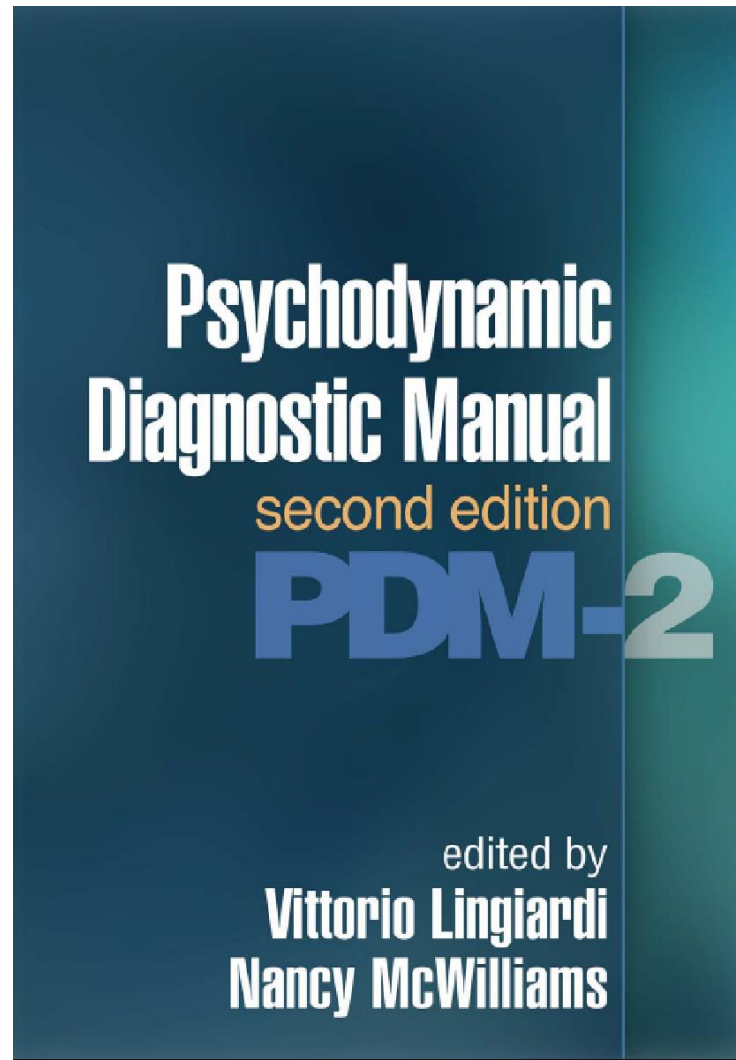


Psicodiagnostica Clinica

Lezione 3

- Prof. Igor Marchetti
- Anno accademico 2024-2025
- Email: 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)

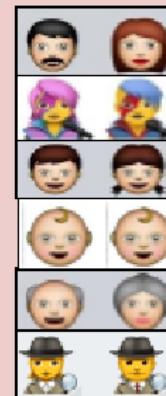
Sezione III: Infanzia (4-11)

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)

4) Livello psicotico: spesso sono individui che non hanno mai avuto un episodio psicotico (esame di realtà), ma possono 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.

Organizzazione Psicotica

Difese primitive



Proteggono dalla disintegrazione

Difficoltà relative alla propria identità



A volte temono di non esistere; no continuità di sé e degli altri; descrizione vaga e distorta

Possibile compromissione del contatto con la realtà



Test di realtà e principio di realtà

Incapacità di simbolizzazione e di astrazione

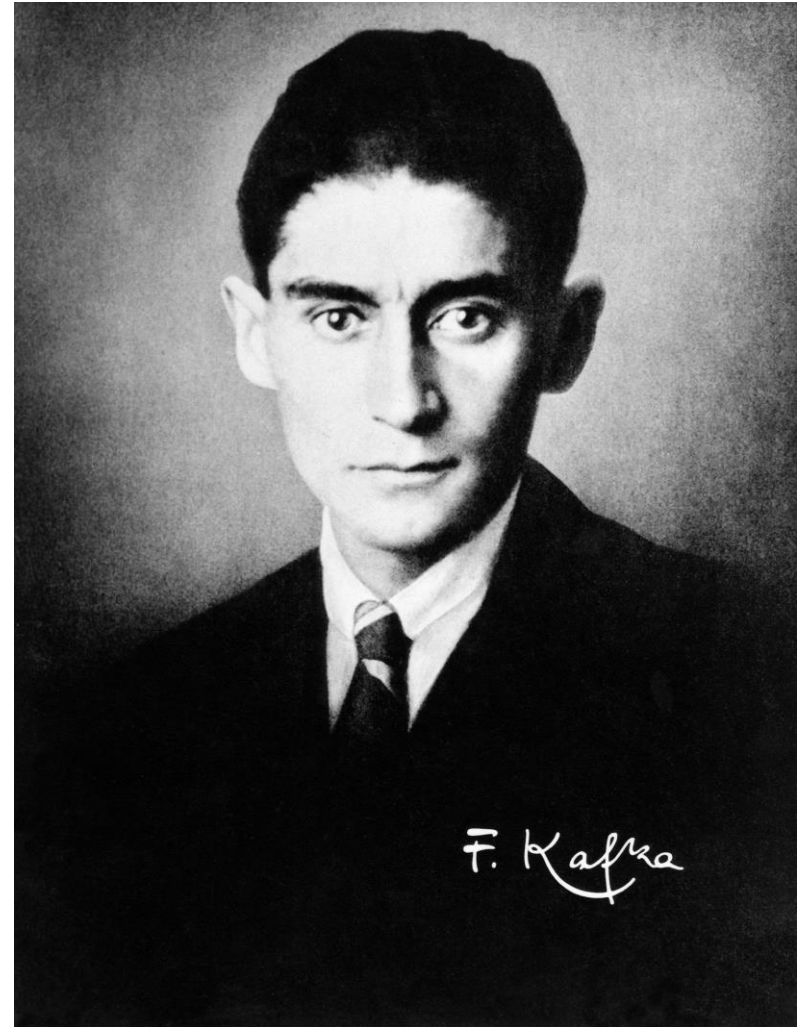


Pensiero concreto

La natura del **conflitto** è *letteralmente esistenziale*: vita e morte, resistenza e annullamento, sicurezza e terrore, essere o non essere è il tema ricorrente

«Poiché non ero sicuro di nulla e ad ogni istante avevo bisogno di una nuova conferma della mia esistenza, e poiché nulla era in mio possesso, un possesso certo, assoluto, inequivocabilmente determinato da me solo – in verità mi sentivo un figlio diseredato – anche la realtà a me più vicina, il mio corpo, finì per diventare incerta»

(Kafka, Lettera al padre, 1919)



Spesso nelle famiglie ricevono messaggi sottili di non essere persone separate ma un'estensione di qualcun altro e continue squalificazioni.



Organizzazione Psicotica

Nonostante alcuni aspetti particolari e talvolta paurosi, i pazienti con organizzazione psicotici possono generare un **controtransfert positivo**, anche se diverso da quello verso il nevrotico. Si ha un atteggiamento di maggiore **onnipotenza soggettiva, proiettività genitoriale e sensibilità empatica**

Tendono a essere grati verso chiunque tenti di alleviare la loro sofferenza, apprezzano la sincerità del clinico e apprezzano il tentativo di riformulare i loro problemi. Tendono alla fusione primaria e all'idealizzazione, e possono far sentire il clinico molto forte e ben disposto. L'altra faccia è il peso della responsabilità psicologica che lo psicotico impone, «divorante» nei loro bisogni.

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)

Organizzazione Borderline

Difese primitive



Diniego,
identificazione
proiettiva, scissione

Incoerenza e discontinuità del sé



Tendono a respingere l'interesse del terapeuta sulla natura complessa degli individui, inclusi loro stessi.
(Le risposte non sono però mai bizzarre)

Descrizioni globali dell'altro



Tipicamente in termini 2D e polarizzati

Attaccamento insicuro, mancata capacità riflessiva, disregolazione degli affetti (Fonagy)



Frequentemente si arrabbiano laddove altri proverebbero vergogna, invidia, tristezza o altro stato affettivo più sfumato

Organizzazione Borderline

I transfert sono intensi, privi di ambivalenza (il terapeuta è totalmente buono o totalmente cattivo; non è rara l'oscillazione – anche tra una seduta e l'altra – di idealizzazione e svalutazione totale) e resistenti alle normali interpretazioni. L'interpretazione del transfert (forse prova per me quello che ha provato per suo padre) non provoca alcun sollievo o senso di comprensione; spesso concorderà semplicemente sul fatto che il terapeuta si comporta effettivamente come l'oggetto precedente.

Le reazioni di controtransfert sono di solito intense e disturbanti, anche quando non sono negative (es. fantasie di salvare il p. gravemente sofferente)

Livello di organizzazione (gravità del disturbo)

!!!!ATTENZIONE!!!!

