

DSM-5: LO STRANO CASO DEI DISTURBI DI PERSONALITÀ

Fabio Madeddu, Rossella Di Pierro

Introduzione

Si narra come, durante una delle sue numerose inchieste, Sherlock Holmes passeggiasse con il fido Dottor Watson cercando di tessere le fila della situazione; a un certo punto l'investigatore osservò: “...e poi c'è l'abbaire del cane da guardia...”. Watson, stupito, replicò immediatamente: “Ma nessun cane abbaia?”. “Appunto...” concluse – immaginiamo seraficamente – Holmes.

La vicenda relativa all'ascesa e alla repentina caduta delle ipotesi di cambiamento della classificazione dei disturbi di personalità (PDs) nella quinta versione del *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-Fifth Edition* (DSM-5; APA 2013) sembra mostrare, come dato veramente rivelatore, un'assenza. Di fatto, la mancanza di reali interventi su una delle aree più controverse, complesse e discusse della psichiatria moderna appare senza dubbio di grande interesse soprattutto se si considerano i notevolissimi sforzi compiuti da un gruppo di lavoro composto da numerosi studiosi di alto profilo e provenienti dalle diverse anime che contribuiscono allo studio di quest'area (Skodol et al. 2011a, Livesley 2010).

Da molto tempo, infatti, aldilà delle diverse opinioni in merito, era chiara la generale insoddisfazione – clinica e di ricerca – rispetto alla classificazione dei PDs promulgata nelle diverse edizioni del DSM (**tabella 1**). I disturbi di personalità, così come li conosciamo oggi, compaiono per la prima volta nel DSM-III (APA 1980), e da allora le classificazioni proposte di volta in volta nelle successive versioni del manuale (APA 1952, 1968, 1980, 1987, 1994, 2000, 2012) sembrano non aver apportato sostanziali modifiche all'iniziale impostazione. È proprio nel DSM-III (APA 1980) che si precisa un'idea di patologie di personalità di lungo periodo, ad esordio tardo-adolescenziale e differenziabili da malattie con aspetti più eclatanti. Vengono, inoltre, per la prima volta introdotti criteri categoriali e il carattere di politeticità almeno per alcuni dei disturbi elencati (le diagnosi diventeranno interamente politetiche solo nel DSM-III-R; APA 1987). Così scrivono Krueger et al. (2011): “*Il paradigma del DSM-III fu essenziale in un iniziale zeitgeist in cui era importante mostrare che le diagnosi dei più importanti disturbi mentali potevano essere rese in modo affidabile. L'area (della patologia di personalità) fu galvanizzata dal riconoscimento (di veri e propri Disturbi di Personalità) nel DSM III, così che i PDs sono ora riconosciuti da tutti come una seria forma di psicopatologia con considerevoli conseguenze sulla salute pubblica*”.

SOTTOMESSO NOVEMBRE 2013, ACCETTATO MAGGIO 2014

Tabella 1. Classificazione dei Disturbi di Personalità all'interno delle diverse versioni del DSM (1952-2000)

| DSM-I | DSM-II | DSM-III DSM-III-R | DSM-IV DSM-IV-TR |
|-------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|-------------------------------------------------------|
| TIPI PERSONOLOGICI | PATTERN MALADATTIVO DI COMPORTAMENTI | CLUSTER A | CLUSTER A |
| Inadeguato | Inadeguato | | |
| Paranoide | Paranoide | Paranoide | Paranoide |
| Ciclotimico | Ciclotimico | Ciclotimico** | Ciclotimico** |
| Schizoide | Schizoide | Schizoide | Schizoide |
| | | Schizotipico | Schizotipico |
| DISTURBI DI TRATTO DI PERSONALITA' | | CLUSTER C | CLUSTER C |
| Passivo-Aggressivo | Passivo-Aggressivo | Passivo-Aggressivo | * |
| <i>Aggressivo</i> | | | |
| <i>Dipendente</i> | | Dipendente | Dipendente |
| Compulsivo | Ossessivo-Compulsivo | Compulsivo | Ossessivo-Compulsivo |
| | | Evitante | Evitante |
| | | CLUSTER B | CLUSTER B |
| Emotivamente instabile | Isterico | Istrionico | Istrionico |
| DISTURBO SOCIOPATICO | | | |
| <i>Reazione Antisociale</i> | Antisociale | Antisociale | Antisociale |
| <i>Reazione Dissociale</i> | Dissociale (esplosivo) | Esplosivo Intermittente** | Esplosivo Intermittente** |
| <i>Perversioni sessuali</i> | | Deviazioni Sessuali** | Parafilie** |
| <i>Dipendenza da sostanze</i> | | Disturbo da Uso di Sostanze** | Disturbo da Uso di Sostanze** |
| | Astenico | | |
| | | Borderline | Borderline |
| | | Narcisistico | Narcisistico |
| | SEZ. V DISTURBI DI PERSONALITA' E ALTRI DISTURBI NON PSICOTICI | APPENDICE: Autofrustrante Sadico | APPENDICE: Passivo-Aggressivo Depressivo |

* Inserito in Appendice

** Inserito in Asse I

In questo senso, quindi, la classificazione proposta per il DSM-5 e posta al vaglio dell'American Psychiatric Association (APA) avrebbe potuto rappresentare un tentativo di cambiamento innovativo, dettato dalle maggiori conoscenze cliniche e scientifiche sui PDs accumulate nel corso del tempo. D'altra parte, la necessità di un radicale cambiamento nella classificazione dei disturbi all'interno del manuale non sembrava essere limitata esclusivamente all'area dei disturbi di personalità. Infatti, in accordo con quanto stabilito sin dall'inizio dei lavori dalla Task Force del DSM-5, la nuova versione del manuale non avrebbe previsto una valutazione multiassiale: le informazioni precedentemente contenute in Asse I, II e III sarebbero state incluse in un'unica sezione. Sebbene quest'ultima indicazione alla fine sia stata realizzata, nell'area dei Disturbi di Personalità, invece, la situazione è risultata ben diversa in quanto l'elenco dei disturbi, i cluster e l'impostazione generale è rimasta sostanzialmente inalterata rispetto alla precedente versione del manuale. Infatti, le idee e i modelli innovativi proposti sono stati relegati in una sezione dal destino incerto denominata "*Modelli Alternativi per i Disturbi di Personalità*". Visto il destino che hanno avuto altri tentativi simili nelle precedenti versioni del manuale, come le ipotesi sul Disturbo Depressivo di personalità, è infatti ben difficile credere ad un reale utilizzo di tale sezione "alternativa".

Probabilmente sono stati i troppi motivi e soprattutto le troppe voci che si sono mano a mano costituite "contro" il vecchio modello ad affossare le ipotesi di rinnovamento. Fra i diversi fronti, tutt'altro che coesi, è possibile rintracciare l'area clinica nelle sue sfumature dinamiche, quella più accademica legata alle teorie sui tratti, quella forse più psichiatrica da tempo impegnata a far rientrare alcuni dei principali PDs nell'alveo dei più consistenti correlati disturbi di Asse I. Inoltre è bene ricordare i vantaggi comunicativi di aspetti categoriali, comunque diffusi e più semplici rispetto alla complessità di altre tradizioni. Così, come vedremo, è possibile identificare un tentativo di restituire – nelle ipotesi della Task Force – a ognuna di queste componenti un pezzo di reame: alla scuola clinica l'inevitabile e sensata riscrittura di criteri generali basati sul tema cruciale del disagio nell'immagine del sé e dei temi interpersonali; ai cultori dei tratti la faticosa mediazione operata fra modelli a volte simili ma con differenze cruciali e significative; infine probabilmente all'anima psichiatrica la sopravvivenza di solo alcuni tra i disturbi inclusi nella precedente versione del DSM. Inoltre compariva anche il tentativo, clinicamente ed empiricamente orientato, di far emergere descrizioni prototipiche dei disturbi. In altri termini, se le varie componenti sembravano in accordo su cosa non andava della vecchia impostazione, grandi dissonanze sono mano a mano emerse su come trovare una nuova strada da percorrere.

Come ben espresso da Migone (2013), la letteratura critica sul DSM-5 è sterminata e quindi pressoché impossibile da citare interamente. Per questo motivo, il presente articolo vuole ripercorrere i principali temi di discussione che si sono sviluppati nel corso del processo di revisione dei PDs per il DSM-5, senza avere la pretesa di fornire un resoconto completo di ciò che è accaduto in questi ultimi anni all'interno della comunità scientifica internazionale. Appare di grande interesse, infatti, analizzare il processo di elaborazione della proposta avanzata dal gruppo di lavoro e le critiche che sin da subito ad essa sono state mosse, al fine di chiarire le motivazioni che potrebbero aver giustificato la decisione finale dell'APA di rigettare tale modello e di mantenere la classificazione del DSM-IV-TR (APA 2000), nonostante i suoi evidenti limiti empirici e clinici. Di fatto, cercare di raccontare una vicenda comunque estremamente rilevante

nel campo sia della definizione psicopatologica in sé sia delle diatribe più o meno scientifiche che hanno ruotato intorno ad essa, permette di percorrere lo stato dell'arte sulle conoscenze specifiche connesse ai PDs e di comprendere alcune delle implicazioni socio-politiche implicite in molte discussioni inerenti.

1. I limiti del DSM-IV-TR

La ricerca empirica degli ultimi decenni ha evidenziato sempre più chiaramente i limiti impliciti nella classificazione dei PDs proposta dal DSM-IV-TR (APA 2000; Emmelkamp e Power 2012). Come chiaramente espresso da Shelder e Westen (2004), un sistema diagnostico valido dovrebbe assolvere a tre principali funzioni: “(a) *dovrebbe consentire a clinici indipendenti di giungere alla medesima diagnosi di un paziente; (b) le diagnosi dovrebbero essere relativamente distinte le une dalle altre; (c) ciascuna diagnosi dovrebbe essere associata a fattori correlati, antecedenti e conseguenti unici e teoricamente fondati*”. In questo senso, le ricerche prodotte a partire dagli anni '80 avevano complessivamente evidenziato che le classificazioni dei disturbi di personalità nelle ultime versioni del DSM non erano in grado di assolvere in modo esaustivo a nessuno di tali criteri (Emmelkamp e Kamphuis 2007). Numerose ricerche avevano suggerito come il principale elemento di critica fosse rivolto all'adozione di un approccio “*top-down*”, ovvero basato sull'assunto per cui esisterebbe un numero limitato di tipologie di personalità, ognuna delle quali specificata da caratteristiche distintive (Kendler 2009). Da un punto di vista empirico, ciò non fu mai verificato (Eaton et al. 2011, McCrae et al. 2006); al contrario, la personalità sembrava variare lungo un continuum che univa manifestazioni sane e patologiche di tratti di personalità comuni al genere umano, dalla cui interazione prendeva forma la specifica struttura di personalità dell'individuo, e quindi anche le sue forme patologiche (McCrae e Costa 1997).

