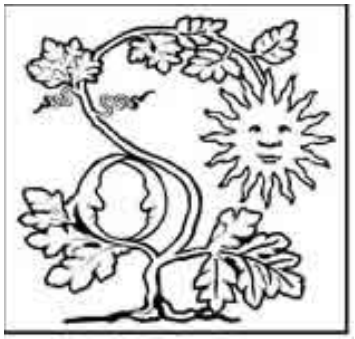

S.P.C.

SCUOLA DI PSICOTERAPIA COGNITIVA
Sede di Napoli

Direttore: Dr. Mancini Francesco

CORSO DI SPECIALIZZAZIONE
IN
PSICOTERAPIA COGNITIVA

"La "Terapia Guidata della Personalità" di Theodore Millon"

Didatti: Egr.
Dr. ssa La Rosa
Dr. Del Castello

Candidato:
Dr. Giovanni Gentile

A.A. 2010/2011

INDICE

I LA DIAGNOSI DI PERSONALITÀ IN PSICOTERAPIA 3

1. La Personalità 3

2. Il Disturbo di Personalità 5

3. Il Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder 6

4. Il PDM Manuale Diagnostico Psicodinamico 7
Le sezioni e gli assi del PDM 8
L'asse P 9
Bambini ed adolescenti 10
L'asse PCA 11

II. LA "TERAPIA GUIDATA DELLA PERSONALITÀ" DI THEODORE MILLON 12

1. Introduzione 12

2. La sfera evolutiva 14
Gli stadi evolutivi 14

3. Teoria dei modelli di personalità normali e patologici 16
Modelli di personalità, sindromi complesse e reazioni semplici 16

4. Scopi esistenziali: le polarità 17
La polarità dolore-piacere 17
Modelli di adattamento: La polarità attivo-passiva 19
La polarità sé-altro 20
La polarità pensiero- sentimento 20
Accomodamento ecologico: dimorare in realtà ospitali 21
Modificazione ecologica: padronanza del proprio ambiente 21

5. Tassononomia dei modelli di personalità patologici 22
Personalità schizoidi 24
Personalità evitanti 24
Personalità depressive 24
Personalità auto frustanti (masochistiche) 24
Personalità aggressive (sadiche) 24
Personalità istrioniche 24
Personalità narcisistiche 25
Personalità antisociali 25
Personalità passivo-aggressive 25
Personalità ossessivo-compulsive 25
Personalità borderline 25
Personalità paranoidi 25

III. STRUMENTI DI VALUTAZIONE DELLA PERSONALITÀ 26

1. Test di Personalità 26
I test di personalità *obiettivi* 26
I test di personalità *proiettivi* 27

2. Il Millon Clinical Multiaxial Inventory–III (MCMI-III) 28

Il Millon Index of Personality Styles-Revised (MIPS-R) 29

BIBLIOGRAFIA 30

I La diagnosi di personalità in Psicoterapia

L'obiettivo di questo lavoro è quello di descrivere il pensiero di Theodore Millon in merito alla teoria della personalità normale e patologica. Tale desiderio prende spunto dalla lettura della sua opera *Personality-Guided Cognitive-Behavioral Therapy* del 2005. Cercherò dunque, di descrivere l'apporto della teoria di T. Millon allo studio, ed alla cura dei disturbi di personalità, descrivendo dapprima il concetto di personalità e di disturbo di personalità. Passerò poi alla descrizione del modello di classificazione dei disturbi mentali e di personalità DSM, confrontando tale approccio teorico con quello psicodinamico che è alla base del manuale dei disturbi mentali PDM. Poi, il mio lavoro entrerà nel vivo, descriverò il pensiero di T. Millon in merito al concetto di personalità dimensionale, ed al suo approccio alla diagnosi del disturbo di personalità.
Concluderò il lavoro con una breve trattazione dei principali strumenti testistici per la valutazione della personalità normale e patologica.

1. La Personalità

La Personalità è l'insieme delle caratteristiche psichiche e delle modalità comportamentali che definiscono il nucleo delle differenze individuali, nella molteplicità dei contesti in cui la condotta umana si sviluppa.

Un elemento che caratterizza in maniera trasversale tutti i modelli di studio della personalità, e che ne rappresenta un elemento cardine nei suoi aspetti più recenti, è la tensione verso l'interazione tra fattori costituzionali innati, fattori educativi ed ambientali. La tradizione di studi psicologici relativi alla personalità è una delle più rilevanti della psicologia contemporanea, un campo in cui si susseguono studi empirici, teorici e storici, tesi a comprendere la natura dell'identità personale nel contesto biologico e sociale di sviluppo. Una significativa parte della psicologia delle differenze individuali, analizza e valuta la personalità attraverso test volti ad individuarne i tratti.

È possibile definire i tratti di personalità come configurazioni dell'esistenza, ma in realtà non esiste un'unica teoria dei tratti.

Differenti sostenitori dell'approccio basato sui tratti, adottano strategie concettuali differenti nel definire la relazione persona ed ambiente. Gli assunti di base degli orientamenti teorici, che incentrano lo studio della personalità sui tratti personali, sono descritti con molta chiarezza da Lewis Goldberg, uno dei principali studiosi delle teorie dei tratti:

- Le persone mostrano configurazioni di esperienza e di azione consistenti e stabili che le distinguono l'una dall'altra. Si ipotizza, in questo senso l'esistenza di costrutti psicologici corrispondenti a tendenze comportamentali abituali. Tali costrutti possono essere definiti come variabili di tratto, o variabili disposizionali.
- Le variabili di tratto sono decontestualizzate, sono cioè definite come tendenze globali atte a mostrare un tipo di comportamento piuttosto che un altro. I tratti, quindi, si riferiscono direttamente ad elementi comportamentali mostrati dalle persone in diverse situazioni. In questa caratteristica differiscono significativamente dalla motivazione, per definizione legata ad una meta. È chiaro che tratti differenti abbiano una diversa rilevanza nei vari contesti. Tuttavia l'approccio basato sui tratti sceglie di studiare la personalità attraverso unità di analisi di tipo dominio-generali.
- Diversi nuclei teorici evidenziano approcci operativi riconducibili a due linee guida: approcci di tipo *idiografico* ed approcci di tipo *nomotetico*. Le strategie idiografiche postulano che ogni persona possa possedere un insieme unico di tratti, organizzati in maniera singolare e specifica. Diversamente gli approcci nomotetici ricercano invece una tassonomia universale di tratti.

Entro i modelli di tipo nomotetico, per esempio il *16PF Questionnaire* di Raymond Cattell, oppure la teoria dei *Big Five* di McCrae e Costa, la struttura della personalità risulta essere costituita da tendenze comportamentali organizzate gerarchicamente con tratti ampi e sovraordinati. Questi costrutti sovraordinati organizzano le tendenze che si collocano ad un livello più basso, le quali, a loro volta, controllano le abitudini comportamentali che sono ad un livello ancora più basso. In questa struttura a cascata i costrutti che si collocano a livello elevato ed intermedio, sono tendenze abituali e stabili orientate alla messa in atto di una specifica categoria di risposte. Il livello più elevato, stabile nei vari domini di comportamento, viene interpretato come il nucleo portante della personalità, e si identifica con le variabili disposizionali.

In quest'ultimo periodo si stanno affermando alcuni modelli che si propongono di rappresentare la personalità attraverso delle dimensioni. Quelli più importanti fanno riferimento a 5 grandi fattori (Big Five):

- Estroversione
- Grandevolezza
- Coscienziosità
- Stabilità emotiva
- Apertura mentale

2. Il Disturbo di Personalità

In ambito clinico il disturbo di personalità è riferito agli individui i cui tratti di personalità sono disadattivi in modo pervasivo, inflessibile e permanente, e causano una condizione di disagio soggettivo clinicamente significativa. In genere, i sintomi dei disturbi di personalità, sono egosintonici, cioè non riconosciuti come patologici dalla persona, e quindi accettati, ed inoltre vengono altresì definiti alloplastici. Ossia, la tendenza prevalente della persona con disturbo di personalità è quella di cambiare l'ambiente, piuttosto che sé stesso.

