

# Personalità e costruzione della diagnosi\*

di Vittorio Lingiardi\*\*

[Ricevuto il 14/05/2022  
Accettato il 01/12/2024]

## Riassunto

In questo articolo l'autore parla del ruolo della personalità nella costruzione della diagnosi. Sottolinea che la formulazione della diagnosi è l'incontro tra due personalità: quella del paziente e quella del terapeuta. Secondo un'ottica dinamica, ciò a cui il clinico deve prestare attenzione è l'assessment psicologico, cioè una serie di valutazioni delle condizioni psicologiche e psicopatologiche di un individuo. È attraverso il succedersi degli incontri che è possibile cogliere non soltanto il disturbo e il sintomo di cui soffre l'individuo, ma anche i meccanismi di difesa, le rappresentazioni di se stesso, degli altri e delle relazioni, le risorse psicologiche, la sua capacità di mentalizzazione, il contesto socioculturale e le condizioni ambientali.

*Parole chiave:* Personalità, Diagnosi, Assessment psicologico, Incontro, PDM.

\* Questo testo è la trascrizione, leggermente adattata, della relazione tenuta dal prof. Vittorio Lingiardi.

\*\* Psichiatra e psicoanalista, President SPR-IAG (Society for Psychotherapy Research – Italian Area Group), Scientific director – Research in Psychotherapy: Psychopathology, Process and Outcome. Professore ordinario, Facoltà di Medicina e Psicologia, Dipartimento di Psicologia Dinamica, Clinica e Salute, Università La Sapienza di Roma, referente Servizio di Counselling psicologico per il personale La Sapienza (via dei Marsi, 78 – 00185 Roma); vittorio.lingiardi@uniroma1.it

Gruppi/Groups (ISSN 1826-2589, ISSNe 1972-4837), 2/2022  
DOI: 10.3280/gruoa2-2022oa19792

A PARTIRE DALLA COIRAG

## **Abstract.** *Personality and diagnosis construction*

In this article, the author discusses the role of personality in the construction of the diagnosis. He emphasises that the formulation of the diagnosis is the meeting of two personalities: that of the patient and that of the therapist. From a dynamic perspective, what the clinician must pay attention to is the psychological assessment, i.e. a series of evaluations of an individual's psychological and psychopathological conditions. It is through the succession of encounters that it is possible to grasp not only the disorder and symptom from which the individual suffers, but also the individual's defence mechanisms, representations of himself, of others and of relationships, psychological resources, his capacity for mentalisation, socio-cultural context and environmental conditions.

*Keywords:* Personality, Diagnosis, Psychological assessment, Meeting, PDM.

La mia passione per lo studio della diagnosi e dell'alleanza diagnostica nell'incontro clinico si è fatta progetto e, con Nancy McWilliams, ha dato vita al Manuale Diagnostico Psicodinamico (PDM-2; Lingiardi & McWilliams, 2017). La nuova edizione, PDM-3, è prevista per il 2025.

Partiamo da questa domanda: che connessione c'è tra diagnosi e campo? Come ci insegna la psicoanalista inglese Nina Coltart: «In un mondo ideale tutti gli psicoterapeuti dovrebbero avere un giardino» (2022, p. 136). Credo infatti che le doti del terapeuta non differiscano molto da quelle del giardiniere: il giardino è un luogo di varietà e pazienza, un territorio mentale di speranza, e il terapeuta, come il giardiniere, è un guardiano dell'imprevedibile (Lingiardi, 2017). Passando a una suggestione bioniana, il tema del campo evoca la dimensione della condivisione di un contesto. Tutti noi agiamo, pensiamo, lavoriamo clinicamente in una dimensione relazionale, mai isolata. La formulazione della diagnosi nasce dunque dall'incontro tra due personalità, del paziente e del clinico, immerse in un contesto. È impensabile formulare una diagnosi separando l'individuo dal contesto della sua vita familiare, lavorativa e sociale. Inoltre, la diagnosi è sempre un incontro: con il corpo, la chimica dei farmaci, la cura di sé, la scienza medica, la (s)fiducia nella medicina, il passato dell'anamnesi, il futuro della prognosi, la nostra personalità, le nostre difese, le nostre paure (Lingiardi, 2018).