Organizzazione borderline \neq 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)

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)

1) 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

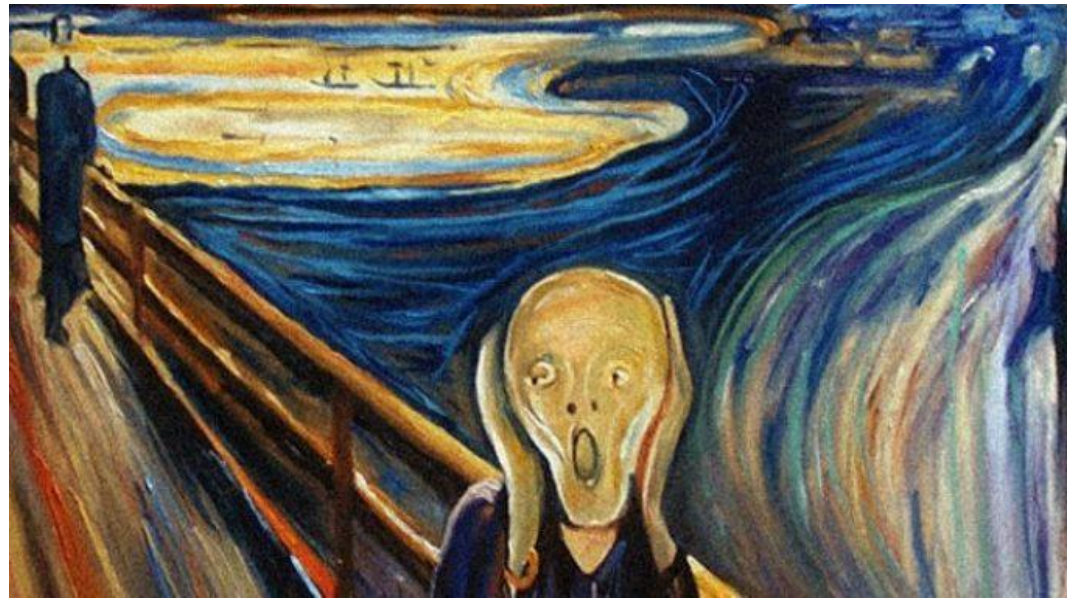
Senso integrato della propria identità

Solido contatto con la realtà

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 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 più”

“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 più farmi vedere in giro. La mia reputazione sarebbe rovinata”

“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”

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 Sè sia sopraffatto da altro e cessi di esistere. Queste due tipologie di angoscia sono dominanti nella organizzazione psicotica.

«Poiché non ero sicuro di nulla e ad ogni istante avevo bisogno di una nuova conferma della mia esistenza, e poiché nulla era in mio possesso, un possesso certo, assoluto, inequivocabilmente determinato da me solo – in verità mi sentivo un figlio diseredato – anche la realtà a me più vicina, il mio corpo, finì per diventare incerta» (*Lettera al padre*, Kafka)

Tipologie di Angoscia e Organizzazione di Personalità

Angoscia dell'lo (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) siano 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 più” = 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 più 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).

Psychodiagnostic Chart-2 Livello di Organizzazione

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 _____
- 2. Relazioni oggettuali:** capacità di mantenere relazioni intime, stabili e soddisfacenti _____
- 3. Livelli difensivi:** (utilizzi la guida sottostante, selezionando un solo valore numerico) _____
 - 1-2: Livello psicotico (proiezione dellirante, 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 _____

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.



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 patogena sugli altri
- 6) Modi principali di difendersi

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



Sè paranoide

Immagine di sé impotente e umiliata in contrasto con un'immagine onnipotente, vendicativa e trionfante (ma nessuna delle posizioni offre un grande sollievo: terrore di sopraffazione e disprezzo ma anche senso di colpa insopportabile); grado di paura in cui vivono; energie spese per scrutare pericoli nell'ambiente; lato grandioso si manifesta nel loro autoriferimento: tutti ce l'hanno con me; la megalomania inconscia o manifesta opprime la personalità paranoide con senso di colpa insopportabile; se sono onnipotente, tutto è colpa mia

Spesso combinazione di confusione dell'identità sessuale, desiderio di intimità con persone dello stesso sesso e timore di omosessualità, preoccupazione paranoica per l'omosessualità

Cercano di aumentare la propria autostima attraverso l'esercizio di potere contro le autorità e alte persone importanti; vendetta e trionfo danno loro un conforto passeggero e senso di sicurezza e rettitudine morale; accudiscono vittime di oppressioni e maltrattamenti

Stile paranoide di personalità

Transfert

Transfert 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



Sè schizoide

Mancanza di considerazione per le aspettative sociali tradizionali; indifferente all'effetto che ha sugli altri, *l'opposto dei narcisisti*; si tengono a distanza; abbandono è male minore rispetto a inglobamento

Mantiene l'autostima spesso con attività creativa individuale



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?

Se fossi stato io a condurre il colloquio mi sarei sentito più a mio agio perché ho già fatto qualche colloquio e so come gestire le situazioni. Inoltre, ho una buona conoscenza del settore e posso fornire informazioni più dettagliate e accurate. Questo mi darebbe un senso di competenza e sicurezza durante il colloquio.

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

Se fossi stato io a condurre il colloquio mi sarei sentito più sicuro perché ho già esperienza in questo campo. Posso gestire le domande e le obiezioni in modo più efficace e dare risposte più convincenti. Inoltre, posso mostrare un maggiore interesse e coinvolgimento durante il colloquio.

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

Se fossi stato io a condurre il colloquio mi sarei sentito più sicuro perché ho già fatto qualche colloquio e so come gestire le situazioni. Inoltre, ho una buona conoscenza del settore e posso fornire informazioni più dettagliate e accurate. Questo mi darebbe un senso di competenza e sicurezza durante il colloquio.

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

Se fossi stato io a condurre il colloquio mi sarei sentito più sicuro perché ho già fatto qualche colloquio e so come gestire le situazioni. Inoltre, ho una buona conoscenza del settore e posso fornire informazioni più dettagliate e accurate. Questo mi darebbe un senso di competenza e sicurezza durante il colloquio.

CLUSTER A

GENERE: M

F

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

Con un certo disagio e stress.

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

Se fossi stato io a condurre il colloquio mi sarei sentito più sicuro perché ho già fatto qualche colloquio e so come gestire le situazioni. Inoltre, ho una buona conoscenza del settore e posso fornire informazioni più dettagliate e accurate. Questo mi darebbe un senso di competenza e sicurezza durante il colloquio.

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

Se fossi stato io a condurre il colloquio mi sarei sentito più sicuro perché ho già fatto qualche colloquio e so come gestire le situazioni. Inoltre, ho una buona conoscenza del settore e posso fornire informazioni più dettagliate e accurate. Questo mi darebbe un senso di competenza e sicurezza durante il colloquio.

Psicodiagnostica Clinica

Approfondimento su Psicopatia

- Prof. Igor Marchetti
- Anno accademico 2024-2025
- Email: imarchetti@units.it

Disturbo Antisociale di Personalità VS. Psicopatia

Tratto tipico dell'APD è la violazione delle norme – focalizzazione sul comportamento (i.e., criminalità)

La diagnosi di psicopatia, invece, non richiede necessariamente un comportamento antisociale, ma solo una specifica dinamica mentale:

Sottotipo aggressivo



Sottotipo parassitario-disonesto



Personalità psicopatica

- Le persone con per personalità psicopatica sono state definite “psicopatici”, “antisociali”, “sociopatici”, e “affetti da disturbi del carattere”, o semplicemente “criminali”
- 2-3% della popolazione
- M:F 4:1 - 7,8:1 (attenzione agli stereotipi: nelle donne, sono più frequenti diagnosi di personalità istrionica o borderline)
- Più frequente nelle aree urbane impoverite (Gabbard)
- Stretta relazione tra psicopatia e abuso di sostanze, sebbene i due fenomeni abbiano eziologie diverse

Personalità psicopatica (antisociale)

- Fattori genetici allo sviluppo della psicopatia
- complicazioni perinatali e ambiente familiare sfavorevole
- bassi livelli di 5-HIAA
- bassa risposta del sistema nervoso autonomo
- trascuratezza in infanzia e/o abuso fisico (ma non sessuale)
- ADHD e Dist. oppositivo provocatorio in infanzia

Continuum della psicopatia

Comportamento antisociale come parte di una nevrosi

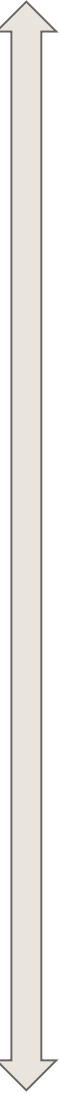
Organizzazione nevrotica con tratti antisociali

Disturbo di personalità con comportamento antisociali

Disturbo narcisistico di personalità con comp. antisociale

Narcisismo maligno (sadismo egosintonico e stile paranoide)

Psicopatia/disturbo antisociale



Psicopatologia Psicodinamica

- Gratificazione immediata e improcrastinabile dei propri bisogni
- Pulsioni percepite come fortemente egosintoniche, quindi spesso impaziente e edonista
- Grande sforzo per evitare ogni tensione (i.e., ansia), sia tramite la soddisfazione dei bisogni, sia tramite la negazione dell'ansia stessa
- Forte ricerca di un senso di sicurezza, che può sfociare in aggressività.

Il Sè psicopatico

- Dato il fallimento degli oggetti esterni, l'unico oggetto da investire è il Sé e il suo potere.
- Rappresentazioni di Sé polarizzate tra desiderata onnipotenza e grandiosità personale e temuta condizione di disperata debolezza.
- Invidia primitiva;
- l'altro va tenuto in scacco (controllo onnipotente perché è “o io o tu”)

Emozioni

- Ansia: la persona con psicopatia può sembrare estremamente calmo e poco propenso all'ansia. Tuttavia, spesso ha una tolleranza molto bassa all'ansia e alla frustrazione. Le frustrazioni, anche minime, vengono prontamente eliminate, anche a scapito degli altri. Se non possibile, interviene una forte negazione dell'emozione. Può anche essere fortemente indotta negli altri, tramite identificazione proiettiva.

