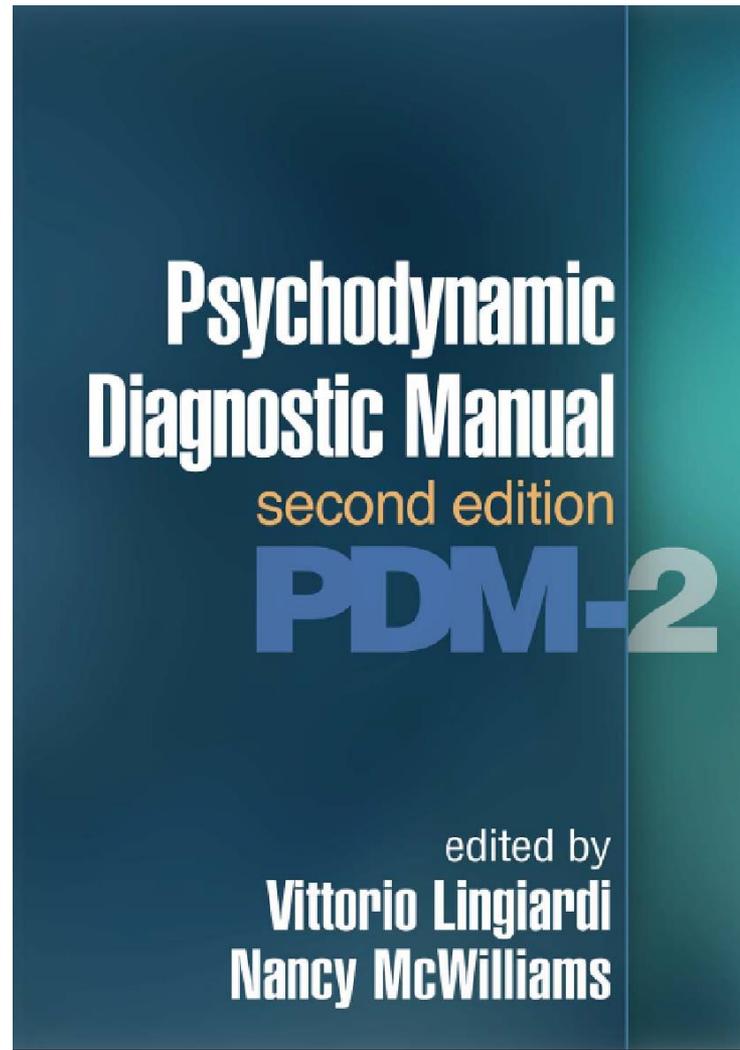


# **Psicodiagnostica Clinica**

## **Lezione 6-7**

- Dott. Igor Marchetti
- Anno accademico 2021-2022
- Email: [imarchetti@units.it](mailto:imarchetti@units.it)

# Manuale Diagnostico Psicodinamico – Seconda edizione (2017)



# PDM-2

2006: PDM (prima versione)

2017-2018: PDM-2

Curato da Vittorio Lingiardi e Nancy McWilliams

Sotto il patrocinio delle più importanti associazioni di psicoanalisi, come la IPA, APSAA, e la divisione 39 dell'APA

**Complementare al DSM-5**



INTERNATIONAL  
PSYCHOANALYTICAL  
ASSOCIATION

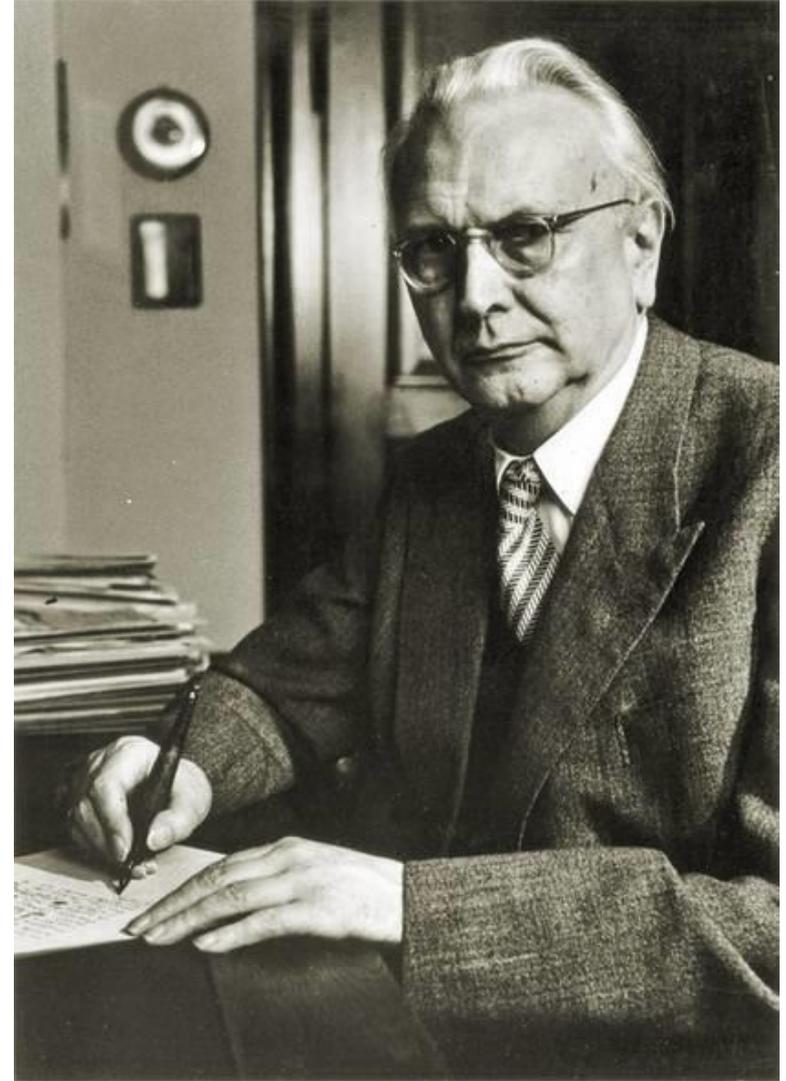


## PDM-2

«tutti i sistemi diagnostici devono restare un tormento» (Jaspers, 1913)

Ogni disturbo psichico «corrisponde nel suo modo di manifestarsi al livello psichico dell'individuo che ne è colpito»

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»



Karl Jaspers

## PDM-2

Il DSM-5 è fondamentalmente una tassonomia di disturbi

Il PDM-2 è 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

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, come psicoanalisti, 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, perché 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

American Psychoanalytical Association

# PDM-2

## Multiassialità diagnostica

- **Assi P** (Personalità)
- **Assi M** (Capacità Mentali)
- **Assi S** (Sintomi ed esperienza soggettiva)

## Diagnosi per fasce d'età

Sezione I: Adulti

Sezione II: Adolescenti (12-19)

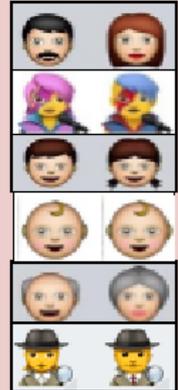
Sezione III: Infanzia (4-11)

Sezione IV: Prima Infanzia IEC(0-3)

Sezione V: Anziani

Sezione VI: Strumenti di valutazione

+ Casi clinici



**PDM-2**

Maggiore integrazione tra dati clinici, modelli teorici (Kernberg, Blatt) e risultati della ricerca empirica

## Diagnosi come relazione e alleanza

- Alleanza terapeutica e alleanza diagnostica
- Disciplinare la soggettività del clinico

# Asse P - sindromi di personalità

La personalità riguarda ciò che uno è piuttosto che ciò che uno ha

Molto di più di ciò che osservabile, poichè include una serie di processi psichici interni (i.e., motivazioni, fantasie, pattern di pensieri, meccanismi di difesa, etc..)

2 principi organizzatori Asse P:

1. Livello di organizzazione
2. Stile di personalità

## **Livello di organizzazione (gravità del disturbo)**

Quattro livelli di funzionamento della personalità  
(continuum)

Livello sano: buon funzionamento di base (Asse M), ma possono sviluppare sintomi sotto stress. Possibili stili di coping preferiti, ma in generale sono flessibili per adeguarsi al contesto specifico (possibile eccezione: trauma). Spesso non hanno uno stile preciso di personalità, ma una mescolanza di vari stili.

Difese mature

Senso integrato della propria identità

Solido contatto con la realtà

## Livello di organizzazione (gravità del disturbo)

2) Livello nevrotico: buon funzionamento mentale (M), ma con una certa rigidità. Tendono a rispondere alle situazioni stressanti con una gamma relativamente limitata di meccanismi di difesa e stili di coping. L'area di sofferenza non è generalizzata, ma piuttosto specifica (i.e., rapporto col potere, sesso, etc.). I meccanismi difensivi meno adattivi sono limitati ad una specifica area, altrimenti sono adattivi. Es: personalità depressiva, isterica, fobica, ossessivo-compulsiva

Difese per lo più mature

Senso integrato della propria identità

Solido contatto con la realtà

## Livello di organizzazione (gravità del disturbo)

3) Livello borderline: difficoltà nella regolazione degli affetti, dai quali sono spesso sopraffatti. Problemi relazionali, gravi difficoltà in situazioni di intimità, complicazioni lavorative, difficoltà regolazione degli impulsi. Livello borderline ad alto (nevrotico) o basso (psicotico) funzionamento. Meccanismi di difesa ad alto costo, come la scissione e la identificazione proiettiva. Scissione = incapacità ad avere un'identità coerente e stabile (“diffusione di identità”). Identificazione proiettiva (lesione meccanismi di difesa). Altre difese come introiezione, fantasia e acting out.

