

I DISTURBI DI PERSONALITÀ NELL'ICD-11

GUIDA PER IL CLINICO

Bo Bach
Sebastian Simonsen

I DISTURBI DI PERSONALITÀ NELL'ICD-11

GUIDA PER IL CLINICO

Edizione italiana a cura di Luigi Abbate

 hogrefe

I Disturbi di Personalità nell'ICD-11.

Guida per il clinico

Bo Bach e Sebastian Simonsen

ISBN: 979-12-81075-38-2

Originariamente pubblicato in danese con il titolo:

ICD-11 Personlighedsforstyrrelser – En Klinisk Vejledning

di Bo Bach e Sebastian Simonsen

© 2023, Hogrefe Psykologisk Forlag A/S, Virum

Edizione inglese:

ICD-11 Personality Disorders. A Clinician's Guide

di Bo Bach e Sebastian Simonsen

© 2025, Hogrefe Publishing, Gottinga

© 2026, Hogrefe Editore

Viale Antonio Gramsci 42, 50132 Firenze

www.hogrefe.it

Traduzione dall'inglese: Luigi Abbate

Coordinamento editoriale: Jacopo Tarantino

Redazione: Corso Tarantino

Impaginazione e copertina: Stefania laudisa

Tutti i diritti sono riservati. È vietata la riproduzione dell'opera o di parti di essa con qualsiasi mezzo, compresa stampa, copia fotostatica, microfilm e memorizzazione elettronica, se non espressamente autorizzata dall'editore.

Gli autori

Bo Bach

PhD, è Professore di Psicologia clinica presso l'Università di Copenaghen, dove dirige il Centro per la ricerca sui Disturbi di Personalità dell'Ospedale psichiatrico Slagelse, istituto presso cui esercita come psichiatra. Insignito nel 2021 del Theodore Millon Award dall'American Psychological Association per il suo contributo alla valutazione dei Disturbi di Personalità, è coautore della *Diagnostic Interview for Personality Pathology in ICD-11* (DIPP-11) e della scala *Personality Disorder Severity for ICD-11* (PDS-ICD-11). Ha collaborato con l'Organizzazione Mondiale della Sanità allo sviluppo della classificazione ICD-11 dei Disturbi di Personalità e alla realizzazione dei relativi trial sul campo. È stato membro del direttivo della European Society for the Study of Personality Disorders (ESSPD) e fa parte del comitato editoriale di *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment* e del *Journal of Personality Assessment*. È formatore e supervisore certificato Schema Therapy.

Sebastian Simonsen

PhD, psichiatra e psicoterapeuta, dirige il Servizio di salute mentale dello PsykoTerapeutisk Center Stolpegård di Gentofte (Copenaghen). Professore associato presso l'Università di Copenaghen, i suoi interessi di ricerca riguardano i Disturbi di Personalità, con particolare attenzione alla gestione clinica, alla pianificazione del trattamento, alla psicoterapia, alla psicopatologia, alla mentalizzazione, alla cognizione sociale e all'evitamento interpersonale. Ha fatto parte del gruppo di lavoro che ha redatto le linee guida nazionali danesi per il Disturbo Borderline di Personalità e ha pubblicato un documento di revisione delle linee guida europee. Ha inoltre contribuito alla diffusione dei nuovi modelli dimensionali dei Disturbi di Personalità e della terapia basata sulla mentalizzazione (MBT). È stato membro del direttivo della European Society for the Study of Personality Disorders (ESSPD) e fa parte del comitato editoriale del *Journal of Clinical Psychology*. È formatore e supervisore certificato MBT.

Per l'edizione italiana

Luigi Abbate

Psicologo, analista di formazione junghiana (CIPA/IAAP), insegna Psicodiagnostica dell'adulto e Usa dei test in ambito forense alla LUMSA di Roma dove dirige i Master universitari di II livello in Perizia e consulenza tecnica in ambito criminologico e forense e in Psicodiagnostica clinica in età adulta e adolescenza. È *Life Member* dell'American Psychological Association

e *Life Fellow* della Society for Personality Assessment. Ha pubblicato tra gli altri, *La valutazione delle relazioni oggettuali e delle rappresentazioni sociali con il TAT* (con V. Massaro, 2007), *MMPI-2. Manuale per l'interpretazione e nuove prospettive di utilizzo* (con P. Roma, 2014), *Rorschach Comprehensive System* (con P. Porcelli, 2017), *Scrivere la relazione psicodiagnostica* (con M.P. Andraos, 2019), *La valutazione psicologica mediante test* (2022) e *I test psicologici in ambito forense e medico-legale* (2024). Ha contribuito alla validazione italiana di strumenti psicodiagnostici diversi quali PCL-YV, PAI-A, PAS, TSI-2, SPECTRA e MMPI-3. Nel 1992 ha curato con Franco Ferracuti l'edizione italiana aggiornata del *Picture Frustration Study* (PFS) di Saul Rosenzweig.

Indice

Prefazione all'edizione originale	IX
Prefazione all'edizione italiana	
<i>Luigi Abbate</i>	XI
1. Contesto	1
1.1. Scopo di questo libro	1
1.2. Breve introduzione al Disturbo di Personalità nell'ICD-11	2
1.3. La creazione di una nuova classificazione	3
1.4. Abbandonare le categorie tradizionali	5
1.5. Focus sull'utilità clinica	8
2. Prassi diagnostica generale	10
2.1. Corso intensivo sull'uso clinico del funzionamento della personalità e dei domini di tratto	10
2.2. Requisiti diagnostici generali	16
2.3. Diagnosi differenziale	18
2.4. Manifestazioni e sviluppo dall'infanzia alla vecchiaia	30
2.5. Disturbo di Personalità e altri disturbi mentali co-occorrenti	32
2.6. Le dimensioni sono codificate come categorie	34
3. Comprensione clinica del funzionamento della personalità	35
3.1. Aspetti del sé	36
3.2. Aspetti interpersonali	45
3.3. Manifestazioni emozionali	51
3.4. Manifestazioni cognitive	53
3.5. Manifestazioni comportamentali	57
3.6. Disagio e sofferenza compromissione psicosociale	60
4. Classificazione della gravità	63
4.1. Difficoltà di Personalità	64
4.2. Disturbo di Personalità Lieve	66
4.3. Disturbo di Personalità Moderato	68
4.4. Disturbo di Personalità Grave	70

