

I DISTURBI DI PERSONALITÀ DAL DSM-IV AL DSM-V: CHE COSA SUCCEDERÀ AI PAZIENTI NARCISISTI?

Francesco Mancini, Scuola di Psicoterapia Cognitiva, APC-SPC, Roma

Katia Tenore, Scuola di Psicoterapia Cognitiva, APC-SPC, Roma

Relazione presentata al convegno “I disturbi di personalità dal DSM-IV al DSM-5: che cosa succederà ai pazienti narcisisti?” organizzata dall’ordine degli Psicologi del Lazio, Roma, 26-2-2011.

Le considerazioni emerse dal convegno di Roma e dal congresso SPR tenuto recentemente a Perugia, sono state raccolte in un documento, sottoscritto da alcuni clinici e ricercatori italiani, ed inviato all’ American Journal of Psychiatry e al sito www.dsm5.org.(vedi allegato 1).

Riassunto

La pubblicazione della versione preliminare del DSM-5 ha evidenziato numerosi stravolgimenti nel processo diagnostico, in particolare per i Disturbi di personalità. Scopo del lavoro è mostrare le novità introdotte dal DSM-5 nella valutazione del Disturbo Narcisistico di Personalità, e di metterle in relazione con le indicazioni proposte dal DSM-IV, osservando le diverse aree d’indagine considerate dai due sistemi diagnostici.

Parole chiave: sistema nosografico, disturbo di personalità, tratto di personalità, sfaccettature, narcisismo

PERSONALITY DISORDERS FROM DSM-IV TO DSM-5: WHAT WILL HAPPEN TO NARCISSISTIC PATIENTS?

Abstract

The publication of the preliminary version of the DSM-5 has highlighted many changes in the diagnostic process, particularly for the Personality Disorders. Aim of this paper is to delineate the novelties introduced by the DSM-5 in the assessment of the Narcissistic Personality Disorder, bonding them to the indications proposed by the DSM-IV by observing the different areas of investigation considered by the two diagnostic systems

Keywords: nosographic system, personality disorder, personality trait, facets, narcissism.

Il 2013 sarà l’anno in cui l’American Psychiatric Association pubblicherà la quinta edizione del DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders).

Una prima indicazione della revisione apportata al precedente Sistema Nosografico, proviene dalla redazione di una versione preliminare, datata Febbraio 2011 e pubblicata sul sito internet dedicato (www.dsm5.org).

Numerose sono le variazioni apportate dalla nuova tassonomia, ma una delle più strutturali concerne la Diagnosi dei Disturbi di Personalità (DP).

Con la finalità di limitare la comorbidità dei DP e la loro mancanza di stabilità, il gruppo di lavoro che si sta dedicando alla revisione di questo specifico tema, ne propone la riduzione del numero. Nel passaggio dalla quarta alla quinta versione i

DP, da dieci diverranno cinque, con l'esclusione di uno dei disturbi, che storicamente è stato oggetto dell'attenzione dei Clinici: Il Disturbo Narcisistico di Personalità.

Superstiti alla verifica del gruppo di lavoro sui DP sono i Disturbi: Antisociale/Psicopatico, Evitante, Borderline, Ossessivo-compulsivo e Schizotipico.

Un'ulteriore e fondamentale variazione introdotta nel DSM-5 è la proposta di un modello ibrido che combini specifici DP e tratti di personalità.

L'intento che muove la stesura di questo articolo, è mostrare le differenze, che sussistono tra DSM-IV e DSM-5 sia nel processo diagnostico, sia nella "fotografia" che deriva dell'ipotetico oggetto d'indagine.

Di seguito sarà presentato un caso clinico (tratto dal DSM-IV, 2002) utilizzato come esempio per il Disturbo Narcisistico di Personalità e saranno analizzate le differenze rispetto ai due sistemi nosografici, con l'intento di sottolinearne vantaggi e svantaggi.

Caso Clinico: Bob

Bob, un ragazzo di 21 anni, giunge nell'ambulatorio dello psichiatra, accompagnato dai suoi genitori, su consiglio del consulente della sua facoltà. Inizia il colloquio dichiarando di non avere problemi. I suoi genitori sono sempre più preoccupati per lui, ed è solo perché lo lasciassero "in pace" che ha acconsentito di sottoporsi alla visita. "Sono dipendente da loro finanziariamente, ma non emotivamente".

Lo psichiatra riesce ad ottenere da Bob e dai suoi genitori la seguente storia. Bob ha apparentemente diffuso voci cattive e false sui suoi insegnanti che gli hanno dato voti bassi, insinuando che avevano rapporti omosessuali con gli studenti. Questo e la sua sempre più incostante presenza in classe, nell'ultimo periodo, in seguito alla perdita di una ragazza, ha spinto il consulente della scuola a suggerire a Bob ed ai suoi genitori che fosse urgentemente necessario chiedere aiuto. Bob dichiara che i suoi problemi accademici sono stati esagerati, il suo successo nelle produzioni teatrali viene sottovalutato, e ritiene di avere il pieno controllo della situazione. Non nega di avere diffuso false voci, ma non dimostra rimorso od apprensione per le possibili ripercussioni personali.

