

DARE UN SENSO ALLA DIAGNOSI: IL PDM E LA SWAP-200

Vittorio Lingiardi

La definizione della diagnosi in psicologia clinica ed a maggior ragione in psicoterapia psicoanalitica e' oggi piu' che mai una questione controversa. Nel problema della diagnosi confluiscono tradizioni, scuole, ricerche empiriche e punti di vista differenti e spesso distanti tra loro. L'attuale panorama internazionale, lungi dal trovare un consensus generale, e' contrassegnato da alcuni elementi di novita' di notevole importanza il cui impatto sulla pratica clinica e' ancora da valutare, essendo la situazione storica in divenire. Uno degli elementi di novita' e' rappresentato dai gruppi di lavoro APA per la formulazione del nuovo DSM-V di cui si sa ancora poco. Fra i problemi sul tappeto - per quanto riguarda piu' da vicino l'ambito di lavoro clinico in psicoterapia - vi e' quello dei disturbi di personalita', con una serie di questioni ancora apertissime come il concetto di comorbilita' con le sindromi di Asse I, la natura dimensionale e non categoriale dei criteri diagnostici, la sovrapposizione di piu' disturbi di personalita', la valutazione psicometrica delle funzioni mentali.

In rapporto alla questione della diagnosi, sulla scena internazionale e' entrato prepotentemente il **Psychodynamic Diagnostic Manual (PDM)** nel 2006, nato dalla collaborazione di 5 fra le piu' autorevoli associazioni psicoanalitiche internazionali, e tradotto in Italia dall'editore Raffaello Cortina nel 2008. Il PDM nasce con il preciso intento di restituire alla diagnosi il suo senso autentico di valutazione delle funzioni mentali e comportamentali dei singoli individui senza perdere la rigorosit  delle categorie della ricerca empirica, candidandosi come strumento essenziale nella borsa da lavoro di tutti coloro che lavorano in psicologia clinica e in psicoterapia.

Da circa una decina di anni, inoltre, Drew Westen e Jonathan Shedler hanno pubblicato uno strumento diagnostico la cui affidabilita', validita' ed utilita' clinica si stanno dimostrando sempre piu' importanti man mano che si sviluppano le ricerche internazionali, la **Shedler Westen Assessment Procedure-200 (SWAP-200)**. La SWAP-200 e' uno strumento di tipo Q-sort molto maneggevole e in grado di dare una grande quantita' di informazioni clinicamente rilevanti sul singolo caso relativamente a 11 disturbi di personalita' e 12 fattori di funzionamento della personalita', oltre (cosa importantissima in psicoterapia) alla enorme sensibilita' al cambiamento, per cui il terapeuta puo' facilmente valutare l'evoluzione del trattamento.

Vittorio Lingiardi, psichiatra e psicoanalista, docente della Facolta' di Psicologia 1 e direttore della Scuola di Specializzazione in Psicologia Clinica II dell'Universita' La Sapienza di Roma, e' fra i maggiori esperti italiani di ricerca in psicoterapia, valutazione di personalita' e diagnosi psicologica. Oltre alle numerose ricerche pubblicate su varie riviste internazionali, e' fra gli autori di due importanti monografie recentemente pubblicate in Italia su questi argomenti: il monumentale *La ricerca in psicoterapia* (Cortina, 2006) e il recente *La diagnosi in psicologia clinica* (Cortina, 2009). In Italia e' sicuramente il massimo esperto in materia di PDM e SWAP-200 avendo fatto parte del Comitato Scientifico Italiano per la traduzione del PDM (*PDM. Manuale Diagnostico Psicodinamico. Cortina, Milano 2008*) e autore, insieme a Westen e Shedler, dell'edizione italiana della SWAP-200 in un volume corredato da un indispensabile CD-ROM applicativo (*La valutazione della personalita' con la SWAP-200. Cortina, Milano 2003*).

La SWAP-200: un ponte tra ricerca e clinica, diagnosi e formulazione del caso

Francesco Gazzillo, Daniela Maggioni

L'insoddisfazione per le classificazioni del D.S.M. (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4° edizione, American Psychiatric Association, 1994) e dell'I.C.D. (International Classification of Diseases; 10a edizione della W.H.O., 1994) nelle loro varie edizioni da una parte e quelle per la formulazione dei casi clinici dall'altra sono note e chiaramente sostenute nella letteratura degli ultimi decenni. Si tratta sia di insoddisfazioni interne alle rispettive comunità professionali sia di insoddisfazioni reciproche. Non ci soffermeremo su questo punto, ma ci limiteremo a ricordare che la situazione è tale per cui nessuno ne esce rafforzato o stimolato e, soprattutto, l'atteggiamento classificatorio e talvolta iper-semplificatorio di una certa psichiatria e quello eccessivamente idiosincratico e "claustrofilico" del mondo psicoanalitico, in particolare latino, rischiano di colludere, sul piano scientifico, in un cattivo servizio alla comprensione del disagio mentale e della formazione dei giovani professionisti. La ricchezza del materiale clinico e la finezza degli strumenti diagnostici rischiano di non riuscire a confluire in una letteratura meno "settoriale" e più aperta alla discussione e al confronto dei clinici e dei ricercatori di quanto non sembri sino ad oggi possibile, almeno nella maggior parte dei casi. Il problema ha forti implicazioni anche per l'altro "nervo scoperto" del mondo psicoanalitico: la difficoltà e persino il disprezzo che ancora circonda la ricerca sulle psicoterapie. Se infatti il primato deve spettare alla clinica ed ai dati intra-analitici e se persino la registrazione delle sedute viene avversata come elemento di "inquinamento" del setting; se le straordinarie ricerche dell'infant research vengono "snobbate" come ininfluenti o dannose per la formazione e la professione, la ricerca perde la possibilità di attingere alla miniera preziosa dei trattamenti psicoterapici e gli psicoterapeuti quella di aprire le loro stanze d'analisi e la loro mente ad ipotesi e scambi sostanziali anche per la cosiddetta "clinica pura". I moniti di Holt, Bucci, Eagle, Kandel, Gabbard, Fonagy, Kaechele – molti dei quali pubblicati in questa rivista- sono illuminanti ma ancora poco ascoltati. In questo articolo vorremmo proporre uno strumento e un modo per contribuire a costruire un ponte tra diagnosi e formulazione del caso e tra ricerca e clinica, se non altro per mostrare che ciò è possibile e fecondo sia dal punto di vista euristico sia da quello clinico. Senza pretese di assolutizzazione o dogmatismo, diciamo che si tratta di un esempio di come si fa o si potrebbe fare che, riguardando la diagnosi (e quindi l'orientamento e il monitoraggio del trattamento e dei suoi esiti), si pone di per sé in un ambito di interesse interdisciplinare ed ineludibile sia per gli psichiatri che per gli psicoterapeuti, sia per i ricercatori che per i clinici.