5. Domini di tratto	73
5.1. Affettività Negativa	77
5.2. Distacco	78
5.3. Dissocialità	79
5.4. Disinibizione	80
5.5. Anancastia	81
5.6. Come i tratti contribuiscono alla disfunzioni della personalità	81
5.7. Specificatore di Pattern Borderline	83
6. Processo decisionale clinico e trattamento	86
6.1. Gravità e decisioni cliniche	86
6.2. L'importanza dei domini di tratto per il trattamento	94
6.3. Interpretazione clinica dei domini di tratto combinati	98
Bibliografia	105
Appendice A. Valutazione	121
Valutazione della gravità	121
Valutazione dei domini di tratto	124
Appendice B. Traduzione dalle tipologie tradizionali dell'ICD-10	129
Gravità e tipologie tradizionali	129
Domini di tratto e tipologie tradizionali	131
Disturbo Evitante di Personalità	132
Disturbo Narcisistico di Personalità	133

Prefazione all'edizione originale

Da tempo si prevedeva che l'*International Classification of Diseases* (ICD-11) avrebbe introdotto una classificazione dimensionale dei Disturbi di Personalità fondamentale nuova, che si è infine rivelata un lungo processo, caratterizzato da controversie e rinvii (Organizzazione Mondiale della Sanità, 2024; tr. it. 2025). Non è mai facile per l'umanità concordare e adattarsi a nuovi schemi e procedure. Per questo motivo, non era credibile che il nuovo approccio dell'ICD-11, lanciato ufficialmente nel 2022 per la traduzione e l'implementazione nei Paesi membri dell'OMS, potesse essere accolto senza resistenze. A causa di queste circostanze, riteniamo che la transizione alla classificazione ICD-11 dei Disturbi di Personalità richieda una preparazione adeguata e un aggiornamento professionale in ambito clinico. Per questo motivo, abbiamo deciso di scrivere questo volume introduttivo, rivolto agli operatori clinici, nonché a studenti e studiosi interessati.

La stesura del presente libro ha certamente beneficiato della collaborazione con colleghi come Michael B. First, Geoffrey M. Reed, W. John Livesley, Christopher J. Hopwood, Jared W. Keeley, Robert F. Krueger, Anthony Bateman, Joost Hutsebaut, Giancarlo Dimaggio, Lois W. Choi-Kain, Donna S. Bender, Peter Tyrer, Carla Sharp, Steven K. Huprich, Lee Anna Clark e infine – ma non certo per importanza – Martin Sellbom e Roger Mulder. Ringraziamo anche la European Society for the Study of Personality Disorders, la International Society for the Study of Personality Disorders, il British and Irish Group for the Study of Personality Disorders e il Royal College of Psychiatrists per l'organizzazione di dibattiti, workshop e lezioni sulla classificazione ICD-11 dei Disturbi di Personalità. In particolare, desideriamo esprimere la nostra gratitudine a Sabine Herpertz, Giles Newton-Howes, Oliver Dale, Andrew M. Chanen, Babette Renneberg, Tennyson Lee, Ueli Kramer e Michaela Swales.

Infine, un ringraziamento speciale va a Erik Simonsen, che ha aperto la strada alle nostre carriere nel campo della ricerca e della pratica clinica sui Disturbi di Personalità. In questa prospettiva, desideriamo riconoscere le nostre istituzioni di appartenenza: l'Ospedale psichiatrico Slagelse (Sjælland), lo Psykoterapeutisk Center Stolpegård di Gentofte (Copenaghen) e l'Institute for Personality Theory and Psychopathology di Roskilde.

Bo Bach e Sebastian Simonsen
agosto 2024

Prefazione all'edizione italiana

Luigi Abbate

Per quasi mezzo secolo la psichiatria è stata fortemente condizionata dal *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, noto a tutti come DSM. Espressione dell'American Psychiatric Association, il DSM-III si impose, non senza critiche, con l'obiettivo di offrire una cornice nosografica condivisa e criteri verificabili.

Sul versante opposto, l'*International Classification of Diseases* (ICD), strumento dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, era usato soprattutto per fini epidemiologici e amministrativi. Garantiva uniformità nelle statistiche di mortalità e morbilità, forniva un linguaggio comune ai sistemi sanitari ed era impiegato nei servizi pubblici che necessitavano di sigle internazionalmente riconosciute.

I due strumenti trovarono una reale armonia solo con l'ICD-8 e il DSM-II, quasi identici grazie alla stretta collaborazione tra le organizzazioni promotrici (First et al., 2021). Da allora, le loro strade – pur mantenendo un'apparenza di parallelismo – si sono progressivamente allontanate. Ciò che rimase parallelo furono solo le date di pubblicazione, come se l'uno insegnasse l'altro senza incontrarlo mai davvero.

Nel tempo il DSM ha assunto una funzione clinica sempre più marcata, tanto da essere percepito come “un vero e proprio libro di clinica psichiatrica” (First et al., 2021). Le classificazioni psichiatriche, da Kraepelin in poi, hanno privilegiato un'ottica categoriale e “top-down”. La psichiatria, come branca della medicina, ha inteso tradizionalmente le malattie come entità categoriali.

Le edizioni del DSM – dal DSM-III al DSM-5 (2013) – e quelle dell'ICD si basavano su sistemi categoriali. L'assunto era che i singoli disturbi fossero reciprocamente esclusivi (Kraepelin, 1919). Questo modello ha avuto indubbi vantaggi: ha favorito la comunicazione tra clinici di diversa formazione, ha fornito descrizioni agevoli delle entità diagnostiche e ha contribuito a costruire una letteratura ampia e coerente.

I limiti, però, sono diventati presto evidenti. La comorbidità risultava molto elevata. Il riferimento al modello medico non sempre rifletteva la psicopatologia. La rilevanza clinica era ridotta: pazienti con la stessa diagnosi risultavano eterogenei, per sintomi e per funzionamento. Tutto ciò ha alimentato una vera e propria crisi di fiducia nella nosografia psichiatrica (Zachar e Kendler, 2017).

Diversi studi (Caspi et al., 2014) e contributi teorici (Kendler, Zachar e Craver, 2011; Zachar e Kendler, 2017) hanno messo in discussione la validità della struttura

categoriale. Negli ultimi quindici anni si è progressivamente preparato un vero cambio di paradigma.