Bob è alto, vestito elegantemente con un'onda molto vistosa nei capelli. Il suo comportamento è distaccato, ma gentile, e chiaramente prova piacere a parlare di una varietà di argomenti intellettuali o di questioni di attualità. Comunque, assume un atteggiamento condiscendente, cinico, e perplesso verso lo psichiatra e la valutazione. Durante la visita mantiene un senso di superiorità e di controllo. Il racconto dello sviluppo di Bob viene complicato dall'atteggiamento incurante rispetto all'importanza dello stesso e dai resoconti contrastanti dei suoi genitori.

Sua madre è una donna estremamente ansiosa, vestita in modo impeccabile, franca. Descrive Bob come un bambino bello, felice, dotato e brillante. Ricorda che dopo un aborto, quando Bob aveva 1 anno, si dedicarono ancora di più alla sua cura, dandogli "amore per due". Il padre è un uomo affermato, apparentemente rude ma cordiale. Ricorda un periodo nell'infanzia di Bob quando erano molto legati, durante il quale si era persino confidato con Bob riguardo a molte questioni personali ed aveva espresso profondi sentimenti. Ha notato anche che Bob si è fatto progressivamente più pieno di risentimento con la nascita dei suoi due fratelli. Il padre sorridendo commenta che a Bob "sarebbe piaciuto essere figlio unico". Ricorda una serie di conflitti fra Bob e le figure di autorità, e il disdegno espresso da Bob per i suoi pari a scuola e per i fratelli.

Nei primi anni di scuola Bob sembrava giocare ed interagire meno con gli altri bambini rispetto alla media. In quinta, dopo un cambio di insegnanti, divenne arrogante ed isolato e rifiutò di prendere parte alla classe. Tuttavia, mantenne un eccellente profitto. Alla scuola superiore fu coinvolto in un episodio simile a quello che ha condotto all'attuale valutazione. All'epoca aveva diffuso false voci su di un compagno di classe con il quale era in competizione per un ruolo nel teatro della scuola. Nel complesso, divenne chiaro che Bob non era mai stato "uno dei ragazzi". Gli piacevano l'arte ed i film, ma non aveva mai mostrato un interesse per l'atletica. Appariva sempre solitario, sebbene non si lamentasse della solitudine. Quando interrogato, dichiarò che ci teneva molto ad "essere diverso" dai suoi pari. Si allontanò anche dai genitori e spesso rispondeva con il silenzio ai loro tentativi di comunicare. I suoi genitori avevano la sensazione che dietro il suo contegno circospetto ci fosse un giovane triste, alienato, solitario. Sebbene fosse ben conosciuto ai compagni di classe, le relazioni che aveva con loro erano limitate alle circostanze in cui veniva cercato per i suoi talenti intellettuali o artistici.

Bob ammetteva che gli altri lo consideravano freddo o insensibile. Prontamente riconosceva tale carattere, e di non avere amici stretti, ma liquidava questo come non importante. Questo rappresentava la forza per lui. Continuava a sottolineare che quando gli altri si lamentavano di queste sue qualità, era in gran parte per la loro debolezza. A suo parere, lo invidiavano e desideravano che si interessasse di loro. Credeva che cercassero di legarsi a lui solo per interesse.

Bob aveva degli incontri occasionali, ma non una ragazza stabile. Sebbene la storia esatta non fosse chiara, ammetteva che la ragazza, la perdita della quale sembrava aver condotto ad un'intensificazione dei suoi problemi scolastici, era stata una persona alla quale si era legato. Era stata la prima ragazza con la quale aveva avuto una relazione sessuale. La relazione si era apparentemente interrotta dopo che lei aveva espresso un desiderio crescente di passare più tempo con le sue amiche e di partecipare agli eventi sociali della scuola.

Bob nel DSM-IV

Utilizzando come riferimento il DSM-IV, come Clinici, per poter porre diagnosi di Disturbo Narcisistico di Personalità, dovremmo tenere in considerazione i seguenti Criteri

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

1)ha un senso grandioso di importanza (per es., esagera risultati e talenti, si aspetta di essere notato come superiore senza una adeguata motivazione)

2)è assorbito da fantasie di illimitati successo, potere, fascino, bellezza, e di amore ideale

3)crede di essere "speciale" e unico, e di dover frequentare e poter essere capito solo da altre persone (o istituzioni) speciali o di classe elevata

4)richiede eccessiva ammirazione

5)ha la sensazione che tutto gli sia dovuto, cioè, la irragionevole aspettativa di trattamenti di favore o di soddisfazione immediata delle proprie aspettative

6)sfruttamento interpersonale, cioè, si approfitta degli altri per i propri scopi

7)manca di empatia: è incapace di riconoscere o di identificarsi con i sentimenti e le necessità degli altri

8)è spesso invidioso degli altri, o crede che gli altri lo invidino

9)mostra comportamenti o atteggiamenti arroganti e presuntuosi.

