



MASTER DI SECONDO LIVELLO
ONE HEALTH

Personalità e meccanismi di difesa: aspetti psicologici e sociali

Lingiardi Vittorio, Tanzilli Annalisa



DIPARTIMENTO
DI PSICOLOGIA DINAMICA
CLINICA E SALUTE

SAPIENZA
UNIVERSITÀ DI ROMA

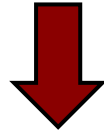
Galleria di ritratti, tipi e caratteri (vedi Teofrasto, IV sec a.C)



La compiacente	Il superbo	Lo spilorcio	Il diffidente	La pettegola	L'arrogante
					
					
L'adulatore	Il vigliacco	La seducente	Lo zelante	Il furfante	Il calcolatore

Personalità

Dall'etrusco ϕ ersu e dal latino persona



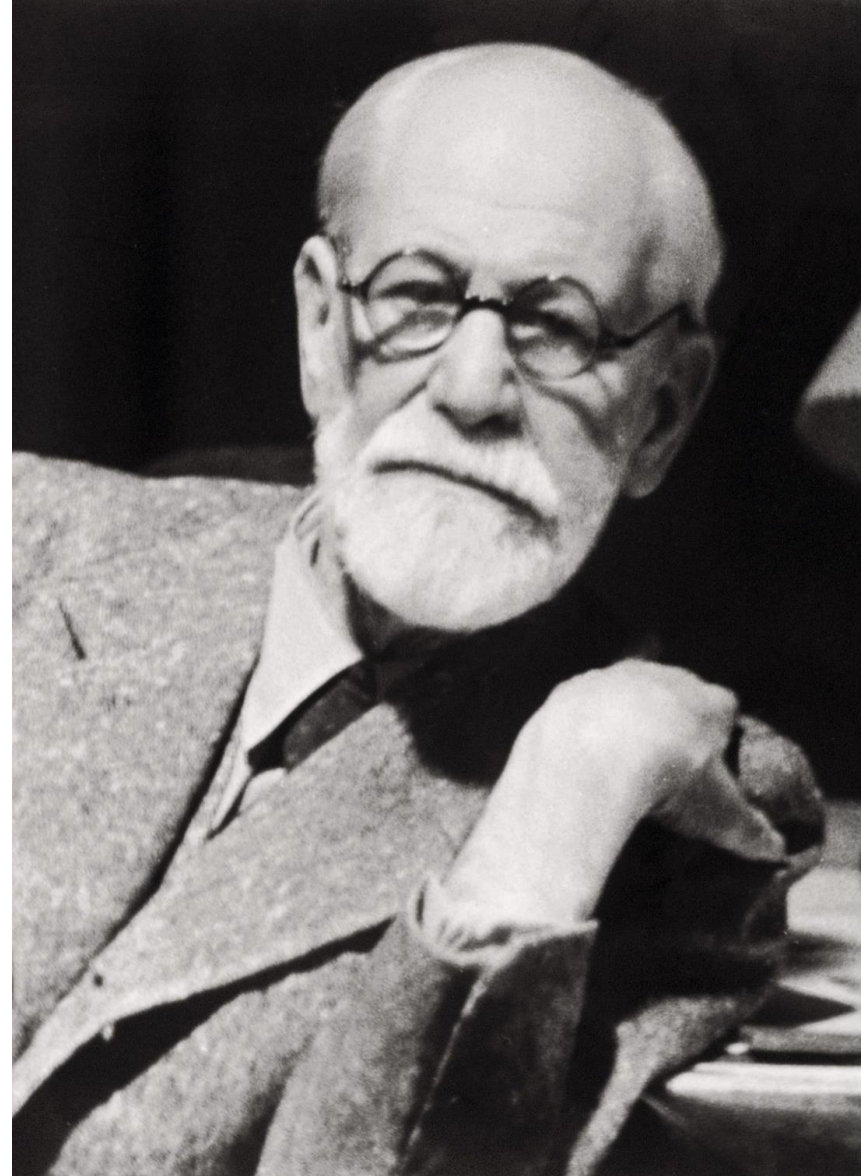
Maschera, indossata dagli attori che, interpretando i loro personaggi in grandi anfiteatri e dovendo farsi sentire dal pubblico, parlavano da una piccola apertura a imbuto attraverso (per-) la quale diffondevano meglio il suono (-sona) della voce.

Amplificazione delle caratteristiche individuali del personaggio rappresentato dall'attore.

Interfaccia tra ciò che appare all'esterno e l'interiorità, la «voce» dell'individuo.

Se gettiamo per terra un cristallo, questo si frantuma, ma non in modo arbitrario; si spacca secondo le sue linee di sfaldatura in pezzi i cui contorni, benché invisibili, erano tuttavia determinati in precedenza dalla struttura del cristallo”


(Sigmund Freud).



Definizioni di personalità

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) definisce la personalità «una modalità strutturata di pensiero, sentimento e comportamento che caratterizza il tipo di adattamento e lo stile di vita di un soggetto e che risulta da fattori costituzionali, dello sviluppo e dell'esperienza sociale».



- Pur conservando significativi elementi di stabilità e continuità, *la personalità non è fissa e immutabile, ma evolve lungo tutto l'arco della vita.*
- *Ciò che è stabile sono i pattern psicologici e i temi organizzativi sottesi alla personalità, che possono esprimersi in modo contingente a seconda delle circostanze.*  In altre parole, ciò che è stabile non è il comportamento di per sé, ma le dinamiche psicologiche che possono essere attivate o rimanere silenti in una data circostanza.
- Lo studio della personalità richiede, quindi, un'attenzione sia agli aspetti **nomotetici** (caratteristiche, disposizioni, modi di agire comuni ai diversi individui, e che quindi possono essere studiati e descritti a livello delle popolazioni che li manifestano) sia agli aspetti **idiografici** (la specifica combinazione di caratteristiche psicologiche, esperienze e significati che descrivono il singolo individuo, e che non possono essere generalizzati a popolazioni specifiche).

Definizioni di personalità

Personalità

Definiamo la “personalità” come un insieme di modalità relativamente stabili di pensare, sentire, comportarsi e mettersi in relazione con gli altri. In questo contesto, con il termine “pensare” non intendiamo solo i sistemi di credenze e il modo in cui attribuiamo significato a noi stessi e agli altri, ma anche i valori morali e gli ideali. Ognuno di noi ha un insieme di assunti personali di riferimento per mezzo dei quali cerca di capire la propria esperienza, un insieme di valori e di modi caratteristici per perseguire ciò a cui si attribuisce importanza, un repertorio di emozioni familiari e le modalità tipiche di gestirle, e alcuni pattern caratteristici di comportamento, specialmente nelle relazioni personali. Il concetto di “personalità” descrive il tipo di adattamento e il modo di vivere caratteristici di ogni individuo – pattern che può essere considerato come il risultato dell’influenza reciproca di fattori costituzionali ed evolutivi da un lato, e di fattori ambientali come l’esperienza sociale e culturale dall’altro. Alcuni di questi processi sono consci, e quindi sperimentati come volontari, mentre altri sono inconsci, automatici e non immediatamente accessibili all’introspezione (o, per usare un termine oggi molto in voga, “impliciti”).

Altre keywords

Temperamento

Il termine “temperamento” fa riferimento alle componenti costituzionali della personalità – in particolare alle disposizioni relativamente stabili presenti fin dalla nascita (Kagan, 1994; Thomas, Chess, Birch, 1968). La maggior parte di questi aspetti dell’esperienza e dell’espressione di sé è determinata a livello genetico o epigenetico, ma alcuni elementi che determinano in modo stabile il temperamento possono derivare da eventi intrauterini che hanno conseguenze su tutto l’arco di vita, come l’esposizione prenatale a una produzione eccessiva di ormoni dello stress nel corpo materno (Panksepp, 2001).

Carattere

Il termine “carattere” deriva dal greco *kharássein* “incidere, tratteggiare, iscrivere”. Indica l’insieme delle caratteristiche psichiche distintive di un individuo, che costituiscono il suo “marchio”. Il termine è stato ampiamente utilizzato dai primi autori psicoanalitici (per esempio, Abraham) per riferirsi alla teoria dello sviluppo psicosessuale e al concetto di fissazione (carattere orale, anale, fallico o genitale). Reich (1933) lo ha usato come sinonimo di “personalità” così come la intendiamo oggi. Nell’uso contemporaneo, tuttavia, il termine “carattere” sembra implicare anche aspetti inerenti a qualità morali o altre peculiarità, per esempio nelle espressioni “È proprio una persona di buon carattere” oppure “Che caratterino!”. In inglese sembra inoltre implicare aspetti di eccentricità o unicità, come nell’espressione “He is quite a character!” (quest’ultimo uso, che in italiano potremmo tradurre con “È proprio un bel tipo!”, mette in rilievo la specialità dell’individuo più che la sua appartenenza a un gruppo di individui).

Altre keywords

Tratti

Con il termine “tratti” si indicano, secondo una definizione ristretta, attributi psicologici che possono essere studiati a livello di una popolazione specifica, in modo che l’individuo possa essere localizzato lungo un *continuum* (ovvero descritto con un “basso” o un “alto” livello di quel tratto specifico) in una data popolazione o all’interno di un campione normativo di riferimento. Concetti come “amicalità” e “coscienziosità” sono esempi di tratti. Il Five-Factor Model è noto, soprattutto nella tradizione accademica, come un modello di comprensione della personalità basato, appunto, sui tratti, che permette di stilare un “profilo psicologico” in base al modo in cui un individuo può essere collocato su una certa dimensione se confrontato con altre persone. Il concetto di “tratto” varia a seconda del contesto teorico, ma la sua caratteristica più condivisa è la stabilità. I più recenti indirizzi cognitivo-interazionisti hanno sottolineato l’importanza di eliminare dal concetto di tratto ogni traccia dell’essentialismo un tempo suggerito dal termine, per intenderlo piuttosto come “un fenomeno in costruzione” – in altre parole, come una variabile moderatrice della personalità che influenza la relazione di un individuo con l’ambiente circostante. Pur nella variabilità delle loro manifestazioni in popolazioni diverse, alcuni tratti della personalità sembrano emergere in modo sistematico come variabili transculturali.

