

DSM-V: major changes and overview on personality disorders with special reference to borderline disorder

DSM-V: principali modifiche e panoramica sui disturbi della personalità, con particolare riferimento al disturbo borderline

DSM-V: cambios mayores y visión general de los trastornos de personalidad con referencia especial al trastorno borderline

Monica Calderaro¹, Vincenzo Mastronardi²

¹*Criminologa, Grafologa forense Dottore in Psicologia ad indirizzo clinico; Responsabile didattico e docente del Corso di Grafologia forense e Aspetti clinico-valutativi Sez. Dip. Medicina Legale, Sapienza Università di Roma;* ²*Psichiatra, Psicoterapeuta, Criminologo clinico; già Direttore della Cattedra di Psicopatologia forense, Dipartimento di Neurologia e Psichiatria Facoltà di Medicina, Sapienza Università di Roma, Italia*

ABSTRACT

The purpose of this article is to describe the amendments made in the new version of DSM (fifth edition) as to understand not only main aspects of certain diseases and/or personality disorders, but also whether or not changes shifted focus to dimensional instead of categorical system or if in some aspects both are considered. Moving forward from a general overview of the handbook, the effective changes will be examined in detail. Attention will also be given to Personality Disorders, taking account of various studies on this subject and the most recent knowledge on "Borderline Disease" from a diagnostic standpoint. Considering the complex construction of such disease, will be firstly illustrated the assumption of first studies so as to cover the most recent clinical and theoretical contributions, together with a brief overview of some treatment approach such as psychodynamic, cognitive-behavioral and systemic-relational, principles of medical treatment, a summary on differential diagnosis and a representation of some clinical case as well. The article will be concluded by a brief discussion of future prospects able to provide the clinician with even more effective and safe operational strategies as to lead professionals towards more specific and less misleading assumptions for a better approach in any scope (therapeutic, forensic, etc.) and giving comfort to those who receive support as well. Everyone is a very unique individual, even if similar to others. That is why it is extremely important to clearly identify a disease and ensure an adequate treatment.

RIASSUNTO

L'obiettivo del presente lavoro, è quello di descrivere le principali modifiche apportate nella nuova versione del DSM (quinta ed.) rispetto a quella precedente, per cercare di comprendere non solo gli aspetti più significativi di determinate Patologie e/o Disturbi della Personalità, ma anche se nei suindicati cambiamenti, l'ottica si è spostata o meno ad un sistema dimensionale piuttosto che categoriale o se in alcuni aspetti, vengono considerati entrambi, partendo quindi da una panoramica generale sul Manuale, per poi affrontare nel dettaglio le reali modifiche. Verrà inoltre approfondita la tematica relativa ai Disturbi della Personalità, tenendo presenti i vari studi e ricerche sull'argomento e quindi le acquisizioni più recenti in termini di strumenti operativi utili da un punto di vista diagnostico-clinico, con particolare riferimento al "Disturbo Borderline", decisamente complesso nel suo costrutto, partendo dall'assunto relativo ai primi studi sul tema, fino a giungere ai vari contributi teorico-clinici più recenti, unitamente ai cenni su alcuni approcci terapeutici quali ad esempio, psicodinamico, cognitivo-comportamentale e sistemico-relazionale, principi sulla farmacoterapia ed una sintesi sulla diagnosi differenziale, nonché la rappresentazione di alcuni Casi clinici. Concludendo con un sintetico excursus su quelle che potrebbero essere le prospettive future in grado di fornire strategie operative sempre più fertili e sicure per il clinico, sia a conforto dello stesso che di chi usufruisce dell'aiuto, guidando gli operatori verso ipotesi più specifiche e meno devianti, per un migliore approccio in qualsiasi ambito di applicazione (terapeutico, forense, ecc.). Ogni soggetto è un individuo a se stante, pur evidenziando caratteristiche simili. Per questo è estremamente importante per quanto più è possibile, riuscire nell'individuazione di una precisa patologia su cui va applicato un mirato processo trattamentale.

RESUMEN

El propósito de este artículo es describir las enmiendas hechas en la nueva versión del DSM (quinta edición) para comprender no solo los aspectos principales de ciertas enfermedades y / o trastornos de la personalidad, sino también si los cambios cambiaron el enfoque a dimensional en lugar de categórico sistema o si en algunos aspectos se consideran ambos. Avanzando desde una descripción general del manual, los cambios efectivos serán examinados en detalle. También se prestará atención a las enfermedades de la personalidad, teniendo en cuenta varios estudios sobre este tema y el conocimiento más reciente sobre "Enfermedad límite" desde un punto de vista diagnóstico. Teniendo en cuenta la compleja construcción de dicha enfermedad, se ilustrará en primer lugar la suposición de los primeros estudios para cubrir las contribuciones clínicas y teóricas más recientes, junto con una breve descripción de algunos enfoques de tratamiento, tales como psicodinámico, cognitivo-conductual y sistémico-relacional, principios del tratamiento médico, un resumen sobre diagnóstico diferencial y una representación de algunos casos clínicos también. El artículo concluirá con una breve discusión de las perspectivas futuras capaces de proporcionar al clínico estrategias operativas aún más efectivas y seguras para guiar a los profesionales hacia suposiciones más específicas y menos engañosas para un mejor enfoque en cualquier ámbito (terapéutico, forense, etc.) y dar consuelo a quienes también reciben apoyo. Todos son individuos únicos, incluso si son similares a los demás. Por eso es extremadamente importante identificar claramente una enfermedad y garantizar un tratamiento adecuado.

Cenni sul DSM

La prima versione (DSM I), del manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali, risale al 1952 strutturata dall'American Psychiatric Association (APA). Da allora vi sono state altre edizioni: nel 1968 il (DSM-II), nel 1980 la versione del (DSM-III), nel 1987 (DSM-III-R) (edizione rivisitata), nel 1994 il (DSM-IV), nel 2000 il (DSM-IV-TR) (testo revisionato) e nel maggio **2013 la versione del DSM-5** che in Italia è stata pubblicata nel 2014.

Tra le più importanti rivisitazioni, vi è quella relativa all'Omosessualità come Patologia, che già nel passaggio tra la versione II e III del Manuale, viene prima rimossa quella di origine egosintonica e successivamente quella egodistonica per poi essere eliminata definitivamente nell'edizione IV (del 1994).

Trattasi di un Manuale che attualmente contiene **oltre 370 Disturbi Mentali, definendoli in base alla prevalenza di specifici sintomi** (per lo più quelli osservabili nel comportamento dell'individuo, non mancano anche riferimenti alla struttura dell'Io e della Personalità). Il problema della malattia mentale non è una problematica unicamente biologica o organicista come si pensava in passato ed al proposito si parla di "riduzionismo biologico", l'approccio attuale è necessariamente un approccio "multidisciplinare": la malattia mentale è multifattoriale e ciò comporta che si possa tener conto di tutti i diversi modelli di interpretazione. Il disturbo mentale è il risultato di una "condizione sistemica" in cui rientrano: il patrimonio genetico, la costituzione, le vicende di vita, le esperienze maturate, gli stress, il tipo di ambiente, la qualità delle comunicazioni intra ed extra-familiari, l'individuale diversa plasticità dell'encefalo, i meccanismi psicodinamici, la particolare modalità di reagire, di opporsi e di difendersi.

Pertanto per quanto suindicato, la visione della malattia mentale, è "multifattoriale integrata".

Un altro Manuale per il sistema di classificazione, strumento di utilizzo nell'ambito internazionale, è l'ICD-10 alla sua decima revisione, ossia la classificazione internazionale delle malattie e dei problemi correlati, proposta dall'OMS. Nel summenzionato Manuale, sono classificate oltre 2000 malattie. La traduzione ufficiale in lingua italiana, realizzata a cura dell'ISTAT e dell'Ufficio di Statistica del Ministero della Salute, è stata pubblicata dall'Organizzazione Mondiale della Sanità a Ginevra nel 2000 e a Roma nel 2001. La differenza rispetto alla revisione 9, riguarda l'aumento dei Settori portati da 17 a 19, nonché l'utilizzazione alfanumerica che sostituisce il precedente codice numerico.

DSM V e Disturbi della Personalità (Dibattito Internazionale)

Vari autorevoli esperti si sono confrontati e/o hanno espresso le proprie opinioni favorevoli e non in merito ai Disturbi di Personalità, secondo la Classificazione del DSM-5, che ha dimostrato che non sono poi così molteplici i cambiamenti effettuati se non in qualche caso in particolare.

La diagnosi di Disturbi di Personalità è una delle più importanti ma anche più dibattute fin dalla loro comparsa nell'edizione del DSM-III (1980). L'approccio psicopatologico scelto dagli autori che si sono occupati del DSM, offre una risposta ad un disegno ambizioso nato con il difficile obiettivo di applicare alla psichiatria una metodologia di classificazione condivisa il più possibile per una serie di esigenze epidemiologiche, statistiche e clini-

che, inserendo, unificando e sistematizzando le molteplici conoscenze appartenenti alle varie scuole di pensiero. Tale approccio è di tipo descrittivo e si basa su categorie individuate mediante un elenco di sintomi.

Seppur ha fruito i suoi vantaggi alla comunità scientifica offrendo un linguaggio uniforme a livello internazionale sulla descrizione diagnostica in psichiatria, di contro ha sviluppato innumerevoli critiche. La struttura del DSM-5 tenendo presenti le sia pur ridotte variazioni, i criteri diagnostici si basano su gruppi di sintomi clinici associati a stati di sofferenza soggettiva e compromissione sociale/funzionale. Tra i suindicati criteri le misure cliniche e di laboratorio, sono presenti di rado. La modalità 'sindromica' di espletare una diagnosi, per molti è oggetto di critica, visto che tende a mettere sullo stesso piano i possibili sintomi di una patologia, scevro quindi dal fare una distinzione del *core* psicopatologico caratterizzato da sintomi cosiddetti accessori con conseguente perdita della tipicità del disturbo unitamente al complesso quadro d'insieme. La critica si basa quindi sul fatto che la diagnosi non deve affidarsi ad una sorta di *check-list* basata sui criteri diagnostici descritti dal DSM, bensì fondata sull'evidenza clinica comunque supportata dall'ausilio del Manuale ma solo in un secondo momento.

Considerate le molteplici incertezze, l'APA quindi da un lato ha preferito mantenere una certa continuità a conforto del clinico, dall'altro ha deciso di dare una connotazione di tipo 'Dimensionale' anche in merito ai Disturbi della Personalità. I criteri per i **disturbi di personalità** presentati nella sezione II del DSM V non sono cambiati rispetto a quelli del DSM IV, ma per il **DSM V è stato sviluppato un approccio alternativo da sottoporre a ulteriori studi che è stato inserito nella Sezione III "Modello alternativo del DSM V per i disturbi di personalità"**. L'inclusione di entrambi i modelli nel DSM V è determinata dall'esigenza clinica di maggiore chiarezza ed approfondimento in merito all'eterogeneità dei sintomi → i pazienti tendono a presentarsi con **"modelli di sintomi"** che non corrispondono ad un solo ed unico disturbo di personalità.

Tale inclusione, è determinata dall'esigenza clinica di maggiore chiarezza ed approfondimento in merito all'eterogeneità dei sintomi, in quanto alcuni pazienti tendono a presentarsi con "modelli di sintomi" che non corrispondono ad un solo ed unico disturbo di personalità.

Esteso infatti è stato il dibattito su come considerare i disturbi di personalità. *Questi, infatti, potrebbero rappresentare unicamente delle espressioni 'quantitativamente distinte' della personalità di base, nell'ambito di uno spettro di manifestazioni a un estremo del quale vi è la normalità, così come dei disturbi che rappresenterebbero forme fruste o indici di vulnerabilità delle psicosi, oppure ancora delle vere e proprie patologie che possono esprimersi in comorbidità con altri disturbi mentali* (Vedi Pallanti V.S., Pazzaglia A. nel Volume *Il problema sui disturbi di personalità* Op. cit.)

Sotto questo punto di vista, una delle più interessanti innovazioni del **DSM-5 è stata la scomparsa della valutazione multiassiale, con la collocazione dei disturbi di personalità insieme agli altri disturbi mentali, e l'istituzione dei disturbi dello spettro schizofrenico, dove è stato inserito il Disturbo Schizotipico di Personalità.**

Alla luce di quanto evidenziato, per quanto complesso sia stato il dibattito accademico inerente una rivisitazione della classificazione sui Disturbi di Personalità, il DSM-5, mantiene comunque la differenza proposta dal DSM IV-TR, riconoscendo 10 tipi di disturbi di personalità concentrati in 3 gruppi o *cluster* sulla base di analogie di tipo descrittivo, in base ad analogie descrittive (APA, 2014, pp 747-751):

1. **Gruppo A (cluster eccentrico): include il Disturbo Paranoide, Schizoide e Schizotipico;**
2. **Gruppo B (cluster drammatico): include il Disturbo Antisociale, Borderline, Istrionico e Narcisistico;**
3. **Gruppo C (cluster ansioso): include il Disturbo Evitante, Dipendente, e Ossessivo-Compulsivo.**

A proposito di Dimensione psicopatologica, secondo Pancheri si intende una “*alterata funzione psichica, espressa fenomenicamente da un insieme di sintomi o di segni che siano indicativi e specifici per la funzione alterata*”.¹

Il concetto di “dimensione” ha inserito una possibilità di descrizione nuova e interessante. Secondo il modello dimensionale i disturbi di personalità non sarebbero altro che varianti “quantitative” dei tratti di personalità, all’interno di un continuum che parte dalla normalità.

I sostenitori dell’approccio dimensionale ritengono che questo sia più corretto dell’irriducibile soggettività di ogni individuo, nonchè in grado di restituire un quadro clinico più affidabile e pertinente alle specificità della singola persona, evitando la confusione concepita dall’approccio categoriale, in particolare per quanto riguarda il problema dell’eccessiva comorbilità e dei confini diagnostici rigidi (Widiger, 2005 Op. cit.)

Tuttavia alcuni autori sostengono che fino a quando non saranno note l’eziologia e la patogenesi dei Disturbi di Personalità, in particolare del Disturbo Borderline di Personalità, è opportuno utilizzare una diagnosi di tipo categoriale, eventualmente restringendo i criteri diagnostici e utilizzando le misure dimensionali solo in aggiunta per porre diagnosi, altrimenti si rischia di sostituire un modello complesso con un altro ancora più complesso (Paris et al. 2007).²

Da quanto evidenziato, l’approccio diagnostico di tipo dimensionale, sembra essere più in grado di cogliere in maniera più accurata le singole caratteristiche della personalità sia normale che patologica anche in funzione di una conformazione di come la mente procede.

In conclusione, anche nel settore dei Disturbi di Personalità l’approccio psicopatologico di tipo descrittivo nel DSM-5 strutturato per mezzo di “categorie” diagnostiche, intese come entità discrete e a sé stanti, non sembra dare risposte soddisfacenti. L’approccio dimensionale (parallelo, per riconoscimento di configurazione) è più vicino, rispetto a quello categoriale (analitico, per alberi decisionali progressivi ed esclusivi, seriale), alla procedura naturale di analisi e valutazione che la mente umana attua di fronte all’osservazione. È stato messo in risalto come sotto la stessa diagnosi categoriale possano manifestarsi in realtà quadri di sofferenza psicopatologica anche decisamente diversi. Questo porta verso risvolti decisivi per il trattamento sia psicofarmacologico che psicoterapico. Una stessa diagnosi categoriale può necessitare di progetti terapeutici tra loro anche assai diversi. L’ipotesi che a una categoria diagnostica corrisponda *tout court* un farmaco non è esatta (così come si evidenzierà, per esempio nel capitolo relativo al Disturbo Borderline in tema di Farmacoterapia consigliata).

La scelta di un trattamento farmacologico deriva dal fattore prevalente e dalla fase in cui il paziente viene visitato. L’inquadramento dei bisogni unitamente a come indirizzare il trattamento variano da caso a caso. In questo caso, forse una descrizione di tipo dimensionale che terrà presenti i cambiamenti della componente della sofferenza psicopatologica nel tempo potrebbe rivelarsi oltremodo utile.