L'approdo ai modelli dimensionali è stato il risultato sia della necessità di superare i limiti del categoriale sia di decenni di ricerche sulla psicopatologia infantile e adulta. La ricerca quantitativa – con strumenti come l'analisi fattoriale – fu applicata dapprima agli studi sul funzionamento in età evolutiva. Si osservò che la maggior parte dei disturbi psichiatrici poteva essere ricondotta a grandi dimensioni o “spettri”. Successivamente si scoprì che questi spettri potevano essere organizzati in una gerarchia. Ciò aprì la strada a modelli dimensionali capaci di confrontare le caratteristiche di un paziente con quelle di altre persone con problemi analoghi.

Anche gli studi sulla popolazione adulta confermarono risultati simili. I disturbi psichici si distribuivano lungo grandi dimensioni: l'internalizzante (predisposizione a disturbi dell'umore e d'ansia), l'esternalizzante (condotte impulsive, antisocialità, abuso di sostanze) e una terza dimensione legata al disturbo del pensiero.

A differenza dei modelli categoriali, i modelli dimensionali nascono da un processo “bottom-up”:

- a. si individuano, su ampi campioni, gli elementi costitutivi della psicopatologia;
- b. si aggregano segni e sintomi in componenti omogenee, da cui derivano sindromi empiriche;
- c. si organizzano le sindromi in fattori di ordine superiore, i cosiddetti spettri.

L'obiettivo è individuare dimensioni sovraordinate, via via più generali, che descrivano la struttura della psicopatologia attraverso livelli disposti a cascata: i più alti sono i più generali, quelli inferiori sempre più specifici (Kotov et al., 2017).

Su queste basi nasce lo *Hierarchical Taxonomy of Psychopathology* (HiTOP). Tra i modelli dimensionali, lo HiTOP identifica sei grandi domini psicopatologici: somatoforme, internalizzante, disturbo del pensiero, esternalizzante disinibito, esternalizzante antagonista e distacco, ciascuno articolato in sottofattori e sintomi specifici (Kotov, Krueger e Watson, 2018). Pur rappresentando ancora un *work in progress*, esso costituisce uno dei tentativi più sistematici e convincenti di riorganizzare la psicopatologia secondo una prospettiva empirica e dimensionale. Tuttavia, se modelli come l'HiTOP si collocano prevalentemente sul piano teorico e della ricerca, l'applicazione clinica ha trovato un terreno di maggiore immediatezza nell'ambito dei Disturbi di Personalità. Proprio in quest'area, infatti, i limiti del sistema categoriale risultavano particolarmente stringenti, ed è qui che l'ICD-11 ha introdotto la svolta dimensionale, mantenendo invece una struttura categoriale per la restante parte della classificazione.

Nella pratica clinica i limiti del categoriale erano evidenti. I pazienti reali non corrispondono a categorie nette. La comorbidità è la regola. I Disturbi di Personalità si presentano come costellazioni di tratti che attraversano le diagnosi. Da qui un cambiamento di paradigma ormai sempre più palese.

Il DSM-5, pur mantenendo un impianto categoriale, ha riconosciuto questa difficoltà. Ha inserito nella Sezione III un modello alternativo dimensionale (AMPD), rimasto però confinato a uno spazio opzionale e non vincolante.

Il vero colpo di scena è arrivato con l'ICD-11. Il nuovo modello dei Disturbi di Personalità abbandona del tutto le categorie e propone un approccio dimensionale,

semplice nella struttura ma potente nelle implicazioni. In quest'ottica, il Disturbo di Personalità c'è o non c'è; se c'è, si valuta la gravità (lieve, moderata, grave) e si specificano – attraverso i domini di tratto – le caratteristiche maladattive predominanti (Affettività Negativa, Distacco, Dissocialità, Disinibizione, Anancastia).

L'interesse per l'approccio dimensionale nasce da due spinte convergenti. Da un lato la ricerca empirica, che mostra come i Disturbi di Personalità non siano entità discrete ma tratti distribuiti lungo un continuum (Bach et al., 2020). Dall'altro la clinica, che da sempre richiede un linguaggio capace di cogliere vulnerabilità e risorse, non solo etichette.

Bach e Simonsen, in questo volume pensato come guida completa e vademecum clinico, ricordano che i Disturbi di Personalità categoriali sono assortimenti eterogenei di tratti, difficili da trattare come blocchi unitari. Al contrario, i tratti sono i veri “mattoni” della psicopatologia: i terapeuti dovrebbero lavorare su problemi specifici, non su diagnosi astratte.

Pensare in termini di tratti non è un esercizio accademico, ma una risorsa clinica. Un paziente con elevata Affettività Negativa non ha bisogno dell'etichetta “borderline”, ma di un riconoscimento e trattamento della sua labilità emozionale. Un paziente con alta Disinibizione non trae beneficio dall'essere definito “antisociale”, ma da un lavoro sulla gestione degli impulsi. Una persona con marcata Anancastia non chiede di essere chiamata “ossessiva”, ma di ricevere aiuto nel tollerare flessibilità e incertezza.

La ricerca dimostra che i tratti predicano esiti di vita e risposta al trattamento più delle categorie. In altre parole: il modello dimensionale non solo descrive meglio, ma cura meglio.

Per gli psicologi questo passaggio non è nuovo. La psicodiagnostica ha da sempre ragionato in ottica dimensionale. Il MMPI, con il passaggio al MMPI-3, ha abbandonato la logica categoriale. Il PAI, nella versione Plus, descrive profili dimensionali traducendo i domini del modello alternativo. Il DSM-5 AMPD, con il PID-5, e l'ICD-11, con il PiCD, consentono entrambi la valutazione dei tratti. Lo SPECTRA funziona interamente in chiave dimensionale.

I self-report sono strumenti preziosi, ma non bastano: rappresentano la voce del paziente, soggetta a bias e distorsioni. Come hanno scritto Huprich, Bornstein e Schmitt (2011), ridurre la valutazione a una sola misura soggettiva significa sacrificare la complessità. La buona pratica clinica richiede un approccio multimetodo: self-report, interviste strutturate (SCID-5-AMPD, interviste ICD-11), informatori esterni, osservazioni cliniche e strumenti performance-based come il *Rorschach Comprehensive System*. Solo questa integrazione restituisce davvero la complessità del funzionamento della persona.

Nei nostri report clinici non ci limitiamo a etichette. Parliamo di intensità, tendenze, risorse e vulnerabilità. Come hanno osservato Abbate e Andraos (2019), “il lavoro di chi redige relazioni psicodiagnostiche è, da sempre, un esercizio di traduzione dimensionale”.