Emozioni

- Senso di colpa: Due diverse teorie, non mutualmente escludentisi, ovvero 1) gli psicopatici bassa tolleranza al senso di colpa e 2) senso di colpa relativamente assente. Forse entrambe le teorie sono vere. Il pz antisociale esperisce i precursori del Super-Io (i.e., schema superegoico pre-autonomo), ad esempio provare vergogna per essere “smascherato”, ma non provarla per aver compiuto l’azione se non si è scoperti.
- Superficialità: ansia fluttuante, vuoto interiore e povertà delle relazioni posso essere scambiati per superficialità

Relazioni oggettuali

- Il pz investe principalmente su se stesso e non sugli altri. Gli altri sono oggetti passeggeri nella propria vita, quasi dei figuranti. Gli altri sono fonte di interesse solo nella misura in cui possono essere usati per soddisfare i propri bisogni.
- Può avere uno stile relazionale di tipo “come se”
- Spesso instaurano relazioni sadomasochistiche con gli altri “significativi”, quali genitori o partner
- Forte angoscia di essere sottomesso, ovvero di esperire una differenza sfavorevole di potere

Processi difensivi nello psicopatico (antisociale)

- Controllo onnipotente
- Identificazione proiettiva (per incapacità tra l'altro di esprimere le proprie emozioni, quindi per farle sentire proiettano nell'altro; le emozioni comunque sono legate a debolezza e vulnerabilità quindi da vergognarsi..)
- Processi dissociativi
- Acting out (devono agire quando sono turbate o eccitate)

(Super-io difettoso, mancanza di attaccamenti primari; gli altri sono solo utili e da manipolare) (grandiosità maligna di Kernberg); anche gli isterici e i borderline manipolano (anche in terapia), ma questi ultimi non si accorgono di farlo, gli psicopatici sono consapevoli di voler usare gli altri. Presenza di grandi violenze di solito nella loro vita.

Processi difensivi nello psicopatico (antisociale)

- Difese contro l'ansia: negazione, identificazione proiettiva
- Difese contro il senso di colpa:
 - “non sono stato io” (negazione)
 - “penso che fosse giusto” (razionalizzazione)
 - “lo fanno tutti” (proiezione)
 - “tanto non interessa a nessuno” (manipolazione)
 - “sono speciale” (idealizzazione di sé)
 - “io e lei siamo speciali” (idealizzazione del clinico)
- Difese contro la scarsa autostima: ritenere la propria insensibilità, indifferenza e spietatezza come tratti degni di ammirazione.

Transfert nel paziente psicopatico

- Bisogno del paziente di instaurare un rapporto sadomasochistico. Forte dinamica di potere. Ad esempio, instillare speranze nel clinico e poi frustrare fortemente tali aspettative.
- L'inganno e la manipolazione sono possibilità molto realistiche
- Data la presenza di forti caratteristiche narcisistiche, il clinico viene spesso ignorato e non considerato nella propria individualità, soprattutto se è possibile ottenere dei benefici da lui.

Controtransfert con il paziente psicopatico

- “Incredulità”, “collusione” (i.e., pseudo-identificazione maligna), e “condanna”
- Il clinico si rapporta con la sospettosità e la sfiducia del pz, che spesso cerca di ingannare e manipolare il clinico. Il clinico tipicamente esperisce una delle seguenti reazioni controtransferali:
 - il clinico è incurante delle manifestazioni comportamentali del pz
 - Il clinico assume il ruolo del genitore arrabbiato, che minaccia e reguardisce il pz per comportamenti che spesso rimandano a pulsioni inaccettabili nel clinico
 - il clinico è più motivato del pz in relazione al proseguimento del trattamento
 - il clinico può inconsapevolmente ammirare il comportamento del pz e agirlo a sua volta (collusione)

Diagnosi Differenziale con NPD

- Psicopatia ha frequentemente un disturbo della condotta in anamnesi;
- Impulsività estremamente più marcata;
- Assenza di senso morale (colpa o vergogna), mentre il NPD può provare queste emozioni;
- NPD richiede molta più ammirazione;
- L'invidia dello psicopatico può sembrare meno presente, ma può essere più distruttiva;
- Presenza di sadismo (distacco emotivo e controllo crudele)

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

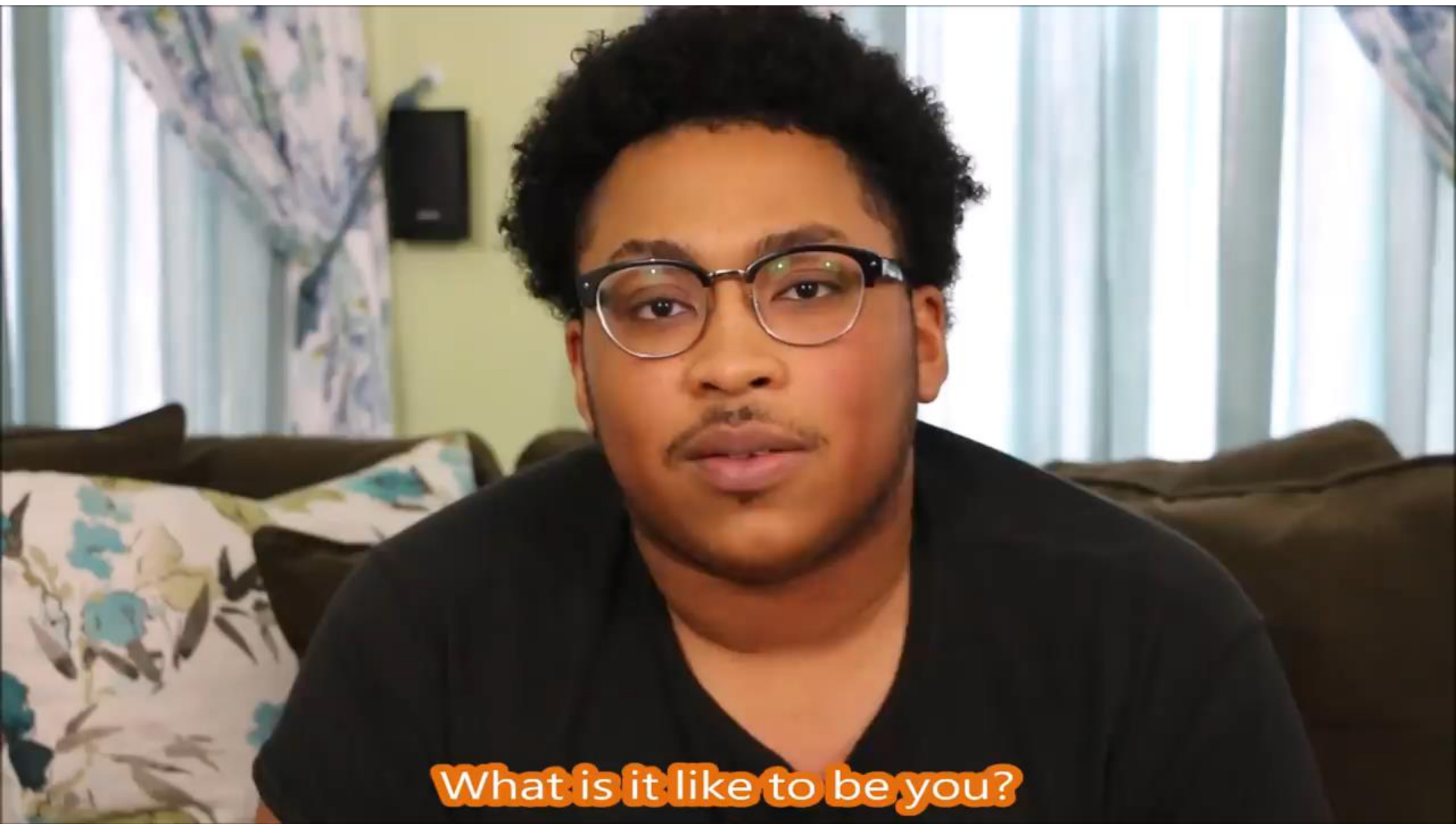
relative a se stessi: «Posso fare tutto ciò che voglio»

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





What is it like to be you?

Stile istrionico di personalità

Aspetti costituzionali: Sensibilità; ricerca intensa 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



Sè isterico

Immagine di sé come bambino piccolo indifeso che affronta la vita in un mondo di potenti e estranei; possono essere per questo controllanti e manipolativi ma per ragioni diverse dai narcisisti, è per bisogno di sicurezza e accettazione, non provano piacere nel dominare gli altri; la seduzione come manipolazione di figure di autorità, paterne, insegnanti ad es.;

L'autostima dipende dall'aver una posizione sociale di altri del sesso opposto; oppure “*farsi vedere con persone di potere*” ; oppure devono compiere “*atti di salvataggio*” , per es. aiutano i bambini a rischio; oppure salvare certi uomini distruttivi e predatori;

Nonostante la sensazione inconscia che l'altro sesso sia avvantaggiato si presentano molto femminili; pensano che l'attrazione sessuale sia l'unico potere per la femminilità, deve essere incoraggiato a realizzare la propria autostima in aree diverse dal fascino personale. Si sentono comunque inconsciamente castrate; il loro esibizionismo è controdepressivo.

Espressione esagerata dei loro sentimenti: siccome sono state svalutate e *infantilizzate*, ingigantiscono le emozioni per superare l'angoscia; allo stesso tempo danno l'impressione che non si può troppo credere alla loro drammaticità

Transfert e Controtransfert con personalità isterica

Il **transfert** è stato scoperto da **Freud** coi pazienti isterici (lì molto visibile). *Le personalità isteriche sono fortemente legate all'oggetto ed emotivamente espressive; parlano facilmente delle proprie emozioni per l'analista; con i terapeuti maschi, le donne isteriche saranno intimidite, seduttive, eccitate; con una terapeuta donna, sottilmente ostili e competitive; infantili in entrambe le situazioni; se sono borderline o psicotici compiono gravi acting out perché si sentono molto minacciati dalla relazione;*

Con isterici di alto funzionamento, possono esservi transfert molto intensi, erotizzati, che va affrontato subito con l'interpretazione (oppure fanno acting out con persone al di fuori, si innamorano)

Il **controtransfert** può essere caratterizzato da *distanza difensiva o infantilizzazione*. Particolarmente pericoloso con analista maschio narcisista e paziente donna: il grande Papà e la piccina indifesa (onnipotenza per il terapeuta);

La *sessualizzazione* è un grande pericolo ma se il terapeuta resiste ed è bravo, è una grande trasformazione per le personalità isteriche vedere che una figura autoritaria o autorevole pone il loro benessere al di sopra della opportunità di usarle; e questa autostima che ne deriva è più efficace di varie distorsioni difensive e sessualizzate.