Accanto a questo importante limite di base, esistono ulteriori elementi che sembravano inficiare la validità clinica ed empirica della classificazione dei PDs nel DSM-IV-TR (APA 2000). Una sintesi dei principali limiti evidenziati nel corso del tempo viene riportata nella **tabella 2**. In primo luogo, la definizione generale di PD mancava di sostegno empirico e risultava estremamente vaga e scarsamente informativa rispetto agli elementi che accomunano i diversi quadri psicopatologici (Skodol et al. 2011b, Verheul 2012). Un ulteriore limite coincideva con l'eccessiva co-occorrenza tra le diagnosi. Diverse ricerche avevano evidenziato che i disturbi di personalità possiedono ampie aree di sovrapposizione che portano ad un elevato tasso di comorbidità (Clark 2007, Zimmerman et al. 2005, Trull e Durrett 2005, Dolan-Sewell et al. 2001): molti pazienti, infatti, risultano soddisfare i criteri per più di un disturbo (Grant et al. 2005, Zimmerman et al. 2005). L'assenza di un chiaro quadro fenomenologico che fosse in grado di caratterizzare ciascun disturbo, inoltre, sembrava rendere conto anche della estrema eterogeneità che poteva essere riscontrata tra pazienti con medesima diagnosi. È il caso ad esempio del disturbo borderline di personalità che poteva presentarsi in circa 256 modi differenti (Johansen et al. 2004). Da qui sarebbe derivata, quindi, la scarsa validità strutturale delle diagnosi dei disturbi di personalità (Austin e Deary 2000, Ekselius et al. 1994), e la difficoltà clinica di

Tabella 2. DSM-IV-TR: i principali limiti del sistema diagnostico promosso dall'APA

-
1. Definizione generale vaga e priva di sostegno empirico
 2. Eccessiva co-occorrenza dei disturbi
 3. Eterogeneità clinica tra pazienti con medesima diagnosi
 4. Soglie dei criteri arbitrarie e non empiricamente fondate
 5. Pretesa stabilità temporale delle diagnosi non supportata empiricamente
 6. Bassa rilevanza clinica
-

pianificare trattamenti adeguati per pazienti con medesima diagnosi. Inoltre, le soglie che consentivano di diagnosticare la presenza di un disturbo sembravano non essere supportate empiricamente (Kamphuis e Noordhof 2009). Ancora, esse non sembravano neanche essere in grado di fornire indici di severità del quadro clinico manifestato (Morey et al. 2011, Verheul et al. 2008). Tutto ciò appariva quanto mai anacronistico se si considera la generale tendenza riscontrata nella moderna medicina, sempre più attenta al livello di severità dei sintomi nella determinazione di una condizione di patologia.

Per quanto concerne la stabilità del quadro clinico, elemento essenziale per la diagnosi di PD, la ricerca empirica aveva chiaramente mostrato che le diagnosi di disturbo di personalità erano fortemente instabili (Trull e Durrett 2005, Grilo et al. 2004), come riportato dai bassi livelli di affidabilità test-retest delle diagnosi ottenute mediante interviste strutturate (Chmielewski e Watson 2009, Zimmerman 1994). Ciò non valeva, invece, per i tratti di personalità e per il tipo di compromissione del funzionamento, elementi che sembravano mostrare una relativa stabilità nel tempo (Roberts e Del Vecchio 2000, Gunderson et al. 2011, Skodol et al. 2005). Diverse ricerche (McGlashan et al. 2005, Sanislow e McGlashan 1998, Zanarini et al. 2003), infatti, avevano evidenziato la necessità di distinguere all'interno dei diversi disturbi di personalità l'esistenza di criteri di tratto (più stabili nel tempo) e criteri di stato (sottoposti a maggior remissione o cambiamento), elementi che non erano mai stati definiti e distinti all'interno del DSM. Infine, la classificazione proposta dal DSM-IV-TR (APA 2000) appariva eccessivamente rigida ed incapace di rendere conto della complessità dei disturbi di personalità (Verheul 2012). Il tentativo di includere gli individui all'interno di una delle 10 categorie di disturbi compresi nel secondo Asse non sembrava dunque essere empiricamente fondata né clinicamente significativa, anche perché non consentiva di individuare le risorse dei pazienti intese come elementi importanti ai fini del trattamento (Widiger et al. 2005, Livesley 2011).

Alla luce di quanto descritto, gli esperti nominati dalla Task Force del DSM-5 come membri del gruppo di lavoro sui PDs hanno sin da subito espresso la necessità di superare i limiti concettuali ed empirici del DSM-IV-TR (APA 2000), muovendosi verso modelli misti che tenessero conto dei dati relativi all'area legata a tratti e dimensioni di personalità, ma anche alla facilità comunicativa propria di impostazioni con aspetti categoriali.

2. La proposta di classificazione dei PDs per il DSM-5: il modello ibrido

Nel Febbraio 2011 il gruppo di lavoro sui disturbi di personalità ha ufficializzato una prima proposta di classificazione per il DSM-5, successivamente rivista nel mese di Giugno dello stesso anno sulla base delle numerose critiche sollevate da illustri esperti clinici e ricercatori.

L'intento generale perseguito del gruppo di lavoro sui PDs a partire dalla proposta di Febbraio 2011, è consistito nella promulgazione di un modello di classificazione "ibrido", ovvero basato su una valutazione della personalità che combinasse elementi dimensionali e categoriali (Krueger e Eaton 2010). Come evidenziato da numerosi studi (Morey e Zanarini 2000, Morey et al. 2007, Hopwood e Zanarini 2010, Morey et al. 2012), infatti, considerare contestualmente i tratti di personalità che caratterizzano il paziente, la severità del suo funzionamento e l'eventuale presenza di un disturbo consentirebbe di predire con maggiore affidabilità i fattori antecedenti (es. storia familiare, passate esperienze di abuso), la condizione clinica attuale (es. compromissione del funzionamento, utilizzo di farmaci), e alcune variabili di outcome (es. ospedalizzazione, tentativi di suicidio). Tale modello, quindi, avrebbe avuto una maggiore utilità clinica e validità empirica rispetto al modello passato (APA 2000).

2.1 Una nuova concettualizzazione di personalità patologica: revisione dei criteri generali

Il primo obiettivo posto dal gruppo di lavoro era coinciso con la necessità di trovare una definizione clinicamente significativa ed empiricamente fondata al concetto di Disturbo di Personalità. La ricerca empirica, come detto, aveva da lungo tempo sottolineato l'inadeguatezza della definizione generale di PD riportata dal DSM-IV-TR, ovvero un "modello abituale di esperienza interiore e comportamento che devia marcatamente rispetto alle aspettative della cultura dell'individuo" (APA 2000), la quale sembrava essere stata introdotta senza alcuna giustificazione teorica o empirica. Tale definizione, infatti, appariva estremamente vaga e di conseguenza vi era la necessità di disporre di una definizione più puntuale.

La proposta di classificazione elaborata per il DSM-5 enfatizzava la centralità del funzionamento del sé e interpersonale nella definizione generale di Disturbo di Personalità (**tabella 3**). Coerentemente con la letteratura empirica e clinica, i soggetti con disturbo di personalità si caratterizzano per la presenza di una visione di sé e dell'altro mal adattiva e distorta (Bender et al. 2011, Morey et al. 2011). Infatti, numerose teorie di orientamenti diversi (cognitivo-comportamentale, interpersonale, psicodinamico) hanno messo in luce il ruolo chiave che un maladattivo funzionamento del sé e interpersonale hanno nella determinazione di un quadro patologico di personalità, ruolo confermato anche dalle ricerche di validazione delle medesime teorie e dei modelli di intervento ad esse ispirati (Clarkin e Huprich 2011, Luyten e Blatt 2011, Pincus 2011). Ancora, ricerche empiriche hanno dimostrato che variabili legate alla misurazione di tale funzionamento sembrerebbero avere un importante potere predittivo sull'andamento del trattamento e sull'outcome (Bender et al. 2011).

Tabella 3. Criteri diagnostici generali del Disturbo di Personalità secondo la classificazione proposta per il DSM-5 (APA 2013)

La caratteristica essenziale di un disturbo di personalità sono le compromissioni del funzionamento di personalità (area del sé e interpersonale) e la presenza di tratti di personalità patologici. Per diagnosticare un disturbo di personalità, devono essere soddisfatti i seguenti criteri:

A. Compromissioni significative nel funzionamento del sé (identità o autodirezionalità) e nel funzionamento interpersonale (empatia o intimità)

B. Uno o più domini di personalità o tratti specifici patologici

C. Le compromissioni nel funzionamento di personalità e nell'espressione di un tratto di personalità dell'individuo sono relativamente stabili nel tempo e coerente nelle diverse situazioni

D. Le compromissioni nel funzionamento di personalità e nell'espressione di un tratto di personalità dell'individuo non sono meglio compresi come normativi sulla base della fase di sviluppo dell'individuo o del suo ambiente socio-culturale

E. Le compromissioni nel funzionamento di personalità e nell'espressione di un tratto di personalità dell'individuo non sono dovuti esclusivamente agli effetti fisiologici diretti di una sostanza (es. una sostanza di abuso, farmaco) oppure di una condizione medica generale (es. grave trauma cranico)

In particolare, nella classificazione proposta dal gruppo di lavoro per il DSM-5 il funzionamento del sé veniva declinato nelle componenti di identità e autodirezionalità; il funzionamento interpersonale, invece, faceva riferimento alla capacità empatica e di costruzione e mantenimento di legami intimi con le persone significative (**tabella 4**). Come rilevato da una recente review e da analisi secondarie (Bender et al. 2011, Morey et al. 2011), infatti erano proprio queste le componenti centrali delle distorsioni nell'immagine di sé e dell'altro tipiche dei disturbi di personalità. È inoltre da notare come i temi inclusi nella definizione di disturbo di personalità, ovvero l'attenzione posta alla rappresentazione di sé e degli altri nonché alla qualità

Tabella 4. Dimensioni del funzionamento del Sé e del funzionamento interpersonale

| FUNZIONAMENTO DEL SÉ | FUNZIONAMENTO INTERPERSONALE |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>Identità:</p> <ul style="list-style-type: none"> - esperienza di sé come soggetti unici e dotati di confini definiti - autostima stabile - accuratezza nella capacità di auto-valutazione - capacità di regolazione delle emozioni | <p>Empatia:</p> <ul style="list-style-type: none"> - comprensione delle esperienze e motivazioni altrui - capacità di tollerare punti di vista differenti - comprensione degli effetti che i propri comportamenti hanno sugli altri |
| <p>Autodirezionalità:</p> <ul style="list-style-type: none"> - capacità di perseguire obiettivi a breve termine e scopi di vita - utilizzo di standard di comportamento interni costruttivi e prosociali - capacità di riflettere su di sé in modo produttivo | <p>Intimità:</p> <ul style="list-style-type: none"> - profondità e durata delle relazioni positive con gli altri - desiderio e capacità di intimità - comportamento interpersonale che rispecchia la capacità di rispetto reciproco |

delle relazioni interpersonali, sembrano rappresentare un tentativo di avvicinarsi ad un approccio più clinicamente orientato, con riferimento a teorie della personalità e della personalità patologica rintracciabili nei lavori di Millon (1990) e Westen (Westen 1995, 1996, 1998), così come nelle teorizzazioni di illustri psicoanalisti quali O. Kernberg (Prete e Madeddu 2012) e Nancy McWilliams (2011).