Non esiste una tassonomia universale dei tratti che definisca l’architettura di base della personalità.

Principali modelli biologici dei tratti:

- Eysenk (1994): estroversione, nevroticismo e psicoticismo;
- Cloninger (2000): ricerca di novità, evitamento del danno, dipendenza dalla ricompensa e persistenza;

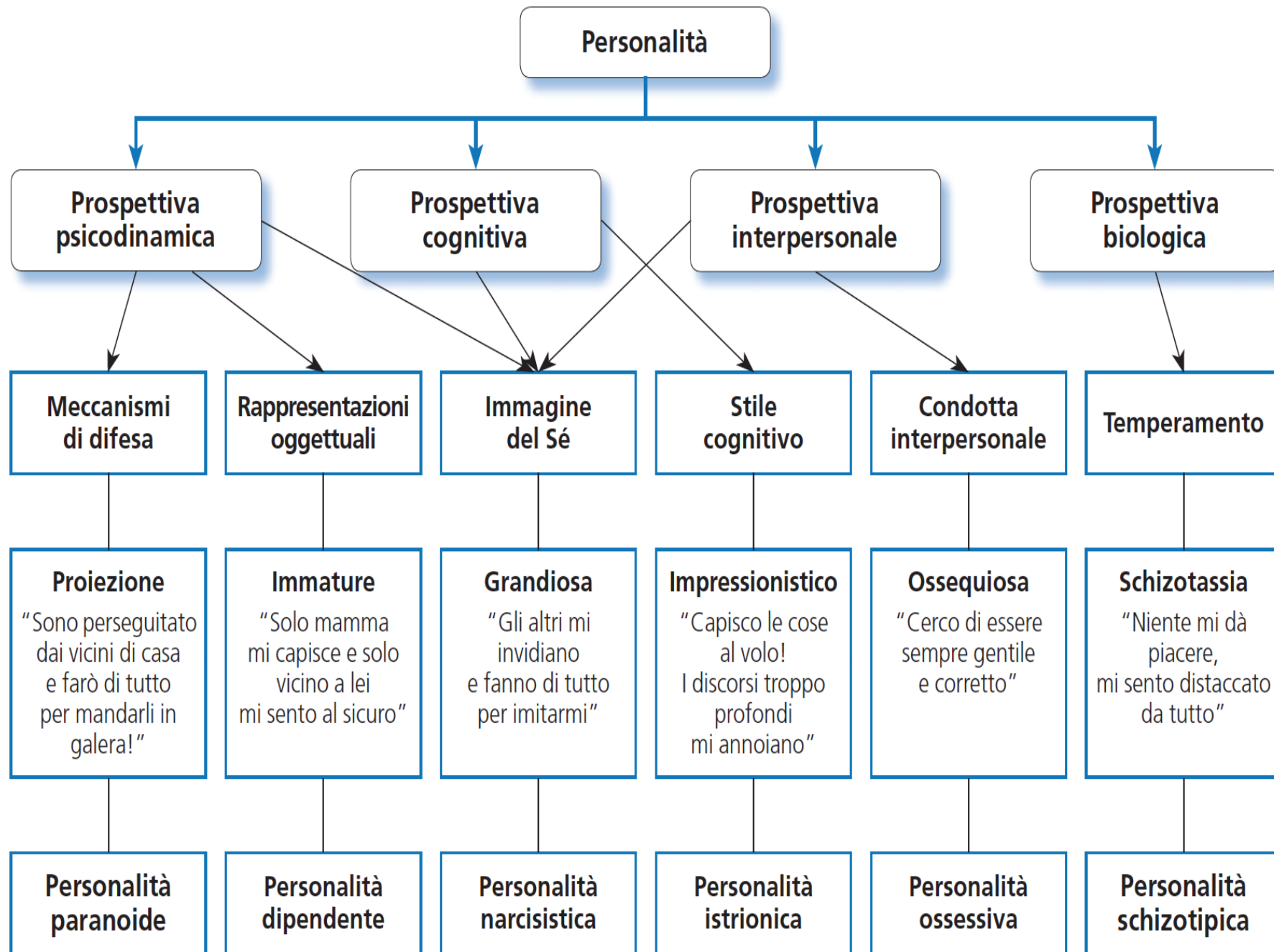
Modello dei Big Five Factors (McCrae, Costa, 1992, 1997): nevroticismo, estroversione, gradevolezza, coscienziosità e apertura all’esperienza.

Altre keywords

Stile di personalità

Il concetto di “stile” è simile a quello di “tipo”, in quanto evita deliberatamente di connotare in senso psicopatologico un pattern identificabile. Questa parola è spesso usata per indicare un tipo di personalità non sufficientemente problematico da consentire il ricorso al termine “disturbo”. Per esempio, una donna con uno “stile” ossessivo mostra tratti e difese relativamente adattivi che solo nelle loro forme più estreme e disadattive caratterizzerebbero un disturbo di personalità ossessivo. In altre parole, ha una personalità ossessiva e non un disturbo ossessivo di personalità. Il termine “stile” è stato ampiamente utilizzato, anche in diverse edizioni del DSM, per descrivere una configurazione più o meno stabile e “quotidiana” della personalità di un individuo.

Shapiro (1965), i cui lavori hanno reso popolare quest’uso del termine, notava che “gli stili di funzionamento sono una matrice di specifici tratti o sintomi”, che sono “presumibilmente resistenti al cambiamento e, quindi, garantiscono non solo una coerenza all’individuo, ma anche una relativa stabilità per lunghi periodi di tempo” (p. 6). Più di recente, e probabilmente grazie alla sua connotazione non patologica, la nozione di “stile” è stata applicata ai pattern di attaccamento (per esempio: “Questo bambino ha uno stile di attaccamento evitante”).



	Adattamento	Livello subclinico	Disturbo	Grave disturbo
Perfezionismo	Cerco di fare le cose per bene.	Devo dedicarmi alle cose fino a quando non sono "perfette".	Devo dedicarmi alle cose fino a quando non sono "più che perfette", anche se vanno già bene per lo scopo per cui le ho fatte.	Niente è mai fatto bene abbastanza e per questo è raro che io riesca a finire un lavoro.
Laboriosità	Credo nell'etica del lavoro.	Raramente faccio una pausa per riposarmi o distrarmi.	Detesto "perdere tempo". Raramente riesco a prendermi una vacanza.	Non riesco a vivere senza lavorare. Spesso finisco così tardi che mi fermo a dormire in ufficio.
Controllo e pianificazione	Prima di prendere una decisione preferisco vagliare varie possibilità.	Prima di prendere una decisione devo analizzare tutte le alternative.	Prendo in considerazione così tante alternative che poi faccio davvero fatica a decidermi.	Mi perdo nel tentativo di prevedere tutte le possibilità e i dettagli, e così rinvio tutto e non decido niente.
Moralità	Mi piace sentirmi a posto con la mia coscienza.	A volte sono intollerante verso le persone più elastiche di me.	Sono disgustato dal lassismo e dall'incompetenza che vedo in tutti quelli che mi circondano.	Chiunque devia dai miei standard morali andrebbe punito.
Inibizione emotiva	Non sono facile all'entusiasmo.	Raramente mi emoziono.	Non mi emoziono e non riesco mai a lasciarmi andare.	Non capisco a cosa servano le emozioni e penso che impediscano di rimanere lucidi.

I disturbi di personalità nel DSM-5-TR

Il DSM differenzia i *tratti* dai *disturbi* della personalità:

I **tratti** di personalità sono modi costanti di percepire, rapportarsi e pensare nei confronti dell'ambiente e di se stessi, che si manifestano in un ampio spettro di contesti sociali e personali. Soltanto quando i tratti di personalità sono rigidi e non adattivi, e causano una compromissione funzionale significativa o una sofferenza soggettiva, essi costituiscono Disturbi di Personalità.

Un **disturbo di personalità** rappresenta un modello di esperienza interiore e di comportamento che devia marcatamente rispetto alle aspettative della cultura dell'individuo, è pervasivo e inflessibile, esordisce nell'adolescenza o nella prima età adulta, è stabile nel tempo, e determina disagio o menomazione.

I disturbi di personalità nel DSM-5-TR

Criteria

- A. Un pattern abituale di esperienza interiore e di comportamento che devia marcatamente rispetto alle aspettative della cultura dell'individuo. Questo pattern si manifesta in due (o più) delle seguenti aree:
 - 1. Cognitività (cioè modi di percepire e interpretare se stessi, gli altri e gli avvenimenti).
 - 2. Affettività (cioè varietà, intensità, labilità e adeguatezza della risposta emotiva).
 - 3. Funzionamento interpersonale.
 - 4. Controllo degli impulsi.
- B. Il pattern abituale risulta inflessibile e pervasivo in un'ampia varietà di situazioni personali e sociali.
- C. Il pattern abituale determina disagio clinicamente significativo o compromissione del funzionamento in ambito sociale, lavorativo o in altre aree importanti.
- D. Il pattern è stabile e di lunga durata, e l'esordio può essere fatto risalire almeno all'adolescenza o alla prima età adulta.
- E. Il pattern abituale non risulta meglio giustificato come manifestazione o conseguenza di un altro disturbo mentale.
- F. Il pattern abituale non è attribuibile agli effetti fisiologici di una sostanza (per es., una sostanza di abuso, un farmaco) o di un'altra condizione medica (per es., un DCT).