Spesso hanno una diagnosi DSM-5 di disturbo di personalità.

Esempio, stile borderline, stile istrionico (≠ isterico)

# Livello di organizzazione (gravità del disturbo)

!!!!ATTENZIONE!!!!

Organizzazione borderline ≠ Stile/disturbo borderline

Organizzazione borderline indica un livello di funzionamento della personalità (quanto grave)

Stile/disturbo borderline indica una tipologia di personalità, ovvero con specifiche dinamiche, specifiche credenze, specifici pattern relazionali...

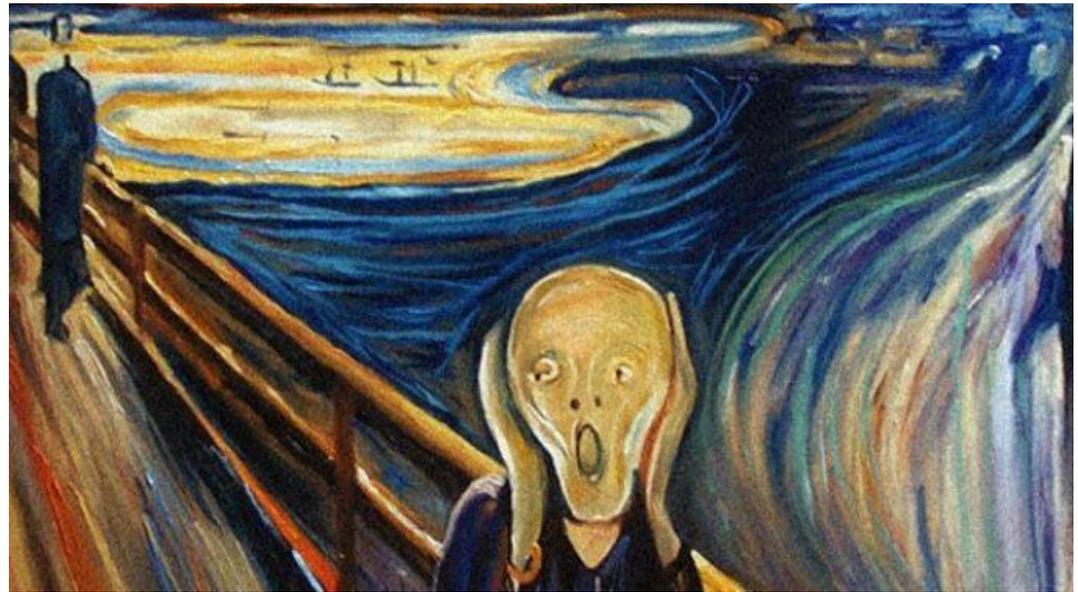
## Livello di organizzazione (gravità del disturbo)

4) Livello psicotico: spesso sono individui che non hanno mai avuto un episodio psicotico (esame di realtà), ma posso avere caratteristiche di tipo psicotico, quali pensiero concreto o bizzarro, ipergeneralizzazioni, comportamenti sociali inappropriati, convinzioni irremovibili. Identità diffusa e scarsa differenziazione sè-altro. Meccanismi di difesa primitivi, quali diniego psicotico, ritiro autistico, proiezione delirante. Funzionamento psicotico, anche se non diagnosticati come psicotici. Nel DSM-5, il disturbo schizotipico di personalità è considerato sia un disturbo di personalità, sia un disturbo dell'area schizofrenica. Esempio: persona anoressica grave con rischio di morte che si percepisce grassa

# Tipologie di Angoscia e Diagnostica

Un uomo viene in terapia perchè vive una forte angoscia dovuta a una relazione extra-coniugale che ha iniziato da un po' di tempo.

Di che tipo di angoscia stiamo parlando? Impossibile saperlo senza indagare oltre.



# Tipologie di Angoscia e Organizzazione di Personalità

Angoscia pulsionale (Angoscia dell'Es): “terrore del potere degli istinti”. La persona che prova quest'angoscia sente il pericolo di essere completamente sopraffatta. Simile (in parte) all'angoscia di annichilimento, ovvero il terrore che il Sé sia sopraffatto da altro e cessi di esistere. Queste due tipologie di angoscia sono dominanti nella organizzazione psicotica

Angoscia dell'Io (angoscia segnale): paura reattiva che segnala che qualcosa di pericolo è accaduto in una situazione precedente in cui le circostanze erano simili a quelle attuali. Simile (in parte) all'angoscia di separazione. Generalmente, tutti siamo reattivi al pericolo di perdere i legami e i relativi oggetti d'amore, ma questa tipologia di angoscia è centrale nella organizzazione borderline di personalità.

# Tipologie di Angoscia e Organizzazione di Personalità

Angoscia edipica: implica la paura di essere puniti per desideri sessuali, aggressivi o di dipendenza inaccettabili. L'esame di realtà e l'identità del Sè non sono messe in discussione, ma può essere seriamente compromesso il proprio senso di essere sufficientemente buoni. Simile all'angoscia del Super-Io e particolarmente presente nella organizzazione nevrotica (e forse anche quella sana).

Sebbene in tutte le organizzazioni di personalità (ivi compresa anche quella sana) sono presenti tutte le angosce. Data una certa organizzazione, una specifica forma di angoscia è tipicamente più rappresentata. In altre parole, il tipo di angoscia più presente può contribuire a identificare la tipologia di organizzazione

# Tipologie di Angoscia e Diagnostica

“Non riesco a credere che sto tradendo mia moglie. Non è da me. Non so davvero cos’altro potrei fare! Potrei forse andare oltre e fare anche di peggio? Non so davvero. Non mi riconosco piu’” = Angoscia pulsionale (Es)

“La situazione è pericolosa. Cosa accadrebbe se mia moglie lo scoprisse? Sono sicuro che se ne andrebbe. Mi lascerebbe e porterebbe via i nostri figli. Non potrei piu’ farmi vedere in giro. La mia reputazione sarebbe rovinata” = Angoscia di separazione (Io)

“Oddio, ho sbagliato. È stato un errore. Un errore che però non riesco a interrompere, anche se so che è sbagliato. Prima o poi, dovrò pagare per quello che ho fatto. Tutto torna indietro e si paga...con gli interessi” = Angoscia edipica (Super-Io).



# Stili di personalità

## *Stili o sindromi della personalità*

- P1 Personalità depressive (inclusi commenti sulle manifestazioni ipomaniacali e sul masochismo)
  - P2 Personalità dipendenti
  - P3 Personalità ansioso-evitanti e fobiche
  - P4 Personalità ossessivo-compulsive
  - P5 Personalità schizoidi
  - P6 Personalità somatizzanti
  - P7 Personalità isterico-istrioniche
  - P8 Personalità narcisistiche
  - P9 Personalità paranoidi
  - P10 Personalità psicopatiche
  - P11 Personalità sadiche
  - P12 Personalità borderline
-

# Stili di personalità

Ricordare che stile di personalità non vuol dire disturbo di personalità, ma solo un pattern di tratti di personalità.

Shapiro (1965): “gli stili di funzionamento sono una matrice di specifici tratti o sintomi che presumibilmente sono resistenti al cambiamento e, quindi, garantiscono non solo una coerenza all’individuo, ma anche una relativa stabilità per lunghi periodi di tempo”

Per ognuno degli 11 stili, il PDM-2 dà una descrizione accurata

# Stili di personalità

Inoltre per ogni stile, il PDM-2 offre una sintesi operativa:

- 1) Pattern costituzionali
- 2) Tensioni/preoccupazioni centrali
- 3) Affetti principali
- 4) Credenza patogena su se stessi
- 5) Credenza patogona sugli altri
- 6) Modi principali di difendersi

# Stile psicopatico di personalità

**Aspetti costituzionali:** Possibile predisposizione all'aggressività; alta soglia di stimolazione emotiva

**Tensione/preoccupazione principale:** Manipolare VS paura di essere manipolati

**Affetti principali:** Rabbia e invidia

**Credenze patogene caratteristiche**

**relative a se stessi:** «Posso fare tutto ciò che voglio»

**Credenze patogene caratteristiche**

**relative alle altre persone:** «Sono tutti egoisti, ti manipolano, sono spregevoli e/o incapaci di farsi valere; inconsistenti e dunque non valgono niente»

**Modi principali di difendersi:** Cercare di ottenere un controllo onnipotente



# Stile istrionico di personalità

**Aspetti costituzionali:** Sensibilità; ricerca intenza di interazioni sociali

**Tensione/preoccupazione principale:** Il genere e il potere; inconscia svalutazione del proprio genere, invidia e paura del genere opposto

**Affetti principali:** paura; vergogna; colpa (per la propria competitività)

**Credenze patogene caratteristiche relative a se stessi:** «C'è qualcosa di problematico nel mio genere e nelle sue implicazioni»

**Credenze patogene caratteristiche relative alle altre persone:** «Il mondo può essere compreso solo in termini di distinzioni binarie di genere oppure di conflitto tra generi diversi»

**Modi principali di difendersi:** Rimozione; regressione; conversione; sessulizzazione; acting out



# Stile depressivo di personalità

**Aspetti costituzionali:** Possibile predisposizione genetica alla depressione

**Tensione/preoccupazione principale:** Autoritica e autopunizioni; preoccupazioni rispetto alle relazioni o alla perdita (oppure a entrambe)

**Affetti principali:** Tristezza; sentimenti di colpa; vergogna

**Credenze patogene caratteristiche relative a se stessi:** «C'è qualcosa di intrinsecamente sbagliato o inadeguato in me»; «Qualcuno o qualcosa di indispensabile per il mio bene è stato irrimediabilmente perso»

**Credenze patogene caratteristiche relative alle altre persone:** «Se le persone mi conoscessero veramente mi rifiuterebbero»

**Modi principali di difendersi:** Introiezione; capovolgimento dell'affetto; idealizzazione degli altri e svalutazione di sé

## **Stile depressivo di personalità - sottotipi**

Sottotipo introiettivo: gli individui con questo sottotipo rimproverano se stessi per i propri difetti e si sentono altamente responsabili delle cose negative che capitano loro (stile di attribuzione; Seligman). Famiglia trascurante, ma inaccettabile da riconoscere, per cui danno la colpa a loro stessi. Cercano di essere “buone”.