L'ICD-11 non va letta come un'eccezione isolata, ma come l'espressione di una convergenza più ampia. Tradizioni teoriche differenti hanno infatti colto, da angolature diverse, la necessità di superare le rigidità del modello categoriale: dal PDM-2 (Lingiardi e McWilliams, 2017; tr. it. 2018), con la sua diagnosi narrativa e dimensionale, fino al

più recente PDM-3 (Lingiardi e McWilliams, 2025) che rafforza e rende più esplicita questa prospettiva, così come il già citato HiTOP. In questo senso, l'ICD-11 non segna una discontinuità con il passato, ma intercetta e organizza una domanda condivisa: tornare a parlare di persone, prima che di etichette.

Il volume che il lettore ha tra le mani si pone, nella sua essenzialità, come una vera guida completa. Non si limita a illustrare criteri, ma mostra come tradurre il cambiamento nella pratica clinica: come riconoscere la gravità, come leggere i tratti, come trasformare una classificazione in una bussola per la comprensione e la cura.

In un tempo in cui la distanza tra classificazione e clinica sembrava irriducibile, l'ICD-11 cambia le carte in tavola. Diventa uno strumento che non solo codifica, ma aiuta a comprendere, comunicare e trattare. È un linguaggio comune che unisce ricerca e pratica, nosografia e psicodiagnostica, criteri internazionali e lavoro clinico quotidiano.

Questa attenzione al funzionamento della personalità e alle risorse non è distante dall'idea di virtù umane fondamentali. Per rendere più immediato il senso di questa prospettiva, Bach ricorre anche a immagini letterarie e metaforiche:

Le virtù umane classiche come l'umiltà, il coraggio, la pazienza, la cordialità e la generosità sono state descritte in modo perspicace da Aristotele (350 a.C. circa) e successivamente elaborate poeticamente da Dante (1321 circa). Tali capacità sembrano paragonabili alle caratteristiche del modello ICD-11 di funzionamento della personalità, inclusi aspetti quali l'autostima, l'autodeterminazione e la reciprocità. Nel romanzo di Tolkien *Il Signore degli Anelli*, Frodo probabilmente non avrebbe mai raggiunto il Monte Fato senza un certo senso di identità, una capacità di autodeterminazione e la sua abilità di mantenere un'amicizia reciproca con Sam, anche se Frodo lotta con queste importanti capacità durante il suo viaggio, come farebbe la maggior parte delle persone sotto tale stress e pressione. Come esseri umani, stiamo tutti navigando insieme nel viaggio della vita e nelle sue difficoltà. Siamo tutti sulla stessa barca in un mare in tempesta. In questo viaggio soffriamo tutti il mal di mare, metaforicamente parlando, e alcuni di noi più di altri. Allo stesso modo, ricerche condotte nel Regno Unito e in Danimarca indicano chiaramente che la maggior parte di noi presenta un certo grado di disfunzione della personalità, alcuni più di altri (Bach, 2025, p. vii).

Per questo crediamo che l'ICD-11 – e questo libro che lo racconta e lo interpreta – segni una nuova fase: una classificazione che non descrive soltanto, ma accompagna; che non riduce, ma amplia; che non irrigidisce, ma sostiene. Un passo avanti, finalmente, verso un linguaggio che tiene insieme scienza e clinica, descrizione e cura.

Luigi Abbate
febbraio 2026

Riferimenti bibliografici

- Abbate, L. e Andraos M.P. (2019) *Scrivere la relazione psicodiagnostica. Dal test alla stesura del report in psicologia clinica e forense*. Milano: Raffaello Cortina.
- Bach, B., Kerber, A., Aluja, A., Bastiaens, T., ... e Zimmermann, J. (2020). International assessment of DSM-5 and ICD-11 personality disorder traits: Toward a common nosology in DSM-5.1. *Psychopathology*, 53, 179-188. doi: 10.1159/000507589.
- Bach, B. (2025). Preface. In B. Bach (a cura di), *ICD-11 personality disorders: Assessment and treatment* (pp. v-x). Oxford: Oxford University Press.
- Caspi, A., Houts, R.M., Belsky, D.W., Goldman-Mellor, S.J., ... e Moffitt, T.E. (2014) The p Factor: One general psychopathology factor in the structure of psychiatric disorders? *Clinical Psychological Science*, 2(2):119-137. doi:10.1177/2167702613497473.
- First, M.B., Gaebel, W., Maj, M., Stein, D.J., ... e Reed, G.M. (2021) An organization- and category-level comparison of diagnostic requirements for mental disorders in ICD-11 and DSM-5. *World Psychiatry*, 20(1), 34-51. doi: 10.1002/wps.20825.
- Huprich, S.K., Bornstein, R.F. e Schmitt, T.A. (2011) Self-report methodology is insufficient for improving the assessment and classification of Axis II personality disorders. *Journal of Personality Disorder*, 25, 557-570. doi: 10.1521/pedi.2011.25.5.557.
- Kendler, K.S., Zachar, P. e Craver, C. (2011). What kinds of things are psychiatric disorders? *Psychological Medicine*, 41(6), 1143-1150. doi: 10.1017/S0033291710001844
- Kotov, R., Krueger, R.F. e Watson, D. (2018). A paradigm shift in psychiatric classification: The Hierarchical Taxonomy Of Psychopathology (HiTOP). *World Psychiatry*, 17(1), 24-25. doi: 10.1002/wps.20478
- Lingiardi, V. e McWilliams, N. (a cura di) (2017). *Psychodynamic diagnostic manual: PDM-2*. Guilford Press. Trad. it.: *PDM-3. Manuale diagnostico psicodinamico*, Raffaello Cortina, Milano, 2018.
- Lingiardi, V. e McWilliams, N. (a cura di) (2025). *PDM-3. Manuale diagnostico psicodinamico*. Milano: Raffaello Cortina.
- Zachar, P. e Kendler, K.S. (2017). The philosophy of nosology. *Annual Review of Clinical Psychology*, 13, 49-71. doi: 10.1146/annurev-clinpsy-032816-045020

1

Contesto

Con l'introduzione da parte dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (2024; tr. it. 2025) delle *Clinical descriptions and diagnostic requirements for ICD-11 mental, behavioural and neurodevelopmental disorders* si è verificato un cambiamento di paradigma nel modo di comprendere e diagnosticare i Disturbi di Personalità. In questo capitolo introduttivo, descriveremo i cambiamenti più importanti e il loro fondamento clinico e scientifico come punto di partenza per i restanti capitoli del libro.

