

I fattori di rischio suicidari per la schizofrenia sono: uso di sostanze, giovane età, sintomi depressivi e alti livelli di prestazioni nella fase premorbosa.

Infine, i maschi di giovane età sembrano essere maggiormente a rischio suicidario rispetto alle femmine di pari età.

3. Nevrosi

Nella attuale classificazione psichiatrica è scomparso il termine “nevrosi” inteso come “disturbo non psicotico, cronico o ricorrente, caratterizzato soprattutto da ansia”. Il disturbo viene avvertito o espresso direttamente oppure modificato attraverso meccanismi di difesa; appare come un sintomo, ad esempio, un'ossessione, una compulsione, una fobia o una disfunzione sessuale.

Anche se non viene usato nel DSM, il termine nevrosi è ancora presente nella letteratura e nell'ICD-10.

Una nevrosi può essere sufficiente, e di solito lo è, ad alterare il funzionamento di una persona in numerose aree. Molti autori ritengono che il termine sia utile nella psichiatria contemporanea e dovrebbe essere mantenuto.

Nelle nevrosi la consapevolezza di essere malato è presente e il rapporto con la realtà è conservato. Sintomo comune a tutte le forme è l'ansia.



3.1 Disturbi d'ansia

Classificazione:

1. Disturbo di panico
2. Disturbo d'ansia sociale: Fobia sociale
3. Fobia specifica
4. Disturbo d'ansia generalizzato
5. Agorafobia
6. Mutismo selettivo
7. Disturbo d'ansia da separazione
8. Disturbo d'ansia indotto da sostanze/farmaci
9. Disturbo d'ansia dovuto ad un'altra condizione medica
10. Disturbo d'ansia con altra specificazione
11. Disturbo d'ansia senza specificazione

3.2 Disturbo di panico

L'attacco di panico è un evento caratterizzato da un'ansia molto intensa, tachicardia, fiato corto e paura di morire o di impazzire. Può presentarsi in qualsiasi momento e spesso è associato a periodi di forte stress e stanchezza. Quando gli attacchi di panico si presentano frequentemente in un breve lasso di tempo allora si parla di **disturbo di panico**.

Secondo il DSM-5 la diagnosi di disturbo di panico è possibile se sono presenti almeno 4 dei seguenti sintomi:

- palpazioni o tachicardia
- sudorazione
- tremori
- sensazione di fiato corto o di fatica nel respirare
- sensazione di soffocamento
- dolore retrosternale
- nausea o dolori addominali
- vertigini, sensazione di instabilità, testa leggera o sensazione di svenimento



- brividi o vampe di calore
- parestesie (sensazioni di formicolio o di intorpidimento)
- derealizzazione (sensazioni di irrealità) o depersonalizzazione (sentirsi separato da se stesso)
- sensazione di perdita del controllo o di “diventare matto”
- paura di morire

Inoltre per almeno un mese il soggetto presenta una persistente paura e preoccupazione di avere altri attacchi di panico. Questo provoca inoltre una riduzione della qualità di vita del soggetto. Ad esempio con la riduzione significativa della vita sociale, o lavorativa.

Le **cause** degli attacchi di panico possono essere molto diverse tra loro. In genere il primo attacco si verifica durante un periodo particolarmente stressante dell’individuo. Lo **stress** può essere dovuto ad un evento acuto oppure alla presenza di numerosi fattori concomitanti.

Le principali cause di un attacco di panico possono essere:

- lutti
- malattie gravi
- cambiamenti importanti nella vita (matrimonio, lavoro, separazioni)
- periodi di iperlavoro o di scarso riposo
- situazioni relazionali conflittuali
- cambiamenti di ruolo (ad es. il pensionamento)
- traumi
- problematiche finanziarie

Dopo il primo attacco in genere l’individuo sviluppa una forte preoccupazione e vive in uno stato costante di apprensione, in una sorta di ansia anticipatoria, di “paura della paura” che porta ad aumentare i livelli di stress e quindi favorire futuri attacchi. Si instaura quindi un circolo vizioso, dove è la paura di stare male che alimenta l’ansia. L’ansia diventa panico e si produce un nuovo attacco.

In altri casi gli attacchi di panico sono invece causati da un disturbo più grave.

La depressione maggiore, i disturbi alimentari, il disturbo post-traumatico da stress sono alcuni dei disturbi che possono presentare, in comorbilità, un disturbo di panico.