Opportunamente una conoscenza più specifica inerente l’eziologia e la patogenesi dei Disturbi di Personalità e di quelli Psichiatrici in genere, attraverso il tempo potrebbe concedere l’utilizzo di un sistema di classificazione e di strategie terapeutiche

meno sperimentali. Non è escluso peraltro che in un’ottica futuristica, entrambi i sistemi descrittivo categoriale e dimensionale, potrà fornire al clinico una più onnicomprensiva prospettiva per un assetto diagnostico rivolto a progetti terapeutici ancor più personalizzati, nel rispetto delle caratteristiche specifiche e delle complessità del singolo paziente.

Un altro spunto interessante, potrebbe essere fornito dal Volume “*Sotto il velo della normalità*”, di (Barchetta P., Capraro M., Pievani T. 2004 Op. cit.), dove vengono osservati i punti di vista teorico-clinico e la correlazione fra le teorie biologiche anti-riduzioniste e quelle antropologiche sulla relazione mente/cervello e i sistemi terapeutici. Il Volume si concentra su un confronto tra le scienze evolutive di orientamento costruttivista e le pratiche cliniche e costruzioniste, ripercorrendo alcuni passaggi del pensiero di Bateson, sottolineando l’ingenuità epistemologica e l’insufficienza metodologica di molte ricerche e studi sui disturbi della personalità, inserendosi nel dibattito internazionale ruotando quindi attorno al fenomeno epistemologico delle correlazioni tra le scienze umane e quelle naturali ed al rapporto fra le teorie costruttiviste e costruzioniste. Per ulteriori più specifici approfondimenti sul tema (Cfr. *I Disturbi di Personalità nel DSM-5 Op. cit.*)

Cambiamenti e continuità nella diagnosi e nella clinica rispetto all’edizione precedente del DSM e classificazione dei disturbi di personalità (DSM V)

Tra i principali cambiamenti nel DSM-5³ rispetto al DSM IV, seguendo l’ordine in cui i Disturbi appaiono rispettivamente nella Classificazione del DSM-5, vi troviamo i seguenti:

- 1) Disturbi del neurosviluppo
- 2) Disturbi dello spettro della schizofrenia e altri disturbi psicotici
- 3) Disturbi bipolari e disturbi correlati
- 4) Disturbi depressivi
- 5) Disturbi d’ansia
- 6) Disturbo ossessivo-compulsivo e disturbi correlati
- 7) Disturbi correlati a eventi traumatici e stressanti
- 8) Disturbi dissociativi
- 9) Disturbo da sintomi somatici e disturbi correlati
- 10) Disturbi della nutrizione e dell’alimentazione
- 11) Disturbi dell’evacuazione
- 12) Disturbi del sonno-veglia
- 13) Disturbi sessuali
- 14) Disforia di genere
- 15) Disturbi da comportamento dirompente, del controllo degli impulsi e della condotta
- 16) Disturbi correlati a sostanze e disturbi da addiction
- 17) Disturbi neuro cognitivi
- 18) Disturbi di personalità
- 19) Disturbi parafilici

¹ Pancheri P, Biondi M, Gaetano P, Picardi A, Pasquini M. Impiego della Scala per la Valutazione Rapida Dimensionale SVARAD in una popolazione psichiatrica ambulatoriale di 1124 soggetti. Rivista di Psichiatria 2001;36:204-216.

² *I Disturbi di Personalità nel DSM-5*. In: European Journal of Psychoanalysis.

³ Cfr DSM-5 (pagg. 937-947).

Panoramica dei singoli disturbi

Affrontandoli singolarmente per meglio comprendere cosa è variato rispetto all'edizione precedente:

Disturbi del neurosviluppo

Nell'edizione precedente, veniva adottato il termine *ritardo mentale*. Comunque tra gli esperti negli ultimi vent'anni, il termine utilizzato di uso comune, *disturbo dello sviluppo intellettivo*. I criteri diagnostici, evidenziano come vi sia la **necessità di valutare sia la capacità cognitiva (QI), che quella del funzionamento adattivo**. La gravità afferisce più al funzionamento adattivo piuttosto che al punteggio del QI.

Per quanto riguarda i **disturbi della comunicazione**, rinominati partendo dal disturbo della fonazione e dalla balbuzie del DSM IV, includono il **disturbo del linguaggio** che annette (il disturbo della espressione del linguaggio e il disturbo misto della espressione e ricezione del linguaggio), il **disturbo fonetico-fonologico** (precedentemente disturbo della fonazione) e il **disturbo della fluenza con esordio nell'infanzia** (denominato in precedenza balbuzie). Tra questi vi troviamo anche il **disturbo della comunicazione sociale (pragmatica)**, nuovo attributo che implica una persistente difficoltà nell'uso della comunicazione verbale e non verbale a livello sociale.

Disturbo dello spettro dell'autismo

Nel DSM-5, è un nuovo disturbo che racchiude anche i seguenti disturbi: il disturbo **Autistico**, quello di **Asperger**, nonché il disturbo **disintegrativo dell'infanzia**, il disturbo di **Rett** ed il disturbo **Pervasivo dello sviluppo** non altrimenti specificato. Questo disturbo, è caratterizzato da deficit nei due principali ambiti: 1) deficit nella comunicazione sociale e nelle interazioni sociali; 2) pattern di comportamento, interessi e attività limitati e ripetitivi.

Molteplici cambiamenti, sono stati adottati al (DDAI), **disturbo da Deficit di attenzione/iperattività**, ne è stata modificata la descrizione dell'età di esordio ossia *"alcuni sintomi di iperattività-impulsività o di disattenzione che causano menomazione devono essere stati presenti prima dei 7 anni di età"* a *"diversi sintomi di disattenzione o di iperattività-impulsività erano presenti prima dei 12 anni"*. Per quanto riguarda i sottotipi, sono stati sostituiti da specificatori della manifestazione che corrispondono direttamente ai sottotipi precedenti. **Ad esempio ora è permessa una diagnosi in comorbilità con un disturbo dello spettro dell'autismo.**

Disturbo specifico dell'apprendimento

Racchiude le diagnosi del DMS-IV ossia i **disturbi: della lettura, del calcolo, dell'espressione scritta e dell'apprendimento non altrimenti specificato**. Alcuni deficit di lettura, a livello internazionale vengono delineati come *'dislessia'*, e *'discalculia'* alcuni dei deficit matematici.

Per quanto riguarda i **disturbi del movimento**, nel DSM-5 sono compresi i seguenti: **disturbo dello sviluppo della coordinazione, disturbo del movimento stereotipato, disturbo di Tourette, disturbo persistente (cronico) da tic motori o vocali, disturbo transitorio da tic, disturbo da tic con altra specificazione e disturbo da tic senza specificazione.**

Disturbi dello spettro della schizofrenia e altri disturbi psicotici

Due sono le modifiche attuate al Criterio A per quanto riguarda la schizofrenia: Il primo è, l'eliminazione di attribuzione speciale di deliri bizzarri e allucinazioni uditive schneideriane

di primo ordine come (2 o più voci che conversano), che concerne la richiesta di almeno due sintomi del criterio A per espletare una **diagnosi di schizofrenia**. Il secondo riguarda l'aggiunta della richiesta di almeno uno dei sintomi presenti nel Criterio A deve essere: deliri, allucinazioni o eloquio disorganizzato. Nel DSM IV, i sottotipi della schizofrenia sono stati rimossi per la loro poca attendibilità, limitata stabilità e scarsa validità diagnostica. Viene riconcettualizzato il **disturbo schizoaffettivo** da osservazione trasversale a diagnosi longitudinale. Per quanto riguarda il **disturbo delirante**, non è più richiesto che i disturbi siano bizzarri, attualmente mantiene la continuità con il DSM IV comprendendo uno specificatore per i deliri di tipo bizzarro. Vengono riportati in maniera uniforme i Criteri relativi alla **catatonìa** nel DSM 5.

Disturbi bipolari e disturbi correlati

I suindicati disturbi, evidenziano modifiche diagnostiche per quanto riguarda i seguenti elementi: umore, attività, energia. Nel DSM IV, la diagnosi del **disturbo bipolare I, episodi misti**, postula che il soggetto soddisfi nel contempo e pienamente i criteri inerenti la mania e l'episodio depressivo maggiore. È stata sostituita da un nuovo specificatore *"con caratteristiche miste"*. Ora particolari condizioni possono essere così diagnosticate: **"Disturbo bipolare e disturbi correlati con altra specificazione"** che tempera la categorizzazione di soggetti aventi già una storia pregressa di disturbo depressivo maggiore ed i cui sintomi, soddisfano a pieno i criteri dell'ipomania. Fatta eccezione per la durata ossia, (l'episodio dura solo 2 o 3 giorni invece che 4 o più consecutivi). Un altro aspetto da considerare, è quello relativo alla modifica del disturbo bipolare e disturbi correlati, specificando che i sintomi per l'ipomania sono troppo pochi per soddisfare pienamente la sindrome **bipolare II** pur se la durata di almeno 4 giorni consecutivi è sufficiente.

Disturbi depressivi

Ai fini di evitare il rischio di sovradiagnosi nonché il sovratratamento del Disturbo Bipolare, nei bambini, è stata inclusa una nuova diagnosi: **Disturbo da disregolazione dell'umore dirompente**, per quegli individui (fino a 18 a.), che presentano umore irritabile persistente associato a frequenti episodi di discontrollo comportamentale estremo.

Disturbo disforico pre-mestruale

Ora è stato promosso dall'Appendice B, *"Criteri e Assi utilizzabili per ulteriori studi"* dell'edizione precedente al corpo principale del DSM-5. Nel DSM IV, ciò che rientrava come distimia, nell'edizione attuale, è inserito nella categoria del **Disturbo depressivo persistente**, che comprende il precedente disturbo distimico e il disturbo depressivo maggiore cronico. La coesistenza di almeno tre sintomi maniacali (non sufficiente a soddisfare i criteri per un episodio maniacale), **ora viene individuata dallo specificatore "con caratteristiche miste"**. **Importante rimuovere l'implicazione che il lutto abbia la durata tipica di mesi (due)**, quando sia i consulenti che i medici, riconoscono che la **durata più comune è di 1-2 anni**. Una dettagliata nota ha sostituito il semplicistico criterio di esclusione della versione precedente, come aiuto ai clinici nella distinzione tra i sintomi caratteristici del lutto, da quelli di un disturbo depressivo maggiore.

Disturbi d'ansia

Per quanto riguarda il capitolo relativo ai disturbi d'ansia, **non include più né il DOC** (che è stato incluso nel nuovo capitolo "Disturbo ossessivo compulsivo e Disturbi correlati"), né il **Disturbo da Stress post-traumatico e il Disturbo da Stress**

acuto (compresi nel nuovo capitolo “Disturbi correlati a eventi traumatici e stressanti”). I cambiamenti nei criteri per la fobia specifica e il disturbo d’ansia sociale (fobia sociale) comprendono l’eliminazione del requisito che gli individui al di sopra dei 18 anni, riconoscano che la loro ansia sia eccessiva o irragionevole. Di contro, l’ansia deve essere sproporzionata rispetto al pericolo o alla minaccia reali posti dalla situazione, dopo aver preso in considerazione i fattori contestuali e culturali. Peraltro la **durata di mesi (sei), ora è stata estesa a tutte le età**. Per quanto riguarda gli Attacchi di Panico possono essere catalogati come specificatore applicabile a tutti i disturbi del DSM-5. Il Disturbo di Panico e l’agorafobia nel DSM-5, non sono collegati.

Pertanto, le precedenti diagnosi del DSM-4 di disturbo di panico con agorafobia, disturbo di panico senza agorafobia e agorafobia senza anamnesi di disturbo di panico, sono sostituite da due diagnosi: **disturbo di panico e agorafobia**, ognuna con criteri separati. Lo specificatore “generalizzato” per il disturbo d’ansia sociale è stato eliminato e sostituito dallo specificatore “legata solo alla performance”. Il disturbo d’ansia di separazione e il mutismo selettivo ora sono classificati come disturbi d’ansia. La formulazione dei criteri è stata cambiata per rappresentare in modo più adeguato, la manifestazione dei sintomi d’ansia di separazione in età adulta. Viepiù, a differenza del DSM-4, i criteri diagnostici non specificano più che l’esordio debba avvenire prima dei 18 anni. Per gli adulti è stato annesso un criterio di durata “tipicamente di mesi 6 o più”, per ridurre il rischio di sovradiagnosi di paure transitorie.

Disturbo ossessivo-compulsivo e disturbi correlati

Il “Disturbo ossessivo-compulsivo e disturbi correlati” è un capitolo nuovo del DSM-5. I nuovi disturbi includono **disturbo da accumulo, disturbo da escoriazione** (stuzzicamento della pelle), disturbo ossessivo-compulsivo e disturbi correlati indotto da sostanze/farmaci e disturbo ossessivo-compulsivo e disturbi correlati dovuto ad altra condizione medica. La diagnosi del DSM-IV di tricotillomania, viene ora definita tricotillomania (**disturbo da strappamento di peli**) ed è stata trasferita dalla classificazione fra i disturbi del controllo degli impulsi non classificati altrove del DSM-IV, alla categoria dei **disturbi ossessivo-compulsivo e correlati del DSM-5**.

Lo specificatore “con scarso insight” per il disturbo ossessivo-compulsivo, è stato ridefinito per permettere una suddivisione tra gli individui con insight buono o sufficiente, con insight scarso e con “insight assente/convinzioni deliranti” del disturbo ossessivo-compulsivo (ossia il soggetto è pienamente sicuro che le convinzioni del disturbo ossessivo-compulsivo siano vere). Analoghi specificatori di “insight” sono stati inclusi per il disturbo di dismorfismo corporeo e per il disturbo da accumulo. È stato inserito anche uno specificatore “correlato a tic” per il disturbo ossessivo-compulsivo, in quanto la presenza di un disturbo da tic in comorbilità può avere conseguenze cliniche di una certa importanza. Per quanto concerne il disturbo di dismorfismo corporeo, è stato annesso lo specificatore “dismorfia muscolare”, a riflettere la sempre più folta letteratura sulla efficacia diagnostica e l’utilità clinica di questa distinzione in soggetti con disturbo di dismorfismo corporeo. La variante delirante del disturbo di dismorfismo corporeo (che identifica quegli individui che sono assolutamente convinti che i difetti o le imperfezioni percepiti nel loro aspetto fisico siano realmente anormali), non è più codificata né come disturbo delirante, tipo somatico, né come disturbo di dismorfismo corporeo. Nel DSM-5, questa manifestazione è **definita solo come disturbo di dismorfismo corporeo con specificatore insight assente/convinzioni deliranti**. I soggetti possono ricevere anche una diagnosi di DOC e disturbi correlati con altra specificazione, che può racchiudere condizioni come disturbo da comportamento ripetitivo focalizzato

sul corpo e gelosia patologica, o disturbo ossessivo-compulsivo e disturbi correlati senza specificazione.

Disturbi correlati a eventi traumatici e stressanti

Per poter espletare una diagnosi di **Disturbo da Stress Acuto**, ora si afferma chiaramente che, l’esposizione all’evento traumatico implicita il farne esperienza diretta, ossia, assistervi in modo diretto o venirne a conoscenza. Inoltre, è stato rimosso il Criterio A2 del DSM-4 che si riferiva alla reazione soggettiva all’evento traumatico (ad esempio “paura intensa, sentirsi inerme o provare orrore”). I disturbi dell’adattamento sono stati riesaminati come un insieme eterogeneo di sindromi di risposta allo stress che si verificano dopo l’esposizione ad un evento stressante (traumatico o non), piuttosto che una categoria rimanente per i soggetti che evidenziano disagio clinicamente significativo ma i cui sintomi non soddisfano i criteri per un disturbo più specifico (come nella precedente edizione).

