

# IL DIMENSIONAL ASSASSEMENT OF PERSONALITY PATHOLOGY (DAPP-BQ): UN CASO CLINICO

Deborah Donati, Alessandro Ubbiali & Carlo Chiorri

## **Introduzione**

I disturbi di personalità riguardano modi di pensare e sentirsi riguardo a se stessi e agli altri che hanno un profondo impatto sul funzionamento sociale, relazionale e lavorativo degli individui. Nelle versioni III e IV del Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM, American Psychiatric Association 1987, 2000) sono stati proposti dieci diversi tipi di disturbo di personalità (paranoide, schizoide, schizotipico, antisociale, borderline, istrionico, narcisistico, evitante, dipendente e ossessivo-compulsivo), che hanno costituito negli ultimi trent'anni un riferimento diagnostico e concettuale fondamentale per psicologi, psicoterapeuti, psichiatri, e altri professionisti della salute mentale. Questo approccio è di tipo categoriale e si basa sull'assunzione che un disturbo di personalità sia presente oppure assente e che i vari disturbi siano mutuamente esclusivi. Nondimeno, nel tempo sono emerse alcune problematiche che hanno portato ad un crescente scetticismo nei confronti di questo modello. Tali problematiche riguardavano la stessa natura categoriale del modello, l'uso di cut-off diagnostici arbitrari, la co-morbidità dei disturbi, la mancanza di chiare distinzioni con i disturbi di interesse psichiatrico, la natura eccessivamente ateorica dei criteri di classificazione, la relativa confusione fra tratti e comportamenti in questi criteri, il limitato supporto alla validità del modello generale e di alcune specifiche categorie diagnostiche, le scarse relazioni con i modelli di personalità comunemente utilizzati nella ricerca e nella pratica clinica. Per superare queste limitazioni, da più parti è stato proposto un approccio dimensionale alla valutazione dei disturbi di personalità (es. Huprich e

Bornstein, 2007). Secondo questo approccio le caratteristiche di personalità patologiche si collocano lungo un continuum con le modificazioni della personalità normale e la distinzione tra le caratteristiche di personalità normale e patologica è di tipo quantitativo piuttosto che qualitativo.

Nella stesura del DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013) è stata considerata la possibilità di sostituire l'approccio categoriale con un approccio dimensionale (o tratto-specifico), in modo da orientare la diagnosi in base ai tratti suggeriti dai sintomi del paziente e dal loro livello di severità. Nondimeno, alla fine del 2012 l'American Psychiatric Association ha deciso di mantenere, almeno in parte, un approccio categoriale integrandolo con aspetti dimensionali – il cosiddetto "approccio ibrido". Secondo il DMS-5, "le limitazioni derivanti da un approccio categoriale includono la difficoltà di individuare zone di discontinuità tra le diagnosi, [...] la necessità di categorie intermedie [...] e frequenti diagnosi NAS. [...] Sia dalla prospettiva clinica sia da quella della ricerca vi è la necessità di un approccio maggiormente dimensionale che possa essere combinato con il set di diagnosi categoriale del DSM [...]" (p. 851 edizione italiana). In base a questo approccio la diagnosi di disturbo di personalità avviene in base alla valutazione di problemi nel funzionamento personale e interpersonale (criterio A) e alla severità di tratti di personalità patologici (criterio B), definiti come "caratteristiche essenziali del disturbo di personalità". Il funzionamento a livello personale riguarda gli aspetti identitari e autodirettivi, quello a livello interpersonale gli aspetti empatici e di intimità. I tratti di personalità patologici sono suddivisi in cinque domini (affettività negativa, distacco, antagonismo, disinibizione vs compulsività e psicoticismo), che a loro volta sono suddivisi in 25 sottodomini. Entrambi i criteri sono necessari per la diagnosi di disturbo di personalità. Tale approccio ibrido mantiene sei dei dieci disturbi di

personalità delle due precedenti edizioni del DSM (ossessivo-compulsivo, evitante, schizotipico, antisociale e narcisistico).