La diagnosi di personalità

La diagnosi psichiatrica può declinare la propria utilità in almeno quattro ambiti diversi: la mente del clinico, la relazione terapeutica, la relazione tra i professionisti della salute mentale e la ricerca nel campo della salute mentale. In ognuno di questi ambiti, però, essa si presta anche a usi poco produttivi, che rischiano di renderla un vuoto "rituale" o comunque di limitarne le potenzialità. In questo articolo ci concentreremo sulla diagnosi dei disturbi di personalità, cioè di quei pattern disadattivi di cognizione, emozione, motivazione e comportamento che la psichiatria internazionale ha riconosciuto come veri e propri "disturbi" e ai quali il Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders dedica da anni il suo secondo asse. Cercheremo di mettere in evidenza alcuni dei limiti delle diagnosi di personalità attualmente in uso e presenteremo uno strumento per la diagnosi e la formulazione dei casi di pazienti con disturbi della personalità, la Shedler-Westen Assessment

Procedure- 200 (Westen, Shedler 1999a, 1999b), che sembra possa superare almeno alcuni di questi limiti.

a) La diagnosi e la mente del clinico

Riprendendo il punto della grossolana categorizzazione accennata più sopra, possiamo affermare che la diagnosi di personalità può essere utilizzata per valutare le possibili implicazioni e ricadute prognostiche e terapeutiche della presenza in un dato paziente di certe caratteristiche psicologiche. Per un clinico orientato psicodinamicamente, per esempio, rilevare la presenza di un cospicuo numero di caratteristiche narcisistiche può essere motivo sufficiente per ipotizzare che la persona in questione tenda a ricorrere ai meccanismi di difesa dell'idealizzazione, della svalutazione, dell'onnipotenza, della scissione, della proiezione e dell'identificazione proiettiva, abbia una struttura di personalità di tipo borderline e possa rispondere in modo soddisfacente a una psicoterapia psicoanalitica a orientamento espressivo o a una psicoanalisi vera e propria (vedi, ad esempio, Kernberg, 1984). Ma questo uso della diagnosi può anche favorire bias cognitivi, portando per esempio a pensare che la persona in cui si è riscontrata la presenza di un disturbo narcisistico della personalità abbia ipso facto tutte le caratteristiche che vengono attribuite ai pazienti con quel tipo di disturbo nella letteratura cui si fa riferimento.

L'attribuzione di una diagnosi può inoltre servire a placare l'angoscia che si prova di fronte a una persona di cui non si sa nulla e che si presenta in cerca di aiuto. Ma se da una parte sapere che quella persona presenta un certo tipo di "disturbo" con un nome e delle caratteristiche riconosciute da una comunità di professionisti può essere un modo per rassicurarsi rispetto alle proprie competenze, dall'altra può restringere l'apertura mentale necessaria a comprendere il senso delle diverse caratteristiche psicologiche di una persona, inevitabilmente unica, complessa e irriducibile (Westen, 1998).

Le diagnosi oggi più utilizzate - che sono prevalentemente di tipo "categoriale" mentre secondo molti autori i disturbi di personalità sono esasperazioni di "tratti" e "stili" di personalità in sé dimensionali - non permettono infine di elaborare una adeguata formulazione dei casi clinici, inserendo così un gap artificiale tra due momenti essenziali della prima fase di un trattamento (Westen, 1998). In altri termini, il clinico può dire se e quale disturbo di personalità abbia un certo paziente, ma questa operazione non gli permette di dire molto altro rispetto al funzionamento psichico di quella persona, né gli permette di mettere in relazione i suoi tratti con la storia della sua vita e gli ambiti in cui si manifestano più chiaramente.

b) L'uso della diagnosi nella relazione terapeutica

Molte delle categorie diagnostiche attualmente in uso per valutare la personalità non permettono l'elaborazione di una terapia e di una prognosi chiara e specifica, e per questo non sono di utilità pratica dimostrata, a meno che non si abbraccino teorie che, anche indipendentemente dalla nosografia internazionale, delineino un sistema di ipotesi che connette diagnosi, eziologia, prognosi e trattamento di elezione, come è il caso di alcuni modelli psicoanalitici e cognitivo-comportamentali.

Anche se esistono voci discordanti e casi particolari (vedi, ad esempio, Westen, 1998; McWilliams, 1999), inoltre, la diagnosi in genere non viene comunicata ai pazienti perché non è affatto ovvio che ne comprenderebbero il senso, potrebbero sentirsi esclusivamente "etichettati" o potrebbero usare quelle parole come una difesa intellettualizzata dal tentativo di approfondire la propria esperienza di sé.

Infine, la presunta "ateoreticità" del DSM fa sì che le sue diagnosi si riferiscano esclusivamente alle caratteristiche esplicite e manifeste e non diano informazioni sulle dimensioni implicite e inferite del funzionamento della personalità, dimensioni che spesso si presentano di particolare rilevanza nell'elaborazione della diagnosi stessa, della prognosi e della strategia terapeutica. Altrettanto rilevanti ed escluse dalle diagnosi di personalità oggi più diffuse sono le "potezialità" e i "punti di forza" del funzionamento psicologico di una persona.

c) La diagnosi e la comunicazione tra professionisti della salute mentale

Le diagnosi sono, o almeno dovrebbero essere, una sorta di linguaggio condiviso che permette di superare le barriere delle diverse esperienze, formazioni e appartenenze geografiche e culturali nella comunicazione tra professionisti della salute mentale. In altri termini, dovrebbero essere una “lingua franca”, una sintesi comprensibile a tutti delle informazioni rilevanti rispetto al caso di cui si parla. Ma, a parte i bias culturali delle diagnosi evidenziati da alcuni (Barbetta, 2003), anche a tal proposito il cammino da fare è per certi versi ancora lungo. In primo luogo, un consistente numero di pazienti con “pattern disadattivi di cognizione, emozione, motivazione e comportamento” non ricadono nelle categorie attualmente in uso (Westen, Arkowitz 1998), ragion per cui è frequente la diagnosi di “disturbo della personalità non altrimenti specificato”; in secondo luogo, molti pazienti ricadono in una categoria - quella di “disturbo depressivo della personalità” - presente solo in appendice al DSM-IV (A.P.A., 1994) e come categoria da studiare ulteriormente, e in terzo luogo la stabilità delle categorie diagnostiche dell’attuale Asse II, che per definizione dovrebbero essere relativamente invariabili almeno nel breve periodo, è drammaticamente bassa oltre le sei settimane dalla valutazione.

Infine, le attuali categorie diagnostiche dei disturbi di personalità - e soprattutto quelle relative al cluster B e il disturbo borderline di personalità - presentano percentuali elevatissime di comorbidità sia con patologie di Asse I sia con altre patologie di Asse II, determinando così una situazione di “caos” diagnostico che ha portato alcuni autori a ipotizzare l’esistenza di grandi “organizzazioni” di personalità comuni a più disturbi (Kernberg, 1984), e altri autori a parlare di “spettro borderline” (Zanarini, 1993) al posto o di fianco al disturbo borderline di personalità. A parere di alcuni, infine, è la stessa distinzione tra un Asse I “episodico” e “biologico” e un Asse II “cronico” e “ambientale” a essere inadeguata (vedi Westen, Shedler 2000).

d) La diagnosi e la ricerca in psicologia e psichiatria

L’esistenza di etichette diagnostiche condivise dovrebbe essere utile alla ricerca nel campo della salute mentale, il cui scopo è quello di trarre conclusioni, evidenziare regolarità e leggi probabilistiche valide in una serie di casi specifici, basti pensare al ruolo degli abusi sessuali infantili nella vita dei pazienti con disturbo borderline di personalità (Perry, Hermann 1993); ma anche in questo caso le diagnosi attualmente utilizzate presentano seri limiti, non ultimo quello che, basandosi su algoritmi e criteri di esclusione specifici – del tipo: per fare diagnosi del disturbo X devono essere soddisfatti almeno 4 criteri su 9 della lista presentata - permettono l’attribuzione di una stessa etichetta diagnostica a persone con una sintomatologia anche considerevolmente diversa (Frances, Widiger, 1986); questi sistemi diagnostici non permettono inoltre di “pesare” la rilevanza dei diversi criteri nell’attribuzione di un disturbo, e non permettono di valutare molti degli ambiti più importanti del funzionamento della personalità, incluse le “risorse” dei diversi pazienti (Westen, 1998; Shedler, Westen, 1999b).