1.1. Scopo di questo libro

Si può affermare che la classificazione dei Disturbi di Personalità dell'ICD-11 introduca cambiamenti significativi che richiedono una riqualificazione profonda dei professionisti e una ristrutturazione complessiva della pratica clinica. Nel tentativo di sostenere questo impegnativo processo, abbiamo scelto di scrivere un libro che speriamo possa risultare realmente utile ai clinici.

Raccomandiamo ai lettori di utilizzare il volume come una guida da consultare secondo necessità, senza l'obbligo di una lettura sequenziale dall'inizio alla fine. Ad esempio, si può iniziare dal par. 2.1 "Corso intensivo sull'uso clinico del funzionamento della personalità e dei domini di tratto", per comprendere il razionale clinico alla base della nuova classificazione. Lo stesso capitolo fornisce anche ampie indicazioni per la diagnosi differenziale, preziose nella pratica quotidiana.

È consigliabile poi familiarizzare con le diverse capacità e manifestazioni di personalità illustrate nel capitolo 3, che costituiscono la base per la valutazione e la descrizione del livello di gravità trattata nel capitolo 4. Il capitolo 5 offre invece una panoramica dei cinque domini di tratto che delineano lo stile e l'espressione del Disturbo di Personalità del paziente.

Infine, quando si valutano le opzioni di trattamento, può essere utile fare riferimento al capitolo 6, dove sono proposti suggerimenti specifici in base al livello di gravità e alle diverse combinazioni dei tratti.

Nell'appendice abbiamo incluso alcune informazioni aggiuntive che riteniamo

interessanti (“bello da sapere”), ma non essenziali (“necessario da sapere”) per iniziare a utilizzare la nuova classificazione.

Come chiarimento generale per i lettori, tendiamo a utilizzare in modo intercambiabile termini come “disfunzione di personalità”, “Difficoltà di Personalità” e “Disturbi di Personalità”. Questi non rappresentano entità diagnostiche vere e proprie, ma si riferiscono più in generale al funzionamento della personalità umana.

La classificazione ufficiale dell'ICD-11 adotta invece una terminologia esplicita ed esclusiva, parlando di “Difficoltà di Personalità”, “Disturbo di Personalità Lieve”, “Disturbo di Personalità Moderato” e “Disturbo di Personalità Grave”, insieme ai cinque descrittori di tratto (Affettività Negativa, Distacco, Dissocialità, Disinibizione e Anancastia) e al descrittore del modello borderline.

1.2. Breve introduzione al Disturbo di Personalità nell'ICD-11

Con l'ICD-11, il Disturbo di Personalità è descritto e diagnosticato sulla base di ciò che significa essere una persona dal punto di vista psicologico, e in particolare di cosa comporti confrontarsi con problematiche di personalità (Bender, 2019; Sharp e Wall, 2021; Tyrer et al., 2019). In sintesi, l'ICD-11 orienta la diagnosi di Difficoltà di Personalità e Disturbo di Personalità a partire da una compromissione generale degli aspetti di sé e del funzionamento interpersonale, in associazione a manifestazioni emozionali, cognitive e comportamentali, nonché a un funzionamento psicosociale globale alterato e a vissuti di disagio.

Una volta riscontrati questi elementi generali nel paziente, la diagnosi può essere articolata secondo il livello di gravità (Lieve, Moderato, Grave), oppure come Difficoltà di Personalità, quando la compromissione è sub-diagnostica. Alla classificazione per gravità può essere aggiunta la descrizione di uno o più descrittori di tratto (Affettività Negativa, Distacco, Dissocialità, Disinibizione e Anancastia), per evidenziare lo stile individuale del funzionamento disfunzionale. Inoltre, è possibile specificare anche un codice per il Pattern Borderline, qualora ciò possa influire sul trattamento del paziente.

Come illustrato nella tabella 1.1, solo il primo gruppo di codici ICD-11 – ovvero quelli relativi ai livelli di gravità – viene generalmente utilizzato come diagnosi primaria, mentre i descrittori di tratto e il modello borderline rappresentano codici aggiuntivi a scopo informativo. Nella precedente classificazione dell'*International Statistical Classification of Diseases* (ICD-10; Organizzazione Mondiale della Sanità, 1992), i clinici utilizzavano dieci diversi tipi diagnostici di Disturbo di Personalità, che risultavano, di fatto, equivalenti in termini di gravità. Era inoltre noto come più disturbi potessero coesistere nello stesso paziente (co-occorrenza). Con l'ICD-11, invece, l'attenzione si è spostata sulla valutazione dimensionale della gravità complessiva, mentre lo stile personologico è descritto attraverso i descrittori di tratto (si vedano gli esempi riportati nell'appendice B). Per un approfondimento applicativo, si rimanda al par. 2.1.

Tabella 1.1. Classificazione del Disturbo di Personalità nell'ICD-10 e nell'ICD-11

ICD-10	ICD-11
Categorie	Disturbo di Personalità
60.0 Paranoide	10.Z Gravità Non Specificata
60.1 Schizoide	Livello di gravità
60.2 Dissociale	50.7 Difficoltà di Personalità (sub-diagnostico)
60.3 Emozionalmente instabile (borderline)	10.0 Disturbo di Personalità Lieve
60.4 Istrionico	10.1 Disturbo di Personalità Moderato
60.5 Anancastico	10.2 Disturbo di Personalità Grave
60.6 Ansioso (evitante)	Specificatori
60.7 Dipendente	11.0 Affettività Negativa
60.8 Altri tipi specifici	11.1 Distacco
60.9 Non specificato	11.2 Dissocialità
61.0 Tipi misti	11.3 Disinibizione
Z73.1 Accentuazione dei tratti di personalità (sub-diagnostico)	11.4 Anancastia
	11.5 Pattern Borderline

1.3. La creazione di una nuova classificazione

L'attuale classificazione ufficiale dell'ICD-11 dei Disturbi di Personalità è stata sviluppata attraverso un processo lungo e complesso, guidato da un gruppo di lavoro internazionale nominato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità. Il gruppo è stato costituito in modo ampio, con l'obiettivo di garantire una pluralità di competenze e una rappresentanza geografica diversificata (Tyrer, 2005; Tyrer et al., 2019; Tyrer, Crawford e Mulder, 2011).

