

LA PSICOPATOLOGIA CLINICA IN PSICOANALISI

Indice

Prima premessa: I rapporti fra diagnosi nosografica e diagnosi psicoanalitica

1. Diagnosi nosografica
 - 1.1. La psicopatologia come scienza
 - 1.2. La nosografia
2. Diagnosi nosografica in psicoanalisi
 - 2.1. Il lavoro di Westen *et al.*
 - 2.1.1. La riclassificazione dei disturbi e degli stili di personalità con la SWAP-200
 - 2.1.2 L'aggiornamento della classificazione dei disturbi e degli stili di personalità con la SWAP-II
 - 2.2. Una moderna nosografia psicoanalitica dei disturbi mentali: il PDM

Seconda premessa: relazione vs valutazione

Cenni di psicopatologia descrittiva della personalità

- La diagnosi kraepeliniana: nevrosi e psicosi
- Le categorie diagnostiche della Psicologia dell'Io: la nevrosi sintomatica, il carattere nevrotico e la psicosi
- Lo spettro *nevrotico-borderline-psicotico*

Appendice 1: La categorizzazione classica dei disturbi dei processi psichici

Appendice 2: Tabella comparativa delle classificazioni presenti nella letteratura di riferimento

* * * * *

Queste dispense corrispondono alla prima lezione del corso di *Psicopatologia e diagnostica clinica* che si tengono presso la scuola di specializzazione in psicoterapia della SIPRe.

Il corso ha l'obiettivo di aiutare a costruire degli strumenti che siano di guida nella comprensione del disagio psichico. Oltre a riconoscere il tipo di disagio, è necessario ricercarne il senso, il suo significato nell'equilibrio psichico del soggetto che ne soffre. Bisogna quindi tenere conto di due aspetti fondamentali:

- 1) le conoscenze che riguardano i diversi modi con cui si può manifestare il disagio nella specie umana e nella nostra cultura;
- 2) la soggettività dell'individuo, inteso come *sistema* unitario in relazione con il suo specifico ambiente.

Per parlare di comprensione del disagio psichico in psicoanalisi e in psicoanalisi relazionale sono utili due premesse. La prima, piuttosto ampia, riguarda i rapporti tra diagnosi nosografica (o clinico-descrittiva: la classica diagnosi psichiatrica) e diagnosi psicoanalitica; rientra nel discorso più generale dei rapporti fra psichiatria e psicoanalisi. La seconda premessa si muove all'interno dell'ambito psicoanalitico e riguarda la questione dell'utilità o meno della diagnosi secondo i vari modelli e, in particolare, secondo la prospettiva relazionale.

PRIMA PREMESSA:

I RAPPORTI FRA DIAGNOSI NOSOGRAFICA E DIAGNOSI PSICOANALITICA

1. Diagnosi nosografica

Effettuare la diagnosi nosografica di un determinato paziente significa confrontare le caratteristiche psicopatologiche che si possono rilevare durante i primi colloqui con la classificazione delle patologie accettata dal valutatore.

Il valutatore (psichiatra, psicologo, psicoanalista o qualunque altra qualifica egli abbia) deve quindi conoscere sia la psicopatologia clinica, sia la nosografia.

1.1. La psicopatologia come scienza

Dal punto di vista generale, seguendo il modello medico, la *psicopatologia* viene considerata come quella disciplina che si trova in rapporto alla *psichiatria*, così come la *patologia generale* sta in rapporto alla *clinica medica* (Jaspers, 1913-1959):

$$\begin{array}{ccc} \text{Psicopatologia} & & \text{Patologia generale} \\ \text{-----} & = & \text{-----} \\ \text{Psichiatria} & & \text{Clinica medica} \end{array}$$

Viene definita come la disciplina che ricerca ed analizza le leggi e i principi generali che governano i disturbi psichici (intesi non in senso di malattia ma, per es., di segni e sintomi). Grazie all'accostamento, differenziazione e classificazione dei disturbi è possibile edificare quadri sindromici. Ma ciò che la caratterizza è che i disturbi vengono studiati dalla psicopatologia in quanto tali e indipendentemente dal quadro morboso di cui fanno parte.

La psicopatologia informa su come riconoscere i sintomi e i segni clinici, nonché i tratti di personalità, che contribuiscono al disagio del paziente. Come scienza, la psicopatologia nasce con Carl Jaspers, che ha analizzato le leggi e i principi generali che sottendono i disturbi psichici, a prescindere dal quadro clinico generale di cui può soffrire una determinata persona.

Lo psicopatologo (scienziato, e non medico) “vuole conoscere e riconoscere, caratterizzare ed analizzare, non l'uomo singolo ma i principi generali. (...) Egli vuole ciò che può essere espresso in concetti, che è comunicabile, ciò che può essere fissato in regole e in cui può riconoscersi un qualche rapporto.” (Jaspers, 1913-1959).

Il suo limite è costituito dal fatto che più elabora la sua materia in concetti psicologici, più individua aspetti tipici e costanti, e più si allontana dall'individuo nella sua globalità e unità.

Oggetto della psicopatologia è “l'accadere psichico reale e cosciente. (...) cosa provano gli esseri umani nelle loro esperienze e come le vivono.” E, inoltre, quali sono le cause e le condizioni da cui dipendono tali esperienze abnormi. Molti manuali di psicopatologia (e di psichiatria, nel capitolo dedicato a questo argomento) ricalcano a grandi linee l'impostazione del testo di Jaspers (vedi *Appendice 1*). È grazie ad esso che abbiamo dei riferimenti condivisi per riconoscere un tipo di delirio o per distinguere un'allucinazione da un'ossessione, e così via. Altri autori ci hanno poi aiutato a riconoscere vari stili di personalità (ad es., isterico, ossessivo, ecc.) che, nei casi patologici, sono talmente rigidi e accentuati da provocare gravi limitazioni e sofferenze nella vita del paziente e di chi ha rapporti con lui.

Quella di Jaspers è una psicopatologia *comprensiva* (soggettiva): “L'anima di per sé non *diviene oggetto*. La sperimentiamo (erfahren) in noi come esperienza interiore cosciente (...) e quindi ci raffiguriamo l'esperienza interiore degli altri, sia mediante manifestazioni obiettive, sia mediante la comunicazione delle loro proprie esperienze.”

Opera un'analisi delle modalità e delle qualità formali (forma) dell'esperienza abnorme.

Per conoscere la forma delle esperienze bisogna conoscere *come* vengono vissute dal paziente. Il come si ottiene con la *partecipazione* nelle esperienze dell'altro, per rivivere e comprendere gli accadimenti psichici.

La *Psicopatologia soggettiva* opera una distinzione fra vissuti comprensibili e incomprensibili:

- | | |
|------------------|---|
| Comprensibili: | - possono essere rivissuti dall'esaminatore;
- seguono leggi psicologiche;
- sono motivati e derivabili psicologicamente (reazioni e sviluppi di personalità, nevrosi). |
| Incomprensibili: | - non possono essere rivissuti;
- estranei all'accadere psicologico (rinvio al somatico);
- non motivati, né derivabili (malattia e processo). |

I vissuti incomprensibili costituiscono il limite della psicopatologia soggettiva perché essa non è in grado di indagare le modalità con le quali scaturiscono. Si deve ricorrere ad altre discipline delle scienze naturali (spiegazione causale e concetti di malattia e processo).

I limiti della psicopatologia soggettiva vengono superati dalla *Psicopatologia oggettiva* (daseinsanalyse - antropoanalisi): Binswanger attinge dalla filosofia esistenzialista (Heidegger, Brentano, Husserl) e indaga i modi

dell'esistenza dell'uomo visto nella sua globalità; l'ordine interno, l'intima struttura che regge l'esistenza umana (temporalità, spazialità, ecc.).

1.2. La nosografia

La nosografia nasce con Kraepelin, il quale opera una descrizione obiettiva e una classificazione dei dati clinici per definire le malattie mentali. Gli elementi costitutivi di queste ultime sono individuati secondo i seguenti parametri: *esordio*, *evoluzione* ed *esito*. Ad es., già nella denominazione “*dementia praecox*”, vengono specificati gli esiti (la demenza) e l'esordio (precoce).

Nei decenni successivi la disciplina ha operato notevoli approfondimenti, attraverso gli studi delle diverse “scuole” europee e americane, che facevano capo ai “grandi professori” (Kretschmer, Bleuler, Minkowsky, ecc.). Ad. es., già Bleuler mise in discussione l'esito in demenza (non specifico, né costante) della *dementia praecox*, e questo fu uno dei motivi che gli fece cambiare la denominazione in “schizofrenia”.