Sottotipo anaclitico: disagio e disorganizzazione in reazione a perdite e separazioni. Tutto ruota intorno alle relazioni, affetti, fiducia, intimità. Si sentono vuoti, incompleti, soli, indifesi e deboli. Disperazione esistenziale e mancanza di senso.

Polarità anaclitico-introiettiva (relazionalità vs. definizione di sé) di Blatt -> modello alternative per i disturbi di personalità (DSM-5)

# Psychodiagnostic Chart-2 Sindromi

## Sezione II: Sindromi di personalità (Asse P)

Si tratta di modi di pensare, sentire, comportarsi e relazionarsi che sono relativamente stabili nel tempo. Un pattern di personalità di livello sano non implica alcuna compromissione, mentre sindromi o disturbi di personalità possono essere caratterizzati da una compromissione di livello nevrotico, borderline o psicotico.

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

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

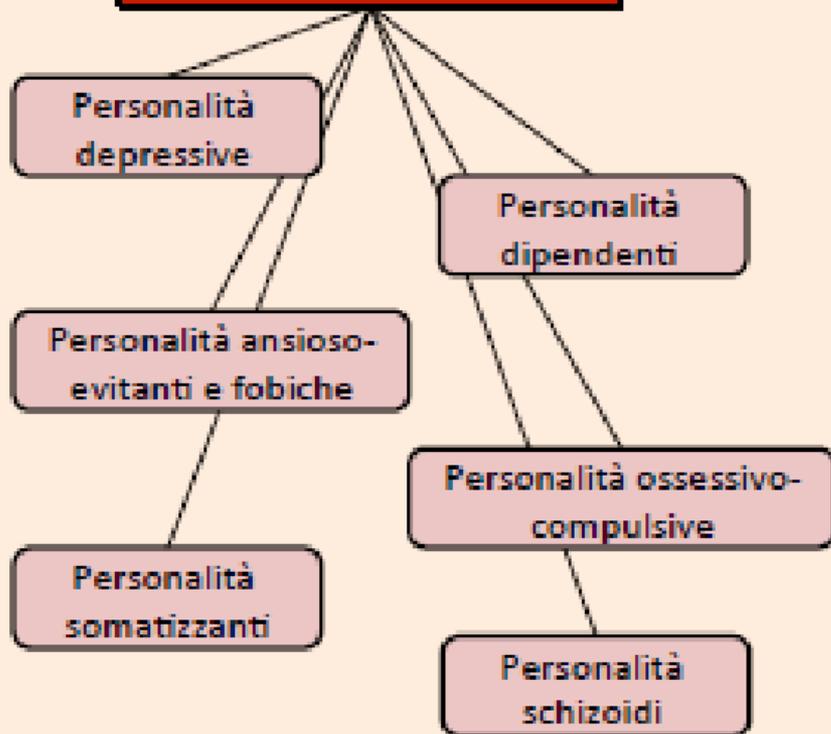
	<b>Livello di compromissione</b>
<input type="checkbox"/> <b>Depressiva</b>	_____
Sottotipi:	
– Introiettivo	
– Anaclitico	
– Manifestazione opposta: ipomaniacale	
<input type="checkbox"/> <b>Dipendente</b>	_____
Sottotipi:	
– Passivo-aggressivo	
– Manifestazione opposta: controdipendente	

# Psychodiagnostic Chart-2 Sindromi

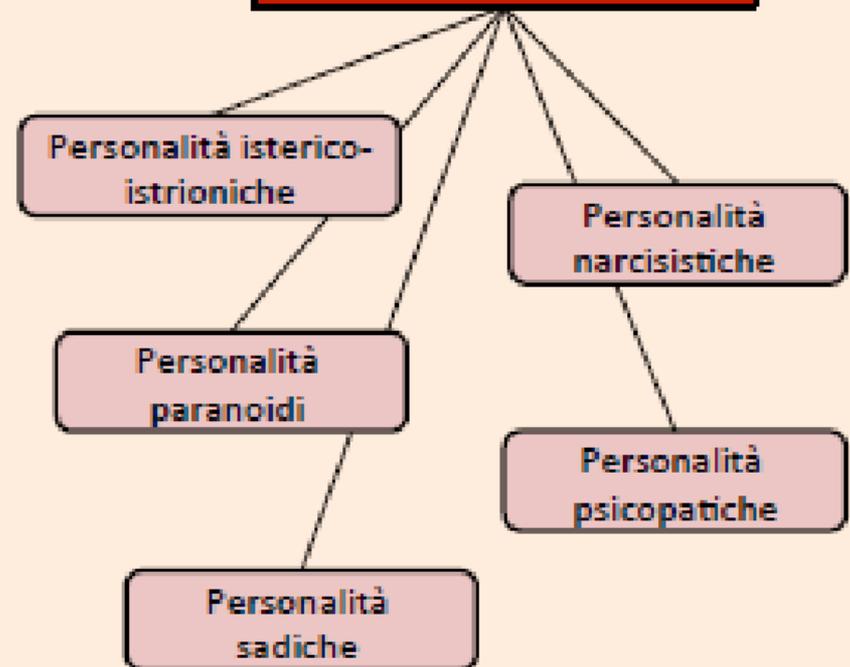
Livello di compromissione

<input type="checkbox"/> <b>Ansioso-evitante e fobica</b>	___
Sottotipo: - Manifestazione opposta: controfobico	
<input type="checkbox"/> <b>Ossessivo-compulsiva</b>	___
<input type="checkbox"/> <b>Schizoide</b>	___
<input type="checkbox"/> <b>Somatizzante</b>	___
<input type="checkbox"/> <b>Isterico-istrionica</b>	___
Sottotipi: - Inibito - Dimostrativo	
<input type="checkbox"/> <b>Narcisistica</b>	___
Sottotipi: - Overt - Covert - Maligno	
<input type="checkbox"/> <b>Paranoide</b>	___
<input type="checkbox"/> <b>Psicopatica</b>	___
Sottotipi: - Passivo-parassitario, disonesto - Aggressivo	
<input type="checkbox"/> <b>Sadica</b>	___
<input type="checkbox"/> <b>Borderline</b>	___

## Spettro internalizzante



## Spettro esternalizzante



Personalità borderline

## Asse M - funzionamento mentale

L'asse M non valuta il funzionamento complessivo (Asse P), ma aiuta a valutare le specifiche aree di funzionamento mentale. Ovvero, valuta degli specifici **meccanismi**.

Anche se viene richiesto di valutare 12 funzioni distinte, raggruppate in 4 domini, il funzionamento dovrebbe essere considerato come un unicum.

Per ognuna delle funzioni, vengono suggeriti degli specifici strumenti di valutazione

# Asse M - funzionamento mentale

## Asse M

### Profilo del funzionamento mentale

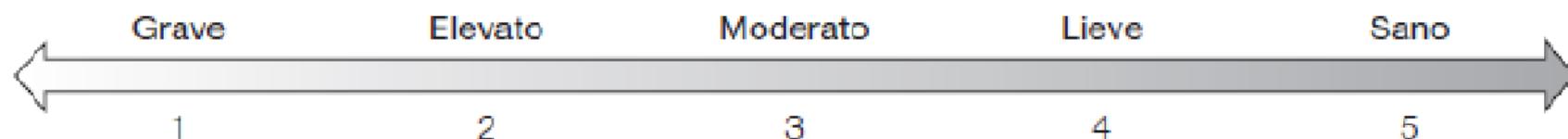
- |  |                    |
|--|--------------------|
| 1. Capacità di regolazione, attenzione e apprendimento               | WAIS-IV, 3MS, WCST |
| 2. Capacità di fare esperienza, comunicare e comprendere gli affetti | DERS               |
| 3. Capacità di mentalizzazione e funzione riflessiva                 |                    |
| 4. Capacità di differenziazione e integrazione (identità)            |                    |
| 5. Capacità di relazioni e intimità                                  |                    |
| 6. Regolazione dell'autostima e qualità dell'esperienza interna      | Rosenberg          |
| 7. Capacità di controllo e regolazione degli impulsi                 |                    |
| 8. Funzionamento difensivo   | DSQ                |
| 9. Capacità di adattamento, resilienza e risorse psicologiche        | COPE               |
| 10. Capacità di auto-osservazione (mentalità psicologica)            | TAS-20             |
| 11. Capacità di costruire e ricorrere a standard e ideali            |                    |
| 12. Significato e direzionalità                                      |                    |

NOTE: SWAP-200 per tutte le funzioni tranne la #1

# Psychodiagnostic Chart-2 Funzionamento Mentale

## Sezione III: Funzionamento mentale (Asse M)

Valuti il livello di funzionamento o di compromissione del suo paziente in ciascuna delle 12 funzioni mentali elencate di seguito su una scala da 1 a 5 (1 = grave compromissione; 5 = funzionamento sano). Quindi sommi i 12 punteggi ottenuti per trovare il punteggio complessivo del livello di compromissione.