In base all'approccio categoriale vi sono numerose combinazioni di criteri diagnostici con cui lo stesso disturbo può essere diagnosticato. Pertanto, sapere che un individuo soddisfa i criteri per la diagnosi fornisce informazioni sufficienti, ma non esaustive, sul disagio caratteristico di quella specifica persona. Nasce pertanto la necessità di considerare la notevole eterogeneità tra pazienti che presentano le medesime etichette diagnostiche, per cui per il clinico si rivela estremamente utile la conoscenza approfondita delle dimensioni di base del funzionamento della personalità, in accordo con le linee guida proposte dal DSM-5. In questo senso, la disponibilità di uno strumento che funga sia da guida per l'identificazione dei profili personologici individuali, sia da traccia per indagini non necessariamente legate alla fase iniziale del trattamento, diviene cruciale per un approccio diagnostico approfondito e contemporaneo ai disturbi di personalità. Il Dimensional Assessment of Personality Pathology – Basic Questionnaire (DAPP-BQ, Livesley & Jackson, 2009) rappresenta quindi una risposta a questa necessità.

Il DAPP-BQ è stato sviluppato partendo da studi che dimostrano che la struttura dei tratti dei disturbi di personalità non differisce tra campioni clinici e non-clinici e che non esistono prove sostanziali di discontinuità nella distribuzione dei tratti dei disturbi della personalità. Esso valuta molteplici caratteristiche affettive, cognitive e interpersonali, che hanno importanti implicazioni per la salute mentale, l'equilibrio e il benessere della persona. Le dimensioni dei disturbi di personalità valutate dallo strumento si basano su un esteso programma di ricerca sulla struttura e sull'etiologia di questi disturbi.

Rispetto ad altri strumenti multidimensionali per la valutazione psicologica, il DAPP-BQ presenta notevoli vantaggi:

- *È stato sviluppato con in mente l'esigenza clinica.* il DAPP-BQ perfeziona quei concetti che i clinici hanno trovato utili per capire, descrivere e trattare i disturbi di personalità, rispondendo alla necessità di valutare gli aspetti personologici di rilevanza clinica, in linea con gli odierni orientamenti sugli interventi clinici. Esso offre pertanto dei miglioramenti rispetto alle attuali misurazioni delle patologie di personalità, poiché dà una valutazione adeguata e maneggevole delle dimensioni dei disturbi della personalità, derivate da analisi empiriche sistematiche.
- *È basato su un modello dimensionale.* Il DAPP-BQ costituisce una delle teorizzazioni più attuali e convincenti delle basi psicopatologiche dei disturbi di personalità e offre una cornice di riferimento teorica completa ed esaustiva, compatibile con le attuali concettualizzazioni cliniche.
- *È focalizzato sulle caratteristiche specifiche della patologia di personalità, piuttosto che sulle diagnosi generali.* Poiché il DAPP-BQ deriva da costrutti clinici, le scale sono descritte in base a concetti utilizzati dai clinici nella pratica quotidiana. Questo significa che lo strumento mette a disposizione valutazioni e interpretazioni che possono essere direttamente tradotte in pratica all'interno degli interventi clinici.

Il DAPP-BQ si rivolge a psicologi, psichiatri, psicoterapeuti e altri professionisti della salute mentale. Esso consente non solo una valutazione approfondita delle dimensioni di base dei disturbi di personalità e dei tratti di personalità di rilevanza clinica, ma è indicato anche per la valutazione di pazienti con una vasta gamma di altri disturbi psichiatrici. Inoltre, l'approccio dimensionale adottato nello sviluppo dello strumento ne estende la capacità di valutazione all'intero continuum delle varianti personologiche comprensive della personalità normale in

contesti non clinici e forensi. Le solide basi empiriche e cliniche dello strumento ne incoraggiano altresì l'utilizzo nell'ambito della ricerca scientifica.