L’attacco di panico va in remissione spontaneamente. I sintomi infatti dopo circa una ventina di minuti spariscono lasciando il soggetto in uno stato di profondo sbigottimento e allarme. Attraverso tecniche di controllo del respiro è possibile limitare la durata degli attacchi o impedirne l’insorgenza.



In genere chi soffre di attacchi di panico sviluppa delle conseguenze psicologiche sia sul piano cognitivo ed emotivo, sia sul piano comportamentale. Può svilupparsi preoccupazioni rispetto alla propria salute fisica (i pazienti possono pensare che gli attacchi siano dovuti ad una qualche grave malattia che mette in pericolo la loro vita) oppure possono svilupparsi problemi nella sfera sociale e nelle autonomie personali.

4. Disturbi dell'umore

I **disturbi dell'umore** sono un insieme di patologie tra loro piuttosto differenti, ognuna delle quali è caratterizzata da alcuni sintomi specifici. Ciò che però li caratterizza tutti è l'**alterazione patologica del tono dell'umore** che crea marcato disagio psicologico oltre a problematiche nel funzionamento sociale e relazionale.

Le alterazioni del tono dell'umore sono principalmente:

- la depressione caratterizzata da tristezza, calo della spinta vitale e ideazioni negative;
- la mania caratterizzata da eccessiva euforia, logorrea, aumento della velocità del pensiero fino a sfociare in sintomi psicotici come deliri;
- l'umore misto caratterizzato dalla presenza concomitante di sintomi depressivi e sintomi maniacali, detto anche “**umore disforico**”.

Alcune persone sviluppano solamente la tendenza a presentare un tono d'umore basso alternato a momenti di relativo benessere (umore in equilibrio) e si parla quindi di **depressioni unipolari**. Altri sviluppano invece un disturbo in cui si alternano momenti di depressione e momenti di mania (o ipomania). In questi casi si parla di **disturbi bipolari** o depressioni bipolari.

La **frequenza** con cui si manifestano i **disturbi dell'umore** nella popolazione generale è **molto alta** rispetto ad altre patologie o disturbi psichiatrici. Il **disturbo depressivo maggiore** è il **disturbo dell'umore** più conosciuto e maggiormente diffuso. Secondo molti studi è il disturbo con il **più alto trend di crescita** soprattutto nella cultura occidentale. Nel mondo occidentale la probabilità di sviluppare un disturbo depressivo nell'arco della vita si aggira intorno al **17%**.

Per quanto riguarda i **disturbi depressivi** vi è una netta prevalenza del disturbo **nelle donne** (circa il doppio rispetto agli uomini). Alcuni studi osservano come questa tendenza **scompaia con l'avanzare dell'età**. In età geriatrica, quindi per persone che hanno superato i 65 anni, la depressione senile sembra infatti colpire indistintamente uomini e donne. Per quel che riguarda invece il **disturbo bipolare** non c'è differenza tra sesso maschile e femminile e la probabilità di sviluppare il bipolarismo nell'arco della vita si aggira intorno all'**1%**.

Nel **DSM-5** i disturbi dell'umore sono stati suddivisi in due categorie distinte:

i Disturbi Depressivi e i Disturbi Bipolari.

4.1 Disturbi depressivi



Più che di depressione, dovremmo parlare di “**depressioni**”, in quanto sono descritte diverse sindromi. Quando si parla di un **disturbo depressivo** è importante sottolineare come **non tutte le modificazioni del tono dell'umore sono da considerarsi patologiche**. A tutti capita di provare, in alcuni momenti della propria vita, sentimenti come tristezza, sconforto, pessimismo. Essere tristi è normale e fa parte della vita. Ma in un soggetto sano queste sensazioni **hanno breve durata**.

Si parla di depressione quando il **disturbo dell'umore** è pervasivo e influenza significativamente il funzionamento sociale, lavorativo e relazionale del soggetto. Riconoscere un **disturbo depressivo** in fase iniziale è importante in quanto, più rapida è la diagnosi, migliore è la prognosi. Molto spesso invece persone convivono con un **disturbo depressivo** per anni. Per poi arrivare ad uno specialista mediamente **dopo due anni** dall'esordio del disturbo.