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

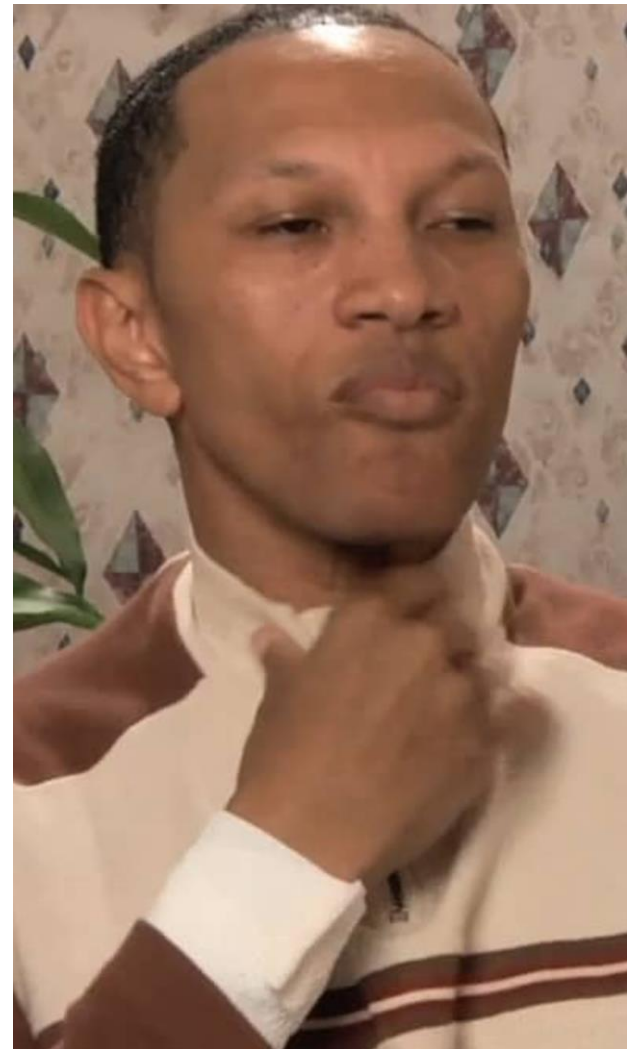
Tensione/preoccupazione principale: Coesione VS frammentazione del sé; attaccamento caratterizzato dalla paura sia di essere invasi sia di essere abbandonati

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



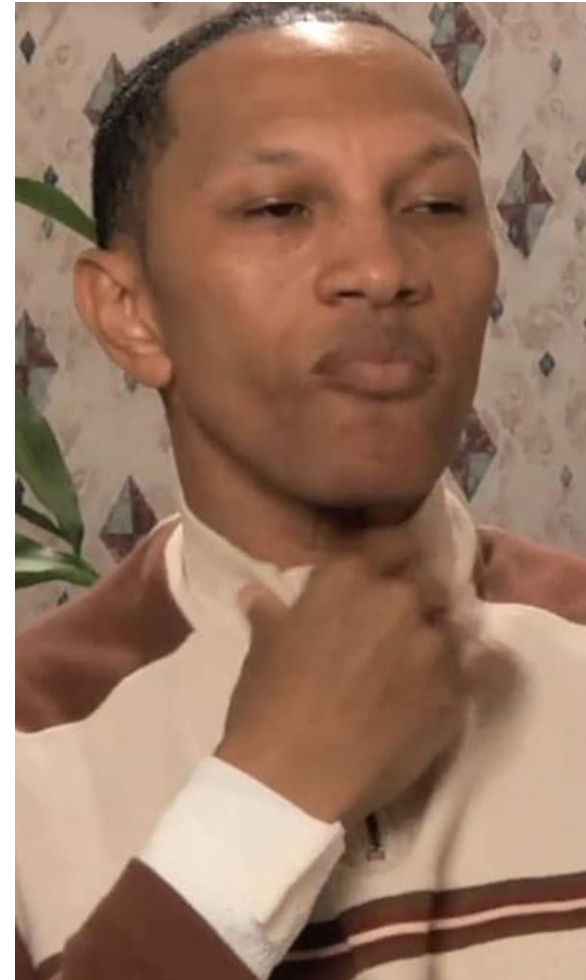
Stile borderline di personalità

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.

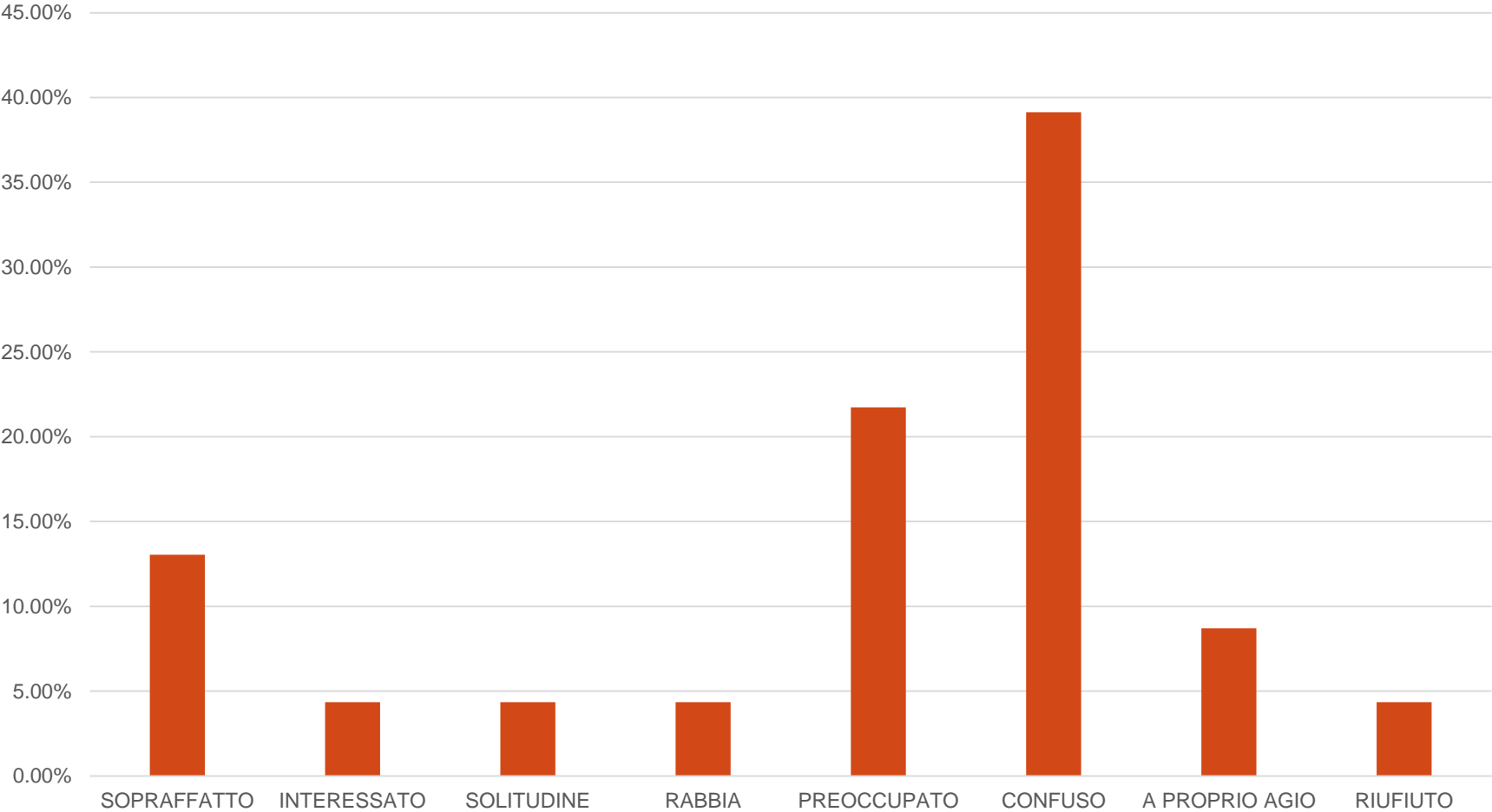
Controtransfert

Le reazioni sono intense e disturbanti. Anche quando non sono negative (ad esempio compassione verso il bambino disperato dentro il pz) possono avere qualità disturbate 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

PERSONALITA' BORDERLINE



Disturbo Narcisistico di personalità

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 neavrò anche io e meglio sarò»

Modi principali di difendersi:

Idealizzazione; svalutazione



Sè narcisistico

Senso di falsità, vergogna, invidia, vuoto incompletezza, bruttezza e inferiorità o le loro controparti compensatorie: ipocrisia, orgoglio, disprezzo, autosufficienza difensiva, vanità, superiorità. **Kernberg**: *Io grandioso e insieme senso di vuoto.*

Fragilità psicologica; *il timore della frammentazione del Sé interiore viene spesso spostato in una preoccupazione per la salute fisica (idee ipocondriache, il corpo investito come fosse una relazione col proprio corpo piuttosto che con l'altro)*

Estremo perfezionismo perché non reggono alle critiche

Incapaci di vere scuse e ringraziamenti, negano rimorso e gratitudine

Narcisismo Sano

Il poeta Vittorio Sereni su
Umberto Saba



*Sempre di sé parlava ma come lui nessuno
ho conosciuto che di sé parlando
e ad altri vita chiedendo nel parlare
altrettanta e tanta più ne desse
a chi stava ad ascoltarlo.*