### Processi cognitivi e affettivi

1. Capacità di regolazione, attenzione e apprendimento \_\_\_\_\_
2. Capacità di fare esperienza, comunicare e comprendere gli affetti \_\_\_\_\_
3. Capacità di mentalizzazione e funzione riflessiva \_\_\_\_\_

### Identità e relazioni

4. Capacità di differenziazione e integrazione (identità) \_\_\_\_\_
5. Capacità di relazioni e intimità \_\_\_\_\_
6. Regolazione dell'autostima e qualità dell'esperienza interna \_\_\_\_\_

# Psychodiagnostic Chart-2 Funzionamento Mentale

## Difese e coping

7. Capacità di controllo e regolazione degli impulsi \_\_\_\_\_

8. Funzionamento difensivo \_\_\_\_\_

9. Capacità di adattamento, resilienza e risorse psicologiche \_\_\_\_\_

## Autoconsapevolezza e autodirezionalità

10. Capacità di auto-osservazione (mentalità psicologica) \_\_\_\_\_

11. Capacità di costruire e ricorrere a standard e ideali \_\_\_\_\_

12. Significato e direzionalità \_\_\_\_\_

## Livello complessivo di compromissione della personalità (somma delle 12 funzioni mentali): \_\_\_\_\_

[Funzionamento mentale sano/ottimale, 54-60; Funzionamento mentale buono/adequato con alcune aree problematiche, 47-53; Lieve compromissione del funzionamento mentale, 40-46; Moderata compromissione del funzionamento mentale, 33-39; Grave compromissione del funzionamento mentale, 26-32; Limitazioni significative delle funzioni mentali di base, 19-25; Notevoli/gravi limitazioni delle funzioni mentali di base, 12-18.]

# APPROFONDIMENTO



# PREMESSE – ACCORDO DOCENTE-STUDENTI

Il questionario è totalmente anonimo. Non scrivere nome o cognome (nessuna informazione sensibile o tramite la quale voi possiate essere riconosciuti). Immaginate che il questionario vada perduto...

Potete rispondere riferendovi a voi stessi (self-report) o ad altri, reali o immaginari (other-report).

Il fine principale è di natura didattica, ovvero conoscere lo strumento nel dettaglio...

...possibile benefit, conoscere leggermente meglio se stessi (self-report)

## Rosenberg Self-Esteem Scale

Ora ti sono proposte altre affermazioni sempre su di te.

Assegna un punteggio in relazione a quanto concordi con ciascuna affermazione, seguendo la seguente scala che va da 1 a 4:

1– Fortemente in disaccordo

2– In disaccordo

3 D'accordo

4 Fortemente d'accordo

1. Penso di valere almeno quanto gli altri.	1	2	3	4
2. Penso di avere un certo numero di qualità.	1	2	3	4
3. Sono portato a pensare di essere un vero fallimento.	1	2	3	4
4. Sono in grado di fare le cose bene almeno come la maggior parte delle persone	1	2	3	4
5. Penso di non aver molto di cui essere fiero.	1	2	3	4
6. Ho un atteggiamento positivo verso me stesso	1	2	3	4
7. Complessivamente sono soddisfatto di me stesso.	1	2	3	4
8. Desidererei avere maggior rispetto di me stesso.	1	2	3	4
9. Senza dubbio a volte mi sento inutile.	1	2	3	4
10. A volte penso di essere un buono a nulla.	1	2	3	4

# APPROFONDIMENTO Asse M

## Regolazione dell'autostima e qualità dell'esperienza interna

Rappresenta un giudizio globale su se stessi e sulle proprie capacità, che si accompagna ad un senso generale di autoaccettazione e ad un atteggiamento positivo verso se stessi

L'autostima viene determinata da informazioni oggettive e soggettive, riferite a diversi tipi di sé:

Il sé reale: ciò che crediamo di essere ...

Il sé ideale: ciò che desideriamo essere ...

Il sé imperativo: ciò che sentiamo di dover essere ...



I problemi legati all'autostima nascono solitamente dalla discrepanza tra il Sé reale/ Sé ideale e Sé reale/Sé imperativo.

<p><b>DISCREPANZA</b></p>	<p><b>Sé reale / Sé ideale</b> (fallimento nel corrispondere alle aspirazioni)</p>	<p><b>Sé reale / Sé imperativo</b> (fallimento nell'adempiere agli obblighi)</p>
<p><b>REAZIONI EMOTIVE</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Delusione</b></li> <li>• <b>Tristezza</b></li> <li>• <b>Diminuita attivazione fisiologica</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Colpa</b></li> <li>• <b>Imbarazzo</b></li> <li>• <b>Accresciuta attivazione fisiologica</b></li> </ul>
<p><b>EFFETTI A LUNGO TERMINE</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Minore autostima</b></li> <li>• <b>Depressione</b></li> <li>• <b>Mediocre funzionamento del sistema immunitario</b></li> <li>• <b>Malattia</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Minore autostima</b></li> <li>• <b>Ansia</b></li> <li>• <b>Mediocre funzionamento del sistema immunitario</b></li> <li>• <b>Malattia</b></li> </ul>

# SCORING

Per tutti gli items, la singola risposta viene considerata un punteggio....

Fortemente in disaccordo = 1

In disaccordo = 2

D'accordo = 3

Fortemente d'accordo = 4

...

# SCORING

...TUTTAVIA, per gli items #3, #5, #8, #9 e #10, si invertono i punteggi

Fortemente in disaccordo = 4

In disaccordo = 3

D'accordo = 2

Fortemente d'accordo = 1

REGOLA: "5-x"

CALCOLATE IL "VOSTRO" PUNTEGGIO

# SCORING

Punteggio totale: Somma di tutti gli item, dopo aver invertito gli items 3, 5, 8, 9, and 10

Cut-off

15-25: autostima di livello medio

**<15: autostima bassa**

**>25: autostima alta**

Seguendo le istruzioni sotto elencate indichi quanto è d'accordo o no con ciascuna delle seguenti affermazioni segnando una **x** sopra il numero corrispondente.

Segnare una sola risposta per ciascuna frase.

**1 = NON SONO PER NIENTE D'ACCORDO**

**2 = NON SONO MOLTO D'ACCORDO**

**3 = NON SONO NÉ D'ACCORDO NÉ IN DISACCORDO**

**4 = SONO D'ACCORDO IN PARTE**

**5 = SONO COMPLETAMENTE D'ACCORDO**

1.	Sono spesso confuso/a circa le emozioni che provo	1	2	3	4	5
2.	Mi è difficile trovare le parole giuste per esprimere i miei sentimenti	1	2	3	4	5
3.	Provo delle sensazioni fisiche che neanche i medici capiscono	1	2	3	4	5
4.	Riesco facilmente a descrivere i miei sentimenti	1	2	3	4	5
5.	Preferisco approfondire i miei problemi piuttosto che descriverli semplicemente	1	2	3	4	5
6.	Quando sono sconvolto/a non so se sono triste, spaventato/a o arrabbiato/a	1	2	3	4	5
7.	Sono spesso disorientato dalle sensazioni che provo nel mio corpo	1	2	3	4	5
8.	Preferisco lasciare che le cose seguano il loro corso piuttosto che capire perché sono andate in quel modo	1	2	3	4	5

9.	Provo sentimenti che non riesco proprio ad identificare	1	2	3	4	5
10.	È essenziale conoscere le proprie emozioni	1	2	3	4	5
11.	Mi è difficile descrivere ciò che provo per gli altri	1	2	3	4	5
12.	Gli altri mi chiedono di parlare di più dei miei sentimenti	1	2	3	4	5
13.	Non capisco cosa stia accadendo dentro di me	1	2	3	4	5
14.	Spesso non so perché mi arrabbio	1	2	3	4	5
15.	Con le persone preferisco parlare di cose di tutti i giorni piuttosto che delle loro emozioni	1	2	3	4	5
16.	Preferisco vedere spettacoli leggeri, piuttosto che spettacoli a sfondo psicologico	1	2	3	4	5
17.	Mi è difficile rivelare i sentimenti più profondi anche ad amici più intimi	1	2	3	4	5
18.	Riesco a sentirmi vicino ad una persona, anche se ci capita di stare in silenzio	1	2	3	4	5
19.	Trovo che l'esame dei miei sentimenti mi serve a risolvere i miei problemi personali	1	2	3	4	5
20.	Cercare significati nascosti in films o commedie distoglie dal piacere dello spettacolo	1	2	3	4	5

## APPROFONDIMENTO Asse M

### Capacità di auto-osservazione (mentalità psicologica)

Alessitimia: “α” - alfa privativa, “λέξις” parola, “θυμός” emozione)

*«i pazienti alessitimici hanno difficoltà nell'identificare e descrivere i loro sentimenti, il loro stile cognitivo è concreto e basato sulla realtà (“la pensée opératoire”) ed hanno una vita impoverita sia a livello emozionale interno che fantastico “ (Taylor, Bagby & Ryan. 1985)*

# APPROFONDIMENTO Asse M

## Capacità di auto-osservazione (mentalità psicologica)

Tra le caratteristiche nucleari sono presenti: 1) difficoltà a discriminare una emozione dall'altra, e gli stati somatici dalle emozioni; 2) difficoltà a comunicare verbalmente le proprie emozioni; 3) fantasia molto piatta e priva di vivacità; 4) stile cognitivo allo stimolo esterno (concetto simile al “*pensée opératoire*”).