Per parlare del ruolo della personalità nella costruzione della diagnosi è inevitabile partire da alcune formulazioni di base. Definiamo personalità una modalità strutturata di pensiero, sentimento e comportamento che, in virtù della sua ripetibilità e prevedibilità, caratterizza il tipo di adattamento (cioè, il modo in cui negoziamo il nostro essere nel mondo) e lo stile di vita. Questa dimensione è il risultato di un intreccio di fattori a reciproca influenza: ca-

ratteristiche temperamentali, esperienze vissute durante lo sviluppo, contesto sociale. Va tenuto sempre a mente che la personalità, nonostante la sua stabilità, non è mai un'entità fissa e immutabile, bensì un concetto che si evolve nel tempo, con un ruolo nella costruzione della "storia dell'individuo". Qui risiede l'intreccio tra anamnesi e personalità.

La valutazione della personalità deve prevedere sempre una tensione tra l'aspetto nomotetico e quello idiografico. Dal punto di vista nomotetico, la diagnosi deve saper cogliere le caratteristiche generali (e generalizzabili) dei modi di essere e di agire comuni a diversi individui, contribuendo a creare "famiglie" di soggetti. Al tempo stesso, però, non possiamo trascurare l'aspetto idiografico, quello dell'unicità del singolo. Deve farci da guida nel riconoscere in che modo i tratti, gli atteggiamenti e i comportamenti si combinano tra loro per definire una struttura unica nella sua *individualità* (termine che, già nell'etimologia, ci racconta la sua indivisibilità). Nel momento in cui tali dimensioni, divergendo dalle aspettative della cultura personale e collettiva, si organizzano in modi pervasivi, inflessibili, capaci di procurare sofferenza all'individuo e/o agli altri, possiamo parlare di disturbi della personalità. Quando ci proponiamo di valutare una personalità, non possiamo fermarci a elencare le cose che "non funzionano" senza riconoscere anche le risorse di cui l'individuo dispone. Mentre la maggior parte dei manuali diagnostici dimentica il tema delle risorse, il PDM-2 dà grande importanza alle capacità e ai punti di forza del paziente. Anche perché saranno la base su cui poter costruire un'alleanza terapeutica, spesso basata su una precedente alleanza diagnostica. Il futuro della relazione clinica è in buona parte determinato da ciò che avviene nei primi incontri, destinati alla comprensione della struttura, dell'organizzazione, del funzionamento della personalità, delle capacità mentali e dei sintomi del nostro paziente. Per questo, è bene essere consapevoli che le componenti emotive, transferali e controtransferali, si attivano già dalle prime interazioni cliniche.

La diagnosi di personalità ha almeno tre anime: un'anima *tecnica*, che presuppone la conoscenza degli strumenti utili a fare diagnosi, anche da un punto di vista psicometrico e metodologico; un'anima *narrativa*, quella che fornisce la possibilità di tradurre e trasformare una procedura codificata in un approccio narrativo individualizzato; infine, un'anima *intersoggettiva*, basata sulla dinamica dell'incontro.

Abbiamo una vasta scelta di strumenti che ci possono supportare nel processo diagnostico. Personalmente, credo che chi conosce esclusivamente il DSM non sia un buon diagnosta. Ma anche chi non lo conosce affatto non lo è. È necessario saper mettere in dialogo un sistema diagnostico descrittivo e di impianto medico, come quello dell'*American Psychiatric Association*, con strumenti che consentono esplicitazioni più narrative, legate "a ciò che uno è, non solo a ciò che uno

ha”, di cui il PDM-2 è un ottimo esempio. Oltre alla diagnosi-*label*, quello che a noi sta a cuore, in una cornice teorica dinamica, è l’assessment psicologico, ossia una lettura sfaccettata e composita delle condizioni psicologiche e psicopatologiche di un individuo. Non solo il disturbo e il sintomo di cui soffre l’individuo, ma anche elementi come l’organizzazione della personalità, gli assetti motivazionali, i meccanismi di difesa, le rappresentazioni di sé, degli altri e delle relazioni, le risorse psicologiche, il mondo cognitivo, il tipo di intelligenza con cui il soggetto racconta, esprime e partecipa dell’esperienza, la sua capacità di mentalizzazione, il contesto socioculturale e le condizioni ambientali. Questa capacità di traghettare la diagnosi descrittiva nella profondità dell’individuo e del suo contesto dà vita a quella che chiamiamo “diagnosi strutturale psicodinamica”.