Considerando i criteri generali per la definizione di PD (**tabella 3**), emergono alcune importanti differenze rispetto alla definizione fornita nel DSM-IV-TR (APA 2000). In primo luogo, veniva evidenziata la necessità di abbandonare l'idea di una stabilità temporale assoluta dei disturbi di personalità in favore del concetto di *stabilità relativa*. I risultati di ricerche condotte su campioni clinici (Zanarini et al. 2010, Zanarini et al. 2012, Gunderson et al. 2011) e non clinici (Johnson et al. 2000, Lenzenweger et al. 2004, Lenzenweger 1999), infatti, hanno messo in luce che i disturbi di personalità si caratterizzano per una tendenza spontanea al miglioramento o, alle volte, alla totale remissione del quadro psicopatologico.

Ancora, a differenza del DSM-IV-TR (APA 2000), nella classificazione proposta per il DSM-5 non compariva il criterio di esclusione “*meglio giustificato come manifestazione o conseguenza di un altro disturbo mentale*” (APA 2000). La scelta di eliminare tale criterio era giustificata, infatti, dalla difficoltà spesso incontrata soprattutto in ambito clinico nel discernere l'impatto che la presenza di un disturbo di Asse I potesse avere nel contribuire alla definizione di un quadro di personalità patologico (Morey et al. 2010, Zimmerman et al. 2005). La relazione tra personalità e psicopatologia, infatti, è estremamente complessa e ancora oggi poco chiara. Spesso, non è possibile discernere gli effetti che i sintomi di un disturbo psicopatologico possono avere sulla manifestazione di tratti di personalità e viceversa. Widiger (2011) sostiene che la relazione tra personalità e psicopatologia possa essere di tre tipi: *patoplastica*, ovvero basata su un'influenza reciproca; *eziologica*, ovvero basata su un effetto di causalità di un elemento sull'altro; ed una cosiddetta “*relazione di spettro*”, ovvero nella quale i PDs possono presentarsi come varianti croniche, pervasive e ad esordio precoce di altri disturbi mentali. In questo senso, quindi, la classificazione del DSM-IV-TR (APA 2000) risulta essere inadeguata. Non sempre, infatti, è possibile comprendere se le manifestazioni proprie di un PD siano la diretta conseguenza della presenza di uno specifico quadro clinico, oppure se le due condizioni siano indipendenti le une dalle altre. In altri termini, la proposta elaborata per il DSM-5 (APA 2013) sembrava prendere atto dallo stato attuale della discussione sulla relazione tra alcuni specifici disturbi di Asse II e disturbi di Asse I, tutt'altro che definita. In generale la grande maggioranza degli studi che hanno cercato di differenziare empiricamente i disturbi di Asse I da quelli di Asse II non ha mai dato risultati definitivi (Krueger 2005), e in tal senso le ipotesi di cui parliamo sembrano limitarsi a prenderne atto. È da notare, in questo senso, che nel DSM-5 (APA 2013) il Disturbo Schizotipico di personalità è stato incluso tra i disturbi dello spettro schizofrenico, nonostante i criteri diagnostici siano presentati all'interno dei disturbi di personalità: in pratica il Disturbo Schizotipico è richiamato come disturbo di spettro ma poi rimandato all'area dei Disturbi di Personalità.

2.2 Componente dimensionale: funzionamento generale e tratti

Uno degli elementi più discussi della classificazione proposta ha coinciso con l'idea di introdurre aspetti dimensionali nella valutazione dei PDs: nel corso degli anni, infatti, molti ricercatori hanno espresso la necessità di elaborare una nuova concettualizzazione dei disturbi di personalità attraverso l'utilizzo di un approccio dimensionale, più solido empiricamente e più adeguato clinicamente (Clark 2007, Trull e Durrett 2005, Widiger et al. 2009, Widiger e Samuel 2005, Livesley et al. 1998, Frances 1993).

In particolare, nel modello ibrido proposto l'approccio dimensionale si declinava nella costruzione di una scala di misurazione del livello di compromissione nel funzionamento della personalità e, su un diverso versante, nell'individuazione e valutazione di specifici tratti di personalità che consentissero di descrivere il tipo di disturbo che caratterizzava l'individuo. In pratica l'ipotesi era di valutare da un punto di vista dimensionale i criteri generali e di aggiungere valutazioni ancora dimensionali anche su tratti specifici del funzionamento personologico.

La scala dei livelli di funzionamento della personalità risultava essere strettamente legata alla definizione generale di PD, in quanto volta alla valutazione del grado di compromissione del funzionamento del sé ed interpersonale. Tale valutazione, infatti, veniva effettuata attraverso una scala a 5 livelli (da 0 "funzionamento sano" a 4 "compromissione estrema"), per ognuno dei quali venivano forniti esempi di funzionamento del sé, declinato nell'area dell'identità e dell'autodirezionalità; e del funzionamento interpersonale, declinato nelle capacità di empatia e di intimità (par. 2.1). L'introduzione di una scala di severità della compromissione clinica rappresentava uno degli elementi più innovativi del modello, e proprio per questo motivo aveva raccolto sin da subito largo consenso nella comunità scientifica internazionale (Shedler et al. 2010, Ronningstam 2011). Essa, infatti, rappresentava lo strumento mediante cui rendere direttamente applicabili i risultati delle ricerche empiriche che avevano sottolineato come la gravità del quadro clinico, ancor più che il tipo di disturbo, avesse un ruolo di predizione del decorso clinico (Pincus 2011). L'introduzione di una simile scala infine, sembrava riflettere ancora una volta un'influenza di stampo psicodinamico. Evidenti, infatti, erano i punti di contatto con l'asse di valutazione dei Livelli di integrazione della struttura di personalità del *Operationalized Psychodynamic Diagnosis* (OPD; OPD Task Force 2001), attraverso cui il clinico può valutare il grado di integrazione della struttura di personalità secondo quattro livelli di compromissione.

Come precedentemente espresso, la seconda componente del modello dimensionale corrispondeva alla valutazione dei tratti di personalità. Recentemente, infatti, si è fatta sempre più strada l'ipotesi secondo cui i disturbi di personalità potrebbero essere concettualizzati come varianti maladattive e/o estreme di tratti di personalità non patologici (Widiger 2011). Diverse ricerche (Samuel e Widiger 2008, Widiger e Trull 2007), infatti, hanno dimostrato una stretta relazione tra i PDs inclusi nel DSM-IV-TR (APA 2000) e il Five Factor Model (FFM; McCrae e Costa 2003). In questo senso, la possibilità di disporre di una classificazione dimensionale dei tratti sembrava poter condurre a numerosi vantaggi, tra cui la possibilità di ottenere informazioni cliniche più utili e complete rispetto a quanto fosse possibile mediante l'approccio categoriale (First 2010, Krueger e Eaton 2010). L'attuazione di un simile cambiamento, però, sebbene condiviso in termini generali, è stato sin da subito oggetto di aspre critiche. Come ampiamente

trattato da Widiger e Simonsen (2005), infatti, oltre al FFM la letteratura empirica sullo studio dei tratti di personalità aveva nel tempo promosso la costruzione di molteplici modelli dimensionali che potevano quindi essere vagliati al fine di individuare i tratti di personalità da includere nel DSM-5. Inoltre, le idee proposte dai diversi componenti del gruppo di lavoro sui PDs erano piuttosto diverse: mentre per alcuni autori era necessario che le dimensioni individuate fossero biologicamente fondate (Livesley 2006), per altri tale possibilità era solamente ipotetica.

Così, fu elaborato il *Pathological Factor Model* (PFM; Krueger e Eaton 2010), un modello dimensionale della personalità patologica caratterizzato dalla presenza di alcuni domini di personalità e relativi tratti specifici valutati mediante l'utilizzo di una scala dimensionale a 4 punti. Il PFM rappresentava un'estensione del *Five Factor Model* (FFM; McCrae e Costa 2003, 2008), tale per cui i domini del primo modello corrispondevano a varianti estreme e patologiche dei domini di personalità descritti dal secondo modello. In particolare, nella prima proposta di classificazione pubblicata sul sito ufficiale del DSM-5, la descrizione dei tratti di personalità consisteva nella valutazione di 6 domini (*affettività negativa, introversione, compulsività, disinibizione, antagonismo e psicoticismo*) declinati in 37 tratti specifici; successivamente, tale numero fu poi ridotto a 5 domini di personalità (*affettività negativa, distacco, antagonismo, disinibizione vs compulsività, psicoticismo*) e 25 tratti specifici sulla base dei risultati delle ricerche condotte per verificare la validità strutturale del modello (**tabella 5**; Krueger et al. 2011, 2012).

Nella prima versione della classificazione (Febbraio 2011) la valutazione dei tratti era stata resa possibile indipendentemente dall'identificazione di un disturbo specifico di personalità (par. 2.3), nella proposta rivista (Giugno 2011) tale valutazione venne invece integrata alla descrizione dei singoli disturbi specifici, al fine di rendere più semplice e lineare il processo diagnostico. Così, per ogni disturbo specifico erano proposti alcuni domini caratteristici da valutare, a cui sarebbe seguita la possibilità, a discrezione del clinico, di analizzare nel dettaglio ogni singolo tratto di personalità rientrante nei domini selezionati. Un simile modello dimensionale, quindi, avrebbe consentito di limitare l'eccessiva comorbilità tra disturbi e l'eterogeneità nelle manifestazioni fenomenologiche del medesimo disturbo, poiché avrebbe permesso di valutare accuratamente le caratteristiche di personalità dell'individuo più che del disturbo in sé. Il modello di classificazione proposto, infatti, sembrava fondarsi in misura maggiore, rispetto alle precedenti edizioni del manuale, sui tratti stabili di personalità piuttosto che sui tratti sintomatici che per loro natura sono meno stabili (McGlashan et al. 2005).

Nonostante la possibilità di adottare un modello dimensionale di valutazione della personalità rappresentasse l'elemento di maggiore innovazione e potenziale utilità clinica dell'intera proposta di classificazione, elemento di rottura con il tradizionale approccio psichiatrico del DSM, il processo di operazionalizzazione delle sue componenti sembrerebbe aver accentrato le maggiori critiche creando importanti disarmonie interne al gruppo di lavoro stesso (par. 3).