Tra le caratteristiche collaterali si trovano invece: lamentele su sintomi somatici e non psicologico-relazionali; esplosioni di riso o rabbia improvvisi, ma spiegabili dall'esterno; espressione delle emozioni tramite l'azione e non la parola; attività onirica ridotta e caratterizzata da temi arcaici od estremamente razionalizzati; pseudonormalità, definita anche “normopatia”; amimia; oscillazione tra comportamento dipendente ed evitante; ridotta capacità empatica.

# Toronto Alexithymia Scale 20 (TAS-20)

Coerenza interna: alfa di Cronbach = 0.81

Stabilità temporale test-retest (3 mesi) = 0.77

3 fattori:

- 1) Difficoltà di identificare i sentimenti
- 2) Difficoltà di descrivere i sentimenti
- 3) Pensiero orientato all'esterno (piuttosto instabile e non sempre replicato nei diversi campioni)

# SCORING

Per tutti gli items, la singola risposta viene considerata un punteggio.....

Non sono per niente d'accordo = 1

Non sono molto d'accordo = 2

Non sono nè d'accordo nè in disaccordo = 3

Sono d'accordo = 4

Sono completamente d'accordo = 5

...

# SCORING

...TUTTAVIA, per gli items #4, #5, #10, #18 e #19, si invertono i punteggi

Non sono per niente d'accordo = 5

Non sono molto d'accordo = 4

Non sono nè d'accordo nè in disaccordo = 3

Sono d'accordo = 2

Sono completamente d'accordo = 1

REGOLA: "6-x"

CALCOLATE IL "VOSTRO" PUNTEGGIO

# SCORING

F1) DIS: 1 – 3 - 6 – 7 – 9 – 13 – 14

F2) DDS: 2 – 4 – 11 – 12 – 17

F3) POE: 5 – 8 – 10 – 15 – 16 – 18 – 19 – 20

Punteggio totale: DIS+DDS+POE

Cut-off

< 50: alessitimia assente

50-60: alessitimia inderterminata

**≥ 61: alessitimia presente**

# Asse S – Pattern sintomatologici e Esperienza Soggettiva

Asse basato su DSM-5 e ICD-10

Non solo conoscere i sintomi lamentati da una persona, ma anche valutare la sua esperienza soggettiva di tali sintomi.

L'esperienza soggettiva è trascurata dagli approcci descrittivo-categoriali

Esperienza soggettiva...

...del paziente

...e del terapeuta!

# Asse S – Pattern sintomatologici e Esperienza Soggettiva

<b>S1</b>	<b>Disturbi a prevalente manifestazione psicotica</b>
S11	Disturbo psicotico breve (psicosi isterica, bouffée délirante acuta polimorfa)
S12	Disturbo delirante (paranoia pura)
S13	Disturbo schizotipico (schizofrenia semplice, schizofrenia residuale)
S14	Schizofrenia e disturbo schizoaffettivo
<b>S2</b>	<b>Disturbi dell'umore</b>
S21	Disturbo depressivo persistente (distimia)
S22	Disturbo depressivo maggiore
S23	Disturbo ciclotimico
S24	Disturbi bipolari
S25	Disturbi affettivi del puerperio
<b>S3</b>	<b>Disturbi correlati prevalentemente all'ansia</b>
S31	Disturbi d'ansia
S31.1	Fobie specifiche
S31.2	Fobia sociale
S31.3	Agorafobia e disturbo di panico
S31.4	Disturbo d'ansia generalizzata
S32	Disturbo ossessivo-compulsivo e disturbi correlati
S32.1	Disturbo ossessivo-compulsivo
S32.2	Disturbo di distorsione corporea (dismorfofobia)
S32.3	Disturbo da accumulo
S32.4	Tricotillomania e disturbo da escoriazione
<b>S4</b>	<b>Disturbi correlati a eventi di vita e a condizioni stressanti</b>
S41	Disturbi correlati a eventi traumatici e stressanti
S41.1	Disturbi dell'adattamento
S41.2	Disturbo da stress acuto e disturbo da stress post-traumatico
S41.3	Disturbo da stress post-traumatico complesso
S42	Disturbi dissociativi
S42.1	Disturbo di depersonalizzazione/derealizzazione
S42.2	Amnesia dissociativa con/senza fuga
S42.3	Disturbo dissociativo dell'identità e altri specifici disturbi dissociativi-1
S43	Disturbo di conversione

<b>S5</b>	<b>Disturbo da sintomi somatici e disturbi correlati</b>
S51	Disturbo da sintomi somatici
S52	Disturbo da ansia di malattia (ipocondria)
S53	Disturbi fittizi
<b>S6</b>	<b>Disturbi con sintomi specifici</b>
S61	Disturbi della nutrizione e dell'alimentazione
S62	Disturbi del ritmo sonno-veglia
S63	Disturbi sessuali
S64	Disturbi parafillici
S65	Disturbi da comportamento dirompente, del controllo degli impulsi e della condotta
<b>S7</b>	<b>Disturbi correlati alle dipendenze e ad altre condizioni mediche</b>
S71	Dipendenze
S71.1	Disturbi correlati alla dipendenza da sostanze
S71.2	Dipendenze comportamentali (disturbo da gioco d'azzardo, dipendenza da in
S72	Disturbi mentali dovuti ad altre condizioni mediche
S72.1	Disturbo neurocognitivo correlato all'infezione da HIV
<b>SApp</b>	<b>Appendice: Esperienze psicologiche che possono richiedere attenzione clinica</b>
SApp1	Minoranze demografiche (etniche, culturali, linguistiche, religiose, politiche)
SApp2	Personale lesbiche, gay e bisessuali
SApp3	Incongruenza di genere

PER CIASCUN DISTURBO  
Stati affettivi  
Pattern cognitivi  
Stati somatici  
Pattern relazionali  
Esperienza soggettiva del clinico  
Illustrazione clinica

# Asse S – Pattern sintomatologici e Esperienza Soggettiva

## Esperienza soggettiva del paziente

Stati affettivi

Pattern cognitivi

Stati somatici

Pattern relazionali

## Esperienza soggettiva del terapeuta

# Asse S – Pattern sintomatologici e Esperienza Soggettiva

## Esperienza soggettiva del paziente DOC

Stati affettivi: dolore e isolamento, perchè non capiti dagli altri. Con buon insight, depressione e progettualità suicidaria. Se le compulsioni e rituali sono bloccati, paura, irritabilità e aggressività. Paura (inconscia) di perdere il controllo

Pattern cognitivi: valutare insight. Ossessioni riconosciute come malfunzionamento della propria mente. Pensiero magico porta a vergogna se con insight, delirante senza insight.

Stati somatici: arousal aumentato e sintomi somatici di ansia. Possibili problemi fisici in washers. Fatica e irrequietezza. Tic motori

# Asse S – Pattern sintomatologici e Esperienza Soggettiva

## Esperienza soggettiva del paziente DOC

Pattern relazionali: difficoltà relazionali. Possibile isolamento sociale. Se possibile, preferiscono mantenere la relazione già presente. Scelta del pattern che li rassicura rispetto i propri sintomi.

## Esperienza soggettiva del terapeuta

Battaglia tra due parti della mente, quella che assedia e quella che viene assediata. Oscillazione tra ottimismo, empatia, e fiducia, e stupore, scoraggiamento, pessimismo, e dubbio di poterlo aiutare. Controtransfert su tematiche di “controllo”

# Il controtransfert

Data una certa reazione (o tendenza) controtransferale, è necessario distinguere le varie componenti:

1. Resistenza dell'analista, dovuta al fatto che vengono attivati i propri conflitti interiori, non opportunamente trattati (Freud)
2. Transfert dell'analista verso il paziente, in quanto rievoca figure importanti del proprio passato
3. Esternalizzazione, identificazione proiettiva, o induzione di ruolo da parte del paziente sull'analista, dove l'analista è portato ad assumere un certo ruolo, ovvero quello di oggetto interno del paziente o di alcune parti non volute del Sé del paziente
4. Reazione dell'analista al transfert del paziente e al proprio controtransfert
5. Comunicazione che avviene nel campo analitico tra paziente e analista
6. Dipendenza dell'analista dalla validazione da parte del paziente
7. Disturbo della comprensione, dovuto all'ansia sorta nell'analista
8. Caratteristiche della personalità o eventi di vita dell'analista che interferiscono con la propria attività clinica
9. Insieme degli atteggiamenti consci o inconsci dell'analista verso i suoi pazienti
10. Limiti specifici dell'analista messi in luce da certi pazienti
11. Reazione emotiva «appropriata» dell'analista alla comunicazione del paziente, che può essere un elemento terapeutico fondamentale

# Disturbo borderline di personalità

Ideazione paranoide transitoria, associata a stress, o dissociazione

Sforzi disperati per evitare un abbandono, reale o immaginario

Rabbia inappropriata, intensa e difficoltà a controllarla

Relazioni instabili e intense, tra idealizzazione e svalutazione

Impulsività in due aree (sesso, sostanze, guida, abbuffate)

Ricorrenti comportamenti o minacce suicidarie o automutilanti

Instabilità affettiva dovuta a reattività dell'umore

Alterazione dell'identità: sé instabile

Sentimenti cronici di vuoto



# Stile borderline di personalità

**Aspetti costituzionali:** Difficoltà costituzionali nella regolazione delle emozioni e della loro intensità; aggressività; difficoltà nell'essere calmati

**Tensione/preoccupazione principale:** Coesione VS frammentazione del sé; attaccamento caratterizzato dalla paura sia di essere invasi sia di essere abbandonati

**Affetti principali:** generalmente molto intensi; in particolare rabbia, vergogna e paura

**Credenze patogene caratteristiche relative a se stessi:** «Non so chi sono: mi sento confuso, dissociato e privo di un sentimento di continuità»

**Credenze patogene caratteristiche relative alle altre persone:** «Gli altri sono tutti buoni o tutti cattivi»

**Modi principali di difendersi:** Scissione; identificazione proiettiva; diniego; dissociazione; acting out e altre difese primitive



# Disturbo borderline di personalità

## **Transfert**

Intenso e privo di ambivalenza (il terapeuta è totalmente buono o totalmente cattivo). Spesso i due poli oscillano tra una seduta e l'altra e anche all'interno di una stessa seduta (scissione). Rifiutano le interpretazioni.