Classificazione dei disturbi di personalità secondo il DSM-5

Cluster A	Disturbo paranoide di personalità Disturbo schizoide di personalità Disturbo schizotipico di personalità
Cluster B	Disturbo antisociale di personalità Disturbo borderline di personalità Disturbo istrionico di personalità Disturbo narcisistico di personalità
Cluster C	Disturbo dipendente di personalità Disturbo evitante di personalità Disturbo ossessivo-compulsivo di personalità

I disturbi di personalità nel DSM-5-TR

Disturbi di personalità

Caratteristiche generali

Paranoide

Diffidenza e sospettosità che spingono a interpretare le motivazioni degli altri come malevole e di conseguenza ad assumere atteggiamenti ostili e controllanti.

Schizoide

Distacco nelle relazioni sociali, affettività appiattita, scarsa assertività, difficoltà di mentalizzazione e ritiro nella fantasia.

Schizotipico

Disagio acuto nelle relazioni intime, distorsioni cognitive o percettive, eccentricità nel comportamento.

Antisociale

Inosservanza e violazione dei diritti degli altri, tendenza a manipolare, mancanza di empatia e incapacità di sentirsi in colpa.

Borderline

Instabilità delle relazioni interpersonali, nell'immagine di sé e nello sviluppo degli affetti associata a intense angosce abbandoniche e spesso segnata da marcata impulsività.

Istrionico

Emotività eccessiva, drammatizzazione, sessualizzazione delle relazioni, egocentrismo e costante ricerca di attenzione.

Narcisistico

Marcata inibizione sociale con sentimenti di inadeguatezza e ipersensibilità ai giudizi negativi.

Evitante

Marcata inibizione sociale con sentimenti di inadeguatezza e ipersensibilità ai giudizi negativi.

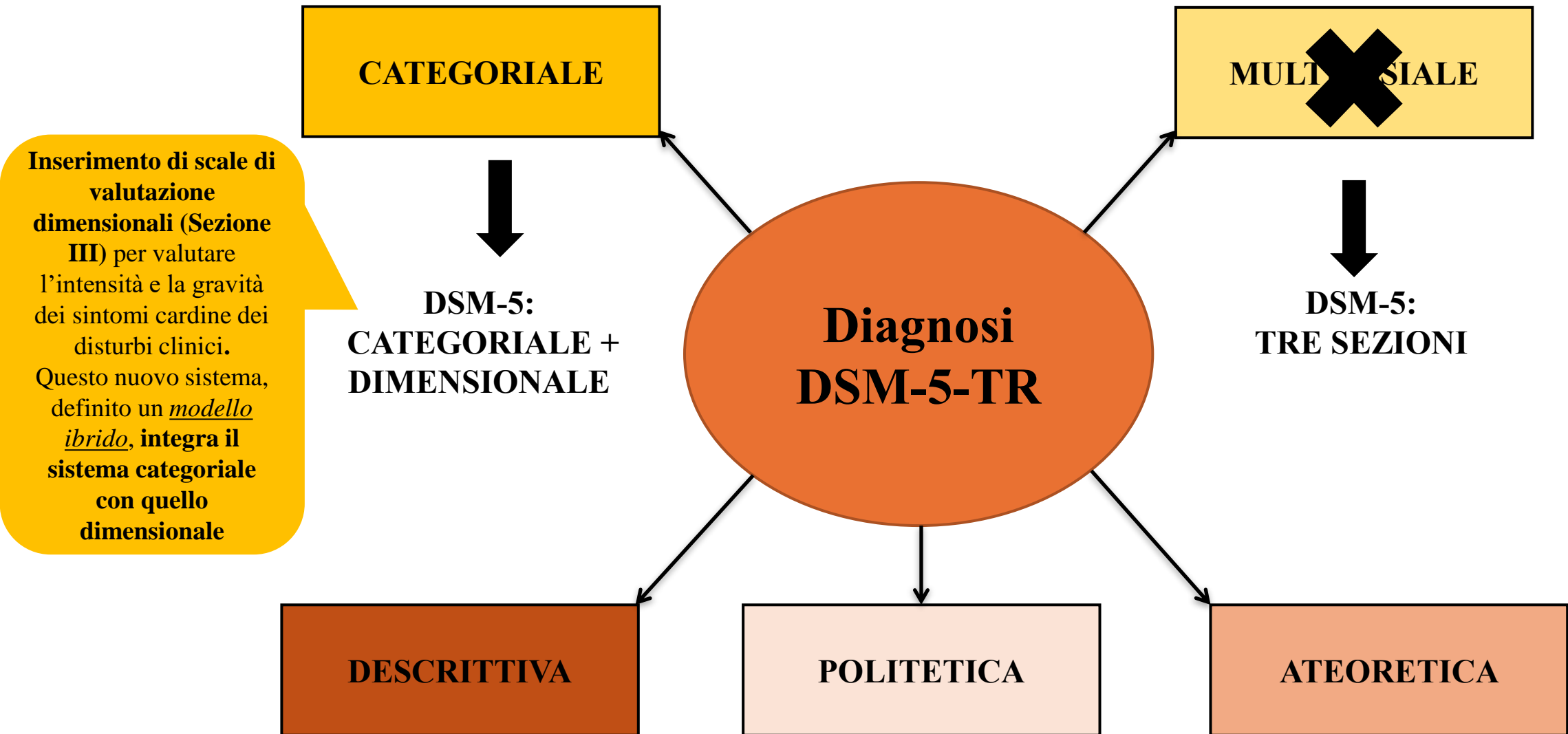
Dipendente

Comportamento sottomesso e adesivo legato a un eccessivo bisogno di essere accudito e a una scarsa fiducia in se stessi.

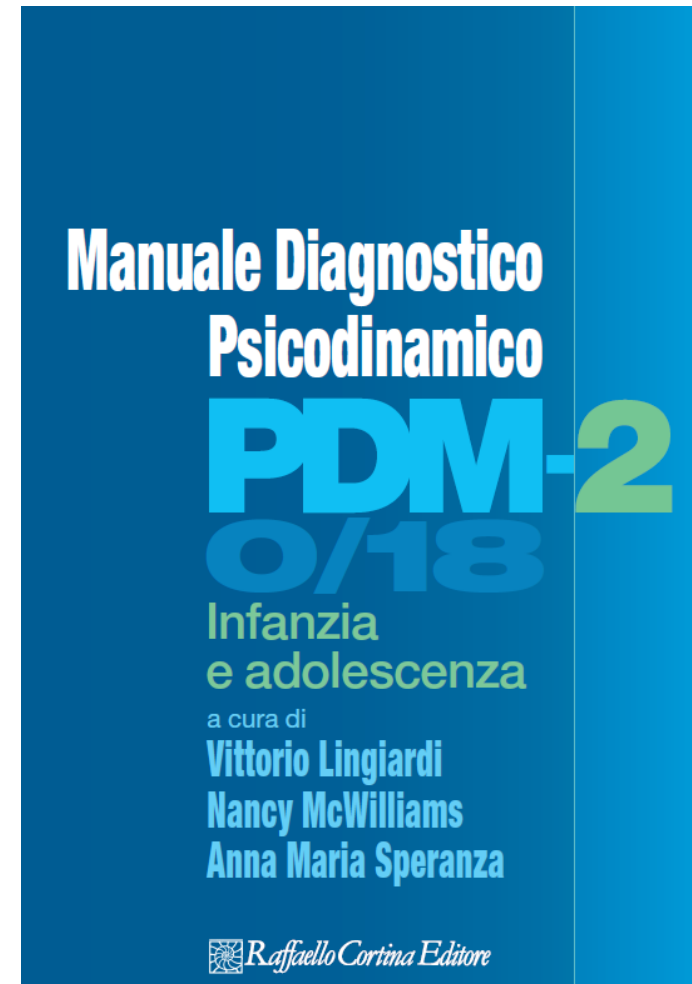
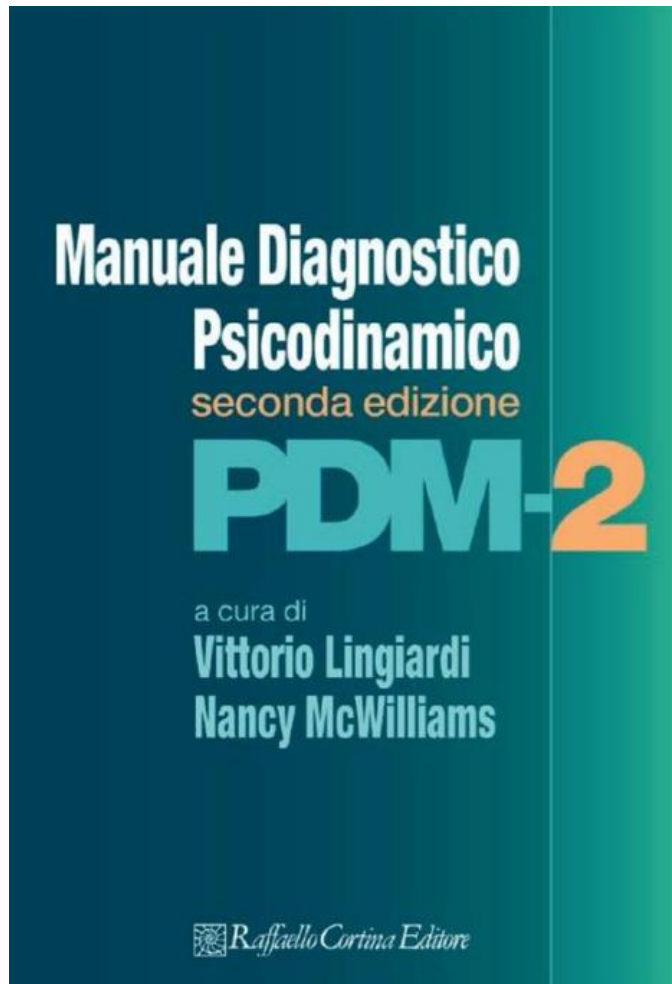
Ossessivo-compulsivo

Preoccupazione eccessiva per l'ordine, perfezionismo, esigenze di controllo e rigidità morale.

