

Tipologia psicologica e Modelli Diagnostici Dimensionali dei disturbi di personalità

di Stefano Fissi

1. Tipi psicologici

Tipi psicologici (1921) è una chiave di volta del pensiero junghiano. In questo testo Jung riprende il principio della relatività di ogni concezione strutturale della psiche. Posto di fronte al dilemma se la sua teoria o piuttosto quella di Freud o quella di Adler sia la descrizione più veridica della psiche, egli risponde che tutte e tre le descrizioni sono valide, in quanto sono concettualizzazioni della psiche espresse a partire dal punto di vista prospettico dell'osservatore in questione. A sua volta la descrizione ovvero il modello della psiche è determinato dalla modalità di osservazione dell'autore stesso, la quale è espressione del *typus psychologicus* che egli rappresenta. Quindi anche la tipologia della psiche che Jung propone a fondamento del suo discorso sulla psiche è relativa, in un *recursus ad infinitum*, perché è anch'essa un discorso della psiche, fatto dalla peculiare prospettiva psicologica del soggetto, come ha detto esaurientemente Trevi (1987). Oltre a questo programma fondativo del relativismo prospettico, Jung elabora in *Tipi psicologici* una descrizione del funzionamento psichico che oggi diremmo basata su un modello dimensionale, costituito dalle funzioni e dagli atteggiamenti. Una funzione psicologica, come Jung enuncia nel Dizionario posto in appendice ai *Tipi*, è «una certa forma di attività psichica che in circostanze diverse rimane fundamentalmente uguale a se stessa» (p. 445), mentre un atteggiamento è «una disposizione della psiche ad agire o a reagire in una determinata direzione» (p. 426). Dal diverso assortimento delle funzioni e degli atteggiamenti, dal predominio relativo dell'uno o dell'altro e dalle conseguenti modalità compensative e adattatorie deriva l'assetto di personalità dell'individuo.

Stante questo retroterra culturale, gli psicoanalisti junghiani dovrebbero essere particolarmente sensibili alla controversia tra modelli categoriali e modelli dimensionali sorta recentemente in seno alla psichiatria, e che è un po' la cartina al tornasole della crisi della psichiatria descrittivo-nosografica che fa riferimento ai DSM e che nei modelli dimensionali ripropone sotto altra forma l'impostazione adottata da Jung nei *Typi psychologici*.

2. Trionfo e caduta dei DSM dell'*American Psychiatric Association*

Nelle intenzioni della *task force* presieduta da Spitzer della terza edizione del DSM (*Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders*) del 1980, il DSM-III appunto, esso è un sistema di classificazione che serve a definire le caratteristiche di una malattia mentale, distinguendola da altre simili, in modo da poter indirizzare il clinico e il ricercatore verso il trattamento più efficace e essere in grado di fornirgli un linguaggio comune agli altri professionisti sanitari, attraverso il quale possa comunicare con loro e possa valutare in modo oggettivo (e quindi valido a fini di ricerca, nonché legali e assicurativi) i suoi pazienti. Il DSM individua i criteri diagnostici operativi che definiscono ciascuna sindrome clinica e disturbo di personalità e li conferma mediante *field trials* (ricerche sul campo), miranti a massimizzare l'affidabilità (*reliability*) della diagnosi stessa, che è data dalla concordanza nel giudizio diagnostico tra più operatori indipendenti. I criteri diagnostici operativi sono sia di inclusione che di esclusione, il più possibile oggettivabili e verificabili nonché vicini al senso comune, per rendere più facile la comunicazione tra gli operatori (e così si è perso la raffinatezza e la precisione fenomenica della psicopatologia tradizionale). Essi vogliono dare una descrizione chiara di una serie di sintomi necessari per fare diagnosi, senza entrare nello spinoso problema dell'eziopatogenesi. Infatti il DSM si proclama *descrittivo* e *ateoretico*: onde rendersi accettabile a professionisti di formazione differente, non si pronuncia su quest'ultima, per evitare di fare una scelta di campo tra scuole e teorie concorrenti.