Tabella 5. *Il Pathological Factor Model: domini e tratti specifici di Personalità*

| DOMINIO DI PERSONALITÀ | TRATTI SPECIFICI |
|--------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Affettività negativa | Labilità emotiva Ansia Insicurezza alla separazione Perseverazione Arrendevolezza Depressione Sospettosità |
| Distacco | Affettività ristretta Ritiro Anedonia Evitamento dell'intimità |
| Antagonismo | Manipolazione Falsità/scaltrezza Grandiosità Ostilità Ricerca di attenzione Insensibilità verso gli altri |
| Disinibizione vs compulsività | Irresponsabilità Impulsività Distraibilità Propensione al rischio Rigido perfezionismo (mancanza di) |
| Psicoticismo | Credenze ed esperienze inusuali Eccentricità Disregolazione cognitiva e percettiva |

2.3 Componente categoriale

Come detto, all'interno del modello ibrido proposto si era voluto dare spazio anche ad una valutazione di tipo categoriale, ovvero basata sulla presenza/assenza di specifici disturbi di personalità. Si tratta di uno degli elementi cruciali, poiché in tal senso viene a essere mantenuta l'idea dell'esistenza di costrutti non solo, o non del tutto, implicati con gli estremi dei tratti ma anche ipoteticamente riconducibili a diverse concettualizzazioni. Al fine di ottenere una classificazione empiricamente fondata sul versante categoriale, il gruppo di lavoro aveva deciso di mantenere nella nuova versione del manuale solo i disturbi che avevano ricevuto un buon supporto empirico (Krueger e Eaton 2010). In particolare, tutti i disturbi di personalità inclusi nel DSM-IV-TR (APA 2000) erano stati sottoposti a revisione scientifica (Skodol 2012) al fine di individuare quali tra essi soddisfacessero i criteri di utilità clinica e validità discriminante (Kendler et al. 2009). La revisione condotta aveva evidenziato, in accordo con i limiti già citati precedentemente (par.1), che la maggior parte dei disturbi di personalità presentava scarsa

validità discriminante, spiegando quindi il fenomeno dell'eccessiva comorbidità. Nonostante ciò, alcuni disturbi mantenevano una buona validità esterna e utilità clinica. Sulla base di tali indici, nella prima proposta di classificazione furono inclusi solo 5 disturbi di personalità: antisociale, evitante, borderline, ossessivo-compulsivo, e schizotipico. I restanti disturbi sarebbero confluiti nel Disturbo di Personalità Tratto-Specifico (PDTS), un disturbo caratterizzato da un livello di compromissione del funzionamento di personalità da medio a buono, e sarebbero stati sostituiti dalla valutazione dimensionale del profilo di personalità manifestato dal soggetto.

Il modello complessivo ipotizzato conteneva dunque: (a) aspetti generali valutabili in modo dimensionale; (b) 25 tratti raggruppati in 5 domini, anch'essi organizzati in modo dimensionale; (c) specifici disturbi categoriali, correlabili a domini e tratti caratterizzanti.

Su quest'ultimo punto si aprirono subito aspre discussioni. La scelta di eliminare alcuni dei disturbi inclusi nelle precedenti edizioni del DSM, scatenò immediatamente aspre critiche da parte della comunità scientifica internazionale. Le principali accuse rivolte al gruppo di lavoro sui PDs comprendevano un'inadeguata e superficiale revisione della letteratura scientifica, il fatto che i disturbi "sopravvissuti" non sembravano in grado di riflettere l'ampio spettro di personalità patologiche osservabili in ambito clinico, ed il fatto che l'eliminazione di alcuni disturbi non risolveva il problema dell'elevata comorbidità tra i disturbi rimanenti (Pull 2013). In particolare, inoltre, i disturbi "sopravvissuti" non sembravano neanche riflettere stati di maggiore difficoltà psicosociale rispetto ai disturbi che erano stati eliminati (Zimmerman et al. 2012).

Le riserve di maggior rilievo all'interno della comunità scientifica si sono verificate in merito alla decisione di eliminare il disturbo narcisistico di personalità. Secondo alcuni autori, infatti, la scelta di eliminare il disturbo poteva essere imputata alla scarsa attenzione clinica rivolta allo stesso, e alla superficiale e parziale interpretazione delle ricerche empiriche condotte nel corso degli anni (Ronningstam 2011). Ronningstam, infatti, al fine di favorire una reintegrazione del disturbo all'interno della classificazione del DSM-5, aveva condotto una revisione più attenta della letteratura sul narcisismo evidenziando alcuni elementi chiave: tassi di prevalenza significativi, report clinici ed empirici dettagliati, e il valore psichiatrico e sociale del disturbo. Accanto a ciò, la stessa autrice aveva espresso anche la necessità di ri-concettualizzare il disturbo in modo tale da includere sia la sua componente grandiosa sia vulnerabile (Ronningstam 2011). È proprio a partire da tali evidenze che nella versione rivista il disturbo narcisistico di personalità venne nuovamente inserito.

Vale la pena di ricordare un'ulteriore ramificazione apparsa e poi rigettata nella classificazione proposta per il DSM-5 che concerneva l'operazionalizzazione degli specifici disturbi di personalità. Nella primissima proposta di classificazione, infatti, i disturbi di personalità venivano descritti prototipicamente, attraverso un approccio dimensionale centrato sulla persona (Skodol e Bender 2009). In questo senso, la proposta risultava in linea con gli studi condotti da Westen (Westen 1997, Westen et al. 2006) che avevano dimostrato come i clinici nella loro pratica orientino la diagnosi sulla base di quanto il paziente sia aderente o meno ad una particolare descrizione prototipica del disturbo considerato nella specifica situazione. D'altronde, l'utilità del modello prototipico evidenziato da Westen era stato già incluso nel *Psychodynamic Diagnostic Manual* (PDM, PDM Task Force 2006), un manuale diagnostico di impronta psicodinamica.

Nella proposta avanzata, e poi ritirata, per ogni disturbo di personalità veniva fornita una

descrizione sulla base della quale il clinico era chiamato a fornire un giudizio rispetto a quanto il paziente si adeguasse ad essa. Sulla base di alcuni studi, infatti, era emerso che i clinici consideravano l'approccio dimensionale per la valutazione dei disturbi di personalità, ed in particolare l'approccio prototipico, più utile dal punto di vista clinico, rispetto all'adozione dell'approccio categoriale (Lowe e Widiger 2009, Spitzer et al. 2008). Nonostante ciò, la proposta di un modello prototipico dei disturbi di personalità fu aspramente criticato da alcuni. Zimmerman (2011) aveva evidenziato come il gruppo di lavoro avesse giustificato la propria proposta sulla base di una letteratura ancora limitata, in quanto focalizzata esclusivamente sul giudizio fornito da clinici, e senza considerare i limiti propri di simili studi. Spesso, infatti, i clinici inclusi negli studi sopra riportati erano chiamati a giudicare pazienti già in trattamento, di cui, quindi, si poteva ipotizzare una conoscenza più approfondita di quanto possibile nel caso di nuovi pazienti (Westen et al. 2006). Inoltre, la supposta superiorità del modello prototipico nel ridurre il fenomeno della comorbilità dei disturbi (Westen et al. 2006), sembrava poter essere imputato alla dimostrata tendenza dei clinici a sottostimare il fenomeno stesso (Zimmerman e Mattia 1999). D'altronde, Zimmerman (2011) evidenzia come l'approccio prototipico, già utilizzato nel DSM-II (APA 1968), fosse stato sostituito dall'approccio categoriale proprio a causa dell'arbitrarietà del giudizio clinico (Spitzer e Pleiss 1974) e della bassa affidabilità delle diagnosi (Klerman et al. 1984). A rendere ancora più problematica la proposta per il DSM-5, si aggiungeva il fatto che le descrizioni fornite per i disturbi di personalità avevano una maggiore lunghezza e complessità rispetto alle descrizioni incluse nel DSM-II (APA 1968), e ciò avrebbe potuto portare ad una maggiore variabilità nel determinare quanto un paziente fosse simile alla descrizione fornita (Zimmerman 2011). Sulla base delle critiche ricevute, nella revisione di proposta ufficializzata nel Giugno del 2011 il modello dimensionale prototipico venne sostituito proprio dal modello dimensionale dei tratti di personalità: ciascun disturbo di personalità sopravvissuto veniva definito non più da una sua descrizione prototipica, quanto dalla presenza di specifici domini di personalità (e relativi tratti specifici).

2.3.1 I disturbi sopravvissuti

Secondo la classificazione proposta, in seguito alla valutazione della presenza di una struttura di personalità patologica e alla misurazione della gravità di compromissione del funzionamento globale dell'individuo, il processo diagnostico suggerito prevedeva che il clinico valutasse la presenza di uno dei 6 disturbi specifici di personalità previsti.

Ciascun disturbo di personalità risultava essere descritto da due criteri: specifiche caratteristiche del funzionamento del sé e del funzionamento interpersonale, con riferimento alle singole sotto-dimensioni (Criterio A); e specifici tratti di personalità patologici declinati sia in termini di domini di personalità che di tratti specifici associati ai domini (Criterio B).

Così, ad esempio, *Il disturbo antisociale di personalità* (**tabella 6**) risultava essere descritto da un funzionamento del sé basato su egocentrismo e autostima legata al guadagno personale, potere o piacere (dimensione di identità); oppure sulla presenza di obiettivi basati sulla gratificazione personale, assenza di standard interni di comportamento prosociale associati all'incapacità di conformarsi ad un comportamento etico legale o culturalmente accettato (dimensione di autodirezionalità). Inoltre, il funzionamento interpersonale si caratterizzava per la mancanza di

preoccupazione per i sentimenti, i bisogni o le sofferenze altrui, e mancanza di rimorso dopo aver ferito o maltrattato gli altri (dimensione di empatia); oppure per l'incapacità di stabilire relazioni intimamente reciproche, in quanto lo sfruttamento è lo scopo primario di relazione con gli altri, e l'utilizzo del proprio ascendente o dell'intimidazione per controllare gli altri (dimensione di intimità). In aggiunta, il disturbo di personalità antisociale si caratterizzava per la presenza di tratti di personalità patologici rientranti in due principali domini: l'antagonismo, declinato nelle manifestazioni di manipolazione, scaltrezza, insensibilità, ostilità; e la disinibizione, declinata nelle manifestazioni specifiche di irresponsabilità, impulsività e tendenza a rischiare. Per ognuna delle sottodimensioni dei domini di personalità, venivano forniti esempi di tratti specifici che aiutassero il clinico a comprendere il costrutto da valutare. È da notare il tentativo di inserire nell'ipotesi presentata entrambe le forme del disturbo antisociale: i suoi aspetti più "freddi" e quelli declinabili più sul versante esplosivo, tema caro ai clinici e ai ricercatori del ramo (Dazzi e Madeddu 2009).