Manifestazioni e disturbi associati

La vulnerabilità dell'autostima rende l'individuo con Disturbo Narcisistico di Personalità molto sensibile alle "ferite" dovute alle critiche o alla frustrazione. Sebbene possano non dimostrarlo esternamente, la critica può tormentarli, e può lasciarli umiliati, avviliti, vanificati e svuotati. Possono reagire con sdegno, rabbia, o contrattaccare con insolenza. Tali esperienze spesso conducono a ritiro sociale, o ad una parvenza di umiltà che può mascherare e proteggere la grandiosità. Le relazioni interpersonali sono tipicamente compromesse a causa dei problemi derivati dalle pretese, dalla necessità di ammirazione, e dal relativo disinteresse per la sensibilità degli altri. Sebbene l'ambizione arrogante e la sicurezza possano portare a risultati elevati, le prestazioni possono essere distrutte dall'intolleranza alla critica o alla sconfitta. Talvolta il funzionamento professionale può essere molto basso, riflettendo la avversione ad accettare il rischio in situazioni competitive o di altro tipo nelle quali è possibile una sconfitta. Sentimenti persistenti di vergogna o di umiliazione, e l'autocritica che li accompagna, possono associarsi con ritiro sociale, umore depresso e Disturbo Distimico o Disturbo Depressivo Maggiore (Episodio Singolo e Ricorrente). Al contrario, periodi prolungati di grandiosità possono associarsi con un umore ipomaniacale.

Processo di Diagnosi

Confrontando quanto riportato nel caso clinico con le indicazioni del DSM-IV possiamo rintracciare i seguenti elementi:

- Grandiosità e insensibilità di Bob nei confronti degli altri (Criteri 1 e 7)
- Gelosia nei confronti dei suoi fratelli (Criterio 3)
- Diffusione di voci su un ragazzo con il quale era in competizione o sugli insegnanti (Criterio 6)
- Idea che gli altri lo invidino (Criterio 8)
- Problemi con le autorità riguardo al conformarsi alle regole della scuola (Criterio 5)
- Drammatica presentazione (Criterio 4)

Bob nel DSM-5

Il DSM-V propone per la valutazione dei Disturbi di Personalità un modello dimensionale- categoriale ibrido, seguendo il quale il processo di diagnosi del nostro soggetto dovrebbe passare attraverso:

1) Una valutazione da blanda a elevata disfunzione nei livelli di Funzionamento della Personalità (criterio A),

(2) Una valutazione (a) della “buona” o “ottima” corrispondenza ad un tipo di Tipo di Disturbo di Personalità o (b) una valutazione di “piuttosto simile” o “estremamente simile” a uno o più dei sei Domini dei tratti di personalità (criterio B).

(3) La Diagnosi necessita inoltre di una relativa stabilità di (1) e (2) nel tempo e nelle situazioni, dell’esclusione di caratteristiche culturali prevalenti, dovute ai diretti effetti fisiologici o all’effetto di uso di sostanze o ad una condizione medica generale.

Il primo passo per Diagnosticare un Disturbo di Personalità nel DSM-5 consiste nella Valutazione del livello di Disfunzione del Funzionamento della Personalità. Tale valutazione deve essere compiuta tenendo in considerazione due dimensioni, quella del Sé e quella Interpersonale, che, a loro volta, sono costituite da due sottodimensioni.

Per valutare il funzionamento del Sé, è necessario esplorare le dimensioni dell’Identità e dell’Auto-determinazione.

1. Identità

In tale dimensione sono presi in considerazione l’esperienza di sé come unici, con confini chiari tra sé e gli altri, il senso coerente del tempo e della storia personale, la stabilità e l’accuratezza dell’autovalutazione e dell’autostima, la capacità di avere e regolare le esperienze emotive.

2. Auto-determinazione

Consiste nella valutazione di quanto siano perseguiti scopi (di vita o a breve termine) coerenti e significativi; dell’utilizzo di standard interni di comportamento costruttivo e pro sociale; della capacità di autoriflessione.

Il funzionamento interpersonale è valutato rispetto alle dimensioni dell’empatia e dell’intimità.

1. Empatia

Per valutare l’empatia si considerano la comprensione ed il riconoscimento dell’esperienza e delle motivazioni altrui; la tolleranza delle diverse prospettive, la comprensione della causalità sociale.

2. Intimità:

In questa dimensione si prendono in considerazione la profondità e la durata dei rapporti interpersonali; il desiderio di vicinanza; la reciprocità degli interessi nel comportamento interpersonale.