In realtà sotto la dichiarazione di ateoreticità si cela un assunto teorico neokraepeliniano, che i disturbi mentali siano enti di natura individuabili in base al quadro clinico e al decorso-prognosi, di cui si confida di trovare la causa e una specifica terapia. Purtroppo Spitzer e collaboratori si sono dimenticati lo scacco della psichiatria positivista ottocentesca, che nel tentativo di equiparare la malattia mentale a una malattia organica ne ha rimandato all'infinito la dimostrazione di una *noxa* patogena che poi non è stata mai trovata (con l'unica eccezione della paralisi cerebrale).

Il sistema è politetico, tale cioè che per fare diagnosi basta che il soggetto manifesti un sottogruppo di criteri tratto da un elenco, senza che tutti i diversi punti siano presenti, introducendo un principio di pariteticità tra i diversi criteri, che alla lunga determina una eterogeneità dei quadri clinici. Per esempio nel DSM-III la diagnosi di Disturbo di Personalità Schizotipico era affidata a quattro criteri diagnostici su otto, col risultato che due pazienti potevano essere diagnosticati come schizotipici senza avere nessun criterio diagnostico in comune! Nelle versioni successive si ovviò alla incongruità portando i criteri a nove e richiedendone almeno cinque per la diagnosi, quindi alzando la soglia della diagnosi. I sistemi monotetici prevedono che uno o più criteri debbano essere obbligatoriamente presenti per fare diagnosi – ad esempio, la polmonite tubercolare richiede per essere diagnosticata la presenza del bacillo di Koch nell'espettorato – e implicano che le categorie diagnostiche siano patognomoniche, ma le rendono meno attendibili perché l'affidabilità dell'intera diagnosi viene a dipendere da quella del punto meno attendibile. Altra criticità è quella dei casi di comorbidità (un paziente soddisfa i criteri di più diagnosi), che inficia la rappresentatività dell'intero sistema: se un paziente 'appartiene' a ben due entità diagnostiche, o è particolarmente sfortunato, o c'è un vizio di partenza nella formulazione della diagnosi (ad esempio, la distinzione speciosa tra disturbi d'ansia e disturbi dell'umore).

2.1 La rivoluzione mancata del DSM-5

Per metafora, è come se la malattia mentale costituisse una superficie, che le classificazioni categoriali vogliono coprire utilizzando dei cerchi, le diagnosi categoriali. Per quanto sforzo facciano i clinici, ci saranno sempre tra i cerchi degli spazi non riempiti (i disturbi NAS, Non Altrimenti Specificati, categoria dei residui delle altre categorie) e delle sovrapposizioni (le comorbidità). Il terzo punto che evidenzia la fallacia del DSM come sistema diagnostico categoriale è la scarsa affidabilità delle diagnosi dei disturbi in Asse II.

Aragona (2013, 2014) paragona i DSM a un *paradigma* kuhniano, nel senso che vogliono far nascere un nuovo sistema scientifico, seppur nell'ambito ristretto della nosografia psichiatrica, e interpreta il proliferare dei disturbi NAS e della comorbidità come *anomalie* che rappresentano sul piano empirico una ricaduta dei problemi fondamentali che stanno a monte, nel modo in cui è impostato il paradigma. In questo senso l'ultimo DSM, il DSM-5, vorrebbe essere una rivoluzione scientifica, poiché nel tentativo di sanare le problematiche suscitate dalle precedenti edizioni introduce delle novità tali da configurare un cambiamento di paradigma. In primo luogo *l'adozione di un approccio dimensionale per i disturbi di personalità*, e poi scelte metodologiche più generali, quali la soppressione dei cinque assi e la collocazione delle sindromi cliniche e dei disturbi di personalità in un *continuum*. La diagnosi dimensionale risolve il problema della comorbidità, ma l'eterogeneità della diagnosi si sposta alla dimensione. Nel DSM-5 viene inoltre proposto il concetto di spettro, che accorpa diversi disturbi in categorie più ampie in base a somiglianze fenomeniche e a una supposta comune radice eziopatogenetica (lo spettro autistico, lo spettro schizofrenico). Esso riduce la comorbidità ma aumenta il livello di eterogeneità della diagnosi.