La diagnosi *symptom-behavior oriented* del DSM-5-TR



Manuale Diagnostico Psicodinamico (PDM-2)

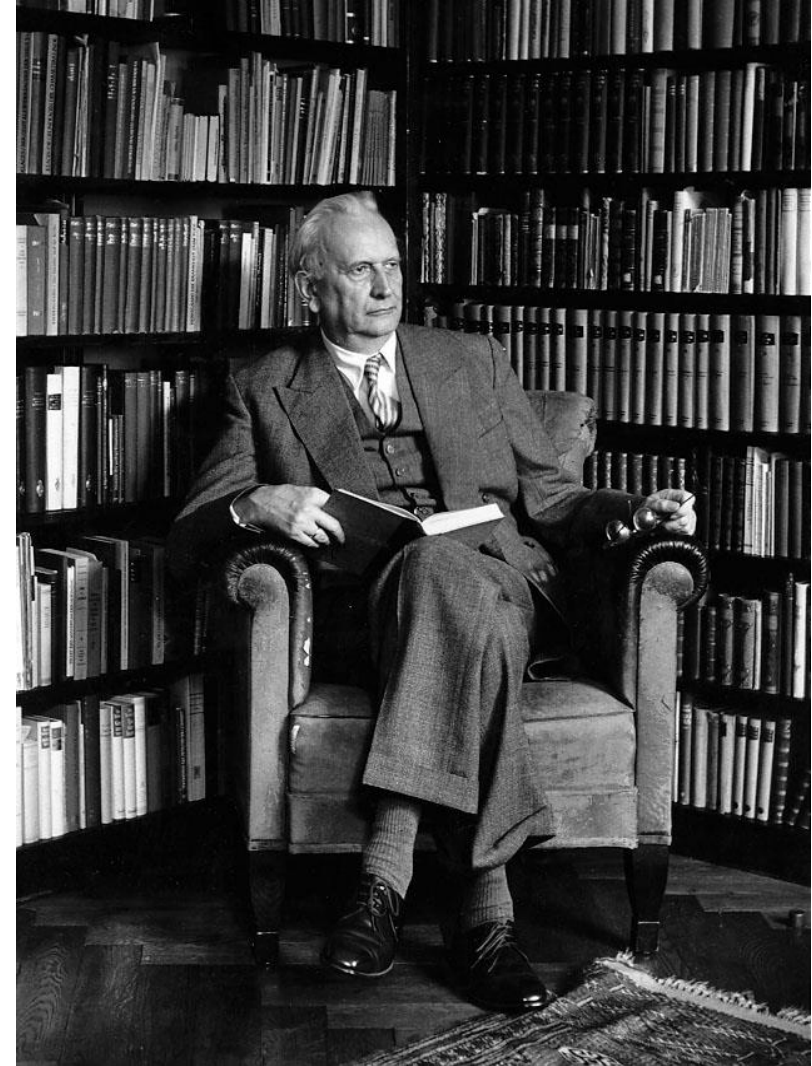


Il senso della «diagnosi»

Per molti colleghi, diagnosi è ancora una “**brutta parola**” (McWilliams, 2011, p. 25).

Karl Jaspers (1913) affermava che ogni disturbo psichico “corrisponde nel suo modo di manifestarsi al livello psichico dell’individuo che ne è colpito” e che una diagnosi deve essere “sempre tipologica e multidimensionale, comprendere per lo meno una caratterizzazione del tipo della personalità e del tipo dei singoli reperti, stati, meccanismi”

“Tutti i sistemi diagnostici **devono restare un tormento**” per i clinici e i ricercatori.



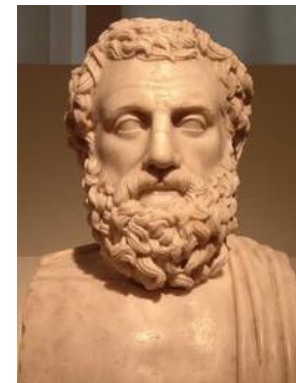


**“La propria qualità interiore,
per l’uomo, è un demone”
(Eraclito)**

**“It is no use trying to sum up people”
(Virginia Woolf)**



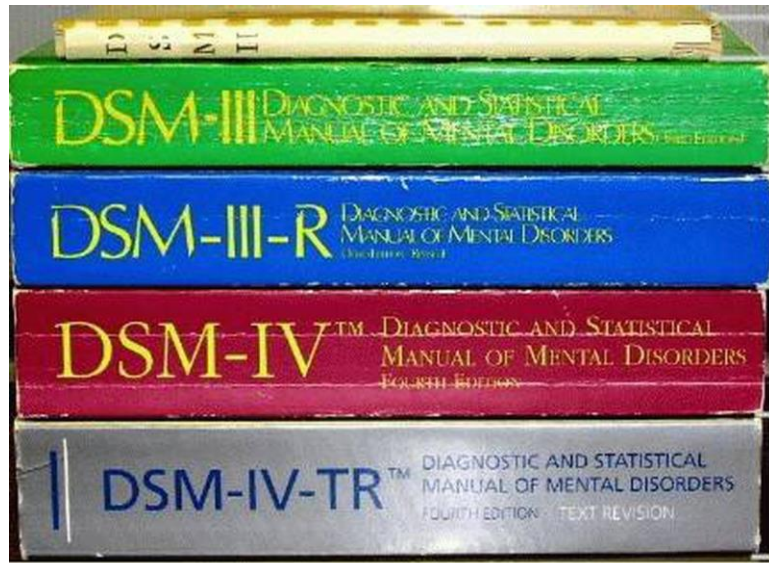
**“Non dirmi che tipo di
malattia ha un paziente,
dimmi che tipo di paziente
ha quella malattia”
(Sir William Osler,
da Ippocrate)**





**«Il paziente è il miglior collega
che abbiamo»**

(Wilfred Bion)



APsA Statement on the DSM-5

The DSM-5, published by our colleague organization the American Psychiatric Association, has been met with both praise and criticism. Like its predecessors, this fifth edition of the Diagnostic and Statistical Manual will be widely used in the mental health field to classify mental disorders according to diagnoses based on descriptive criteria. There is a place in the field for classifying patients based on descriptions of symptoms, illness course, and other objective facts. However, as psychoanalysts, we know that each patient is unique. No two people with depression, bereavement, anxiety or any other mental illness or disorder will have the same potentials, needs for treatment or responses to efforts to help.

Whether or not one finds great value in the descriptive diagnostic nomenclature exemplified by the DSM-5, psychoanalytic diagnostic assessment is an essential complementary assessment pathway which aims to provide an understanding of each person in depth as a unique and complex individual and should be part of a thorough assessment of every patient.

Even for psychiatric disorders with a strong biological basis, psychological factors contribute to the onset, worsening, and expression of illness. Psychological factors also influence how every patient engages in treatment; the quality of the therapeutic alliance has been shown to be the strongest predictor of outcome for illness in all modalities. [1]

For information about a diagnostic framework that describes both the deeper and surface levels of symptom patterns, as well as of an individual's personality, emotional and social functioning, mental health professionals are referred to the *Psychodynamic Diagnostic Manual*, published conjointly by the American Psychoanalytic Association, International Psychoanalytic Association, Division of Psychoanalysis (39) of the American Psychological Association, the American Academy of Psychoanalysis and Dynamic Psychiatry, and the American Association for Psychoanalysis in Clinical Social Work.

[1] Krupnick JL, Slotsky SM, Simmens S, et al The role of the therapeutic alliance in psychotherapy and pharmacotherapy outcome: findings in the National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program. *J. Consult Clin Psychol* 64:532-539, 1996

“C’è posto, nel campo della salute mentale, per classificare i pazienti in base alle descrizioni dei sintomi, del decorso della loro patologia, e di altri elementi obiettivi. Tuttavia [...] **sappiamo che ogni paziente è unico. Due individui con lo stesso disturbo, sia esso depressione, lutto complicato, ansia o ogni altro tipo di patologia mentale, non avranno mai le stesse potenzialità, necessità di trattamento o risposte agli interventi terapeutici.**

Che si attribuisca o meno valore alle nomenclature diagnostiche descrittive come il DSM-5, l’assessment diagnostico psicoanalitico è un percorso di valutazione complementare e necessario, che si propone di fornire una comprensione profonda della complessità e unicità di ciascun individuo, e dovrebbe far parte dell’assessment diagnostico di ogni paziente, perchè questo sia accurato e completo....”

“Anche per quei disturbi psichiatrici che hanno una forte base biologica, vi sono fattori psicologici che contribuiscono all’esordio, al peggioramento e al modo in cui si esprime la malattia. I fattori psicologici influenzano anche il modo in cui ogni paziente partecipa al trattamento. È ormai appurato che la qualità dell’alleanza terapeutica è il miglior predittore dell’esito terapeutico, indipendentemente dal disturbo per cui si cerca aiuto.