Una valutazione dimensionale basata sul DAPP-BQ fornisce numerose informazioni su comportamenti rilevanti quali i Problemi Identitari, la Labilità Emotivo-Affettiva, la Regolazione Cognitiva Disfunzionale, l'Attaccamento Insicuro e la Tendenza Autolesiva, ponendo le basi per l'impostazione di un piano di trattamento mirato. Questa valutazione ha inoltre il vantaggio di identificare quei tratti che potrebbero avere una relazione positiva con gli esiti (outcome) del trattamento (per esempio, livelli moderati di Compulsività possono essere associati anche a un maggiore grado di compliance al trattamento, oltre che a manifestazioni più disfunzionali dei tratti caratteristici delle dinamiche compulsive).

Il DAPP-BQ riflette adeguatamente l'indicazione proposta nel DSM-5 di utilizzare un approccio dimensionale basato sul resoconto soggettivo dei sintomi di un individuo unitamente all'interpretazione del clinico, quale linea in maggior coerenza con le attuali esigenze della prassi diagnostica quotidiana. La sovrapponibilità fra i tratti definenti i disturbi di personalità della Sezione III del DSM-5 e scale equivalenti del DAPP-BQ è illustrata in Tabella 1.

<i>Tabella 1: Tratti definenti i disturbi di personalità della Sezione III del DSM-5 e scale equivalenti del DAPP-BQ</i>		
<b>Disturbi di personalità nel DSM-5</b>	<b>Tratti DSM-5</b>	<b>Scale DAPP-BQ</b>
<b>Antisociale</b>	Manipolatorietà Insensibilità Inganno Ostilità	Insensibilità Insensibilità Insensibilità Riottosità

	Tendenza a correre rischi Irresponsabilità	Ricerca di Stimoli
<b>Evitante</b>	Ansia Ritiro Anedonia Evitamento dell'Intimità	Ansietà Bassa Affiliazione  Problemi d'Intimità Emotivo/Affettiva
<b>Borderline</b>	Labilità Emotiva Ansia Angoscia di separazione Depressività Impulsività Tendenza a correre rischi Ostilità	Labilità Emotivo/Affettiva Ansietà Attaccamento Insicuro Labilità Emotivo/Affettiva Ricerca di Stimoli Ricerca di Stimoli Riottosità
<b>Narcisistico</b>	Grandiosità Ricerca di attenzione	Narcisismo Narcisismo
<b>Ossessivo-Compulsivo</b>	Perfezionismo rigido Perseverazione Evitamento dell'Intimità Affettività ridotta	Problemi d'Intimità Emotivo/Affettiva Diminuita Espressività Emotivo/Affettiva

Il DAPP-BQ è costituito da 290 item (tempo di somministrazione medio: 45 minuti) che misurano 18 dimensioni dei disturbi della personalità, la cui breve descrizione consente un'immediata caratterizzazione di alcune peculiarità del funzionamento personologico dell'individuo testato (Tabella 2).

<i>Tabella 2: Descrizione sintetica delle 18 scale del DAPP-BQ</i>	
<b>Ansietà</b>	Tendenza ad essere facilmente impauriti e preoccupati
<b>Asservimento</b>	Servilismo, insicurezza, scarsa assertività, ricerca costante di sostegno, guida e rassicurazione negli altri.
<b>Attaccamento Insicuro</b>	"Paura" ricorrente delle relazioni che comportano attaccamento
<b>Bassa Affiliazione</b>	Mancanza di interesse nei rapporti sociali e nei contatti con gli altri; tendenza ad