Il medesimo schema di descrizione presentato per l'antisociale restava naturalmente inalterato per ogni tipologia di disturbo incluso nella classificazione, nei suoi aspetti generali, di dominio e di tratti. In particolare, i domini e tratti che descrivevano i disturbi specifici di personalità inclusi nella classificazione proposta vengono riportati in **tabella 7**.

È da notare che, così come per il disturbo antisociale di personalità, anche il disturbo narcisistico di personalità veniva descritto in entrambe le sue forme overt e covert, a differenza del DSM-IV-TR (APA 2000) in cui veniva descritto solo nella sua forma "arrogante" (Gabbard 2005). In tal senso, la riproposizione nel DSM-5 dei vecchi criteri ha di fatto relegato ancora una volta in un limbo diagnostico temi cruciali della ricerca e della clinica, quali la psicopatia da un lato e il narcisismo fragile dall'altro.

Tabella 6. Criteri diagnostici del Disturbo di Personalità Antisociale secondo la classificazione proposta per il DSM-5 (Novembre 2012)

La caratteristica essenziale di un disturbo di personalità sono le compromissioni del funzionamento di personalità (area del sé e interpersonale) e la presenza di tratti di personalità patologici. Per diagnosticare un disturbo di personalità antisociale, devono essere soddisfatti i seguenti criteri:

A. compromissione significativa del funzionamento di personalità come manifestato da:

1. compromissioni nel **funzionamento del sé** (a o b):

a. *Identità*: egocentrismo; autostima basata sul guadagno personale, potere, o piacere

b. *Autodirezionalità*: stabilire obiettivi sulla base della gratificazione personale; assenza di standard interni di comportamento prosociale associati al fallimento nel conformarsi al comportamento etico legale o culturalmente accettato

2. compromissioni nel **funzionamento interpersonale** (a o b):

a. *Empatia*: mancanza di preoccupazione per i sentimenti, bisogni o sofferenze degli altri; mancanza di rimorso per aver ferito o maltrattato gli altri

b. *Intimità*: incapacità di avere relazioni intime reciproche, perché lo sfruttamento è lo scopo primario di relazione con gli altri, attraverso l'inganno e la coercizione; utilizzo del proprio ascendente o dell'intimidazione per controllare gli altri

Tabella 6. *Continua*

B. tratti di personalità patologici nei seguenti domini:

1. **Antagonismo**, caratterizzato da:

- a. *Manipolazione*: utilizzo frequente di sotterfugi per influenzare e controllare gli altri; utilizzo della seduzione, del fascino, loquacità, o facondia per ottenere i propri scopi
- b. *Scaltrezza*: disonestà e frodolenza; falsa rappresentazione del sé; imbellimento o menzogna quando si riferiscono eventi
- c. *Insensibilità*: mancanza di preoccupazione per i sentimenti o problemi altrui; mancanza di colpa o rimorso per gli effetti negativi o dolorosi delle proprie azioni sugli altri; aggressività; sadismo
- d. *Ostilità*: persistenti e frequenti sentimenti di rabbia; rabbia o irritabilità in risposta a minime offese o insulti; comportamento meschino, maligno o vendicativo

2. **Disinibizione**, caratterizzata da:

- a. *Irresponsabilità*: inosservanza e fallimento nell'onorare impegni e obblighi di carattere finanziario e non; mancanza di rispetto per – e di portare a termine – accordi e promesse
- b. *Impulsività*: agire spontaneamente in risposta a stimoli immediati; agire sulla base del momento senza pianificazione o senza considerare gli effetti (risultati); difficoltà nello stabilire e seguire piani
- c. *Tendenza a rischiare*: coinvolgimento in attività pericolose, rischiose e potenzialmente autodistruttive, senza alcuna necessità e senza considerare le conseguenze; propensione alla noia e ad attuare gesti inconsulti per contrastare la noia; mancanza di preoccupazione per i propri limiti e negazione dell'esistenza di un reale pericolo personale

C. Le compromissioni nel funzionamento di personalità e nell'espressione di un tratto di personalità dell'individuo sono relativamente stabili nel tempo e coerenti nelle diverse situazioni

D. Le compromissioni nel funzionamento di personalità e nell'espressione di un tratto di personalità dell'individuo non sono meglio compresi come normativi sulla base della fase di sviluppo dell'individuo o del suo ambiente socio-culturale

E. Le compromissioni nel funzionamento di personalità e nell'espressione di un tratto di personalità dell'individuo non sono dovuti esclusivamente agli effetti fisiologici diretti di una sostanza (es. una sostanza di abuso, farmaco) oppure di una condizione medica generale (es. grave trauma cranico)

Come ultima innovazione, a differenza del DSM-IV-TR (APA 2000), tra i disturbi di personalità proposti per il DSM-5 compariva il Disturbo di Personalità Tratto-Specifico (PD-TS). Tale etichetta diagnostica avrebbe raccolto in sé i disturbi non inclusi nella nuova proposta (paranoide, schizoide, istrionico e dipendente), i disturbi di personalità riportati in Appendice nel DSM-IV-TR (APA 2000) e la categoria residuale del disturbo di personalità Non Altrimenti Specificato (NAS) (Skodol 2012). Infatti, laddove un paziente fosse stato caratterizzato da un funzionamento di personalità patologico, ma non avesse soddisfatto i criteri necessari per diagnosticare uno dei sei disturbi inclusi nella classificazione, il clinico avrebbe potuto diagnosticare il PD-TS valutando i principali tratti patologici di personalità manifestati dal

paziente attraverso i cinque domini di personalità compresi nella classificazione (**tabella 5**). Tale modo di procedere corrispondeva alla possibilità di superare l'ambiguità ed imprecisione legata alla definizione del PD NAS (APA 2000) e del suo utilizzo clinico, offrendo la possibilità di usufruire di una categoria diagnostica che consentisse di identificare un quadro psicopatologico dettagliato, significativo e completo (Verheul e Widiger 2004, Verheul et al. 2007).

Tabella 7. Schema riassuntivo dei principali domini di personalità e tratti specifici dei PDs secondo la classificazione proposta per il DSM-5

| Disturbo di personalità | Dominio | Tratto specifico |
|--------------------------------|----------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Evitante | Distacco | <i>Isolamento Anedonia Evitamento dell'intimità</i> |
| | Affettività negativa | <i>Ansia</i> |
| Borderline | Affettività negativa | <i>Labilità emotiva Ansia Insicurezza alla separazione Depressione</i> |
| | Disinibizione | <i>Impulsività Propensione al rischio</i> |
| | Antagonismo | <i>Ostilità</i> |
| Narcisistico | Antagonismo | <i>Grandiosità Ricerca di attenzione</i> |
| Ossessivo-Compulsivo | Compulsività | <i>Rigido perfezionismo Evitamento dell'intimità Affettività ristretta</i> |
| | Affettività negativa | <i>Perseverazione</i> |
| Schizotipico | Psicoticismo | <i>Credenze ed esperienze inusuali Eccentricità Disregolazione cognitiva e percettiva</i> |
| | Distacco | <i>Affettività ristretta Ritiro Sospettosità</i> |

3. Critiche alla proposta del DSM-5

Il processo di elaborazione di una nuova proposta di classificazione dei disturbi di personalità per il DSM-5 è stato sin da subito caratterizzato da aspre critiche e scontri anche all'interno dello stesso gruppo di lavoro, tanto da aver portato alcuni esponenti alle dimissioni (Livesley e Verheul si dimettono nell'aprile del 2012). Le critiche rivolte alla proposta di classificazione sembrano concentrarsi su tre principali punti: infondatezza del modello ibrido, inadeguatezza del modello dimensionale, e complessità del processo diagnostico proposto. In seguito alla pubblicazione ufficiale della proposta definitiva per il DSM-5, sulla rivista *Clinical Psychology*

and Psychotherapy appare un editoriale dal titolo suggestivo “*DSM-5 Personality Disorders: Stop Before it is too Late*” (Emmelkamp e Power 2012). All’interno della rivista compaiono due articoli scritti rispettivamente da Livesley e Verheul nei quali vengono spiegate le ragioni delle loro dimissioni dall’incarico ricevuto (Livesley 2012, Verheul 2012). In entrambi gli articoli emerge la profonda amarezza degli autori per il fallimento conseguito dal gruppo di lavoro sui PDs rispetto alla possibilità di creare un sistema di classificazione che fosse empiricamente fondato e profondamente innovativo. Come ben espresso da Livesley (2012), infatti, il DSM-5 si era prefisso il compito di superare i limiti della precedente edizione del manuale (vedi par.1), proponendo una classificazione che integrasse il modello di personalità patologica con caratteristiche proprie del funzionamento di personalità sano: tentativo meramente fallito. Il modello ibrido proposto dal gruppo, infatti, risultava essere inadeguato in quanto l’approccio dimensionale e categoriale erano solo apparentemente integrati. Le diagnosi categoriali e dimensionali, infatti, sembravano avere vita propria ed indipendente all’interno della classificazione, essendo accomunate solo dal fatto che sia i disturbi di personalità sia i domini di personalità erano descritti dagli stessi tratti di personalità. D'altronde, coniugare all’interno del medesimo sistema di classificazione l’approccio dimensionale e categoriale alla patologia è un compito estremamente difficile, se non impossibile. Come ben espresso da Livesley (2010), il modello categoriale concepisce i PDs come entità discrete e discontinue che possono essere presenti o assenti; mentre il modello dimensionale guarda alla patologia come una variante estrema del normale funzionamento di personalità. Di conseguenza, appare poco probabile che la medesima psicopatologia possa avere una distribuzione al tempo stesso continua e discontinua. Inoltre, se si considera che ormai una mole consistente di ricerche empiriche ha chiaramente evidenziato l’inadeguatezza dei modelli discontinui nella spiegazione della psicopatologia (Goldberg 2010; Hyman 2010; Kendell e Jablensky 2003; Kendell 1975, 1986; Cattell 1950), la scelta operata dal gruppo di lavoro risultava essere poco comprensibile e condivisibile.