I criteri del DSM-5 per il disturbo da stress post-traumatico (DSPT) si differenziano in maniera rilevante dai criteri del DSM-4. Il criterio relativo al **fattore stressante (Criterio A) è più esplicito in riferimento agli eventi che qualificano le esperienze “traumatiche”**. Inoltre, è stato rimosso il **Criterio A2 (reazione soggettiva) del DSM-4**. Mentre nel DSM-IV vi erano 3 cluster principali di sintomi - il rivivere persistentemente l’evento traumatico, l’evitamento, l’intorpidimento e l’aumento dell’arousal, **nell’attuale edizione, vi sono 4 cluster di sintomi, in quanto il cluster evitamento/intorpidimento è separato in 2 cluster diversi: evitamento e alterazioni negative di pensieri ed emozioni**. Quest’ultima categoria, che conserva la maggior parte dei sintomi di intorpidimento del DSM-4, include inoltre i sintomi nuovi o riconcettualizzati come ad esempio, gli stati emotivi negativi persistenti. Il cluster finale - alterazioni della reattività e dell’arousal mantiene la maggior parte dei sintomi relativi all’arousal del DSM-IV. Include anche il comportamento irritabile o esplosioni di rabbia e il comportamento spericolato o autodistruttivo. **Nel DSM-5, i criteri diagnostici del DSPT prendono in considerazione lo sviluppo, poiché sono state abbassate le soglie diagnostiche per i bambini e per gli adolescenti. Viepiù, sono stati annessi criteri separati per i bambini sotto i 6 anni che evidenziano tale disturbo.**

La diagnosi del DSM-4 di disturbo reattivo dell’attaccamento dell’infanzia o della prima fanciullezza conteneva 2 sottotipi: inibito e disinibito. **Nel DSM-5, questi 2 sottotipi sono diventati due disturbi distinti: disturbo reattivo dell’attaccamento e disturbo da impegno sociale disinibito.**

Disturbi dissociativi

Le più importanti modifiche nei disturbi dissociativi attualmente inseriti nel DSM-5, includono i seguenti:

- 1) **La derealizzazione**, è stata inclusa nel nome e nella struttura dei sintomi di quello che prima veniva definito disturbo di depersonalizzazione (attualmente denominato **Disturbo di depersonalizzazione/derealizzazione**);
- 2) **La fuga dissociativa** ora è uno specificatore dell’amnesia dissociativa e non più una diagnosi separata; infine
- 3) **I criteri per il disturbo dissociativo dell’identità**, sono stati cambiati per specificare che i sintomi di disgregazione dell’identità, possono essere riferiti dall’individuo o osservati da altri soggetti, e che i vuoti nella rievocazione degli eventi, possono verificarsi per gli eventi quotidiani e non solo per quelli traumatici. Peraltro, in alcune culture nella descrizione della disgregazione dell’identità, vengono racchiuse anche esperienze di possessione patologica.

Disturbo da sintomi somatici e disturbi correlati

Nel DSM-5, i disturbi somatoformi ora vengono classificati come **disturbi da sintomi somatici e correlati**. La classificazione del DSM-5 diminuisce il numero di questi disturbi e delle sottocategorie affinché si evitino sovrapposizioni problematiche. Sono state tolte le diagnosi di disturbo di somatizzazione, ipocondria, disturbo algico e disturbo somatoforme indifferenziato. Quegli individui che precedentemente avrebbero ricevuto una diagnosi di disturbo di somatizzazione, in genere hanno sintomi che soddisfano i criteri del DSM-5, pertanto il disturbo da sintomi somatici, ma soltanto se, in aggiunta ai loro sintomi somatici, hanno anche pensieri, sentimenti e comportamenti disadattivi correlati al disturbo. Poiché la differenza tra disturbo di somatizzazione e disturbo somatoforme indifferenziato era arbitraria, **nel DSM-5 sono stati assorbiti nel disturbo da sintomi somatici**. I soggetti che precedentemente venivano diagnosticati come ipocondriaci con un notevole livello di ansia relativa alla salute ma senza sintomi somatici, secondo il DSM-5 riceverebbero una **diagnosi di disturbo da ansia di malattia** (a meno che l'ansia per la salute non sia meglio spiegata da un disturbo d'ansia primario, come il disturbo d'ansia generalizzata). In alcuni soggetti con dolore cronico, viene espletata una diagnosi appropriata **di disturbo da sintomi somatici, con dolore predominante**. Per gli altri fattori psicologici che influenzano altre condizioni mediche o un disturbo dell'adattamento sarebbero diagnosi più appropriate.

Disturbi della nutrizione e dell'alimentazione

A causa della rimozione del capitolo del DSM-4-TR "Disturbi che di solito erano diagnosticati per la prima volta nell'infanzia, nella fanciullezza o nell'adolescenza", questo capitolo del DSM-5 evidenzia diversi disturbi che nel DSM-4 erano inseriti nel paragrafo "Disturbi della nutrizione e dell'alimentazione dell'infanzia o della prima fanciullezza", come **pica e il disturbo da ruminazione**. La categoria del DSM-IV relativa al disturbo della nutrizione dell'infanzia o della prima fanciullezza, è **stata rinominata come disturbo evitante/restrittivo dell'assunzione di cibo**, e i criteri sono stati estesi in modo rilevante. I criteri diagnostici fondamentali per l'anorexia nervosa non sono stati riconcettualizzati rispetto all'edizione precedente, con un'unica eccezione: è stato rimosso il requisito dell'amenorrea. Come nel DSM-4, il Criterio A postula che gli individui con questo disturbo abbiano un peso corporeo significativamente basso rispetto al proprio stadio di sviluppo. La formulazione del criterio, è stata cambiata per ottimizzare la chiarezza e nel testo è fornita una guida per stabilire se un individuo abbia un peso corporeo significativamente basso. **Nel DSM-5, il Criterio B, è stato esteso per comprendere non soltanto il timore chiaramente dichiarato di aumentare di peso, ma anche il comportamento persistente che interferisce con l'aumento di peso**. L'unico cambiamento nei criteri del DSM-4 per la bulimia nervosa è la riduzione della frequenza media minima richiesta di abbuffate e comportamento compensatorio inappropriato da 2 a una volta alla settimana. La ricerca allargata che ha seguito la presentazione dei criteri preliminari per l'alimentazione incontrollata (ora definito disturbo da binge-eating) nell'Appendice B, del DSM-4 ha documentato l'utilità e la validità cliniche del disturbo da binge-eating.

L'unica differenza significativa rispetto ai criteri preliminari, è che la frequenza media minima delle abbuffate richiesta per la diagnosi, è di una volta alla settimana negli ultimi 3 mesi, identica al criterio della frequenza per la bulimia nervosa (a differenza di almeno 2 giorni alla settimana per 6 mesi nell'edizione precedente).

Disturbi dell'evacuazione

Nella suindicata classe diagnostica, non vi sono rilevanti cambiamenti tra le edizioni IV e V. Nell'edizione precedente i disturbi di questo capitolo erano solitamente catalogati fra i Disturbi diagnosticati per la prima volta nell'infanzia, nella fanciullezza o nell'adolescenza, **nel DSM-5, vengono classificati in modo indipendente**.

Disturbi del sonno-veglia

Nell'edizione attuale del DSM, le diagnosi che nella versione IV, erano descritte come disturbo del sonno correlato ad altro disturbo mentale, nonché a disturbo del sonno dovuto a una condizione medica generale, **sono state abolite e per il singolo disturbo del sonno-veglia, viene fornita una spiegazione onnicomprensiva di quelle che possono essere le condizioni concomitanti. Per distinzione, la diagnosi di insonnia primaria, è stata denominata disturbo da insonnia così da distinguerla tra primaria e secondaria**. La nuova versione del DSM, discerne anche la narcolessia - associata a carenza di ipocretina - dalle altre forme di ipersonnolenza (disturbo da ipersonnolenza).

I disturbi del sonno legati alla respirazione sono divisi in 3 disturbi relativamente distinti: **apnea/ipopnea ostruttiva del sonno, apnea centrale del sonno e ipoventilazione correlata al sonno**. I sottotipi dei disturbi circadiani del ritmo sonno-veglia sono stati estesi per comprendere il tipo fase di sonno ritardata e il tipo ritmo sonno-veglia irregolare, **mentre il tipo sindrome da cambio di fusi orari (jet lag) è stato rimosso**.

Disfunzioni sessuali

Nell'attuale versione, vi sono anche alcune disfunzioni specifiche per il genere. Per quanto riguarda il sesso femminile, i disturbi del desiderio e dell'eccitazione sessuale sono stati incorporati in un unico disturbo: **disturbo del desiderio sessuale e dell'eccitazione sessuale femminile**. Tali disfunzioni (ad eccezione della disfunzione sessuale indotta da sostanze/farmaci) ora postulano una durata minima di circa 6 mesi nonché criteri di gravità più specifici. **Nel DSM-5 vi è l'aggiunta del disturbo del dolore genitopelvico e della penetrazione**, che descrive una combinazione di vaginismo e dispareunia, che erano altamente in comorbilità e complessi da distinguere. La diagnosi di disturbo da avversione sessuale, è stata rimossa in quanto raramente utilizzata a causa della mancanza di ricerca a supporto.

Ora vi sono solo 2 sottotipi per le disfunzioni sessuali: **permanente versus acquisita e generalizzata versus situazionale**. Per indicare la presenza e il grado di altri correlati clinici e non clinici, sono state aggiunte al testo le seguenti caratteristiche associate: fattori riguardanti il partner, fattori relazionali, fattori di vulnerabilità individuale, fattori culturali o religiosi e fattori medici.

Disforia di genere

Trattasi di una nuova categoria diagnostica della nuova versione che implica una modifica relativa alla concettualizzazione delle caratteristiche che descrivono il disturbo per mezzo dell'enfatizzazione del fenomeno "dell'incongruenza di genere" invece dell'identificazione con il sesso opposto così come nel DSM IV, era il disturbo dell'identità di genere. La disforia di genere contiene set di criteri separati: per i **bambini, adolescenti e adulti**. Per quanto concerne i criteri per gli adolescenti e gli adulti, i precedenti Criterio A (identificazione col sesso opposto) e Criterio B (estraneità riguardo al ruolo sessuale del proprio sesso) sono stati raggruppati. Nell'espressione dei criteri, **"il genere opposto" sostituisce il termine "sesso opposto"** (o "un genere alternativo"), in quanto *genere* invece di *sesso* si rivela più adeguata

to, considerato che *sexso* viene riferito a soggetti affetti da disturbo dello sviluppo sessuale. Per quanto riguarda i bambini, quello che nella versione precedente veniva definito, “*desiderio ripetutamente affermato di essere... dell'altro sesso*”, **viene sostituito da “forte desiderio di appartenere al genere opposto”**. Per i bambini, il Criterio A1 (“forte desiderio di appartenere al genere opposto o insistenza sul fatto di appartenere al genere opposto...”) attualmente si rivela necessario (ma non soddisfacente), ciò rende la diagnosi più restrittiva e conservativa. **Nel DSM-5 viene rimossa la sottotipizzazione sulla base dell'orientamento sessuale**, in quanto la distinzione non viene più ritenuta utile ai fini clinici. È stato aggiunto uno specificatore post-transizione, per la descrizione di soggetti sottoposti a procedura o trattamento (almeno uno), medico per poter supportare la riassegnazione del genere (ad esempio trattamento con ormoni del sesso opposto).

Disturbi da comportamento dirompente, del controllo degli impulsi e della condotta

I suindicati disturbi, fanno parte di un nuovo capitolo nella versione attuale del DSM, in quanto ricongiunge quei disturbi che nella versione precedente, facevano parte del capitolo di quei disturbi che di solito erano diagnosticati per la prima volta nell'infanzia, nella fanciullezza o nell'adolescenza” (ossia, il disturbo oppositivo provocatorio, disturbo della condotta e disturbo da comportamento dirompente non altrimenti specificato, attualmente catalogato come disturbi da comportamento dirompente, del controllo degli impulsi e della condotta con altra specificazione e senza specificazione). Per quanto riguarda il capitolo dei “**Disturbi del controllo degli impulsi non classificati altrove**” (ossia, il disturbo esplosivo intermittente, piromania e cleptomania), tali disturbi sono tutti caratterizzati da problematiche di autocontrollo delle emozioni e dei comportamenti. **Nello specifico, il DDAI si presenta abitualmente in comorbidità con i disturbi appartenenti a questo capitolo, ma viene catalogato tra i disturbi del neurosviluppo. A causa della stretta connessione con il disturbo della condotta, il disturbo antisociale di personalità è presente oltre a questo capitolo anche in quello dei “Disturbi di personalità”**. Vengono riuniti in 3 tipi i criteri del disturbo oppositivo provocatorio: **Umore collerico/irritabile, Comportamento polemico/provocatorio e Vendicatività**. I criteri per il disturbo della condotta attengono a uno specificatore delle caratteristiche descrittive per gli individui che soddisfano pienamente i criteri per il disturbo ma presentano anche emozioni prosociali limitate. Il cambiamento principale nel disturbo esplosivo intermittente è nel tipo di esplosioni di aggressività che devono essere considerate: nella versione del DSM-4 era richiesta aggressività fisica, in quella attuale, del DSM-5 anche l'aggressività verbale e l'aggressione fisica non distruttiva e non lesiva soddisfano i criteri. Il DSM-5 assegna criteri più precisi riguardo alla frequenza necessaria e specifica che le esplosioni di aggressività sono impulsive e/o generate dalla rabbia, e devono generare marcata compromissione del funzionamento in ambito lavorativo o interpersonale, o essere associate a conseguenze legali o finanziarie negative. Vieppiù, è **richiesta un'età minima di 6 anni** (o un livello di sviluppo equivalente).

Disturbi correlati a sostanze e disturbi da addiction

Una differenza significativa rispetto ai manuali diagnostici passati, riguarda il capitolo sui disturbi correlati a sostanze esteso per comprendere il **disturbo da gioco d'azzardo**. **Un'ulteriore importante modifica, è che il DSM-5 non divide le diagnosi di abuso e dipendenza da sostanze come invece faceva la versione precedente**. Vengono viceversa forniti i criteri per il disturbo da uso di sostanze, associati dai criteri per intossicazione, astinenza, disturbi correlati a sostanze e disturbi correlati a sostanze senza specificazione, li dove applicabili. All'interno dei disturbi da uso

di sostanze, **è stato rimosso dal DSM-5, il criterio del DSM-4 inerente i problemi legali ricorrenti legati a sostanze, ed è stato introdotto un nuovo criterio: Craving, o forte desiderio o spinta all'uso di una sostanza**. Peraltro nella versione attuale, la soglia per la diagnosi di disturbo da uso di sostanze viene stabilita a due o più criteri, in contrasto con la soglia di uno o più criteri per una diagnosi di abuso di sostanze e tre o più per una diagnosi di dipendenza stabilita dal DSM-4. Nuovi disturbi sono l'astinenza da cannabis e da caffeina.

Nel DSM-5 la gravità dei disturbi da uso di sostanze è basata sul numero di criteri coinvolti. Lo specificatore del DSM-4 per il sottotipo fisiologico è stato tolto nel DSM-5, unitamente alla diagnosi di dipendenza da sostanze molteplici. Per quanto riguarda l'aspetto relativo alla remissione precoce da un disturbo da uso di sostanze nel DSM-5, è definita da un minimo di 3, ma meno di 12 mesi senza soddisfare i criteri del disturbo da uso di sostanze (ad eccezione del craving), la remissione protratta è spiegata da un minimo di 12 mesi senza soddisfare i criteri del disturbo da uso di sostanze (sempre ad eccezione del craving). **I nuovi specificatori aggiuntivi del DSM-5 includono “in ambiente controllato”, nonché “in terapia agonista”, a seconda di quello che la situazione richiede**.

Disturbi neurocognitivi

Le diagnosi di demenza e disturbo amnestico vengono comprese nella nuova definizione di disturbo neurocognitivo maggiore (DNC). Il termine *demenza* non viene escluso dall'utilizzo nei sottotipi eziologici dove tale termine è standard. Peraltro il DSM-5, riconosce un livello meno grave di compromissione cognitiva. Nel DSM-4 erano contemplate singole diagnosi per la demenza tipo Alzheimer, vascolare, persistente indotta da sostanze, mentre gli altri disturbi neuro degenerativi venivano catalogati come demenza dovuta ad altre condizioni mediche generali, a HIV, trauma cranico, morbo di Parkinson, malattia di Huntington, malattia di Pick, malattia di Creutzfeldt-Jakob e ad altre condizioni mediche specificate. **Nel DSM-5, il DNC maggiore o lieve dovuto a malattia di Alzheimer e il DNC vascolare maggiore o lieve sono stati mantenuti, invece i nuovi criteri separati vengono ora descritti, rispettivamente, per il DNC, maggiore o lieve, fronto-temporale, a corpi di Lewy, dovuto a trauma cranico, indotto da sostanze/farmaci, dovuto a infezione da HIV, a malattie da prioni, a morbo di Parkinson, a malattia di Huntington, a un'altra condizione medica e a eziologie molteplici**. Come diagnosi, è compreso anche il DNC senza specificazione.