Le diagnosi dell’ICD e del DSM sono inoltre il risultato delle decisioni di comitati di esperti valutate, modificate e corrette sulla base di dati empirici; la loro utilizzazione in ambito clinico è vincolata alla somministrazione di strumenti per lo più auto-somministrati che non riescono a tenere conto delle dimensioni implicite del funzionamento della personalità di un individuo e della discrepanza tra il livello esplicito e quello implicito, strumenti che in genere presentano una bassa attendibilità test-retest e un’altrettanto bassa validità concorrente (vedi, ad. Es., Skodol e coll., 1991; Perry, 1992).

Tre grandi tradizioni diagnostiche

Le diagnosi psicologiche presentano inoltre un’ulteriore caratteristica problematica: anche nell’ambito della delimitazione e denominazione dei “disturbi”, la psicologia si presenta a parlare con molte voci diverse (vedi l’Introduzione a Westen, Shedler, Lingardi 2003). Da una parte c’è quella psicodinamica, che utilizza categorie piuttosto specifiche, idiosincratiche e sofisticate nate nella stanza di analisi ma che non sempre hanno ottenuto una validazione empirica, presentando

però un livello di approfondimento e delle ricadute applicative ricche e specifiche; la tradizione accademico-psicometrica, invece, ha costruito numerosi questionari e interviste che permettono di valutare una persona secondo una serie di dimensioni (ad es.: nevroticismo, psicoticismo, amichevolezza, energia, apertura all'esperienza ecc.) che dovrebbero fornire un'istantanea del funzionamento della sua personalità; queste dimensioni, però, anche se spesso presentano una loro validazione empirica, non sempre sono adeguatamente informative per un lavoro sul caso specifico. La terza tradizione del sapere psicologico sulla valutazione della personalità è infine quella psichiatrica, che anche se è impegnata a superare la tendenza a elaborare categorizzazioni che a volte sembrano fini a se stesse, ancora non è approdata a un modello che permetta di associare una certa diagnosi a una prognosi e a un trattamento specifico, per quanto questa sia una delle sue aspirazioni fin dai lavori di Kraepelin.

Lungi dal sottovalutare i progressi consentiti dalle diagnosi DSM e ICD e dal pensare che esistano strumenti che permettano la soluzione di tutti i problemi delle diagnosi di personalità cui abbiamo accennato, nella parte restante di questo articolo presenteremo uno strumento a nostro parere particolarmente interessante per la diagnosi e la formulazione dei casi clinici, la Shedler-Westen Assessment Procedure-200 (SWAP-200).

La SWAP-200

La SWAP-200 è uno strumento per la valutazione dei disturbi di personalità che si pone come obiettivi: a) quello di consentire una diagnosi funzionale (Westen, 1998) che possa colmare lo iato che separa le diagnosi della psichiatria contemporanea dalla formulazione clinica di un caso di matrice psicodinamica; b) quello di elaborare una diagnosi sia categoriale sia dimensionale; c) quello di superare alcuni limiti degli strumenti self-report nella valutazione dei processi psichici impliciti ed espliciti che costituiscono la personalità; d) quello di arricchire la classificazione dell'Asse II del DSM-IV e al tempo stesso quello di fornire una griglia alternativa, empiricamente fondata, di categorizzazione e lettura dei disturbi della personalità.

Osservata da un altro punto di vista, la SWAP-200 si propone di stabilire un ponte fra le procedure e le categorie esplicative cliniche e i metodi della ricerca empirica, lasciando che i clinici facciano quello che sanno fare meglio (osservare e inferire) mentre i metodi statistici sono utilizzati per espletare i compiti loro specifici (aggregare i dati in modo corretto e significativo). Come si può vedere, dunque, questo strumento si pone obiettivi molto ambiziosi.

La SWAP-200 (Westen, Shedler 1999a) si basa sull'applicazione di una procedura Q-sort alla valutazione della personalità; essa è composta da 200 item derivati dalla letteratura più recente sulla personalità e i suoi disturbi e selezionati nel corso di sette anni di lavoro. Questi item sono scritti in un linguaggio semplice e quotidiano, privo di qualsiasi "gergo" ma, a differenza dei criteri del DSM, non rinunciano alle conquiste teoriche delle diverse discipline psicologiche, in particolare di quelle psicodinamiche; gli item della SWAP-200, infatti, cercano di tradurre concetti complessi nei loro correlati fenomenici (ad es., ecco gli item con cui è descritta l'identificazione proiettiva: 116 "Tende a vedere i suoi sentimenti e impulsi inaccettabili negli altri e non in se stesso/a". 76: "Si comporta in modo da suscitare negli altri sentimenti simili a quelli che lui/lei stesso/a sta provando (per es., quando è arrabbiato/a, agisce in un modo che provoca rabbia negli altri; quando è ansioso/a, agisce in un modo che induce ansia negli altri)"; 154: "Tende a suscitare negli altri reazioni estreme e sentimenti forti").

Un clinico esperto (cioè che abbia condotto almeno tre colloqui con il paziente da valutare) deve attribuire a ognuno di questi item un valore che va da 0 a 7 a secondo del maggiore o minore grado di descrittività dell'item. Gli item con punteggio 0 sono quelli che non descrivono affatto il paziente da valutare, o quelli rispetto ai quali non si hanno informazioni. Si attribuisce invece un punteggio di 7 agli item che descrivono al meglio il paziente.

Per motivi di ottimizzazione della metodologia – omogeneizzazione dei dati, superamento di alcuni

bias di valutazione e approssimazione alla distribuzione naturale delle variabili in questione - il clinico dovrà rispettare una distribuzione fissa degli item, ragion per cui alla fine dovrà aver attribuito un punteggio di 7 a 8 item, di 6 a 10 item, di 5 a 12, di 4 a 14, di 3 a 16, di 2 a 18 di 1 a 22 e di 0 a 100 item. Il compito del clinico finisce qui: alla statistica è affidato il compito di vedere a quale stile/disturbo corrisponda quel profilo.

Questa decisione si basa su una procedura definita "matching prototipe" (vedi, in particolare, Westen, Shedler, 1999a; Westen, Shedler 2000) che valuta il grado di correlazione tra la descrizione SWAP-200 del paziente (cioè i 200 item con i relativi punteggi) e i prototipi dei diversi disturbi di personalità ricavati chiedendo a più di settecento clinici di diversa formazione e orientamento teorico di descrivere con la SWAP-200 un "paziente prototipico" con un certo disturbo della personalità presente nell'Asse 2 del DSM-III R e IV. L'aggregazione di queste descrizioni ha dato vita così a delle descrizioni composite del paziente ideale con disturbo di personalità ossessivo, narcisistico, istrionico, schizoide e così via.

La correlazione tra la descrizione SWAP-200 del paziente che si sta valutando e ognuno di questi prototipi è stata quindi standardizzata (in punti T: media 50 e varianza 10) e, per consentire una diagnosi categoriale, si è stabilito che a un paziente possa essere attribuito un vero e proprio "disturbo di personalità" se il punteggio relativo alla correlazione tra il suo profilo e la descrizione composita del paziente ideale con quel disturbo è uguale o superiore a 60. In presenza di un punteggio tra 55 e 60 si parla di "forti tratti", e in presenza di un punteggio tra 50 e 55 solo di "tratti".