Si ha una frequente comparsa dei disturbi di personalità durante l'adolescenza. Tuttavia tali disturbi presentano delle differenze, talvolta significative, rispetto agli adulti.

La definizione di disturbo di personalità compare per la prima volta nel DSM-IV, sebbene i disturbi di personalità siano stati descritti in un asse specifico (II asse) nel DSM III. Un disturbo di personalità è definito come un *modello abituale* di esperienza o comportamento che si discosta notevolmente dalla cultura a cui l'individuo appartiene e si manifesta in almeno due delle seguenti aree: esperienza *cognitiva*, *affettiva*, *funzionamento interpersonale* e *controllo degli impulsi* (area comportamentale).

Il concetto di "disturbo" sembra ormai superato: esso, come la personalità detta "normale", si forma dai primi anni di vita fino all'età adulta, ed è quindi ad una *tipologia* o ad un *modello di personalità* a cui bisogna riferirsi, ad es. "*tipo di personalità istrionica*" o *"modello di personalità istrionica"*. Questo perché non si tratta di una personalità "normale" che ad un certo punto diventa "disturbata", ma di una personalità che, a seguito di diversi fattori (ambientali, biologici, traumatici, ecc.), può assumere schemi e modelli disadattivi.

Il *pattern* deve presentarsi in un'ampia gamma di situazioni sociali e comportare una condizione di *disagio*, personale, sociale e lavorativo, clinicamente significativa, anche se questo non è

sempre riconosciuto dal paziente, il quale manca appunto di *insight*, ossia non si rende conto del proprio impatto sugli altri e non tende, perciò, a cercare aiuto.

La disadattività può insorgere nella prima metà della vita adulta ma può essere visibile già nell'infanzia, generalmente è stabile nel tempo e presenta un carattere inflessibile e pervasivo nelle diverse aree della vita, inoltre, comporta conseguenze in termini di sofferenza soggettiva e limitazioni nelle relazioni e nell'area lavorativa.

3. Il Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder

Il *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder* detto anche *DSM*, è uno degli strumenti diagnostici per disturbi mentali più utilizzati da medici, psichiatri e psicologi di tutto il mondo. La prima versione risale al 1952 (DSM-I) e fu redatta dall'American Psychiatric Association (APA).

Secondo la quarta edizione revisionata del *DSM* (DSM-IV TR), vi sono tre gruppi principali in cui si possono classificare i disturbi di personalità. Tali gruppi vengono chiamati "Cluster";

Cluster A

Il cluster A è caratterizzato da comportamenti considerati "strani" o "paranoici" e dalla tendenza del soggetto all'isolamento e alla diffidenza.

- Disturbo paranoide di personalità
- Disturbo schizoide di personalità
- Disturbo schizotipico di personalità

Cluster B

Il gruppo B è caratterizzato da comportamenti "emotivi" o "drammatici", oltre che da mancanza di empatia e altruismo da parte del soggetto.

- Disturbo antisociale di personalità
- Disturbo borderline di personalità
- Disturbo istrionico di personalità
- Disturbo narcisistico di personalità

Cluster C

Il cluster C è caratterizzato da comportamenti "ansiosi" o "paurosi" e da una bassa autostima del soggetto.

- Disturbo evitante di personalità
- Disturbo dipendente di personalità
- Disturbo ossessivo-compulsivo di personalità

Cluster dei disturbi "Non Altrimenti Specificato" detti "NAS"

Questa diagnosi può essere data quando nessun altro disturbo di personalità definito nel DSM viene riscontrato nel paziente.

4. Il PDM Manuale Diagnostico Psicodinamico

Il DSM ha come caratteristica principale, quella di racchiudere al suo interno un insieme di patologie e di disturbi psichici, inserendoli in categorie predefinite; si tratta, infatti, di un manuale pensato per la ricerca e il suo obiettivo è dunque la generalizzazione, perseguita attraverso una logica categoriale, che inserisce gli individui in una determinata classe diagnostica. Diversamente il PDM si avvale di una logica dimensionale e nasce con l'intento di aiutare il clinico nella formulazione del caso e nella pianificazione del trattamento psicodinamico centrato sul paziente. Esso propone, una tassonomia di persone orientata alla comprensione del singolo individuo in cui le diverse categorie sono concepite come prototipi più che come assemblaggi di criteri costituenti le diverse sindromi. Un'ulteriore differenza sta nel fatto che, mentre il DSM tende alla neutralità, utilizzando a questo scopo la descrittività e l'ateoreticità, il PDM è, come già dice il titolo, fortemente ancorato alla teoria psicodinamica, e in particolare al paradigma della psicoanalisi relazionale. Nonostante questo, il suo linguaggio è fluido, in quanto i concetti psicoanalitici sono resi attraverso l'uso di perifrasi e sinonimi e sono quindi comprensibili anche da clinici di orientamenti diversi. In sintesi è possibile quindi affermare che il DSM è un esempio di diagnosi categoriale, multiassiale e *politetica* (le patologie sono viste come categorie indipendenti tra loro, definite da un numero minimo di criteri e possono essere presenti o assenti all'interno di un individuo) mentre la valutazione del PDM può essere considerata come multidimensionale, multiassiale e *prototipica*, è cioè presa in considerazione anche l'esperienza soggettiva del paziente, il funzionamento mentale nella sua

globalità, lo stile di personalità, le basi strutturali, le funzionalità e le risorse dell'individuo nel suo contesto di vita; la diagnosi non viene quindi ad essere regolata solamente in base alla presenza/assenza di criteri dicotomici.

Il manuale si discosta in modo significativo dai DSM e dall'ICD in quanto propone un nuovo approccio alla diagnosi: per questi ultimi infatti l'attività diagnostica è concepita esclusivamente in modo categoriale, mentre nel PDM essa acquista un senso *dimensionale*. Questo cambio di prospettiva porta a una visione più ampia della singolarità del paziente, con un'attenzione non solo alla psicopatologia, ma anche alle sue risorse. Alla luce del modello biopsicosociale di Engel (1977), la salute mentale è descritta nel PDM come qualcosa di più della semplice assenza di sintomi psicopatologici, essa è costituita dalla presenza e dall'adeguatezza di tutta la gamma di capacità cognitive, emotive e comportamentali della persona, da una condizione di benessere percepito ed è inoltre valutata tenendo conto del contesto di appartenenza dell'individuo.

Le sezioni e gli assi del PDM

Il PDM è diviso in tre sezioni: le prime due sono dedicate alla classificazione dei disturbi mentali negli adulti (parte I), nei bambini e adolescenti (parte II) e nei neonati (parte III); la terza sezione è invece dedicata a raccogliere contributi teorici e metodologici del sistema diagnostico proposto, attraverso la presentazione di articoli di diversi autori. La diagnosi nel PDM si articola sulla base di tre assi, che mettono in evidenza tre macro-dimensioni:

- Asse P, per la valutazione dei pattern e dei disturbi di personalità;
- Asse M, per la comprensione del profilo del funzionamento mentale del soggetto;
- Asse S, per la valutazione dei pattern sintomatici a partire dall'esperienza soggettiva del paziente.