Disturbi di personalità

Non sono variati i criteri rispetto a quelli del DSM-4. **Nei criteri generali per il disturbo di personalità, presentati nella Sezione III, il criterio del funzionamento della personalità (Criterio A) è stato strutturato sulla base di un esame della letteratura sugli strumenti di valutazione clinica attendibile delle compromissioni fondamentali per la patologia di personalità**. **Una diagnosi di disturbo di personalità tratto-specificato, basata su una compromissione moderata o maggiore del funzionamento della personalità e sulla presenza di tratti di personalità patologici, sostituisce il disturbo di personalità non altrimenti specificato** e fornendo una diagnosi più esplicativa per i soggetti che non sono descritti in modo ottimale da uno specifico disturbo di personalità.

Disturbi parafilici

Un generale cambiamento rispetto al DSM-4 è l'aggiunta degli specificatori di decorso “in ambiente controllato” e “in remissione” ai set di criteri diagnostici per tutti i disturbi para-

filici. Vengono aggiunti per indicare importanti modifiche nello status dell'individuo. Nel DSM-5, le parafilie non sono ipsofaceto disturbi mentali. Vi è una differenza tra parafilie e disturbo parafilico. Un disturbo parafilico è una parafilie che sta attualmente causando disagio o compromissione all'individuo, o una parafilie la cui soddisfazione implica un danno personale, o rischio di danno, per gli altri. Una parafilie è una condizione necessaria ma non sufficiente per avere un disturbo parafilico, e una parafilie di per sé non giustifica automaticamente, o richiede intervento clinico. La distinzione tra parafilie e disturbi parafilici era stata inserita senza operare alcun cambiamento alla struttura di base dei criteri diagnostici così come già nel DSM-III-R. Il cambiamento proposto nel DSM-5, è che **i soggetti che soddisfano sia i Criteri A che B, attualmente verrebbe formulata una diagnosi di disturbo parafilico.** Non viene invece espletata una diagnosi per coloro che presentano sintomi che soddisfano il Criterio A, ma non il B, ossia quei soggetti che presentano una parafilie, ma non un disturbo parafilico.

Da quanto su evidenziato, in sintesi tra i principali cambiamenti,⁴ il DSM-5 pone molta attenzione alla **Valutazione Dimensionale del Sintomo** attraverso un focus mirato a determinati **Indicatori Clinici** quali:

- Condivisione di substrati neurali
- Caratteristiche familiari
- Fattori di rischio genetici
- Specifici fattori di rischio ambientali - comorbilità
- Marker biologici
- Antecedenti temperamentali - risposta al trattamento
- Similarità dei sintomi
- Decorso della malattia

Nel quadro clinico di ogni disturbo oltre i criteri diagnostici, vi è la presenza di **Specificatori**. Ad esempio, Disturbo dello spettro autistico **specificare la gravità attuale**: il livello di gravità si basa sulla compromissione della comunicazione sociale e sui pattern di comportamento ristretti, ripetitivi.

Specificare se:

- Con o senza compromissione intellettiva associata
- Con o senza compromissione del linguaggio associata

O nel caso del Disturbo Ossessivo Compulsivo (DOC)

Specificatori. Specificare se: con **insight** buono o sufficiente (l'individuo crede che la casa sicuramente, o probabilmente, non brucerà) con insight scarso (l'individuo crede che probabilmente la casa brucerà se la stufa non viene controllata 30 volte) con insight assente/convinzioni deliranti (l'individuo è convinto che la casa brucerà se la stufa non viene controllata 30 volte).

Per quanto riguarda Il Sistema Multiassiale: il DSM V propone una **documentazione delle diagnosi non assiale** (in passato Asse I, Asse II, Asse III), con notazioni separate per alcuni importanti fattori psicosociali e contestuali (in passato Asse IV) e la disabilità (in passato Asse V). Al fine di aumentare la specificità diagnostica, il DSM V ha sostituito la precedente **designazione NAS (non altrimenti specificato)** con due opzioni per l'indirizzo clinico: **disturbo con altra specificazione** e **disturbo senza specificazione = maggiore flessibilità decisionale per l'operatore clinico.**

Disturbo borderline: excursus storico

Le origini della Diagnosi Borderline, risalgono agli studi effettuati dallo psicanalista Adolph Stern (1938), quando tra i suoi pazienti fece una distinzione tra quei soggetti che trasgredivano i tradizionali confini della psicoterapia, sfuggendo all'allora uso del sistema di classificazione di cui il focus era mirato alla distinzione tra **psicosi e nevrosi**. Vari sono gli Autori che si sono espressi con i loro studi e ricerche sul Tema, come ad esempio Robert Knight (1953-1954), il quale propose un'estensione del termine *Borderline*, ossia da un'accezione limitata all'estremo continuum nevrotico ad una più ampia che contenesse anche i confini dello spettro psicotico. L'Autore analogamente a Stern, segnalò lo status *'pigliatutto'* di tale categoria diagnostica. Il termine *Borderline* dopo Knight venne utilizzato per indicare i pazienti problematici che non erano né nevrotici né psicotici, divenendo di uso frequente tra gli psicoanalisti impiegati in ambito ospedaliero. Nel (1967), Kernberg, estese considerevolmente la prospettiva psicanalitica sul costruito *borderline*. L'Autore definì *l'organizzazione borderline di personalità* come una delle tre possibili forme di organizzazione della personalità, differenziando quella dei pazienti meno gravi, caratterizzati da *un'organizzazione nevrotica di personalità*. L'Organizzazione Borderline di personalità, era rappresentata da una configurazione di un'identità debole e deficitaria e dal ricorso a primitivi meccanismi di difesa, come **scissione e identificazione proiettiva**, nonché da un esame di realtà temporaneamente assente in situazioni stressanti. Più avanti, nello schema che seguirà (Fornari 2008), verrà descritto lo sviluppo concettuale proposto dallo stesso Kernberg in merito all'Organizzazione Borderline di Personalità.

Per quanto riguarda la Scuola britannica, tra i più importanti Autori che hanno offerto il loro contributo teorico-clinico in merito alla comprensione dello sviluppo della psicopatologia Borderline, vi troviamo Donald W. Winnicott, originariamente Pediatra, che durante gli anni '50 si è distinto grazie al taglio originale in merito al concetto chiave come l'ambiente contenitivo (*holding environment*), e gli oggetti transazionali. Fondamentale il contributo di J. Bowlby Psichiatra infantile, nel suo importante volume (*Attaccamento e Perdita*), strutturato in 3 parti, a proposito degli stili di attaccamento del bambino nei riguardi della figura materna su base empirica e la figura di un caregiver come base sicura. L'autore sosteneva che tutti i bambini hanno un istinto innato nei confronti dell'attaccamento al proprio caregiver. La Ainsworth e colleghi, strutturarono una sperimentazione chiamata *Strange Situation* ideata per valutare il tipo di reazione del bambino quando viene separato dal caregiver di riferimento. Fonagy, ha inserito ulteriori peculiarità in relazione all'interazione madre-figlio, che sfociano nelle forme di attaccamento insicuro come ad esempio ansioso/ambivalente e/o disorganizzato/disorientato, caratteristico, dei soggetti Borderline. La sperimentazione di Fonagy *et al.* (1991), nell'adottare la *Strange Situation*, era mirata a riconoscere la non comprensione, ossia la falsa attribuzione da parte del genitore, degli stati interni del bambino, una figura genitoriale che conferisce un'errata chiave di lettura ad un determinato stato d'animo del proprio figlio, porteranno quest'ultimo, ad una fragile capacità di interpretazione stabile e realistica di sé, l'Autore definisce con il termine *"mentalizzare"* in maniera adeguata, desideri, intenzioni proprie o dell'altro, focalizzando la sua attenzione su strategie operative terapeutiche efficaci di migliore utilizzo, per i pazienti borderline.

Sempre dagli studi antecedenti in merito a questo tipo di Disturbo abbastanza complesso nella sua caratterizzazione, è importante riportare gli studi della Mahler sul fenomeno, nonché analizzarne in seguito, alcune differenze fondamentali, unitamente alle possibili correlazioni per esempio tra Disturbo e Organizzazione di personalità Borderline, vedi autori come Kernberg.

⁴ Slide prof. Chianura P. Seminario di approfondimento – Corso di Psicologia Clinica e dello Sviluppo A.A. 2013-2014.

In relazione alle fasi dello sviluppo secondo gli studi della Mahler e colleghi. (ripreso da Cancrini L. *L'Oceano Borderline pp. 57-94 Op. cit.*). Nel periodo abitualmente compreso tra i 15 e i 18 mesi, interverrebbe la crisi di riavvicinamento dello sviluppo normale del bambino, il quale già durante il 1 anno di vita, ha superato la fase di individuazione ossia, ha imparato a distinguere il Sé dal non Sé e quindi le rappresentazioni legate al Sé, da quelle legate all'oggetto, per affacciarsi alla fase successiva più o meno quando comincia a gattonare, rivolto verso l'esplorazione del mondo che lo circonda scoprendo il potenziale del suo corpo, quindi si trova nel tipico periodo colmo di sorprese e scoperte, dove comincia a prendere possesso della propria autonomia, esente da paura, non prova angoscia nei confronti dell'altro, non fa drammi se dovesse cadere, comportandosi in modo disinvolto e spericolato, un po' come un piccolo personaggio dei cartoons, in stile Maggie della famiglia Simpson. Giungendo alla fase dei 15 mesi circa, mentre esplora il mondo, lo sviluppo della memoria, lo riporta alla figura materna di cui il ricordo, ne richiama il bisogno. In conflitto tra la voglia di andare avanti ed esplorare il mondo circostante ed allo stesso tempo ritornare sui propri passi per controllare la presenza materna, il bambino, presenta la cosiddetta "ambitendenza", sperimentando il vissuto di 'angoscia di abbandono' che avrà molta importanza durante tutta la sua evoluzione. La reazione varia da caso a caso al presentarsi dei vissuti di angoscia ed ambitendenza, di cui l'Autrice ne spiega i diversi percorsi, con la presentazione di alcuni casi per poterne meglio comprendere, la particolare delicatezza di questa fase dello sviluppo, di cui si rimanda alla pubblicazione (Cancrini L. *op. cit.*)

Anche la Klein (psicanalista austriaca, che aderì alla scuola britannica), la cui tecnica terapeutica innovativa, fu quella di curare i bambini nell'interpretazione delle libere associazioni attraverso il gioco, giunse a postulare la sua teoria per mezzo dell'interazione terapeutica con i bambini che la portò a focalizzarsi sulle modificazioni affettive degli stessi, ed in particolare sui diversi passaggi che il bambino attraversa, dalla soddisfazione e felicità, allo stato di ansia, frustrazione e depressione. Alla luce delle sue osservazioni, che riportano alla teoria freudiana a proposito della dualità pulsionale amore e odio (Eros e Thanatos), dove viene a strutturarsi la rappresentazione primaria delle relazioni oggettuali e quindi il rapporto con la figura materna dove il bambino in questo periodo (da 0 a 4-5 mesi), tiene separati gli oggetti proiettando all'esterno gli impulsi aggressivi, quindi la madre viene vissuta come oggetto parziale, una sorta di scissione tra 'seno buono e seno cattivo', per cui non essendo in grado di integrare le due qualità dell'oggetto, il seno buono ed il seno cattivo vengono divisi l'uno dall'altro come se si trattasse di due oggetti distinti (Scissione). Questa configurazione relazionale, viene definita dalla Klein "Posizione Schizoparanoide", dove le relazioni oggettuali,

si fondano sui meccanismi di difesa della **Scissione e Identificazione Proiettiva**. A differenza di Freud che utilizza il termine 'Fase', l'Autrice, adatterà il termine 'Posizione'.

Un interessante contributo, è dato da un adattamento di Gunderson (1984),⁵ in merito a *come l'attaccamento percepito dei pazienti borderline, si relaziona alla fenomenologia del disturbo borderline di personalità* (Tab. 1).

Collocazione nel DSM-5

Dopo il principale excursus storico dianzi riferito in merito a tale patologia, per quanto riguarda le caratteristiche cliniche del Disturbo Borderline, è doveroso descriverne la categorizzazione e quindi la sua collocazione all'interno del DSM-5. Rientra tra i Disturbi di Personalità del gruppo B, tra i quali vi troviamo: **il Disturbo Antisociale di personalità, il Disturbo Istrionico di personalità e il Disturbo narcisistico di personalità.**

Il Disturbo Borderline, 301.83 (F60.3), secondo quanto recita il DSM-5: "Un pattern pervasivo di instabilità delle relazioni interpersonali, dell'immagine di sé e dell'umore e una marcata impulsività, che inizia entro la prima età adulta ed è presente in svariati contesti, come indicato da cinque (o più) dei seguenti elementi:

1. Sforzi disperati per evitare un reale o immaginario abbandono. **Nota:** Non includere i comportamenti suicidari o automutilanti considerati nel Criterio 5.
2. Un pattern di relazioni interpersonali instabili e intense, caratterizzato dall'alternanza tra gli estremi di iperidealizzazione e svalutazione.
3. Alterazione dell'identità: immagine di sé o percezione di sé marcatamente e persistentemente instabile.
4. Impulsività in almeno due aree che sono potenzialmente dannose per il soggetto (per es., spese sconsiderate, sesso, abuso di sostanze, guida spericolata, abbuffate). **Nota:** Non includere i comportamenti suicidari o automutilanti considerati nel Criterio 5.
5. Ricorrenti comportamenti, gesti o minacce suicidari, o comportamento automutilante.
6. Instabilità affettiva dovuta a una marcata reattività dell'umore

⁵ Ripreso dal Volume "La Personalità Borderline" (prima edizione 2003), di Gunderson JG, - Cap. I La Diagnosi Borderline, p. 17.

Tab. 1.

Contesto interpersonale	Fenomenologia	Risposte degli altri	Implicazione clinica
Contenuto/idealizzante	Vuoto, disfunzionale, sintomatico	Comprensiva	Collaborativo; interpretazioni; il paziente necessita di terapie espressive, coinvolgenti
Spaventato/svalutante	Arrabbiato, autodistruttivo	Spaventata, colpevole, arrabbiata con richiesta d'aiuto	Confronto; il paziente necessita di sostegni sociali, cambiamenti comportamentali
Solo	Terrorizzato, dissociato, paranoie, abuso di sostanze, promiscuo	Soccorrevole, evitante	Le parole sono superflue; il paziente necessita di contenzione, cure mediche

(per es. episodica intensa disforia, irritabilità o ansia, che di solito durano poche ore e soltanto raramente più di pochi giorni).

7. Sentimenti cronici di vuoto.
8. Rabbia inappropriata, intensa, o difficoltà a controllare la rabbia, (per es., frequenti accessi di ira, rabbia costante, ricorrenti scontri fisici).
9. Ideazione paranoide transitoria, associata allo stress, o gravi sintomi dissociativi.”

Sulla base di quanto su evidenziato e volendo tracciare un ‘profilo’ del paziente Borderline, i soggetti affetti da questo tipo di Disturbo sono caratterizzati da una ridotta e/o instabile struttura del sé, con difficoltà a conservare le relazioni intime in modo soddisfacente e duraturo. Bassa soglia di tolleranza allo stress con conseguente vissuto del sé disgregato, unitamente a sentimenti cronici di vuoto ed una marcata mancanza della propria identità. Sentimenti di autosvalutazione, associati a eccessiva critica e avvilitamento. Le emozioni tendono a cambiare velocemente ed in modo imprevedibile. Presenza di ansia e depressione. Il comportamento particolarmente reattivo, è una tipica reazione ad un vissuto di incomprensione, dove il soggetto si sente vittima, con conseguente estrinsecazione dell’aggressività verso se stesso e/o gli altri.