In questi drastici cambiamenti la *task force* del DSM-5 ha dovuto ripristinare il vecchio sistema categoriale di classificazione dei disturbi di personalità, relegando il modello dimensionale in una sezione separata. Il DSM-5 mantiene il nucleo dei criteri diagnostici operativi e la definizione delle categorie, ma apre al modello della diagnosi basata sulle disfunzioni cognitive di base, secondo la prospettiva dei *Research Domain Criteria* (RDoC) lanciata negli Stati Uniti da Insel *et al.* (2010) del *National Institute of Mental Health*. Essa considera cinque domini cognitivi di base (sistemi a valenza positiva, negativa, cognitivi, per i processi sociali, di attivazione/regolazione), da studiare a vari livelli e in modo trans-nosografico, fino ad arrivare alla sindrome clinica che determinano. La prospettiva dei RDoC è opposta a quella dei DSM, poiché questi ultimi si basano sulla nosografia descrittiva per risalire all'eziopatogenesi, mentre i RDoC partono dalle disfunzioni cognitive di base e quindi

dall'alterazione dei circuiti dei neurotrasmettitori per giungere alla diagnosi fenomenica. Comunque il DSM-5 segna la fine della dittatura del DSM, le cui prime avvisaglie si colgono dal fatto che già ora gli *editor* delle riviste e i ricercatori si sentono più liberi di impostare la diagnosi in modo rispondente alle proprie esigenze e alle proposte di alternative di classificazione.

3. Modelli dimensionali della diagnosi

Nella diatriba categorie/dimensioni, si è introdotto a un certo punto un nuovo elemento, il prototipo, con la diagnosi prototipica dei disturbi di personalità di Westen et al. (2012), e la creazione della *Shedler-Westen Assessment Procedure* (SWAP), uno strumento di indagine della personalità costruito da Shedler e Westen, successivamente aggiornato come SWAP-200 (vi è la traduzione italiana, Westen, Shedler e Lingiardi, 2003). Con questo strumento diagnostico si tratta di comparare i casi in esame con dei prototipi (*prototype matching*) ricavati dalla ricerca clinica su dei modelli sindromici a struttura dimensionale, basati sull'espressione numerica di costrutti psicologici che invece secondo i DSM non sono misurabili in maniera affidabile (ad esempio i meccanismi di difesa). L'approccio di questi autori propone una filosofia alternativa a quella dei DSM in quanto si basa non sul sistema politetico, ma sull'idea che i disturbi di personalità siano delle configurazioni globali, delle *gestalt* che non sono scomponibili aggiungendo o togliendo uno o più criteri diagnostici (Migone, 2013). La strategia dello smontaggio (*dismantling strategy*) viene criticata in quanto espressione della diagnosi categoriale basata sui criteri politetici, che produce eterogeneità diagnostica, perdita dei casi sottosoglia, comorbidità e la non-categoria dei disturbi non inquadrabili nelle altre categorie, i NAS.

3.1 La valutazione della personalità secondo il metodo di Kernberg

Kernberg ha costruito la sua teoria integrando il modello strutturale delle pulsioni con la teoria delle relazioni oggettuali. In essa, i blocchi da costruzione dello psichismo sono le 'unità di relazioni oggettuali interiorizzate', costituite dalla rappresentazione del Sé, dalla rappresentazione dell'oggetto e dall'affetto che le lega. Le unità di rappresentazione accomunate da uno stesso affetto si uniscono a formare dei sistemi motivazionali complessi di cui i fondamentali sono la libido e l'aggressività (1976). Per i disturbi di personalità Kernberg ha ideato un metodo terapeutico che è una modifica della psicoanalisi classica, prevedendo due modalità diverse a seconda del funzionamento mentale del paziente e della possibilità di sviluppare un *transfert* psicotico (psicoterapia espressiva e supportiva). La valutazione della personalità del paziente viene condotta tramite l'intervista strutturale, in cui si abbina l'esame del comportamento osservabile del paziente con l'esperienza soggettiva del paziente stesso e dello psicoterapeuta – per via della risonanza che questi evoca in lui, il *controtransfert* – in riferimento alle sottostanti strutture psicologiche. Kernberg (1984) ha elaborato un modello nosologico psicoanalitico che integra costrutti categoriali (i disturbi del DSM) e costrutti dimensionali (il grado in cui la vita mentale è pervasa di aggressività e il continuum introversione-estroversione). A livello del comportamento osservabile, la patologia di personalità si può manifestare o attraverso un'inibizione di comportamenti normali o come un'esagerazione di comportamenti incongrui o attraverso l'oscillazione tra comportamenti contraddittori. A livello strutturale, la personalità può essere valutata secondo sette costrutti:

- identità (senso di sé e degli altri coerente e integrato)
- meccanismi di difesa
- esame di realtà
- relazioni oggettuali
- aggressività
- valori morali (grado di integrazione dell'Ideale dell'Io e del Super-Io)
- coping/rigidità

Attraverso tali costrutti è possibile concettualizzare livelli o gradazioni nell'organizzazione della personalità, su uno spettro di gravità crescente dalla normale, alla nevrotica alla borderline. Il modello quindi parte da una descrizione della personalità normale. Rispetto ad essa, la personalità nevrotica presenta un maggior grado di rigidità e uno minore di adattabilità e di coesione. La personalità borderline

non indica per Kernberg uno specifico disturbo, ma un più generale assetto della personalità, meno coerente e integrato e più rigido e disfunzionale rispetto al nevrotico. L'approccio alla valutazione della personalità avviene attraverso l'intervista o colloquio diagnostico strutturale, che focalizza l'attenzione sulla sintomatologia presente e passata, sull'organizzazione di personalità, sulla storia personale e familiare e sulla qualità dell'interazione con il terapeuta *nell'hic et nunc* della seduta. Essa richiede un elevato grado di inferenza per passare dalle informazioni raccolte, e dalle domande da porre, alla conclusione clinica e agli elementi della struttura della personalità; il che significa un buon grado di addestramento dell'osservatore e un buon intuito clinico. Per ovviare a questo, e garantire un maggior grado di affidabilità, è stata sviluppata la *Structured Interview of Personality Organization* (STIPO, Preti et al., 2012), un'intervista semistruutturata ideata sul modello del colloquio diagnostico strutturale di Kernberg, in cui vengono operazionalizzate le dimensioni utili a indagare il livello di organizzazione della personalità dell'individuo. Essa quindi fornisce informazioni sia a livello categoriale che a livello dimensionale e valuta aspetti relativi alla predisposizione alla psicosi. Parte dall'assunto che lo stesso comportamento può assumere diversi significati in diversi pazienti, e pertanto la sola osservazione fenomenologica è insufficiente per la diagnosi, e deve essere accompagnata da informazioni sulla esperienza interiore del paziente.

4. La reazione ai DSM: il PDM (Psychodynamic Diagnostic Manual) delle associazioni psicoanalitiche americane

L'espressione più sistematica della diagnosi dimensionale è il PDM, il manuale diagnostico psicodinamico frutto della collaborazione di diversi psicoterapeuti appartenenti alle più importanti associazioni psicoanalitiche americane. Esso nasce come reazione ai DSM, che secondo gli autori si sono rivelati uno strumento utile per la ricerca empirica, per gli studi epidemiologici e farmacologici, nonché per la creazione di un linguaggio comune tra clinici e ricercatori, ma hanno mostrato le loro carenze nel campo della clinica, laddove si tratta di comprendere la soggettività del paziente, la sua psicopatologia, ma anche le sue risorse, onde fornire aiuto al professionista nella formulazione del caso e nella scelta del trattamento e fare previsioni sull'*outcome* del trattamento. Gli estensori del PDM adottano esplicitamente un approccio psicoanalitico, ma si sono basati anche sulle neuroscienze contemporanee, sulle ricerche sull'esito del trattamento e la valutazione della sua efficacia e su altre indagini di carattere empirico, come la SWAP-200, la STIPO e la scala di Blatt (2004). Quest'ultima è una valutazione della depressione secondo le due dimensioni psicopatologiche fondamentali dell'essere umano, la 'relazionalità' (*relatedness*) e la 'definizione di sé' (*self-definition*), rispettivamente corrispondenti alla personalità 'anaclitica' e 'introiettiva'; esse sono le due principali linee di sviluppo della personalità, che interagirebbero in modo dialettico, cioè influenzandosi reciprocamente.

Il PDM opera una valutazione della personalità globale del paziente secondo un modello dimensionale, attraverso una diagnosi multidimensionale e prototipica anziché categoriale e politetica. Essa si articola su tre assi, ciascuno dei quali indicano una prospettiva osservativa della realtà del paziente, che va integrata con le altre dimensioni per la formulazione della diagnosi.