Sofferamoci ora su un’altra personalità: quella del clinico. Negli ultimi anni c’è stato uno sviluppo molto interessante di questa variabile, su come influenza il lavoro clinico, la scelta dell’approccio teorico e metodologico, le risposte emotive del clinico. Giustamente la nostra attenzione è sempre rivolta alla personalità del paziente, ma è importante non trascurare il ruolo della nostra stessa personalità di clinici e terapeuti (McWilliams, 2022). Un lavoro scritto qualche anno fa con alcuni miei allievi mostrava proprio come la risposta emotiva del terapeuta sia anche figlia delle nostre difese, del nostro funzionamento personale e sia anche legata al tipo di paziente che incontriamo (Colli *et al.*, 2014).

Quando valutiamo la personalità di un paziente dobbiamo considerare i tratti di personalità lungo un continuum: dal livello di adattamento al grave disturbo. È la loro intensità, rigidità e pervasività che può renderli adattivi e funzionali, subclinici o clinici – passando così dallo stile di personalità al disturbo di personalità. Pensiamo per esempio al perfezionismo: possiamo considerarlo un tratto “adattivo” se spinge l’individuo a cercare di fare le cose sempre bene, ma sul versante clinico si esplicherà nell’atteggiamento ossessivo per cui niente è mai abbastanza ben fatto, impedendo magari di portare a termine un proprio lavoro.

All’inizio del lungo viaggio della diagnosi psicodinamica c’è questa osservazione di Freud:

«Se gettiamo per terra un cristallo, questo si frantuma, ma non in modo arbitrario; si spacca secondo le sue linee di sfaldatura in pezzi i cui contorni, benché invisibili, erano tuttavia determinati in precedenza dalla struttura del cristallo» (Freud, 1932, p. 251).

La nostra personalità, che distinguiamo più nitidamente nel momento in cui si confronta con le difficoltà o gli eventi traumatici, si viene a sfaldare secondo linee che erano determinate in precedenza dalla sua struttura. Quello

che facciamo con la diagnosi è vedere in controluce l'individuo, proiettarlo sullo sfondo della sua storia, del suo temperamento, della sua biologia, così da osservare quali eventuali linee di rottura potrebbero emergere nel momento in cui si trovasse in una condizione di difficoltà mettendo in crisi il sistema delle proprie difese e delle proprie risorse.

Non bisogna sottovalutare il rischio di un'inflazione diagnostica che confonde perturbazioni tipiche, che fanno parte della vita di tutti noi, con caratteristiche psicopatologiche. Frances (2014), punto di riferimento per il DSM-IV (APA, 1994) e voce critica per il DSM-5 (APA, 2013), ci ricorda che l'iperdiagnosticismo è un difetto dell'approccio diagnostico. L'iperdiagnosticismo può essere una difesa del clinico, un tentativo di reificare tutto quello che non riesce a capire e tutto quello che potenzialmente lo spaventa in quanto non immediatamente definibile e inquadrabile. La diagnosi è uno spazio clinico che deve contenere anche una dimensione insatura, *in progress*, capace di tornare su se stessa e ripensarsi. Ci sono diagnosi che balzano all'occhio fin dal primo incontro e diagnosi molto complesse che richiedono tempo e osservazione/interazione prolungata.

La strumentazione diagnostica che abbiamo a disposizione può seguire una logica "top-down" (come il DSM e il PDM, pur nella loro diversità) oppure una logica "bottom-up", come la *Shedler-Westen Assessment Procedure* (SWAP-200; Westen, Shedler, Lingiardi, 2003). La SWAP-200 è un sistema per diagnosticare la personalità che costruisce, a partire dai suoi mattoni costitutivi, il profilo dell'individuo.