L’asse P

Data la natura di quest’opera, che si pone l’obiettivo di illustrare il lavoro di Theodore Millon, prenderemo in esame esclusivamente l’asse P, tralasciando gli altri assi, quello che riguarda il funzionamento mentale del soggetto, asse M, e quello valido per la valutazione dei pattern sintomatici, asse S. La personalità è descritta dagli autori del Manuale Diagnostico Psicodinamico (PDM), come un insieme di modalità relativamente stabili di pensare. Il pensiero comprende le credenze ed i significati dati alle esperienze, ma anche i valori morali e gli ideali,. In altre parole comprende tutte le modalità dei comportamenti, del sentire e del relazionarsi. Tutta la discussione sulla macro-dimensione della personalità all’interno di questo asse si articola intorno a due prospettive: una è la collocazione generale della persona lungo un continuum di funzionamento, derivante dal modello di Kernberg, che va dall’organizzazione sana a quella borderline, passando attraverso l’organizzazione nevrotica; l’altra è la valutazione attraverso 15 configurazioni e disturbi di personalità, concepiti come prototipi per individuare pattern e problematiche centrali nella vita del paziente. Questi sono:

- disturbi schizoidi di personalità
- disturbi paranoidi di personalità
- disturbi psicopatici di personalità
- disturbi narcisistici di personalità
- disturbi sadici e sadomasochistici di personalità
- disturbi masochistici di personalità
- disturbi depressivi di personalità
- disturbi somatizzanti di personalità
- disturbi dipendenti di personalità
- disturbi fobici di personalità
- disturbi ansiosi di personalità
- disturbi ossessivo - compulsivi di personalità
- disturbi isterici (istrionici) di personalità
- disturbi dissociativi di personalità
- misti/altro

Le caratteristiche di ciascun disturbo di personalità sono schematizzate in sei punti: pattern temperamentali, tematici, affettivi, cognitivi e difensivi. Per meglio descrivere i vari disturbi, in questa parte del manuale viene, inoltr,e utilizzato il modello di Blatt sul continuum psicopatologico introiettivo anaclitico. Gli autori del PDM sottolineano che la valutazione della personalità non deve avvenire esclusivamente sulla base di questi 15 prototipi ma anche attraverso la valutazione dei livelli di organizzazione. Questi due versanti sono infatti intrecciati tra loro e in continua comunicazione: i sintomi ed i problemi di una persona possono essere compresi solamente tenendo conto di entrambi gli aspetti, ad esempio un umore depresso può manifestarsi in modi diversi a seconda del livello di organizzazione della personalità nel soggetto.

Bambini ed adolescenti

Uno dei punti di forza del PDM è l'importanza data alla dimensione evolutiva, solitamente poco trattata nei manuali diagnostici. Questa non è semplicemente considerata come il susseguirsi di fasi cronologiche, ma riguarda piuttosto le acquisizioni ed i compiti di sviluppo relativi alle varie fasi; tali compiti possono ad esempio riguardare capacità regolative, come il ritmo sonno-veglia, la capacità di modulare i propri stati affettivi o di controllare i propri comportamenti. Pertanto la psicopatologia del bambino e dell'adolescente risulta diversa da quella adulta, proprio a motivo di questa dimensione evolutiva, in quanto l'espressione del disagio può variare, o assumere significati differenti, a seconda delle varie fasi di sviluppo; la diagnosi viene ad essere così influenzata da alcune variabili come l'età ed il genere sessuale. Anche in questa seconda parte la diagnosi si articola sulla base dei tre assi (le lettere CA poste dopo agli assi M, P ed S corrispondono a Children e Adolescents):

- Asse MCA, per la comprensione del profilo del funzionamento mentale del soggetto;
- Asse PCA, per la valutazione dei pattern e dei disturbi di personalità;
- Asse SCA, per la valutazione dei pattern sintomatici a partire dall'esperienza soggettiva del paziente.

L’asse PCA

L’Asse PCA contiene, invece, le “tendenze della personalità”, ossia le modalità, ancora in formazione, attraverso cui bambini e adolescenti si relazionano col mondo. I pattern di personalità possono essere posti su un continuum di gravità che va da quelli sani a quelli più compromessi (lievemente, moderatamente e gravemente disfunzionali). Vengono descritti quindici disturbi di personalità, corrispondenti a quelli della parte sugli adulti, (con l’unica eccezione della quattordicesima categoria) ma descritti in modo da mantenere sempre costante il riferimento alla dimensione e alle problematiche specifiche dello sviluppo. Le categorie sono le seguenti:

- disturbi di personalità timorosi della vicinanza/intimità (schizoidi)
- disturbi sospettosi/diffidenti di personalità
- disturbi antisociali (sociopatici) di personalità
- disturbi narcisistici di personalità
- disturbi impulsivi/esplosivi di personalità
- disturbi autopunitivi di personalità
- disturbi depressivi di personalità
- disturbi somatizzanti di personalità
- disturbi dipendenti di personalità
- disturbi evitanti/coartati della personalità
- disturbi ansiosi di personalità
- disturbi ossessivo-compulsivi di personalità
- disturbi di personalità su base disregolatoria
- misti/altro

II. La "Terapia Guidata della Personalità" di Theodore Millon

1. Introduzione

L'integrazione sinergica, etichettata "terapia guidata alla personalità", insiste sul primato di una Gestalt sovrastante che dia coerenza, fornisca una cornice interattiva e crei un ordine organico tra metodologie e tecniche altrimenti discrete. Sebbene sia eclettica, nel senso che attinge a fonti diverse, crea un approccio terapeutico coerente, molto vicino a quella che potremmo definire la configurazione psichica del paziente.

I problemi di personalità sono un nesso inestricabile collegato di comportamenti interpersonali, stili cognitivi, processi regolatori e così via.

All'interno di *"Personality-Guided Cognitive-Behavioral Therapy"* (2005), Theodore Millon, analizza più di cento casi di sindromi complesse e modelli di personalità, e descrive in dettaglio le diverse strategie e tattiche impiegate per rimediare alle difficoltà dei pazienti in questione.

Questi testi clinici ribadiscono la necessità di insiemi integrati, designati psicologicamente e coerenti con le diverse tecniche psicoterapeutiche.

Per esempio, in una "sequenza catalitica" si potrebbe tentare dapprima di modificare il balbettio umiliante e doloroso del paziente, con procedure dirette di modificazione comportamentale che, una volta apprese, possano facilitare l'uso di metodi cognitivi per produrre modificazioni dell'immagine del sé e aumentare la sicurezza interiore, il che a sua volta potrebbe sostenere l'efficacia delle tecniche interpersonali per promuovere il miglioramento delle relazioni con gli altri.

In quello che T. Millon chiama "accoppiamento potenziale", è possibile combinare simultaneamente i metodi comportamentali e cognitivi per superare le interazioni problematiche con gli altri e i concetti di sé che possono risultare refrattari a ciascuna tecnica se utilizzata da sola.

Secondo T. Millon, le persone sono i soli sistemi integrati nel dominio psicologico, evoluti e nati come entità naturali, piuttosto che gestalt legate alla cultura e derivate dall'esperienza. Le caratteristiche di personalità possono essere differenziate in normali o patologiche, e possono essere separate concettualmente da propositi pragmatici o scientifici.

La teoria “Personologica” cerca di spiegare la struttura e gli stili di personalità, facendo riferimento alle modalità carenti, squilibrate o conflittuali di adattamento psicologico e di strategia riproduttiva.

T. Millon analizza i differenti “tipi psicologici” tenendo in gran conto l’ottica evoluzionistica. Quando le ristrutturazioni di personalità permettono ad un’entità naturale o alle sue varianti successive di sopravvivere nel presente e nei successivi ambienti ecologici, si parla di “evoluzione”.

Il concetto di personologia è stato esteso agli scritti di Millon (1990) per affiancare il concetto di sociobiologia. La “personologia”, rappresenta un campo della scienza e di studio che definisce e comprende l’ampio soggetto della personalità. Intende servire da modello concettuale e teoria formale che utilizza principi evoluzionistici, genera una tassonomia formale, e formula una base per le valutazioni cliniche e le terapie sinergiche.

Il termine “Personalità” è impiegato da T. Millon per rappresentare lo stile più o meno distintivo di funzionamento adattivo che un particolare organismo di una specie esibisce quando si relaziona alla sua tipica gamma di ambienti.

Secondo questa concezione per personalità normale s’intende l’utilizzazione di modelli di adattamento specie-specifici che risultano efficaci negli ambienti “medi o prevedibili”. I disturbi di personalità o “modelli patologici” rappresentano modi diversi di funzionamento disadattivo che possono essere attribuiti a “carenze” psichiche, squilibri fra i tratti o conflitti interni che caratterizzano alcuni membri delle diverse specie, nel momento in cui si relazionano con il loro ambiente convenzionale.