Attualmente, la nosografia corrisponde a quella proposta dall'OMS (ICD-10) e dall'APA (DSM-5). Presenta molti limiti, ma è quella riconosciuta a livello ufficiale. Il DSM (dalla terza edizione del 1980 fino al DSM-IV-TR) separa in due assi distinti i disturbi di stato (Asse I) e i disturbi di tratto (Asse II). Per disturbi di stato si intendono modificazioni, temporanee o permanenti, del funzionamento abituale dei processi psichici; queste alterazioni costituiscono i vari segni e sintomi che si possono aggregare tra loro nelle note sindromi psichiatriche (schizofrenia, depressione, disturbi ossessivo-compulsivi, ecc.). I disturbi di tratto riguardano le modalità costanti (cioè, stabili nel tempo) di percepire, rapportarsi e pensare nei confronti dell'ambiente e di se stessi; sono quindi aspetti caratteriali che possono configurare determinati disturbi di personalità (schizoide, istrionico, ossessivo, ecc.).

L'ultima versione del DSM, il DSM-5, non è multiassiale come le precedenti, e i disturbi di personalità si trovano insieme agli altri, all'interno di uno dei 22 capitoli che costituiscono la Sezione II. La loro classificazione e i relativi criteri diagnostici restano identici al DSM-IV. Nella Sezione III (*Proposte di nuovi modelli e strumenti di valutazione*) vi è poi un modello alternativo per i disturbi di personalità, che introduce il sistema dimensionale per la valutazione.

2. Diagnosi nosografica in psicoanalisi

A che cosa serve diagnosticare il paziente in base al DSM o all'ICD-10 all'inizio di una relazione psicoanalitica? Quasi a niente, perché si tratta di poco più di un'etichettatura. Tuttavia, non si può per questo scavalcare il problema della diagnosi nosografica. Il paziente ha dei problemi di tipo schizofrenico o depressivo? Ha una personalità ossessiva, istrionica, narcisistica? È un borderline? E che cosa si intende con questa parola? Anche se i sistemi diagnostici ufficiali presentano moltissimi limiti per la pratica clinica, rimane aperta la questione sulla utilità o meno di confrontare lo specifico disagio del paziente con delle tipologie di sofferenza psichica che sembrano effettivamente presenti nella popolazione.

In psicoanalisi ci sono state molte discussioni intorno a questo argomento, soprattutto in occasione della pubblicazione del DSM-III (1980), il primo a possedere una sufficiente dignità scientifica. In Italia un esempio di questo dibattito è rintracciabile in alcuni numeri della metà degli anni 1980 della rivista *Psicoterapia e scienze umane*, con il coordinamento di Paolo Migone (Migone, 1995; Rugi, 1990). Ormai queste controversie sono superate e pochi sono gli psicoanalisti che continuano a sostenere, come si faceva molti decenni fa, che ciò che conta è la comprensione delle dinamiche profonde, inconsce, e non serve considerare il livello descrittivo. Una parola definitiva e chiarificatrice in questa direzione dovrebbe ormai averla messa la pubblicazione del PDM (2006), il Manuale Diagnostico Psicodinamico (vedi oltre).

Nel corso degli anni sono stati messi a fuoco sempre meglio i limiti della classificazione dei disturbi presente nel DSM-IV, soprattutto per ciò che riguarda i Disturbi di Personalità.

Per una rassegna degli aspetti problematici della classificazione dei Disturbi di Personalità nel DSM si veda Westen, Shedler e Lingardi (2003, o la nuova edizione del 2014), Cap. 3. Quello che è importante qui sottolineare è che le categorie e i criteri utilizzati nel DSM non hanno una base empirica e si trovano spesso in disaccordo con i risultati della ricerca. Alla base di questo difetto si trova la modalità con la quale vengono scelti i criteri diagnostici. Il DSM è anche il frutto di un'operazione di consenso fra gli psichiatri che formulano diagnosi, e non solo il frutto di ricerche epidemiologiche nella popolazione. Valutando con metodi statistici i criteri utilizzati dai clinici per far rientrare nelle categorie diagnostiche i pazienti, vengono selezionati i criteri su cui vi è maggiore accordo; e i risultati sono poi sottoposti al vaglio di un comitato di esperti che deve tenere conto delle esigenze di varie correnti per trovare un consenso: si tratta, in parte, di un'operazione politica. Inoltre, considerando i disturbi come categorie discrete

(distinte e separate le une dalle altre), le edizioni del DSM che nel tempo si sono succedute tendono a definire set di criteri che possano sempre meglio tenere separate le categorie. La conseguenza è che le descrizioni delle categorie, soprattutto per ciò che riguarda i disturbi di personalità, si sono sempre più allontanate dalla realtà clinica.

Altri aspetti problematici dell’Asse II che vale la pena ricordare:

- nella clinica i criteri per fare diagnosi guardano a variabili continue (le dimensioni psicopatologiche lungo le quali vi può essere maggiore o minore gravità); nel DSM vengono trattati come variabili dicotomiche *presente/assente*;
- tutti i criteri si trovano allo stesso livello, senza che sia possibile pesare la loro importanza diagnostica;
- non viene considerata l’ampia gamma di patologia di personalità che non rientra in alcuna delle categorie individuate; in base ad una ricerca risulta che oltre il 60% dei pazienti in trattamento per una patologia di personalità non riceve alcuna diagnosi di Asse II.

2.1. Il lavoro di Westen *et al.*

Il gruppo di ricerca guidato da Westen e coll. da anni si sta occupando di questi problemi, attraverso ricerche sul campo con l’impiego della SWAP-200 per adulti e adolescenti (per questi ultimi, la SWAP-200-A). Più di recente, con la SWAP-II; una versione aggiornata¹. Si tratta di una procedura di valutazione degli stili di personalità e dei relativi disturbi che ha acquisito un vasto credito nella comunità scientifica e tra i clinici. SWAP è l’acronimo di *Shedler-Westen Assessment Procedure*, e 200 è il numero di item che la compongono (Westen, Shedler e Lingardi, 2003). Non si tratta di un test o di un questionario, ma di una procedura guidata per fare diagnosi di personalità basata sul tradizionale contesto clinico. Mette infatti a disposizione dello psichiatra o dello psicologo, che ha effettuato un congruo numero di colloqui con il paziente, un vocabolario standard per descriverne le caratteristiche della personalità. Tale vocabolario, costituito da 200 frasi descrittive dei vari aspetti del funzionamento psicologico degli individui, è privo di espressioni gergali e può essere correttamente utilizzato dal clinico indipendentemente dall’orientamento teorico seguito. Il compito del valutatore, dopo aver effettuato i colloqui, è quello di attribuire un punteggio ad ognuna delle affermazioni in base al loro potere descrittivo relativamente al paziente in esame. Le affermazioni saranno dunque ordinate in base alla loro importanza, seguendo alcune regole volte a garantire l’attendibilità del metodo. Il vantaggio è che, a differenza delle interviste strutturate, delle rating scale o dei questionari autosomministrati che si basano su risposte a domande dirette, questa procedura non elimina la soggettività clinica del valutatore ma, al contrario, ne sfrutta la competenza e le capacità deduttive applicate all’interazione con il paziente. È in tal modo possibile produrre una descrizione approfondita del funzionamento psicologico del paziente (relativamente a motivazioni, risorse psicologiche, esperienza di sé e dell’altro e capacità relazionali) che sia frutto della esperienza e della sensibilità del clinico e, al contempo, rispettosa delle esigenze della ricerca empirica. Infatti, oltre ad essere impiegata in ambito clinico come ausilio in più per la diagnosi dei disturbi di personalità per come essi sono classificati nell’Asse II, la SWAP viene usata negli studi sulla popolazione. Westen e colleghi sono impegnati in un progetto di ricerca teso a sviluppare un’alternativa alla categorizzazione presente nel DSM, più vicina alle tipologie effettivamente presenti in natura.

Una prima fase di questa ricerca ha prodotto i risultati del 1999 (pubblicati in italiano nel libro di Westen, Shedler e Lingardi del 2003). Una seconda fase ha dato i suoi frutti più di recente, pubblicati nel lavoro di Westen *et al.* del 2012 (vedi 2.1.2).

2.1.1. La riclassificazione dei disturbi e degli stili di personalità con la SWAP-200

(Westen, Shedler e Lingardi, 2003, Cap. 4; Shedler, Westen e Lingardi, 2014, Cap. 4)

Gli autori hanno chiesto a 496 clinici esperti di applicare la SWAP-200 ad un loro paziente con almeno una diagnosi di Asse II (DSM-III-R o DSM-IV). I dati ottenuti sono stati poi sottoposti ad analisi-Q. Si tratta di un procedimento analogo all’analisi fattoriale: notoriamente, quest’ultima consente di identificare gruppi di variabili tra loro correlate che possono esprimere in modo ridondante uno stesso fattore sottostante (ad esempio, le variabili “tristezza”, “rallentamento psicomotorio” e “sentimenti di colpa” possono essere comprese in un unico fattore che si sceglie di chiamare “depressione”); l’analisi-Q, attraverso una inversione tra righe e colonne di dati, identifica gruppi di pazienti che condividono alcune variabili e che si differenziano dagli altri gruppi; sono quindi i pazienti, invece delle variabili, ad essere aggregati e a risultare come fattori. Per tale motivo, i raggruppamenti individuati vengono chiamati “fattori-

¹ Gli item della SWAP-II sono presenti in appendice al testo di Westen, Shedler e Lingardi del 2003 e nella sua nuova edizione del 2014.