Processo di Diagnosi

Dall’analisi dei sei livelli di Disfunzioni riportati per la valutazione del livello di Disfunzione(<http://www.dsm5.org/ProposedRevisions/Pages/PersonalityandPersonalityDisorders.aspx>), abbiamo attribuito a Bob un livello 2 (Disfunzione moderata), che prevede il seguente quadro rispetto al funzionamento del Sé e del livello Interpersonale.

Valutazione del Sé:

Identità

Eccessiva dipendenza dagli altri per la definizione dell’identità, con alcune delineazioni compromesse dei confini, senso poco differenziato di unicità e inconsistenza nel senso della storia personale. Autostima vulnerabile controllata da un’eccessiva conformità alla valutazione esterna, con desiderio di approvazione e ammirazione da parte degli altri. Senso di essere incompleti o inferiori accompagnato

da un'autovalutazione esagerata o sminuita. La regolazione emotiva è basata sulla disponibilità degli altri e/o sul successo in situazioni che portano ad valutazione esterna positiva. Minacce all'autostima possono generare emozioni forti come ira e vergogna.

Auto-determinazione

Gli obiettivi sono più spesso un mezzo per guadagnare approvazione esterna che una modalità di auto valorizzarsi, in tal modo possono mancare coesione e/o stabilità. Gli standard personali possono essere irragionevolmente alti (bisogno di essere speciale o di piacere agli altri) o troppo bassi (non consoni ai valori prevalenti). La realizzazione è compromessa da un senso di mancanza di autenticità. Ridotta capacità di riflettere sull'esperienza interna.

Valutazione del livello Interpersonale

Empatia

Compromessa abilità di considerare prospettive alternative; iper sintonia con l'esperienza degli altri, finalizzata esclusivamente a dare rilevanza al sè. Generalmente inconsapevole o indifferente agli effetti del proprio comportamento sugli altri, o valutazione eccessiva di tale effetto.

Intimità

Capacità e desiderio di formare relazioni, ma i legami possono essere superficiali e limitati ai bisogni di autoregolazione o di autostima. E' compromessa l'abilità di rispondere in maniera adeguata agli altri; al contrario possono essere presenti irreali aspettative di essere compresi magicamente e perfettamente dagli altri. Mancanza della considerazione delle relazioni in termini reciproci, e cooperazione prevalentemente portata avanti per un guadagno personale.

Bob sembra soddisfare il Punto 1 suggerito dal DSM-5 con un livello di disfunzione moderato.

Per poter specificare maggiormente le caratteristiche personologiche di Bob è necessario passare al Punto 2 che prevede un confronto ed una valutazione della corrispondenza della personalità del paziente a dei "Tipi di Disturbi di Personalità". Viene infatti proposta una descrizione, in format narrativo, dei cinque disturbi di personalità previsti dal DSM-5 (Disturbo Evitante, Borderline, Antisociale, Ossessivo-Compulsivo, Schizotipico).

Seguendo le indicazioni del DSM-5 dobbiamo valutare la somiglianza di Bob con i 5 Tipi di Disturbi di Personalità. Per semplicità indicheremo due esempi di format narrativo, relativi al Disturbo Antisociale e al Disturbo Borderline.

Antisociale

Gli individui che assomigliano a questo tipo di disturbo di personalità cercano il potere sugli altri e usano la manipolazione, lo sfruttamento, l'inganno o si avvantaggeranno per infliggere danno o realizzare le loro mete. Sono centrali atteggiamenti arroganti ed egocentrici, insieme all'insensibilità e alla mancanza di empatia verso i bisogni o sentimenti altrui.

Diritti, proprietà, o la sicurezza degli altri sono trascurati, con minimo o alcun rimorso o senso di colpa se altri vengono danneggiati. L'espressione emotiva è limitata soprattutto all'irritabilità, alla rabbia, e all'ostilità; il riconoscimento ed articolazione di altre emozioni, come amore o l'ansia sono rari. Le intuizioni relative alle motivazioni sono minime ed l'abilità di considerare interpretazioni alternative dell'esperienza è danneggiata. Aggressione temperamentale ed una soglia alta per

l'eccitazione sono associate di solito a questo tipo, collegato a comportamenti sconsiderati, impulsivi senza riguardo per conseguenze, ed al senso di essere invulnerabili. Spesso sono intrapresi comportamenti illegali o immorali, incluso l'abuso di sostanza e la violenza fisica. Atti aggressivi o sadici sono comuni nella ricerca di perseguire gli scopi personali, e qualche volta il piacere o la soddisfazione può derivare dall'umiliazione, dal nuocere o dal dominio sugli altri. Esercitare il fascino ed ingraziarsi gli altri possono essere utilizzati per giungere ai propri fini, presentano noncuranza per principi morali e convenzionali. L'irresponsabilità generale sugli obblighi del lavoro o sugli impegni finanziari sono comunemente presenti, così come problemi nel rapporto con le figure autorevoli.