Si può tracciare un parallelo tra l’evoluzione filogenetica della composizione genetica della specie e lo sviluppo ontogenetico delle strategie adattive di un singolo organismo. In qualsiasi momento, una specie dispone di un limitato insieme di geni che servono da tratti potenziali. Nell’arco delle generazioni successive, la distribuzione di frequenza di questi geni probabilmente modifica le sue proporzioni relative, in base a quanto bene i tratti da essi sostenuti contribuiscono alla fitness della specie, all’interno di ambienti ecologici variabili.

2. La sfera evolutiva

Ogni organismo umano si muove attraverso degli stadi neuroevolutivi.
L'organismo umano porta a termine compiti evolutivi raggruppati in quattro stadi evolutivi.
I primi tre stadi sono condivisi da tutti i mammiferi: esistenza, adattamento, replicazione e astrazione. Ciascun organismo individuale si muove attraverso gli stadi evolutivi con obiettivi psicologici funzionali correlati alle rispettive fasi di evoluzione.
All'interno di ogni stadio, ciascun obiettivo acquisisce disposizioni personologiche che rappresentano un equilibrio o una predilezione di una delle due inclinazioni polari viste in precedenza.
Perciò durante l'infanzia la principale funzione dell'organismo è fondamentalmente quella di continuare ad esistere.

Gli stadi evolutivi

Il *primo stadio neuro-evolutivo*, è rappresentato da quello che T. Millon definisce:
"Attaccamento sensoriale: polarità di esaltazione (piacere) e perseverazione (dolore) della vita".
Il primo anno di vita è dominato dai processi sensoriali, tali funzioni sono alla base del successivo sviluppo, in quanto permettono al bambino di costruire un certo ordine dall'iniziale dispersione sensoriale sperimentata nel mondo degli stimoli.
L'esistenza, durante questo stadio di estrema vulnerabilità è una questione digitale più che analogica, una sorta di "essere o non essere", "vivere o morire"
Il bambino ha la necessità vitale di legarsi agli altri per sopravvivere. Queste relazioni iniziali o "modelli rappresentativi interni" apparentemente preparati dall'evoluzione, diventano il contesto attraverso il quale si sviluppano le altre relazioni.
Il primo compito evolutivo è proprio quello di sviluppare la fiducia negli altri.
Il *secondo stadio neuro evolutivo* è rappresentato da quella che T. Millon definisce: "Autonomia sensomotoria: polarità di accomodamento ecologico (passivo) e modificazione ecologica (attiva)".
Nello stadio *senso motorio* di autonomia, il focus si sposta dall'esistenza in sé all'esistenza all'interno di un ambiente. Il bambino in questo stadio apprende un modello di adattamento,

una tendenza attiva atta a modificare la sua nicchia ecologica contro una tendenza passiva ad accomodarsi a qualsiasi cosa l'ambiente gli offra.
Il secondo compito evoluzionistico è proprio quello di acquisire questa sicurezza adattiva.
I bambini diventano via via meno dipendenti dalle loro figure di accudimento. Dopo il secondo, terzo anno di vita sono infatti in grado di camminare e possiedono il potere di parlare e controllare molti elementi del loro ambiente.

Il *terzo stadio neurovegetativo* può essere identificato con quella che viene chiamata adolescenza. T. Millon definisce questo terzo stadio come: "Identità di genere puberale: polarità di nutrimento della progenie (altro) e propagazione individuale (sé)".
Umori mutevoli, modificazioni delle immagini del sé, reinterpretazioni delle opinioni sugli altri nuove urgenze, aspettative speranzose e crescente goffaggine fisica e sociale sono elemento che sconvolgono la relativa equanimità della fase precedente. Questo è altresì il momento in cui gli orientamenti maschile e femminile cominciano a divergere. Strategie maschili orientate al sé e femminili orientate all'altro, cominciano a differenziarsi.
L'adolescente cerca di definire se stesso. E' particolarmente durante il periodo dei rapidi cambiamenti corporei, quando gli impulsi genitali stimolano le fantasie sessuali, che gli adolescenti imparano a fare affidamento sugli altri come guide importanti e casse di risonanza.
L'obiettivo dell'adolescente è quello di procurarsi un oggetto libidico extra familiare, uno scopo che finisce per promuovere una vita emotiva più ricca e più matura.

Quarto stadio neuro-evolutivo. Definito da T. Millon: "Integrazione intra corticale: polarità di ragionamento intellettivo (pensiero) e risonanza affettiva (sentimento)".
A mano a mano che la maturazione dei bambini progredisce sono possibili organizzazioni neuronali sempre più complesse. Sebbene queste connessioni di ordine superiore inizino dalla prima infanzia non costituiscono la base per la costruzione di previsioni razionali e pianificazioni di livello adulto fino a che i giovani non hanno completamente sviluppato le loro capacità sensorimotorie fondamentali e le maturazioni puberali.

3. Teoria dei modelli di personalità normali e patologici

Un sistema tassonomico andrebbe a monte se le sue categorie principali comprendessero una gamma troppo diversa di condizioni cliniche; c'è bisogno di suddividere i fenomeni patologici in termini di certi criteri fondamentali. Per questa ragione T. Millon mette in rilievo la prospettiva integrata, che differenzia le sindromi dell'Asse I ed i modelli dell'Asse II del DSM sulla base delle proprietà deduttive formali del nostro sistema evoluzionistico.

Il modo migliore per concettualizzare tale impostazione teorica è quello di definire dei modelli intrinseci e duraturi, relativi all'intera matrice della persona, che funziona in modo disadattivo in un ambiente "medio prevedibile".

Di conseguenza si preferisce usare il termine "modello" o "stile" a "disturbo", che è implicitamente ingannevole.

L'essenza del modello multi assiale riflette la sua innovazione strutturale.

In altre parole le sindromi cliniche (Asse I) indicano uno stato disturbato, mentre le patologie di personalità (Asse II) rappresentano disadattamenti pervasivi e duraturi.

Entrambi gli assi rappresentano espressioni prototipiche di disfunzioni sistemiche, ma la causa naturale della disfunzione è diversa per ciascun asse.

L'organizzazione delle patologie di personalità è tanto integrata quanto quella delle cosiddette personalità normali, il che spiega perché le patologie di personalità sono così tenaci.

La patologia di ogni persona quindi forma un insieme dinamico-organizzativo o integrato che può essere scomposto clinicamente e teoricamente in base a due assi separati.

Il modello multiassiale riconosce che possono essere stabiliti determinati confini strutturali tassonomici che si accordano con le proprietà formali del sistema diagnostico.

Esistono numerosi sottotipi di personalità di ciascuna delle classi patologiche descritte nell'Asse II del DSM (Millon, 1996).

Modelli di personalità, sindromi complesse e reazioni semplici

Per *propositi tassonomici*, possiamo distinguere tre tipi prototipici di patologie cliniche: *modelli di personalità, sindromi complesse* e *reazioni semplici*, in base al carattere dei loro elementi costituenti (Millon, 1999).

Nei *modelli di personalità* si assume che i limiti comportamentali si trovino principalmente all'interno della persona. Nelle *sindromi complesse*, le difficoltà sono concepite come un danneggiamento dello stile di funzionamento.
All'estremità opposta del continuum clinico ci sono le *reazioni semplici*, definite come risposte patologiche altamente specifiche, precipitate da eventi esterni circoscritti o disposizioni biochimiche endogene, e largamente attribuibili ad essi. Le reazioni semplici sono dirette e non complicate.
I tratti compresi nei modelli di personalità, hanno velocità ed autonomia interne; si esprimono con o senza induzione. Le risposte che caratterizzano le reazioni semplici sono specifiche a seconda dello stimolo; cioè si associano a precipitanti esterni o interni che operano indirettamente dalla personalità individuale, sollecitati da eventi "oggettivamente" problematici.