Q”, ognuno dei quali definito da una determinata distribuzione dei punteggi attribuiti ai 200 item della SWAP. Ciascuno dei fattori-Q rappresenta quindi una categoria diagnostica empiricamente derivata, che può essere considerata come un prototipo di disturbo di personalità effettivamente presente nella popolazione.

La differenza rispetto all’Asse II è notevole. Basti pensare che i criteri del Disturbo Borderline di Personalità del DSM-III erano stati scelti partendo da un questionario di sole 22 voci Vero/Falso inviato a psichiatri che dovevano esprimersi in base al proprio modo di fare diagnosi (e non in base alla psicopatologia dei loro pazienti reali). Per non parlare della ricchezza e complessità della descrizione che scaturisce dall’elenco delle prime quindici o venti affermazioni della SWAP che descrivono meglio ciascuna categoria, confrontata con quella dei sette o otto criteri intercambiabili dell’Asse II fra i quali scegliere i quattro o cinque che legittimano la diagnosi. Inoltre, la SWAP-200 non ammette comorbilità: ogni paziente reale viene confrontato con le categorie diagnostiche prototipiche e otterrà sempre un punteggio maggiore in una di esse; tanto più si avvicinerà al valore massimo e tanto maggiore sarà la gravità di quel disturbo, ed eventuali punteggi elevati su altri fattori-Q arricchiranno la comprensione della personalità di quel soggetto senza, tuttavia, poter essere considerati di eguale rilevanza clinica.

Tutto ciò ha portato ad una riclassificazione dei disturbi di personalità, che ha evidenziato alcune divergenze rispetto alla categorizzazione dell’Asse II. La ricerca ha individuato 11 prototipi di disturbo di personalità effettivamente presenti in natura e descritti in modo approfondito e articolato. Ciascun paziente può più o meno somigliare ad uno o più di questi prototipi, e il grado di somiglianza individua sia il tipo di patologia eventualmente presente, sia il livello di gravità.

Riassumendo, le categorie individuate vanno considerate come dei “prototipi ideali” rispetto a cui confrontare i pazienti reali. Le 11 categorie (i prototipi) **non** corrispondono concettualmente a quelle del DSM: rappresentano la descrizione degli stili di personalità per come essi si presentano *in natura* (intendendo con questo che sono effettivamente presenti in quella forma nella specifica popolazione studiata con questa ricerca), e non un insieme di criteri largamente intercambiabili per formulare una diagnosi attendibile

Le 11 categorie:

- stile disforico:
 - evitante
 - depressivo (nevrotico) di alto funzionamento
 - con disregolazione emotiva
 - dipendente-masochista
 - con esternalizzazione dell’ostilità
- antisociale-psicopatico
- schizoide
- paranoide
- ossessivo
- istrionico
- narcisistico

Vi è poi un ulteriore raggruppamento di item, che descrive la *Personalità sana ad alto funzionamento*. Per una sintesi ed una discussione di tali risultati, si veda anche Fontana (2010).

2.1.2 L’aggiornamento della classificazione dei disturbi e degli stili di personalità con la SWAP-II (Westen, Shedler, Bradley e DeFife, 2012)

Successivamente al 1999, Westen e il suo gruppo hanno continuato a fare ricerca in questo campo, sia realizzando una versione migliorata della SWAP (21 dei 200 item sono stati modificati), sia applicandola su popolazioni più vaste e sempre più rappresentative della reale popolazione clinica.

Nell’articolo a cui si fa qui riferimento vengono presentati i risultati relativi ad un campione di 1.201 pazienti (valutati con la SWAP-II dai loro terapeuti) che, a differenza dello studio del 1999, è stato selezionato in modo randomizzato e non si limita a soggetti che avevano già ricevuto una diagnosi di Asse II; comprende, quindi, anche pazienti meno gravi, che avevano chiesto aiuto per problemi di personalità che non erano di livello tale da permettere una diagnosi di disturbo di personalità secondo DSM-IV.

“È stata applicata la *Q-factor analysis* per identificare empiricamente raggruppamenti diagnostici che emergono in modo spontaneo – cioè gruppi di pazienti con caratteristiche di personalità simili tra loro e diverse da quelle dei pazienti di altri gruppi.” (Westen et al., 2012, p. 337)

Per estrarre i prototipi diagnostici, gli autori hanno proceduto come segue:

- a) hanno selezionato i pazienti rispondenti ai criteri di almeno uno dei disturbi di personalità dell’Asse II (e con un punteggio VGF < 70),² creando così un sottogruppo rappresentato dal 70% del campione;
- b) da questo sottogruppo hanno isolato 3 fattori sovraordinati “o ampi spettri di personalità (che sono stati ottenuti anche nel campione complessivo): 1) patologia internalizzante, 2) patologia esternalizzante, 3) patologia borderline-disregolata (...). Questi 3 fattori erano responsabili del 33% della varianza.” (Ibid., p. 339);
- c) su ciascun fattore (cioè sui pazienti di ognuno di questi spettri) hanno poi operato un’analisi fattoriale di secondo livello, per identificare e descrivere le specifiche configurazioni di personalità rilevabili al loro interno; le categorie identificate sono le seguenti:

- **Spettro internalizzante:**
 - Personalità depressiva
 - Personalità ansioso-evitante
 - Personalità dipendente-vittimizzata
 - Personalità schizoide-schizotipica
- **Spettro esternalizzante:**
 - Personalità antisociale-psicopatica
 - Personalità paranoide
 - Personalità narcisistica
- **Spettro borderline-disregolato**

Come si vede, sono state identificate 4 diagnosi nello spettro internalizzante e 3 in quello esternalizzante,³ mentre il fattore borderline-disregolato è rimasto senza ulteriore suddivisione; “Oltre a queste dimensioni, abbiamo identificato una sindrome di personalità ossessiva e isterico-istrionica che abbiamo etichettato come ‘stili nevrotici’ (Shapiro, 1965), in quanto i pazienti che rientrano in questi prototipi non sempre hanno un livello di disfunzione che giustifichi l’uso del termine ‘disturbo’. Come per tutte le altre sindromi di personalità, anche qui i pazienti si distribuiscono lungo un *continuum* di gravità. Alcuni presentano una disfunzione grave e hanno un disturbo di personalità conclamato, ma la maggioranza tende a collocarsi verso il polo meno grave del *continuum* di patologia della personalità.” (Ibid., p. 343):

- **Stili nevrotici:**
 - Personalità ossessiva
 - Personalità isterico-istrionica

Dopo avere identificato i raggruppamenti diagnostici, gli autori hanno selezionato gli item della SWAP-II che meglio descrivevano ciascuno di essi: da 15 a 24 item, a seconda della categoria. Inoltre, hanno organizzato gli item per tematiche e hanno revisionato le descrizioni che ne sono scaturite per renderle più leggibili, coerenti e non ridondanti. Ne è risultata una descrizione narrativa di ciascun prototipo diagnostico, facilmente leggibile e coerente, che fornisce un quadro d’insieme, un pattern unitario del quale è possibile cogliere la gestalt. Per ulteriore sintesi, hanno “anche elaborato una descrizione sintetica formata da una sola frase (...) per descrivere in modo conciso ed efficace le caratteristiche fondamentali dei ciascuna diagnosi.” (Ibid. p. 338). **Tutte le descrizioni narrative di ciascuna configurazione diagnostica, con la frase sintetica relativa alle caratteristiche fondamentali, sono reperibili nell’Appendice dell’articolo (da p. 346 in poi).**

Per formulare la diagnosi in ambito clinico (quindi, non per scopi di ricerca) gli autori suggeriscono il metodo della *comparazione con i prototipi*: invece di applicare la procedura *Q-sort* della SWAP (che richiede un addestramento preventivo ed un lavoro di almeno due ore) si comparano le caratteristiche globali del paziente con i prototipi

² *Valutazione Globale del Funzionamento*: Asse V del DSM-IV-TR.

³ Per il significato dei termini “internalizzante” ed “esternalizzante” si veda il testo dell’articolo di Westen *et al.* con la sua Appendice.

descritti nell'Appendice, per individuare quello a cui si avvicina di più. In base al livello di somiglianza (è prevista una scala da 1 a 5), si può poi stabilire se è definibile come *stile* di personalità (punteggi 2 e 3) o come *disturbo* di personalità (punteggi 4 e 5). Un ulteriore aiuto per valutare il livello nel continuum salute-malattia è rappresentato dal *prototipo della personalità sana*: un insieme di caratteristiche costituite da risorse e punti di forza. Quanto più un paziente, qualunque sia la diagnosi categoriale, presenta tali caratteristiche *sane*, tanto meno sarà da considerare grave.