Shedler e Westen, però, hanno chiesto ai clinici di descrivere con la SWAP-200 anche un "paziente prototipico con funzionamento psicologico elevato", una specie di prototipo della persona "sana", ragion per cui la SWAP-200 fornisce informazioni anche sulle risorse, le potenzialità e gli aspetti "sani" delle persone valutate.

Riassumendo quanto detto finora: le correlazioni tra la descrizione SWAP-200 del paziente e i diversi prototipi DSM permettono di ottenere una diagnosi categoriale e dimensionale della personalità, mentre quella tra la descrizione del paziente e il prototipo dell'alto funzionamento permette di vedere il suo "livello di sanità psicologica", o le sue risorse. E per ottenere la formulazione del caso basta "cucire" gli item presenti nelle file 5, 6 e 7, cioè quelli più descrittivi, e arricchirli dei particolari più rilevanti relativi al paziente. Ma questo lo vedremo nello specifico più avanti.

Le diagnosi ottenute con la SWAP-200 hanno dimostrato una elevata inter-rater reliability e delle buone validità concorrenti con altre misure del funzionamento normale e patologico della personalità (Westen, Shedler, 1999a)

Insoddisfatti della natura "non empirica" della classificazione della personalità offerta dal DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994), però, Westen e Shedler (1999b e 2000) hanno chiesto a numerosi clinici di descrivere con la SWAP-200 un loro paziente reale in terapia per pattern di cognizione, emozione, motivazione e comportamento disfunzionali (cioè con un disturbo di personalità) e poi hanno applicato la analisi Q - una variante dell'analisi fattoriale utilizzata in zoologia e nella psicologia della personalità sana - a questi dati per cercare di "tagliare la natura alle sue giunture", cioè per vedere quali sono gli "stili" di personalità effettivamente presenti "in natura". Questo metodo ha permesso di individuare 7 (o 11) stili di personalità, non tutti corrispondenti a quelli presenti nel DSM; questi fattori-Q possano essere già utilizzati per descrivere il profilo di personalità dei pazienti, ma per quanto siano più informativi e sofisticati delle categorie di disturbo derivate dal DSM, il loro limite maggiore sta nel fatto che possono essere estesi solo a una popolazione di pazienti che possono ricevere diagnosi di un vero e proprio disturbo della personalità secondo le categorie del DSM-III-R e IV. A breve, comunque, saranno disponibili dati più "generalizzabili" ottenuti applicando una seconda versione dell'insieme di item dello strumento, la SWAP-II (Westen, Shedler, Lingiardi, 2003).

Tra le scoperte più interessanti ottenute con questa procedura di analisi Q c'è da segnalare l'assenza di un "disturbo borderline" unitario: i pazienti "borderline" infatti rientrerebbero in almeno tre

categorie: istrionici, disforici: emotivamente disregolati e disforici: dipendenti-masochistici. Il nucleo della patologia borderline sembra dunque una difficoltà nella regolazione delle emozioni: mentre l'istrionico avverte come egosintoniche le sue emozioni "fuori controllo", il disregolato le sente egodistoniche e il dipendente-masochistico cerca di regolarle nella relazione con un altro "abusante". Sembra inoltre che non sia possibile parlare di un vero e proprio disturbo di personalità schizotipico, laddove la schizotipia pare essere una variante della schizofrenia geneticamente fondata (Asse I), mentre il disturbo ossessivo di personalità evidenziato con la SWAP-200 appare assai più "lieve" di quello dell'Asse II del DSM, tanto che forse è più corretto parlare di uno stile di personalità ossessivo, lasciando così pensare che quello che viene comunemente inteso con disturbo ossessivo di personalità sia in realtà una forma lieve del relativo disturbo di Asse I. Sembra invece confermata l'esistenza di un unico disturbo narcisistico di personalità, che vede al suo interno la presenza di caratteristiche dalla "pelle spesse" e dalla "pelle sottile", "inconsapevoli" e "ipervigili" (Rosenfeld, 1971; Gabbard, 1989). Ugualmente interessante è la rilevazione dell'esistenza di un disturbo di personalità disforico: depressivo di alto funzionamento, che insieme a quello ossessivo presenta le correlazioni più alte con il fattore di alto funzionamento, almeno nelle nostre società occidentali e post-industriali. Correlazioni buone sono state anche rilevate tra fattore di alto funzionamento e fattore Q narcisistico.

E' inoltre disponibile una versione per adolescenti della SWAP-200, chiamata SWAP-200-A, la cui applicazione a campioni clinici reali ha dato risultati piuttosto interessanti che però esulano dall'ambito di questo lavoro (vedi Westen, Chang, 2000; Westen et al. 2003).

A proposito di ulteriori usi possibili della SWAP-200, è possibile affermare (Shedler, 2002) che la natura "experience-near" e l'assenza di gergo dei suoi item la rendono uno strumento potenzialmente utile in sede di supervisione analitica e riflessione clinica su un caso, mentre le sue caratteristiche statistico-metodologiche ne fanno uno degli strumenti più efficaci e informativi nella valutazione del processo e degli esiti della psicoterapia (Lingiardi, Gazzillo, Porzio Giusto 2003). Ma adesso, per così dire, lasciamo la parola allo strumento e vediamo all'opera su un caso clinico.

Applicazione esemplificativa della SWAP-200: il caso di Germano

Descrizione clinica

Germano è un uomo di 36 anni, occupa un posto di responsabilità in un'industria ed è sposato da molti anni con una coetanea. Lui e la moglie non hanno avuto figli, ma non è chiaro di chi sia la "colpa".

Anche se lavorano in città diverse, Germano e la moglie trascorrono insieme tutto il tempo non occupato dal lavoro e, pur non avendo difficoltà economiche ed essendo inseriti nei circoli "bene" della loro città fin dalla nascita, entrambi si sentono al di sotto delle loro aspirazioni economiche e professionali: lui dice che condividono - e questo forse è stato un elemento basilare della loro relazione - "l'esperienza terribile di aver visto la famiglia d'origine precipitare dall'Olimpo nella polvere". Quando deve descrivere il suo matrimonio, Germano parla di "una cosa tranquilla, forse senza amore da sempre, ma con qualche interesse in comune che però ultimamente mi va stretto". Anche se hanno presentato domanda di adozione da poco più di un anno, Germano non ne è affatto convinto e a volte spera che la cosa non vada in porto: non se la sente di fare il padre, soprattutto da quando sta male, ma forse per la moglie è importante, "per quanto"...("per quanto..." è la sua locuzione tipica per scagliare con non chalance nella mancanza di senso quanto ha appena posto sul tappeto come importante, chiaro, logico e razionale).

Germano è il sesto di numerosi figli di una famiglia di imprenditori di cui parla in termini veramente idealizzati: chiede al suo terapeuta se possa avere dei problemi a seguirlo perché la sua famiglia è molto nota e magari conosce qualche sua sorella. Tutte sono passate da uno psicoterapeuta all'altro, una sola è in trattamento "da una vita" ed è lei che ha molto insistito perché il paziente si rivolgesse a "qualcuno di bravo". Germano ha già avuto un'esperienza di psicoterapia

in America, dove ha lavorato per la sua azienda per più di un anno e dove è esploso, in modo del tutto inaspettato, il suo malessere, diagnosticato e certificato in quell'occasione come "attacchi di panico". Contemporaneamente alla psicoterapia ha un trattamento farmacologico con antidepressivi e ansiolitici - sotto controllo mensile di uno psichiatra - che ha diminuito e quindi sospeso pochi mesi di iniziare l'analisi.

