

M. Poglio, L. Giacchero, D. Parafioriti

“Presentazione sintetica del PDM e dei disturbi di personalità”

E' importante sottolineare fin da subito che il presente lavoro di sintesi si riferisce in particolare all'asse P del manuale, dedicato ai disturbi di personalità, e non prende in considerazione il testo nella sua interezza, in particolare le parti relative all'infanzia e all'adolescenza.

La linea teorica alla base del manuale riprende, per approcciare la questione dei disturbi di personalità, le teorie di O. Kernberg.

O. Kernberg già negli anni ottanta sviluppò un sistema di classificazione delle organizzazioni (non dei disturbi) di personalità che integrava la procedura diagnostica strutturale tipicamente psicoanalitica con la nosografia della psichiatria descrittiva.

La diagnosi strutturale di Kernberg si propone di ricondurre il funzionamento complessivo dei diversi pazienti a tre grandi organizzazioni o strutture di personalità:

- psicotica
- borderline
- nevrotica

sulla base di tre criteri inferenziali:

- diffusione/integrazione dell'identità; -
- livello di maturità dei meccanismi di difesa;
- tenuta dell'esame di realtà.

Che cos'è il PDM?

Il PDM è un manuale diagnostico che concepisce la diagnosi in senso *dimensionale* ed è volto a comprendere la singolarità del paziente, la sua soggettività individuale, la sua psicopatologia ma anche le sue risorse. (cfr. *L'integrazione clinica di psicopatologia, diagnosi e psicoterapia: Il nuovo Manuale Diagnostico Psicodinamico (PDM)* di Cesare Albasi e Claudia Lasorsa).

Gli obiettivi del PDM sono quelli di pervenire ad una diagnosi clinica che permetta di raggiungere una comprensione del funzionamento globale dell'individuo, alla formulazione dei casi e alla progettazione degli interventi psicoterapeutici.

Mentre il DSM si presenta come una tassonomia di patologie o di disturbi psichici, il PDM si propone di compiere una sorta di “tassonomia di persone”, è, cioè, orientato alla comprensione del funzionamento del singolo individuo.

Il PDM si propone come guida per identificare i criteri per orientare il clinico nella collocazione del singolo soggetto a un certo livello di funzionamento (sano, nevrotico, borderline) in base a specifiche dimensioni che funzionano come indicatori e non categorie. Il manuale, inoltre, si colloca esplicitamente all'interno della cornice teorica psicoanalitica con l'intento di attribuire significati ai fenomeni osservati e descritti dopo averli identificati e formulati.

Com'è organizzato il PDM?

Il PDM è organizzato in tre assi:

- Asse **P** per la valutazione dei pattern e dei disturbi di personalità
- Asse **M** per la valutazione del funzionamento mentale;
- Asse **S** per la valutazione dell'esperienza soggettiva dei pattern sintomatici dei vari disturbi clinici.

Nonostante l'apparente somiglianza della struttura “multiassiale”, i tre assi del PDM non hanno concettualmente nulla a che vedere con quelli del DSM, in quanto non sono da intendere e applicare nel ragionamento clinico in modo categoriale e nosografico bensì dimensionale.

Per asse, infatti, si intende un vertice osservativo che va sempre integrato con le altre dimensioni per la formulazione clinica della diagnosi. Viene, così, favorita sia la molteplicità di sguardi sia l'integrazione degli stessi come due momenti necessari per il ragionamento clinico, l'osservazione diagnostica e l'indicazione di trattamento.

I pattern e i disturbi di personalità dell'asse P, la prima dimensione da valutare con pazienti adulti, sono collocati lungo un continuum di organizzazioni della personalità che segue il modello di Kernberg e va dall'organizzazione sana a quella borderline passando per quella nevrotica.

Qui di seguito proponiamo i diversi tipi di personalità che il PDM isola e che si sovrappongono in parte con l'asse II del DSM e sono spesso suddivisi in sottotipi:

- disturbi schizoidi, paranoidei, psicopatici (parassitari o aggressivi),
- disturbi narcisistici (arroganti o depressi),
- disturbi sadici (o con manifestazioni intermedie, sadomasochistici),
- disturbi masochistici (masochismo morale o relazionale),
- disturbi depressivi (introiettivi, anaclitici, nelle loro manifestazioni opposte, ipomaniacali)
- disturbi somatizzanti
- disturbi dipendenti (passivi aggressivi o, nelle loro manifestazioni opposte, contro-dipendenti)
- disturbi fobici (o contro-fobici)
- disturbi ansiosi
- disturbi ossessivo-compulsivi (ossessivi o compulsivi)
- disturbi isterici (inibiti o espansivi)
- disturbi dissociativi e misti.

Di ogni disturbo viene presentata una descrizione generale, sono chiarite le implicazioni terapeutiche (anche in termini di pattern transferali e controtransferali prevalenti), descritti i pattern costituzionali e maturativi, isolata la tensione/preoccupazione principale, descritti gli affetti principali e le credenze patologiche caratteristiche, relative a se stessi e agli altri, ed evidenziati i meccanismi di difesa tipici.