2.2. Una moderna nosografia psicoanalitica dei disturbi mentali: il PDM

Il Manuale Diagnostico Psicodinamico (2006) è il primo tentativo di formulare una nosografia psicoanalitica sistematica. È il risultato del lavoro di alcuni gruppi costituiti da professionisti scelti all'interno delle principali organizzazioni psicoanalitiche americane. Essi hanno lavorato sulla base delle evidenze empiriche ricavate con i più validi strumenti diagnostici, ma anche utilizzando le conoscenze psicopatologiche che appartengono alla tradizione psicoanalitica e non psicoanalitica.

È diviso in tre sezioni:

1. Diagnosi degli adulti.
2. Diagnosi degli adolescenti, bambini e neonati.
3. Contributi teorici e metodologici più importanti, che hanno costituito il background per la realizzazione del progetto.

La prima sezione è a sua volta divisa in tre assi:

Asse P: pattern e disturbi di personalità

Asse M: valutazione del funzionamento mentale

Asse S: valutazione dell'esperienza soggettiva dei sintomi

Il *Work Group* dell'Asse P è stato composto da Nancy McWilliams (Presidente), Eve Caligor, Abby Erzig, Otto Kernberg, Jonathan Shedler e Drew Westen. L'influenza delle impostazioni della Presidente e degli altri autori più noti di questo gruppo (McWilliams, Kernberg e Westen) è evidente.

“Di ogni disturbo viene presentata

- una descrizione generale,
- ... le implicazioni terapeutiche (anche in termini di pattern transferali e controtransferali prevalenti),
- i pattern costituzionali e maturativi,
- la tensione/preoccupazione generale,
- gli affetti principali,
- le credenze patogene caratteristiche relative a se stessi e agli altri
e
- i meccanismi di difesa tipici.” (p. XXIV)

P101 Disturbi schizoidi di personalità

P102 Disturbi paranoidi di personalità

P103 Disturbi psicopatici (antisociali) di personalità

P103.1 Passivo/parassitario

P103.2 Aggressivo

P104 Disturbi narcisistici di personalità

P104.1 Arrogante/che crede di avere tutti i diritti

P104.2 Depresso/svuotato

P105 Disturbi sadici e sadomasochistici di personalità

P105.1 Manifestazione intermedia: disturbi sadomasochistici di personalità

P106 Disturbi masochistici (autofrustranti) di personalità

P106.1 Masochista morale

P106.2 Masochista relazionale

P107 Disturbi depressivi di personalità

P107.1 Introiettivo

P107.2 Anaclitico

P107.3 Manifestazione opposta: disturbi ipomaniacali di personalità

P108 Disturbi somatizzanti di personalità

P109 Disturbi dipendenti di personalità

P109.1 Versioni passivo-aggressive dei disturbi dipendenti di personalità

P109.2 Manifestazione opposta: disturbi contro-dipendenti di personalità

P110 Disturbi fobici (evitanti) di personalità

P110.1 Manifestazione opposta: disturbi contro-fobici di personalità

P111 Disturbi ansiosi di personalità

P112 Disturbi ossessivo-compulsivi di personalità

P112.1 Ossessivo

P112.2 Compulsivo

P113 Disturbi isterici (istrionici) di personalità

P113.1 Inibito

P113.2 Eccessivamente espansivo o esuberante

P114 Disturbi dissociativi di personalità (disturbo dissociativo dell'identità/disturbo di personalità multipla)

P115 Misti/altro

SECONDA PREMessa: RELAZIONE vs VALUTAZIONE

Se andiamo a guardare la quantità di pubblicazioni sulla diagnosi (descrittiva e psicodinamica) prodotte dagli autori che seguono il modello pulsionale e la confrontiamo con quella dei relazionali troviamo che la differenza è enorme. A partire da Freud (1908, 1913), passando per Fenichel (1945) e Shapiro (1965), e magari considerando anche Bergeret (1996), solo per citare alcuni fra i più noti, sono state formulate complesse teorie psicopatologiche volte a spiegare le varie forme di sofferenza mentale. La più sofisticata e accreditata è forse quella di Kernberg (Kernberg, e Caligor, 2005), che ha posizionato molti disturbi di personalità in un sistema categoriale e dimensionale compatibile con la sua teoria, che considera il livello di integrazione dell'identità dell'io, il livello di maturità dei meccanismi di difesa e la capacità o meno di distinguere il Sé dall'oggetto.

In campo relazionale quasi niente. La cosa non deve stupire: secondo il modello pulsionale che vede, come principio sovraordinato di spiegazione, motivazioni e conflitti che si trovano all'interno della mente del soggetto, risulta naturale effettuare il collegamento fra ipotizzati assetti interni e determinate costellazioni di sintomi e tratti patologici di personalità.

Secondo il punto di vista relazionale, invece, sia la relazione che si va dispiegando nel processo analitico, sia qualunque forma di comprensione di ciò che avviene all'interno di essa, sono considerate *co-costruzioni* alle quali partecipano entrambi i soggetti coinvolti. Questo principio esclude la possibilità di immaginare un analista in grado di scoprire presunte verità esistenti nella mente del paziente, che prescindano dalla propria partecipazione e dal proprio modo di organizzare i dati dell'esperienza. È naturale, quindi, che gli autori dell'orientamento relazionale non si siano ancora molto interessati di questioni legate alla psicopatologia e alla diagnosi: l'interesse verso la dimensione relazionale della mente può aver fatto recedere sullo sfondo quello sull'organizzazione di personalità connessa ai diversi quadri sindromici. In quanto espressione di specifiche modalità relazionali che si costruiscono e si mantengono nelle interazioni sociali, viene a volte considerato pericoloso interessarsi ad essi in quanto tali: il rischio paventato è quello di cadere nella oggettivazione della mente del paziente e di dare definizioni aprioristiche e rigide alle persone, come se il loro mondo interiore avesse un'esistenza scollegata dal campo intersoggettivo. Per Mitchell la diagnosi può costituire un ostacolo, perché potrebbe distrarre l'attenzione del terapeuta dalla relazione che si instaura nel processo analitico: “Nel dare diagnosi così serie si corre il rischio, un rischio veramente grande, di impedire la possibilità di cambiamento e di non cogliere le sfumature” (Mitchell, 2001, p. 32).

Dunque, *secondo la prospettiva relazionale la diagnosi (anche quella psicodinamica) sarebbe inutile e pericolosa, perché condizionerebbe in senso negativo lo sviluppo e la comprensione di ciò che va dispiegandosi nella relazione analista-paziente.* Quest'ultima proposizione sarebbe valida solo se ci posizionassimo all'interno di un costruttivismo radicale, che nega l'esistenza di una realtà autonoma. Ma la psicoanalisi relazionale segue un relativismo moderato che afferma che ciò che viene co-costruito non è la realtà in sé ma la comprensione della stessa (De Robertis, 2001). Non mancano infatti i presupposti teorici per guardare all'organizzazione psicologica dell'individuo, in quanto entità dotata di una sua autonomia: il costruttivismo della psicoanalisi relazionale non nega l'esistenza del mondo interno del paziente, della sua storia e dei suoi principi organizzativi. Lo stesso concetto di *matrice relazionale* (Mitchell, 1988), pur superando la storica contrapposizione fra *intrapsichico* e *interpersonale*, comprende anche il ruolo attivo del soggetto nella continua ri-creazione del suo mondo interiore. Ciò implica necessariamente una considerazione positiva del processo diagnostico, pur tenendo presente che le formulazioni a cui giunge il valutatore (sia descrittive, sia psicodinamiche) sono esse stesse costruzioni, che devono essere suscettibili di una continua rielaborazione durante il processo terapeutico.

CENNI DI PSICOPATOLOGIA DESCRITTIVA DELLA PERSONALITÀ

Questo argomento viene trattato qui, lasciando in appendice la psicopatologia delle funzioni psichiche (vedi *Appendice 1*), perché in ambito psicoanalitico vi è un accordo generale nel privilegiare le dimensioni di personalità rispetto alle manifestazioni sintomatiche dei pazienti: l'oggetto principale di interesse è la personalità di base, lo stile di funzionamento abituale (modalità di organizzare i dati dell'esperienza, stile relazionale, reattività emotiva e sua regolazione, ecc.), sia esso disfunzionale o no. Le manifestazioni sintomatiche, le sindromi cliniche che possono esprimersi nel corso dell'esistenza in forma acuta o cronica (stati di ansia, crisi depressive, stati dissociativi, disturbi

psicotici, ecc.), vengono considerate come espressione della crisi di un sistema che non riesce a mantenere il suo equilibrio abituale, conservato più o meno precariamente fino a quel momento.