Il gruppo di lavoro originario includeva Peter Tyrer e Mike Crawford (psichiatri) dal Regno Unito; Roger Mulder (psichiatra) dalla Nuova Zelanda; Roger Blashfield e Lee Anna Clark (psicologi) dagli Stati Uniti; Alireza Farnam (psichiatra) dall'Iran; Andrea Fossati (psicologo) dall'Italia; Michaela Swales (psicologa) dal Galles; Dusica Lecic-Tosevski (psichiatra) dalla Serbia; David Ndeti (psichiatra) dal Kenya; e Nestor Koldobsky (psichiatra) dall'Argentina.

Fin dalla sua pubblicazione, oltre trent'anni fa, l'ICD-10 (il "libro blu") ha riconosciuto esplicitamente i problemi scientifici e pratici legati alla classificazione dei Disturbi di Personalità, sottolineando la necessità di un cambiamento: "È richiesto un nuovo approccio alla descrizione dei Disturbi di Personalità" (Organizzazione Mondiale della Sanità, 1992, p. 20). Tali criticità sono state ampiamente confermate anche dalla letteratura scientifica, che ha mostrato un consenso diffuso sulla presenza dei problemi, ma una minore concordanza su come affrontarli in modo specifico (cfr. Clark, 2007; Ekselius et al., 1993; Frances, 1980; Kiesler, 1986; Skodol et al., 2013; Tyrer e Alexander, 1979; Tyrer e Johnson, 1996; Widiger e Trull, 2007).

È qui che interviene il gruppo di lavoro dell'ICD-11 dell'OMS. Sulla base di un'ampia revisione della letteratura, il gruppo ha concluso che il nucleo dei disturbi

di personalità risiede nel funzionamento di base della personalità, che può variare da un funzionamento sano fino a forme di disfunzione grave (Crawford et al., 2011). A partire da questo modello iniziale, il Disturbo di Personalità è stato definito principalmente in termini di grado di disfunzione interpersonale, ovvero per quanto riguarda l'impatto sui ruoli sociali e sulle funzioni occupazionali, la qualità del "contatto" con il paziente e i comportamenti relazionali a rischio (Tyrer, Crawford, Mulder et al., 2011). Le caratteristiche stilistiche, invece, possono essere descritte tramite cinque domini di tratto, ampiamente compatibili con il modello dei Big Five (Mulder et al., 2011; Widiger e Simonsen, 2005). La prima proposta per la classificazione del Disturbo di Personalità nell'ICD-11 è stata commentata da numerosi ricercatori ed esperti clinici internazionali (Davidson, 2011). Molti hanno espresso preoccupazione per la perdita di conoscenze importanti contenute nelle categorie tradizionali dei Disturbi di Personalità, in particolare per quanto riguarda la diagnosi di Disturbo Borderline di Personalità. Altri hanno invece sottolineato i problemi legati al passaggio a un sistema privo, a priori, di prove di una maggiore utilità clinica (Bateman, 2011). Oltre alle discussioni sulle riviste e ai dibattiti congressuali, l'OMS ha raccolto feedback anche dai membri internazionali della World Psychiatric Association e della International Union of Psychological Science. Parallelamente, i pilastri della bozza sono stati esaminati in una serie di studi (Kim et al., 2014, 2015, 2016; Mulder et al., 2016; Tyrer et al., 2014).

Ma le preoccupazioni e le obiezioni continuarono. Nel dicembre 2016, i rappresentanti della European Society for the Study of Personality Disorders inviarono una lettera a Geoffrey M. Reed, responsabile del capitolo sui disturbi mentali dell'ICD-11. In quella lettera la società esprimeva preoccupazione per la proposta allora in discussione e ne chiedeva il rigetto da parte dell'OMS. Una versione rielaborata della lettera fu successivamente pubblicata da un gruppo di ricercatori ed esperti clinici appartenenti alla European Society for the Study of Personality Disorders, alla North American Society for the Study of Personality Disorders e alla International Society for the Study of Personality Disorders (Herpertz et al., 2017). Una parte significativa del problema consisteva nel fatto che la precedente proposta escludeva del tutto la diagnosi di Disturbo Borderline di Personalità dalla classificazione, suscitando timori che il nuovo modello potesse comportare la perdita di conoscenze preziose radicate nelle categorie tradizionali. Inoltre, si sosteneva che i pazienti con diagnosi di Disturbo Borderline rischiavano di non ricevere trattamenti basati sull'evidenza e di perdere fiducia nei servizi se la loro diagnosi non fosse più inclusa nella classificazione. Sulla base di successivi incontri svoltisi a Heidelberg nel 2017, cui parteciparono rappresentanti del gruppo di lavoro dell'OMS insieme a esponenti della International Society for the Study of Personality Disorders, della European Society for the Study of Personality Disorders e della North American Society for the Study of Personality Disorders, fu deciso di modificare la classificazione ICD-11 per affrontare aspetti rilevanti delle critiche. In primo luogo, venne introdotta l'opzione di codificare un Pattern Borderline come specificatore opzionale, utilizzabile soltanto dopo avere diagnosticato e codificato gravità e domini di tratto. Un altro cambiamento significativo riguardò le caratteristiche diagnostiche del Pattern Borderline, che non coincidevano più con quelle note dall'ICD-10 (Disturbo di Personalità emotivamente instabile, tipo borderline), ma consistevano in una lieve revisione dei criteri riportati nella quinta edizione

del *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali* (DSM-5; American Psychiatric Association, 2013; tr. it. 2014). Oltre all'inclusione del Pattern Borderline, il gruppo di lavoro decise anche che il modello ICD-11 dovesse includere una descrizione più esaustiva del funzionamento del sé, al pari del funzionamento interpersonale, che in precedenza era stato l'obiettivo principale (Huprich, 2020; Huprich et al., 2018; Reed, 2018).

Può essere importante tenere presente che, se si legge la letteratura empirica sui Disturbi di Personalità dell'ICD-11 pubblicata prima del 2017, i risultati potrebbero basarsi su precedenti proposte di classificazione e risultare pertanto superati rispetto all'attuale versione ufficiale.

Al momento in cui scriviamo, si registra una crescente accettazione internazionale e un interesse sempre più diffuso per il nuovo approccio dell'ICD-11 (Chanen et al., 2022; Prevolnik Rupel et al., 2021; Sharp e Oldham, 2023; Widiger, Hines e Crego, 2024). Si prevede che i Paesi europei saranno tra i primi ad adottare il sistema (Bach et al., 2022).