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

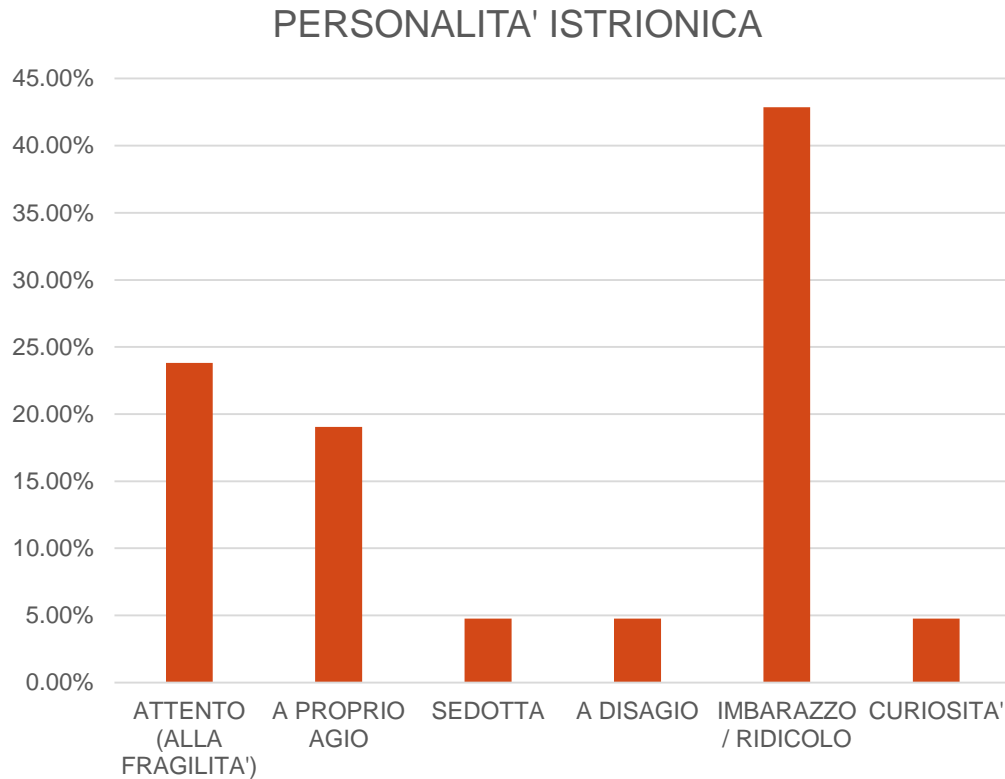
Con questi paziente, il controtransfert non è la proiezione di un oggetto interno, ma di un aspetto del Sè (parte grandiosa o svalutata del Sè)

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

Come avete reagito a livello soggettivo? NARCISISTA



Come avete reagito a livello soggettivo? ISTRIONICA



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)

Sè depressivo e Transfert-Controtransfert

Hanno trasformato il sentimento di essere rifiutate nella convinzione inconscia di meritare quel rifiuto

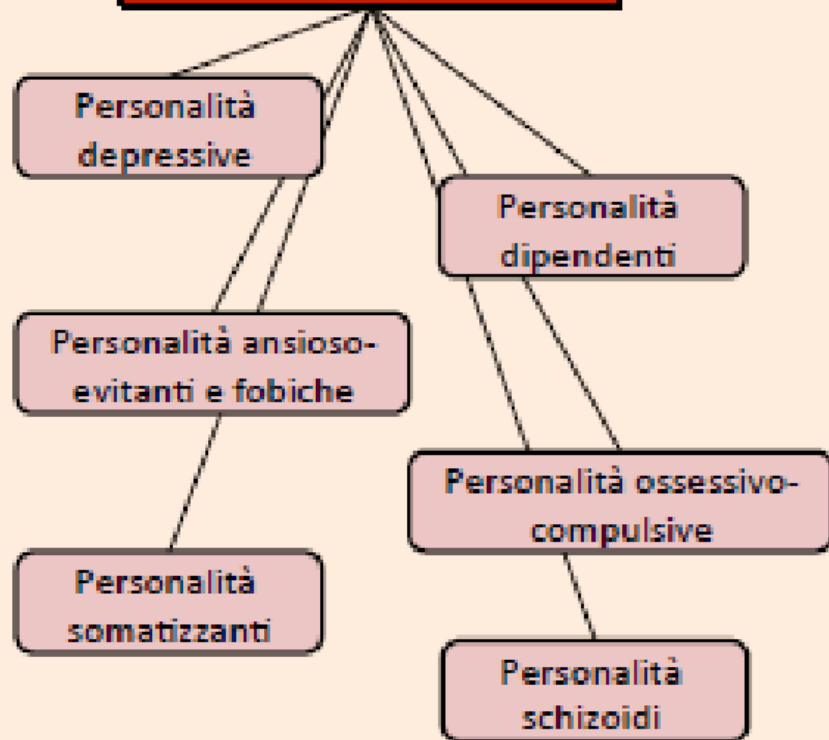
Possono trovare autostima in professioni d'aiuto o volontariato (per bilanciare il senso di colpa) (per tenere a bada angosce ed evitare distruttività)

Hanno *buone capacità di relazione oggettuale* ma tendono a proiettare sul terapeuta le proprie critiche interne (super-io sadico o rigido)

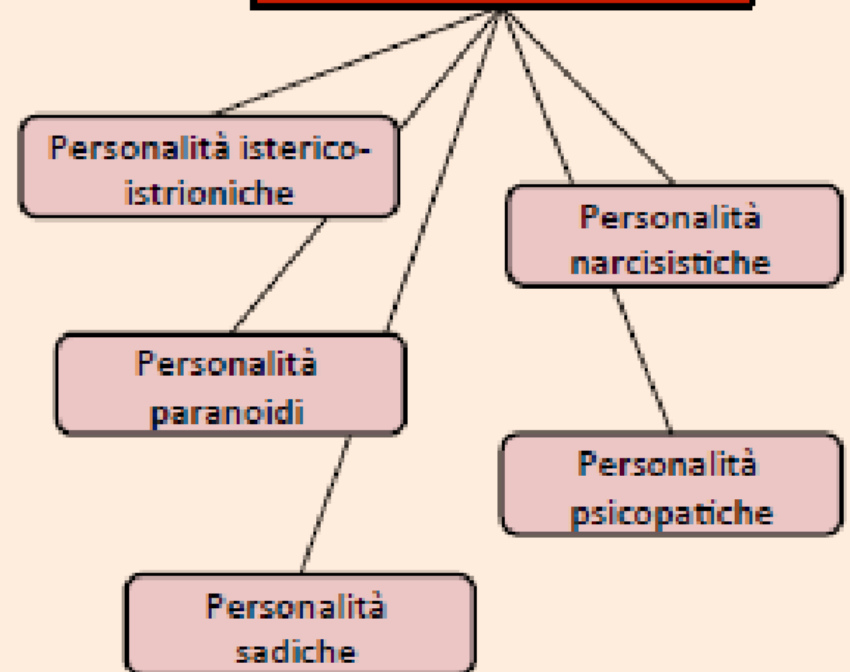
Le persone più disturbate hanno bisogno di farmaci mentre fanno la terapia per ridurre l' intensità dei sentimenti depressivi

Il *controtransfert* va da affetto benevolo a sentimenti onnipotenti di salvezza (essere il genitore sensibile che non ha mai avuto, controtransfert complementare) oppure controtransfert concordante, ci si sente impotenti e demoralizzati

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

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

S1 Disturbi a prevalente manifestazione psicotica

- 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

S2 Disturbi dell'umore

- S21 Disturbo depressivo persistente (distimia)
- S22 Disturbo depressivo maggiore
- S23 Disturbo ciclotimico
- S24 Disturbi bipolari
- S25 Disturbi affettivi del puerperio

S3 Disturbi correlati prevalentemente all'ansia

- 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

S4 Disturbi correlati a eventi di vita e a condizioni stressanti

- 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

S5 Disturbo da sintomi somatici e disturbi correlati

- S51 Disturbo da sintomi somatici
- S52 Disturbo da ansia di malattia (ipocondria)
- S53 Disturbi fittizi

S6 Disturbi con sintomi specifici

- S61 Disturbi della nutrizione e dell'alimentazione
- S62 Disturbi del ritmo sonno-veglia
- S63 Disfunzioni sessuali
- S64 Disturbi parafillici
- S65 Disturbi da comportamento dirompente, del controllo degli impulsi e della condotta

S7 Disturbi correlati alle dipendenze e ad altre condizioni mediche

- S71 Dipendenze
 - S71.1 Disturbi correlati alla dipendenza da sostanze
 - S71.2 Dipendenze comportamentali (disturbo da gioco d'azzardo, dipendenza da internet)
- S72 Disturbi mentali dovuti ad altre condizioni mediche
 - S72.1 Disturbo neurocognitivo correlato all'infezione da HIV

SApp Appendice: Esperienze psicologiche che possono richiedere attenzione clinica

- SApp1 Minoranze demografiche (etniche, culturali, linguistiche, religiose, politiche)
- SApp2 Persone 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

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

Il controtransfert

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 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

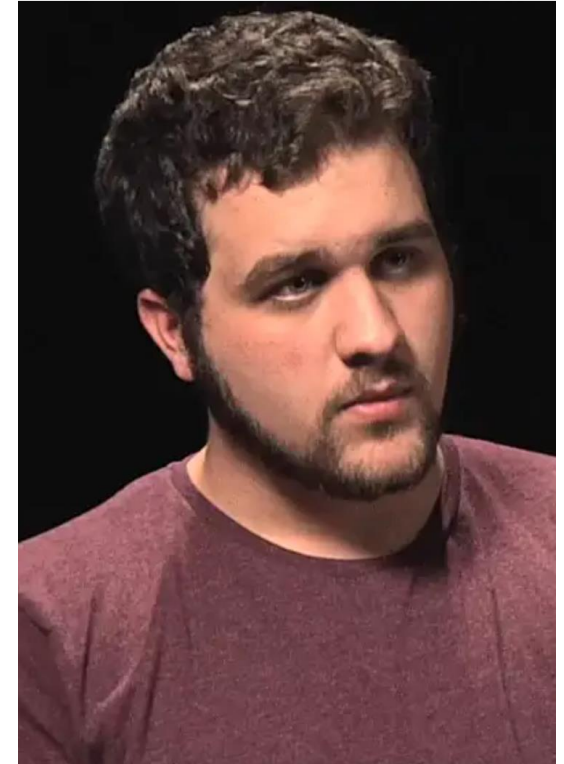
Eccessivamente dedito/a al lavoro e alla produttività, fino alla esclusione di attività di svago e amicizie