Schematicamente, si può fare un parallelo con i primi due assi del DSM-IV: in Asse II la personalità e in Asse I il suo scompenso. Il parallelo non è perfetto, perché in Asse II si volevano descrivere *disturbi* di personalità, mentre a noi interessa la personalità in sé, a prescindere dal livello di patologia e considerando anche le risorse e le peculiarità positive del soggetto. Inoltre, sebbene i disturbi di personalità dell’Asse II si prestino ad essere utilizzati come prototipi con cui confrontare lo stile di personalità dei pazienti, essi presentano troppi problemi di validità e attendibilità. Molto meglio, quindi, seguire i risultati della ricerca sulla popolazione reale, come quelli di Westen *et al.* e del PDM.

Sono già state evidenziate le ragioni per le quali è utile considerare la dimensione descrittiva della psicopatologia; vale a dire, *i modi* attraverso i quali si può manifestare la sofferenza psichica, che possono essere riconosciuti anche da clinici che seguono orientamenti teorici diversi. In questa sezione si vogliono dare alcuni accenni sulle principali caratteristiche fenomeniche dei vari stili di personalità: dei punti di riferimento con cui orientarsi in questo territorio. L’approfondimento è rimandato alla trattazione specifica dei singoli ambiti patologici.

Un buon modo (non necessariamente l’unico o il migliore) per entrare in questo campo è quello di studiare le descrizioni dei prototipi dei disturbi di personalità, secondo la riclassificazione scaturita dagli studi con la SWAP-200 e con la SWAP-II. A questo proposito, si consiglia vivamente di studiare le descrizioni fornite in Appendice al lavoro di Westen *et al.* nel libro curato insieme a Lingiardi (2003, 2014) e nell’articolo del 2012 (da p. 346 in poi).

Il passo successivo può essere quello di apprendere la sistematizzazione dei disturbi presentata dal PDM, basata sulle ricerche empiriche e sulla tradizione psicoanalitica, oltre che frutto dell’accordo fra i maggiori rappresentanti della psicoanalisi americana. Tali descrizioni, per quanto assai più ricche e approfondite di quelle dell’Asse II, rimangono comunque piuttosto scarse: è bene approfondirne la comprensione con lo studio dei testi che si occupano della patologia di personalità. L’indicazione bibliografica che viene qui fornita si muove nell’ambito psicoanalitico: il testo della McWilliams (1994, 2011), quello di Gabbard (2005) e quello di Shapiro (1965). Naturalmente, si occupano soprattutto dei modelli di spiegazione; ma qui sono intanto suggeriti per i pregi che hanno nella definizione delle modalità generali di funzionamento di ciascuno stile di personalità. Vanno comunque tenuti presenti alcuni presupposti seguiti da questi autori:

- Gabbard ha voluto scrivere un trattato che si occupa di tutti gli aspetti della psichiatria psicodinamica, elencando le posizioni teoriche della maggior parte degli autori classici; la sua classificazione dei disturbi ricalca fedelmente quella del DSM-IV;
- la McWilliams ritiene che ogni persona abbia un proprio stile di personalità, che dipende da fattori costituzionali e dal tipo di meccanismi di difesa utilizzati; inoltre, ogni persona, con la propria personalità, può collocarsi in un punto qualsiasi del continuum *normalità-nevrosi-borderline-psicosi*, e ciò dipende dal livello di maturazione delle strutture psichiche (punto di fissazione); la classificazione della McWilliams non prevede una personalità borderline, perché ritiene che questo termine sia applicabile trasversalmente ad ogni stile di personalità, essendo riferito solo al livello di gravità;
- nell’Asse P della prima sezione del PDM si riconosce chiaramente l’impronta della McWilliams, per quanto riguarda gli aspetti appena citati;
- Shapiro si occupa di solo quattro forme di stile di “nevrotico”; l’ultima è piuttosto vasta e comprende diversi quadri che ora possono rientrare in molti dei disturbi gravi di personalità; di ciascuno stile descrive le modalità generali di funzionamento in base ai principi della Psicologia dell’Io; questo comporta che il suo interesse sia rivolto alle funzioni dell’Io libere da conflitto (equipaggiamento psicologico, capacità e tendenze, stili cognitivi presenti fin dalla nascita, indipendentemente dai conflitti istintuali); nonostante risalga al 1965, il suo lavoro continua a rappresentare una fonte straordinariamente ricca per coloro che vogliono comprendere le caratteristiche fondamentali di alcuni dei più comuni modi di “stare al mondo”.

Viene rappresentato, nella tabella in Appendice 2, il confronto tra le varie classificazioni; la corrispondenza non è perfetta, in quanto, fra i vari autori e manuali vi sono anche differenze significative nel modo di intendere i diversi disturbi o stili di personalità.

CENNI DI PSICOPATOLOGIA PSICOANALITICA DELLA PERSONALITÀ

La considerazione degli aspetti di personalità nella psicopatologia è stata una conquista tardiva della psicoanalisi, non avendo questa, in origine, un sistema di riferimento concettuale che potesse orientarla in tal senso. Vediamo, in sintesi, quali sono stati i passaggi storici.

La diagnosi kraepeliniana: nevrosi e psicosi

Kraepelin è considerato il padre della classificazione diagnostica contemporanea, con il suo metodo della identificazione delle sindromi basato sulla osservazione dei sintomi e del decorso. Inoltre, ha anche impostato una teoria eziologica, distinguendo le patologie in esogene ed endogene (PMD esogena e *dementia praecox* endogena).

Freud andò oltre nei tentativi di spiegazione eziologica, ma continuò a considerare la psicopatologia sulla base delle categorie allora disponibili. Quindi, distingueva le patologie in nevrotiche e psicotiche, seguendo le categorie diagnostiche del suo tempo (Kraepelin), anche se con un maggiore livello di inferenza nella teorizzazione eziologica; per questo motivo, ha continuato ad ascrivere ad un quadro nevrotico sintomi che, in seguito, sono stati visti in modo distinto rispetto al livello di gravità della patologia; non aveva a disposizione una griglia teorica che gli permettesse di guardare al quadro generale di organizzazione del carattere.

Freud usava quindi questo schema, a gravità crescente:

nevrosi \Rightarrow psicosi

Le categorie diagnostiche della Psicologia dell'Io: la nevrosi sintomatica, il carattere nevrotico e la psicosi

Fu Reich (1933) il primo a differenziare fra nevrosi 'sintomatica' e nevrosi 'caratteriale'.

In base a questa nuova impostazione, la nevrosi sintomatica è caratterizzata da:

- fattori precipitanti;
- incrementi massicci del livello di ansia;
- motivazioni alla ricerca di aiuto;
- comportamenti abituali, ed eventuali sintomi, vissuti come egodistonici;
- capacità di auto osservazione dei propri problemi.

Il presupposto era che qualcosa, nella vita attuale, avesse attivato un conflitto infantile in grado di risvegliare meccanismi psicologici antichi, ormai disadattativi. Nella nevrosi caratteriale, invece, i problemi fanno parte della personalità.

Willhelm Reich, nell'*Analisi del carattere* (1933), applica la teoria pulsionale allo studio della personalità: il carattere sorge nell'infanzia per padroneggiare il conflitto contro le pulsioni; la natura iniziale del carattere dipende dal tipo di pulsione frustrata e dal tipo di frustrazione (estensione, durata, intensità, ecc); successivamente, il carattere si consolida e continua ad avere una funzione esclusivamente difensiva; incanala, cioè, le pulsioni secondo vie stabili, limita la flessibilità; forma la *corazza caratteriale*, che protegge sia contro il mondo esterno, sia contro quello interno; "in altre parole, esso svolge delle funzioni difensive in modo più economico che non le reazioni di difesa specifiche" (Shapiro, 1965, p. 15); non ha più la funzione di padroneggiare il conflitto infantile, ma di padroneggiare quello attuale fra pulsione e realtà; anzi, i conflitti attuali danno forza ed energia alla corazza caratteriale. Per Shapiro, Reich non tiene conto, come invece fa la psicologia dell'Io, dei contributi dell'area dell'Io libera da conflitti alla formazione di stili di esistenza (equipaggiamento psicologico, capacità e tendenze, stili cognitivi, presenti fin dalla nascita, indipendentemente dai conflitti istintuali).

Per molto tempo si è continuato a usare questo schema, a gravità crescente:

nevrosi (sintomatica) \Rightarrow disturbo del carattere \Rightarrow psicosi

Lo spettro nevrotico-borderline-psicotico

A partire dagli anni '50 esigenze cliniche e teoriche hanno portato gli psicoanalisti a riformulare la configurazione gerarchica delle patologie. Pazienti inizialmente diagnosticati come nevrotici, e quindi considerati analizzabili con il setting classico, si rivelavano poi ingestibili per lo sviluppo di reazioni psicotiche brevi e inaspettate, acting out imprevisti, violazioni del setting, e così via. La diagnosi iniziale era basata sulla presenza di sintomi o tratti di personalità nevrotici, senza segni di disturbo dell'esame di realtà. Ciononostante, il quadro clinico si rivelava presto di

ben altra gravità. Fu così che venne introdotto il concetto di *borderline*: un livello intermedio di patologia, collocabile fra le nevrosi e le psicosi.