4.1 L'Asse P: Pattern e disturbi di personalità

Per fare una diagnosi prototipica si individuano dei prototipi, per la precisione quindici, che sono dei veri e propri 'tipi psicologici', ciascuno dei quali esemplifica una certa organizzazione di personalità. Ogni prototipo si colloca lungo un *continuum* che va dalla normalità alla nevrosi al borderline alla psicosi. Le categorie descritte vanno intese come sorte di prototipi utili per rappresentare non solo il funzionamento della personalità disturbata, ma anche quello di una personalità sana. Infatti una descrizione clinica enfatizza nella configurazione di personalità di un individuo dei tratti psicopatologici che però possono rappresentare, se compensati, anche le sue specifiche risorse caratteriali, relazionali, adattative, funzionali al suo benessere.

La personalità va valutata secondo due prospettive: l'organizzazione di personalità e il tipo di configurazione, sana o disturbata. La prima, seguendo il modello di Kernberg (1984), è indirizzata a

individuare tre livelli di organizzazione che, invitando a mettere a fuoco lo sviluppo e l'articolazione delle sue caratteristiche, permettono di comprendere la gravità dei disturbi:

personalità sana, indicante l'assenza di disturbo;

disturbi di personalità di livello nevrotico, caratterizzati da una certa rigidità, per esempio nell'uso ristretto di una particolare gamma di meccanismi di difesa, o da funzionamenti disturbati solo in alcune specifiche aree di funzionamento (sessualità, autonomia, rabbia ecc.);

disturbi di personalità di livello borderline caratterizzati di difficoltà relazionali ricorrenti, incapacità di provare un'intimità profonda e autentica nelle relazioni, sensazioni intense di angoscia e grave depressione, alta vulnerabilità alle dipendenze di vario tipo.

Viene omesso il livello psicotico di organizzazione di personalità. I tre livelli di gravità di funzionamento della persona sono considerati come trasversali a tutti i quindici disturbi di personalità proposti dal manuale. Per collocare un paziente su uno di questi livelli di gravità gli autori propongono la valutazione delle seguenti capacità:

vedere se stessi e gli altri in modi articolati, stabili e precisi (identità);

mantenere relazioni intime, stabili e soddisfacenti (relazioni oggettuali);

fare esperienza dentro di sé, e percepire negli altri, l'intera gamma degli affetti appropriati a una certa età (tolleranza degli affetti);

regolare impulsi e affetti in modi che favoriscono l'adattamento e la soddisfazione, con un ricorso flessibile a difese o strategie di coping (regolazione degli affetti);

funzionare secondo una sensibilità morale coerente e matura (integrazione del Super-io, dell'Io ideale e dell'ideale dell'io);

comprendere, anche se non necessariamente conformarsi a, le nozioni convenzionali di ciò che è realistico (esame di realtà);

rispondere in modo positivo agli stress e riprendersi da eventi dolorosi senza difficoltà eccessive (forza dell'Io e resilienza).

Per alcuni disturbi valgono anche altre dimensioni, come quella anaclitico-introiettiva di Blatt. Per ciascun disturbo di personalità proposto, il PDM offre una descrizione riassuntiva e schematica delle principali caratteristiche, che sono sintetizzate attraverso i sei seguenti aspetti:

- Pattern costituzionali-maturativi;
- Tensione/preoccupazione principale;
- Affetti principali;
- Credenza patogena caratteristica relativa a se stessi;
- Credenza patogena caratteristica relativa alle altre persone;
- Modi principali di difendersi.

Ciascun livello di gravità induce corrispondenti sentimenti controtransferali nel terapeuta, e richiede un determinato tipo di trattamento, che va dalla psicoanalisi tradizionale per il paziente con personalità nevrotica, alla psicoterapia espressiva o supportiva a seconda della gravità per quella borderline.