## **Controtransfert**

Le reazioni sono intense e disturbanti. Anche quando non sono negative (ad esempio compassione verso il bambino disperato dentro il pz) possono avere qualità disturbati e distruttive. In equipe, rischio di scissione. Rischio di sentirsi come la madre esasperata di un bambino di due anni che non accetta di essere aiutato ma, senza aiuto cade in uno stato di profonda frustrazione



# Come avete reagito a livello soggettivo? BORDERLINE

## PAURA/TERRORE

«Avrei timore di non saper controllare il colloquio e non riuscire a porre dei paletti. Temerei le reazioni emotive»  
«preferirei non mettere in discussione quello che dice»  
«impressionata» «impaurita per l'intensa instabilità espressa e per l'imprevedibilità»

## ANSIA e SVALUTAZIONE DI SÈ

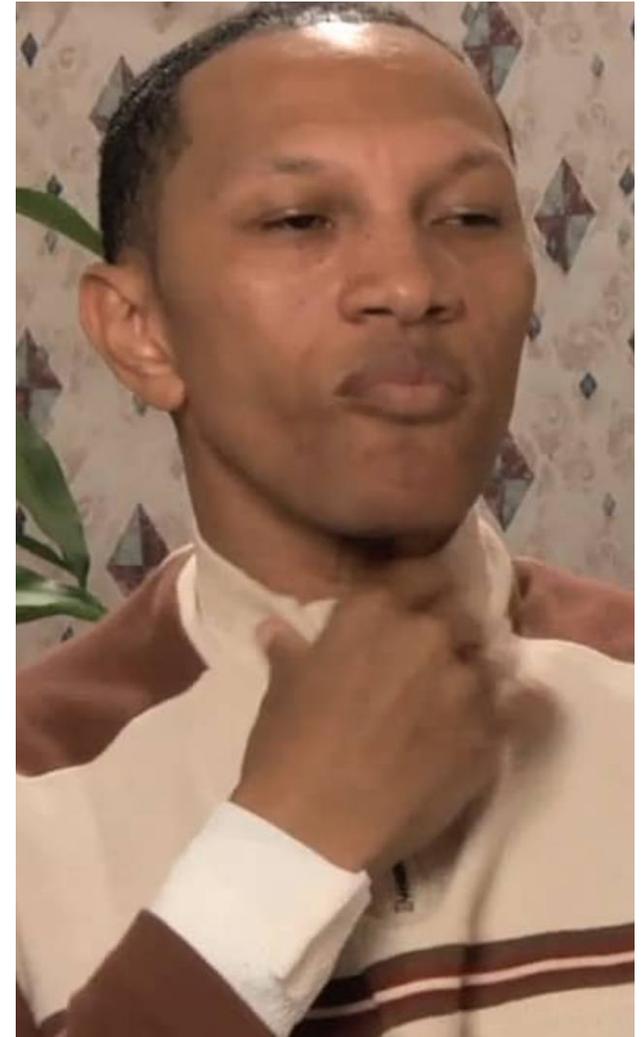
«sentirei ansia a causa del suo comportamento» «nervosa per la continua idealizzazione e svalutazione» «preoccupata di non essere all'altezza» «sensazione di sentirsi incapace, non adatta e non all'altezza» «incapace di fronte a tanti problemi»

## CONFUSIONE

«mi sarei sentita confusa dal flusso del discorso e preoccupata per i tentativi suicidari» «non saprei cosa fare. Confusione mentale nel vedere tanti episodi gravi» «non sarei stata in grado di seguire il suo discorso» «a volte perdo il filo del flusso di parole»

## RABBIA

«rabbia e sfiducia. Mi sarei sentita aggredita» «fatica a non essere giudicante a causa della sua arroganza»



# Disturbo paranoide di personalità

**Sospetta senza fondamento di essere sfruttato danneggiato o ingannato**

**Dubita, senza giustificazione, della lealtà o affidabilità degli altri**

**É riluttante a fidarsi con gli altri per la paura ingiustificata che le informazioni possano essere usate contro di lui/lei**

**Legge significati nascosti umilianti o minacciosi in osservazioni o eventi benevoli**

**Porta costantemente rancore**

**Sospetta ricorrentemente della fedeltà del coniuge o partner**



# Stile paranoide di personalità

**Aspetti costituzionali:** Possibile irritabilità o aggressività

**Tensione/preoccupazione principale:**

Attaccare VS essere attaccati (o umiliati)

**Affetti principali:** Rabbia; paura; vergogna; disprezzo

**Credenze patogene caratteristiche relative a se stessi:** «Sono costantemente in pericolo»

**Credenze patogene caratteristiche relative alle altre persone:** «Il mondo è pieno di persone pronte ad attaccarmi o usarci»

**Modi principali di difendersi:** Proiezione; identificazione proiettiva; diniego e formazione reattiva



# Stile paranoide di personalità

## Transfert

T. Immediato, intenso e negativo. Il terapeuta è spesso considerato come disconfermante e fonte di umiliazione (alle volte, come salvifico)

Si aspettano che lo psicologo cerchi di sottometterli e di dimostrare che sono inferiori. «Sguardo paranoide»

## Controtransfert

Senso di vulnerabilità e necessità di difendersi. C. ansioso e ostile. Sempre reazioni intense (a differenza di pz narcisisti e schizoidi). Il terapeuta sente spesso la reazione emotiva che il pz vuole esiliare da sé. Tendenza a dare rassicurazioni = prova di una congiura



# Disturbo schizoide di personalità

**Mostra freddezza emozionale, distacco o  
affettività piatta**

**Appare indifferente alle lodi e alle critiche**

**Sceglie quasi sempre attività solitarie**

**Poche attività procurano piacere**

**Non desidera né gode di relazioni interpersonali  
intime, incluso essere parte di una famiglia**

**Interessi sessuali con altre persone limitati o  
assenti**

**Mancanza di amici stressi e confidenti a parte i  
parenti di primo grado**



# Stile schizoide di personalità

**Aspetti costituzionali:** Forte sensibilità e reattività agli stimoli; timidezza; possibile vulnerabilità allo sviluppo di sintomi psicotici

**Tensione/preoccupazione principale:** Paura VS desiderio di intimità e vicinanza (VS DSM-5)

**Affetti principali:** L'iperstimolazione causa sofferenza emotiva; gli affetti provati possono essere così intensi che l'individuo sente di doverli reprimere

**Credenze patogene caratteristiche relative a se stessi:** «La dipendenza e l'amore sono pericolosi»

**Credenze patogene caratteristiche relative alle altre persone:** «La vita sociale mi invade e mi fa sentire pericolosamente sopraffatto»

**Modi principali di difendersi:** Ritiro, sia comportamentale sia in fantasica, con preoccupazioni idiosincratiche



# **Disturbo schizoide di personalità**

## **Transfert**

Necessità di tempo per interiorizzare il setting e la sicurezza derivante. Inizialmente, si sente vuoto e taciturno. Successivamente, grato della possibilità di esplorare le proprie. Angosce di intrusione e invasione. Distacco. Tentativi di testare il vero interesse del terapeuta

## **Controtransfert**

Rischio di controdistacco. Rischio di curiosità da «zoo», piuttosto che di sincero interesse umano. Rischio di oggettificazione. Tenere a mente che la freddezza del pz è una difesa. Rischio di sollecitare una apertura prematura del pz. Vissuti concordanti di debolezza e fragilità. Il mondo può essere percepito come distruttivo.

Controimmagini di superiorità fusionale (noi due siamo un mondo). Fantasia che il pz sia un genio incompreso e speciale (forse fantasia di un genitore eccessivamente coinvolto e con aspettative eccessive)

# Come avete reagito a livello soggettivo? SCHIZOIDE

## VUOTO

«dal punto di vista affettivo non sento niente» «non sentivo niente»  
«assenza e disinteresse»

## DISTACCO

«Sensazione di essere un fastidio» «mi sarei sentita al di fuori del suo mondo, ci si riesce ad avvicinare perchè il paziente lascia qualche spiraglio ma si resta comunque tagliati fuori» «difficoltà a creare un ponte per agganciarlo» «poco stimolata ad andare avanti» «come se mi intromettessi nella sua vita personale senza sia gradito nè sgradito»

## ANSIA/ANGOSCIA

«impazienza» «irrequietezza e ansia» «difficoltà nel gestire i silenzi frequenti e l'espressività molto limitata» «soffocare dalla sua mancanza di piacere e mancanza di relazioni»

## RABBIA

«infastidita dalla sua freddezza» «estenuante portare avanti un colloquio del genere» «sensazione di essere un fastidio»

## COMPASSIONE

«sentirmi onorato di essere una delle poche persone con cui parla» «mi sarei sentito in pena per lui» «compassione per l'evidente disagio psichico»



CLUSTER B

GENERE: M

F

CASO #1: Come ti saresti sentito se fossi stato tu a condurre il colloquio?