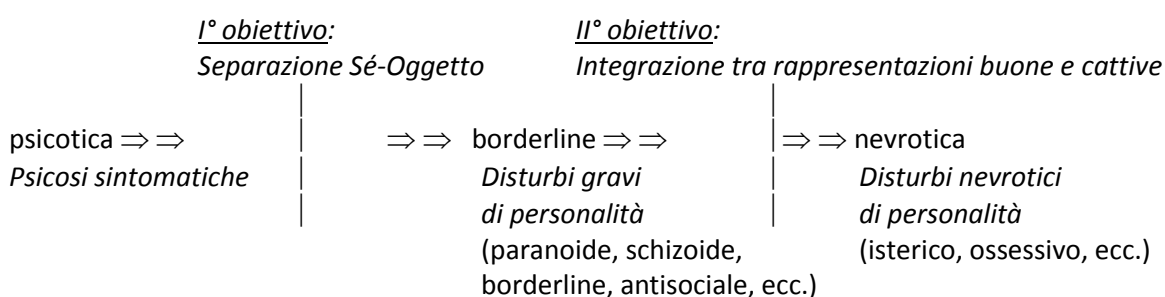
Dagli anni '70 del secolo scorso l'autore che più di ogni altro ha sistematizzato questa materia è stato Otto Kernberg, che ha introdotto il concetto di “organizzazione di personalità”.

D'accordo con la Mahler, egli afferma che i due principali obiettivi dello sviluppo psichico sono:

- 1) separare le rappresentazioni del Sé da quelle dell'oggetto (il fallimento è alla base dell'organizzazione *psicotica* di personalità);
- 2) integrare le rappresentazioni “buone” e “cattive” del Sé in relazione all'oggetto (il raggiungimento di questo obiettivo porta all'organizzazione *nevrotica-sana* di personalità).

Lo schema che ne scaturisce è il seguente:

Organizzazione di personalità:



In base alla teoria di Kernberg, i pazienti borderline sono quindi accomunati dalla presenza di manifestazioni complesse (affetti, pensieri e comportamenti) che hanno la caratteristica di essere, in momenti successivi, opposte e coscienti. La teoria tripartita non è in grado di spiegare queste manifestazioni perché il conflitto fra le istanze strutturali (Io, Superlo ed Es) non è ravvisabile. La scissione non è verticale (fra conscio e inconscio) ma orizzontale. La psiche è “compartimentizzata” in stati alternativi, coscienti, e non si è ancora differenziata nelle tre istanze. Queste ultime, infatti, si formano a partire dalla integrazione delle relazioni oggettuali interiorizzate (rappresentazione del Sé – rappresentazione dell'oggetto e affetto che li collega).

Questo significato del concetto di *borderline*, di uso prettamente psicoanalitico, va nettamente distinto da quello attualmente in uso in psichiatria (vedi, ad es., il DSM, dalla III edizione in poi) per indicare l'omonimo disturbo di personalità, avente caratteristiche specifiche che lo differenziano da altri disturbi di personalità più o meno gravi rispetto ad esso.

Per il dovuto approfondimento di questo tema si rimanda alle dispense relative alla lezione “[La psicopatologia psicoanalitica](#)”.

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

- PDM-Task Force (2006), *PDM – Manuale Diagnostico Psicodinamico*, tr. it. Cortina, Milano, 2008.
- [De Robertis, D. \(2001\), Epistemologia e psicoanalisi, *Ricerca psicoanalitica*, 1, pp. 61-84.](#)
- Fontana, M. (2010), “Sviluppi recenti sulla diagnosi di personalità. Considerazioni sulla riclassificazione dei disturbi dovuta alle ricerche con la SWAP-200” in Bortoli R., Bova F. (a cura di), *Personalità paranoide e psicopatica. Contributi alla patologia di personalità tra psichiatria e psicoanalisi*, Borla, Roma.
- Gabbard G.O. (2005), *Psichiatria psicodinamica*, tr. it. Cortina, Milano, 2007.
- Jaspers, K. (1913-1959), *Psicopatologia generale*, tr. it. Il Pensiero Scientifico, Roma, 1964.
- Kernberg, O., Caligor, E. (2005), “Teoria psicoanalitica dei disturbi di personalità”. Tr. it. in Clarkin J.F., Lenzenweger, M.J. (a cura di), *I disturbi di personalità. Le principali teorie. Seconda edizione*. Cortina, Milano, 2006.
- McWilliams N. (1994), *La diagnosi psicoanalitica*, tr. it. Astrolabio, Roma, 1999.
- McWilliams N. (2011), *La diagnosi psicoanalitica. Seconda edizione*, tr. it. Astrolabio, Milano, 2012
- Migone, P. (1995), La diagnosi descrittiva: i DSM dell'*American Psychiatric Association*. In *Terapia psicoanalitica*, FrancoAngeli, Milano, pp. 198-212.
- Mitchell, S. (1988), *Gli orientamenti relazionali in psicoanalisi*. tr. it. Bollati Boringhieri, Torino, 1993.
- [Mitchell, S. \(2001\), Intervista sulla teoria, la clinica, la tecnica, la ricerca, la formazione e il futuro della psicoanalisi \(AA.VV.\), *Ricerca psicoanalitica*, 1, p. 32.](#)
- Rugi, G. (1990), Diagnosi e teoria. Il paradigma medico e il «mentale» nei DSM-III. *Psicot. Sc. Um.*, 1990, 4, pp. 78-90.
- Shapiro D. (1965), *Stili nevrotici*, tr. it. Astrolabio, Roma, 1969.
- Shedler, J., Westen, D. e Lingiardi, V. (2014), *La valutazione della personalità con la SWAP-200. Nuova edizione*. Cortina, Milano, Cap. 4.
- Sims, A. (2003), *Introduzione alla psicopatologia descrittiva*, tr. it. Cortina Milano, 2004.
- Westen, D., Shedler, J. e Lingiardi, V. (2003), *La valutazione della personalità con la SWAP-200*, Cortina, Milano.
- Westen, D., Shedler, J., Bradley, B. e DeFife, J.A., (2012), Una tassonomia della diagnosi di personalità derivata empiricamente: colmare il divario tra scienza e clinica nella concettualizzazione della personalità. *Psicot. Sc. Um.*, 2012, 46, pp. 327-358.

Appendice 1

LA CATEGORIZZAZIONE CLASSICA DEI DISTURBI DEI PROCESSI PSICHICI

Il contenuto di questa appendice vuole solo dare uno schema sintetico di ciò che è previsto dal titolo. Non può assolutamente sostituire lo studio dei testi che trattano questo argomento. Il testo fondamentale è quello di Jaspers (1913-1959). Un testo moderno è quello di Sims (2003). Ma può andar bene anche un buon manuale di psichiatria, nella parte dedicata alla psicopatologia.

Le funzioni psichiche possono essere definite come quell'insieme di attività del SNC che si svolgono alla luce della coscienza e dell'accorgimento soggettivo (cioè con la consapevolezza del soggetto) e che servono:

- al riconoscimento degli stimoli provenienti dal mondo esterno (**senso-percezioni**),
- all'immagazzinamento sotto forma di ricordi di molte delle sensazioni così originate (**attenzione e memoria**)
- allo svolgimento del pensiero (**ideazione**) sulla base specialmente delle sensazioni presenti e di quelle passate (ricordi),
- alle **manifestazioni affettive** (ed istintive) ed alla
- formazione degli impulsi della **volontà**.

A queste va aggiunto lo **stato di coscienza**.

Senso-percezioni

Le variabili che possono influire sulle capacità percettive sono:

- età,
- efficienza degli organi di senso,
- livello culturale,
- personalità,
- stanchezza,
- stato affettivo,
- livello di attenzione,
- stato di coscienza.

Disturbi quantitativi

- **diminuzione del numero** di percezioni (nell'oligofrenia, demenza, stati confusionali, depressione psicotica);
- **rallentamento** delle percezioni, per lentezza dei processi di elaborazione delle sensazioni (nella depressione psicotica);
- **iperestesia**; cioè, amplificazione soggettiva dell'intensità delle percezioni (nelle intossicazioni che provocano stati confusionali, stati emotivi intensi);
- **ipoestesia**; cioè, riduzione soggettiva dell'intensità delle percezioni in assenza di lesioni degli organi di senso (nella schizofrenia, depressione psicotica, demenza).