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:

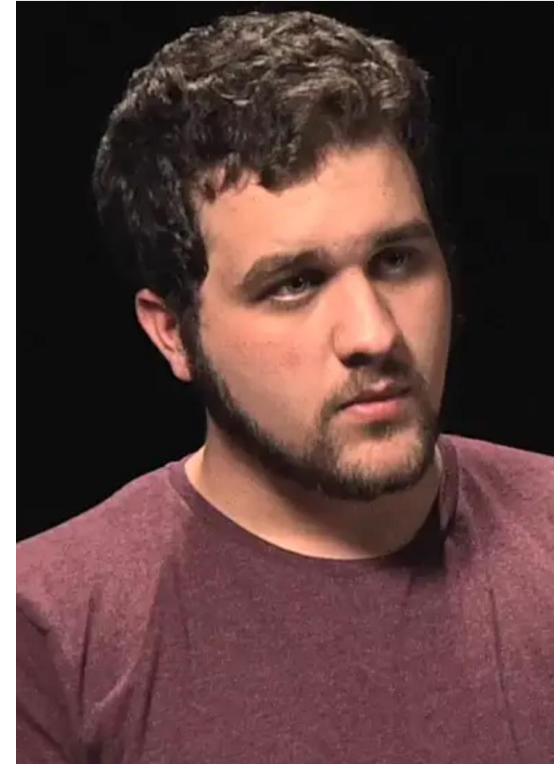
Sottomissione vs ribellione nei confronti dell'autorità

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»

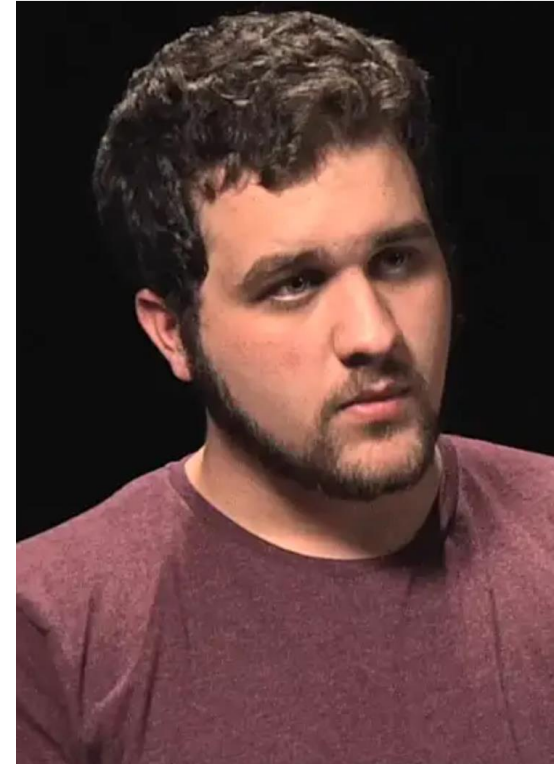
Modi principali di difendersi: Isolamento degli affetti; formazioni reattiva; intellettualizzazione; moralismo; annullamento retroattivo



Sè ossessivo-compulsivo

Gli ossessivi spesso vengono per risolvere l'ambivalenza tra due fidanzati, due corsi di laurea, due opportunità di lavoro ecc; se diamo loro una indicazione rispondono "sì ma...": il senso di colpa insorge quando devono prendere una decisione (per cui alla fine sono immobilizzati); sostengono la loro autostima col pensiero:

Il compulsivo non rimanda, agisce; sostiene la sua autostima con l'azione; se le circostanze diventano molto difficili, entrambi diventano depressi; è catastrofico perdere il lavoro per una persona che vive solo per quello (la depressione qui è melanconica)



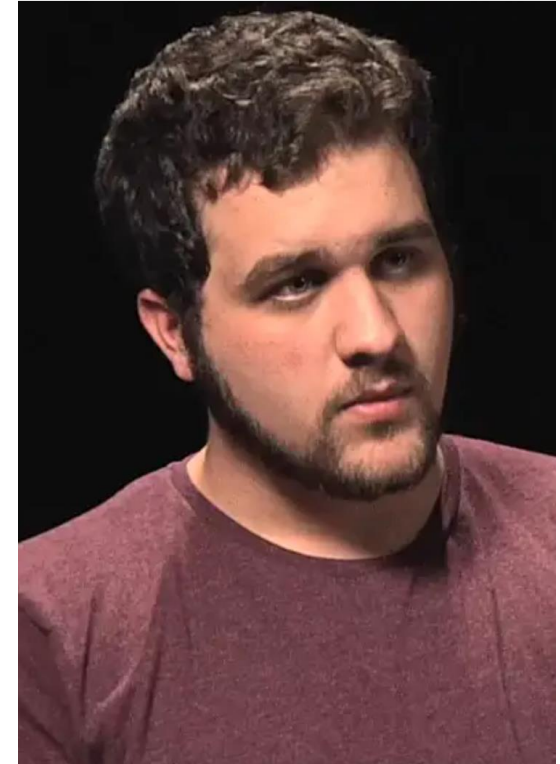
Stile ossessivo compulsivo di personalità

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.



Asse S – Pattern sintomatologici e Esperienza Soggettiva

Esperienza soggettiva del paziente DOC

Stati affettivi: dolore e isolamento, perchè non capita agli 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

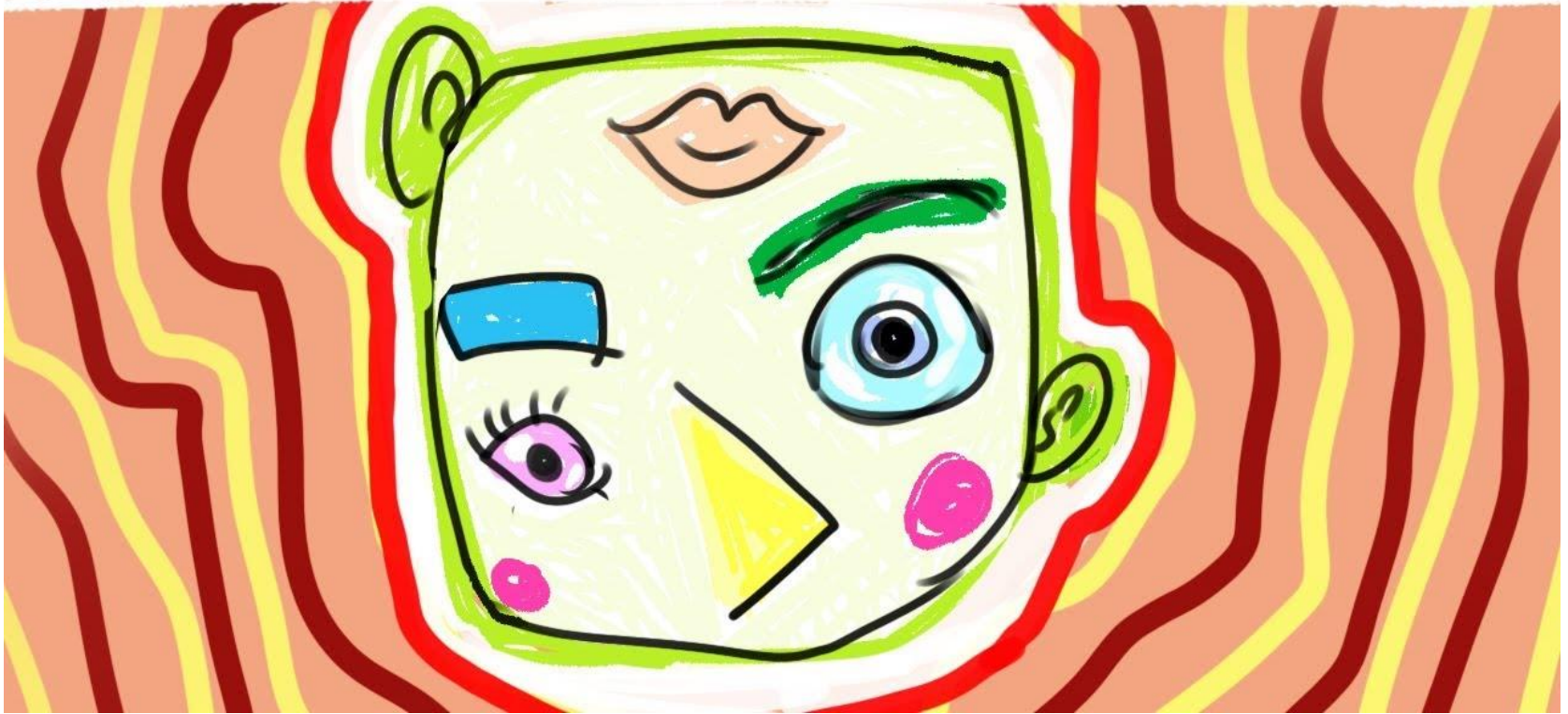
Esperienza soggettiva del paziente DOC

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”