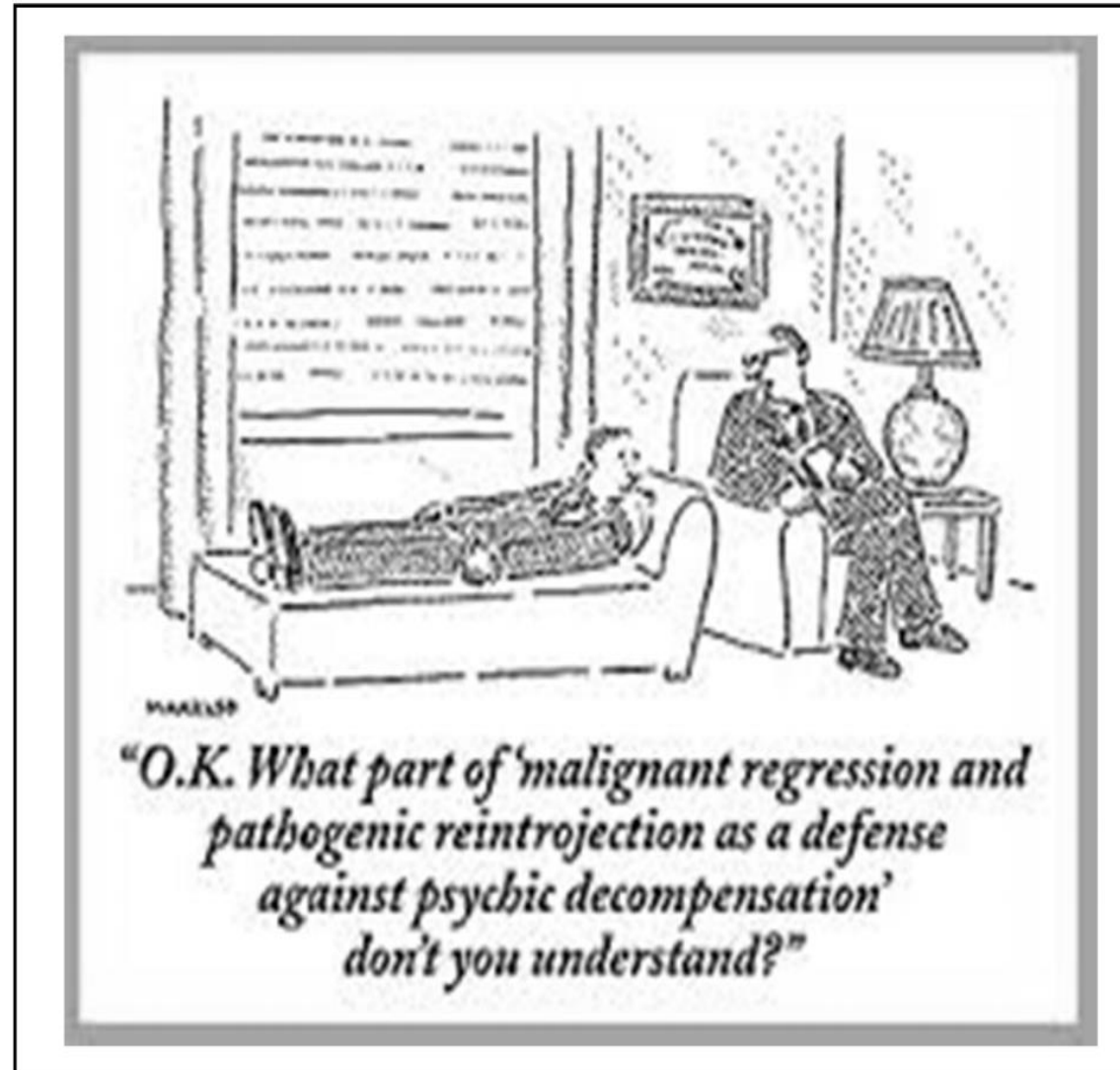
Consigliamo il PDM a tutti i professionisti della salute mentale interessati a tracciare un quadro diagnostico che descriva sia gli aspetti evidenti sia quelli profondi dei pattern sintomatici, della personalità e del funzionamento emotivo e sociale, di un individuo”

www.apsa.org

Un nuovo linguaggio per la diagnosi

Molti clinici credono che sia impossibile fare diagnosi (e ricerca) senza banalizzare la complessità di concetti psicotrici.

Il PDM è un Manuale diagnostico fatto per sfidare questa convinzione



Presupposti fondamentali del PDM

*Se il DSM è una **tassonomia di disturbi**,
il PDM può essere pensato come una **tassonomia di persone***

“Sottolinea l’importanza di considerare **chi è** quella persona,
invece di **che cosa ha** quella persona”
(Lingiardi, McWilliams, 2017)

Integrazione tra comprensione **nomotetica** e conoscenza **idiografica**
entrambe utili alla **formulazione del caso**
e alla **pianificazione di trattamenti “su misura”**

La diagnosi deve contenere sia **ciò che rende unico** l’individuo
sia **ciò che lo rende simile** ad altri individui

Cosa chiediamo a un sistema diagnostico?

Perché **un sistema diagnostico sia utile al clinico**, deve:

- saper leggere la psicopatologia nel contesto della personalità;
- considerare il sintomo insieme al funzionamento mentale complessivo;
- collocare la diagnosi nel ciclo di vita (prima infanzia, infanzia, adolescenza, età adulta, età anziana);
- considerare gli elementi relazionali dell'atto diagnostico;
- considerare l'esperienza soggettiva che il paziente ha dei suoi sintomi;
- valorizzare il ruolo della soggettività disciplinata del clinico nella formulazione diagnostica;
- contemplare, oltre al valore sintetico dell'etichetta diagnostica, anche la specificità idiografica della formulazione del caso;
- saper cogliere anche le risorse del paziente;
- mettere in dialogo clinica e ricerca;
- promuovere la formazione clinica.

Il Manuale Diagnostico Psicodinamico (PDM-2)

Definiamo la “personalità” come un insieme di modalità relativamente stabili di pensare, sentire, comportarsi e mettersi in relazione con gli altri. In questo contesto, con il termine “pensare” non intendiamo solo i sistemi di credenze e il modo in cui attribuiamo significato a noi stessi e agli altri, ma anche i valori morali e gli ideali. Ognuno di noi ha un insieme di assunti personali di riferimento per mezzo dei quali cerca di capire la propria esperienza, un insieme di valori e di modi caratteristici per perseguire ciò a cui si attribuisce importanza, un repertorio di emozioni familiari e le modalità tipiche di gestirle, e alcuni pattern caratteristici di comportamento, specialmente nelle relazioni personali. Il concetto di “personalità” descrive il tipo di adattamento e il modo di vivere caratteristici di ogni individuo – pattern che può essere considerato come il risultato dell’influenza reciproca di fattori costituzionali ed evolutivi da un lato, e di fattori ambientali come l’esperienza sociale e culturale dall’altro. Alcuni di questi processi sono consci, e quindi sperimentati come volontari, mentre altri sono inconsci, automatici e non immediatamente accessibili all’introspezione (o, per usare un termine oggi molto in voga, “impliciti”).

La Psychodiagnostic Chart del PDM-2

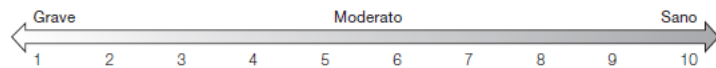
PSYCHODIAGNOSTIC CHART-2 (PDC-2)*

Nome: _____ Et : _____ Genere: _____ Etnia/nazionalit : _____

Data valutazione: / / Valutatore: _____

Sezione I: Livello di organizzazione della personalit  (Asse P)

Consideri il funzionamento mentale del suo paziente al fine di valutare il livello di organizzazione della personalit . Utilizzi queste quattro capacit  per cogliere in modo adeguato il livello di organizzazione della personalit . Valuti ogni capacit  su una scala da 1 (grave) a 10 (sano).



1. **Identit :** capacit  di vedere se stessi in modo complesso, stabile e accurato _____

2. **Relazioni oggettuali:** capacit  di mantenere relazioni intime, stabili e soddisfacenti _____

3. **Livelli difensivi:** (utilizzi la guida sottostante, selezionando un solo valore numerico) _____

1-2: Livello psicotico (proiezione delirante, diniego psicotico, distorsione psicotica) _____

3-5: Livello borderline (scissione, identificazione proiettiva, idealizzazione/ svalutazione, diniego, acting out) _____

6-8: Livello nevrotico (rimozione, formazione reattiva, intellettualizzazione, spostamento, annullamento retroattivo) _____

9-10: Livello sano (anticipazione, autoaffermazione, sublimazione, repressione, altruismo, umorismo) _____

4. **Esame di realt :** capacit  di comprendere le nozioni convenzionali di ci  che   realistico _____

Organizzazione complessiva della personalit 

Considerando i punteggi assegnati e il suo giudizio clinico, faccia un cerchio intorno al valore che indica l'organizzazione complessiva della personalit  del suo paziente.



* Psychodiagnostic Chart-2, Versione adulti 8.1.   2015 Robert M. Gordon e Robert F. Bornstein.

Dal *Manuale Diagnostico Psicodinamico, Seconda Edizione: PDM-2*, a cura di Vittorio Lingjardi e Nancy McWilliams.   2017 Interdisciplinary Council on Developmental and Learning Disorders - *Psychodynamic Diagnostic Manual*. Pubblicato da Raffaello Cortina. Il permesso di fotocopiare questo materiale   consentito a chi acquista questo Manuale per uso personale o per utilizzarlo con i propri pazienti. Chi l'ha acquistato pu  scaricare una versione ingrandita di questo materiale (vedi il riquadro alla fine dell'Indice).

Personalit  sana: caratterizzata da punteggi 9-10; i problemi della vita sfuggono raramente di mano ed   presente un'adeguata flessibilit  nell'affrontare situazioni impegnative. (Utilizzi "9" per individui con un funzionamento nevrotico di alto livello.)