Oltre alla terapia cognitiva fatta in America, per lui è stata fondamentale anche la presenza della moglie - che ora gli rinfaccia di aver sacrificato la sua carriera e un anno di contributi previdenziali - che, su sua preghiera/ricatto, dopo qualche settimana dall'insorgere della sindrome ansiosa del marito, ha chiesto l'aspettativa ed è andata da lui.

Il paziente lamenta insonnia, rifiuto dell'attività professionale, difficoltà di concentrazione, "blocco decisionale", sentimenti di incapacità e fallimento, la comparsa di un sintomo di fastidio persistente e per lui veramente invalidante a un occhio, che nessuno specialista e nessuna terapia sintomatica placa e che aumenta soprattutto sotto stress. Sente che non può continuare a rimandare, che la sua brillante carriera è fortemente a rischio, che anche il rapporto con la moglie è insoddisfacente, che non può confidare nell'aiuto e nella comprensione di nessuno. Dice che è come se di colpo la sua vita gli fosse sembrata priva di senso e di scopo, per quanto si senta "costretto" a continuarla perché sa di averla scelta "naturalmente" come l'unica consona alle sue aspettative e competenze/abilità, alla sua estrazione socio-culturale, ai suoi valori e principi religiosi, incentrati sul sacrificio e sulla sofferenza come mezzo di "salvezza" e prezzo per la realizzazione personale.

Dopo i primi colloqui di valutazione, il paziente chiede al suo terapeuta di non rimandare ancora a lungo l'inizio della terapia perché teme di "sbottare" con il padre, la moglie e la suocera. La sua immagine di "bravo bambino tranquillo" non regge più, e lui sente di dover per la prima volta nella vita decidere che fare della sua vita, chi è: lui è sempre stato convinto, sin qui, che tutto (successo, denaro, riconoscimenti) gli sarebbe arrivato automaticamente, ed è molto "incazzato" per questo brutto risveglio. Anche la "crisi" avuta in America gli era per un po' sembrata una cosa passeggera, una "sinapsi da sistemare", ma adesso ha la sensazione che il suo cervello sia sinistrato e che si debbano riprendere in mano uno a uno tutti i collegamenti.

Nel corso dei primi cinque colloqui parla anche del fratello: a causa della malattia e del suo "innato parassitismo", è l'unico ad essere "mantenuto" ancora dai genitori a quasi cinquant'anni. Racconta un episodio recente di "favoritismo manifesto" del padre nei confronti di questo fratello, favoritismo che ha suscitato in lui una rabbia che ha per la prima volta espresso al padre, accusandolo di essere ingiusto nei confronti degli altri figli. Poi parla anche di un'altra "ingiustizia" perpetrata dai genitori ai danni suoi e degli altri fratelli e a favore di una sorella, separatasi da un "cialtrone infame che la tradiva e la umiliava" dopo alcuni anni di matrimonio, accolta e mantenuta nella casa dei genitori con le due bambine da ormai tre anni e "rassegnata" da un paio di mesi a lavorare come impiegata. A Germano fa schifo l'idea di un mondo in cui gente laureata e di una certa estrazione sociale ed economica deve accettare un impiego così umiliante - la sorella è "segretaria di direzione"- e uno stipendio da fame. E ha paura di fare la loro stessa fine.

Quando Germano parla della sua infanzia e della sua adolescenza, il terapeuta pensa a un racconto delle vicende di famiglie principesche, a riviste di bassa lega per "fanciulle in cerca del principe azzurro": l'autista che li accompagnava a scuola, la villa fuori città con parco e piscina, la "tata" con cui si pranza e si cena senza i genitori, la solitudine e la mancanza di giochi, risse, abbracci e pianti. E' tutto ovattato, patinato, non si sente nostalgia né partecipazione nel racconto, che poi viene travolto da un brusco risveglio: "E' stato tutto un sogno, un inganno". Il risveglio, per il paziente, è avvenuto in questi ultimi anni, non all'epoca dell'effettivo cambiamento della situazione economica della famiglia, quando lui si era convinto che avrebbe fatto quello che il padre non era riuscito a fare fino in fondo.

Se gli uomini sono tutti "stupidotti", per Germano e le donne sono sottomesse, infelici, assolutamente in secondo piano e legate alle sorti dei mariti. Sua madre, figlia di piccoli imprenditori ex-emigranti, si è sposata a vent'anni; la suocera è di estrazione nobile ed è stata rovinata da un marito dedito al gioco che ha sperperato l'eredità della blasonata famiglia d'origine;

una sorella ha voluto un figlio a 42 anni da un uomo che non ama e non ce la fa a "tirarlo su"; la sua "capa" inglese faceva dei gran casini, per quanto molto abile nelle relazioni e molto affettuosa con lui nei mesi più bui; la moglie l'ha sposato perché si sente meno brava e bella di quanto non sia e non si riteneva degna, a causa dei dissesti della propria famiglia, di ambire ad un uomo più ricco e brillante. E potremmo andare avanti ancora a lungo.

Nel corso delle prime sedute emergono, alternativamente, la depressione/preoccupazione per il sintomo e per il lavoro e la rabbia per la moglie, la suocera e il padre (e le loro richieste, più o meno esplicite, che il paziente si adegui alle loro aspettative: di essere brillante, impegnato, attivo, rapido nelle decisioni). Germano esprime alla suocera e alla moglie la sua intenzione di non farsi invadere dalle loro richieste ed il suo bisogno di tempi e spazi più suoi. Emergono l'amore per la musica classica e per il teatro e il progetto di "rivoluzionare" l'arredamento della sua casa per ricavare una stanza-libreria essenziale, silenziosa, dove vivere le sue passioni autentiche, poco mondane e "virili". Ma dall'epoca del Liceo vagamente, e dai 20 anni più chiaramente, Germano ha sempre avuto l'impressione di poter essere omosessuale. I rapporti sessuali con la moglie non sono mai stati frequenti, e da quando gli ha detto di questa possibilità sono diventati quasi inesistenti".

Dopo alcune sedute si arriva a definire, provvisoriamente, il senso di "crollo" che sperimentò in America: meglio malato che omosessuale e lazzarone. Germano dice che il pensiero di essere omosessuale (senza mai nessuna attrazione cosciente per un uomo) e di non essere dedito completamente alla carriera è intollerabile per lui e per l'educazione ricevuta, letteralmente spaventoso; e che il matrimonio con una donna come sua moglie è stata una copertura, tanto più rassicurante dopo aver scoperto che non potranno avere figli.

Dopo le prime 5-6 sedute, il terapeuta ha qualche caduta di interesse quando Germano ripete le solite osservazioni sui propri problemi professionali (storie di progetti assolutamente sulla carta, rapporti con filiali, report sempre inutilmente favorevoli al paziente, stanze e corridoi e telefonate e computer per i quali sembrano passare parole e allusioni ma mai persone).

Il terapeuta sente fortemente l'isolamento e il narcisismo di quest'uomo, e talvolta penso al tenente Giovanni Drogo de "Il deserto dei Tartari" di Buzzati, talaltra ad un bambino capriccioso e antipatico, il classico "primo della classe" saccente (l'aspetto fisico è un po' infantile, l'abbigliamento da gentiluomo di campagna, i gesti e le parole da perfetto "principino"). Il nemico di Germano - Giovanni Drogo è sempre all'orizzonte della sua ossessione, ma non si materializza mai. E c'è la dimensione del deserto che si affaccia anche in seduta nonostante il linguaggio vivace, una certa capacità di riflessione, lo sguardo e il sorriso intriganti.