4.2 L'Asse M e l'Asse S

L'Asse M del PDM (*profilo del funzionamento mentale*) cerca di stabilire il funzionamento mentale attuale del paziente, collocandolo in una scala di otto livelli di gravità, a seconda di come si ritiene che siano le sue capacità mentali, da ottimali e appropriate alla fase a gravemente lacunose. La valutazione, dimensionale, avviene sulla base di nove funzioni psichiche, che sono il frutto dell'elaborazione di concetti psicoanalitici ripresi dalla psicoanalisi classica e dal modello strutturale delle pulsioni, dalla teoria delle relazioni oggettuali, dalla psicologia dell'Io di Hartmann, dall'*infant observation* e dallo studio della regolazione diadica interattiva madre-bambino.

Con l'Asse S (*pattern sintomatici: l'esperienza soggettiva*) il PDM incorpora le sindromi cliniche in Asse I dei DSM antecedenti al quinto, sottolineando che esse non sono meramente categorie descrittive, bensì ipotesi per guidare l'indagine sull'esperienza soggettiva che il p. ha del sintomo, sempre considerata come unica e peculiare, all'interno della sua storia individuale e irripetibile. E infatti il PDM evita l'uso delle iniziali maiuscole e degli acronimi per non ricadere nella reificazione

della malattia mentale. Ma vi è anche un altro messaggio: la malattia mentale come sindrome clinica definita (descritta in Asse I del DSM o come pattern sintomatico nel PDM) non è un ente di natura, ma un epifenomeno, un evento critico risolvibile e transeunte (sincronico) che si sovrappone all'aspetto stabile di personalità che descrive in modo diacronico l'individuo.

5. L'intuizione e il ruolo inconscio del *typus* nell'approccio al paziente

Il PDM, di cui si attende la seconda edizione ha voluto rappresentare una rottura dell'egemonia del DSM e un ripensamento su alcune sue posizioni, soprattutto sui 'sacrifici' concettuali cui esso aveva costretto, in nome della sacralità dei principi dell'attendibilità e dell'ateoreticità, che poggia in realtà sul presupposto della malattia mentale come ente naturale individuale. Visto l'esito insoddisfacente di questa operazione culturale, nei lavori sistematici sorti come reazione al DSM sono stati riesumati, seppur con altra accezione, dei concetti psicoanalitici che la psichiatria descrittivo-nosografica aveva disinvoltamente accantonato. La categoria di nevrosi era stata eliminata dal DSM-III poiché fa riferimento come causa determinante del sintomo ad una precisa ipotesi eziopatogenetica, la teoria psicoanalitica del conflitto intrapsichico tra pulsioni e difesa, e quindi contraddice al principio di ateoreticità. Il concetto è stato reintrodotta però non più con un significato categoriale – la diagnosi di nevrosi – ma come una struttura o organizzazione di personalità che rappresenta un livello di gravità intermedio tra il normale e il borderline nel *continuum* di un prototipo dimensionale. Altro punto critico assunto nel PDM è il termine borderline, inteso non più come specifico disturbo, ma come struttura di personalità seriamente disorganizzata e quindi preso, come il concetto di nevrosi, a designare un livello di gravità del disturbo di personalità stesso.

Normalità, nevrosi e borderline descrivono tre livelli di gravità di un disturbo. Quindi si viene a perdere il confine divisorio tra normalità, patologia lieve e patologia grave. Non vi è più una netta linea spartitoria tra normalità e malattia mentale, e i disturbi psichici del PDM non sono entità di natura nettamente individualizzabili. Piuttosto essi sono dei *typi psicologici*, delle modalità relazionali, esperienziali e comportamentali, delle prospettive sul mondo e su se stessi: per ognuno si definisce una struttura, una configurazione, una gestalt, che attraversa i tre livelli di gravità. E quindi sono anche modalità dell'essere – dell'essere-nel-mondo? – presenti ugualmente nella salute e nella malattia. Anche un individuo normale appartiene a un *typus*, ed è una operazione riduzionista degli psicopatologi dover ricorrere per identificarlo alla caratterizzazione data da un disturbo di personalità. Forse questo è un male necessario, perché ormai siamo così abituati al linguaggio della psicopatologia da non poterne più fare a meno. Senza dimenticare però che una organizzazione di personalità può manifestarsi anche come condizione di normalità o di assenza di malattia! I *typi* sono allora delle forme generali di strutturazione delle esperienze e di implementazione del comportamento, di organizzazione degli affetti, degli impulsi, dei meccanismi di difesa, dei valori morali, degli stili di coping e dei pattern relazionali, che si stendono trasversalmente tra normalità e patologia lieve e grave.