L’impulsività associata a forte stress, portano questo soggetto, ad adottare comportamenti a rischio come ad esempio, grandi abbuffate (binge-eating), spese eccessive, guida spericolata ecc.

Basa le proprie relazioni sulla dipendenza eccessiva con forte timore dell’abbandono e necessità di contatti interpersonali specialmente durante i vissuti di disagio. Il comportamento può rivelarsi particolarmente remissivo. L’eccessivo coinvolgimento intimo, può causare la paura di perdita dell’identità con conseguente sovraccarico psicologico ed emotivo. Le relazioni interpersonali si presentano instabili con alternanza tra eccessiva necessità di dipendenza e coinvolgimento, con compromissione dell’empatia. Per quanto riguarda il funzionamento conoscitivo, in presenza di stress, potrebbe essere danneggiato, portando il soggetto a vissuti del tutto o niente, nonché a reazioni quasi psicotiche come paranoia e dissociazione.

Per quanto riguarda i suindicati criteri diagnostico-clinici, già (Gunderson 2001),⁶ secondo la classificazione del DSM IV (APA 1994), così li sintetizzava:

- Il primo criterio *Sforzi disperati per evitare un reale o immaginario abbandono*, è in linea con quegli autori che ritengono che la problematica dell’attaccamento, sia centrale nella costruzione del Disturbo Borderline che fonda le sue radici dalla concenazione di Masterson e Risley (1975), Gunderson e Singer (1975), Adler e Buie (1979) e Bateman e Fonagy (2004), si può ben comprendere come tale criterio, ci riporta alla corrente del pensiero psicoanalitico che enfatizza la problematica del soggetto Borderline nella sua relazione con l’oggetto e come in quest’ottica, si osserva il paziente borderline, particolarmente bisognoso della relazione che se mancante o deficitaria, provoca l’annientamento del proprio Sé;
- *Un pattern di relazioni interpersonali instabili e intense, caratterizzato dall’alternanza tra gli estremi di iperidealizzazione e svalutazione*, tale criterio riporta alla configurazione oggettuale interiorizzata come riferita da Kernberg, a proposito dell’Organizzazione Borderline di Personalità;
- *Alterazione dell’identità: immagine di sé o percezione di sé marcatamente e persistentemente instabile*, rappresenta l’altro

aspetto della medaglia, ed inerente le relazioni oggettuali interiorizzate nell’Organizzazione Borderline della Personalità;

- *Impulsività in almeno due aree che sono potenzialmente dannose per il soggetto (per es., spese sconsiderate, sesso, abuso di sostanze, guida spericolata, abbuffate)*, l’elemento dell’impulsività, secondo gli approfondimenti del DSM, è uno dei requisiti basilari del Disturbo Borderline, miratamente a fattori di derivazione biologica e stabilità temporale, nell’ambito di una configurazione temperamentale;
- *Ricorrenti comportamenti, gesti o minacce suicidari, o comportamento automutilante*, questo specifico criterio, attiene a varie caratteristiche psicopatologiche, ad esempio per quanto riguarda il comportamento suicidario, vi è un’elevata percentuale di soggetti che si limitano ai cosiddetti ‘gesti’ e soltanto una piccola percentuale ricorre alla messa in atto del suicidio vero e proprio. **Tale distinzione è importante per meglio comprendere la compresenza di altre patologie, come ad esempio la depressione.** Per quanto riguarda il comportamento automutilante che si verifica di frequente in questi soggetti, varie possono essere le motivazioni;
- *Instabilità affettiva dovuta a una marcata reattività dell’umore (per es. episodica intensa disforia, irritabilità o ansia, che di solito durano poche ore e soltanto raramente più di pochi giorni)*, vari sono gli autori che si sono occupati del concetto di estrema labilità affettiva da cui sono caratterizzati i pazienti borderline e che ha sollevato la problematica sulla validità clinica del concetto di borderline legato proprio alle problematiche di tipo affettivo (Akiskal, 2004);
- *Sentimenti cronici di vuoto*, tale criterio sia pur nella sua sinteticità, si presenta complesso e sostanzialmente riguarda il ‘sentirsi’ borderline. Il vissuto di ‘vuoto’ generalmente è riferito alla depressione anche se è doveroso fare una distinzione tra ‘vuoto’ e ‘depresso’, quest’ultimo più che vissuto di vuoto, evidenzia in realtà vari stati mentali di tipo negativo, di marca affettivo-cognitiva descritti come disinteresse per la propria esistenza, tristezza, senso di colpa ecc., è implicito che il disinteresse per la propria vita, rimanda comunque a contenuti come la perdita ed il distacco, di un qualcosa che prima era presente e che resta nel ricordo, quindi alla relazione oggettuale, a differenza del vuoto che in quanto tale, non presenta la relazione con l’oggetto;
- *Rabbia inappropriata, intensa, o difficoltà a controllare la rabbia, (per es., frequenti accessi di ira, rabbia costante, ricorrenti scontri fisici)*, anche questo criterio meriterebbe un’attenta disamina in quanto aspetti come la rabbia (anche questa così come l’impulsività centrale, nel soggetto borderline), viene collegata all’aggressività il cui concetto, è piuttosto vario;
- *Ideazione paranoide transitoria, associata allo stress, o gravi sintomi dissociativi*, a differenza dei disturbi psicotici l’ideazione paranoide risulta in questo caso transitoria, cioè della durata di poche ore e miratamente legata ad eventi stressanti. Viepiù, questi **soggetti al contrario degli psicotici, vivono questi episodi in modo disturbante manifestando l’intenzione di liberarsene.**

Tra i più frequenti sintomi dissociativi, vi è la depersonalizzazione e la derealizzazione. La prima si riferisce a vissuti di mancata percezione del proprio corpo o di parte di esso, oppure alla percezione che la propria mente non riesca più a controllare il corpo, e/o alla sensazione di osservare il corpo dall’esterno; la seconda riguarda la sensazione che la realtà esterna sia in qualche modo alterata o distaccata; alcuni attribuiscono la sensazione che tra la propria persona e la realtà esterna ci sia come un velo o un pannello trasparente.

⁶ Ripreso dal Volume “Borderline” di Maffei, Cap. II Il Disturbo Borderline di Personalità, pp. 105-112.

Secondo il DSM-4 per espletare una diagnosi di DBP, non è necessario che vengano soddisfatti tutti criteri, ne sono sufficienti solo cinque. Ne risulta che due soggetti con la stessa diagnosi di DBP, possono avere in comune solo un criterio diagnostico e quindi differire significativamente nel quadro clinico.

Secondo la teoria cognitivista classica questi soggetti evidenziano alcuni schemi mentali che influenzano il proprio mondo emotivo e le relazioni interpersonali. La loro visione del mondo è dominata dall'insicurezza, in quanto si sentono fortemente insicuri rispetto ai sentimenti che gli altri provano nei loro confronti, al grado di fiducia che possono riporre nel mondo esterno, e alla sua stabilità.

La cosiddetta Triade cognitiva di Beck (*la visione pessimistica di sé, del mondo e del futuro*), sintetizza lo schema mentale del DBP in tre punti fondamentali:

- **Il mondo è pericoloso e cattivo;**
- **Io sono impotente e vulnerabile;**
- **Io sono intrinsecamente inaccettabile.**

La summenzionata triade, avrebbe un ruolo centrale nell'influenzamento della percezione della realtà e sarebbe alla base del quadro clinico del disturbo.

Certamente i riassuntivi commenti ai suindicati criteri messi a disposizione già nelle precedenti edizioni del DSM, offrono spunti di riflessione oltremodo interessanti grazie anche agli articolati contributi dei vari autori che si sono succeduti nel tempo, ma certamente non chiariscono ancora i vari dubbi e/o quesiti che vengono manifestati su tale argomento decisamente complesso, in merito alla validità di costruito e di cui i dati a disposizione, non appaiono al momento esaustivi.

Secondo Kernberg, tra i problemi più significativi che preoccupano la psichiatria, è proprio quello della *'diagnosi differenziale'*, soprattutto quando trattasi di patologia del carattere *"al limite"* (Borderline).⁷ Così come spiega l'Autore, *"le condizioni al limite, vanno differenziate ...un'impostazione diagnostica di tipo descrittivo incentrata sui sintomi e sul comportamento osservabile e una di tipo genetico che mette in particolare rilievo i disturbi mentali presenti nella famiglia del paziente, soprattutto nel valutare i principali disturbi affettivi e la schizofrenia adottate separatamente o in combinazione, non si sono rivelate sufficientemente affidabili per i disturbi di personalità..."* *"Con i pazienti Borderline il porsi da un punto di vista descrittivo, può risultare fuorviante..."* (Kernberg O.F., *Disturbi Gravi della Personalità*, pp. 15-16). L'Autore ed altri colleghi, rilevarono che i pazienti non psicotici, caratterizzati da debolezza dell'Io, rispondevano positivamente alla psicoterapia espressiva, mentre la psicanalisi classica unitamente alla psicoterapia di sostegno, non producevano risultati ottimali. Praticamente ciò che assicura una migliore attendibilità alla diagnosi psichiatrica, in special modo in quei casi di difficile classificazione, è il metodo strutturale, in quanto fruisce un contributo anche nel determinare la prognosi e il trattamento. Ad esemplificazione, per quanto riguarda la struttura dell'apparato psichico secondo il concetto psicanalitico da cui è derivata la *'Psicologia dell'Io'* (per giungere ad una intersezione tra quest'ultima e la teoria delle relazioni oggettuali, che osserva i derivati interiorizzati delle relazioni oggettuali come sottostrutture dell'Io (vedi Kernberg, 1976), fu Freud⁸ che per la prima volta, nel 1922, postulava la sua seconda topica in tema di tripartizione della Psiche tra *"Io, Super-Io ed Es"* per spiegare come queste tre Istanze funzionano tra loro. **L'Io**, rappresenta il polo difensivo della personalità, una sorta di mediatore, si forma in maniera graduale come differenziazione dell'Es a contatto con la realtà esterna, strutturandosi successivamente come funzione di controllo delle pulsioni dell'Es, opponendosi ad esse. **Il Super-Io** rappresenta la coscienza morale una sorta di *'giudicante interno'*, che si

forma attraverso l'identificazione con le figure parentali ed i loro aspetti etici e ideali (Ideale dell'Io) e che costituisce un ruolo determinante per il mantenimento dell'equilibrio psichico. Se è troppo rigido, può innescare forti sensi di colpa rendendo l'Io fragile, se invece il Super-Io è deficitario, può spingere a comportamenti devianti. **L'Es**, rappresenta il polo pulsionale della personalità, i suoi contenuti sono inconsci per certi versi innati e/o ereditari, in parte rimossi e acquisiti. Funziona secondo il principio di piacere che consiste nel soddisfacimento immediato della pulsione, dove non vi sono regole, se non quelle del raggiungimento della meta pulsionale da soddisfare nell'immediatezza e dove l'energia pulsionale, viene interamente scaricata.

Sempre secondo Kernberg (1984-1996), ripreso da Fornari in *Trattato di Psichiatria Forense* (2008), a proposito dell'Organizzazione Borderline di Personalità, questa può essere suddivisa in *"alta"* o *"bassa"*, a seconda che il funzionamento di personalità sia più vicino o al registro nevrotico o psicotico tenendo peraltro presente la capacità di utilizzare meccanismi di difesa più o meno evoluti, sarebbero ricompresi i seguenti disturbi di personalità:

- **O.D.P. "Alta"** D. sado-masochistico; ciclotimico; dipendente; istrionico; narcisistico.
- **O.D.P. "Bassa"** D. paranoide; ipomaniacale; narcisistico maligno; ipocondriaco; schizoide; borderline; schizotipico; antisociale.

Disturbo e organizzazione di personalità borderline differenze e correlazioni

- L'organizzazione Borderline di personalità, rappresenta un'espressione più estesa del Disturbo Borderline di Personalità, che oltre a tale disturbo, comprende anche disturbi di personalità come quello paranoide, schizoide, schizotipico, narcisistico, antisociale, istrionico, nonché, l'evitante, il dipendente, isterico e ossessivo compulsivo.
- Non costituisce una categoria diagnostica e si riferisce a un funzionamento di personalità, quindi indipendentemente dal cluster dove i suindicati disturbi sono collocati, può essere presente in tutti i disturbi.
- Per quanto concerne la maggiore o minore gravità della categoria, *"Disturbi gravi della personalità"*, l'organizzazione bassa o alta, dipende dalla tipologia di capacità (maggiore o minore), di utilizzo dei meccanismi di difesa secondari rispetto a quelli primari (Tab. 2).

Cenni su alcuni approcci terapeutici

A proposito della tipologia terapeutica più idonea relativamente al Disturbo Borderline di Personalità, vari sono gli Autori in base alle singole Scuole di riferimento che si sono espressi in merito. Secondo alcuni studi recenti e volendo fare una distinzione tra diversi approcci psicoterapici, il trattamento di tipo psicodinamico sui pazienti con Organizzazione Borderline di Personalità (BPO),

⁷ Borderline conditions, è tradotto nel corso del volume, con *"condizioni al limite"* o *"condizioni borderline"*, o anche *"sindromi marginali"* (vedi Kernberg, 1975).

⁸ Freud S. L'Io e L'Es, 1922.

la maggior parte degli Autori, attualmente propone un trattamento psicodinamico per questi pazienti che ha superato la concezione di Zetzel (1971), pertanto il trattamento dovrebbe essere **sostanzialmente di tipo supportivo** senza attendersi che i pazienti siano capaci di raggiungere l'autonomia, anche se il dibattito relativo alla più idonea forma di terapia e su quali pazienti, resta ancora aperta (Stone 1990). Secondo le esperienze descritte nel Volume di Clarkin *et al.* (Op. cit.), *la psicoterapia psicodinamica, modificata consente ad un'ampia gamma di pazienti con BPO, di spostarsi oltre la patologia borderline verso un'organizzazione nevrotica*. Gli Autori menzionati, hanno messo a confronto il loro modello con gli altri e tutti coloro che sono a favore della psicoterapia psicodinamica sono concordi sui seguenti punti principali:

- Enfasi nella stabilità della cornice del trattamento;
- Incremento del livello di partecipazione del terapeuta durante le sedute rispetto alla terapia con pazienti nevrotici, ciò è reso necessario dai ricorrenti problemi nell'esame di realtà, dai meccanismi proiettivi e dalle distorsioni del paziente borderline;
- Tolleranza all'ostilità del paziente come manifestata nel transfert negativo;
- Scoraggiamento nei comportamenti autodistruttivi tramite chiarificazione e confronto nello sforzo di renderli egostionici e non gratificanti;
- Uso dell'interpretazione per aiutare il paziente a stabilire dei collegamenti tra le sue azioni e i suoi sentimenti;
- Blocco dei comportamenti agiti ponendo dei limiti alle azioni che danneggiano il paziente, gli altri o il trattamento;
- Focalizzazione precoce del lavoro terapeutico e delle interpretazioni nel qui-e-ora piuttosto che nel materiale genetico;
- Monitoraggio attento dei sentimenti controtransferali.