4. Scopi esistenziali: le polarità

Ogni organismo si muove all'interno del proprio ambiente per soddisfare quelli che T. Millon chiama *"scopi esistenziali"*. Per tutti gli *"scopi esistenziali"* esistono due polarità opposte.
La personalità è così complessa che certe aree di funzionamento psicologico operano normalmente, mentre altre no. Le circostanze ambientali cambiano in modo che alcuni comportamenti e strategie, che un tempo si sono dimostrati adattivi, non lo sono più in tempi successivi.
Quando le strategie alternative impiegate per raggiungere gli obiettivi: relazionarsi agli altri e affrontare lo stress, sono numericamente poche, e rigidamente applicate, quando le percezioni, i bisogni e i comportamenti abituali perpetuano e intensificano le difficoltà preesistenti, e quando la persona tende a non avere resistenza in condizioni di stress, parliamo di un modello patologico di personalità.
Verranno adesso discussi diversi criteri significativi per definire la normalità, già illustrati in precedenza: gli scopi esistenziali.

La polarità dolore-piacere

La prima fase dell'esistenza riguarda la sopravvivenza dei fenomeni integrati, contro le forze di scompenso entropico.

I fenomeni integrati, si preoccupano di orientare gli individui verso il miglioramento della qualità di vita, tendono a orientare gli individui lontano dalle azioni o dagli ambienti che riducono la qualità di vita o persino mettono in pericolo la stessa esistenza.

Questi processi possono essere definiti appunto "scopi esistenziali". La maggior parte degli esseri umani esibisce processi orientati verso l'aumento del piacere e processi finalizzati ad evitare il dolore. Questo è il principio che spinge tutte le azioni delle specie viventi. Questo è anche il principio filosofico che ha caratterizzato buona parte del pensiero occidentale da Seneca in avanti.

L'aspetto di ricerca del piacere può essere rintracciato nelle azioni che sostengono la vita e la arricchiscono, tramite ciò che viene sperimentato come "evento piacevole" (rinforzi positivi); il secondo aspetto si osserva nei comportamenti che preservano la vita, orientati a garantirsi la sicurezza rifiutando o evitando gli eventi caratterizzati come "dolorosi".

Essere significa possedere le proprietà della vita, pertanto gli eventi che estendono la vita e la preservano corrispondono prevalentemente a termini metaforici come piacere e dolore: cioè al riconoscimento e perseguimento di motivazioni e rinforzi che arricchiscono la vita, da un lato, e al riconoscimento e all'evitamento di emozioni e sensazioni che minacciano la vita, dell'altro.

Le labilità affettive descritte come disregolazione emotiva si correlano alle difficoltà associate con la polarità dolore-piacere. Dunque la disregolazione affettiva è un modello psicologico di disorganizzazione comportamentale, che si manifesta con maggiore chiarezza con affetti instabili e reattivi, notevolmente e frequentemente osservato per esempio nei disturbi borderline di personalità.

L'equilibrio intrecciato e mutevole tra i due estremi che comprendono il bipolarismo dolore-piacere è tipico invece della normalità. Entrambi i criteri seguenti dovrebbero essere soddisfatti in vari gradi, come richiesto dalle circostanze della vita.

Definire dunque la salute come assenza di un disturbo non è sufficiente. Tuttavia, come singolo criterio tra molti, le caratteristiche del comportamento e le esperienze che indicano sia l'assenza del dolore sia l'avversione al dolore, nelle sue molteplici forme, forniscono un fondamento necessario su cui possono poggiare altri criteri, costruiti in forma positiva. Ma nonostante la complessità e le inconsistenze della personalità, dal punto di vista delle definizione, la normalità effettivamente preclude la "non normalità".

Per esempio, tra quelle definite personalità evitanti, osserviamo l'eccessiva preoccupazione per le minacce alla propria sicurezza psichica, l'aspettativa di essere rifiutati e l'ipervigilanza ai segnali di rifiuto. All'altro estremo del criterio, osserviamo un atteggiamento di assunzione di rischi, la tendenza ad azzardare e a mettere in pericolo la propria vita e libertà: un modello

comportamentale caratteristico di ciò che etichettiamo personalità antisociale. In questi casi, non si osservano quasi per niente la cautela e la prudenza attese secondo il criterio normale di evitamento del pericolo e delle minacce; piuttosto si nota l'opposto, una volontà impetuosa di mettere la propria sicurezza in pericolo, di giocare con il fuoco e gettare al vento ogni cautela.
Gli esseri umani normali sono motivati dal desiderio di arricchire le proprie vite, ricercare sensazioni che rinvigoriscono e nuove sfide, avventurarsi ed esplorare, tutto al fine di magnificare, se non intensificare, le probabilità sia di mantenere la vita individuale sia di riprodurre la specie.

Modelli di adattamento: La polarità attivo-passiva

L'ampia gamma di comportamenti messi in atto dagli uomini può essere fondamentalmente raggruppata nei termini seguenti: se si prende l'iniziativa per alterare o modificare gli eventi della vita o se i comportamenti siano accomodanti e tendano ad accompagnare gli eventi. Spesso riflessivi e deliberati, i soggetti passivi dimostrano poche strategie manifeste per raggiungere i propri obiettivi. Esibiscono qualità che sembrano inerti e flemmatiche, una tendenza verso l'acquiescenza, un atteggiamento limitato in cui prendono raramente l'iniziativa per modificare gli eventi, attendono che le circostanze dell'ambiente facciano il loro corso prima di fare accomodamenti.
Forse l'esperienza passata li ha privati dell'opportunità di acquisire una gamma completa di competenze nella capacità di padroneggiare le situazioni, gli eventi e l'ambiente.
Coloro che invece sono all'estremità attiva della polarità sono meglio caratterizzati da prontezza, vigilanza, vitalità, vigore, forza, energia in cerca di stimoli e pulsioni.
L'ampia varietà di comportamenti messa in atto dagli umani può essere raggruppata fondamentalmente in base al fatto che si prenda l'iniziativa per alterare e modellare gli eventi della vita o che i comportamenti siano reattivi e si accomodino a questi eventi. Similmente, per quanto riguarda l'adattamento, i modelli di adattamento che esibiscono, sia accomodamento sia modificazione ecologica, hanno più probabilità di essere efficaci dell'uno o dell'altro da soli. La normalità richiede uno stile personale sincrono e coordinato, che fornisca una risposta equilibrata alla questione se accettare ciò che ci propone il destino o prendere l'iniziativa per modificare le circostanze della propria vita.

La polarità sé-altro

Le persone che appartengono alla categoria sé, orientano le loro azioni individualmente, percepite dagli altri come egoistiche, insensibili, sconsiderate e indifferenti. Quelle che invece rientrano nella categoria "*altro*", paiono disposte verso il nutrimento, affiliative, intime, protettive e sollecite.

La maggior parte degli esseri umani mostra un ragionevole equilibrio tra queste polarità. Alcuni soggetti con disturbo di personalità possono essere conflittuali a riguardo.

L'orientamento individuale verso il sé e gli altri si evolve prevalentemente durante ciò che viene chiamato stadio "*puberale di identità di genere*".

Forme estreme nella polarità se-altro possono essere osservate in ciò che viene denominato: "personalità antisociale".

La polarità pensiero- sentimento

Le astrazioni cognitive portano efficacemente il passato nel presente, e il loro potere di anticipazione porta anche il futuro nel presente. Con il passato ed il futuro contenuti nel *qui ed ora*, gli esseri umani possono abbracciare in una volta sola non solo la totalità del cosmo ma le sue origini e la sua natura, la sua evoluzione e il modo in cui ci siamo evoluti al suo interno. Più impressionanti di tutte sono le molte visioni che gli esseri umani hanno del futuro indeterminato della vita, in completa assenza dei dati di realtà.

Mentre le azioni della maggior parte delle specie subumane derivano da programmi genetici che si sono evoluti efficacemente, le capacità di astrazione sia implicita che intenzionale danno origine a competenze adattive adeguate a circostanze ecologiche radicalmente divergenti.