Istruzioni

Valutare la personalità del paziente secondo una scala a 5 punti.

5: Ottima corrispondenza, il paziente esemplifica questo tipo

4: Buona corrispondenza, paziente assomiglia significativamente a questo tipo

3: Moderata corrispondenza, il paziente ha caratteristiche prominenti di questo tipo

2: Leggera corrispondenza, il paziente ha poche caratteristiche di questo tipo

1: Nessuna corrispondenza, la descrizione non applica

Paragonando Bob alla descrizione del tipico paziente Antisociale, non possiamo attribuire una valutazione della corrispondenza né ottima, né buona, forse, al massimo, è possibile rintracciare una leggera corrispondenza (valore 2), giustificabile dalla difficoltà del pz a riconoscere l'autorità e dalla mancanza di empatia verso gli altri.

Analizziamo ora la corrispondenza di Bob alla descrizione del tipo di personalità Borderline.

Borderline

Gli individui che assomigliano a questo tipo di disturbo di personalità hanno una impoverita e/o instabile struttura del sé e presentano difficoltà a mantenere durature, intime e soddisfacenti relazioni. Il concetto di sé viene facilmente disgregato sotto stress, e spesso si associa con l'esperienza di una mancanza dell'identità o i sentimenti cronici di vuoto. L'auto-valutazione è caratterizzata da avversione, critica eccessiva e sconforto. C'è sensibilità alla percezione interpersonale di sdegno, perdita o delusione, collegate ad emozioni intense, ed imprevedibili, che mutano velocemente. L'ansia e la depressione sono comuni. La rabbia è una reazione tipica alla percezione di sentirsi incompresi, maltrattati, o vittime, che può condurre ad atti di aggressione verso stesso e gli altri.

Stress intenso e la caratteristica impulsività possono condurre a comportamenti a rischio, incluso l'abuso di sostanza, la guida imprudente, il binge eating o rapporti sessuali a rischio.

Le relazioni sono spesso basate sull'eccessiva dipendenza, la paura del rifiuto e dell'abbandono e dall'urgente bisogno di contatto con gli altri significativi nei momenti di malessere. Il comportamento può essere fortemente sottomesso o acquiescente.

Contemporaneamente, il coinvolgimento intimo con un'altra persona può causare paura di perdita dell'identità come individuo e sovraccarico psicologico ed emotivo. Le relazioni interpersonali sono di solito instabili ed alternano dipendenza eccessiva

e desiderio di coinvolgimento. L'empatia è significativamente compromessa, o selettivamente accurata, ma parziale rispetto alle caratteristiche di disapprovazione o vulnerabilità. Il funzionando conoscitivo può essere danneggiato in caso di stress interpersonale, conducendo a pensieri del tipo tutto-o-nulla, e a volte a reazioni di quasi-psicotiche, quali paranoia e dissociazione.

Istruzioni

Valutare la personalità del paziente secondo una scala a 5 punti.

5: Ottima corrispondenza, il paziente esemplifica questo tipo

4: Buona corrispondenza, paziente assomiglia significativamente a questo tipo

3: Moderata corrispondenza, il paziente ha caratteristiche prominenti di questo tipo

2: Leggera corrispondenza, il paziente ha poche caratteristiche di questo tipo

1: Nessuna corrispondenza, la descrizione non applica

Il nostro Bob sembra avere in comune con il tipo Borderline, nessuna rilevante somiglianza.

Poiché il paziente presenta una moderata disfunzione e non è possibile diagnosticare uno dei cinque tipi di Disturbo di personalità, le indicazioni del DSM-5 suggeriscono di procedere all'attribuzione di un generale disturbo di personalità (PDTS -

Personality disorder trait specified), precisando i tratti di personalità del soggetto.

Il gruppo di lavoro sui disturbi di personalità propone un modello, ancora in fase di valutazione, costituito da sei grandi Domini dei tratti di personalità - emozionalità negativa, distacco, antagonismo, disinibizione, compulsività e schizotipia- ognuno includente aspetti del tratto di ordine minore.

Di seguito riportiamo una breve descrizione dei Domini e le relative facets o sfaccettature.

L'emozionalità negativa è la frequente esperienza di alti livelli di emozioni negative (ansia, depressione, colpa/vergogna, rabbia) e delle manifestazioni comportamentali e interpersonali di tali emozioni.

Trait facets: ansia, sottomissione, insicurezza da separazione, pessimismo, bassa autostima, depressione, sospettosità.

Il distacco è caratterizzato dal ritiro dagli altri, che varia dal ritiro dalle relazioni intime ed amicali, al ritiro dal mondo in generale, attraverso la restrizione e l'espressione delle esperienze affettive e dalla riduzione delle capacità edoniche.