Per quanto riguarda l'approccio cognitivo-comportamentale (Linehan, 1993), tale terapia attualmente sta conquistando sempre più attenzione. La terapia dialettico-comportamentale, non presenta un modello di funzionamento psichico favorendo il concetto secondo cui la psiche deve essere una 'scatola nera' il cui focus attentivo, si concentra su modelli di risposta del soggetto in relazione agli stimoli ambientali. **Tale modello, postula che ci sia un problema biologico della regolazione emotiva del soggetto borderline.** Nel modello cognitivo-comportamentale viene attribuita importanza in merito alla validazione delle esperienze e risposte del paziente che si basano sul domandarsi da dove provenga il paziente stesso, cercando successivamente di aiutarlo a sviluppare una serie di capacità più sane. In quello psicodinamico proposto dagli autori summenzionati, viene inserito un passaggio che implica la validazione della percezione distorta del paziente ancor prima di proseguire nel confronto ed interpretazione della distorsione. Gli stessi Autori così si esprimono citando un esempio: *"Se infatti io sono il mostro come lei mi vede, avrebbe senso tacere e non rivelarmi i suoi pensieri.*

Comunque, se quella non è una percezione accurata, allora lei sta rispondendo a una parte pericolosa di sé che sta vedendo in me". Sempre secondo gli stessi autori, il modello cognitivo-comportamentale non comporta una struttura psichica interna, né tantomeno tiene presente che il paziente borderline presenti particolari problematiche di aggressività, a differenza del modello da loro proposto ossia quello psicodinamico, che concentra l'attenzione proprio sul manifestarsi dell'aggressività del paziente tentando di aiutarlo a raggiungere la consapevolezza della sua componente aggressiva. Di solito scissa con la finalità di integrarla a vantaggio di un quadro più bilanciato. **Il concetto base del trattamento di tipo psicodinamico dei disturbi di personalità, è che la patologia del paziente è una reiterazione inconscia del qui e adesso delle relazioni patologiche introiettate derivanti dal passato.**

Un altro aspetto da considerare è l'elevata possibilità di abbandono del trattamento di questa tipologia di pazienti, certamente il fenomeno si verifica principalmente nella fase iniziale dello stesso e talvolta, anche in quella intermedia. Il problema in questo caso, potrebbe interessare il terapeuta che imposta la terapia mirata sul transfert chiedendosi se un trattamento più soddisfacente all'inizio, può far sì che il paziente non interrompa la terapia. È implicito comunque che i fattori che possono provocare un'interruzione sono diversi. Ad esempio per quei terapeuti formati analiticamente, che prevede uno specifico setting secondo la psicanalisi classica, quando il paziente salta una seduta, attendono di vedere se si presenta a quella successiva. A differenza del terapeuta che si focalizza sul transfert, il suo ruolo nei confronti del paziente, sarà più attivo vista la complessità della patologia per evitare che si verifichi il rischio di abbandono. Pertanto in questo passaggio, il terapeuta abbandona il suo ruolo neutrale assumendo la funzione dell'Io osservante tenendo presente che il proprio paziente, potrebbe perdere la suindicata funzione per un determinato periodo di tempo.

Viepiù, un altro aspetto della minaccia di interruzione, è caratterizzata dalle relazioni oggettuali colmate di significati negativi che emergono in superficie nella coppia e che generalmente rappresentano una difesa nei confronti di una ancor più profonda, fondata sulla necessità di amore e nutrimento. L'esperto che riconosce questo altro aspetto di un transfert negativo, può aiutare lo stesso a mantenere una posizione salda, potendo meglio gestire le situazioni di crisi veicolando un vissuto di rassicurazione nel proprio paziente.

La psicoterapia ad indirizzo sistemico relazionale ha conosciuto la sua diffusione nel nostro Paese e in Europa durante gli anni '80, specificamente nei seguenti settori: servizi di salute pubblica, della patologia psichiatrica soggetti adulti, nella neuro-psichiatria infantile, nelle tossicodipendenze e recentemente anche nelle problematiche riguardanti separazione e divorzi e nell'ambiente scolastico. Viepiù, nell'ambito della psicologia del lavoro ha

Tab. 2. Per quanto riguarda le correlazioni tra disturbo e organizzazione borderline di personalità.

Disturbo Borderline di Personalità B.P.D. (Asse II DSM-4, 1994)	Organizzazione Borderline di Personalità B.P.D. (Kernberg, 1996)
Discreta capacità nell'esame di realtà (condizionata, però, dai disturbi che seguono)	1° livello = <i>Mantenimento dell'esame di realtà</i> (assenza di deliri e di allucinazioni; capacità di differenziare il Sé dal non-Sé, assenza di idee e atteggiamenti inappropriati e bizzarri)
Disturbi dell'identità (diffusione dell'identità; mete e scelte di carriera; identità sessuale)	2° livello = <i>Sindrome di diffusione dell'identità</i> (senso di vuoto cronico; incapacità di buone relazioni oggettuali, mancanza di empatia e di capacità di esprimere le emozioni in modo spontaneo)
Relazioni interpersonali prive di empatia, disturbate, caotiche e instabili	3° livello = <i>Ricorso a meccanismi di difesa primitivi</i> (scissione, ident. proiett., onnipot., ideal., svalutaz., diniego)

(Vedi Fornari, 2008, op. cit.)

trovato significative connotazioni. In quello clinico, in Italia è nata e si è sviluppata una delle più rilevanti tradizioni di ricerca sistematica, con diffusione a livello internazionale: il “**Modello della Scuola Milanese**”, di Selvini-Palazzoli, Boscolo e Cecchin.

In tale prospettiva, le tecniche utilizzate, hanno come **obiettivo la modificazione delle regole del sistema**, ossia la **trasformazione delle modalità di comunicazione e di interazione tra i vari componenti**. Gli psicoterapeuti che afferiscono a questo approccio sviluppatosi grazie ad un esteso movimento di idee e teorie diffuse negli Stati Uniti negli anni '60 e sperimentate come teorie della prima e seconda cibernetica, **mirano all'ottenimento della remissione dei sintomi e la promozione del benessere sia del paziente che della sua famiglia con tempistiche e modalità che fanno chiaro riferimento alle terapie brevi aventi un numero ridotto di sedute**.

Questo tipo di psicoterapia, valuta la persona portatrice del sintomo “*paziente designato*”. Il termine sta ad indicare che **il paziente è il membro del sistema famiglia** (per famiglia si intendono sia la propria che almeno le due generazioni che l'hanno preceduta) **che esprime e/o segnala il funzionamento disfunzionale di uno o più dei sistemi di cui egli rappresenta uno dei vertici**. Tale componente è deputato dal sistema stesso, secondo una prospettiva bio-psico-sociale, in quanto rappresentante conoscitore di una modalità disfunzionale di vivere, pensare ed agire. In quei casi che riguardano i bambini e/o gli adolescenti (settore dove la terapia familiare risulta essere particolarmente un approccio valido), questo si manifesta sotto forma di blocco evolutivo, così che tutte le tensioni e le preoccupazioni, tendono a convergere su di lui, così da divenire l'osservatore di energie con conseguente vissuto di sofferenza e disgregazione.

Pertanto la funzione del terapeuta sistemico, è **perfezionare le sequenze comunicative** tra i componenti della famiglia, ristabilendo l'equilibrio.

Un interessante contributo già nel 2007, viene fornito da Vigorelli e Correale⁹ a proposito dell'*approccio al contesto familiare del paziente Borderline*. Partendo da una frase di Masterson del 1975 (Op. cit.), psichiatra statunitense di orientamento psicodinamico così si esprime: “*non ci si può aspettare che la patologia borderline sia efficacemente curata senza modificare l'ambiente sociale primario del soggetto, che per molti è rappresentato dalla famiglia*”. Tale assunto, viene menzionato proprio nel Volume “*La Personalità Borderline*” di Gunderson (Op. cit.), l'unico autore che tra le tipologie dei trattamenti, inserisce anche quello per i familiari. L'Autore fornisce un importante contributo nel quadro relativo al sistema familiare che spesso attiene a un contesto maltrattante, abusante, di livello medio-basso da un punto di vista psicosociale ed economico. Il clima fortemente complesso e disagio determina nel paziente un segnale di allarme continuo. Talvolta qualche componente della famiglia è tossicodipendente o alcoolista. Comunque trattasi di sistema familiare disfunzionale, dove gli adulti sono presi dalle loro problematiche e di conseguenza incapaci di rispondere ai bisogni ed istanze dei propri figli. Tuttavia non è scevra da queste dinamiche, la classe medio-alta definita anche la ‘*Famiglia perfetta*’ in stile pubblicità del ‘*Mulino Bianco*’, tipica del pensiero occidentale votato spesso ad uno schema di perfezionismo ed autocontrollo, dove l'affermazione sociale e personale, diviene un soddisfacimento di tipo narcisistico imposto dai genitori, con conseguente

vissuto di solitudine in quanto le emozioni vengono esperite come sentimento di debolezza e quindi l'affermazione a tutti i costi, rappresenta l'unico strumento di efficacia e valenza. In caso tali aspettative vengono disattese, il messaggio che passa è quello del fallimento che inevitabilmente porta al disagio psichico. Pertanto in questa tipologia di dinamica familiare, non c'è spazio per i sentimenti e le emozioni né tantomeno il riconoscimento e la comprensione degli stati emotivi del bambino in particolare quelli negativi come la rabbia. L'assistenza viene delegata a terzi, perché vissuta come un elemento di fastidio, specie il suo bisogno di dipendenza, è troppo impegnativo da sopportare rispetto ad un'immagine che deve risultare vincente. Il bambino non potrà quindi imparare a modulare non solo le proprie emozioni, ma nemmeno a comprendere quelle degli altri, oscillando tra un comportamento di inibizione o esagerando nell'attirare l'attenzione su di sé che a sua volta innesca nei familiari, un vissuto di vergogna sociale con abbassamento delle loro pretese dando inizio ad una escalation di ‘*bambino difficile*’ che in futuro diventerà un adolescente incompreso e aggressivo, situazione che si complicherà sempre di più anche nella fase adulta qualora non vi sia un intervento precoce. **Questo rientra tra i fattori di rischio da cui scaturiscono le personalità borderline**. In fondo l'attaccamento come è noto, si basa su meccanismi innati dove si verifica un interscambio di bisogni di accudimento e cura sia per noi stessi che per gli altri, soprattutto nei momenti di stress e ciò avviene all'interno di una rete che ci appartiene, ossia quella familiare che già trae le sue origini nel mondo animale. Non è un caso che le teorie dell'attaccamento prevedono tra gli altri, strutture rappresentazionali, chiamate MOI (Modelli Operativi Interni) in grado di predire nel 75-82% ca. dei casi, lo stile di attaccamento del figlio che viene osservato come indicato nel capitolo precedente, attraverso la sperimentazione della Strange Situation (Ainsworth *et al.*, 1978 Op. cit.), partendo dalla classificazione di attaccamento di un genitore mediante l'Adult Attachment Interview (Bowlby *et al.*, 1998 Op. cit.).

Il funzionamento borderline secondo Cancrini

La manifestazione più comune del Funzionamento Borderline è una mente che tende a dare giudizi estremi (“o bianco o nero”), su noi stessi e la realtà che ci circonda. Una mente che funziona a un livello Borderline, utilizza la scissione giudicando tutto buon o tutto cattivo, senza sfumature. Tale funzionamento, è normale in un bambino di 15-21 mesi. Solo verso i 3 anni la fase critica relativa alla relazione oggettuale viene superata **ossia il superamento dell'angoscia di separazione. Funzionando a livello Borderline, l'individuo fonda le sue emozioni, vissuti e comportamenti su rappresentazioni primitive del sé e dell'altro tipiche della posizione di vita precoce.**

Gli oggetti totalmente buoni (che nutrono) e quelli totalmente cattivi (che deprivano), creano quello che l'Autore definisce “l'Andamento Oscillatorio” fra questi stati d'animo opposti e fra i loro correlati affettivi. È di estrema importanza tener presente che il ‘funzionamento borderline’ anche quello delle persone che presentano un ‘disturbo di personalità grave’, è **sempre espressione di una ‘Regressione’ e quindi sempre reversibile.** Una diagnosi accurata della organizzazione di personalità del soggetto, è possibile solo se si esamina tutta la sua storia dei ‘**periodi buoni**’ che di **quelli ‘cattivi**’ e delle sue modalità di mettersi in relazione con gli altri. Cancrini *preferisce parlare di funzionamento borderline (termine che non esclude la reversibilità) invece che di struttura borderline (che rimanda ad un senso di immutabilità).*

Pertanto abolizione della sola raccolta di dati sintomatici,

⁹ Correale A.; Vigorelli M., “Gruppo di Studio per il Disturbo Borderline di Personalità. Nuove Strategie nel trattamento del Paziente Borderline”. Incontro Scientifico – Bergamo 21 aprile 2007.

sostituita con dati utili a ricostruire la storia e le esperienze affettive di una persona. **Il concetto di struttura deve essere sostituito con funzionamento che si attiva ad un certo livello di soglia, centrata sull'obiettivo di fondo che è quello in grado di fermare la regressione ed alzare i livelli di soglia.** (Cancrini, "L'Oceano Borderline", Op. cit.).

Il ruolo del terapeuta in questo caso, è che possa già implicitamente possedere una predisposizione all'ascolto, facilitando così elementi come la comunicazione e la rivelazione, sollevando il paziente dal vissuto di senso di colpa e creando nuovi spazi operativi che prima erano bloccati, senza troppo forzare su argomentazioni che generano determinate resistenze su alcuni argomenti e vissuti del paziente.

Farmacoterapia

Il ruolo del farmaco nel trattamento del Disturbo Borderline di Personalità, si rivela incerto e ciò a vari livelli è motivo di controversie da parte di coloro che prediligono un percorso psicoterapico diverso da un altro. Ad esempio gli studiosi che reputano che l'Organizzazione Borderline di Personalità sia innanzitutto una condizione biologica, conferiscono al farmaco un ruolo rilevante al contrario di coloro che la considerano sotto forma di Disturbo affettivo.

Non essendoci specifici protocolli di trattamento per la BPO o per il BPD, gran parte degli interventi standard, utilizzano specifici sintomi-bersaglio evidenziati dal paziente, dove il farmaco viene usato come veicolo ai fini di un certo miglioramento del paziente stesso. Per i pazienti Borderline, sono stati somministrati psicofarmaci di vario tipo; studi revisionati (Zanarini *et al.*, 1988), hanno riportato in termini di percentuali che:

- Il 56% dei BPD trattati a livello ambulatoriale hanno ricevuto un adeguato protocollo di trattamento, di quelli sottoposti a trattamento farmacologico;
- Il 44% ha ricevuto antidepressivi;
- Il 32% ansiolitici;
- Il 28% neurolettici;
- Il 20% litio.

Nei successivi 10 anni, dalla summenzionata ricerca, l'uso dei farmaci in questa popolazione, è cresciuto. La letteratura fornisce maggiori informazioni in merito alla farmacoterapia nel trattamento dei pazienti con BPD, rispetto per esempio a ciò che accade per i pazienti affetti da Disturbo Narcisistico della Personalità e Antisociale di Personalità (per ulteriori più specifici approfondimenti in merito a questo argomento cfr Clarkin, Op. cit.).

A proposito di funzione generale del farmaco, generazioni precedenti di clinici, si preoccupavano in merito a quali circostanze il farmaco doveva essere somministrato. Finanche **negli anni '80, si è visto che solo il 10% degli psichiatri trattava il paziente Borderline senza l'assunzione di farmaci.** Oggi ciò è estremamente raro. Ovviamente vi sono gruppi di psicologi che evidenziano meno predisposizione sull'impiego di una terapia farmacologica. È implicito che più la diagnosi è giusta, meglio si riuscirà a veicolare il farmaco, specialmente nei casi di diagnosi differenziale. La funzione generale del farmaco nella cura a lungo termine su questo tipo di paziente, tuttavia è ancora dubbia, nonostante il continuo aumento di farmaci attuali indubbiamente fa aumentare la speranza che la loro funzione possa giungere ad una maggiore certezza di miglioramento. Peraltro non è da trascurare l'elemento del miglioramento del paziente che a sua volta fa in modo che la terapia e quindi i farmaci da somministrare possono variare.

Un ruolo importante a proposito di psicofarmacologia e la sua

efficacia sta nel coinvolgere il paziente Borderline e la sua famiglia. Tale orientamento implicitamente ridimensiona l'aspettativa che questo tipo di paziente possa uscirne fuori in modo volontario. Fondamentale si rivela da parte del terapeuta sia al paziente che alla sua famiglia, delineare i 'limiti' complessivi dei benefici che il farmaco può procurare, a vantaggio di un più adeguato trattamento. Il ruolo dello psichiatra, sarà quello di chiarire al suo paziente, ciò che lo stesso può aspettarsi così come visto per la cura farmacologica. Il messaggio che deve riuscire a passare è, di non avere aspettative eccessive e di insistere sulla collaborazione del paziente nel selezionare gli obiettivi del trattamento stesso, nonché sul suo ruolo di consumatore attento e bene informato (Gunderson, Op. cit.).

Da quanto su accennato in merito all'argomento farmacologico, è indubbio che sono stati compiuti numerosi passi avanti inerenti la selezione di farmaci mirati, tuttavia le ricerche si rivelano ancora incerte sulla validità empirica che possa confermare fiduciosamente l'efficacia degli stessi. Non è un caso che in vari contesti di confronto, gli psichiatri conservano un atteggiamento ancora attento e prudente sulla prescrizione di una determinata cura farmacologica.