	evitarli; 'distacco sociale'
<b>Compulsività</b>	Ordinati e sistematici; amanti di struttura ed organizzazione
<b>Diminuita Espressività Emotivo-Affettiva</b>	Mancanza di risposta emotiva; 'distanza'
<b>Insensibilità</b>	Mancanza di considerazione per i sentimenti e il benessere degli altri; mancanza di empatia e di rimorso.
<b>Labilità Emotivo-Affettiva</b>	Le emozioni tendono ad essere intense e instabili; vissuto di frequenti cambiamenti d'umore; le reazioni emotive risultano spesso estreme.
<b>Narcisismo</b>	Grandiosità con forte bisogno di attenzione e di approvazione
<b>Oppositività</b>	Resistenza passiva alle aspettative riguardo allo svolgimento adeguato di compiti quotidiani
<b>Problemi di Intimità Emotivo-Affettiva</b>	Tendenza ad evitare l'intimità emotivo-affettiva
<b>Problemi Identitari</b>	Instabile senso di sé o di identità
<b>Problemi nella Condotta</b>	Tendenza ad esibire una gamma di comportamenti antisociali e mancanza di riguardo per le norme sociali
<b>Regolazione Cognitiva Disfunzionale</b>	I pensieri tendono a diventare disorganizzati, particolarmente nei momenti di stress; si sperimentano percezioni ed idee insolite
<b>Ricerca di Stimoli</b>	Bisogno di eccitazione e di stimoli, 'sensation seeking', spericolatezza e impulsività
<b>Riottosità</b>	Antagonismo ostilità e atteggiamento ipercritico
<b>Sospettosità</b>	Mancanza di fiducia negli altri; esagerata all'erta rispetto a danni e intenzioni dannose interpersonali
<b>Tendenza Autolesiva</b>	Tendenza a procurarsi del male intenzionalmente e a pensare cronicamente al suicidio

Le 18 dimensioni vengono definite rispetto al modo in cui questi tratti si manifestano negli individui con disturbi della personalità. Ne consegue che i nomi delle scale riflettono termini diagnostici e costrutti

comunemente utilizzati nella pratica clinica, rendendole utili ai clinici quando devono effettuare una diagnosi e trattare i pazienti.

La maggior parte delle 18 Scale può essere organizzata in 4 cluster:

*Tabella 2: Descrizione sintetica dei quattro cluster del DAPP-BQ*

<b>Regolazione Emotivo-Affettiva disfunzionale:</b>	Labilità Emotivo-Affettiva, Ansietà, Regolazione Cognitiva Disfunzionale, Problemi Identitari, Attaccamento Insicuro, Oppositività e Asservimento.
<b>Comportamento Dissociale</b>	Insensibilità, Problemi nella Condotta, Narcisismo, Riottosità, Ricerca di Stimoli
<b>Evitamento Sociale</b>	Problemi di Intimità Emotivo-Affettiva, Bassa Affiliazione, Diminuita Espressività Emotivo-Affettiva.
<b>Compulsività</b>	Compulsività

Il report del DAPP-BQ fornisce due profili di punteggi; il primo è basato sul confronto con il campione normativo clinico e il secondo sul confronto con il campione normativo della popolazione generale. Ciascun profilo include il punteggio grezzo ottenuto dal soggetto valutato per ogni scala e lo confronta con quello degli individui dello stesso genere nel campione normativo e con quello dei soggetti del gruppo normativo definito misto, composto sia da maschi sia da femmine. Per fornire un'interpretazione dei risultati, sono forniti sia i punteggi T, che i percentili. I punteggi sono raggruppati sulla base dei quattro cluster di ordine superiore.

Il report fornisce inoltre un'immediata fotografia della scala di Tendenza Autolesiva, il cui rapido riconoscimento può risultare di grande ausilio nella pratica clinica.

Di grande utilità è la scala di Validità presente nel report, che fornisce una misura di gestione dell'impressione e di desiderabilità sociale, segnalando il grado di "onestà" con cui è stato compilato il questionario.

Qui di seguito viene riportato un esempio di report del DAPP-BQ.