Il colloquio sarebbe stato più facile se fossi stato io a condurre il colloquio perché avrei potuto spiegare meglio le cose e avrei potuto capire meglio le cose che mi ha detto. Invece se fossi stato tu a condurre il colloquio, io avrei avuto più difficoltà a capire le cose che mi ha detto e avrei avuto più difficoltà a spiegare le cose che mi ha detto.

CASO #2: Come ti saresti sentito se fossi stato tu a condurre il colloquio?

Il colloquio sarebbe stato più facile se fossi stato io a condurre il colloquio perché avrei potuto spiegare meglio le cose e avrei potuto capire meglio le cose che mi ha detto. Invece se fossi stato tu a condurre il colloquio, io avrei avuto più difficoltà a capire le cose che mi ha detto e avrei avuto più difficoltà a spiegare le cose che mi ha detto.

CASO #3: Come ti saresti sentito se fossi stato tu a condurre il colloquio?

Il colloquio sarebbe stato più facile se fossi stato io a condurre il colloquio perché avrei potuto spiegare meglio le cose e avrei potuto capire meglio le cose che mi ha detto. Invece se fossi stato tu a condurre il colloquio, io avrei avuto più difficoltà a capire le cose che mi ha detto e avrei avuto più difficoltà a spiegare le cose che mi ha detto.

CASO #4: Come ti saresti sentito se fossi stato tu a condurre il colloquio?

Il colloquio sarebbe stato più facile se fossi stato io a condurre il colloquio perché avrei potuto spiegare meglio le cose e avrei potuto capire meglio le cose che mi ha detto. Invece se fossi stato tu a condurre il colloquio, io avrei avuto più difficoltà a capire le cose che mi ha detto e avrei avuto più difficoltà a spiegare le cose che mi ha detto.

CLUSTER A

GENERE: M

F

CASO #1: Come ti saresti sentito se fossi stato tu a condurre il colloquio?

Con un colloquio davanti a me.

CASO #2: Come ti saresti sentito se fossi stato tu a condurre il colloquio?

Il colloquio è stato più facile se fossi stato io a condurre il colloquio perché avrei potuto spiegare meglio le cose e avrei potuto capire meglio le cose che mi ha detto. Invece se fossi stato tu a condurre il colloquio, io avrei avuto più difficoltà a capire le cose che mi ha detto e avrei avuto più difficoltà a spiegare le cose che mi ha detto.

CASO #3: Come ti saresti sentito se fossi stato tu a condurre il colloquio?

Il colloquio è stato più facile se fossi stato io a condurre il colloquio perché avrei potuto spiegare meglio le cose e avrei potuto capire meglio le cose che mi ha detto. Invece se fossi stato tu a condurre il colloquio, io avrei avuto più difficoltà a capire le cose che mi ha detto e avrei avuto più difficoltà a spiegare le cose che mi ha detto.

# Disturbo ossessivo compulsivo di personalità

Riluttante a delegare compiti o a lavorare con altri, a meno che non si adeguino esattamente al suo modo di fare le cose

Perfezionismo che interferisce con il completamento dei compiti

Rigidità e testardaggine

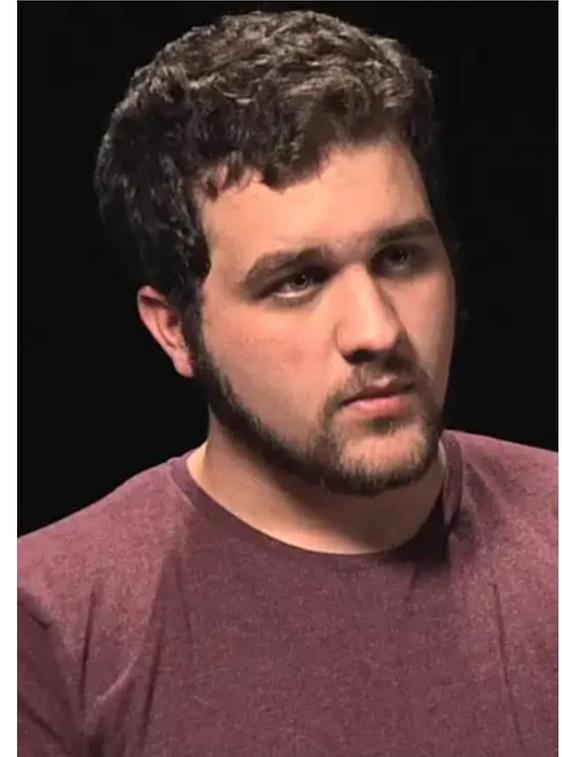
Eccessivamente dedito/a al lavoro e alla produttività, fino alla esclusione di attività di svago e amicizie

Incapace di gettare via oggetti consumati o di nessun valore, anche senza alcun legame affettivo

Adotta una modalità di spesa improntata all'avarizia sia per sé che per gli altri. Accumula denaro in caso di future catastrofi

Preoccupato/a per dettagli, regole, liste, ordine, organizzazione o programmi al punto che va perduto lo scopo principale

Eccessivamente coscienzioso/a, scrupoloso/a e intransigente in tema di moralità, etica o valori



# Stile ossessivo compulsivo di personalità

**Aspetti costituzionali:** Possibile aggressività, irritabilità e tendenza a essere metodici e ordinati

**Tensione/preoccupazione principale:**

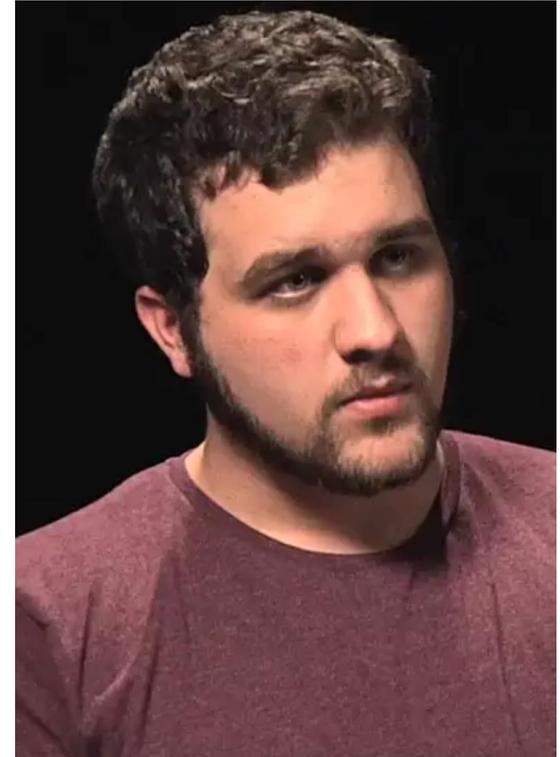
Sottomissione vs ribellione nei confronti dell'autorità

**Affetti principali:** Rabbia; colpa; vergogna; paura

**Credenze patogene caratteristiche relative a se stessi:** «La maggior parte delle emozioni è pericolosa e va tenuta sotto controllo»

**Credenze patogene caratteristiche relative alle altre persone:** «Gli altri sono meno precisi e ordinati di me e per questo motivo devo controllare quello che fanno e resistere al loro controllo»

**Modi principali di difendersi:** Isolamento degli affetti; formazioni reattiva; intellettualizzazione; moralismo; annullamento retroattivo



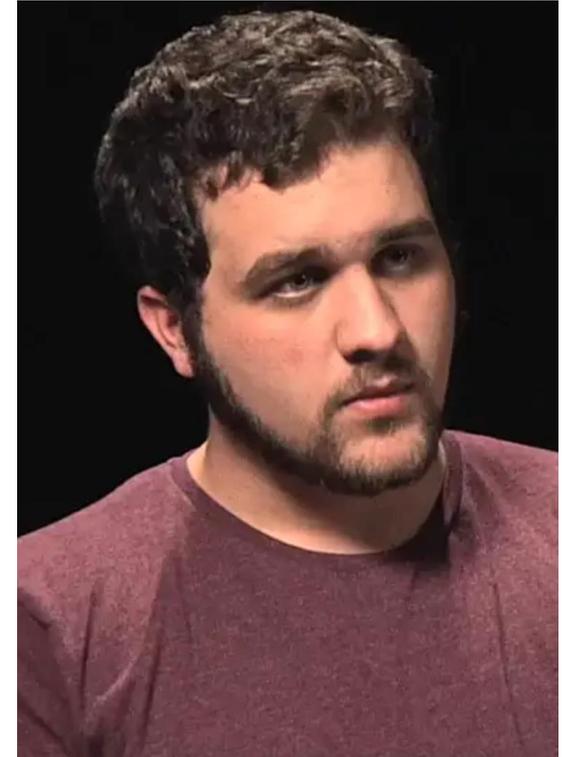
# Stile ossessivo compulsivo di personalità

## Transfert

«Buoni pazienti». Il pz percepisce il terapeuta come un genitore devoto ma giudicante e pieno di pretese, di cui colgono la compiacenza sul piano cosciente e l'opposizione inconscia. La loro rispettosità trasmette un tono sottostante di irritabilità e critica, che viene negata. Sottilmente polemici, controllanti, critici

## Controtransfert

Insofferenza annoiata, desiderio di scuoterli, farli aprire sui loro sentimenti, clistere verbale. Disorientati dalla vergogna del pz nel parlare dei propri problemi e delle resistenze. Annoiati e distanti dalla costante intellettualizzazione del pz.