Sintesi sulla diagnosi differenziale

A differenza della diagnosi medica, che generalmente comporta una terapia mirata ed efficace, nel caso della diagnosi psichiatrica, gli indici variano sensibilmente in termini di specificità per una serie di cause, spesso sconosciute e nel caso del Disturbo Borderline, questo limite è particolarmente evidente proprio in quanto spesso è in relazione con altre diagnosi psichiatriche, come ad esempio la percentuale della depressione in campioni borderline, è di tre volte più elevata rispetto alla percentuale dei BPD nei pazienti depressi. **I pazienti Borderline spesso soddisfano i criteri per i disturbi depressivi di cui la metà affetto da Disturbo depressivo maggiore, Distimia o entrambi.**

La correlazione tra DPD e il PTSD, di solito viene affrontata quando un paziente presenta depressione, autolesionismo e impulsività ed è caratterizzato da una storia evolutiva con un rilevante trauma infantile. Vedi un caso riportato nel Volume (Gunderson, Op. cit.), ben illustra una problematica di questo tipo.

"Una paziente di 44 anni si presentava con flashback che disturbavano il suo sonno e la sua concentrazione (tipico indice clinico dei pazienti affetti da PTSD). La sua adolescenza era stata segnata da 8 ospedalizzazioni tra i 13 e i 18 anni, per il trattamento di una malattia congenita. Ventisei anni dopo, poteva ancora provare la sensazione di essere 'impotente e sola'. Di conseguenza si agitava, aveva esplosioni di rabbia accusatoria e offensiva nei riguardi del marito e dei figli, di cui poi si pentiva profondamente, in quanto ingiustificate. Questo rimorso provocava quindi impulsi autodistruttivi o suicidi".

Il Disturbo Borderline di Personalità e i Disturbi dell'Alimentazione, rappresentano uno dei tre disturbi più comuni presentati dai soggetti BPD. I soggetti affetti da Bulimia, si rivelano più impulsivi di quelli Anoressici, in quanto questi ultimi risultano più tenaci nella messa in atto delle caratteristiche tipiche che li distinguono come ad esempio, la deprivazione da cibo. Per una più precisa individuazione, il soggetto affetto da **'Anoressia nervosa'**, che implica una significativa deprivazione del cibo associata a persistenti distorsioni dello schema corporeo, con conseguente illusione di perfezione, è raro che in questo tipo di soggetti possa presentarsi il BPD ed in qualche rara eccezione,

risulta meno rilevante. **I pazienti Bulimici, alternano il regime restrittivo della privazione dal cibo a vissuti di rabbia incontrollata con la sensazione di essere stati penalizzati più del necessario.** Tale vissuto li porta a ribellarsi al regime autoimposto, lasciandosi andare ad un comportamento alimentare incontrollato al punto tale da giungere ad un assunzione di cibo talmente elevata e rapida (rispetto ai soggetti normali), da innescare un senso di colpa così forte da desiderare una punizione che consiste in condotte autolesioniste come vomito autoindotto, assunzione di lassativi, palestra eccessiva, ecc., con l'inevitabile ritorno ad un regime punitivo sempre più tenace. **Questo bisogno di purgarsi, il comportamento impulsivo e la fragilità dell'immagine del proprio 'sé', sono indicatori di un BPD sottostante.**

Viepiù, il soggetto borderline che si priva del cibo mette in atto due comportamenti: asserzione privata di bontà, associata ad asserzione pubblica di bisogno. **È possibile che i pazienti Borderline obesi, abbiano subito abusi sessuali** (Sansone et al. 1995). La differenza tra i pazienti affetti da Disturbi dell'Alimentazione e Disturbo Borderline di Personalità, rispetto a quelli con **Disturbi dell'Alimentazione ma senza il Disturbo Borderline di Personalità, in genere può essere identificata nella storia dello sviluppo.** Generalmente il soggetto Borderline evidenzierà un'impulsività e disfunzionalità in relazione a situazioni familiari deficitarie ed instabili. **Viceversa, i pazienti affetti da Disturbi dell'Alimentazione ma senza la presenza del Disturbo Borderline di Personalità, sono caratterizzati da problematiche familiari difficilmente identificabili.** Trattasi di soggetti che rispetto al paziente Borderline, si preoccupano meno del vissuto di rifiuto ma più sensibili al senso di inferiorità.

Nel caso di presenza del **Disturbo Borderline di Personalità e Sostanze Psicoattive**, il clinico dovrà essere attento a rilevare se vi è un pesante abuso di sostanze associato a comportamenti autolesivi ed impulsivi, nonché una storia interpersonale precaria, tale da provare se realmente trattasi di BPD o se quest'ultimo è una conseguenza secondaria data dall'uso ed abuso di sostanze che quando è primario, sia le relazioni che i comportamenti in questo tipo di soggetto, è motivato dalla ricerca delle sostanze e/o dalla disinibizione che ne consegue.

Disturbo borderline e disturbi somatoformi/da somatizzazione

Il soggetto Borderline è solito richiedere assistenza, sono quindi soggetti con Disturbi Somatoformi salvo che si rivolgono a chirurghi e/ o reparti di pronto soccorso con disturbi fisici come strumento per l'ottenimento di attenzioni. Zanarini e Frankenburg (1994), a proposito del paziente Borderline caratterizzato da manifestazioni emotive ed elicitazione di assistenza, definiscono questa forma "*Ipocondriasi emotiva*". Molti pazienti Borderline si rivolgono a psichiatri insistendo sul fatto che il loro disagio psichico, è dovuto a malesseri somatici.¹⁰

Disturbo borderline e narcisistico di personalità

La difficoltà di una diagnosi differenziale tra questi due Disturbi, **in genere è caratterizzata dalla copresenza di rabbia inappropriata, pretesa di assistenza e tendenza al suicidio.** Soggetti che presentano uno di questi disturbi solitamente fanno riferimento a difese come svalutazione, proiezione, controindipen-

denza (vedi Perry e Perry, 2014) presente più nei soggetti maschi i quali solitamente sono inconsapevoli della necessità di dipendenza, per questo appaiono narcisisti con comportamento arrogante e distaccato. Per questo motivo, è un tipo di diagnosi oggetto di attenta disamina.

Disturbo borderline e disturbo antisociale di personalità

Per il 75% circa, i pazienti Borderline sono donne ed il 75% circa dei pazienti antisociali, sono uomini, il 25% circa dei pazienti con una delle due diagnosi, soddisfano i criteri per l'altra (Zanarini e Gunderson, 1997 Op. cit.). Sono spesso 'Dilemmi diagnostici' che devono tener conto sia nei maschi che nelle femmine, di pattern specifici (Kernberg, 1967, 1986 Op. cit.), **ha sistematizzato entrambi i succitati Disturbi, mediante il costruito più inclusivo di un Organizzazione Borderline di Personalità, rappresentata da identità disturbate, difese primitive e transitori fallimenti nel testare la realtà che sembra incontrovertibile.**

Riassumendo quanto in sintesi evidenziato di cui si rimanda l'intera panoramica al Volume di (Gunderson, prima edizione 2003, Op. cit.), il confronto relativo alle problematiche nell'espletazione di una diagnosi differenziale, dimostra che il confine di separazione tra il BPD e i Disturbi correlati, spesso si rivelano intrinsecamente poco chiari. Per l'espletamento a favore della Diagnosi di BPD rispetto ad un Disturbo correlato che presenta sovrapposizioni, dovrebbe essere indirizzata dai benefici del trattamento. È consigliabile non trascurare la diagnosi di BPD, per evitare empassate terapeutiche, che inevitabilmente portano a regressioni, scissioni ed 'enactment controtransferali'. Per questo è auspicabile un confronto meritevole di attenta riflessione da parte dei clinici, circa una diagnosi adeguata a questo complesso tipo di Disturbo, che quando presente, merita una giusta osservazione del suo significato in toto, per portare l'esperto verso una decisione clinica mirata.

Esempi di casi clinici (Vincenzo Mastronardi)

A titolo esemplificativo, si riportano qui di seguito, due Casi clinici.

Il caso di Lucia, 40 anni

Diagnosi: Personalità borderline in soggetto depressivo-ansioso

Storia e sintomatologia riferita

Ultimogenita della famiglia, ha sempre ricevuto molte attenzioni da parte della madre e dei fratelli e sorelle. Giunta all'età di 10 anni, sua madre subisce una trombosi e non le dedica più attenzioni privandola dell'abituale affetto. Successivamente, per ragioni di vicissitudini avverse da parte di uno dei fratelli da lei definito psicopatico, la madre inizia a bere lasciandosi andare sempre più. Muore quando Lucia aveva 22 anni, anche suo padre decede poco tempo dopo. Sempre all'età di 18 anni, conosce Pasquale, un ragazzo del sud condizionato nelle sue scelte da parte dei familiari che lo convincono a lasciare Lucia. Da allora, 20 anni dopo essersi dedicata miratamente alle compere della sua casa, il bilan-

¹⁰ Vedi Capitolo 13 del Volume "*La Personalità Borderline*" di Gunderson J.G. (Op. cit.).

cio affettivo-esistenziale lo avverte fallimentare. In realtà, così come emerso dal Test dell'MMPI, teme le relazioni con gli altri per problematiche relative ad un vissuto più profondo di disistima personale. *'Mi sento sbagliata'*.

Curata con terapia ad indirizzo Umanistico-esistenziale e Cognitivo-comportamentale con intervento ipnotico rivolto alla distensione dei rapporti sociali con successivo possibile evitamento dei meccanismi di difesa, a vantaggio della disponibilità nei rapporti.

Terapia farmacologica (variamente cambiata attraverso i mesi): Entumin, Adepril, Lendormin, Sonata, Xanax.

A fronte di una oltremodo valida canalizzazione dei suoi impulsi e della sua personalità in senso interventistico in questo mondo, in cui sa ben organizzarsi nell'ambito dell'altrui aggressività e nella propria giusta aggressività come difesa, manifestava la necessità di coltivare la propria autostima per mezzo di stimoli culturali emergendo in terapia, la tendenza alla dipendenza intesa come eccessiva disposizione all'ascolto paralizzante del giudizio altrui. Peraltro, sentiva di dover concedere abnorme disponibilità alle conoscenze da trasformare in amicizie. Tutto ciò, per ragioni di più profondi sensi di colpa relativi alla temuta inadeguatezza che si estrinseca come appannaggio di un 'soggetto con sensazione di minor diritto rispetto agli altri', per fattori relativi a deficit culturali personali. Emergeva inoltre, un palese complesso edipico non completamente risolto / non totalmente appagato, preludio di una tendenza alla sua proposizione nei riguardi dell'uomo, come abbisognevole di dipendenza oltremodo donativa. Si appalesava poi, una non iniziale propensione verso l'autocritica pur non evitandola, se stimolata idoneamente e la comparsa di timori di più profonde inadeguatezze ed insicurezze, con conseguente sovente tendenza all'allontanamento dagli stimoli interpersonali (forme di vita) e quindi la tendenza ad emarginarsi in occasione di stress anche di minima intensità. Tale quadro clinico di abnorme patologica dipendenza affettiva espressa con elevata oralità, offre terapeuticamente notevoli spunti di rivalutazione del quoziente di bilaterale donatività. Per quanto riguarda la componente aggressiva, in corso di terapia ipnotica, emergeva una accentuata interazione difensiva con l'altrui aggressività, dimostrandosi peraltro pronta a mettere in atto la propria aggressività se doveva difendere ciò che le apparteneva. **La sintomatologia** depressiva veniva usata come arma per agire la propria rabbia, tentando di innescare forti sensi di colpa in tutti coloro con cui relazionava, al fine di sentirsi al centro dell'attenzione.

Orbene, alla luce di quanto emerso dal suindicato caso clinico, secondo i criteri del DSM V, conferma un quadro diagnostico di paziente affetta da Disturbo borderline in correlazione con un Disturbo depressivo. Le oscillazioni del tono dell'umore caratteristiche del Disturbo Borderline, nel caso in disamina, includono uno stato depressivo caratterizzato da isolamento e vissuto di tristezza e solitudine, ansia con l'insorgenza di attacchi di panico.

Il caso di Piero, 42 anni

Diagnosi: Personalità borderline

Storia e sintomatologia riferita

Incubi, ansia, tachicardia, bruciori di stomaco, vescica e somatizzazioni plurime ai genitali. Storia anamnestica: litigi continui fino alla rottura con la compagna con cui viveva già da diversi anni, successivamente litiga con il padre (comparsa dei primi sintomi di tachicardia). Dopo aver avuto rapporti sessuali con due donne, contrae un'infezione da Stafilococco aureo ai genitali. Dopo quattro anni, riferisce di un incidente con fratture ed escoriazioni, viene operato al ginocchio. Accusa poi una delusione affettiva da parte della cugina, con cui sarebbe dovuto partire per andare a Londra per lavoro. Ancor più a monte, lamentava un vuoto affettivo durante tutta la sua infanzia.

Curato con terapia ad indirizzo Umanistico-esistenziale e Cognitivo-comportamentale con intervento ipnotico rivolto alla crescita esistenziale ed evoluzione del processo di autonomizzazione. Dalle prime sedute ipnotiche, il paziente evidenziava distorsione temporale non riuscendo a vedere la sua immagine da adulto fermandosi a quella di ragazzo.

Il paziente, manifestava elevate problematiche relative al processo di autonomizzazione /separazione, con conseguente arresto a livello emotivo-affettivo da cui si difendeva con forti somatizzazioni organiche come rifiuto alla propria crescita. Il lavoro terapeutico, si è basato sostanzialmente sul rinforzo dell'autostima e delle sicurezze personali con graduale presa di coscienza del rapporto disfunzionale con le figure genitoriali, alle quali si opponeva con la messa in atto di difese psicosomatiche a causa di un fallimentare vissuto con le relazioni oggettuali, per cui trovava rifugio restando in una posizione di vita adolescenziale. Il profondo vissuto di solitudine, il non sentirsi all'altezza di qualsiasi situazione, nonché il timore di non essere sufficientemente considerato da parte di chi gli stava attorno, gli comportavano lo scivolare sempre di più verso la 'regressione', rinforzando ancor di più le barriere difensive a tutto vantaggio di una disistima personale di cui il conseguente vissuto era: *"Io non sono nessuno"*. Durante il processo terapeutico, emergeva sempre di più la sua necessità di trovare una persona capace di comprendere il suo disagio. Il bisogno di rendersi autonomo ed il non riuscirci mettendo in atto meccanismi di auto-sabotaggio, lo spingevano verso un vissuto conflittuale sempre più profondo.

Alla luce del quadro clinico di Piero, la Diagnosi, è stata di Disturbo Borderline di Personalità con caratteristiche tipiche del vissuto di vuoto interiore, rabbia, frustrazione e solitudine (vedi criteri del DSM-5 (*".....un pattern pervasivo di instabilità....."*), da cui si difendeva con sintomi psicosomatici, come richiesta di istanze affettive non soddisfatte.

Conclusioni e prospettive per ulteriori evoluzioni diagnostico-cliniche

Per la prima volta il DSM descrive concretamente cosa è un Disturbo di Personalità, non basandosi su sintomi e comportamenti, bensì avanzando la disamina relativa all'esperienza interna e di quelle funzioni psicologiche che consentono di decodificare gli stati mentali dando un senso agli stessi, utilizzandoli per condurre la propria azione e normalizzare le relazioni sociali.¹¹

Sempre per quanto riguarda il Disturbo Borderline di Personalità, interessante quanto emerso ad un Convegno¹² svoltosi a Cesenatico (nel 2012), che ha visto vari esperti a confronto esprimersi in merito al summenzionato disturbo come ad esempio la Lectio Magistralis tenuta da professor John Gunderson della Mc Lean University di Boston unitamente alla testimonianza dell'attrice Sydney Rome in Share.

"Elevata impulsività, instabilità emozionale e tendenza ai disturbi affettivi sono le principali caratteristiche del Disturbo

¹¹ Vedi Articoli Internet (cfr. Sitografia).