4.1.1 Depressione Maggiore

La depressione maggiore, detta anche depressione endogena, è una depressione non direttamente collegabile a particolari eventi (lotti, perdite, situazioni stressanti). I sintomi principali della depressione maggiore riguardano il tono dell'umore, la spinta vitale, i pensieri e la capacità di concentrazione. Nello specifico la depressione maggiore si caratterizza per questi sintomi:

- umore depresso** per la maggior parte della giornata
- marcato **disinteresse** verso le normali attività
- significativa** perdita di peso o alterazioni dell'appetito (aumento o diminuzione significativi)
- insonnia o ipersonnia **persistente**
- agitazione psicomotoria** o **rallentamento della motricità**
- sensazione** di fatica o di **perdita di energie**
- bassa autostima** o **eccessivi** sensi di colpa
- diminuzione** delle capacità di **attenzione e concentrazione**
- ricorrenti pensieri di morte, ideazioni suicidarie o tentativi di suicidio**

Secondo il DSM-5 per poter fare diagnosi di disturbo depressivo maggiore è necessario che siano presenti **almeno cinque di questi sintomi per una durata di almeno due settimane**.

4.1.2 Disturbo Depressivo Persistente

Il **disturbo depressivo persistente**, chiamato in passato “distimia” o “disturbo distimico” è un disturbo caratterizzato da un **umore depresso cronico**, che si manifesta quasi tutti i giorni, **per almeno due anni**. Possono verificarsi periodi in cui l'umore è “nella norma” ma tendenzialmente non durano che qualche giorno o qualche settimana. In genere questo tipo di disturbo è difficile da individuare in quanto i **sintomi** principali non sono così invalidanti come il disturbo depressivo maggiore. I sintomi del **disturbo depressivo persistente** sono:

- scarso o eccessivo appetito**



- insonnia o ipersonnia**
- scarsa energia e senso costante di fatica**
- bassa autostima**
- calo della concentrazione e difficoltà a prendere decisioni**
- sensazione di essere “**senza speranza**”

Secondo il DSM-5 per poter fare diagnosi di una disturbo depressivo persistente è necessaria la presenza di **almeno due sintomi sopra elencati per una durata di almeno due anni**.

4.1.3 I disturbi bipolari

A differenza dei disturbi depressivi, che sono caratterizzati da una sola polarità, (ossia il disturbo dell’umore si manifesta solamente con la variante depressiva) nei disturbi bipolari osserviamo la presenza di **episodi maniacali o ipomaniacali alternati a episodi depressivi**.

Nella mania o nell’ipomania l’umore si definisce “**espanso**”, elevato, euforico. Un paziente che presenta un episodio maniacale può mostrare logorrea, accelerazione del contenuto del pensiero, ridotto bisogno di sonno, attivazione psicomotoria, fino a portare a spese eccessive e comportamenti disinibiti. I disturbi bipolari sono così suddivisi:

- Disturbo Bipolare I**: caratterizzato da alternanza di episodi maniacali, ipomaniacali e depressivi
- Disturbo Bipolare II**: caratterizzato da alternanza di episodi ipomaniacali e depressivi
- Ciclotimia**: caratterizzata da alternanza di lievi episodi ipomaniacali e lievi episodi depressivi
- Disturbo Bipolare indotto da sostanze**: quando l’alterazione del tono dell’umore è attribuibile solamente a farmaci o sostante assunte dal paziente

5. Disturbi della personalità

La **personalità** è il peculiare modo di pensare, sentire e comportarsi che ci distingue gli uni dagli altri. La **personalità** di ciascuno di noi è influenzata dalle esperienze che facciamo, dall’ambiente nel quale cresciamo e da aspetti ereditari. La **caratteristica della personalità** è quella di rimanere stabile nel tempo.

I **disturbi della personalità** sono modelli disadattivi di pensiero, e comportamento che differiscono significativamente da ciò che ci si aspetta, cioè si discostano dalle norme e dalle aspettative sociali del proprio ambiente di riferimento.

Spesso il comportamento è egosintonico, cioè è coerente e funzionale rispetto all’immagine di sé, e quindi è percepito come appropriato, questo contribuisce alla rigidità e pervasività in più aree di vita.



In generale, i **disturbi di personalità** sono diagnosticati nel 40-60% dei pazienti psichiatrici, rendendoli i più frequenti nelle diagnosi psichiatriche. I **disturbi di personalità** sono generalmente riconoscibili nell'adolescenza, l'inizio dell'età adulta o talvolta anche dell'infanzia.