Livello nevrotico: caratterizzato principalmente da punteggi 6-8; si contraddistingue per un buon senso della propria identit , un esame di realt  intatto, buone capacit  di intimit , un'adeguata resilienza, una discreta capacit  di tolleranza e regolazione degli affetti. Sono, tuttavia, presenti anche una certa rigidit  e un range limitato di meccanismi di difesa e coping, e una tendenza a utilizzare difese come la rimozione, la formazione reattiva, l'intellettualizzazione, lo spostamento e l'annullamento retroattivo. (Utilizzi "6" per individui che si collocano tra i livelli borderline e nevrotico.)

Livello borderline: caratterizzato principalmente da punteggi 3-5; presenta ricorrenti problemi relazionali, difficolt  nella tolleranza e nella regolazione degli affetti, scarso controllo degli impulsi, un debole senso dell'identit , scarsa resilienza. Utilizza difese come la scissione, l'identificazione proiettiva, l'idealizzazione e la svalutazione, il diniego onnipotente, l'acting out.

Livello psicotico: caratterizzato principalmente da punteggi 1-2;   contraddistinto da pensiero delirante, compromissione dell'esame di realt  e della regolazione dell'umore, gravi difficolt  nel funzionamento lavorativo e relazionale. Utilizza difese come la proiezione delirante, il diniego psicotico e la distorsione psicotica. (Utilizzi "3" per individui che si collocano tra i livelli psicotico e borderline.)

(Non ci sono cut-off netti tra le categorie. Ai fini dell'assegnazione del punteggio, utilizzi il suo giudizio clinico.)

Sezione II: Sindromi di personalit  (Asse P)

Si tratta di modi di pensare, sentire, comportarsi e relazionarsi che sono relativamente stabili nel tempo. Uno stile di personalit  di livello sano non implica una compromissione rilevante, mentre sindromi o disturbi di personalit  possono essere caratterizzati da una compromissione di livello nevrotico, borderline o psicotico.

Spunti una o pi  sindromi di personalit  dalla lista sottostante, poi, se necessario, faccia un cerchio attorno allo stile di personalit  che considera predominante. Non compili se non   presente nessuna sindrome di personalit .

(A scopi di ricerca, pu  assegnare anche il livello di compromissione a tutti gli stili di personalit  utilizzando una scala a 5 punti: 1 = grave; 3 = moderato; 5 = alto funzionamento.)

Livello di compromissione

Depressiva _____

- Sottotipi:
- Introiettivo
 - Anaclitico
 - Manifestazione opposta: ipomaniacale

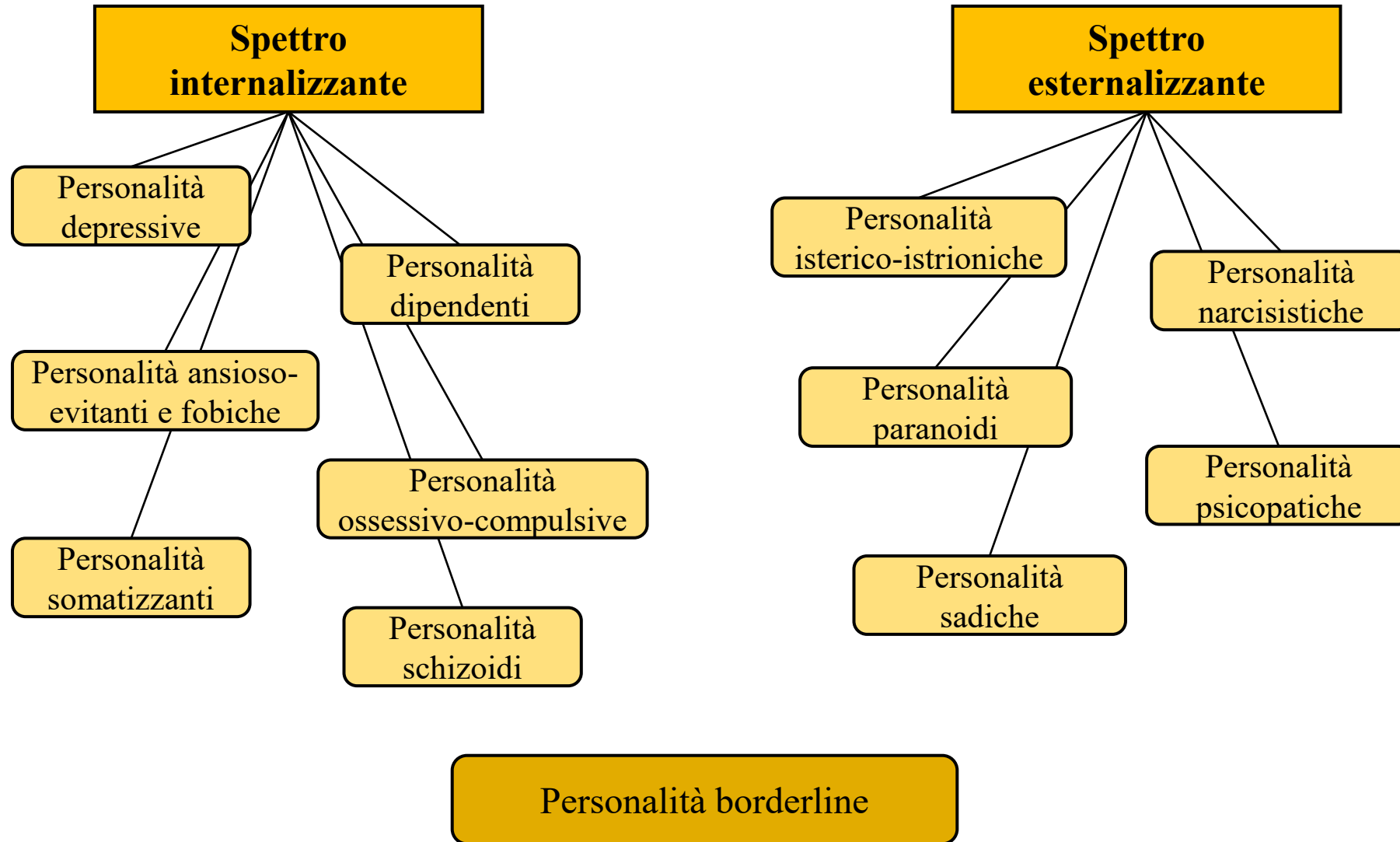
Dipendente _____

- Sottotipi:
- Passivo-aggressivo
 - Manifestazione opposta: contro dipendente

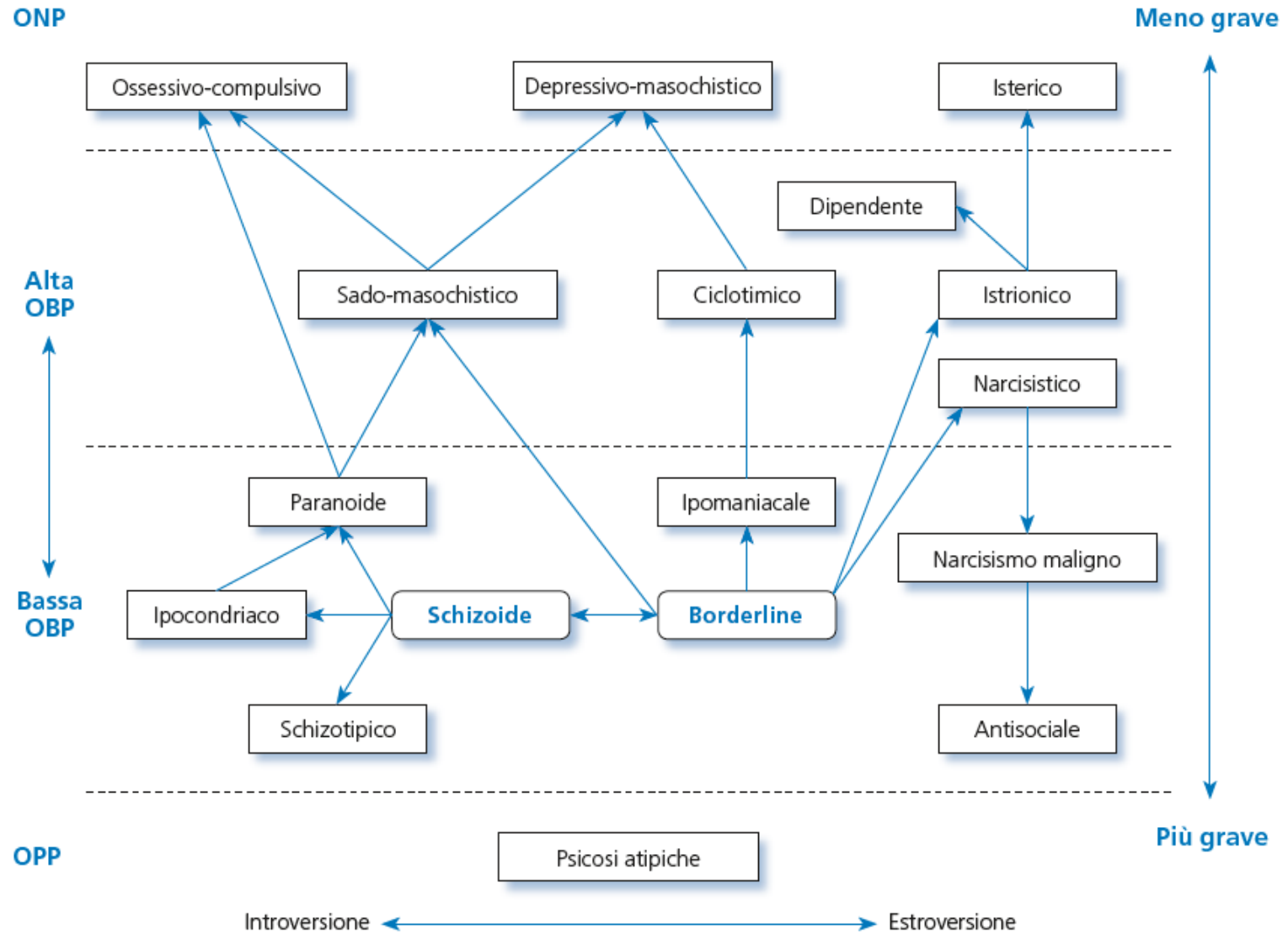
Asse P: I livelli di organizzazione della personalità secondo il PDM-2