1.4. Abbandonare le categorie tradizionali

In passato i Disturbi di Personalità erano classificati sulla base di categorie di tipi distinti (ad es., evitante, borderline, dipendente); ora occorre abituarsi a una classificazione fondata sui livelli di gravità (Lieve, Moderato, Grave). Questo continuum, dal Lieve al Grave, è definito anche *approccio dimensionale*, in quanto rappresenta una dimensione di gravità. A differenza dell'ICD-10 e del DSM-5, che si concentrano sul "conteggio dei criteri" per ciascun tipo di Disturbo di Personalità (cioè l'approccio politetico), l'ICD-11 pone l'accento sui requisiti diagnostici generali e sulle caratteristiche del Disturbo di Personalità (cfr. tab. 1.1).

Questo cambiamento va interpretato alla luce del fatto che l'OMS, sulla base di trent'anni di ricerca, ha cercato di superare le diagnosi basate su criteri, nelle quali la definizione diagnostica avviene in modo piuttosto rigido in funzione di un determinato numero di criteri soddisfatti, con una soglia fissa ma solo apparentemente accurata. Ad esempio, i criteri diagnostici dell'ICD-10 per F60.5 Disturbo Anancastico di Personalità consentono che due persone soddisfino i criteri per la diagnosi senza condividere nemmeno un sintomo. Nella pratica clinica, due persone possono infatti sperimentare il disturbo in modo molto diverso, a seconda della composizione individuale dei criteri soddisfatti (ad es., dubbio e cautela in un caso, rigidità e testardaggine in un altro). Questo è uno dei motivi per cui le descrizioni diagnostiche dell'ICD-11 non sono formulate in termini così definitivi o rigidi, ma possono essere applicate con flessibilità, per rispecchiare più fedelmente la varietà della realtà clinica.

Comprendere una diagnosi come distinta da altre diagnosi è particolarmente rilevante per le condizioni mediche. Una frattura a una gamba è diversa dall'appendicite, una malattia cardiaca è diversa da una malattia renale, e i trattamenti per queste patologie differiscono spesso in modo sostanziale (ad es., chirurgia o terapia farmacologica).

La diagnosi dei disturbi mentali non descrive malattie o sindromi ben definite, caratterizzate da una chiara separazione tra causa (ad es., un'infezione virale) e sintomi (ad es., tosse). Le conoscenze sulle cause esatte dei disturbi mentali, compresi i Disturbi di Personalità, sono ancora molto limitate; per questo non è semplice distinguere con precisione causa e sintomo. L'origine multifattoriale dei disturbi mentali implica che un determinato fattore di rischio (ad es., un evento avverso specifico) possa condurre a disturbi differenti o a nessun disturbo (multifinalità), e che fattori di rischio diversi possano condurre allo stesso disturbo (equifinalità).

In altre parole, non è possibile collegare in modo affidabile una diagnosi a cause specifiche (ad es., un trauma) o a interventi risolutivi altrettanto specifici (ad es., una terapia). Questo limite è ampiamente riconosciuto nella classificazione dei disturbi mentali in generale, ma risulta verosimilmente ancora più marcato nel caso dei Disturbi di Personalità (Kendler, Zachar e Craver, 2011).

Fino all'introduzione dell'ICD-11, la diagnosi di Disturbo di Personalità si basava su un approccio categoriale, con un totale di otto tipi specifici, oltre alla possibilità di formulare la diagnosi di "altro disturbo di personalità specificato" (ad es., narcisistico o passivo-aggressivo) o di un tipo non specificato o misto. Come già accennato, negli ultimi 30-40 anni la ricerca ha documentato importanti criticità nella classificazione categoriale dei Disturbi di Personalità (Frances, 1980; Skodol, 2014; Widiger e Trull, 2007), che riassumiamo brevemente nelle quattro sezioni seguenti.

1.4.1. Eccessiva sovrapposizione diagnostica

Quando i pazienti sono sottoposti a uno screening sistematico per i Disturbi di Personalità secondo l'ICD-10, il quadro più comune è che soddisfino i criteri per due o più Disturbi di Personalità contemporaneamente. In particolare, la diagnosi di Disturbo Borderline di Personalità co-occorre con quasi tutti gli altri tipi di Disturbo di Personalità (Karterud et al., 2003). Questo suggerisce l'esistenza di una serie di caratteristiche o problemi trasversali alle diverse diagnosi.

L'ICD-11 non prevede la co-occorrenza tra differenti diagnosi di Disturbo di Personalità, poiché non è possibile presentare due diversi livelli di gravità nello stesso momento (ad es., un Disturbo di Personalità Lieve e uno Grave contemporaneamente). Il presupposto di partenza è quindi che le persone con Disturbo di Personalità affrontino un insieme di problemi generali comuni (ad es., autostima, difficoltà relazionali e regolazione delle emozioni), e che la loro varietà e sovrapposizione non siano intese come ciò che tradizionalmente è stato definito co-occorrenza o "comorbidità", ma piuttosto come espressione di diversi gradi e manifestazioni di uno stesso disturbo fondamentale.

1.4.2. Eterogeneità all'interno delle categorie diagnostiche

Poiché i Disturbi di Personalità nell'ICD-10 e nel DSM-5 sono definiti da un certo numero di criteri e da una soglia prestabilita sul numero di criteri che devono essere soddisfatti, essi possono combinarsi in centinaia di modi. Di conseguenza, individui con la stessa diagnosi possono risultare molto diversi tra loro, il che può creare difficoltà sia nell'individuare un modello di trattamento chiaro, sia nell'identificare specifiche

relazioni causali. In pratica, due persone possono soddisfare i criteri diagnostici per un Disturbo Anancastico di Personalità senza condividere nemmeno un sintomo.

Con l'ICD-11 è possibile descrivere questa eterogeneità in modo più sistematico, sia in termini di gravità complessiva sia di espressioni specifiche dei tratti. Ad esempio, vi sarà una differenza significativa tra una persona caratterizzata dalla sola Affettività Negativa e una persona che presenta tratti rilevanti sia di Affettività Negativa sia di Disinibizione (cfr. capitoli 5 e 6).