Trait facets: ritiro sociale, distacco sociale, evitamento dell'intimità, affettività ristretta, anedonia.

L'Antagonismo è caratterizzato da un'insensibile antipatia verso altri (aggressione, opposizione, inganno, manipolazione), a cui corrisponde un esagerato senso di presunzione (il narcisismo).

Trait facets: insensibilità, manipolazione, narcisismo grandioso, stile istrionico, ostilità, aggressione, oppositività, inganno.

La **Disinibizione** è caratterizzata da un orientamento verso la gratificazione immediata, con comportamenti guidati da attuali pensieri, sentimenti e stimoli esterni, senza riguardo per le cose apprese precedentemente o senza considerazione di conseguenze future.

Trait facets: Impulsività, distraibilità, avventatezza, irresponsabilità.

La **compulsività** è contraddistinta da un pensiero, caratterizzato dal perfezionismo e dalla perseverazione, da comportamenti mossi da un ideale definito e immutabile e dall'aspettativa rigida che tali ideali vengano condivisi da tutti.

Trait facets: perfezionismo, perseverazione, rigidità, ordine, avversione al rischio.

La **schizotipia** è caratterizzata da un'ampia serie di comportamenti, eccentrici, insoliti e culturalmente incongruenti. Sono presenti cognizioni inusuali sia per processo (e.g., percezione, dissociazione) che per contenuto (e.g., credenze).

Trait facets: percezioni inusuali, pensieri insoliti, eccentricità, disregolazione cognitiva, suscettibilità alla dissociazione.

Dalla lettura dei tratti proposti dal DSM-5 possiamo valutare le problematiche di Bob, “piuttosto simili” a quelle descritte per il Dominio dell' Antagonismo.

Nello specifico la persona che presenta una prevalenza di tale dominio di tratti è caratterizzata da un'insensibile antipatia verso altri (aggressione, oppositività, inganno, manipolazione), ed un senso esagerato di presunzione (narcisismo).

Le sfaccettature (trait facets) dell'antagonismo rintracciabili in Bob sono:

L'insensibilità, caratterizzata da mancanza di empatia o interesse per i sentimenti o problemi altrui; da mancanza di colpa o rimorso per gli effetti negativi o dannosi delle azioni sugli altri e da sfruttamento.

La Manipolazione, costituita dall'uso frequente di astuzia, arte, o sotterfugi per influenzare o controllare gli altri a proprio vantaggio; e dall'uso della seduzione/fascino per i propri fini.

Il Narcisismo grandioso, caratterizzato da vanità, millanteria, e l'esagerazione dei propri conseguimenti o abilità; da egocentrismo; dalla credenza della propria superiorità e del meritarsi solo il meglio.

Lo Stile Istrionico, contraddistinto da comportamenti, volti ad attirare ed essere al centro dell'attenzione; ricerca di ammirazione; da aria di superiorità, da audacia da una inappropriata sessualizzazione delle relazioni interpersonali.

Le altre sfaccettature dell'Antagonismo, che non descrivono puntualmente Bob sono riportate di seguito:

L'Ostilità è caratterizzata dall'irritabilità, dall'essere ostile, maleducato, arcigno e dalla risposta rabbiosa.

L'Aggressione è contraddistinta dalla crudeltà, dall'essere verbalmente, relazionalmente e fisicamente abusanti; prendendo parte volentieri e testardamente a

comportamenti che umiliano gli altri, ed ad atti di violenza contro persone ed oggetti; da opposizione attiva ed aperta e desiderio di vendetta; e dall'uso del dominio e/o dell'intimidazione per controllare gli altri.

L' Oppositività è contrassegnata da un atteggiamento di sfida e rifiuto di cooperazione con richieste, o con il rifiuto di completare compiti; dal risentimento, dalla resistenza comportamentale e dal tentativo di sminuire l'autorità.

La Falsità è caratterizzata da disonestà, menzogna e fraudolenza e dal rappresentarsi diversi da sè.

Dunque utilizzando il nuovo sistema nosografico, potremo affermare che il nostro Bob presenta:

Un Disturbo di Personalità (PDTS - Personality disorder trait specified)

Piuttosto simile al Trait Domain Antagonismo

Con le seguenti Sfaccettature:

Narcisismo grandioso (A)

Manipolazione (A)

Stile Istrionico (A)

Insensibilità (A)

Discussione

Le descrizioni delle caratteristiche diagnostiche del Disturbo Narcisistico di Personalità e della sua manifestazione, proposte nel DSM-IV, forniscono un quadro sia dei comportamenti del paziente che del suo mondo interno, caratterizzato dalla vulnerabilità all'autostima, dalla rabbia, dal senso di umiliazione e avvilito, che possono conseguire ad un mancato riconoscimento. Ciò che manca è una valutazione del grado di disfunzione, generata dal disturbo, come se i DP fossero includibili in categorie dicotomiche, in cui il disturbo è presente o assente e che quindi non sia possibile rintracciare variabilità di funzionamento in individui con lo stesso Disturbo. Tale pecca, è stata rettificata nella stesura provvisoria del DSM-5, dove uno specifico sistema di valutazione del grado di disfunzione intra ed inter-personale è stato proposto.