## **Report**

Amanda è una donna di 34 anni, nubile e senza figli. Lavora assiduamente come dirigente in un'importante azienda del terziario, dove ha conseguito importanti risultati lavorativi nei primi due anni di attività. Amanda è laureata, possiede buone proprietà di linguaggio, sa essere informativa e ha la capacità di descrivere se stessa e la sua storia di vita. Non è legata sentimentalmente e la sua ultima relazione significativa, durata circa quattro anni, si è conclusa ormai da tre anni. Amanda rivela di avere avuto successivamente numerosi quanto brevi e insoddisfacenti rapporti, che lei stessa ha interrotto dopo poco tempo dal loro instaurarsi.

Sceglie di presentarsi all'attenzione clinica per un progressivo deterioramento dei suoi rapporti lavorativi, che negli ultimi mesi hanno portato ad alcuni accessi d'ira, con conseguente tensione e ansia sul luogo di lavoro. Inoltre lamenta sfiducia nella sua possibilità di stabilire una relazione amorosa duratura e soddisfacente.

La valutazione psichiatrica non evidenzia alcuna diagnosi per disturbi d'ansia e/o disturbi dell'Umore e i risultati della SCID-II non sono determinanti per l'attribuzione di un Disturbo di Personalità. Si sceglie pertanto di somministrare ad Amanda il DAPP-BQ per investigare tutte quelle aree di interesse clinico, che potrebbero contribuire ad una migliore e più approfondita valutazione della persona.

Il profilo Clinico e quello Generale del DAPP-BQ presi congiuntamente confermano moderatamente le valutazioni diagnostiche precedenti, ed inoltre aggiungono interessanti elementi clinici, che risultano utili nella pianificazione di un intervento psicoterapeutico mirato.

Osservando in Figura 1 il profilo Clinico di Amanda (basato sul confronto con il campione normativo clinico di soggetti con Disturbi della

Personalità) non vi sono scale che evidenziano punteggi considerevolmente elevati e questo è in accordo con i risultati della SCID-II. Di fatto, Amanda non è portatrice di un Disturbo della Personalità, ma questo non impedisce alla persona di esperire un disagio profondo e non esime il clinico dall'indagare quali aspetti della struttura personologica possano contribuire a questa sofferenza.

Figura 1: Profilo Clinico DAPP-BQ di Amanda

## Profilo clinico

Il profilo riportato sotto compara i punteggi grezzi della persona in oggetto con quelli del campione normativo clinico.

Scale	Punteggio grezzo	Punti T		Percentili		Basso										Alto
		Femmine	Misti	Femmine	Misti	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
<b>Regolazione Emotiva Disfunzionale</b>																
Ansietà	53	47	49	37	44											
Asservimento	35	39	43	13	21											
Attaccamento Insicuro	37	36	37	8	9											
Labilità Emotivo-Affettiva	57	53	54	62	67											
Oppositività	39	46	46	33	34											
Problemi Identitari	44	47	49	38	45											
Regolazione Cognitiva Disfunzionale	38	45	47	31	38											
<b>Comportamento Dissociale</b>																
Insensibilità	34	44	42	24	20											
Narcisismo	56	48	48	40	39											
Problemi nella Condotta	30	45	44	28	26											
Ricerca di Stimoli	35	46	46	32	32											
Riottosità	48	50	47	51	39											
<b>Evitamento Sociale</b>																
Bassa Affiliazione	46	49	49	47	47											
Diminuita Espressività Emotivo-Affettiva	46	50	49	51	47											
Problemi d'Intimità Emotivo-Affettiva	41	53	53	62	64											
<b>Compulsività</b>																
Compulsività	42	46	45	34	30											
<b>Altro</b>																
Sospettosità	34	41	40	16	14											
Tendenza Autolesiva <sup>1</sup>	14	39	40	13	15											

Il profilo Generale di Amanda in Figura 2 (basato sul confronto con il campione normativo della Popolazione Generale) evidenzia un punteggio

di una deviazione standard sopra la media nelle Scale: Narcisismo, Labilità Emotivo-Affettiva e Ansietà.