PERSONALITY DISORDERS



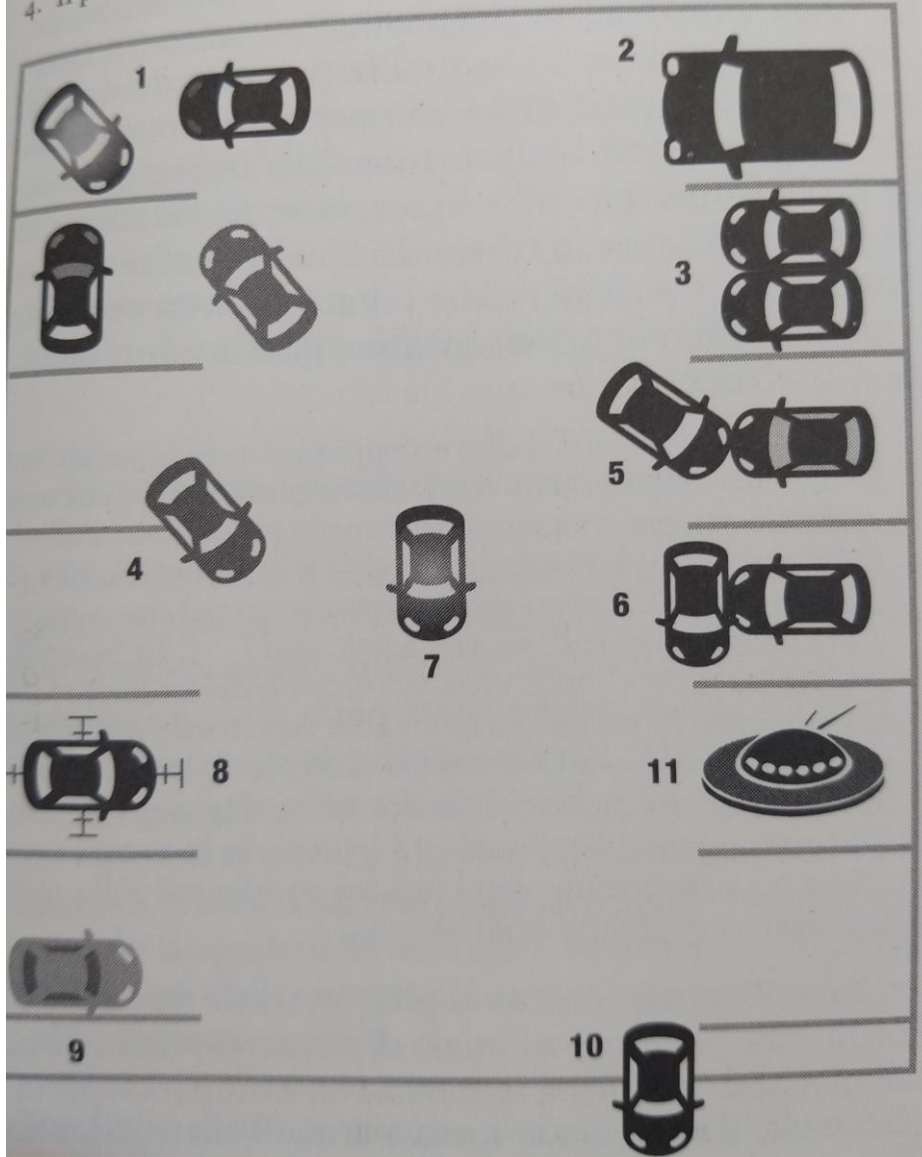
Un Disturbo di Personalità rappresenta un modello di esperienza interiore e di comportamento che devia marcatamente rispetto alle aspettative della cultura dell'individuo, è pervasivo e inflessibile, esordisce nell'adolescenza o nella prima età adulta, è stabile nel tempo, e determina disagio o menomazione.

Disturbo di personalità in genere

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 trauma cranico).

4. Il parcheggio delle personalità.



Il parcheggio della personalità

1. Paranoide
2. Narcisista
3. Dipendente
4. Passivo-aggressivo
5. Borderline
6. Antisociale
7. Istrionico
8. Ossessivo-compulsivo
9. Evitante
10. Schizoide
11. Schizotipico

Approccio *categoriale* ai disturbi di personalità:

1. Categorie distinte
2. Differenze qualitative
3. Problemi di validità per alcuni disturbi.
4. Proposta di eliminare 5 disturbi di personalità (paranoide, schizoide, borderline, narcisistico e dipendente)
5. Reazioni internazionali (reintroduzione del disturbo narcisistico, reintroduzione del disturbo borderline e esclusione del disturbo istrionico)

Approccio Dimensionale ai Disturbi di Personalità (sez. III)

Criterio A. Compromissioni significative del sé e del funzionamento interpersonale

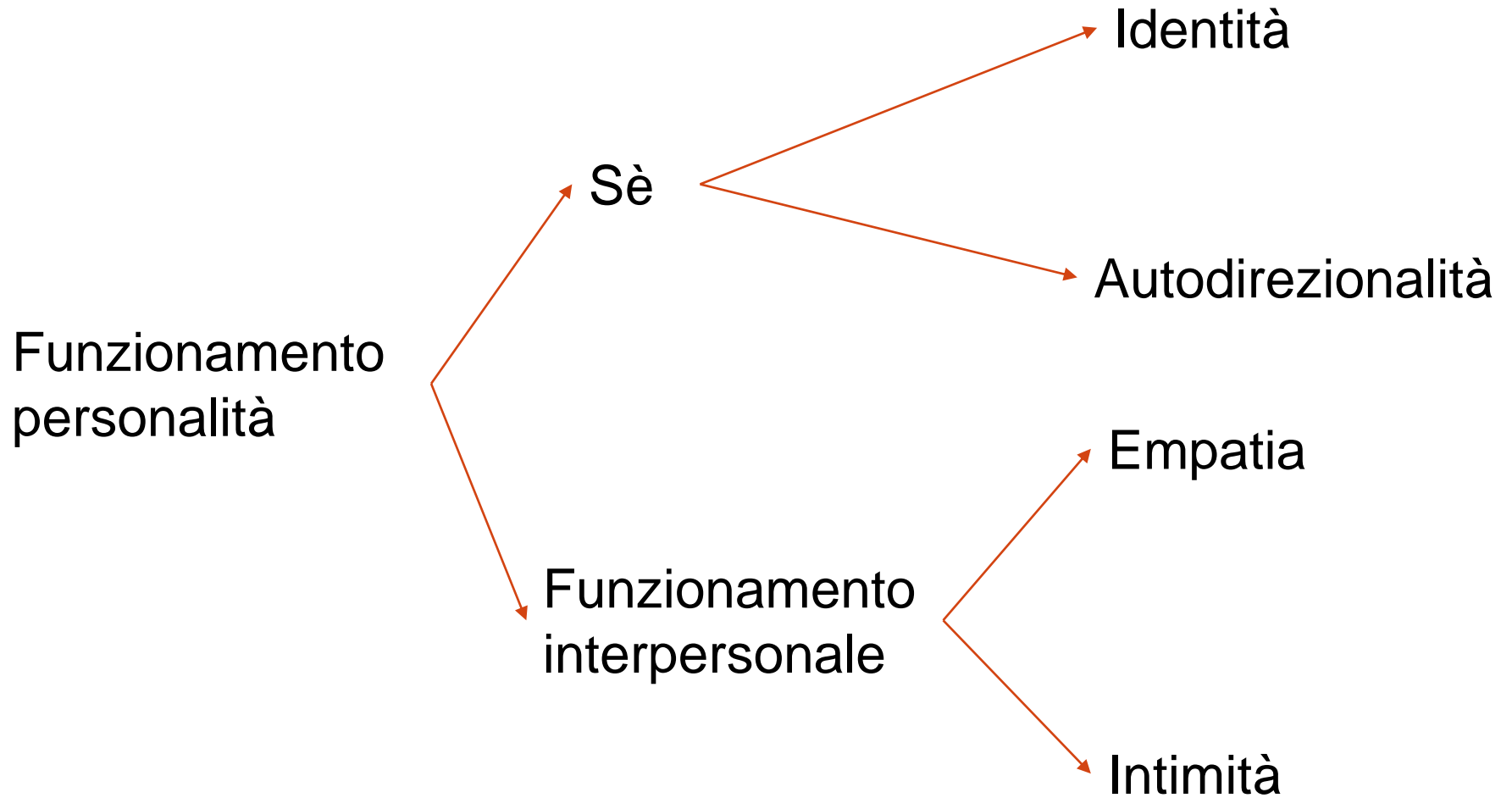
Criterio B. Uno o più domini del tratto patologico della personalità o sfaccettature/aspetti del tratto

Criterio C. La compromissione nel funzionamento della personalità e l'espressione del tratto della personalità dell'individuo sono relativamente stabili nel tempo e costanti tra le situazioni

Criterio D. La compromissione nel funzionamento della personalità e l'espressione del tratto della personalità dell'individuo non sono meglio compresi come normativi per la fase di sviluppo individuale o per l'ambiente socio-culturale

Criterio E. La compromissione nel funzionamento della personalità e l'espressione del tratto della personalità dell'individuo non sono dovuti agli effetti fisiologici diretti di una sostanza o di una condizione medica generale

Criterio A: Funzionamento della Personalità



Sè

Identità

1. Esperienza unitaria di sè (chiari confini sè/altri)
2. Stabilità della stima di sè e correttezza dell'autovalutazione
3. Attitudine verso la gamma dell'esperienza emotiva e capacità di regolazione emotiva

Autodirezionalità

1. Perseguimento di obiettivi esistenziali coerenti e significativi sia nel breve sia nel lungo periodo
2. Utilizzo di standard interni di comportamento costruttivi e prosociali
3. Fruttuose capacità autoriflessive

Funzionamento Interpersonale

Empatia

1. Comprensione e valorizzazione delle altrui esperienze e motivazioni
2. Tolleranza di punti di vista diversi
3. Comprensione degli effetti del proprio comportamento sugli altri

Intimità

1. Profondità e durata del rapporto con gli altri
2. Desiderio e capacità di vicinanza
3. Comportamento improntato al rispetto reciproco

Per fare diagnosi di DP, è necessario che **almeno due aspetti** dei quattro funzionamenti (identità, autodirezionalità, empatia, e intimità) della personalità siano compromessi

Origine del criterio A dell'AMPD

Sid Blatt (2006) propone l'idea di due “polarità fondamentale” della personalità

Self-definition: «sviluppo di della definizione di sé e della propria identità che sia realistica, essenzialmente positiva e sempre più integrata» (Identità e Autodirezionalità). Esempio negativo: i paranoidi introversi, gli ossessivo-compulsivi, i narcisistici e i depressi autocritici (Depressione introiettiva)

Relatedness: «capacità di stabilire relazioni che siano sempre più mature, reciproche e soddisfacenti» (dell'Empatia e dell'Intimità). Esempio negativo: i borderline abbandonici, i dipendenti e gli istrionici.