Alla fine del primo mese di lavoro, emerge il "nodo" del denaro: lui non paga, l'ultima seduta del mese, come avrebbe dovuto secondo i nostri accordi, perché... la terapeuta non gli ha preparato un bigliettino con il conto! Due sedute (non consecutive) saranno dedicate quasi interamente a questo tema: il paziente dice, letteralmente, che lui non fa i conti perché "non può rassegnarsi a contare i soldi". Sollecitato dal terapeuta, associa "contare i soldi" ad "avere i soldi contati", cioè a non essere quello che ha fino alla fine dell'adolescenza pensato di essere per nascita: ricco e imprenditore senza sforzi, senza conti da fare, senza confronti e competizioni da ingaggiare. Quando gli chiedo come si può spiegare che lui abbia dato per scontato che io, invece, dovessi "fare i conti" per lui, dice che in casa sua i conti li hanno sempre fatti le donne. Si apre a questo punto un racconto sul suo rapporto con il denaro: come il padre, lui non se ne occupa, non richiede quanto gli spetta nemmeno in azienda, affida alla moglie l'amministrazione domestica e tutte le operazioni connesse, salvo prelevare con "bancomat" la cifra corrispondente al massimale previsto dal contratto con la banca per le spese personali. "Dovrei alzarlo per prelevare la somma per pagare la terapia ... sarebbe più semplice con un assegno, perché non voglio che mia moglie sappia quanto spendo. Ah, no! Non posso alzare il massimale perché dovrei cambiare tipo di conto, e dovrei dirlo a mia moglie perché siamo co-intestati. Ma Lei ci pensa che io mi perdo in questa seccatura? Io sono un manager, e dovrei proprio per definizione trovare soluzioni per il cambiamento!". E ancora: "Beati i miei fratelli: loro lavorano in ditta, se hanno dei problemi c'è sempre il paparino, non hanno fatto nulla per trovarsi il posto di lavoro, non timbrano il cartellino....".

Un'altra seduta è dedicata interamente al rischio che la sezione italiana della sua azienda passi agli Americani, con conseguenti terremoti e tagli di personale che non potrebbero non riguardare anche il paziente. Lui si descrive come passivo, impotente, senza "padrone" - avendo rifiutato di essere incorporato nella divisione americana, a suo tempo, non ha chances; in Italia non ha un ruolo preciso, ed ora rischia di perdere anche quello - e nello stesso tempo come "uno che sa prima che gli altri sappiano", che decifra le non-risposte a sue astute domande-trabocchetto ai "pezzi grossi" esteri come conferma di quanto sta avvenendo, ecc. Lui, dopo un attimo di silenzio, dice che è sempre stato così: sì, lui è bravo o comunque non stupido, ma al momento di usare per sé le sue capacità si arena o si ammala.

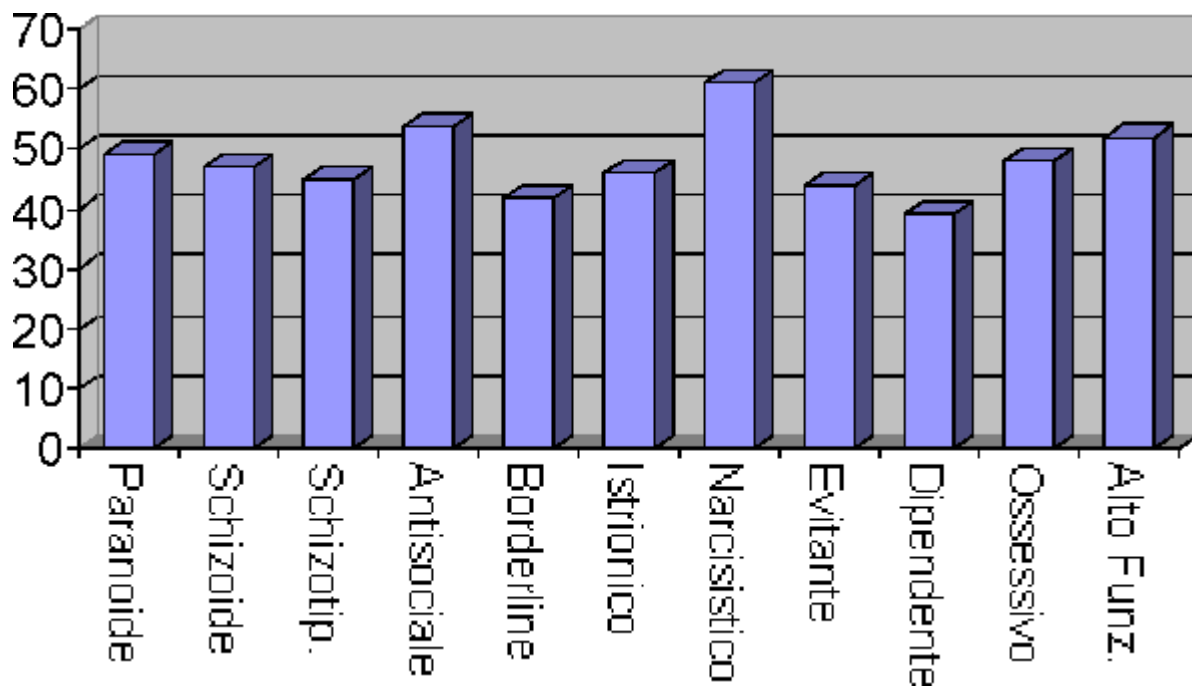
Le diagnosi SWAP-200

Un rater ha valutato Germano sulla base di una dettagliata relazione fornita dal suo terapeuta sui colloqui di valutazione sulle prime sedute della sua analisi.

Usando le categorie del DSM, Germano presenta un "disturbo narcisistico (61.22) della personalità con lievi tratti antisociali (53.91)" (vedi Figura 1).

I fattori-Q confermano sostanzialmente questa diagnosi di disturbo narcisistico (76.09), ma rivelano anche la presenza di lievi tratti ostili (54.44) e ossessivi (51.42) e un "alto funzionamento" nella media (52) (vedi Figura 2). Tutti gli altri fattori sono nella media.

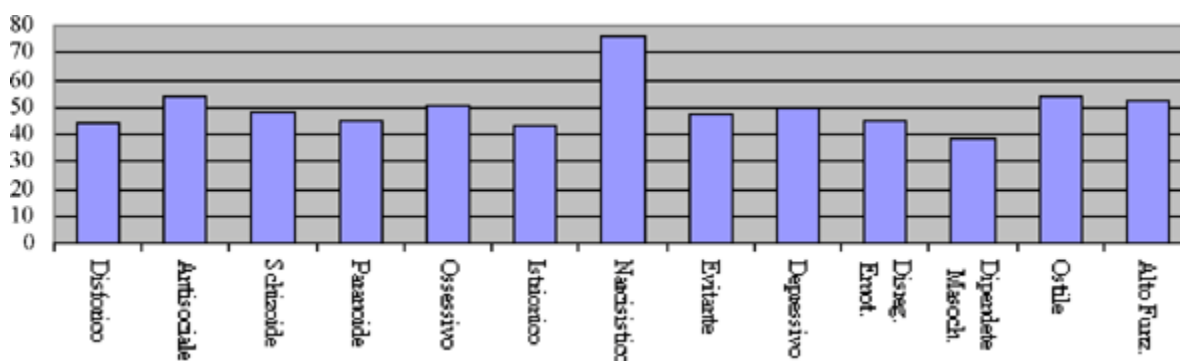
Figura 1: il profilo di Germano nei termini dei fattori PD



La formulazione del caso con la SWAP-200

Ma se queste sono le diagnosi categoriali e dimensionali elaborate per mezzo della SWAP-200, ecco l'abbozzo di una possibile formulazione clinica del caso di Germano ottenuta semplicemente "cucendo" gli item della SWAP con punteggio 5, 6 e 7.