Figura 2: Profilo Generale DAPP-BQ di Amanda

## Profilo generale

Il profilo riportato sotto compara i punteggi grezzi della persona in oggetto con quelli del campione normativo della popolazione generale.

Scale	Punteggio grezzo	Punti T		Percentili		Basso											Alto
		Femmine	Misti	Femmine	Misti	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100	
<b>Regolazione Emotiva Disfunzionale</b>																	
Ansietà	53	61	61	87	88												
Asservimento	35	45	45	30	30												
Attaccamento Insicuro	37	44	45	26	28												
Labilità Emotivo-Affettiva	57	64	64	92	93												
Oppositività	39	49	49	47	45												
Problemi Identitari	44	58	58	80	81												
Regolazione Cognitiva Disfunzionale	38	53	53	61	62												
<b>Comportamento Dissociale</b>																	
Insensibilità	34	52	50	58	49												
Narcisismo	56	62	61	90	89												
Problemi nella Condotta	30	53	52	64	57												
Ricerca di Stimoli	35	46	46	34	31												
Riottosità	48	56	54	74	67												
<b>Evitamento Sociale</b>																	
Bassa Affiliazione	46	58	58	82	81												
Diminuita Espressività Emotivo-Affettiva	46	56	55	74	71												
Problemi d'Intimità Emotivo-Affettiva	41	55	56	72	75												
<b>Compulsività</b>																	
Compulsività	42	42	41	18	17												
<b>Altro</b>																	
Sospettosità	34	50	49	49	44												
Tendenza Autolesiva <sup>1</sup>	14	48	48	44	43												

Le persone che ottengono un punteggio alto in **Narcisismo** tendono ad esagerare i propri successi e risultati, abilità e qualità personali. Vi è anche la tendenza alla ricerca spasmodica di ammirazione, che viene ritenuta assolutamente legittima e motivata. Il mancato riconoscimento

o attestazione esterni di ciò che credono di se stesse porta spesso a risentimento e rabbia. Coloro che ottengono alti punteggi su questa scala, a latere di una concezione esagerata del proprio valore spesso provano un sottostante senso di inadeguatezza. Ciò li induce a provare intensi sentimenti di frustrazione se non ricevono il riconoscimento che si aspettano. Le relazioni interpersonali sono spesso caratterizzate dalla tendenza ad idealizzare gli altri (specialmente quando questa idealizzazione si riflette positivamente sul sé) con relativa rapida svalutazione quando questi disattendano, in qualsiasi modo, le loro aspettative.

Le persone che ottengono un punteggio alto in **Labilità Emotivo-Affettiva**, tendono a provare emozioni intense, altamente reattive, portando ad un disagio diffuso ma intenso, che comprende un misto di tristezza e rabbia.

Poiché le emozioni sono stimulate con facilità, chi ottiene un punteggio alto tende anche ad essere impaziente e irascibile. La rabbia è attivata facilmente ed è espressa con modalità intense e incontrollabili.

Alti livelli di Labilità Emotivo-Affettiva, tendono a generare un'esperienza emotiva che cambia continuamente e che ha un effetto negativo su molteplici aspetti della vita del soggetto. I cambiamenti emotivi improvvisi ed imprevedibili, conducono frequentemente a problemi e a momenti critici interpersonali e sociali perché gli altri hanno difficoltà a gestire la natura improvvisa ed imprevedibile del comportamento di questi soggetti.

Le persone con un punteggio alto in **Ansietà** tendono ad essere cronicamente preoccupati e, ad aspettarsi sempre il peggio e a vedere il mondo come spaventoso e fonte di minacce. Il risultato è che sono spesso tesi e "con i nervi scoperti".