Uno statement dell'*American Psychoanalytic Association*, pubblicato a seguito dell'uscita del DSM-5 nel 2013, proponeva un interessante approccio al discorso diagnostico:

«Due individui che presentano lo stesso disturbo sia esso depressione, lutto complicato, ansia o ogni altro tipo di patologia mentale, non avranno mai le stesse potenzialità, necessità di trattamento o risposte agli interventi terapeutici. Quindi, che si attribuisca o meno valore alle nomenclature diagnostiche descrittive tipo DSM-5, l'assessment diagnostico psicoanalitico psicodinamico è un percorso di valutazione sempre complementare necessario che si propone di fornire una comprensione profonda della complessità e dell'unicità di ciascun individuo e che dovrebbe far parte dell'assessment diagnostico di ogni paziente, perché questo sia accurato e completo. Anche per quei disturbi psichiatrici che hanno una forte base biologica ci sono fattori psicologici che contribuiscono all'esordio, al peggioramento e al modo in cui si esprime la malattia. I fattori psicologici influenzano anche il modo in cui ogni paziente partecipa al trattamento. È ormai appurato che la qualità dell'alleanza terapeutica è il miglior predittore dell'esito terapeutico indipendentemente dal disturbo per cui si cerca aiuto. Consigliamo il PDM a tutti i professionisti della salute mentale che vogliono tracciare un quadro diagnostico che descriva gli aspetti evidenti sia quelli profondi dei pattern

sintomatologici della personalità del funzionamento emotivo e sociale di un individuo» (Lingiardi e McWilliams, 2018, p. 8).

In poche parole, l'importanza della personalità e della configurazione diagnostica strutturale del paziente che incontriamo è fondamentale anche per comprendere in che modo potrà giovare del trattamento.

Nella sua struttura, il PDM-2 propone una diagnosi multiassiale che mette in evidenza l'organizzazione e i pattern/stili/disturbi della personalità (Asse P), le risorse e le capacità mentali (Asse M, composto da 12 capacità mentali da valutare, nel PDM-3 saranno 13) e tutta la dimensione sintomatologica e l'esperienza soggettiva del sintomo (Asse S). Il PDM prevede inoltre una concettualizzazione diagnostica per fasce di età: prima infanzia, infanzia, adolescenza, adulti, anziani.

Per corroborare l'idea che non esiste possibilità diagnostica estrapolata dal contesto, vediamo come è affrontata, nel PDM-2, la diagnostica della prima infanzia (*Infancy and Early Childhood – IEC, da zero a tre anni*). La diagnosi primaria del bambino, in Asse I, si basa su una valutazione delle sue capacità evolutive funzionali ed emotive (Asse II), delle sue capacità di regolazione dell'elaborazione sensoriale (Asse III), dei suoi pattern e disturbi relazionali (Asse IV) e delle altre diagnosi mediche e neurologiche (Asse V). Se facciamo un focus sull'Asse IV, cioè sui pattern e i disturbi relazionali, vediamo come la diagnostica del bambino si basa sulla descrizione delle caratteristiche interattive della relazione con il caregiver e sui pattern interattivi familiari. Entrano in gioco dunque le dimensioni dell'attaccamento, della qualità dell'accudimento, degli stili interattivi e relazionali. La diagnosi del bambino è anche una diagnosi del suo contesto biologico e familiare.

Provo a riassumere che cosa chiedo a un sistema diagnostico:

- saper leggere la psicopatologia nel contesto della personalità (un attacco di panico in un paziente che ha un'organizzazione nevrotica o borderline o psicotica è la stessa diagnosi in tre versioni completamente diverse);
- considerare il sintomo all'interno del funzionamento mentale complessivo;
- collocare la diagnosi nel ciclo di vita;
- esaminare gli elementi relazionali dell'atto diagnostico;
- considerare l'esperienza soggettiva che il paziente ha dei suoi sintomi;
- valorizzare il ruolo della soggettività disciplinata del clinico;
- contemplare, oltre al valore sintetico dell'etichetta diagnostica, anche la specificità idiografica della formulazione del caso;
- saper cogliere le risorse del paziente;
- mettere in dialogo clinica e ricerca;
- promuovere la formazione clinica.