Fare una diagnosi dell'assetto di personalità è un atto intuitivo che ciascun clinico svolge nell'incontro col paziente. La diagnosi gli fornisce una bussola nel corso del trattamento, orientandolo all'inizio sul metodo da adottare, e dandogli successivamente delle informazioni su come il trattamento stesso procede, e dunque se la personalità, per quanto impercettibilmente, si modifica. Dopo la dialettica coscienza/inconscio, pensiero logico-verbale/pensiero immaginale, cervello destro/cervello sinistro, memoria dichiarativa/memoria procedurale, Kahnemann, psicologo israeliano premio Nobel per l'economia, introduce nel processo decisionale la distinzione tra sistema di pensiero veloce e sistema di pensiero lento. Il sistema di pensiero veloce (sistema 1) opera in fretta e automaticamente, con poco o nessuno sforzo e nessun senso di controllo volontario. Il sistema di pensiero lento (sistema 2) indirizza l'attenzione verso attività mentali impegnative che richiedono focalizzazione, come i calcoli complessi; le sue operazioni sono spesso associate all'esperienza soggettiva dell'azione, della scelta e della concentrazione. Il sistema 1 funziona in maniera rapida e automatica, mentre il sistema 2 è di norma in una comoda e 'pigra' modalità basale di minimo sforzo in cui solo una piccola percentuale della sua capacità viene utilizzata, ma può venire mobilitato dagli spunti che il sistema 1 produce per

lui (impressioni, sensazioni, intenzioni, intuizioni), e che in seguito alla collaborazione dei due sistemi diventano credenze, atteggiamenti, motivazioni. Il sistema 1 è programmato dal sistema 2 a mobilitare l'attenzione quando viene individuato un particolare schema (ricerca), in tal caso crea un modello coerente di idee attivato nella memoria associativa. Il sistema 1 rappresenta le categorie come norme ed esemplari prototipici, e, se sono sociali, come stereotipi.

Quando ci avviciniamo a un problema, il sistema 1 entra in funzione per primo. Esso lavora per gestalt o per prototipi che rappresentano un primo approccio al problema, mobilitando successivamente il lento e pigro sistema 2. L'intuizione consiste nel fatto che una situazione reale fornisce un input, questo mobilita un pool di informazioni immagazzinate nella memoria e la congerie di informazioni fornisce la risposta, attraverso un processo di sintesi che avviene al di sotto della soglia della coscienza. Poi il sistema 2 corrobora questa prima gestalt richiamando alla coscienza i dati conoscitivi attinenti in suo possesso. Quando ci avviciniamo a un paziente, il suo comportamento e il resoconto della sua esperienza mobilitano in noi una gestalt di informazioni che ce lo fanno inquadrare come un *typus*, che può essere validato o meno nel confronto con i modelli interpretativi del nostro bagaglio culturale. Che ne siamo consapevoli o meno, tutti svolgiamo queste operazioni mentali nell'incontro col paziente. Tanto vale, quindi, esserne consapevoli e dirigerle con un appropriato strumentario diagnostico.

Appendice

Tavola delle corrispondenze tra DSM (disturbi di personalità in Asse II), SWAP-200 e PDM (Asse P):

DSM	SWAP-II	PDM
DP Schizoide DP Schizotipico	DP schizoide-schizotipico	DP schizoide
DP Paranoide	DP paranoide	DP paranoide
DP Antisociale	DP antisociale-psicopatico	DP antisociale (psicopatico) aggressivo DP antisociale (p.) passivo- parassitario
DP Borderline	DP borderline-disregolato	
DP Istrionico	DP isterico-istrionico	DP isterico (istrionico) inibito DP isterico (i.) espansivo-esuberante
DP Narcisistico	DP narcisistico	DP narcisistico arrogante-pretenzioso DP narcisistico depresso-svuotato
		DP sadico DP sado-masochista
		DP masochista (autofrustrante) morale DP masochista (a.f.) relazionale
	DP depressivo	DP depressivo introiettivo DP depressivo anaclitico
		DP ipertimico-ipomaniacale
DP Dipendente	DP dipendente-vittimizzato	DP dipendente diretto DP passivo-aggressivo DP dipendente contro dipendente
DP Evitante	DP ansioso-evitante	DP fobico-evitante DP fobico-evitante contro fobico
		DP ansioso
		DP somatizzante
DP Ossessivo-compulsivo	DP ossessivo	DP ossessivo DP compulsivo
		DP dissociativo dell'identità DP dissociativo di personalità multipla