Nel sistema ibrido del DSM-5, compito affidato al Clinico è il confronto del paziente con descrizioni dei tipi di Disturbo, o l'attribuzione di specifiche sfaccettature di un generale tratto di personalità. Seguendo le indicazioni di tale processo diagnostico, la fotografia che deriva del paziente è composta da elementi esterni comportamentali, slegati tra loro, che non sembrano dipendere da una stessa motivazione.

Conclusioni

La quinta edizione del Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi mentali (DSM-5), la cui pubblicazione è attesa per il 2013, prevede notevoli "evoluzioni" rispetto alla quarta edizione. Tuttavia l'aspetto che ha generato il più forte interesse dei clinici è l'eliminazione di cinque Disturbi di Personalità previsti dalla quarta edizione, in particolare del Disturbo Narcisistico di Personalità.

Nel presente lavoro abbiamo tentato di procedere alla Diagnosi di uno stesso soggetto utilizzando le due versioni del sistema nosografico.

I criteri risultanti dalla versione provvisoria prendono in considerazione cinque livelli di funzionamento della personalità, cinque Tipi di Personalità, la valutazione di sei domini dei tratti di Personalità e la valutazione per ogni tratto di 4-10 sfaccettature.

Come suggerito dal documento, che porta la firma di Autori quali Shedler, Beck, Fonagy, Gabbard, Gunderson, Kernberg, Michels, Westen (2010): *“Un utile approccio clinico dovrebbe focalizzarsi sui tipi di persone e non sui tipi di scale di valutazione. L’unità primaria di diagnosi dovrebbe essere una sindrome di personalità- una configurazione o pattern di processi di personalità funzionalmente interrelati, che tengano conto della cognizione, dell’affettività, del funzionamento interpersonale, del comportamento, del tipo di coping e delle difese. I professionisti della salute mentale pensano in termini di sindromi o pattern non in termini di sottocomponenti, o in termini di 30 o più dimensioni di tratto da valutare”*.

Ciò che colpisce, nel passaggio alla quinta edizione, è la proposta di un modello descrittivo del DP, nel quale risulta completamente negletto qualunque riferimento al mondo psicologico del paziente. Mentre nel DSM IV, e ancor più in altri sistemi di classificazione come la SHEDLER-WESTEN ASSESSMENT PROCEDURE-200 (SWAP-200) di Westen e Shedler (1999) la descrizione dei diversi disturbi di personalità fa esplicito riferimento agli scopi, ai desideri, alle aspettative, ai timori del paziente, alle sue sensazioni ed emozioni, ed alle sue credenze e alle sue rappresentazioni, alle sue modalità di gestione delle proprie emozioni, al contrario nella descrizione proposta dal DSM V è praticamente escluso, o almeno fortemente ridotto, il riferimento al mondo psicologico del paziente. La descrizione privilegiata è dall’esterno, ed è prevalentemente in termini di maggiore o minore presenza di tratti. La descrizione dei disturbi di personalità è dunque ispirata alla psicologia dei Big Five.

L’impressione che deriva è di una polarizzazione verso singoli aspetti estrinseci e quantificabili, che possano trovare una base nella biologia o nella genetica. Ne segue, una semplificazione degli aspetti costitutivi e qualitativi del disturbo, con un conseguente appiattimento della complessità e dunque della psicologia del singolo individuo, la cui conoscenza e riconoscimento della peculiarità, dovrebbe rappresentare l’oggetto di interesse dei Clinici.

La tendenza de-psicologizzante che troviamo nella descrizione dei disturbi di personalità del DSM V ha un riscontro anche nelle proposte di altri gruppi che attualmente lavorano alla stesura di quest’ultima versione del DSM.

Ad esempio il Diagnostic Spectra Group (vedi sito APA

<http://www.dsm5.org/MeetUs/Pages/DiagnosticSpectra.aspx>) è incaricato di

“esaminare le modalità in cui i disturbi del DSM-5 possono essere organizzati.

Questa struttura dovrebbe riflettere la migliore e attuale comprensione della relazione tra i disturbi, relazione importante sia per clinici che ricercatori. I disturbi del DSM-IV sono, per la maggior parte, raggruppati tra loro sulla base della similarità dei sintomi. Per quanto, le scoperte delle neuroscienze, del brain imaging e nella genetica suggeriscono che metodi alternati di organizzazione potrebbero essere maggiormente appropriati. Lo Spectra Study Group ha sviluppato una lista di validatori, o fattori che i gruppi di lavoro possano utilizzare nel rivedere la letteratura per valutare la connessione tra i gruppi di disturbi.