Criteria strutturali	Personalità nevrotica	Personalità borderline	Personalità psicotica
Integrazione dell'identità	Le rappresentazioni del Sé e dell'oggetto sono nettamente delimitate.	Dispersione dell'identità: gli aspetti contraddittori del Sé e degli altri sono scarsamente integrati e sono tenuti separati.	
	Identità integrata: le immagini contraddittorie del Sé e degli altri sono integrate in concezioni complessive.	Le rappresentazioni del Sé e dell'oggetto sono scarsamente delimitate oppure è presente un'identità delirante.	
Operazioni difensive	Rimozione e difese di alto livello: formazione reattiva, isolamento, annullamento retroattivo, razionalizzazione e intellettualizzazione.	Perlopiù scissione e difese di basso livello: idealizzazione primitiva, identificazione proiettiva, diniego, onnipotenza, svalutazione.	
	Le difese proteggono il paziente dal conflitto intrapsichico. L'interpretazione migliora il funzionamento.	Le difese proteggono il paziente dalla disintegrazione e dalla fusione del Sé con l'oggetto. L'interpretazione provoca regressione.	
Esame di realtà	È mantenuta la capacità di esaminare la realtà: differenziazione del Sé dal non-Sé, delle origini intrapsichiche da quelle esterne di percezioni e stimoli.	Si verificano alterazioni nei rapporti con la realtà e nei sentimenti di realtà.	
	Esiste la capacità di valutare il Sé e gli altri realisticamente e in profondità.	La capacità di esaminare la realtà è compromessa.	

Asse P: la personalità nel PDM-2



I disturbi di personalità e le loro interrelazioni secondo il modello di Kernberg



CLUSTER A

Cluster A

Odd Bizarre

Paranoid

Schizoid

Schizotypal



Disturbo paranoide di personalità nel DSM-5-TR

Criteri diagnostici

F60.0

- A. Diffidenza e sospettosità pervasive nei confronti degli altri, tanto che le loro motivazioni vengono interpretate come malevole, che iniziano nella prima età adulta e sono presenti in svariati contesti, come indicato da quattro (o più) dei seguenti elementi:
1. Sospetta, senza fondamento, di essere sfruttato/a, danneggiato/a o ingannato/a dagli altri.
 2. Dubita, senza giustificazione, della lealtà o affidabilità di amici o colleghi.
 3. È riluttante a confidarsi con gli altri a causa del timore ingiustificato che le informazioni possano essere usate in modo maligno contro di lui o lei.
 4. Legge significati nascosti umilianti o minacciosi in osservazioni o eventi benevoli.
 5. Porta costantemente rancore (cioè non dimentica gli insulti, le ingiurie o le offese).
 6. Percepisce attacchi al proprio ruolo o reputazione non evidenti agli altri ed è pronto/a a reagire con rabbia o a contrattaccare.
 7. Sospetta in modo ricorrente, senza giustificazione, della fedeltà del coniuge o del partner sessuale.
- B. Il disturbo non si manifesta esclusivamente durante il decorso della schizofrenia, del disturbo bipolare o depressivo con caratteristiche psicotiche o di un altro disturbo psicotico, e non è attribuibile agli effetti fisiologici di un'altra condizione medica.

Nota: Se i criteri risultano soddisfatti prima dell'esordio della schizofrenia, aggiungere "premorbo": "disturbo paranoide di personalità (premorbo)".

Disturbo schizoide di personalità nel DSM-5-TR

Criteri diagnostici

F60.1

- A. Un pattern pervasivo di distacco dalle relazioni sociali e una gamma ristretta di espressioni emotive in situazioni interpersonali, che inizia nella prima età adulta ed è presente in svariati contesti, come indicato da quattro (o più) dei seguenti elementi:
1. Non desidera né prova piacere nelle relazioni affettive, incluso il far parte di una famiglia.
 2. Quasi sempre sceglie attività individuali.
 3. Dimostra poco o nessun interesse di avere esperienze sessuali con un'altra persona.
 4. Prova piacere in poche o nessuna attività.
 5. Non ha amici stretti o confidenti, eccetto i parenti di primo grado.
 6. Sembra indifferente alle lodi o alle critiche degli altri.
 7. Mostra freddezza emotiva, distacco o affettività appiattita.
- B. Il disturbo 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.

Nota: Se i criteri risultano soddisfatti prima dell'esordio della schizofrenia, aggiungere "premorbo": "disturbo schizoide di personalità (premorbo)".

Disturbo schizotipico di personalità nel DSM-5-TR

Criteri diagnostici

F21

- A. Un pattern pervasivo di deficit sociali e interpersonali caratterizzato da disagio acuto e ridotta capacità riguardanti le relazioni affettive, da distorsioni cognitive e percettive ed eccentricità di comportamento, che inizia entro la prima età adulta ed è presente in svariati contesti, come indicato da cinque (o più) dei seguenti elementi:
1. Idee di riferimento (escludendo i deliri di riferimento).
 2. Convinzioni strane o pensiero magico che influenzano il comportamento e sono in contrasto con le norme subculturali (per es., superstizione, credere nella chiaroveggenza, nella telepatia o nel "sesto senso"; nei bambini e negli adolescenti, fantasie e pensieri bizzarri).
 3. Esperienze percettive insolite, incluse illusioni corporee.
 4. Pensiero ed eloquio strani (per es., vago, circostanziale, metaforico, iperelaborato o stereotipato).
 5. Sospettosità o ideazione paranoide.
 6. Affettività inappropriata o limitata.
 7. Comportamento o aspetto strani, eccentrici o peculiari.
 8. Nessun amico stretto o confidente, eccetto i parenti di primo grado.
 9. Eccessiva ansia sociale, che non diminuisce con l'aumento della familiarità e tende a essere associata a preoccupazioni paranoide piuttosto che a un giudizio negativo di sé.
- B. 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.

Nota: Se i criteri risultano soddisfatti prima dell'esordio della schizofrenia, aggiungere "premorbo": "disturbo schizotipico di personalità (premorbo)".

CLUSTER B



Disturbo antisociale di personalità nel DSM-5-TR

Criteria diagnostici

F60.2

- A. Un pattern pervasivo di inosservanza e di violazione dei diritti degli altri, che si manifesta fin dall'età di 15 anni, come indicato da tre (o più) dei seguenti elementi:
 - 1. Incapacità di conformarsi alle norme sociali per quanto riguarda il comportamento legale, come indicato dal ripetersi di atti passibili di arresto.
 - 2. Disonestà, come indicato dal mentire ripetutamente, usare falsi nomi o truffare gli altri, per profitto o per piacere personale.
 - 3. Impulsività o incapacità di pianificare.
 - 4. Irritabilità e aggressività, come indicato da ripetuti scontri o aggressioni fisiche.
 - 5. Noncuranza sconsiderata della sicurezza propria o degli altri.
 - 6. Irresponsabilità abituale, come indicato dalla ripetuta incapacità di sostenere un'attività lavorativa continuativa o di far fronte a obblighi finanziari.
 - 7. Mancanza di rimorso, come indicato dall'essere indifferenti o dal razionalizzare dopo avere danneggiato, maltrattato o derubato un altro.
- B. L'individuo ha almeno 18 anni.
- C. Presenza di un disturbo della condotta con esordio prima dei 15 anni di età.
- D. Il comportamento antisociale non si manifesta esclusivamente durante il decorso della schizofrenia o del disturbo bipolare.

Disturbo borderline di personalità nel DSM-5-TR

Criteri diagnostici

F60.3

Un pattern pervasivo di instabilità delle relazioni interpersonali, dell'immagine di sé e dell'umore e una marcata impulsività, che inizia entro la prima età adulta ed è presente in svariati contesti, come indicato da cinque (o più) dei seguenti elementi:

1. Sforzi disperati per evitare un reale o immaginario abbandono.

Nota: Non includere i comportamenti suicidari o automutilanti considerati nel Criterio 5.

2. Un pattern di relazioni interpersonali instabili e intense, caratterizzato dall'alternanza tra gli estremi di iperidealizzazione e svalutazione.

3. Alterazione dell'identità: immagine di sé o percezione di sé marcatamente e persistentemente instabile.

4. Impulsività in almeno due aree che sono potenzialmente dannose per il soggetto (per es., spese sconsiderate, sesso, abuso di sostanze, guida spericolata, abbuffate).

Nota: Non includere i comportamenti suicidari o automutilanti considerati nel Criterio 5.

5. Ricorrenti comportamenti, gesti o minacce suicidari, o comportamento automutilante.

6. Instabilità affettiva dovuta a una marcata reattività dell'umore (per es., episodica intensa disforia, irritabilità o ansia, che di solito durano poche ore e soltanto raramente più di pochi giorni).

7. Sentimenti cronici di vuoto.

8. Rabbia inappropriata, intensa, o difficoltà a controllare la rabbia (per es., frequenti accessi di ira, rabbia costante, ricorrenti scontri fisici).