Disturbi qualitativi

- **errori sensoriali** (difetto d'attenzione, stati ansiosi); non hanno carattere patologico;
- **illusioni**; cioè, percezioni errate o distorsioni di oggetti realmente esistenti (l'oggetto reale vien percepito come oggetto differente; si tratta di una errata interpretazione dell'oggetto); caratteristica delle illusioni è la possibilità di correggere immediatamente l'errore;
si distinguono in:
 - i. da disattenzione,
 - i. affettive,
 - paraeidolie = elaborazione costruttiva di stimoli vaghi e ambigui;
- **allucinazioni** = percezioni senza stimoli, caratterizzate da:
 - concretezza,

- sensorialità (legate alle qualità sensoriali pertinenti a ciascun senso),
- spazialità (l'oggetto viene percepito chiaramente all'esterno del soggetto),
- possono interessare tutti gli organi di senso, nonché la sensibilità generale e viscerale;
- possono essere:
 - elementari (ad es., suono, bagliore),
 - complesse (ad es., frasi, visioni di oggetti),
 - combinate (interessano più strutture percettive);
- dal punto di vista delle modalità di insorgenza si distinguono in:
 - funzionali (insorgono quando l'organo di senso coinvolto viene raggiunto da uno stimolo reale),
 - riflesse (insorgono quando un altro organo viene raggiunto da uno stimolo reale);
- **pseudoallucinazioni** (o allucinazioni psichiche): caratterizzate dalla perdita dei caratteri di sensorialità e spazialità, sono esperienze percettive rappresentative che si verificano nello spazio interno soggettivo; le percezioni non vengono obiettivate nel mondo esterno; per il soggetto sono fenomeni psichici che non hanno rapporto con la realtà esterna; non patognomoniche di alcun disturbo specifico;
- **allucinosi**: fenomeni allucinatori visivi o uditivi che non vengono identificati con la realtà (oftalmopatie, lesioni trunculari, epilessia parziale);
- **sinestemie**: passaggio di una sensazione da una struttura sensoriale ad un'altra (allucinogeni).

Attenzione

È la capacità di dirigere il fuoco della coscienza su uno o pochi stimoli tralasciando gli altri in arrivo contemporaneamente.

Può essere: - involontaria, o spontanea;
- volontaria, o conativa.

I disturbi sono solo quantitativi:

- **iperprossia** (in conseguenza di allucinogeni, stati ansiosi, psicosi deliranti, stati maniacali);
- **ipoprossia**, per riduzione del livello di vigilanza (ebbrezza, psicosi esogene, e stati confusionali, frenastenia, demenza).

Memoria

È la facoltà di fissare e conservare le percezioni presenti e di rievocare quelle passate.

Disturbi quantitativi

- **ipermnesia** = ipertrofia delle capacità mnestiche;
possono essere:
 - parossistiche: rapidissimo incalzare di ricordi (nelle crisi uncinate di Jackson),
 - transitorie (negli stati ansiosi, maniacali, deliranti paranoicali),
 - permanenti
- **ecmnesia**, dove i ricordi vengono vissuti come esperienze attuali (negli stati dissociativi, stati confusionali, epilessia temporale, allucinogeni);
- **ipo-amnesia**, di tipo:
 - anterogrado (di fissazione),
 - retrogrado (di rievocazione).

Disturbi qualitativi

- **paramnesia**; si distinguono in:
 - allomnesia (illusioni della memoria); cioè, deformazioni, elaborazioni falsate del ricordo (nel pensiero oltimico, schizofrenia, paranoia),
 - pseudomnesia (allucinazioni della memoria); si distinguono in:
 - o falsi riconoscimenti (errore *presente-passato*, déjà vu),

- falsi ricordi (errore *fantasia-realtà*),
- confabulazioni (nella sindrome di Korsakoff).

Ideazione

È la funzione che organizza ed elabora ricordi, rappresentazioni e percezioni, per la formazione di idee (astrazione). L'ideazione, inoltre, mette in relazione le singole idee conferendo ordine formale al corso del pensiero.

Disturbi formali

- **ristrettezza del campo ideativo** (nelle oligofrenie e demenze);
- **accelerazione ideica**; cioè, ricchezza numerica di idee, con labilità delle stesse per incapacità a fissarsi su specifici contenuti; fuga delle idee con logorrea ed insalata di parole;
- **rallentamento e inibizione ideativa** (nella depressione psicotica, catatonia, confusione mentale);
- **prolissità**; cioè, interferenza di idee secondarie che prolungano il corso del pensiero (nelle sindromi psico-organiche);
- **circostanzialità**; cioè, incapacità di distinguere l'essenziale, cosicché l'eloquio è ricco di dettagli insignificanti che vengono sviluppati abnormemente (nelle sindromi psico-organiche);
- **perseverazione**; cioè, persistenza di idee che vengono ripetute acriticamente e non vengono rimosse da nuovi stimoli od esperienze (nelle sindromi psico-organiche);
- **pensiero dissociato**; cioè, attenuazione dei nessi associativi tra le singole idee (nella schizofrenia); il pensiero è frammentario, bizzarro, illogico, sconclusionato; vi sono:
 - fusioni,
 - iperinclusioni,
 - digressioni o deragliamenti,
 - intoppi;
- **pensiero incoerente**; cioè, disgregazione del corso del pensiero in frammenti sconnessi, eterogenei e fugaci, in seguito all'abbassamento della vigilanza (negli stati confusionali e nelle sindromi psico-organiche).

Disturbi del contenuto

- **pensiero anancastico od ossessivo**; cioè, presenza di contenuti di coscienza ossessivi e/o compulsivi, irrazionali ma sottoposti a critica e vissuti come estranei al soggetto (psichismo parassita);
- **idee prevalenti**; colorate di affetti intensi, ispirano la condotta del soggetto; si elaborano su eventi possibili o reali e sono criticabili e comprensibili;
- **delirio**; cioè, interpretazione errata ed incrollabile della realtà non correggibile da critica, giudizio o esperienza, colorata di un senso di assoluta certezza soggettiva; il contenuto del delirio viene considerato, nella visione psicopatologica classica, completamente assurdo (ciò è stato messo in discussione da molti autori, laddove viene considerato che anche le manifestazioni psicotiche più gravi hanno un senso e un significato nascosto);

Distinzione dei deliri dal punto di vista formale:

- delirio *lucido* (che si svolge in uno stato di coscienza vigile),
- delirio *confuso* (che si svolge in uno stato di coscienza alterato);

delirio *lucido*: caratterizzato da un'atmosfera di riferimento (Io al centro del mondo) che determina un'alterata coscienza della realtà;

delirio *lucido sistematizzato*: ha una buona organizzazione interna e un'articolazione coerente dei contenuti,

delirio *lucido non sistematizzato*: frammentario; costituito da idee isolate, semplici e incostanti, non elaborate e non correlate fra loro;

delirio *confuso*: si svolge in forma acuta, associato a stati confusionali di natura psicorganica; il paziente non vive il suo delirio e lo può solo agire.

Distinzione dei deliri dal punto di vista genetico

delirio *primario*: inderivabile e incomprendibile; ineducibile, neanche in via di ipotesi,

da altri fenomeni psicologici, da avvenimenti vissuti o da cause psicorganiche,
delirio *secondario*: derivabile da stati affettivi (deliri ologimici della PMD), da avvenimenti (deliri situazionali), da disturbi psicosensoriali e da sindromi psicorganiche (delirio confuso).

Distinzione dei deliri dal punto di vista del contenuto

- delirio *di persecuzione*: di riferimento, di nocumento, propriamente detto (i persecutori vengono identificati), di influenzamento (pensiero e corpo agiti dall'esterno), di veneficio, di querela o di rivendicazione (a partire da un avvenimento reale).
- delirio *di trasformazione*: cosmica, palignostico (riferito a persone familiari), metempsicosico (vivere nel corpo di un altro), zooantropico, ipocondriaco-nichilistico (trasformazione degli organi – “cuore di pietra”, ecc.).
- delirio *mistico*: esperienza intima di rapporto con la divinità.
- deliri *depressivi*: (legati alle angosce esistenziali primordiali) di colpa o di autoaccusa, ipocondriaco (si sente condannato), di rovina, nichilistico o di negazione (viene negata l'esistenza di sé, dei propri organi o dei familiari).
- deliri *di grandezza*: ancorati alla realtà (delirio ambizioso ed erotomane); disancorato dalla realtà (megalomane, di potenza, genealogico, inventario, di enormità).
- delirio *di gelosia*.

Affettività

Le manifestazioni principali dell'affettività sono il *tono dell'umore*, le *emozioni* e i *sentimenti*.

Umore: “disposizione affettiva fondamentale, ricca di tutte le istanze emotive ed istintuali, che dà a ciascuno stato d'animo una tonalità gradevole o sgradevole, oscillando fra gli estremi del dolore e del piacere” (Delay);
normalmente, dopo ogni fluttuazione, vi è un ristabilimento automatico dell'equilibrio, inteso come corretto bilanciamento tra tristezza ed allegria, che rende possibile l'adattamento.

Emozioni: stati affettivi acuti, intensi, reattivi, che influenzano i processi psichici, il comportamento e il sistema nervoso autonomo.

Sentimenti: stati affettivi duraturi e persistenti che esprimono la particolare risonanza affettiva con la quale l'individuo vive la realtà corporea, i processi psicologici, la socialità.