Ogni bambino mostra un'ampia gamma di comportamenti nei primi anni di vita. Sebbene esibisca una certa misura di coerenza, consonante con la predisposizione costituzionale, il modo in cui il bambino risponde all'ambiente e lo affronta tende ad essere prevalentemente spontaneo, mutevole e imprevedibile. Questi comportamenti apparentemente capricciosi e casuali hanno la precisa funzione esplorativa. Il bambino mette alla prova una varietà di alternative comportamentali per avere a che fare con il proprio ambiente. Il bambino impara a discriminare quali attività sono permesse e gratificanti e quali non lo sono.

Accomodamento ecologico: dimorare in realtà ospitali

Questo accomodamento, o filosofia di vita passiva, funziona estremamente bene nel sostenere e allevare quegli organismi complessi che costituiscono il regno vegetale. In tal caso la passività può essere di per sé non solo problematica ma anche positivamente adattivo e costruttivo, quando gli eventi e le circostanze assicurano piaceri della vita e ci proteggono dai suoi dolori.
Gli istrionici mettono in atto una ricerca insaziabile, se non indiscriminata, di stimolazione e approvazione. I loro comportamenti sociali arguti e spesso artefatti possono dare l'impressione di sicurezza interna e fiducia in se stessi. Ma sotto questa maschera si nasconde la paura che la loro eventuale incapacità di attrarre l'attenzione causerà, in breve sequenza, indifferenza o rifiuto, il che attiva in loro disperato bisogno di rassicurazione e segnali ripetuti di approvazione. All'estremità opposta ci sono le patologie di personalità che esibiscono un'eccessiva passività. Diversi disturbi dell'Asse II dimostrano questo stile passivo. I soggetti dipendenti tipicamente si trovano in posizione media, sulla polarità dolore-piacere.

Modificazione ecologica: padronanza del proprio ambiente

Fromm ha proposto un bisogno, da parte dell'uomo, di andare oltre il ruolo di creatura passiva in un mondo accidentale se non casuale. Per l'autore, gli esseri umani sono motivati a trascendere lo stato d'essere di meri prodotti della creazione. Al contrario, cercano di divenire a loro volta i creatori: i modellatori attivi del loro destino. Emancipandosi dalla natura passiva e accidentale dell'esistenza, gli uomini generano i loro particolari propositi e quindi si garantiscono le vere basi della libertà.
Oltre alla famiglia e agli amici intimi, la persona matura riesce a estendere il calore umano all'intera umanità, comprendendo la condizione umana e sentendosi affine a tutte le altre persone.
Le conseguenze patologiche dell'incapacità di abbracciare il criterio polare degli altri si vedono con maggiore chiarezza nelle patologie di personalità antisociale e narcisistica.
Scettici relativamente alle altrui motivazioni, gli antisociali desiderano autonomia e vendetta per le ingiustizie subite in passato. Molti si comportano in modo irresponsabile e impulsivo, e giustificano le proprie azioni in quanto giudicano gli altri inattendibili e sleali.
Rogers ha ipotizzato una singola motivazione ad ampio respiro per la persona normale/sana: mantenere, attualizzare ed esaltare il proprio potenziale.

5. Tassononomia dei modelli di personalità patologici

Dimenticata come speculazione metapsicologica dai più, l'impalcatura che comprende le polarità evoluzioniste è stata costruita da Millon. Egli ha costruito una cornice teorica simile alle "grandi polarità" che governano l'intera vita mentale. Il modello comprendeva tre dimensioni polari, espresse con la terminologia dei concetti d'apprendimento: *rinforzo positivo vs negativo* (piacere dolore); *sé altro come fonte di rinforzo*; e *stili strumentali attivi vs passivi*.

Scriveva Millon:
"[…]elaborando il nostro pensiero in termini di quali rinforzi l'individuo sta cercando, se sta tentando di trovarli e come adempire al compito, possiamo vedere più semplicemente e chiaramente le strategie essenziali che guidano i suoi comportamenti di coping. Quresti rinforzi si correlano al fatto che l'individuo cerchi proncipalmente di ottenere rinforzi positivi (piacere) o di evitare rinforzi negativi (dolore)".

Alcuni pazienti si rivolgono agli altri come fonte di rinforzo, mentre altri fanno affidamento principalmente su se stessi. La distinzione è tra gli altri e il se come fonte primaria di rinforzo.
Su quali basi si può effettuare un'utile distinzione tra i comportamenti strumentali? Una rassegna della letteratura suggerisce che la dimensione comportamentale del binomio attività-passività può essere utile. I pazienti attivi sono indaffarati a controllare le circostanze del loro ambiente. I pazienti passivi aspettano che le circostanze ambientali facciano il loro corso, reagendo ad esse solo dopo che si verifichino.
Utilizzando la cornice delle tre polarità come riferimento, Millon ha formulato una serie di strategie di coping di personalità, che corrispondono a ciascuno dei disturbi di personalità "ufficiali" che sono stati successivamente introdotti nel DSM-III. Le strategie di coping erano considerate come forme complesse di comportamento strumentale.
Queste strategie riflettevano quali tipi di rinforzo gli individui imparano a ricercare ed evitare, e in che modo imparano a comportarsi tanto da sollecitarli o sfuggirgli (attivo-passivo). Combinando la natura (positiva il piacere vs negativa il dolore), la fonte (sé vs altro) e il comportamento strumentale (attivo vs passivo) messo in atto per assicurarsi vari rinforzi, sono stati derivati otto modelli di base di personalità e tre varianti gravi.
Bisognerebbe, a tal proposito, notare per primo le conseguenze personologiche di ogni singola estremità polare. Utilizzeremo una posizione elevata sul polo del dolore, che si associa

tipicamente alla predisposizione a provare ansia. L'esito di questa singolare sensibilità assume forme diverse, in base alla varietà di fattori che hanno portato all'apprendimento di diversi stili di gestione dell'ansia. Per esempio, gli evitanti imparano a gestire la loro sensibilità all'ansia, sperimentata in modo pervasivo, "rimuovendo se stessi dalla scacchiera". I compulsivi spesso, ugualmente suscettibili all'ansia, hanno appreso che esistono sfere sancite, ma limitate, di condotta accettabile. Questi soggetti riducono l'ansia limitando le attività solo a quelle permesse da altri più potenti e potenzialmente rifiutanti, così come aderendo meticolosamente alle regole, al fine di non oltrepassare confini accettabili. Infine, i soggetti paranoici, inclini all'ansia, hanno imparato a neutralizzare il dolore costruendo delle pseudo comunità semideliranti, in cui le realtà ambientali sono trasformate al fine di diventare più tollerabili e meno minacciose. Una posizione elevata sul polo del dolore provoca non uno, ma diversi esiti di personalità.

I primi cinque disturbi dell'Asse II dimostrano uno stile passivo. Ma tale passività deriva da cose diverse ed è espressa in modi apprezzabilmente differenti che riflettono disparate combinazioni di polarità.

I soggetti schizoidi, per esempio, sono passivi a causa della loro relativa incapacità di sperimentare piacere e dolore; senza le ricompense che queste valenze emotive normalmente attivano, sono deprivati dalla motivazione ad acquisire le ricompense stesse, il che li spinge a diventare osservatori piuttosto passivi e indifferenti.

I soggetti dipendenti, tipicamente si trovano in posizione media sulla polarità piacere - dolore, sebbene generalmente non siano meno passivi degli schizoidi. Fortemente orientati verso gli altri, sono notevolmente deboli relativamente al sé.

La passività tra i compulsivi origina dalla loro paura di agire in maniera indipendente.

Terrorizzati dalla possibilità di commettere errori o impegnarsi in comportamenti disapprovati, questi soggetti diventano indecisi, immobili, limitati e passivi. In posizione alta, sulla polarità di dolore e bassa, su quelle di piacere e del sé, le personalità auto frustranti (masochiste) operano sull'assunto che non osano aspettarsi, né si meritano, che la vita vada come vorrebbero.

Infine, i soggetti narcisisti, particolarmente alti sulla polarità del sé e bassi su quella degli altri, assumono benignamente che arriveranno "cose buone" con poco o nessuno sforzo da parte loro.