Un ulteriore elemento di critica alla proposta del DSM-5 ha riguardato la componente dimensionale dei tratti di personalità, proposta che sarebbe stata elaborata in assenza di sufficienti prove scientifiche. In particolare, Verheul (2012) mostra come alcuni aspetti specifici di tale modello, in particolare la scala del funzionamento di personalità, erano stati fondamentalmente costruiti sulla base di un solo studio empirico (Morey et al. 2011). Sebbene il modello dimensionale proposto fosse stato elaborato a partire da modelli dimensionali già consolidati empiricamente (Livesley et al. 1998), infatti, la sua struttura non era ancora stata comprovata. Widiger (2011) sostiene che il gruppo di lavoro del DSM-5 ha costruito un “*goffo*” modello dimensionale di patologia della personalità. Il maggior elemento di critica, infatti, si identifica nella incapacità di comprendere il motivo per il quale non si sia deciso di inserire all’interno del manuale, in accordo con gli obiettivi esplicitati dal gruppo, un modello dei tratti di personalità che fosse già stato comprovato empiricamente. È il caso, ad esempio, del *Five Factor Model* (FFM; McCrae e Costa 2003) che consiste in un modello ormai largamente accettato che descrive i domini che compongono la struttura di personalità patologica e sana (Clark 2007). La scelta del gruppo di lavoro di elaborare il *Pathological Factor Model* (PFM; Krueger e Eaton 2010) incentrato sulla presenza di tratti di personalità patologici, infatti, sembrava contrastare la necessità espressa esplicitamente di integrare psichiatria e psicologia. Inoltre, tale scelta sembrava essere incauta,

se si considera che tale modello non era stato comprovato scientificamente. Ancora più curiosa è stata la scelta fatta dal gruppo di lavoro, se si considera che i tratti specifici di personalità previsti dal PFM sembravano essere saldamente rappresentati all'interno dei 5 domini di personalità del FFM, come mostrato in un recente articolo (Widiger 2011).

Infine, molti autori hanno messo in dubbio la pretesa utilità clinica della classificazione proposta (Verheul 2012). Sebbene uno dei principali obiettivi del gruppo di lavoro fosse quello di proporre una classificazione clinicamente utile, infatti, il procedimento diagnostico appariva estremamente complesso in quanto composto da 8 passaggi obbligati (**tabella 8**). Ciò che risultava, quindi, era un processo piuttosto macchinoso, che richiedeva un notevole dispendio di risorse (tempo) e nel quale non era ben chiaro come i diversi aspetti valutati potessero consentire di ottenere una migliore comprensione del paziente, piuttosto che una serie di informazioni scarsamente integrabili. Infine, oltre alla complessità del processo diagnostico, questo stesso risultava avere scarsa utilità clinica. First et al. (2004) indicano che affinché un sistema diagnostico manualizzato possa essere considerato clinicamente utile è necessario che consenta al clinico di: (1) concettualizzare le entità diagnostiche; (2) comunicare le informazioni cliniche; (3) utilizzare i criteri diagnostici nella pratica clinica (es. per diagnosi differenziale); (4) scegliere interventi efficaci; (5) predire possibili futuri bisogni di gestione clinica. In questo senso, la proposta di classificazione per il DSM-5 non sembrava essere in grado di assolvere a nessuna di queste funzioni, soprattutto a causa dell'assenza di una teoria della personalità sottostante che fosse chiara, coerente e supportata empiricamente (Clarkin e Huprich 2011).

A questo proposito Livesley muove un'accusa importante quando afferma che *“parte dei fallimenti nel raggiungimento di un sistema di classificazione innovativo ed empiricamente fondato possa essere imputato a scelte dettate più da ragioni politiche che non scientifiche”* (Livesley 2012). Alla luce di ciò, appare sicuramente più comprensibile la scelta di reintrodurre il disturbo narcisistico di personalità all'interno del DSM-5. Tale disturbo era stato inizialmente escluso dalla classificazione a causa della scarsità di ricerche empiriche che ne attestassero la validità diagnostica (Skodol 2012, Torgersen 2009, Craemer et al. 2006, Ulrich et al. 2007). I risultati di numerose ricerche empiriche, infatti, avevano messo in luce l'inadeguatezza dei criteri del DSM-IV-TR (APA 2000), portando i membri del gruppo di lavoro ad ipotizzare che le difficoltà narcisistiche non rappresentassero uno specifico quadro patologico, quanto una dimensione di personalità patologica trasversale a diversi disturbi mentali (Skodol et al. 2011b).

Come ricordato, però, tale scelta aveva determinato un vero e proprio attacco serrato da parte di molti illustri esperti clinici e ricercatori che per lungo tempo si erano occupati di tale disturbo (Pincus 2011, Ronningstam 2011). Sebbene essi riconoscessero l'inadeguatezza del disturbo concettualizzato nel DSM-IV-TR (APA 2000), sostenevano fortemente la necessità di riconcettualizzare tale disturbo includendo sia gli aspetti di grandiosità sia di vulnerabilità. Come esplicitato da Gunderson (2010), infatti, la mancanza di supporto empirico non corrisponde necessariamente ad una mancanza di utilità clinica, e non dovrebbe rappresentare un criterio valido per l'eliminazione di un disturbo (Shedler et al. 2010). D'altra parte, accanto alle voci di coloro che volevano riabilitare il disturbo, altrettanti autori avevano evidenziato come, se confrontato con altri disturbi di personalità, le caratteristiche del disturbo narcisistico non sembravano essere tali da garantire un'adeguata consistenza nosologica (Alarcón e Sarabia 2012, Karteruda et al. 2011).

Tabella 8. Processi diagnostico previsto dalla proposta di classificazione per il DSM-5

-
1. È presente una compromissione (del sé e interpersonale) nel funzionamento di personalità?
 2. Se sì, valutare il livello di compromissione nel funzionamento del sé e in quello interpersonale sulla Scala dei Livelli del Funzionamento di Personalità.
 3. È presente uno dei 6 tipi di disturbi di personalità?
 4. Se sì, valutare il tipo di disturbo e la sua gravità
 5. Se non è presente, è presente un PD-Tratto Specifico (PDTS)?
 6. Se sì, identificare ed elencare i domini/tratti che caratterizzano il soggetto, e valutare la gravità di compromissione
 7. Se è presente un Disturbo di Personalità e si desidera ottenere un profilo di personalità dettagliato e utile per la formulazione del caso clinico, valutare i singoli tratti
 8. Se non è presente ne uno dei 6 tipi di disturbi ne un PDTS, valutare i domini di personalità o i tratti specifici se ciò è rilevante e utile per la formulazione del caso clinico
-

4. La scelta definitiva

Nel Maggio dello scorso anno il DSM-5 ha visto la luce (APA 2013), e – come preannunciato da alcuni mesi – la proposta di classificazione avanzata dal gruppo di lavoro è stata completamente rigettata. La sezione dei PDs nel DSM-5, infatti, non è altro che una copia fedele di quella già contenuta nel DSM-IV-TR (APA 2000): il modello diagnostico sviluppato in questi ultimi anni è stato interamente riportato nella terza sezione del manuale, in quanto bisognoso di maggiore supporto empirico. Curiosa scelta, se si considera che la carenza di supporto empirico era alla base della necessità di revisione del vecchio modello.

Come ben espresso da Paris (2013a), il risultato del processo di revisione dei PDs è stato un “*fiasco meritato*” causato da ragioni scientifiche, politiche e cliniche (Paris 2013b). Dal punto di vista scientifico, le grandi innovazioni proposte non risultavano essere supportate empiricamente; dal punto di vista politico, il modello ibrido sembrava essere semplicemente il risultato di un compromesso tra le posizioni contrastanti di clinici (sostenitori del modello categoriale) e ricercatori (favorevoli al modello dimensionale). Dal punto di vista clinico, infine, il risultato finale ha coinciso con l’elaborazione di uno strumento diagnostico inutilizzabile nella pratica clinica in quanto eccessivamente complesso e dispendioso. D’altronde, il gruppo di lavoro era stato investito sin dall’inizio di un compito arduo – quello di apportare una ristrutturazione radicale alla concettualizzazione dei PDs – da portare a compimento in un tempo limitato ed insufficiente (Gunderson 2013). In questo senso, il sorprendente atteggiamento di chiusura e rigidità assunto dai membri del gruppo di lavoro rispetto alle numerose critiche giunte sin dalle prime fasi del loro lavoro (Gunderson 2013, Paris 2013) potrebbe essere meglio compreso alla luce di tali requisiti. L’attenta lettura del materiale prodotto nel corso degli anni, infatti, produce la sensazione che nel processo di revisione nessuna critica emersa sia stata considerata con il giusto interesse, tanto che non si è mai osservata alcuna modifica strutturale al modello che si andava delineando sin dalle prime fasi di lavoro. Quali che siano le motivazioni sottese ad un simile atteggiamento, è indubbio che si sia persa l’occasione di poter riformare un sistema

diagnostico evidentemente insoddisfacente da molti punti di vista. Inoltre, l'atteggiamento di rifiuto di qualsiasi suggerimento critico ci porta ad interrogarci su quanto ciò che è stato prodotto dal gruppo di lavoro possa essere efficacemente utilizzato come punto di partenza per la futura costruzione del DSM-6, oppure quanto ciò costringerà la futura task force a dover ricominciare da capo. Un simile atteggiamento, infatti, oltre ad aver probabilmente prodotto un inasprimento delle posizioni critiche da parte di alcuni esponenti che non hanno visto prendere neanche in considerazione le proprie obiezioni e suggerimenti, di certo ha impedito che alcuni di questi potessero essere studiati in maniera più approfondita anche da un punto di vista empirico.

Ciò che è accaduto sembra ricapitolare un destino che da lungo tempo affligge i disturbi di personalità, definiti come la “*cenerentola delle diagnosi psichiatriche*” (Paris 2013b). Infatti, il tardivo inserimento dei PDs all'interno di una classificazione psichiatrica ufficiale, sembra giustificare ancora oggi la difficoltà di riconoscere i PDs come veri e propri disturbi mentali piuttosto che come quadri caratterizzati da “*difficoltà caratteriali*”. Oltre a ciò, si aggiungono anche le difficoltà empiriche nell'individuare un confine netto tra personalità sana e patologica, e l'inefficacia delle terapie farmacologiche (Paris 2013b, 2008). Tutto questo ha sempre alimentato e giustificato un atteggiamento (*clinico*) di trascuratezza dei PDs a favore di altre diagnosi quali i disturbi dell'umore. Ancora una volta, quindi, il fallimento nel tentativo di creare un sistema di classificazione migliore, sembra aver rafforzato ancor più la “lontananza” tra i PDs ed altri disturbi psichiatrici (Paris 2013b), lontananza assai discutibile vista l'indubbia e ampia presenza dei PDs stessi nella pratica quotidiana dei clinici.

In questo stato di cose la direzione presa dalla versione definitiva del DSM-5 – proseguendo una direzione già presente in edizioni precedenti – sembra seguire una logica da Ponzio Pilato. Una logica da un lato comprensibile, viste le notevoli difficoltà nel fare emergere una direzione diversa e più vicina alle riflessioni contemporanee; dall'altro discutibile, visto che ripropone criteri e disturbi ormai lontani dal contesto scientifico e clinico contemporanei.