Figura 2: il profilo di Germano nei termini dei fattori Q



Germano si sente esageratamente importante e tende a essere critico con le altre persone, soprattutto con le donne, ma tende anche a provare invidia e a sentire che la sua vita non ha significato. Ha problemi nel prendere decisioni e tende a sentirsi debole, impotente e alla mercé di forze che esulano dal suo controllo.

Germano tende a sentirsi infelice, depresso e abbattuto; è molto angosciato dalla sensazione di aver perso irrimediabilmente qualcosa di fondamentale per la sua vita (con la “caduta” sociale ed economica della sua famiglia), ma conserva un’immagine molto idealizzata (dalla sua famiglia prima di questo “tracollo”), fino a non vederne neanche dei comuni difetti umani. Ha però paura di diventare come suo padre, e tende inoltre a sentire che una persona come lui possa essere apprezzata e frequentare solo persone con uno status sociale, economico e culturale elevato.

Germano non sa se è eterosessuale, omosessuale o bisessuale, anche se non ha quasi nessun interesse nelle attività sessuali e sente spesso di non essere veramente se stesso con le altre persone, alle quali spesso risulta noioso. Spesso appare superbo e sprezzante, e non ha relazioni né amici stretti, al di là di quelle con la famiglia di origine e la moglie.

Germano tende a sviluppare sintomi somatici in risposta a stress o conflitti e ha sofferto attacchi di panico e tende a partecipare a scontri di potere, soprattutto in fantasia, perché poi perlopiù tende a sentirsi apatico, affaticato e privo di energia, inadeguato e fallito. Sembra trarre piacere o soddisfazione comportandosi in modo sadico o aggressivo con gli altri e cerca di dominare con la violenza o l’intimidazione le altre persone, soprattutto sua moglie.

Fra i punti di forza della sua personalità si evidenzia infine una certa capacità di essere assertivo in modo efficace e appropriato e una buona capacità di esprimersi con le parole e raccontarsi, anche se spesso pensa in termini astratti e intellettualizzati anche su argomenti di evidente rilievo personale.

Una breve discussione

Paragonando la lunghezza del resoconto clinico dei primi colloqui e delle prime sedute di Germano con quella della formulazione del caso condotta con la SWAP-200, sembra evidente la capacità di sintesi e le capacità descrittive di questo strumento, che permette di esporre le caratteristiche psicologiche principali di un paziente con un “vocabolario condiviso” ma senza forzarlo in griglie precostituite (basti pensare a tutte le possibili combinazioni di 200 item).

Al tempo stesso, tanto i fattori PD quanto quelli Q restituiscono l’immagine di una persona con un senso di sé inflazionato e una difficoltà nella regolazione della rabbia. Appaiono anche degli elementi ossessivi che potrebbero rinforzarsi almeno nelle prime fasi della terapia e come tentativo di controllo della rabbia, mentre la presenza di un “alto funzionamento” nella media lascia ben sperare indicando la presenza di buone risorse psicologiche. Ovviamente, la diagnosi completa di Germano dovrebbe contemplare anche la presenza di disturbi di Asse I, ed eventualmente la specifica delle sue caratteristiche sugli altri tre assi del DSM.

Come è possibile intuire anche da questo breve lavoro, che presenta numerose limitazioni metodologiche e intende essere una sorta di introduzione allo studio di uno strumento relativamente

nuovo e delle sue applicazioni, la SWAP-200 permette di elaborare in modo semplice ed efficace una diagnosi di personalità sia categoriale sia dimensionale, e di ottenere formulazioni cliniche sintetiche e immediatamente comprensibili a professionisti di qualsiasi orientamento. Ciò implica che una valutazione SWAP-200 può aiutare il terapeuta a chiarire i principali “fuochi” su cui concentrare la propria attenzione ed eventualmente anche i propri interventi e gli permette di valutare l’andamento e l’esito finale del suo lavoro in modo sfaccettato e approfondito. Valutare un paziente con la SWAP significa inoltre passare qualche ora a chiedersi se determinate caratteristiche psicologiche siano proprie di quella persona e in che misura lo siano, se si hanno informazioni su un certo ambito della sua vita o se invece di quell’ambito si sappia poco o nulla. In breve, la SWAP-200 è un tentativo di allenare il pensiero clinico durante il processo di riflessioni diagnostica per poi disciplinarlo per mezzo di un linguaggio neutro e vicino all’esperienza e tecniche statistiche adeguate.

Aggiornamento della storia clinica

Con l’intento che abbiamo enunciato all’inizio, ed anche perché il lettore possa intuitivamente confrontare il profilo alla SWAP-200 di Germano con quello che il terapeuta è in grado di offrirci oggi in base al materiale delle sedute, riassumeremo qui la situazione clinica dopo cinque mesi. Essa ci è stata fornita dal terapeuta in base ai suoi appunti, nella forma sintetica ed “impressionistica” in cui vengono per solito esposti gli aggiornamenti di un caso clinico presentato in una discussione di gruppo tra colleghi.

Il tema della scelta del lavoro e dei rapporti con la famiglia d’origine hanno progressivamente occupato meno spazio nel corso delle sedute: Germano ha scelto di non darsi da fare (“sgomitare”) per un nuovo incarico all’estero, che significherebbe la sua definitiva consacrazione ad “aspirante top manager”: sente di tradire le aspettative del padre e del mondo sociale di appartenenza suo e della moglie, ma sente anche di non poter fare altrimenti.

Gli interventi del terapeuta hanno mirato a riportare all’intrapsochico il conflitto e la disapprovazione relativi a tale scelta, passaggio dopo passaggio, con modalità spesso del tipo: “Ma quello che lei mi sta dicendo che sua suocera dice/direbbe è esattamente quello che lei mi ha detto poco fa/la volta scorsa...”, oppure con domande ironiche del tipo: “Chi direbbe questo????”. Tali modalità si sono rivelate sino ad ora efficaci nel preparare o porgere le interpretazioni senza ferire il narcisismo del paziente o favorirne la superficiale accettazione e anche per creare un clima collaborativo ed emotivamente sereno in seduta.

Il transfert/controltransfert segnala una riduzione della noia/oppositività e una minor incidenza di configurazioni duali di passività/attività, razionalizzazione e intellettualizzazione, onnipotenza/impotenza.

Finalmente è stato possibile, seppure provvisoriamente, comprendere meglio il “posto” della madre nella vita familiare e intrapsichica di Germano: è lei la “portatrice sana” del germe dell’imprenditorialità/virilità fallita, in quanto figlia di povera gente arricchitasi con il commercio. La categoria dei “commercianti” viene ora usata, nel gergo di paziente e terapeuta, per designare una sorta di Sé intermedio, tra il fallito e il manager, per indicare un’area femminile –cioè secondo lui non maschile e non virile- coperta da vergogna e disprezzo, che però una donna può in qualche modo “coprire” sposandosi in giovane età con un imprenditore ed amministrando in prima persona i proventi dell’attività del marito in modo da creare una famiglia, una casa, un entourage non da “commercianti”.