Bibliografia

- American Psychiatric Association (a cura di) (2013), *Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders*, Fifth Edition, DSM-V. Trad. It. Biondi M. (a cura di), *Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali*, quinta edizione, DSM-V. Milano: Raffaello Cortina, 2014.
- Aragona M. (2013), *Il DSM-5: un 'ponte' che reggerà?* *Psychomedia Telematic Review*, Edizione su Internet: www.psychomedia.it/pm/modpsy/psydiag/aragona.htm.
- Aragona M. (2014), *Oltre l'attuale crisi della nosografia psichiatrica: uno sguardo al futuro*, *Atque*, Nuova serie, 15, 35-54.
- Baldassarri S., Pacciardi B. e Mauri M. (2008), *La valutazione del disturbo di personalità*. POL.IT, Psychiatry on line Italia. Edizione su Internet: <http://www.psychiatryonline.it/node/3688>.
- Blatt S. J. (2004), *Experiences of Depression: Theoretical, Clinical and Research Perspectives*, Washington D.C.: American Psychological Association.
- Jung C. G. (1921), *Psychologiste Typen*, Trad. it. *Tipi psicologici*, in «Opere», vol. 6., Boringhieri, Torino 1969.
- Kahnemann D. (2011), *Thinking fast and slow*, Trad. it. *Pensieri lenti e veloci*, Mondadori, Milano 2012.
- Kernberg O. (1976), *Object Relations Theory and Clinical Psychoanalysis*, Trad. it. *Teoria della relazione oggettuale e clinica psicoanalitica*, Boringhieri, Torino 1980.
- Kernberg O. (1984), *Severe Personality Disorders*, Trad. it. *Disturbi gravi della personalità*, Boringhieri, Torino 1987.
- Insel T., Cuthbert B., Garvey M., Heinssen R., Pine D.S., Quinn K., Sanislow C. e Wang P. (2010), *Research Domain Criteria (RDoC): toward a new classification framework for research on mental disorders*, «*American Journal of Psychiatry*», 167, 748-751.
- Migone P. (2009), *Un panorama sui principali modelli dimensionali della personalità*, «*Il Ruolo terapeutico*», 111, 43-59. Edizione su Internet: <http://www.psychomedia.it/pm/modther/probpsiter/ruoloter/rt111-09.htm>
- Migone P. (2013), *Riflessioni sul DSM-5*, Edizione su Internet: www.osservatoriopsicologia.com/riflessioni-sul-dsm-5-paolo-migone/
- PDM Task Force (2006), *Psychodynamic Diagnostic Manual (PDM)*, Silver Spring, MD: Alliance of Psychoanalytic Organizations, Trad. it. Lingiardi V., Del Corno F. (a cura di) *PDM. Manuale Diagnostico Psicodinamico*, Raffaello Cortina, Milano 2008.
- Preti E., Sarno I., Prunas A., Madeddu F. (2012), *La structured interview of personality organization (STIPO). La valutazione della personalità secondo il modello di Otto Kernberg*, in *Rivista di «Psichiatria e Psicoterapia»*, 31, 3, 148-169. Edizione su Internet: http://www.fioriti.it/riviste/pdf/1/PP_Preti.pdf.
- Trevi M. (1987), *Per uno junghismo critico*, Bompiani, Milano.
- Westen D., Shedler J., Lingiardi V. (2003), *La valutazione della personalità con la SWAP-200*, Con allegato CD-ROM, Raffaello Cortina, Milano.
- Westen D., Shedler J., Bradley B., DeFife J. A. (2012), *Una tassonomia delle diagnosi di personalità derivata empiricamente: colmare il divario tra scienza e clinica nella concettualizzazione della personalità*, in «*Psicoterapia e Scienze Umane*», XLVI, 2, 321-358. Edizione su Internet: http://www.jareddefife.com/Publications/Peer-review%20Journal/2012_PSU_ItalianReprint_Westen-DxSWAP_327-358.pdf.