La facilità con cui percepiscono minacce, li porta a preoccuparsi costantemente della possibilità che avvenga una vasta gamma di avversità e di eventi negativi. Vanno quindi in apprensione di fronte al cambiamento e sono a disagio quando si trovano in situazioni poco familiari o nuove. Inoltre l'espressione di Ansietà è influenzata da altri tratti. Quando si associa ad un alto livello di Labilità Emotivo-Affettiva, come nel caso di Amanda i sentimenti d'ansia in risposta a quelli della sensazione di minaccia o vulnerabilità, possono essere mascherati dalla rabbia.

### **Interpretazione Clinica**

Il caso di Amanda è tutt'altro che raro per chi opera quotidianamente con la pratica clinica. Spesso individui presentano elementi di riconoscibile sofferenza psichica, senza raggiungere i criteri diagnostici sufficienti per poter ricevere un inquadramento riconosciuto e specifico.

Nel caso di Amanda poi, la presenza di un certo numero di risorse individuali e anche culturali, può mitigare, se non addirittura nascondere, quegli elementi personologici disadattivi che sono alla base della sua genuina richiesta di aiuto specialistico.

Dall'analisi congiunta dei profili del DAPP-BQ, Amanda presenta delle aree di potenziale vulnerabilità. Infatti Amanda appare come una struttura personologica ad altissimo mantenimento, che necessita di costanti investimenti (o sfide) da un lato e frequenti riconoscimenti o validatori esterni del proprio valore dall'altro. In questo costante bisogno di "prestazionalità" il mondo finisce col rappresentare una sorta di "ring",

nel quale persone e situazioni assumono frequentemente l'aspetto, o di sparring partner o ancor peggio potenziali antagonisti. In questa cornice di riferimento esiste poco spazio per il fallimento, ma anche e solo per l'accettazione degli spazi ordinari della vita professionale e relazionale.

Inoltre gli aspetti mutevoli e imprevedibili delle sue risposte emotive, spesso rabbiose, limitano la possibilità di relazioni interpersonali nelle quali gli altri possano sentirsi sufficientemente liberi di "accoglierla ed essere accolti".

Probabilmente Amanda propone al mondo solo la parte luminosa e potente di se stessa, lasciando frequentemente nascosta la sua parte più ombrosa e insicura, con la conseguente diminuzione della strutturazione armonica della sua personalità.

In termini di pianificazione di un trattamento adeguato gli elementi finora evidenziati giocheranno un ruolo cruciale.

Amanda è certamente in grado di trasformare il setting terapeutico in un'arena di gladiatori e di sviare l'attenzione dalle parti del suo carattere da lei valutate come meno nobili. Inoltre la possibilità di considerare il terapeuta come un alleato stabile, sarà minato dalla necessità di non essere messa in discussione, ma solo compresa e capita.

L'osservazione clinica di tutte le scale del DAPP-BQ, anche quelle che in questo profilo non hanno raggiunto punteggi particolarmente elevati, ma che andrebbero sempre osservate con attenzione (vedi **Problemi Identitari** e **Bassa Affiliazione**), consentono il superamento della dicotomia categoriale Presenza/Assenza di disturbo della Personalità e

supportano una scelta terapeutica non ingenua, di fronte ad una persona certamente non particolarmente compromessa, ma altresì necessitante di un accoglimento specialistico accurato e attento.

### *Bibliografia*

- American Psychiatric Association, (1987). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 3rd Edition, Revised.
- American Psychiatric Association. (2000). Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Text Revision (4th ed., rev. ed.). Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- Huprich, S. K., & Bornstein, R. F. (2007). Dimensional Versus Categorical Personality Disorder Diagnosis: Implications from and for Psychological Assessment. *Journal of Personality Assessment*, 89(1), 1-2.
- Livesley, W. J., & Jackson, D. N. (2009). Manual for the dimensional assessment of personality pathology. Port Huron, MI: Sigma Press.