Il paziente può ora portare in seduta i suoi sentimenti di solidarietà (recentemente ha ospitato per un mese una bambina bielorusse: tale esperienza, già scelta alcuni anni fa, non era mai stata menzionata in terapia), la sua curiosità e apertura a persone e visioni della vita diverse da quelle che “il figlio di imprenditori” dovrebbe naturalmente avere, un look meno formale quando non arriva direttamente dall’ufficio, le sue scelte di vacanze nella Maremma toscana invece che a Cortina o

Forte dei Marmi. Afferma espressamente di poterne parlare e di potersi sentire compreso solo in seduta e dice spesso che non “osa” parlare alla moglie di questi aspetti, sia per non incorrere nella sua decisa disapprovazione sia perché lui sa da sempre di “essere anche così”, ma gli sembra strano ed a volte inspiegabile. In una seduta dice: “Quando ho saputo che la persona con cui ero stato così bene a parlare per tutto il pomeriggio è di Rifondazione Comunista, mi sono chiesto se stavo diventando matto e mi sono detto che non dovevo neanche accennarlo a mia moglie o ai miei, se non volevo essere ricoverato.”

Il terapeuta sembra meno investito da aspettative e ruoli di potere e giudizio, le questioni relative al pagamento e alle sedute saltate da pagare sono state da un po’ “parcheeggiate”, come pure la questione sessuale, forse per permettere il consolidamento di un’alleanza di lavoro e di una trama cognitivo-affettiva più sicura per una loro elaborazione successiva.

L’insonnia è stato il primo sintomo a migliorare considerevolmente, non ci sono stati negli ultimi mesi episodi di ansia e panico, da circa un mese il paziente non accenna al suo “disturbo”, mentre sporadicamente lamenta cefalea e disturbi intestinali.

Nell’ultima seduta il paziente si è tolto l’orologio, l’ha appoggiato sul tavolo del terapeuta, se n’è andato senza riprenderselo e senza telefonare dopo la seduta per assicurarsi che fosse ben custodito.

Bibliografia

BARBETTA, P. (2003), *Le radici culturali della diagnosi*. Meltemi, Roma.

FRANCES, A. J., WIDIGER, T. A. (1986). *Methodological issues in personality disorder diagnosis*. In MILLON, T., KLERMAN, G. L. (a cura di), *Contemporary directions in psychopathology: Toward the DSM-IV* (pp. 381-400). Guilford, New York.

GABBARD, G. O. (1989), *Two subtypes of narcissistic personality disorder*. *Bulletin of Menninger Clinic*, 53, pp. 527-532.

KERNBERG, O. F. (1984), *Disturbi gravi della personalità*. Bollati Boringhieri, Torino 1987.

LINGIARDI, V., GAZZILLO, F., PORZIO GIUSTO, L. (2003), *Il caso di Melania: un esempio di applicazione della SWAP-200*. In WESTEN, D. , SHEDLER, J. , LINGIARDI, V. (2003), *La valutazione della personalità con la SWAP-200*. Raffaello Cortina, Milano pp.235-247.

MCWILLIAMS, N. (1999), *Il caso clinico*. Tr. it. Raffaello Cortina, Milano 2002

MILLON, T., KLERMAN, G. L. (a cura di), *Contemporary directions in psychopathology: Toward the DSM-IV* (pp. 381-400). Guilford, New York.

PARIS J. (a cura di), *Il disturbo borderline di personalità*. Raffaello Cortina Editore, Milano, 1995.

PERRY, J. C. (1992), *Problems and considerations in the valid assessment of personality disorders*. *American Journal of Psychiatry*, 149, pp.1645-1653.

PERRY J. C., HERMANN J. L. (1993), *I traumi e le difese nell’eziologia del disturbo borderline di personalità*. In Paris J. (a cura di), *Il disturbo borderline di personalità*. Raffaello Cortina Editore, Milano, 1995.

ROSENFELD. H. (1971), *A clinical approach to the psychoanalytic theory of the life and death instinct: an investigation into the aggressive aspects of narcissism*. *International Journal of Psychoanalysis*, 52, pp. 169-178.

SHEDLER, J. (2002), *Un nuovo linguaggio per la diagnosi psicoanalitica*. Tr. it. in WESTEN, D. , SHEDLER, J. , LINGIARDI, V. (2003), *La valutazione della personalità con la SWAP-200*. Raffaello Cortina, Milano pp. 177-201.

SKODOL, A., OLDHAM, J. , ROSNIK, L., KELLMANN, D., HYLER, S. (1991), “*Diagnosis of DSM-III-R personality disorders: a comparison of two structured interviews*”. In *International Journal of Methods in Psychiatry Research*, 1, pp. 13-26.

ZANARINI M.C. (1993), *Il disturbo borderline di personalità come disturbo dello spettro degli impulsi*. In PARIS J. (a cura di), *Il disturbo borderline di personalità*. Raffaello Cortina Editore, Milano, 1995, pp. 75-92.

- WESTEN, D. (1998), Diagnosi di personalità e formulazione del caso: due processi o uno? Tr. it. in WESTEN, D. , SHEDLER, J. , LINGIARDI, V. (2003), La valutazione della personalità con la SWAP-200. Raffaello Cortina, Milano pp. 37-60.
- WESTEN, D. ARKOWITZ, L. (1998), "Most patients treated in clinical practice for personality pathology cannot be diagnosed on Axis II". Manoscritto non pubblicato, Harvard Medical School, Cambridge, MA.
- WESTEN, D. , CHANG, C. (2000), La patologia della personalità in adolescenza: una rassegna. Tr. it. in WESTEN, D. , SHEDLER, J. , LINGIARDI, V. (2003), La valutazione della personalità con la SWAP-200. Raffaello Cortina, Milano pp. 147-176.
- WESTEN, D. , SHEDLER, J. (1999a), Revisione e valutazione dell'Asse II. Parte prima: lo sviluppo di un metodo clinicamente ed empiricamente valido. Tr. it. in WESTEN, D. , SHEDLER, J. , LINGIARDI, V. (2003), La valutazione della personalità con la SWAP-200. Raffaello Cortina, Milano pp. 61-94.
- WESTEN, D., SHEDLER, J. (1999b), Revisione e valutazione dell'Asse II. Parte seconda: verso una classificazione dei disturbi della personalità empiricamente fondata e clinicamente utile. Tr. it. in WESTEN, D. , SHEDLER, J. , LINGIARDI, V. (2003), La valutazione della personalità con la SWAP-200. Raffaello Cortina, Milano pp. 95-123.
- WESTEN, D. , SHEDLER, J. (2000), Un approccio alla diagnosi della personalità basato sulla comparazione con dei prototipi. Tr. it. in WESTEN, D. , SHEDLER, J. , LINGIARDI, V. (2003), La valutazione della personalità con la SWAP-200. Raffaello Cortina, Milano pp. 125-145.
- WESTEN, D., SHEDLER, J. , LINGIARDI, V. (2003), La valutazione della personalità con la SWAP-200. Raffaello Cortina, Milano.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (1994), International Classification of diseases, 10th edition.
- WESTEN, D., SHEDLER, J., DURRETT, C., GLASS, S., & MARTENS, A. (2003). Personality diagnosis in adolescence: DSM-IV axis II diagnoses and an empirically derived alternative. *American Journal of Psychiatry*, 160, 5, pp. 952-966

Francesco Gazzillo
Facoltà di Psicologia I
Dipartimento di Psicologia Dinamica e Clinica
Università "La Sapienza"- Roma
freuwin@libero.it

Daniela Maggioni
Via Broseta 58
24128 Bergamo
daniela.maggioni@inwind.it