# **Disturbo Narcisistico di personalitá**

**Idee grandiose su di sé e di meritare un trattamento speciale**

**Fantasie di successo illimitato, potere, etc.**

**Ritenere di non essere sufficientemente apprezzati**

**Senso di vuoto e apatia, nonostante i successi**

**Richiesta di eccessiva ammirazione**

**Tendenza a sfruttare gli altri**

**Mancanza di empatia e incapacità a riconoscere e identificare con i sentimenti altrui**

**Sentimenti di disprezzo, vergogna, o invidia e atteggiamenti arroganti e presuntuosi**



# Stile narcisista di personalità

**Aspetti costituzionali:** nessuna evidenza specifica

**Tensione/preoccupazione principale:**

inflazione VS deflazione dell'autostima

**Affetti principali:** vergogna; umiliazione; disprezzo; invidia

**Credenze patogene caratteristiche**

**relative a se stessi:** «devo essere perfetto per sentirmi bene»

**Credenze patogene caratteristiche**

**relative alle altre persone:** «Gli altri hanno ricchezza, bellezza, potere e fama. Più ne avrò anche io e meglio sarò»

**Modi principali di difendersi:**

Idealizzazione; svalutazione



# Asse S – Pattern sintomatologici e Esperienza Soggettiva

## Transfert e controtransfert dei pazienti con **personalità narcisistica**

### Transfert

Disinteresse del paziente all'esplorazione del transfert

Forte idealizzazione o svalutazione del terapeuta

Transfert egosintonico (il terapeuta è oggettivamente così)

# Asse S – Pattern sintomatologici e Esperienza Soggettiva

## Controtransfert

Noia, irritabilità, sonnolenza, sensazione che non accada niente

Con questi paziente, il controtransfert non è la proiezione di un oggetto interno, ma di un aspetto del Sè (parte grandiosa o svalutata del Sè)

Terapeuta come oggetto-Sè (usato per mantenere l'autostima) -> deumanizzazione

# Come avete reagito a livello soggettivo? NARCISISTA

## SENTIRSI AGGREDITI DALLA PAZIENTE

«infastidita da questo comportamento eccessivo» «mi sentirei irritata dall'atteggiamento di superiorità» «mi sarei sentita provocata» «continuamente giudicata» «risponde alla mie domande come se fossero cosa banali» «sarei stata sulla difensiva» «aggredita in certi momenti» «sminuita» «molto irritato dalla sua arroganza»

## DEUMANIZZATO/A

«Come se io fossi lì per ammirala» «a disagio per la mancanza di empatia della paziente» «personalità fin troppo forte rispetto alla mia»

## AGGREDIRE LA PAZIENTE

«mi suscitava del ridicolo» «mi passerebbe la voglia di parlarci» «divertito» «mi veniva da ridere ad ascoltarla»



# Come avete reagito a livello soggettivo? ISTRIONICA

## IMBARAZZO SEDUTTIVO

«imbarazzato per il comportamento eccessivamente sessuale»

## ACCUDIMENTO

«addolcito» «mi sentivo come se parlassi con un'amica» «come se dovessi consolarla»

## DIVERTIMENTO

«Divertita dal suo atteggiamento» «risata»

## TRISTEZZA

«paura di dire qualcosa che «rattrista» la persona» «forte depressione»

## FALSITÀ

«ma davvero è così? è seria?» «costantemente teatrale»

## MANIPOLAZIONE

«mi sarei sentita presa in giro» «forte voglia di essere amata e avevo la sensazione che volesse conferma che io fossi lì e volessi amarla»

## CONFUSIONE

«difficoltà nel seguire i continui picchi emotivi» anche se da un lato i suoi comportamenti portavano ilarità nel colloquio, le sue lievi cadute d'umore repentine risuonavano stranianti con il contesto precedente»



# Esempio di valutazione PDC-2

## La valutazione del Signor A. con la PDC-2 – Asse P (1)

### Sezione I: Livello di organizzazione della personalità (Asse P)

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



**1. Identità:** capacità di vedere se stessi in modo complesso, stabile e accurato 5

**2. Relazioni oggettuali:** capacità di mantenere relazioni intime, stabili e soddisfacenti 2

**3. Livelli difensivi:** (utilizzi la guida sottostante, selezionando un solo valore numerico) 4

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

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

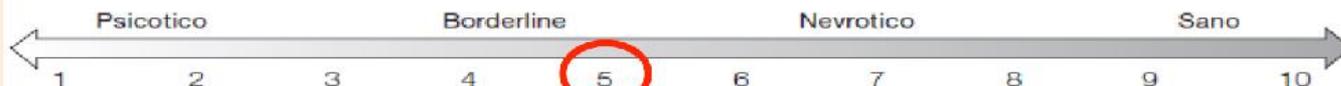
6-8: Livello nevrotico (rimozione, formazione reattiva, intellettualizzazione, spostamento, annullamento retroattivo)

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

**4. Esame di realtà:** capacità di comprendere le nozioni convenzionali di ciò che è realistico 7

### Organizzazione complessiva della personalità

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



# Esempio di valutazione PDC-2

## Sezione II: Sindromi di personalità (Asse P)

Si tratta di modi di pensare, sentire, comportarsi e relazionarsi che sono relativamente stabili nel tempo. Un pattern di personalità di livello sano non implica alcuna compromissione, mentre sindromi o disturbi di personalità possono essere caratterizzati da una compromissione di livello nevrotico, borderline o psicotico.

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

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

	Livello di compromissione
<input checked="" type="checkbox"/> <b>Depressiva</b>	<u>2</u>
Sottotipi:	
– <u>Introiettivo</u>	
– Anaclitico	
– Manifestazione opposta: ipomaniacale	
<input type="checkbox"/> <b>Dipendente</b>	—
Sottotipi:	
– Passivo-aggressivo	
– Manifestazione opposta: controdipendente	

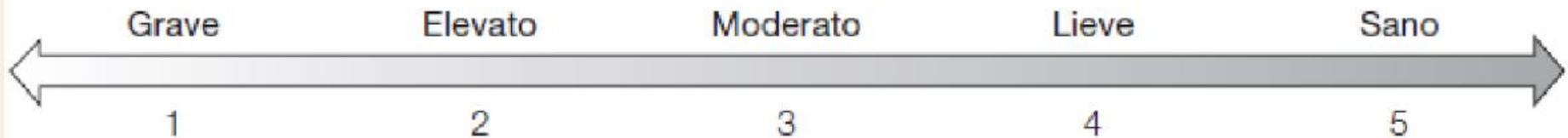
# Esempio di valutazione PDC-2

	Livello di compromissione
<input type="checkbox"/> <b>Ansioso-evitante e fobica</b>	—
Sottotipo: – Manifestazione opposta: controfobico	
<input type="checkbox"/> <b>Ossessivo-compulsiva</b>	—
<input type="checkbox"/> <b>Schizoide</b>	<b>3,5</b>
<input type="checkbox"/> <b>Somatizzante</b>	—
<input type="checkbox"/> <b>Isterico-istrionica</b>	—
Sottotipi: – Inibito – Dimostrativo	
<input type="checkbox"/> <b>Narcisistica</b>	<b>2</b>
Sottotipi: – Overt – <u>Covert</u> – Maligno	
<input type="checkbox"/> <b>Paranoide</b>	<b>3</b>
<input type="checkbox"/> <b>Psicopatica</b>	—
Sottotipi: – Passivo-parassitario, disonesto – Aggressivo	
<input type="checkbox"/> <b>Sadica</b>	—
<input type="checkbox"/> <b>Borderline</b>	—

# Esempio di valutazione PDC-2

## Sezione III: Funzionamento mentale (Asse M)

Valuti il livello di funzionamento o di compromissione del suo paziente in ciascuna delle 12 funzioni mentali elencate di seguito su una scala da 1 a 5 (1 = grave compromissione; 5 = funzionamento sano). Quindi sommi i 12 punteggi ottenuti per trovare il punteggio complessivo del livello di compromissione.



### Processi cognitivi e affettivi

- |  |          |
|--|----------|
| 1. Capacità di regolazione, attenzione e apprendimento               | <u>4</u> |
| 2. Capacità di fare esperienza, comunicare e comprendere gli affetti | <u>2</u> |
| 3. Capacità di mentalizzazione e funzione riflessiva                 | <u>4</u> |

### Identità e relazioni

- |   |          |
|---|----------|
| 4. Capacità di differenziazione e integrazione (identità)       | <u>3</u> |
| 5. Capacità di relazioni e intimità                             | <u>2</u> |
| 6. Regolazione dell'autostima e qualità dell'esperienza interna | <u>2</u> |

## Esempio di valutazione PDC-2

### Difese e coping

7. Capacità di controllo e regolazione degli impulsi	<u>4</u>
8. Funzionamento difensivo	<u>2</u>
9. Capacità di adattamento, resilienza e risorse psicologiche	<u>3</u>

### Autoconsapevolezza e autodirezionalità

10. Capacità di auto-osservazione (mentalità psicologica)	<u>3</u>
11. Capacità di costruire e ricorrere a standard e ideali	<u>4</u>
12. Significato e direzionalità	<u>3</u>

### Livello complessivo di compromissione della personalità (somma delle 12 funzioni mentali):

36

[Funzionamento mentale sano/ottimale, 54-60; Funzionamento mentale buono/adequato con alcune aree problematiche, 47-53; Lieve compromissione del funzionamento mentale, 40-46; Moderata compromissione del funzionamento mentale, 33-39; Grave compromissione del funzionamento mentale, 26-32; Limitazioni significative delle funzioni mentali di base, 19-25; Notevoli/gravi limitazioni delle funzioni mentali di base, 12-18.]



# Esempio di valutazione PDC-2

## Sezione V: Fattori culturali, ambientali e altre considerazioni rilevanti

- Background socio-culturale elevato

---

- Forte discrepanza tra capacità intellettive e capacità sociali

---

---

---

---

---

---