Riassunto

Il tentativo di elaborare una nuova classificazione dei disturbi di personalità per il DSM-5 è fallito. Questo articolo rappresenta il tentativo di fare luce sul processo di sviluppo della classificazione posta al vaglio dell'APA, nonché sulle critiche ricevute e le motivazioni che hanno giustificato il suo rigetto. Le scelte effettuate dal gruppo di lavoro sui PDs, infatti, hanno generato un acceso dibattito nella comunità scientifica.

DSM-5: THE STRANGE CASE OF PERSONALITY DISORDERS

Abstract

Key words: personality disorders, DSM-5 classification

The attempt to develop a new classification of personality disorders to be included in the DSM-5 failed. The present article clarifies the development process of the classification that was submitted to the APA, the critiques and the reasons why the proposed classification was rejected. Indeed, the choices of the Personality Disorders Work Group have ignited heated debate within the scientific community.

Bibliografia

- Alarcón RD, Sarabia S (2012). Debates on the narcissism conundrum: trait, domain, dimension, type, or disorder? *Journal of Nervous and Mental Disease* 200, 1, 16-25.
- American Psychiatric Association (1952). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. Author, Washington DC.
- American Psychiatric Association (1968). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (2nd ed.)*. Author, Washington DC.
- American Psychiatric Association (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (3rd ed.)*. Author, Washington DC.
- American Psychiatric Association (1987). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (3rd revised ed.)*. Author, Washington DC.
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV (4th ed.)*. Author, Washington DC.
- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV-TR (4th text revision)*. Author, Washington DC.
- American Psychiatric Association (2012). Rationale for the proposed changes to the personality disorders classification in DSM-5. www.dsm5.org.
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.)*. Author, Washington DC.
- Austin EJ, Deary, IJ (2000). The “four As”: A common framework for normal and abnormal personality? *Personality and Individual Differences* 28, 5, 977-995.
- Bender DS, Morey LC, Skodol AE (2011). Toward a model for assessing level of personality functioning in DSM-5, Part I: a review of theory and methods. *Journal of Personality Assessment* 93, 4, 332-346.
- Cattell RB (1950). *Personality: A systematic theoretical and factual study*. McGraw-Hill, New York.
- Chmielewski M, Watson D (2009). What Is Being Assessed and Why It Matters: The Impact of Transient Error on Trait Research. *Journal of Personality and Social Psychology* 97, 1, 186-202.
- Clark LA (2007). Assessment and diagnosis of personality disorder: perennial issues and emerging reconceptualization. *Annual Review of Psychology* 58, 227-257.
- Clarkin JF, Huprich SK (2011). Do DSM-5 personality disorder proposals meet criteria for clinical utility? *Journal of Personality Disorders* 25, 2, 192-205.
- Craemer V, Torgersen S, Kringlen E (2006). Personality disorders and quality of life: A population study. *Comprehensive Psychiatry* 47, 3, 178-184.
- Dazzi S, Madeddu F (2009). *Devianza e antisocialità. Le prospettive scientifiche e cliniche contemporanee*. Raffaello Cortina Editore, Milano.
- Dolan-Sewell RT, Krueger RF, Shea MT (2001). Co-occurrence with syndrome disorders. In Livesley WJ (a cura di). *Handbook of personality disorders*. Guilford Press, New York.
- Eaton NR, Krueger RF, South SC, Simms LJ, Clark LA (2011). Contrasting prototypes and dimensions in the classification of personality pathology: evidence that dimensions, but not prototypes, are robust. *Psychological Medicine* 41, 6, 1151-1163.
- Ekselius L, Lindstrom E, von Knorring L, Bodlund O, Kullgren G (1994). A principal component analysis of the DSM-III-R Axis II personality disorders. *Journal of Personality Disorders*, 8,2, 140-148.
- Emmelkamp P, Power M (2012). DSM-5 personality disorders: stop before it is too late. *Clinical Psychology & Psychotherapy* 19, 5, 363.
- Emmelkamp PMG, Kamphuis JH (2007). *Personality Disorders*. Psychology Press, New York.
- First MB (2010). Commentary on Krueger and Eaton’s “Personality traits and the classification of mental disorders: Toward a more complete integration in DSM-5 and an empirical model of psychopathology”: real world considerations in implementing an empirically based dimensional model of personality in DSM-5. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment* 1, 2, 123-126.
- First MB, Pincus HA, Levine JB, Williams JBW, Ustun B, Peele R (2004). Clinical utility as a criterion for revising psychiatric diagnoses. *American Journal of Psychiatry* 161, 946-954.

- Frances AJ (1993). Dimensional diagnosis of personality – Not whether, but when and which. *Psychological Inquiry* 4, 10, 110-111.
- Gabbard GO (2005). *Psichiatria Psicodinamica. Quarta Edizione*. Raffaello Cortina Editore, Milano.
- Goldberg D (2010). Should our major classifications of mental disorders be revised?. *The British Journal of Psychiatry* 196, 255-256.
- Grant BF, Stinson FS, Dawson DA, Chou SP Ruan WJ (2005). Co-occurrence of DSM-IV personality disorders in the United States: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Comprehensive Psychiatry* 46, 1, 1-5.
- Grilo CM, Sanislow CA, Gunderson JG, Pagano ME, Yen S, Zanarini MC, et al (2004). Two-year stability and change in schizotypal, borderline, avoidant, and obsessive-compulsive personality disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 72, 5, 767-775.
- Gunderson JG (2010). Commentary on “Personality traits and the classification of mental disorders: toward a more complete integration in DSM-5 and an empirical model of psychopathology”. *Personality Disorders: Theory, Research and Treatment* 1, 2, 119-122.
- Gunderson JG (2013). Seeking Clarity for Future Revisions of the Personality Disorders in DSM-5. *Personality Disorders: Theory Research and Treatment* 4, 4, 368-376.
- Gunderson JG, Stout RL, McGlashan TH, Shea MT, Morey LC, Grilo CM, et al (2011). Ten-year course of borderline personality disorder: psychopathology and functioning from the Collaborative Longitudinal Personality Disorders Study. *Archives of General Psychiatry* 68, 8, 827-837.
- Hopwood CJ, Zanarini MC (2010). Borderline personality traits and disorder: predicting prospective patient functioning. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 78, 4, 585-589.
- Hyman S (2010). The diagnosis of mental disorders: The problem of reification. *Annual Review of Clinical Psychology* 6, 155-179.
- Johansen M, Karterud S, Pedersen G, Gude T, Falkum E (2004). An investigation of the prototype validity of the borderline DSM-IV construct. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 109, 4, 289-298.
- Johnson JG, Cohen P, Kasen S, Skodol AE, Hamagami F, Brook JS (2000). Age-related change in personality trait levels between early adolescence and adulthood: a community-based longitudinal investigation. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 102, 4, 265-275.
- Kamphuis JH, Noordhof A (2009). On categorical diagnoses in DSM-V: Cutting dimensions at useful points? *Psychological Assessment*, 21,3, 294-301.
- Karteruda S, Øien M, Pedersen G (2011). Validity aspects of the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, narcissistic personality disorder construct. *Comprehensive Psychiatry* 52, 517-526.
- Kendell RE (1975). *The role of diagnosis in psychiatry*. Blackwell, Oxford.
- Kendell RE (1986). What are mental disorders? In Freedman AN, Brotman R, Silverman I, Hutson D (a cura di). *Issues in psychiatric classification*. Human Sciences, New York.
- Kendell RE, Jablensky A (2003). Distinguishing between the validity and utility of psychiatric diagnoses. *American Journal of Psychiatry* 160, 1, 4-12.
- Kendler KS, Kupfer D, Narrow W, et al (2009). Guidelines for making changes to DSMV [Revised 21 October 2009]. http://www.dsm5.org/ProgressReports/Documents/Guidelines-for-Making-Changes-to-DSM_1.pdf
- Kendler KS (2009). An historical framework for psychiatric nosology. *Psychological Medicine* 39, 1, 1935-1941.
- Klerman GL, Vailant GE, Spitzer RL, Michels R (1984). A debate on DSM-III. *American Journal of Psychiatry* 141, 4, 539-542.
- Krueger RF (2005). Continuity of Axes I and II: Toward a Unified Model of Personality, Personality Disorders, and Clinical Disorders. *Journal of Personality Disorders* 19, 3, 233-261.
- Krueger RF, Derringer J, Markon KE, Watson D, Skodol AE (2012). Initial construction of a maladaptive personality trait model and inventory for DSM-5. *Psychological Medicine* 42, 9, 1879-1890.
- Krueger RF, Eaton NR (2010). Personality Traits and the Classification of Mental Disorders: Toward a More Complete Integration in DSM-5 and an Empirical Model of Psychopathology. *Personality Disorders: Theory, Research and Treatment* 1, 2, 119-122.

- Theory Research and Treatment* 1, 2, 97-118.
- Krueger RF, Eaton NR, Clark LA, Watson D, Markon KE, Derringer J, et al. (2011). Deriving an empirical structure of personality pathology for DSM-5. *Journal of Personality Disorders* 25, 2, 170-191.
- Lenzenweger MF (1999). Stability and change in personality disorder features: The Longitudinal Study of Personality Disorders. *Archives of General Psychiatry* 56, 11, 1009-1015.
- Lenzenweger MF, Johnson MD, Willett JB (2004). Individual growth curve analysis illuminates stability and change in personality disorder features: the longitudinal study of personality disorders. *Archives of General Psychiatry* 61, 10, 1015-1024.
- Livesley WJ (2006). Behavioral and molecular genetic contributions to a dimensional classification of personality disorder. In Livesley WJ (a cura di). *In Dimensional models of personality disorders: Refining the research agenda for DSM-V*. American Psychiatric Association, Arlington.
- Livesley WJ (2010). Confusion and Incoherence in the Classification of Personality Disorder: Commentary on the Preliminary Proposals for DSM-5. *Psychological Injury and Law* 3, 4, 304-313.
- Livesley WJ (2011). Tentative steps in the right direction. *Personality and Mental Health*, 5, 4, 263-270.
- Livesley WJ (2012). Disorder in the Proposed DSM-5 Classification of Personality Disorders. *Clinical Psychology and Psychotherapy* 19, 5, 364-368.
- Livesley WJ, Jang KL, Vernon PA (1998). Phenotypic and genetic structure of traits delineating personality disorder. *Archives of General Psychiatry* 55, 10, 941-948.
- Lowe J, Widiger T (2009). Clinicians' judgments of clinical utility: A comparison of the DSM-IV with dimensional models of general personality. *Journal of Personality Disorders* 2, 3, 211-229.
- Luyten P, Blatt SJ (2011). Integrating theory-driven and empirically-derived models of personality development and psychopathology: a proposal for DSM V. *Clinical Psychology Review* 31, 1, 52-68.
- McCrae RR, Costa PT Jr (1997). Personality trait structure as human universal. *The American Psychologist* 52, 5, 509-516.
- McCrae RR, Costa PT Jr (2003). *Personality in adulthood: A Five-Factor Theory perspective*. Guilford Press, New York.
- McCrae RR, Costa PT Jr (2008). The five-factor theory of personality. In John OP, Robins RW, Pervin LA (a cura di). *Handbook of personality: Theory and research* (3 ed.). Guilford Press, New York.
- McCrae RR, Terracciano A, Costa PT Jr, Ozer DJ (2006). Person factors in the California adult Q-set: Closing the door on personality trait types? *European Journal of Personality* 20, 1, 29-44.
- McGlashan TH, Grilo CM, Sanislow CA, et al (2005). Two-year prevalence and stability of individual criteria for schizotypal, borderline, avoidant, and obsessive-compulsive personality disorders. *American Journal of Psychiatry* 162, 5, 883-889.
- McWilliams N (2011). *Psychoanalytic diagnosis: Understanding personality structure in the clinical process* (2ed.). Guilford Press, New York.
- Migone P (2013). Aspettando il DSM-5. *Il ruolo terapeutico* 122, 69-78.
- Millon T (1990). *Toward a new personology: An evolutionary model*. Wiley, New York.
- Morey LC, Berghuis H, Bender DS, Verheul R, Krueger RF, Skodol AE (2011). Toward a model for assessing level of personality functioning in DSM-5, Part II: Empirical articulation of a core dimension of personality pathology. *Journal of Personality Assessment* 93, 4, 347-353.
- Morey LC, Hopwood CJ, Gunderson JG, et al (2007). Comparison of alternative models for personality disorders. *Psychological Medicine* 37, 7, 983-994.
- Morey LC, Hopwood CJ, Markowitz JC, et al (2012). Comparison of alternative models for personality disorders, II: 6-, 8- and 10-year follow-up. *Psychological Medicine* 42, 8, 1705-1713.
- Morey LC, Shea MT, Markowitz JC et al. (2010). State effects of major depression on the assessment of personality and personality disorder. *American Journal of Psychiatry* 167, 528-535.
- Morey LC, Zanarini MC (2000). Borderline personality: traits and disorder. *Journal of Abnormal Psychology* 109, 4, 733-737.
- OPD Task Force (2001). *Operationalized Psychodynamic Diagnostics (OPD): Foundations and manual*. Hogrefe & Huber, Cambridge.
- Paris J (2008). Clinical trials of treatments for personality disorders. *The Psychiatric Clinics of North America*