Dobbiamo ricordare, seguendo il modello di Kernberg (1996), che la personalità va collocata nel suo livello di organizzazione lungo il continuum sano-nevrotico-borderline (di alto o basso livello)-psicotico. Le personalità possono anche essere ricondotte all'interno di uno spettro internalizzante (con aspetti più depressivi, fobici, ansiosi, evitanti, somatizzanti, dipendenti, ossessivo compulsivi o schizoidi) o esternalizzante (con aspetti più isterico-istrionici, paranoide, sadici, psicopatici e narcisistici). È importante ricordare che nessuna dimensione descrittiva della personalità dell'individuo è univocamente polarizzata: riscontriamo di frequente elementi esternalizzanti in soggetti prevalentemente internalizzanti (e viceversa). Esattamente come non esiste una persona che sia solo narcisista grandiosa "a pelle spessa" o solamente fragile "a pelle sottile". Tutti noi siamo la negoziazione di aspetti di personalità che cercano, spesso senza riuscirci, possibilità di mediazione e convivenza interna tra dimensioni più polarizzate. D'altronde, le polarizzazioni estreme e rigide che coincidono sono spesso sinonimo di psicopatologia.

Una volta individuati i livelli di organizzazione e gli stili di personalità (Asse P del PDM), dobbiamo valutare gli aspetti del funzionamento mentale (Asse M del PDM) che conferiscono alla personalità la sua unicità: caratteristiche che pertengono ai processi cognitivi e affettivi, che definiscono l'identità e le relazioni, che riguardano i meccanismi di difesa, il coping e il controllo degli impulsi, che comprendono l'autoconsapevolezza, gli standard ideali e morali, l'autodirezionalità. La scelta di destinare un soggetto a un percorso terapeutico individuale o di gruppo, oppure cognitivo o dinamico, non si basa forse su un'attenta valutazione di questi parametri?

Per concludere, torniamo sull'importanza del "campo" menzionata all'inizio: tutto ciò che, in questi trent'anni, ho sviluppato nell'ambito della diagnosi è il frutto del lavoro di un gruppo. Senza l'idea, l'immagine, la realtà di un gruppo non c'è pensiero.

## Riferimenti bibliografici

- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4<sup>th</sup> ed.). Washington D.C.: American Psychiatric Publishing, Inc.
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5<sup>th</sup> ed.). Washington, D.C.: American Psychiatric Publishing, Inc.
- Colli A., Tanzilli A., Dimaggio G. e Lingiardi V. (2014). Patient Personality and Therapist Response: an Empirical Investigation. *American J. Psychiatry*, 171, 1: 102-108. DOI: 10.1176/appi.ajp.2013.13020224
- Coltart N. (2022). *Come sopravvivere da psicoterapeuta*. Sesto San Giovanni: Mimesis.
- Frances A. (2014). *La diagnosi in psichiatria. Ripensare il DSM-5*. Milano: Raffaello Cortina.

- Freud S. (1932). *Introduzione alla psicoanalisi*. OSF, 11. Torino: Bollati Boringhieri.
- Kernberg O.F. (1996). A Psychoanalytic Theory of Personality Disorder. In: Clarkin J.F. e Lenzenweger M., Eds., *Major Theories of Personality Disorders*. New York: Guilford (trad. it.: *I disturbi di personalità. Le cinque principali teorie*. Milano: Raffaello Cortina, 1997).
- Lingiardi V. (2017). *Mindscares. Psiche nel paesaggio*. Milano: Raffaello Cortina.
- Lingiardi V. (2018). *Diagnosi e destino*. Torino: Einaudi.
- Lingiardi V. e McWilliams N. (2017). *Manuale Diagnostico Psicodinamico – Seconda Edizione: PDM-2*. Milano: Raffaello Cortina, 2018.
- McWilliams N. (2012). *La diagnosi psicoanalitica*. Roma: Astrolabio.
- McWilliams N. (2022). *La supervisione. Teoria e pratica psicoanalitiche*. Milano: Raffaello Cortina.
- Westen D., Shedler J. e Lingiardi V. (2003). *La valutazione della personalità con la SWAP-200*. Milano: Raffaello Cortina.