¹² Convegno patrocinato da: Regione Emilia Romagna, Comune di Cesenatico, Azienda USL di Cesena, Facoltà di Psicologia dell'Università di Bologna, Società Italiana di Psichiatria, Sezione Dipendenze Patologiche della Società Italiana di Psichiatria. Pubblicato il 16/10/2012. Regione Emilia Romagna.

Borderline di Personalità tesi sostenuta da parte del dr. Michele Sanza, direttore dell'Unità Operativa Servizio Dipendenze Patologiche dell'Ausl di Cesena, che coinvolge **tra l'1% e il 2,5% della popolazione adulta**. Questa condizione è causa di elevate sofferenze individuali e familiari, insufficientemente riconosciuto e spesso curato in maniera inadeguata. "Per affermare il diritto al trattamento appropriato è necessario migliorare la capacità dei servizi di fare diagnosi e di attivare percorsi specifici."

Focus del confronto da parte dei vari esperti, il rischio di attribuzione banale del termine, ormai entrato nell'uso comune come semplice sinonimo di sregolatezza.

La parte successiva del Convegno, si è focalizzata sullo "Stato dell'Arte" dei trattamenti psicoterapeutici, farmacologici e sulle tecniche di neuroimaging, nonché un dibattito sulla traslazione dei modelli americani nel contesto italiano (per maggiori dettagli sull'argomento, vedi nota di riferimento).

Ben tenuto presente che da quanto emerso relativamente alle differenze ed integrazioni di quanto evidenziato nel capitolo relativo ai cambiamenti ed alla continuità tra la versione precedente del DSM e quella attuale, le eventuali possibili proposte di ulteriori evoluzioni diagnostico-cliniche, potranno essere frutto soltanto di esperienze terapeutiche e cliniche in genere, ancor più aggiornate espresse in varie direzioni tra cui ad esempio, le Terapie indicate nel paragrafo di riferimento, ognuna per le proprie caratteristiche.

Come sostiene Kernberg, sulla scorta delle considerazioni differenziali tra le terapie, quella che potrebbe rivelarsi più idonea e come sempre saranno le stesse esperienze cliniche, che concederanno la possibilità di decidere in quali termini modificare e/o ampliare le acquisizioni passate e recenti, nelle edizioni che seguiranno.

La concezione di Milton Erickson si basa sul fatto che, si può avere questo o quel Maestro che potrà insegnare questa o quella tecnica, ma ognuno possiede una propria personalità e dovrà cucirsi una sorta di 'abito su misura' a seconda delle proprie congenialità ed esperienze ed evoluzioni personali.

La diagnosi in psichiatria è un processo complesso ed articolato che postula una conoscenza molto precisa della teoria, della clinica e della metodologia. È un atto dovuto e necessario ogni volta che si intraprende un percorso terapeutico. È possibile solo sulla base di una precisa nosologia fondata sulla teoria psicologica e psicopatologica.

La risposta del terapeuta è subordinata sia dalla capacità a comprendere, ma anche dall'atteggiamento definito in modo generico controtrasferenziale. In esso tra le altre componenti, va annoverato il livello di maturazione del terapeuta, la possibilità di empatia, il momento conoscitivo, unitamente alla possibilità di avere il tempo necessario per proseguire con gli altri colloqui, per poter organizzare al meglio, il proprio lavoro.

Così come già descritto a suo tempo dal DSM IV, molti dei disturbi di personalità sono egosintonici, cioè non vissuti dal soggetto come problematici. Questo rende difficile il trattamento e anche la possibilità stessa che questo venga richiesto. Tali disturbi alterano globalmente il comportamento di un individuo e sono piuttosto resistenti al cambiamento.

Rapporto (OMS), sulle soluzioni efficaci inerenti la salute mentale

A completamento, in estrema sintesi, si riporta il Rapporto dall'OMS (2001), sulla Salute Mentale: "...Il Rapporto 2001 dell'OMS sulla salute mentale, che ha come sottotitolo *Mental health: new understanding, new hope, rappresenta un contributo fondamentale alla conoscenza della sofferenza mentale e alla defi-*

nizione di linee guida tecnico-politiche nel campo della salute mentale. Ma la cosa più rilevante del Rapporto è rappresentata dall'acquisita consapevolezza dell'enorme estensione del fenomeno della sofferenza mentale, delle sue ripercussioni sulla qualità di vita dei malati e delle loro famiglie e dei suoi costi, diretti e indiretti, per la società. A tutto questo si aggiungono le barriere rappresentate dallo stigma, dal pregiudizio, dalla vergogna e dall'esclusione, che impediscono a milioni di malati di ricevere le cure di cui hanno bisogno.

Le cifre che presenta il Rapporto, curato dal Dipartimento di salute mentale dell'OMS diretto da Benedetto Saraceno, sono impressionanti. Una persona su quattro, infatti, è o sarà affetta da un qualche disturbo mentale nel corso della sua vita. Oltre 450 milioni di persone nel mondo soffrono oggi di un disturbo mentale (schizofrenia 24 milioni di malati, circa 20 milioni di persone tentano il suicidio e almeno 1 milione di loro riesce nel suo intento) o neurologico (50 milioni di persone soffrono di epilessia) o di problematiche psicosociali correlate all'abuso di alcool (70 milioni circa) o sostanze. Molte di queste persone soffrono da sole, in silenzio; molte non riceveranno mai alcun trattamento....."

L'ampio rapporto che consta di 171 pagine e di cui si rimanda la panoramica onnicomprensiva alla voce sitografica di riferimento, evidenzia i grandi progressi compiuti nella comprensione della salute mentale e della sua correlazione con la salute fisica. Tale nuova comprensione dà origine a un avvicinamento fra salute pubblica e salute mentale, non solo sottoforma di desiderata, ma realizzabile concretamente.

Relativamente al fornire soluzioni efficaci, il suindicato rapporto ha anche esposto l'entità e il peso dei disturbi mentali, decretando che sono comuni e si verificano in tutte le società. **Colpiscono circa un quarto di tutte le persone in ogni momento della loro vita.** In particolare, è stato osservato che i disturbi mentali sono spesso più comuni presso soggetti poveri, anziani, popoli affetti da conflitti e disastri, e coloro che sono fisicamente malati. Il peso che questo comporta su tali popolazioni e loro familiari, in termini di sofferenza umana, inabilità e costi economici, è molto ampio.

Tuttavia, esistono soluzioni efficaci per le malattie mentali. **Gli studi e le ricerche sul trattamento medico e psicosociale, indicano che la maggior parte degli individui e delle loro famiglie, possono essere aiutati. A livello di prevenzione, diverse malattie mentali possono essere evitate, mentre la maggior parte possono essere curate, come insegnano i livelli di prevenzione a partire da quella primaria (evitamento del fenomeno), secondaria (una volta che si è verificato, cercare di arginarlo), terziaria (strategie di cura e di controllo)** (Caplan, 1964, Op. cit.).

Una politica e una legislazione illuminate e chiarificatrici sulla salute mentale mediante il contributo della formazione di professionisti ed esperti, supportati da un idoneo finanziamento, possono essere in grado di fornire un valido aiuto per la strutturazione di servizi adeguati a tutti i livelli di cura della salute.

Pochi sono i Paesi che possiedono risorse idonee per la cura della salute mentale, di cui alcuni non hanno attivato ancora nulla.

L'auspicio che lo stesso Rapporto sottoscrive, si basa su 2 livelli:

- *Il primo è l'esperienza cumulativa di sviluppare sistemi di salute mentale in molti paesi con vari livelli di risorse.*
- *Il secondo livello di evidenza proviene dalla ricerca scientifica disponibile nella letteratura internazionale. Benché la ricerca operativa sullo sviluppo dei servizi sulla salute mentale sia agli inizi, alcune evidenze iniziali sui benefici dello sviluppo di programmi sulla salute mentale sono disponibili. La maggior parte delle ricerche disponibili proviene da paesi ad alto reddito, benché alcuni studi siano stati fatti di recente in paesi a basso reddito.*

Bibliografia

- Adler G, Buie DH. *Aloneness and borderline psychopathology: the possible relevance of child developmental issues*. Int J Psychoanal 1979;60:83-96.
- Ainsworth M, et al. *Patterns of attachment a psychological study of the strange situation*. Erlbaum, Hillsdale; 1978.
- American Psychiatric Association (APA). *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi psichiatrici*. DSM-5. Edizione italiana a cura di M. Biondi, Milano, Ed. R. Cortina, (prima ed.) 2014; pp. 937-947.
- Akiskal HS. *Demystifying borderline personality: critique of the concept and unorthodox reflections on its natural kinship with the bipolar spectrum*. Acta Psychiatr Scand 2004;110:401-7.
- Barbetta P, Cappararo M, Pievani T. *Sotto il velo della normalità*. Roma, Meltemi Ed., 2004; pp. 288.
- Bateman A, Fonagy P. *Il Trattamento basato sulla mentalizzazione*. Trad. It., Milano, Ed. R. Cortina, 2006; pp. 434.
- Beck AT. *Le origini della 'triade cognitiva'*. Appunto in un Manoscritto del 1965. Pubblicato il 14 luglio 2012 da Istituto Beck.
- Bowlby J. *Attaccamento e perdita*, vol. 1,2,3. Trad. It., Torino Ed. Bollati Boringhieri 1976, 1978, 1983; Vol. 1 pp. 402, Vol. 2 pp. 399, Vol. 3 pp. 419.
- Bowlby J. *Una base sicura*. Trad. It., Torino, Ed. R. Cortina, 1989; pp. 183.
- Cancrini L. *L'oceano borderline. Racconti di viaggio*, prima edizione. Milano Ed. R. Cortina, 2006; pp. 312.
- Caplan G. *Principles of preventive psychiatry*. Oxford, Basic Book; 1964.
- Clarkin J, Yeomans FE, Kernberg OF. *Psicoterapia delle personalità borderline*. Milano, Ed. R. Cortina, 2000; pp. XIV-420.
- Fonagy P, Steele H, Moran G, et al. *The capacity for understanding mental states: The reflective self in parent and child and its significance for security of attachment*. Infant Mental Health J 1991;13:200-17.
- Fornari U. *Trattato di psichiatria forense*, quarta edizione. Torino, Ed. UTET, 2008; pp. XX-1138.
- Freud S. *L'Io e L'Es*. Torino, Ed. Bollati- Boringhieri, 1976; pp. 96.
- Giacchetti N, Aceti F, Meuti V. *I Disturbi di Personalità nel DSM-5*. Eur J Psychoanal (Vedi anche voce Sitografia in calce).
- Gunderson JG, Singer MT. *Defining borderline patients an overview*. Am J Psychiatry 1975;132:1-10.
- Gunderson JG. *Disturbo di personalità borderline. Una guida clinica*. Milano, Ed. R. Cortina (prima ed.), 2003; pp. 300.
- Kernberg OF. *Severe personality disorders: psychotherapeutic strategies*. Ed. New Haven/London, Yale Univ. Press., 1984; pp. 396.
- Kernberg OF. *Disturbi gravi della personalità*. Torino, Ed. Bollati Boringhieri (prima edizione 1987), 1994; pp. 428
- Kernberg OF. *Relazioni d'Amore, Normalità e Patologia*. Milano, Ed. R. Cortina, 1996; pp. 234.
- Knight R. *Borderline states*. Bull Menninger Clin 1953;17:1-12.
- Klein M. *Notes on some schizoid mechanism*. In: *Emy and Graytude and Other Works*, 1946-1963. Delacorte Press Seymour Lawrence, New York, 1975; pp. 1-24.
- Knight R. *Management and psychotherapy of the borderline schizophrenic patient*. In: Knight R., Friedman C. *Psychoanalytic psychiatry and psychology*. International Universities Press, New York.
- Lenzenweger MF, Clarkin JF (a cura di). In: *I disturbi di personalità*, Collana di Psichiatria, Psicoterapia, Neuroscienze. Milano, R. Cortina Ed., 2006; pp. 502.
- Linean MM. *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. Guilford Press, New York, 1993; pp. 558.
- Maffei C. *Borderline. Struttura, categoria, dimensione*. Milano, Ed. Raffaello Cortina, 2008; pp. 479.
- Mahler M, Pine F, Bergman A. *La nascita psicologica del bambino*. Trad. It. Torino, Ed. Boringhieri, 2000 (ristampa 2007), pp. 344.
- Main M, Goldwyn R. *Adult attachment scoring and classification system*". Berkeley, CA: University of California, 1998; pp. 907.
- Masterson JF, Rinsley DB. *The Borderline syndrome: the role of the mother in the genesis and psychic structure of the borderline personality*. Int J Psychoanal 1975;56:163-77.
- Pallanti S, Pazzagli A. *Il problema sui disturbi di personalità*. In: Cassano GB et al. (eds.), *Trattato Italiano di Psichiatria*. Milano, Masson Editore; 1999.
- Perry JDC, Perry JC. *Conflicts, defenses and the stability of narcissistic personality features*. Psychiatry 2004;67:310-30.
- Sansone RA, Sansone LA, Fine MA. *The relationship of obesity to borderline personality symptomatology, self-harm behaviours, and sexual abuse in female subjects in a primary-care medical setting*. J. Personal Disord 1995;9:254-65.
- Stern A. *Psychoanalytic investigation and therapy in the borderline group of neuroses*. Psychoanal Quart 1938;7:467-89.
- Stone M. *The fate of Borderline Patients*. Guilford Press, New York, 1990; pp. 357.
- Widiger T. *Dimensional models of personality disorder*. World Psychiat 2007;6:79-83.
- Winnicott DW. *Oggetti transizionali e fenomeni transizionali*. trad. It. In: *Dalla pediatria alla psicoanalisi*. Firenze, Ed. Martinelli; pp. 1953.
- Zanarini MC, Frankenburg FR, Gunderson JG. *Pharmacotherapy of borderline outpatients*. Comprehensive Psychiatry 1988;29:372-8.
- Zanarini MC, Frankenburg FR. *Emotional hypochondriasis, hyperbole, and the borderline patient*. J. Psychother. Pract. Res. 1994;3:25-36.
- Zanarini MC, Gunderson JG. *Differential diagnosis of antisocial and borderline personality disorders*. In: Stoff DM, Breiling J, Maser JD, et al. (a cura di), *Handbook of Antisocial Behaviour*. Wiley, New York, 1997, pp. 83-91.
- Zetzel ER. *A development approach to the borderline patient*. Am J Psychother 1971;127:867-71.

Sitografia

- <https://stazionedicofine.files.wordpress.com/2010/02/2-dsmsar-chi.doc>
- <http://www.stateofmind.it/category/articoli/>
- <http://www.journal-psychoanalysis.eu/i-disturbi-di-personalita-nel-dsm-5/>
- www.normalarea.com/disturbi-e.../cura-e.../psicoterapie/terapie-familiari/
- http://www.serenamente.com/borderline/nuove_strategie.htm
- linee di indirizzo nazionali per Salute Mentale www.menteinsalute.it/LineeGuidaMinisteroSalute.pdf

Filmografia essenziale

Attrazione Fatale (USA), 1987. Diretto da Adrian Lyne.

Betty Blue (Francia), 1986. Diretto da Jean-Jacques Beineix.

Borderline – Ossessione d’Amore (USA/Germania), 2002. Diretto da Evelyn Purcell.

Borderline (Canada), 2008. Diretto da Lyne Charlebois.

Ragazze Interrotte (USA), 1999. Diretto da James Mangold.

Swimfan – La Piscina della Paura (USA), 2002. Diretto da John Polson.

Will Hunting – Genio Ribelle (USA), 1997. diretto da Gus Van Sant.

Correspondence: Monica Calderaro.
E-mail: calderaromonica6@gmail.com

Key words: DSM-V; personality disorder; borderline.
Parole chiave: DSM-V; disturbi della personalità; borderline.
Palabras clave: DSM-V; trastornos de la personalidad; límite.

Received for publication: 12 December 2019.
Accepted for publication: 31 December 2019.

This article is distributed under the terms of the Creative Commons Attribution Noncommercial License (by-nc 4.0) which permits any noncommercial use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original author(s) and source are credited.

©Copyright: the Author(s), 2019
Licensee PAGEPress, Italy
Rivista di Psicopatologia Forense, Medicina Legale, Criminologia
2019; 24:229
doi:10.4081/psyco.2019.229