La stessa polarità è stata recepita nel PDM2 per i “Disturbi depressivi di personalità”

Processo di separazione-individuazione (Mahler)

Il processo di separazione-individuazione è costituito da 4 sottofasi durante il periodo compreso tra i 5 e i 24 mesi:

1. Simbiosi (1-5 mesi): unità simbiotica con il caregiver. Relazione basata sul soddisfacimento del bisogno.
2. Differenziazione (5-9 mesi): il bambino si focalizza sempre più sul mondo esterno e inizia a separarsi dal caregiver (gattonare)
3. Sperimentazione (9-14 mesi): funzionamento più autonomo. Postura eretta. Innamoramento verso il mondo
4. Riavvicinamento (14-24 mesi): il bambino vuole agire in maniera indipendente, ma torna regolarmente dal caregiver per un rifornimento di affetto e sicurezza
5. Costanza d'oggetto (dopo i 24 mesi): il bambino ha internalizzato la rappresentazione mentale del proprio caregiver e comprende che tale oggetto continua a esistere anche quando i due non sono insieme

A high wind in Jamaica (R. Hughes)

«“e poi, a Emilia [10 anni], accadde un fatto molto importante. *Capi d'un tratto chi era*. Non si vede perché non avrebbe potuto capitarle cinque anni prima, o anche 5 anni dopo; e nemmeno perché la cosa dovesse succederle proprio quel pomeriggio. Si era fatta per gioco una casa in un angolo della prua, dietro l'argano; ed essendosi stancata, si era messa a camminare verso la poppa senza meta, fantasticando di certe api e di una regina delle Fate, *quando improvvisamente le venne in mente come un lampo di essere lei*. Si fermò e cominciò a guardare tutte le parti della sua persona che i suoi occhi riuscivano a raggiungere. Non poteva veder molto, tranne uno scorcio del davanti del vestito e le mani quando le alzò per ispezionarle; ma le bastò per formarsi un'idea approssimativa del corpicino che di colpo avvertiva come suo. Cominciò a ridere, un po' beffardamente. “Bene!”, pensò suppergiù, “figurati, proprio tu dovevi lasciarti prendere così! *Adesso non puoi scappare, almeno per un bel pezzo: ti toccherà fare la bambina, e poi crescere, e poi diventare vecchia, prima di poterti liberare di questo scherzo matto!*” »

Ogni dominio prevede una polarità opposta e definisce un continuum sul quale è possibile collocare anche le caratteristiche di pazienti che non hanno un DP o aspetti normali della personalità. 5 domini e 27 sottodomini:

1. Affettività Negativa
2. Distacco
3. Antagonismo
4. Disinibizione
5. Psicoticismo

Individuati 6 disturbi categoriali specifici: **Antisociale** , **Evitante** , **Borderline**, **Narcisistico**, **Ossessivo-Compulsivo** , **Schizotipico**

DOMINIO (e opposto)	DEFINIZIONE
<u>Affettività Negativa</u> (vs. Stabilità emotiva)	Esperienze frequenti e intense di alti livelli di una vasta gamma di emozioni negative (i.e., ansia, depressione, senso di colpa, vergogna, preoccupazione, rabbia) e delle relative manifestazioni comportamentali (i.e., autolesività) e interpersonali (i.e., dipendenza)
<u>Distacco</u> (vs. Estroversione)	Evitamento dell'esperienza socioemotiva, comprendente sia il ritiro dalle interazioni interpersonali (che vanno da quelle causali quotidiane ai rapporti di amicizia, alle relazioni affettive), sia ridotta capacità di provare ed esprimere gli affetti, in particolare limitata capacità di provare piacere
<u>Antagonismo</u> (vs. Disponibilità)	Comportamenti che mettono l'individuo in contrasto con le altre persone, tra cui un esagerato senso della propria importanza e una concomitante aspettativa di essere trattati in modo speciale, così come una insensibile mancanza di empatia verso gli altri, che comprende sia l'inconsapevolezza degli altrui bisogni sia la tendenza a usare gli altri in funzione del proprio vantaggio

DOMINIO (e opposto)	DEFINIZIONE
<u>Disinibizione</u> (vs. Coscienziosità)	Orientamento verso la gratificazione immediata, che porta a comportamenti impulsivi guidati da pensieri, sentimenti e stimoli interni attuali, senza riguardo per l'esperienza passata o considerazione delle conseguenze future
<u>Psicoticismo</u> (vs. Lucidità mentale)	Manifestazione di una vasta gamma di comportamenti e pensieri culturalmente incongruenti, bizzarri, eccentrici o insoliti, sia nei processi (i.e., percezione, dissociazione) che nei contenuti (i.e., convinzioni personali)

Model	FIRST	SECOND	THIRD	FOURTH	FIFTH
DSM-5 traits	Negative Affectivity Emotional Stability	Detachment Extraversion	Disinhibition Conscientiousness	Antagonism Agreeableness	Psychoticism Lucidity
NEO-PI-R	Neuroticism	Extraversion	Conscientiousness	Agreeableness	Openness (Unconventionality)
PSY-5	Negative Emotionality	Positive Emotionality	Constraint	Aggressiveness	Psychoticism
Siever & Davis	Affective Instability	Inhibition/Anxiety	Aggression-Impulsive		Cognitive Perceptual
TCI	Harm Avoidance	Reward Dependence	Persistence	Cooperativeness	Self-Transcendence
MPQ	Negative Temperament	Positive Temperament	Constraint	(Negative Temperament)	Absorption
EPQ	Neuroticism	Extraversion		Psychoticism	
ICD-11 traits	Negative Affective	Detached	Disinhibition + Anankastic	Dissocial	NONE
DAPP	Emotional Dysregulation	Inhibitedness	Compulsivity	Dissocial Behavior	(Perceptual Cognitive Distortion)
ZKPQ	Neuroticism- Anxiety	Sociability + <i>Activity</i>	Impulsive Sensation seeking	Aggression-Hostility	NONE
SNAP	Negative Affectivity	Positive Affectivity	Disinhibition	(Negative Affectivity)	(Eccentric Perceptions)
2-FACTOR	Internalizing problems High Neuroticism (Negative Affect) Low Extraversion (Detachment)		Externalizing problems Low Agreeableness (Antagonism) Low Conscientiousness (Disinhibition)		(Both)

Disturbo antisociale di personalità: criteri dimensionale

Criteria diagnostici proposti

- A. Moderata o più grave compromissione del funzionamento della personalità, che si manifesta con caratteristiche difficoltà in due o più delle seguenti quattro aree:
1. **Identità:** Egocentrismo; autostima derivante dal vantaggio personale, dal potere o dal piacere.
 2. **Autodirezionalità:** Definizione degli obiettivi sulla base della gratificazione personale; assenza di standard prosociali interni, associati a una incapacità di conformarsi alle norme, legalmente o culturalmente stabilite, di comportamento etico.
 3. **Empatia:** Mancanza di preoccupazione per i sentimenti, i bisogni o la sofferenza degli altri; mancanza di rimorso dopo aver ferito o maltrattato un'altra persona.
 4. **Intimità:** Incapacità di stabilire relazioni di mutua reciprocità, dal momento che lo sfruttamento è la principale modalità di entrare in relazione con gli altri, servendosi anche di inganno e coercizione; predominio o intimidazione per controllare gli altri.
- B. Almeno sei dei seguenti tratti di personalità patologici:
1. **Manipolatorietà** (un aspetto dell'**Antagonismo**): Uso frequente del sotterfugio per influenzare o controllare gli altri; uso di seduzione, fascino, loquacità o piaggeria per raggiungere i propri fini.
 2. **Insensibilità** (un aspetto dell'**Antagonismo**): Mancanza di preoccupazione per i sentimenti o i problemi altrui; mancanza di senso di colpa o di rimorso per gli effetti negativi o dannosi delle proprie azioni sugli altri; aggressività; sadismo.
 3. **Inganno** (un aspetto dell'**Antagonismo**): Disonestà e fraudolenza; rappresentazione fuorviante di sé; esagerazione o invenzione di eventi nel racconto.
 4. **Ostilità** (un aspetto dell'**Antagonismo**): Sentimenti di rabbia duraturi o frequenti; rabbia o irritabilità in risposta a offese e insulti di poco conto; comportamento meschino, maligno o vendicativo.
 5. **Tendenza a correre rischi** (un aspetto della **Disinibizione**): Intraprendere attività pericolose, rischiose e potenzialmente dannose per sé, senza necessità e senza preoccuparsi delle conseguenze; tendenza ad annoiarsi e a iniziare sconsideratamente tali attività per contrastare la noia; inconsapevolezza dei propri limiti e negazione del reale pericolo per la persona.
 6. **Impulsività** (un aspetto della **Disinibizione**): Agire immediatamente in risposta a stimoli contingenti; agire su base momentanea, senza un piano o un esame dei risultati; difficoltà a formulare e seguire piani.
 7. **Irresponsabilità** (un aspetto della **Disinibizione**): Disinteresse per – e mancanza nell'onorare – obblighi o impegni finanziari e di altro genere; inadempienza nel rispettare – e nel portare a termine – accordi e promesse; incuria verso le proprietà altrui.