9. Ideazione paranoide transitoria, associata allo stress, o gravi sintomi dissociativi.

Disturbo istrionico di personalità nel DSM-5-TR

Criteria diagnostici

F60.4

Un pattern pervasivo di emotività eccessiva e di ricerca di attenzione, che inizia entro la prima età adulta ed è presente in svariati contesti, come indicato da cinque (o più) dei seguenti elementi:

1. È a disagio in situazioni nelle quali non è al centro dell'attenzione.
2. L'interazione con gli altri è spesso caratterizzata da inappropriato comportamento sessualmente seduttivo o provocante.
3. Manifesta un'espressione delle emozioni rapidamente mutevole e superficiale.
4. Utilizza costantemente l'aspetto fisico per attirare l'attenzione su di sé.
5. Lo stile dell'eloquio è eccessivamente impressionistico e privo di dettagli.
6. Mostra autodrammatizzazione, teatralità ed espressione esagerata delle emozioni.
7. È suggestionabile (cioè facilmente influenzato dagli altri o dalle circostanze).
8. Considera le relazioni più intime di quanto non siano realmente.

Disturbo narcisistico di personalità nel DSM-5-TR

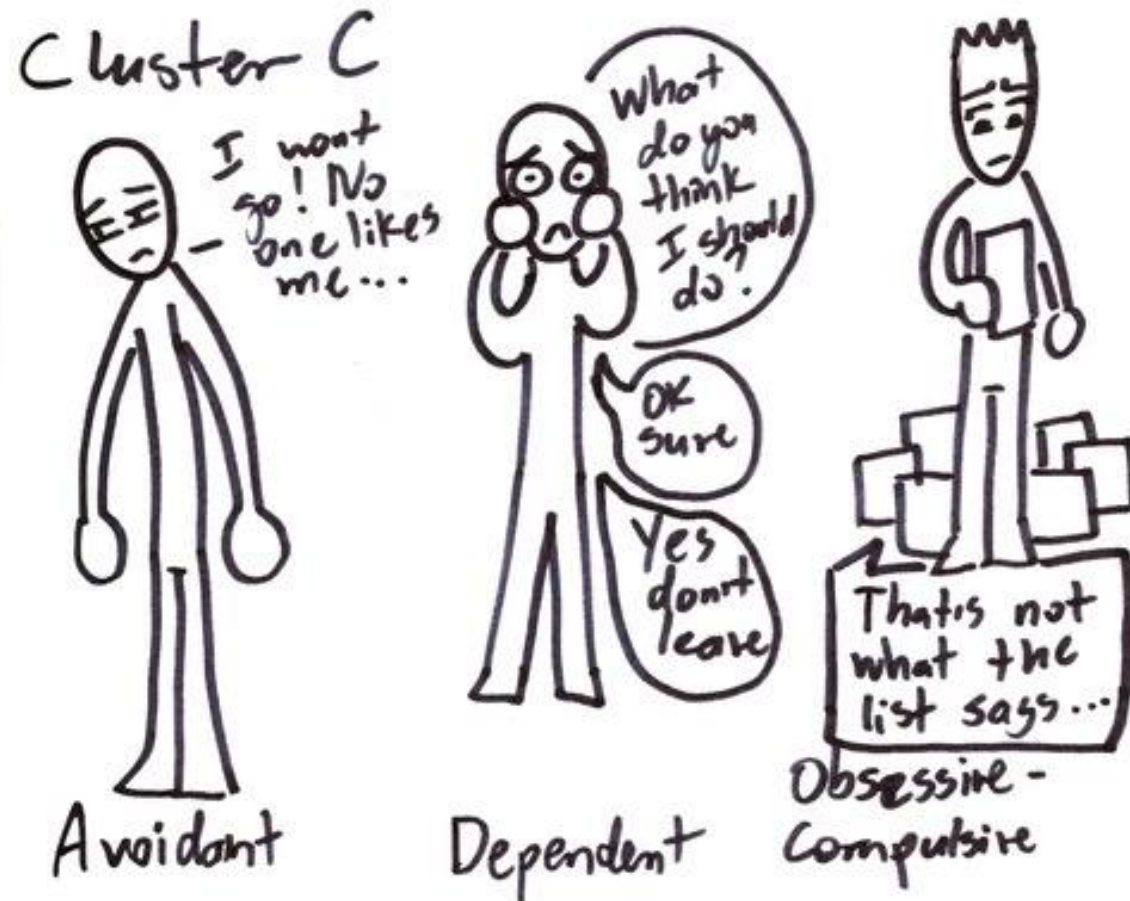
Criteria diagnostici

F60.81

Un pattern pervasivo di grandiosità (nella fantasia o nel comportamento), necessità di ammirazione e mancanza di empatia, che inizia entro la prima età adulta ed è presente in svariati contesti, come indicato da cinque (o più) dei seguenti elementi:

1. Ha un senso grandioso di importanza (per es., esagera risultati e talenti, si aspetta di essere considerato/a superiore senza un'adeguata motivazione).
2. È assorbito/a da fantasie di successo, potere, fascino, bellezza illimitati, o di amore ideale.
3. Crede di essere "speciale" e unico/a e di poter essere capito/a solo da, o di dover frequentare, altre persone (o istituzioni) speciali o di classe sociale elevata.
4. Richiede eccessiva ammirazione.
5. Ha un senso di diritto (cioè l'irragionevole aspettativa di speciali trattamenti di favore o di soddisfazione immediata delle proprie aspettative).
6. Sfrutta i rapporti interpersonali (cioè approfitta delle altre persone per i propri scopi).
7. Manca di empatia: è incapace di riconoscere o di identificarsi con i sentimenti e le necessità degli altri.
8. È spesso invidioso/a degli altri o crede che gli altri lo/a invidino.
9. Mostra comportamenti o atteggiamenti arroganti, presuntuosi.

CLUSTER C



Disturbo evitante di personalità nel DSM-5-TR

Criteria diagnostici

F60.6

Un pattern pervasivo di inibizione sociale, sentimenti di inadeguatezza e ipersensibilità al giudizio negativo, che inizia entro la prima età adulta ed è presente in svariati contesti, come indicato da quattro (o più) dei seguenti elementi:

1. Evita attività lavorative che implicano un significativo contatto interpersonale per timore di essere criticato/a, disapprovato/a o rifiutato/a.
2. È riluttante a entrare in relazione con persone, a meno che non sia certo/a di piacere.
3. Mostra limitazioni nelle relazioni intime per timore di essere umiliato/a o ridicolizzato/a.
4. Si preoccupa di essere criticato/a o rifiutato/a in situazioni sociali.
5. È inibito/a in situazioni interpersonali nuove per sentimenti di inadeguatezza.
6. Si vede come socialmente inetto/a, personalmente non attraente o inferiore agli altri.
7. È insolitamente riluttante ad assumere rischi personali o a impegnarsi in qualsiasi nuova attività, poiché questo può rivelarsi imbarazzante.

Disturbo dipendente di personalità nel DSM-5-TR

Criteria diagnostici

F60.7

Una necessità pervasiva ed eccessiva di essere accuditi, che determina comportamento sottomesso e dipendente e timore della separazione, che inizia entro la prima età adulta ed è presente in svariati contesti, come indicato da cinque (o più) dei seguenti elementi:

1. Ha difficoltà a prendere le decisioni quotidiane senza un'eccessiva quantità di consigli e rassicurazioni da parte degli altri.
2. Ha bisogno che altri si assumano la responsabilità per la maggior parte dei settori della sua vita.
3. Ha difficoltà a esprimere disaccordo verso gli altri per il timore di perdere supporto o approvazione.

Nota: Non includere realistici timori di punizioni.

4. Ha difficoltà a iniziare progetti o a fare cose autonomamente (per una mancanza di fiducia nel proprio giudizio o nelle proprie capacità piuttosto che per mancanza di motivazione o di energia).
5. Può giungere a qualsiasi cosa pur di ottenere accudimento e supporto da altri, fino al punto di offrirsi per compiti spiacevoli.
6. Si sente a disagio o indifeso/a quando è solo/a a causa dell'esagerato timore di essere incapace di prendersi cura di sé.
7. Quando termina una relazione intima, cerca con urgenza un'altra relazione come fonte di accudimento e di supporto.
8. Si preoccupa in modo non realistico di essere lasciato/a a prendersi cura di sé.

Disturbo ossessivo-compulsivo di personalità nel DSM-5-TR

Criteria diagnostici

F60.5

Un pattern pervasivo di preoccupazione per l'ordine, perfezionismo e controllo mentale e interpersonale, a spese di flessibilità, apertura ed efficienza, che inizia entro la prima età adulta ed è presente in svariati contesti, come indicato da quattro (o più) dei seguenti elementi:

1. È preoccupato/a per i dettagli, le regole, le liste, l'ordine, l'organizzazione o i programmi, al punto che va perduto lo scopo principale dell'attività.
2. Mostra un perfezionismo che interferisce con il completamento dei compiti (per es., è incapace di completare un progetto perché non risultano soddisfatti i suoi standard oltremodo rigidi).
3. È eccessivamente dedito/a al lavoro e alla produttività, fino all'esclusione delle attività di svago e delle amicizie (non giustificati da evidenti necessità economiche).
4. È eccessivamente coscienzioso/a, scrupoloso/a e intransigente in tema di moralità, etica o valori (in modo non giustificato dall'appartenenza culturale o religiosa).
5. È incapace di gettare via oggetti consumati o di nessun valore, anche quando non hanno alcun significato affettivo.
6. È riluttante a delegare compiti o a lavorare con altri, a meno che non si sottomettano esattamente al suo modo di fare le cose.
7. Adotta una modalità di spesa improntata all'avarizia sia per sé sia per gli altri; il denaro è visto come qualcosa da accumulare in caso di future catastrofi.
8. Manifesta rigidità e testardaggine.

Grazie dell'attenzione

vittorio.lingiardi@uniroma1.it

annalisa.tanzilli@uniroma1.it