- 31, 3, 517-526.
- Paris J (2013a). Anatomy of a Debacle: Commentary on “Seeking Clarity for Future Revisions of the Personality Disorders in DSM-5”. *Personality Disorders: Theory Research and Treatment* 4, 4, 377-378.
- Paris J (2013b). Personality Disorders. In Paris J (a cura di). *The intelligent clinician's guide to the DSM-5*. Oxford University Press, New York.
- PDM Task Force (2006). *Manuale Diagnostico Psicodinamico*. Tr. it.(a cura di Del Corno, Lingiardi) Raffaello Cortina, Milano.
- Pincus AL (2011). Some comments on nomology, diagnostic process, and narcissistic personality disorder in the DSM-5 proposal for personality and personality disorders. *Personality Disorders: Theory Research and Treatment* 2, 1, 41-53.
- Preti E, Madeddu F (2012). *La diagnosi strutturale di personalità secondo il modello di Kernberg*. Raffaello Cortina Editore, Milano.
- Pull CB (2013). Too Few or Too Many? Reactions to removing versus Retaining Specific Personality Disorders in DSM-5. *Current Opinion in Psychiatry* 26, 1, 73-78.
- Roberts BW, Del Vecchio WF (2000). The rank-order consistency of personality traits from childhood to old age: A quantitative review of longitudinal studies. *Psychological Bulletin* 126, 1, 3-25.
- Ronningstam E (2011). Narcissistic personality disorder in DSM-V: in support of retaining a significant diagnosis. *Journal of Personality Disorders* 25, 2, 248-259.
- Samuel DB, Widiger TA (2008). A meta-analytic review of the relationship between the five-factor model and DSM-IV-TR personality disorders: a facet level analysis. *Clinical Psychology Review* 28, 8, 1326-1342.
- Sanislow CA, McGlashan TH (1998). Treatment outcome of personality disorders. *Canadian Journal of Psychiatry* 43, 3, 237-250.
- Shedler J, Beck A, Fonagy P, et al (2010). Personality disorders in DSM-5. *American Journal of Psychiatry* 167, 9, 1026-1028.
- Shedler J, Westen D (2004). Refining DSM-IV personality disorder diagnosis: integrating science and practice. *American Journal of Psychiatry* 161, 8, 1350-1365.
- Skodol AE (2012). Personality disorders in DSM-5. *Annual Review of Clinical Psychology* 8, 317-344.
- Skodol AE, Bender D (2009). The future of personality disorders in DSM-V?. *American Journal of Psychiatry* 166, 4, 388-391.
- Skodol AE, Bender DS, Morey LC, Clark LA, Oldham JM, Alarcon RD, et al. (2011b). Personality disorder types proposed for DSM-5. *Journal of Personality Disorders* 25, 1, 136-169.
- Skodol AE, Clark LA, Bender DS, Krueger RF, Morey LC, Verheul R, et al. (2011a). Proposed changes in personality and personality disorder assessment and diagnosis for DSM-5 Part I: Description and rationale. *Personality Disorders: Theory Research and Treatment* 2, 1, 4-22.
- Skodol AE, Oldham JM, Bender DS, Dyck IR, Stout RL, Morey LC, et al (2005). Dimensional representations of DSM-IV personality disorders: Relationships to functional impairment. *American Journal of Psychiatry* 162, 10, 1919-1925.
- Spitzer PL, First MB, Shedler J, Westen D, Skodol AE (2008). Clinical utility of five dimensional systems for personality diagnosis: A “costumer preference” study. *Journal of Nervous and Mental Disease* 196, 5, 356-374.
- Spitzer R, Pleiss J (1974). A re-analysis of the reliability of psychiatric diagnosis. *The British Journal of Psychiatry* 125, 341-347.
- Torgersen S (2009). Prevalence, sociodemographics, and functional impairment. In Oldham JM, Skodol AE, Bender DS (a cura di). *Essential of Personality Disorders*. American Psychiatric Publishing, Washington.
- Trull TJ, Durrett CA (2005). Categorical and dimensional models of personality disorder. *Annual Review of Clinical Psychology* 1, 1, 355-380.
- Ulrich S, Farrington DP, Coid JW (2007). Dimensions of DSM-IV personality disorders and life success. *Journal of Personality Disorders* 2, 6, 657-663.
- Verheul R (2012). Personality disorder proposal for DSM-5: An heroic and innovative but nevertheless fundamentally flawed attempt to improve DSM-IV. *Clinical Psychology & Psychotherapy* 19, 5, 369-371.
- Verheul R, Andrea H, Berghout C, Dolan C, Busschbach J, van der Kroft P, Bateman A, Fonagy P (2008).

- Severity indices of personality problems (SIPP-118): Development, factor structure, reliability, and validity. *Psychological Assessment* 20, 1, 23-34.
- Verheul R, Bartak A, Widiger TA (2007). Prevalence and construct validity of personality disorder not otherwise specified (PDNOS). *Journal of Personality Disorders* 21, 4, 359-370.
- Verheul R, Widiger TA (2004). A meta-analysis of the prevalence and usage of the personality disorder not otherwise specified (PDNOS) diagnosis. *Journal of Personality Disorders* 18, 4, 309-319.
- Westen D (1995). A clinical-empirical model of personality: Life after the Mischelien ice age and the NEO-lithic era. *Journal of Personality* 63, 495-524.
- Westen D (1996). A model and a method for uncovering the nomothetic from the idiographic: An alternative to the five-factor model? *Journal of Research in Personality* 30, 400-413.
- Westen D, Shedler J, Bradley R (2006). A prototype approach to personality disorder diagnosis. *American Journal of Psychiatry* 163, 846-856.
- Widiger TA (2011). Personality and Psychopathology. *World Psychiatry* 10, 2, 103-106.
- Widiger TA, Livesley WJ, Clark LA (2009). An integrative dimensional classification of personality disorder. *Psychological Assessment* 21, 3, 243-255.
- Widiger TA, Samuel DB (2005). Diagnostic categories or dimensions? A question for the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – Fifth Edition. *Journal of Abnormal Psychology* 114, 4, 494-504.
- Widiger TA, Simonsen E (2005). Alternative dimensional models of personality disorder: finding a common ground. *Journal of Personality Disorders* 19, 110-130.
- Widiger TA, Simonsen E, Krueger R, Livesley JW, Verheul R (2005). Personality disorder research agenda for the DSM-V. *Journal of Personality Disorders* 19, 3, 315-338.
- Widiger TA, Trull TJ (2007). Plate tectonics in the classification of personality disorder: shifting to a dimensional model. *The American Psychologist* 62, 2, 71-83.
- Zanarini MC, Frankenburg FR, Reich DB, Fitzmaurice G (2010). Time to attainment of recovery from borderline personality disorder and stability of recovery: a 10-year prospective follow-up study. *American Journal of Psychiatry* 167, 663-667.
- Zanarini MC, Frankenburg FR, Reich DB, Fitzmaurice G (2012). Attainment and stability of sustained symptomatic remission and recovery among patients with borderline personality disorder and axis II comparison subjects: A 16-year prospective follow up study. *American Journal of Psychiatry* 169, 5, 476-483.
- Zanarini MC, Vujanovic AA, Parachini EA, Boulanger JL, Frankenburg FR, Hennen J (2003). Zanarini Rating Scale for Borderline Personality Disorder (ZAN-BPD): a continuous measure of DSM-IV borderline psychopathology. *Journal of Personality Disorders* 17, 3, 233-242.
- Zimmerman M (1994). Diagnosing personality disorders: A review of issues and research methods. *Archives of General Psychiatry* 51, 3, 225-245.
- Zimmerman M (2011). A critique of the proposed prototype rating system for personality disorders in DSM-5. *Journal of Personality Disorders* 25, 2, 206-221.
- Zimmerman M, Chelminski I, Young D, et al (2012). Which DSM-IV personality disorders are most strongly associated with indices of psychosocial morbidity in psychiatric outpatients?. *Comprehensive Psychiatry* 53, 7, 940-945.
- Zimmerman M, Mattia JI (1999). Psychiatric diagnosis in clinical practice: Is comorbidity being missed?. *Comprehensive Psychiatry* 40, 3, 182-191.
- Zimmerman M, Rothchild L, Chelminski I (2005). The prevalence of DSM-IV personality disorders in psychiatric outpatients. *American Journal of Psychiatry* 162, 10, 1911-1918.

Corrispondenza

Fabio Madeddu

Dipartimento di Psicologia, Università degli Studi di Milano-Bicocca

Piazza dell'Ateneo Nuovo, 1 - 20126 Milano

mail: fabio.madeddu@unimib.it