Ciascun disturbo del DSM è descritto e interpretato brevemente nei termini del modello di polarità. Si delinea brevemente, inoltre, un certo numero di sottotipi di ciascun prototipo di patologia di personalità. Questo sforzo è effettuato in riconoscimento del fatto che ogni "*prototipo puro*" è meramente un punto di riferimento rispetto a cui osservare la variazione dei "*pazienti reali*".

Personalità schizoidi

Tendono ad essere apatici, svogliati, distanti e asociali.
Tra i sottotipi troviamo lo schizoide privo di affetti.

Personalità evitanti

La seconda combinazione clinicamente significativa basata sulla polarità piacere-dolore, comprende i pazienti con una ridotta capacità di sperimentare piacere.

Personalità depressive

I quattro disturbi menzionati, condividono una carenza delle capacità di provare piacere. I tipi evitante, depressivo ed auto frustante, condividono l'eccessiva reattività al dolore. Gli evitanti, tuttavia schivano il dolore lo anticipano e cercano di distanziarlo. Le difficoltà depressive riflettono rassegnazione disperata, un arrendersi, la sensazione che qualcosa di significativo sia stato perso e non possa più essere recuperato.

Personalità auto frustanti (masochistiche)

Il masochista virtuoso, che possiede caratteristiche istrioniche ed è noto per essere fieramente altruista ed incline all'autosacrificio. Degno di nota è soprattutto il suo tratto possessivo con caratteristiche negativistiche, come essere iperprotettivo e geloso. Altri due sottotipi sono registrati come variante di *autoannullamento* e *masochista oppresso*.

Personalità aggressive (sadiche)

Questi soggetti non solo cercano e creano eventi oggettivamente "dolorosi", ma li sperimentano come "piacevoli".

Personalità istrioniche

Questi soggetti raggiungono il loro obiettivo di massimizzare la protezione, il nutrimento e il successo riproduttivo impegnandosi senza tregua in una serie di manovre manipolative, seduttive, gregarie e finalizzate a garantirsi l'attenzione altrui.

Personalità narcisistiche

I quattro sottotipi di narcisismo includono gli elitari, che si considerano dei semidei, ostentano il loro status e si impegnano nell'autopromozione. Un'altra variante degna di nota è il tipo compensatorio, con caratteristiche evitanti e nascoste, sottostanti sentimenti di inferiorità e illusioni di superiorità.

Personalità antisociali

Scettici sulle motivazioni degli altri, desiderano l'autonomia e vendicare le ingiustizie subite in passato.

Personalità passivo-aggressive

Dotati di sentimenti intensi, ma incapaci di risolvere la loro ambivalenza, questi soggetti intrecciano un cammino irregolare e bizzarro, che va dal dare voce all'auto deprecazione e alla colpa, per non essere riusciti a soddisfare le aspettative degli altri.
Esistono quattro sottotipi negativistici come il *tortuoso,* con una prevalenza di tratti dipendenti, e la variante *scontenta*, associata a tratti depressivi, con sentimenti lagnosi, meschini, pieni di proteste e amarezza.

Personalità ossessivo-compulsive

Le storie personali di questi soggetti solitamente indicano che sono stati sottoposti a limitazioni e disciplina ferrea, non solo quando trasgredivano i limiti e le aspettative dei genitori.

Personalità borderline

Si osserva un'intensa labilità delle strutture cognitivo-affettivo-comportamentali in competizione, in quanto prima l'una poi l'altra prendono il controllo del sistema di personalità, sulla base di associazioni sfuggevoli e idiosincratiche con l'ambiente attuale.

Personalità paranoidi

Questi soggetti sono "programmati" per provocare conflitti sociali e circostanze di difficile gestione come mezzi per garantire la loro confusa mescolanza di sensibilità al dolore e affermazione del sé.

III. Strumenti di valutazione della Personalità

1. Test di Personalità

I test di personalità sono strumenti di misurazione che si propongono di definire il profilo della personalità del soggetto che vi si sottopone. Possono misurare un solo aspetto della personalità (test "monofasici") o più dimensioni contemporaneamente (test "multifasici"). Il grado di attendibilità e di validità di questi strumenti è stabilito attraverso tecniche di valutazione standardizzata ed è indicato solitamente nel manuale del test stesso. Più complessa risulta la validazione dei test proiettivi.

I test di personalità *obiettivi*

I test obiettivi più noti sono per lo più di origine statunitense. Sono noti anche come *test strutturati*, in quanto sono caratterizzati dal fatto che al soggetto vengono presentati stimoli strutturati e univoci. Lo stimolo consiste in domande a risposta singola, multipla o, più frequentemente, il soggetto deve indicare il proprio grado di adesione secondo una gradazione in scala Likert. L'*obbiettività* del test consiste nel fatto che l'assegnazione dei punteggi (siglatura o *scoring*) è stabilita nel manuale in modo rigido. L'interpretazione dei risultati, tuttavia, richiede la conoscenza delle dinamiche psicologiche e della teoria alla base del test, per cui la stesura del referto richiede abilità e contiene comunque un margine di arbitrarietà. Questi sono i più noti ed utilizzati nella pratica clinica:

- 15FQ+: Fifteen Factor Questionnaire Plus
- 16PF: Cattell Sixteen Personality Factors Test
- BFQ: Big Five Questionnaire
- CBA: Cognitive Behavioural Assessment
- CPI: California Psychological Inventory
- CPS: Comrey Personality Scales
- EPI (o EPQ): Eysenck Personality Inventory (o Questionnaire)
- ITAPI-G: Italia Personality Inventory
- JTI: Jung Type Indicator
- MCMI-III: Millon Clinical Multiaxial Inventory
- MMPI: Minnesota Multiphasic Personality Inventory

- SESAMO: Sexrelation Evaluation Schedule Assessment Monitoring
- SF: Seven Factors
- SFPQ: Six Factor Personality Questionnaire

I test di personalità *proiettivi*

I test proiettivi si propongono di cogliere i processi spontanei del soggetto. Mentre i test obiettivi misurano la deviazione del soggetto rispetto alla media, i test proiettivi ne esplorano il vissuto psichico individuale. Al soggetto vengono sottoposte situazioni-stimolo ambigue (non strutturate o parzialmente strutturate) alle quali egli risponde in funzione del significato psicologico personale. I test proiettivi, quindi, consentono di delineare indirettamente le caratteristiche strutturali della vita psichica e delle dinamiche cognitive ed affettive del soggetto.

Tra i più noti Test Proiettivi (o Reattivi) vi sono il Rorschach e il TAT.

Il Test di Rorschach rappresenta un tipo di test proiettivo *strutturale* (ovvero basato sull'elicitazione di contenuti interni del soggetto, in base all'appercezione di una struttura formalmente ambigua), ed ha conosciuto un'ampia diffusione in tutto il mondo. Il suo uso è prevalentemente clinico-psicopatologico, e ne esistono differenti sistemi interpretativi.

Il TAT, o Thematic Apperception Test, è invece un test proiettivo *tematico* (ovvero, basato sull'elicitazione dei contenuti interni in base alla presentazione di "scene tematiche" ben riconoscibili, ma sufficientemente ambigue da permettere al soggetto di interpretarle e leggerle in base a criteri personali).

Anche se il Rorschach e il TAT sono i due test proiettivi più studiati e diffusi, esistono comunque molti altri tipi di test proiettivi, usati in vari ambiti psicologici (clinici o personologici). Questi - indicati in ordine alfabetico - sono i più noti ed utilizzati:

- Disegno della Famiglia (*Louis Corman*)
- Objective Relation Technique - ORT o Tecnica delle Relazioni Oggettuali (*H. Phillipson*)
- Patte-Noire (*Louis Corman*)

- Reattivo di realizzazione grafica di E. Wartegg (WZT)
- Rosenzweig Picture Frustration Study (*S. Rosenzweig*)
- Test della Figura Umana (*Machover*)
- Test del Villaggio (*H. Arthus*)
- Test o Reattivo dell'albero (*K. Koch*)

La personalità può essere utilmente concettualizzata e misurata con una varetà di approci e metodologie. Sono stati creati cinque strumeti: il Millon Clinical Multiaxial Inventory (MCMI), il Millon Adolescent Clinical Inventory (MACI), il Millon Behavioural Medicine Diagnostic (MBMD), il Millon Personality Diagnostic Checklist (MPDC) e il millon Index of Personality Styles (MIPS).