Disturbi

- **depressione**: abbassamento del tono dell'umore, con conseguenti tristezza, abbattimento, rammarico, pessimismo, dolore, compromissione di altre funzioni;
- **disforia**: in senso stretto, si intende come stato depressivo associato a malumore e ad irritabilità aggressiva;
- **stato ipertimico**: innalzamento del tono, che può arrivare a:
 - o euforia: umore gaio, piacevole, con soggettivo benessere,
 - o mania: con accelerazione delle idee, logorrea, eccitamento psicomotorio;
- **labilità affettiva**: instabile equilibrio del tono dell'umore;
- **paralisi acuta del sentimento, o stupor emozionale**: vuoto affettivo, indifferenza momentanea, incapacità di reazione (nei traumi psichici);
- **dissociazione affettiva**: inadeguatezza o discordanza dell'affettività rispetto alla situazione esterna (nella schizofrenia);

- **apatia**: indifferenza affettiva con abulia;
- **ambivalenza affettiva**: coesistenza di sentimenti opposti;
- **sentimento di mancanza di sentimento**: sensazione pensosa di insensibilità affettiva;
- **fobia**;
- **ansia**.

Volontà

Capacità di progettare e compiere azioni.

Disturbi quantitativi

- **abulia**: incapacità di progettare e compiere azioni (nella depressione, disturbi ossessivo-compulsivi, fase iniziale della schizofrenia);
- **rallentamento psicomotorio** (nella depressione e negli stati confusionali);
- **iperbulia**: va dall'irrequietezza all'eccitamento psicomotorio (negli stati maniacali, depressione agitata, ipercinesia paradossa della catatonìa).

Disturbi qualitativi

- **impulsività**;
- **manierismi**: modalità eccentriche di espressione motoria, affettate, artificiali, caricaturali; sono adeguate alle circostanze (smorfie, ecc.);
- **stereotipie**: frammenti di attività, ripetuti iterativamente; sono inadeguati alle circostanze;
- **negativismo**: può essere attivo o passivo e si verifica in risposta a stimoli esterni o a bisogni interni; vi è compreso anche il **mutacismo**;
- automatismi:
 - o ecoprassia,
 - o ecolalia,
 - o ecomimia,
 - o ecografia.

Coscienza

Esperienza psichica che, in un dato momento, include la totalità dei fenomeni vissuti.

Integra e organizza l'esperienza attuale ed assicura:

- l'orientamento spazio-temporale,
- i processi di discriminazione e di scelta.

Disturbi dello stato di coscienza

- **alterazione ipnoide**: turbe della lucidità rappresentate dagli stati di obnubilamento o offuscamento, con deficit quantitativo della vigilanza:
 - o torpore,
 - o sopore,
 - o precoma
 - o coma;
- **restringimento del campo di coscienza**, o stato crepuscolare (nell'epilessia temporale, traumi, isteria);
- **alterazioni oniriche**:
 - o stato crepuscolare onirico (disorientato): è un insieme di sintomi caratterizzato dall'associazione di:
 - restringimento del campo di coscienza con disorientamento spazio-temporale e turbe dei processi ideativi,
 - incapacità di distinguere il soggettivo dall'oggettivo (l'immaginazione dalla realtà),
 - illusioni, allucinazioni, deliri;
 - o amnesia (o stato confusionale); vi sono:

- disorientamento spazio-temporale,
- disturbi mnestici,
- dispercezioni;
- stato oniroide; caratterizzato, in modo cangiante, da:
 - discreto orientamento spazio-temporale,
 - deliri, allucinazioni visive, fantasticherie,
 - immersione in uno stato sognante,

Disturbi della coscienza dell’Io

- **depersonalizzazione autopsichica**; caratterizzata dai seguenti elementi:
 - si attenua il sentimento dell’esistenza,
 - il soggetto si sente cambiato, diverso, impersonale e vago,
 - la vita psichica viene vissuta come estranea,
 - sono presenti ansia e timore di impazzire,
 - vi sono automatismi mentali e comportamentali,
 - depersonalizzazione affettiva (sentimento della perdita di sentimento);
- **depersonalizzazione somatopsichica**; caratterizzata dai seguenti elementi:
 - estraneità del proprio corpo o di parti di esso,
 - sensazioni di cambiamento o di trasformazione corporea;
- **depersonalizzazione allopsichica** (o derealizzazione); caratterizzata dai seguenti elementi:
 - l’ambiente esterno diventa irrealistico, non familiare, estraneo.

In quest’ultima categoria possiamo considerare anche la:

- **Wahnstimmung** (umore predelirante): è stata identificata dalla psicopatologia fenomenologica come quella condizione dello stato di coscienza che prelude all’esordio schizofrenico (alla comparsa, cioè, di una crisi psicotica produttiva, con sintomi positivi come il delirio e le allucinazioni); ha le seguenti caratteristiche:
 - alterazione della coscienza dell’Io e del giudizio di realtà, che normalmente sono alla base della sicurezza soggettiva e dei legami con l’esterno;
 - lo stato d’animo è caratterizzato da perplessità, preoccupazione e terrore;
 - si manifestano intuizioni e percezioni deliranti, con esperienze di depersonalizzazione e derealizzazione;
 - vi è un sentimento che qualcosa sta cambiando, il mondo sta diventando incomprensibile, minaccioso; una densità di significati che affollano la mente del soggetto senza priorità logica.

Il delirio in cui sfocia può essere considerato come una nuova attribuzione di significato, con funzione alleviante nei riguardi dell’angoscia.

Appendice 2 TABELLA COMPARATIVA DELLE CLASSIFICAZIONI PRESENTI NELLA LETTERATURA DI RIFERIMENTO

Westen 1999	Westen 2012	Gabbard (e DSM)	McWilliams	PDM – Asse P	Shapiro
<u>Stile di personalità ...</u>	<u>Disturbo di personalità</u> ...	<u>Disturbo ... di</u> <u>Personalità</u>	<u>Personalità ...</u>	<u>Dist. di personalità...</u>	<u>Stile nevrotico ...</u>
... antisociale- psicopatico	... antisociale- psicopatico	... Antisociale ...	... psicopatica (antisociale)	... psicopatici (antisociali) [Passivo/parassitario; Aggressivo] ... sadici e sadomasoch.	... impulsivi
... schizoide	... schizoide-schizotipico	... Schizoide ...	... schizoide	... schizoidi	<i>non presente</i>
... paranoide	... paranoide	... Paranoide ...	... paranoide	... paranoidi	... paranoide
... ossessivo	<u>Stile nevrotico</u> ossessivo	... Ossessivo- Compulsivo	... ossessiva e compulsiva	... ossessivo-compulsivi [Ossessivo; Compulsivo]	... ossessivo
... istrionico	<u>Stile nevrotico</u> istrionico-isterico	... Istrionico ...	... isterica	... isterici (istrionici) [Inibito; Eccessivamente espansivo o esuberante]	... isterico
<i>non presente</i>	<i>non presente</i>	<i>non presente</i>	<i>non presente</i>	... somatizzanti	<i>non presente</i>
<i>non presente</i>	<i>non presente</i>	<i>non presente</i>	... dissociativa	... dissociativi	<i>non presente</i>
... narcisistico	... narcisistico	... Narcisistico ...	... narcisistiche	... narcisistici [Arrogante/che crede di avere tutti i diritti; Depresso/svuotato]	... impulsivi
... disforico: evitante	... ansioso- evitante	... Evitante ...	<i>non presente</i>	... fobici (evitanti) [Manif. opp.: controfob.] ... ansiosi	<i>non presente</i>

* Non presente come disturbo di personalità. Classificato all'interno delle “categorie proposte per ulteriori studi” nel DSM-IV, Asse II.

Westen 1999	Westen 2012	Gabbard (e DSM)	McWilliams	PDM – Asse P	Shapiro
<u>Stile di personalità ...</u>	<u>Disturbo di personalità</u>	<u>Disturbo ... di Personalità</u>	<u>Personalità ...</u>	<u>Dist. di personalità...</u>	<u>Stile nevrotico ...</u>
... disforico: depressivo (nevrotico) di alto Funzionamento	... depressivo	... Depressivo* ...	... depressiva e maniacale	... depressivi [Introiettivo; Anaclitico; Manif. opp.: ipomaniacali]	<i>non presente</i>
... disforico: con disregolazione emotiva	... borderline-disregolato	... Borderline ...	<i>non presente</i>	<i>non presente</i>	... impulsivi
... disforico: dipendente-masochista	... dipendente-vittimizzato	... Dipendente ...	... masochistica (autofrustrante)	... dipendenti [Versioni passivo-aggr.; Manif. opp.: controdipend.] ... masochistici (autofrustr.)	... impulsivi
... disforico: con esternalizzazione dell'ostilità	<i>non presente</i>	... Oppositivo (Negativistico)* ...	<i>non presente</i>	<i>non presente</i>	... impulsivi

* Non presente come disturbo di personalità. Classificato all'interno delle “categorie proposte per ulteriori studi” nel DSM-IV, Asse II