1.4.3. Soglie diagnostiche pseudoaccurate

L'approccio diagnostico dell'ICD-10 e del DSM-5 prevede un numero definito di criteri che devono essere soddisfatti per formulare una diagnosi (ad es., quattro criteri su sette per il Disturbo Evitante di Personalità). Tuttavia, un problema centrale è che tali soglie, in generale, non sono state determinate empiricamente o poggiano su basi scientifiche discutibili. Ciò implica che non vi sia una differenza significativa tra persone che soddisfano quattro criteri e persone che ne soddisfano cinque per il Disturbo Borderline di Personalità.

Oltre ai problemi legati alla soglia arbitraria, è evidente che l'impostazione categoriale – in cui un determinato fenomeno è considerato presente o assente – comporta una perdita sostanziale di informazioni. Ad esempio, si perdono numerosi dati clinici sotto-soglia quando le informazioni sono ridotte alla dicotomia “disturbato” o “sano”.

Con l'ICD-11, il clinico stabilisce se il funzionamento della personalità è compromesso in misura lieve, moderata o grave e può anche specificare la presenza di una Difficoltà di Personalità al di sotto della soglia diagnostica. Questa valutazione non si basa su un numero fisso di criteri, ma su un giudizio globale, che può essere concepito come un “processo di confronto”, in cui il clinico mette in relazione le descrizioni fenomenologiche con le caratteristiche e gli esempi diagnostici corrispondenti ai livelli Lieve, Moderato e Grave di Disturbo di Personalità.

Questo processo diagnostico ha quindi più punti in comune con un'identificazione olistica, assimilabile a una “Gestalt” o a un “prototipo”. Qualsiasi altro approccio, in questo contesto, sarebbe considerato pseudoaccurato: qualcosa che appare preciso in superficie, ma che in realtà copre un ampio spettro di variabilità. È interessante notare che la ricerca indica che una diagnosi basata su un continuum di gravità, piuttosto che su una diagnosi categoriale dei Disturbi di Personalità, genera meno stigma sociale (Stricker et al., 2024).

1.4.4. Diagnosi non specificata e sottodiagnosi dei Disturbi di Personalità

Diversi studi hanno dimostrato che il Disturbo di Personalità Non Specificato è la diagnosi più comune dopo il Disturbo Borderline di Personalità e il Disturbo Antisociale di Personalità (Pedersen e Simonsen, 2014; Tyrer et al., 2019). Questa diagnosi è intrinsecamente inadeguata, poiché si limita a indicare che qualcosa non va senza precisare il grado o la natura del problema. Può comportare un rischio significativo di stigmatizzazione e offre scarso orientamento sia al clinico sia alla persona cui è attribuita.

Con l'ICD-11 è ancora possibile formulare una diagnosi di Disturbo di Personalità senza specificarne la gravità. In tal caso, tuttavia, è comunque necessario confermare che siano soddisfatti i requisiti diagnostici generali (cfr. capitolo 2).

In molti Paesi, i limiti della diagnosi categoriale di Disturbo di Personalità – tra cui l'impossibilità di graduare e specificare la diagnosi – hanno determinato una tendenza alla sottodiagnosi sia della Difficoltà di Personalità sia dei Disturbi di Personalità, con una frequenza di attribuzione in progressiva diminuzione. Ad esempio, nei servizi di salute mentale danesi la diagnosi è formulata per circa il 10-12% dei pazienti (Pedersen e Simonsen, 2014), mentre la ricerca internazionale indica che la condizione è presente in oltre la metà dei pazienti psichiatrici (Alnæs e Torgersen, 1988; Beckwith, Moran e Reilly 2014).

Questa discrepanza può essere considerata particolarmente problematica rispetto all'obiettivo di garantire un trattamento adeguato e personalizzato.

1.5. Focus sull'utilità clinica

Un importante obiettivo generale dell'ICD-11 è stato quello di incrementare l'utilità clinica della classificazione (Reed, 2010), aspetto particolarmente rilevante per l'area complessa dei Disturbi di Personalità (Bach e First, 2018; Pan e Wang, 2024). L'utilità clinica può essere considerata il "terzo pilastro" della classificazione diagnostica, accanto all'affidabilità e alla validità. Non vi è un accordo completo su tutti i componenti della definizione di utilità clinica, ma la maggior parte delle definizioni ne sottolinea gli aspetti pratici, ossia la misura in cui una diagnosi è semplice da utilizzare e, soprattutto, da comunicare ad altri – che si tratti della persona a cui è attribuita, di colleghi, familiari o caregiver. Inoltre, l'utilità clinica riguarda anche la capacità della diagnosi di orientare i processi decisionali clinici e di fornire indicazioni utili sulla prognosi del disturbo. Diversi studi hanno dimostrato che i clinici sono generalmente favorevoli a un approccio dimensionale alle diagnosi (Bernstein et al., 2007; Brown et al., 2023; Evans et al., 2013; Morey e Hopwood, 2019; Reed et al., 2011). Ad esempio, Reed e colleghi (2011) hanno rilevato che due psichiatri su tre preferiscono un sistema flessibile e orientativo, piuttosto che rigidamente fondato su criteri fissi. Inoltre, fino al 90% degli psichiatri si è dichiarato favorevole a un numero significativamente ridotto di diagnosi (con circa 100 ritenute le più utili), e circa il 70% ritiene che le diagnosi dovrebbero includere componenti dimensionali. Un andamento simile è stato riscontrato anche tra psicologi di diverse aree del mondo (Evans et al., 2013).

Uno studio danese ha mostrato che i professionisti considerano, in generale, la classificazione dei Disturbi di Personalità dell'ICD-11 più utile dal punto di vista clinico rispetto a quella dell'ICD-10, almeno per quanto riguarda la pianificazione del trattamento, la comunicazione con i pazienti e la facilità d'uso (Hansen et al., 2019). Tuttavia, per la comunicazione con altri professionisti o per la descrizione complessiva della personalità del paziente, non sono emerse differenze significative in termini di usabilità. Un andamento simile è stato osservato in uno studio condotto tra psichiatri e psicologi in Nuova Zelanda (Brown et al., 2023).

Descrivere e comprendere la psicopatologia lungo un continuum di gravità offre le migliori opportunità per un trattamento più preciso e personalizzato, come l'adeguamento dell'intensità dell'intervento terapeutico in base alla gravità del disturbo (Hopwood et al., 2020). Inoltre, la ricerca mostra che una comprensione dimensionale dei disturbi mentali può ridurre la tendenza ad assumere atteggiamenti stigmatizzanti tra coloro che si occupano della valutazione e del trattamento di persone con Disturbi di Personalità (Peter et al., 2021; Stricker et al., 2024).