2. Il Millon Clinical Multiaxial Inventory–III (MCMI-III)

Il *Millon Clinical Multiaxial Inventory-III* è un test di personalità di tipo obiettivo, composto da 175 domande a risposta vero/falso. Entro le restrizioni di validità fissate dai limiti del modello di autovalutazione, dalle anguste frontiere della tecnologia psicometrica e dall'esigua gamma di conoscenze diagnostiche consensualmente condivise, sono stati compiuti tutti i passi necessari a massimizzare la concordanza del MCMI con la teoria che lo ha generato e con il sistema di classificazione ufficiale.

Sono state costruite scale separate del MCMI in linea con il SM, per distinguere le caratteristiche di personalità più durature nei pazienti (Asse II) dai disturbi clinici acuti che esibiscono (Asse I)

I dati di validazione con una varietà di popolazioni (per esempio pazienti ambulatoriali e ricoverati, pazienti in centri per tossicodipendenti e per l'abuso di alcol) suggeriscono che il MCMI si può usare con un livello ragionevole di sicurezza nella maggior parte dei setting clinici. Il suo riconoscimento come uno dei quattro strumenti di validazione (gli altri sono il Rorschach, il Thematic Apperception Test e il Minnesota Multiphasic Personality Inventory) considerati necessari da più della metà dei formatori nei corsi di laurea e di specializzazione in psicologia, attesta il suo livello di accettazione e utilità.

Il Millon Index of Personality Styles-Revised (MIPS-R)

Test di tipo oggettivo composto da 180 domande a risposta vero, falso. Per importanza clinica, secondo al precedente test (MCMI-III), consente di inquadrare i tipi di personalità cosi detta "normale".

Sebbene le tre polarità teoriche siano elementi cruciali del modello come misura della patologia di personalità, sono attualmente giudicati un impalcatura insufficiente al abbracciare le molteplici varianti degli stili di personalità normali. Dobbiamo notare che le differenze cognitive tra gli individui e il modo in cui sono espresse, non sono state un dominio sufficientemente apprezzato per generare tutti i tratti di personalità. Per questo, sono state aggiunte al MIPS un insieme di quattro polarità che riflettono differenti "stili di pensiero" (per esempio realistico-immaginativo). Tali polarità seguono le tre coppie iniziali, che sono denominate "stili motivazionali". Similmente, Millon ha aggiunto un terzo dominio di polarità a quello di "motivazione" e "pensiero", denominato "stili di comportamento" (per esempio sottomesso-dominante). Questo terzo dominio, che comprende cinque polarità di relazione interpersonale, conclude il formato del MIPS.

Bibliografia

- PDM Task Force, *Psychodynamic Diagnostic Manual (PDM)*. Silver Spring, MD: Alliance of Psychoanalytic Organizations, 2006 [vedi il sito Internet:http://www.pdm1.org] (trad. it.: *PDM. Manuale Diagnostico Psicodinamico*. Milano: Raffaello Cortina, 2008; trad. it. delle pp. 691-764: Westen D., Morrison Novotny K. & Thompson-Brenner H., The empirical status of empirically supported psychotherapies: assumptions, findings, and reporting in controlled clinical trials.*Psychological Bulletin*, 2004, 130: 631-663 (trad. it.: Lo statuto empirico delle psicoterapie validate empiricamente: assunti, risultati e pubblicazione delle ricerche.*Psicoterapia e Scienze Umane*, 2005, XXXIX, 1: 7-90).
- Paolo Migone, La diagnosi in psicoanalisi: presentazione del PDM (*Psychodynamic Diagnostic Manual*). *Psicoterapia e Scienze Umane*, 2006, XL, 4: 765-774. Edizione su Internet: http://aiga.centrostudipsicosomatica.it/files/migone1.pdf.
- Cesare Albasi, *Psicopatologia e ragionamento clinico*. Milano: Raffaello Cortina, 2009.
- AAVV, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder*, quarta edizione (DSM IV), American Psychiatrists Association.
- Kaplan H.I., Sadoch B.J., Grebb J.A., (1997) *Psichiatria*, VII edizione, Centro Scientifico Editore, Torino.
- *DSM* in *Dizionari Simone online*
- Vittorino Andreoli, Giovan Battista Cassano, Romolo Rossi (a cura di), *DSM-IV. Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*, Milano, Elsevier, 2ª ed: 2002.ISBN 88-214-2588-6; ISBN 978-88-21425-88-2. *Anteprima limitata* su books.google.it
- Vittorino Andreoli, Giovan Battista Cassano, Romolo Rossi, *Mini DSM-IV-TR. Criteri diagnostici*, Milano, Elsevier, 2002. ISBN 88-214-2614-9; ISBN 978-88-21426-14-8.*Anteprima limitata* su books.google.it
- (**EN**) *DSM-IV-TR online*
- (**EN**) AA.VV., *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV-TR*, American Psychiatric Pub, 4ª ed: 2000. ISBN 0890420254; ISBN 978-08-90420-25-6.*Anteprima limitata* su books.google.it
- R.L. Spitzer *et al*, *DSM-IV-TR casi clinici. Applicazioni cliniche del manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*, Milano, Elsevier, 2003. ISBN 88-214-2676-9;ISBN 978-88-21426-76-6. *Anteprima limitata* disponibile su books.google.it
- (**EN**) Sito dell'*American Psychiatric Association*
- Caprara, G. V., Cervone, D. (2003) *Personalità: determinanti, dinamiche, potenzialità*, 1ª edizione, Raffaello Cortina Editore, Milano.
- Mischel, W. (1968), *Personality and Assessment*, Wiley, New York.
- Boncori, L. (1993) *Teoria e tecniche dei test*, Bollati Boringhieri, Torino ISBN 8833954994
- Conti, L. (2002), *Repertorio delle scale di valutazione in psichiatria*, 3 voll. + CD ROM, SEE Editrice, Firenze ISBN 8884650143
- Armezzani, M. (1995) *L'indagine di personalità*, Roma, Carocci, ISBN 9788843023585
- Armezzani, M.; Grimaldi, F.; Pezzullo, L. (2002) *Tecniche costruttiviste per la diagnosi psicologica*, Milano, McGraw-Hill, ISBN 9788838627750
- Bisiacchi, P. S.; Mapelli, D.; Mondini, S.; Vestri, A. (2003) *Esame neuropsicologico breve*, Milano, Raffaello Cortina Editore, ISBN 9788870788587
- Boncori, L. (1993) *Teoria e tecniche dei test*, Torino, Bollati Boringhieri, ISBN 9788833954998
- Boncori, L. (2006) *I Test in Psicologia*, Bologna, Il Mulino, ISBN 9788815113115
- Mario Fulcheri, *Le attuali frontiere della psicologia clinica*, 1ª ed., Torino, Centro scientifico editore, 2005. ISBN 88-7610-646-8
- Pedon, A. (2005) *Elementi introduttivi ai test psicologici*, Roma, Borla, ISBN 8826315906
- Umberto Galimberti, *Psicologia clinica (pp.147-151)* in *Dizionario di psicologia*, 1ª ed., Novara, Istituto Geografico De Agostini S.p.A., 2006.
- Lis, A.; Mazzeschi, C.; Calvo, V.; Salcuni, S.; Parolin, L. (2003) *Psicodiagnostica*, Padova, Unipress (s.d.)
- Passi Tognazzo, D. (1994) *Il Metodo Rorschach. Manuale di psicodiagnostica su matrici europee*, Firenze, Giunti, ISBN 9788809204621

- Pedrabissi, L.; Santinello, M. (1997) *I Test Psicologici: teorie e tecniche*, Bologna, Il Mulino, ISBN 9788815057785
- Semi, A.A. (1985). *Tecnica del Colloquio*, Milano, Raffaello Cortina Editore, ISBN 9788870780383