I **disturbi della personalità** influenzano almeno due di queste aree:

- il modo di pensare a se stessi e agli altri
- il modo di rispondere emotivamente
- il modo di relazionarsi con altre persone
- il modo di controllare il proprio comportamento

Classificazione dei Disturbi della personalità

I **disturbi di personalità** sono raggruppati in tre cluster basati su somiglianze descrittive:

5.1 Cluster A

Il cluster A è caratterizzato da comportamenti "strani" o eccentrici, diffidenza e tendenza all'isolamento

-**Paranoide**: vi è diffidenza e sospettosità verso gli altri, ai quali si tende ad attribuire cattive intenzioni; teme di venire danneggiato o ingannato, anche a fronte di mancanza di prove concrete;

-**Schizoide**: vi è ritiro e introversione nei rapporti sociali, distacco emotivo e freddezza; la prossimità degli altri e l'intimità sono vissute con fastidio e timore ma sono altresì indifferenti alle opinioni degli altri nei loro confronti;

-**Schizotipico**: vi è ritiro sociale e distacco emotivo, ma il comportamento e anche il pensiero risultano bizzarri e atipici. Può esserci pensiero magico e paranoide.

5.2 Cluster B

Il cluster B è caratterizzato da comportamenti drammatici e dalla forte emotività espressa, egocentrismo e scarsa empatia

-**Antisociale**: ignora o viola i diritti degli altri, non dà valore alla norma sociale e usa l'altro per raggiungere i propri scopi (a differenza della **personalità** narcisistica lo sfruttamento dell'altro è puramente utilitaristico e non giustificato dalla propria presunta superiorità); può mentire ripetutamente o ingannare gli altri e agire impulsivamente;

-**Borderline**: presenta instabilità nei rapporti personali, emozioni intense e scarsa capacità di regolarle, scarsa autostima e impulsività, senso cronico di vuoto e solitudine; una visione di sé e dell'altro che può passare velocemente da rappresentazioni opposte e scarsamente integrate; estrema sensibilità all'abbandono (reale o immaginario) al quale può reagire con disperati tentativi di evitarlo, auto ed etero aggressività, fino ad arrivare a comportamenti anticonservativi;

-**Istrionico**: è caratterizzato da una costante ricerca di attenzione da parte degli altri e dall'espressione drammatica di sentimenti ed emozioni; sempre preoccupati della loro immagine, le persone che soffrono di questo disturbo possono usare l'aspetto fisico e la seduzione per attirare l'attenzione, ma anche mostrare comportamenti infantili o esasperare una condizione di fragilità per ricevere cura e protezione;



-**Narcisistico:** caratterizzata da senso di superiorità, bisogno di ammirazione e mancanza di empatia per gli altri; sentendosi grandiosi credono di essere ammirati e invidiati dagli altri e si muovono come se avessero particolare diritto a soddisfare i propri bisogni e desideri, considerando l'altro come un mezzo per arrivare a tale scopo; sono sensibili al fallimento e alla critica che, disconfermando la propria grandiosità, possono suscitare rabbia ma anche indurre stati depressivi.

5.3 Cluster C

Il cluster C è caratterizzato da comportamenti ansiosi o timorosi e da scarsa autostima

-**Evitante:** presenta timidezza, sentimenti di inadeguatezza ed estrema sensibilità alle critiche; la difficoltà a stare in relazione spinge all'isolamento che però, a differenza della personalità schizoides, è vissuto con sofferenza e cela un forte desiderio di accettazione e vicinanza da parte dell'altro; critiche, rifiuti e abbandoni aumentano il ritiro sociale e, a differenza del disturbo borderline, non provocano rabbia ma vergogna e tristezza

-**Dipendente:** vi è insicurezza e scarsa autostima, difficoltà a prendere decisioni quotidiane in assenza di rassicurazioni da parte degli altri. Possono sentirsi a disagio o indifesi quando sono soli, a causa del timore di essere incapaci di prendersi cura di se stessi; tendono a sottomettersi all'altro mettendo i propri bisogni e le proprie opinioni in secondo piano per il timore che l'altro possa risentirsi a e allontanarsi;

-**Ossessivo-compulsiva:** caratterizzata dalla preoccupazione per l'ordine, la perfezione e il controllo, spesso inflessibile in tema di moralità e valori; l'intolleranza all'incertezza e all'errore la rende poco flessibile e adattabile al cambiamento ed estremamente rallentata nel processo decisionale; la personalità ossessivo-compulsiva può essere eccessivamente concentrata su dettagli o programmi da svolgere tanto da faticare nel completamento di un compito o un'attività intrapresa, può lavorare eccessivamente sottraendo tempo a svago e amicizie; a differenza del disturbo ossessivo-compulsivo non presenta pensieri ossessivi e rituali.