Questi validatori includono:

- comuni fattori di rischio genetico (se i geni specifici sono associati alla presentazione del disturbo);
- familiarità (il grado con cui un disturbo si presenta tra i membri di una famiglia);
- comuni specifici fattori di rischio ambientali;
- comuni substrati neurali;

- comuni biomarkers;
- comuni antecedenti temperamentali;
- comuni anomalie del processamento cognitivo ed emotivo;
- similarità sintomatologica;
- elevati livelli di co-occorrenza tra i disturbi;
- corso del disturbo;

e risposta al trattamento.”

Di questi i primi sei cosiddetti “validators” sono considerati fattori causali e i rimanenti cinque sono considerati aspetti del quadro clinico. Si noter  che solo uno dei validators, le anomalie del processamento cognitivo ed emotivo, fa riferimento ad aspetti psicologici, cio  alla mente del paziente ma   considerato un aspetto del quadro clinico, non un fattore causale, non solo remoto ma neanche prossimo.

Ci  che tradizionalmente costituisce l’oggetto di studio e di intervento degli psicoterapeuti, la mente del paziente,   trascurato sia quando si tratta di descrivere i disturbi psicopatologici sia, soprattutto, quando si tratta di identificarne la causa. La mente del paziente diventa un epifenomeno da spiegare e perde la dignit  di causa dei disturbi.

A vantaggio di un approccio che sempre pi  considera la psicopatologia come una patologia, di fatto, organica.

Bibliografia

American Psychiatric Association (APA) (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder. 4th ed., text revision.* Washington, DC. Tr. It *Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali* (IV edizione). Masson, Milano 2002.

Shedler J, Beck A, Fonagy P, Gabbard GO, Gunderson J, Kernberg O, Michels R, Westen D. (2010). Personality Disorders in DSM-5. *American Journal of Psychiatry*, 167, 1026-1028

Westen D e Shedler J (1999). Revising and assessing Axis II, part 1: Developing a clinically and empirically valid assessment method. *American Journal of Psychiatry*, 156, 258-272.

Allegato 1

Personality Disorders and DSM--5

Vittorio Lingiardi, M.D., Sapienza University of Rome

Massimo Ammaniti, M.D., Sapienza University of Rome

Nino Dazzi, Ph.D., Sapienza University of Rome

Franco Del Corno Ph.D., Aosta University

Giovanni Liotti, M.D., Past---President Italian Association for Cognitive and Behavioral Psychotherapy, Rome

Cesare Maffei, M.D., Vita Salute San Raffaele University of Milan, Past---President International Society for the Study of Personality Disorders (ISSPD)

Francesco Mancini, M.D., Director APC/SPC Cognitive Psychotherapy Schools, Rome

Paolo Migone, M.D., Co-editor, Psicoterapia e Scienze Umane, Parma

Mario Rossi Monti, M.D., Urbino University

Antonio Semerari, M.D., President III Centro Cognitive Psychotherapy, Rome

Alessandro Zennaro, Ph.D., Aosta University

As a group of Italian clinicians and researchers with a wide range of theoretical orientations, we would like to add our concerns to those that others have expressed about the DSM-5 proposals for personality diagnoses.

The proposed DSM-5 model presents many different and severe limitations:

1) Restricting the number of diagnosable personality disorders to only 5 different categories excludes the majority of the patients seen in actual clinical practice.

2) Whether Intentional or unintentional, it appears that DSM-5 has chosen to preserve as diagnosable disorders only those personality disorders which seem to be treatable with psychoactive drugs.

3) Excluding diagnostic categories such as Paranoid Personality Disorder, Narcissistic Personality Disorder and Histrionic Personality Disorder, just to give three examples, means not only losing the possibility of giving an appropriate diagnosis to many patients, but also rejects clinical and theoretical knowledge accumulated in the last 100 years.

4) As a variant of the Five Factor model of personality traits in a personality disorder nosography, the proposed DSM-5 personality assessment model is entered on a of personality functioning which puts psychological factors, such as desires, emotions and believes, the core target of many different psychotherapeutic interventions, in the background.

5) If, in order to do a complete assessment of a patient, every clinician has to assess his/her personality on something like 39 different dimensions, clinicians in the field are unlikely to do so. This can have adverse consequences as, in our opinion, a good diagnostic manual has to take into account real practice necessities and conditions. Being aware of the importance of DSM as a common language for practitioners and researchers from different countries and with different theoretical orientation, we hope that the next edition of this manual will provide a solution to some of the DSM-IV TR's problems without sacrificing its strengths. However, as we compare the

personality diagnosis model of DSM-IV-TR with that of DSM-5, we think that the proposed changes to the manual are less than optimal.

Rome, March 8, 2011