Il DSM è un esempio di diagnosi multiassiale categoriale e politetica: le sindromi sono intese come

categorie presenti/assenti, reciprocamente indipendenti e definite da un numero minimo di criteri. La valutazione PDM può essere, invece, considerata multiassiale, multidimensionale e prototipica quando **cerca di prendere in considerazione sia le sindromi cliniche, sia l'esperienza soggettiva del paziente. Tende, difatti, a definire il profilo globale del funzionamento mentale e le sue singole funzioni, lo stile di personalità, con le sue basi strutturali e la sua funzionalità globale nel contesto di vita del soggetto.**

P. 15: Disturbi di personalità di livello nevrotico

- Disturbi di personalità di tipo isterico
- “ “ ossessivo-compulsivo
- “ “ depressivo-masochistico

P. 16: Disturbo di personalità di livello borderline

- Disturbi schizoidi di personalità
- Disturbi paranoici di personalità
- Disturbi psicopatici (antisociali) di personalità ecc. ecc. (vedi a pag. 25)

La descrizione psicopatologica del PDM; viene sintetizzata nei seguenti indicatori:

- Pattern costituzionali-maturativi
- tensione/preoccupazione principale
- affetti principali
- credenza patogena caratteristica relativa a se stessi
- credenza patogena caratteristica relativa alle altre persone
- modo principali di difendersi.

Nel PDM nell'asse P (confrontandolo con l'asse II del DSM) vengono inserite le personalità depressive, masochistiche, sadiche e introdotte in modo innovativo le personalità dissociative, somatizzanti, ansiose; mentre non vengono considerate quelle schizotipiche e, soprattutto, non tratta il borderline come un semplice disturbo ma come un range di organizzazione della personalità. Nella descrizione della personalità schizoide vengono descritte le possibili articolate fantasie che il paziente vive; il narcisismo viene colto anche nella sua dimensione depressiva di svuotamento interno e vergogna [...] alcuni disturbi che il DSM colloca sull'Asse I (come il disturbo di ansia generalizzato, di somatizzazione, dissociativo dell'identità) sono concepiti come caratteristiche di personalità. Nel PDM tra l'altro il disturbo dissociativo dell'identità, come viene definito nel DSM, viene nominato: disturbo dissociativo della personalità e non rientra come nel primo caso nei disturbi d'ansia bensì nei disturbi di personalità.

L'asse P: Pattern e disturbi di personalità

Gli autori del PDM scelgono di inserire per primo questo Asse nella sezione degli adulti [...] considerando [...] la personalità come il contesto per comprendere il significato dei sintomi presentati.

Questa prima dimensione prende in considerazione due aree: 1) la posizione generale della persona su un continuum che va da un funzionamento più sano ad uno più disturbato e 2) la natura dei modi caratteristici di organizzazione del funzionamento mentale.

Definizione che viene data di personalità nel primo paragrafo del capitolo sull'asse P:

“La personalità è ciò che si è, non ciò che si ha... molti pazienti, nel corso della terapia, finiscono per rendersi conto che quello che stanno cercando di cambiare è strettamente legato a ciò che essi stessi sono... I problemi psicologici, spesso intrecciati in modo complesso con aspetti della personalità, possono essere l'altra faccia dei punti di forza di una persona, e vanno compresi nel contesto dell'individuo nella sua totalità e della sua cultura”

E ancora: “Ai fini del trattamento, comprendere gli individui e il loro sviluppo può essere più importante che comprendere disturbi specifici o padroneggiare determinate tecniche... un terapeuta a orientamento psicodinamico [...] cerca prima di tutto di farsi un'idea della **personalità** del paziente, poi di valutare i suoi punti di forza e di debolezza e il suo funzionamento globale, e solo nel momento in cui si trova all'interno di quel contesto cerca di capire i sintomi” (PDM, p.7)

La personalità va valutata secondo due prospettive:

- l'organizzazione di personalità (secondo il modello di Kernberg, 1984)
 - tipo di configurazione, sana o disturbata
1. “personalità sana” indica l'assenza di disturbo
 2. “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 aree di funzionamento (sessualità, autonomia, rabbia ecc.)
 3. “Disturbi di personalità di livello borderline” caratterizzati da 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 omissa il livello psicotico di organizzazione di personalità preso invece in considerazione dal modello teorico di Kernberg (e anche da Bergeret, 1974), omissione sostenuta da argomenti di tipo clinico ed empirico.

In tre livelli di funzionamento su indicati attraversano trasversalmente tutti e quindici i tipi di disturbi di personalità elencati nel manuale.

Per collocare un paziente su uno di questi livelli di gravità gli autori propongono la valutazione delle seguenti capacità (in cui tra parentesi alla fine di ogni indicatore viene esplicitato il termine in “psicodinamico”):

- 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).