

Len Sperry

# **Tulburările de personalitate din DSM-5**

**Evaluare, conceptualizare de caz și  
tratament**

Traducere din engleză de  
Camelia Dumitru

**3**  
TREI

Editori:  
SILVIU DRAGOMIR  
VASILE DEM. ZAMFIRESCU

Director editorial:  
MAGDALENA MĂRCULESCU

Redactor:  
MANUELA SOFIA NICOLAE

Coperta:  
FABER STUDIO

Director producție:  
CRISTIAN CLAUDIU COBAN

Dtp:  
MIHAELA GAVRILOIU

Corectură:  
RODICA CÂRSTEA  
CRISTINA BĂLAN

**Descrierea CIP a Bibliotecii Naționale a României**  
**SPERRY, LEN**

**Tulburările de personalitate din DSM-5: evaluare, conceptualizare de caz și tratament** / Len Sperry; trad. din engleză de Camelia Dumitru. –

București: Editura Trei, 2018

Conține bibliografie  
Index

ISBN 978-606-40-0536-6

I. Dumitru, Camelia (trad.)

159.9

Titlul original: Handbook of Diagnosis and Treatment of DSM-5 Personality Disorders,  
3rd Edition

Autor: Len Sperry

Copyright © 2016 by Taylor & Francis

All rights reserved.

Authorised translation from the English language edition published by Routledge, a  
member of the Taylor & Francis Group LLC.

Copyright © Editura Trei, 2018  
pentru prezenta ediție

O.P. 16, Ghișeu 1, C.P. 0490, București  
Tel.: +4 021 300 60 90; Fax: +4 0372 25 20 20  
e-mail: comenzi@edituratrei.ro  
www.edituratrei.ro

ISBN: 978-606-40-0536-6

## Cuprins

7	<b>Cuvânt înainte</b>
15	<b>Prefață</b>
19	<b>Mulțumiri</b>
21	<b>1. Diagnoza și tratamentul tulburărilor de personalitate în prezent</b>
85	<b>2. Conceptualizarea de caz și tratamentul eficient al tulburărilor de personalitate</b>
112	<b>3. Tulburarea de personalitate antisocială</b>
153	<b>4. Tulburarea de personalitate evitantă</b>
189	<b>5. Tulburarea de personalitate borderline</b>
247	<b>6. Tulburarea de personalitate dependentă</b>
283	<b>7. Tulburarea de personalitate histrionică</b>

6	317	8. Tulburarea de personalitate narcisică
	357	9. Tulburarea de personalitate obsesiv-compulsivă
	395	10. Tulburarea de personalitate paranoidă
	431	11. Tulburarea de personalitate schizoidă
	462	12. Tulburarea de personalitate schizotipală
	492	<b>Bibliografie</b>
	531	<b>Index</b>

## Cuvânt înainte

În 1964, proaspăt student la masterat al Universității din New York, am urmat cursul obligatoriu de psihopatologie. Profesorul cita liber dintr-un volum pe care-l numea „Manualul de diagnostic și clasificare statistică” (Diagnostic and Statistical Manual) sau DSM, publicat în 1952 de Asociația Americană de Psihiatrie. Noi am întrebat imediat dacă puteam să achiziționăm de la librărie cartea subțire, legată pe spiră, dar profesorul ne-a răspuns că accesul le era permis doar *psihiatrilor*, iar aceștia puteau folosi cartea doar pentru a diagnostica un pacient. În mod limpede, obținuse volumul folosind o minciună sau printr-un fel de subterfugiu. Deși nu consideram că era ceva drept, ca noi studenți la masterat am recunoscut ierarhia din domeniul sănătății mentale. Psihiatrul se afla în vârf, iar psihologii nu erau hirotonosiți pentru a putea citi sau folosi sfintele cuvinte ale DSM-ului. Această primă ediție nu era denumită DSM-I, ci simplu DSM, fără vreo prevestire a ceea ce urma să vină. În DSM-I toate tulburările mentale erau împărțite în două grupe principale: „(1) cele în care exista o perturbare a funcționării mentale, rezultând din sau precipitată de o afecțiune primară a funcționării cerebrale, în general cauzată de o afectare difuză a țesutului cerebral; și (2) cele care sunt rezultatul unei dificultăți

8 mai generale în adaptarea individului și în care orice perturbare asociată a funcțiilor cerebrale este secundară tulburării psihiatrice” (p.9). DSM-ul, așa cum ne putem aștepta de la spiritul vremii, era inundat de perspectiva din acea perioadă a psihanalizei. Descrierile erau succinte și lăseau încă foarte mult loc pentru interpretarea și creativitatea clinicianului.

De abia în 1968, odată cu publicarea celei de-a doua ediții a DSM, numită DSM-II, edițiile au început să fie numerotate. Singurul loc de unde puteam obține manualul DSM-II era librăria Facultății de Medicină. I-am dat banii unuia dintre colegii noștri, iar el ne-a cumpărat fiecăruia câte un exemplar. Nu am întreat niciodată la ce minciuni a trebuit să recură pentru a trece de ochii de vultur ai casieritelor de la librărie.

În 1980, eram psiholog clinician cu drept de liberă practică și când m-am confruntat cu cel mai oribil eveniment de până atunci din cariera mea. A fost publicată cea de-a treia ediție, DSM-III. Doar greutatea și mărimea acestui nou volum m-au determinat să mă gândesc că trebuia să părăsesc psihologia clinică. Nu aveam cum, sub nicio formă, să învăț toate aceste noi informații sau să mă familiarizez cu acest nou format de diagnostic. Descrierile diagnostice din DSM-I acopereau 31 de pagini (pp. 12–43). În cazul DSM-II existase o creștere în lungime de 38 de pagini. Acum, în DSM-III, descrierile diagnostice cuprindeau aproape 300 de pagini. Cine erau indivizii care-i făceau asta domeniului? Care dintre noi putea să stăpânească această creștere înzecită a materialului? În 1980, psihologii puteau deja să obțină DSM-ul și să-l folosească pentru diagnostic. Existau câteva adăugiri excelente, inclusiv ideea unui diagnostic multiaxial. În vremurile bune, cineva putea să-și conceapă propriul diagnostic cu o anumită siguranță, folosind formulări

9 mixte, inclusiv idei dinamice, comportamentale și mitice. În 1980, însă, existau deja limite stabilite referitoare la ce puteam folosi ca afirmații diagnostice. Unii dintre noi au fost tulburați de aceste constrângeri; alții au fost liniștiți de limite. Dacă un pacient nu îndeplinea criteriile pentru un anumit diagnostic, atunci nu putea fi diagnosticat cu acea tulburare. Dacă, totuși, pacientul îndeplinea criteriile minime, pacientul putea primi diagnosticul, fie că acest lucru îi convenea sau nu clinicianului. Așa cum i-am învățat pe studenții mei: „Dacă arată ca o rață, merge ca o rață și măcăne ca o rață, cel mai probabil este o rață, nu un câine care a învățat o limbă străină.” O modificare fundamentală în DSM-III a fost ideea diagnosticării unui individ pe cinci axe separate și distincte. Diagnosticul multiaxial i-a permis clinicianului să identifice și să codifice „aspectele ce țin de mediu și ariile de funcționare care ar putea fi trecute cu vederea, dacă accentul ar cădea doar pe evaluarea unei singure probleme actuale” (p. 23). Cele cinci axe erau:

- Axa I Sindroame clinice
- Axa II Tulburări de personalitate  
Tulburări de dezvoltare specifice
- Axa III Tulburări fizice și probleme medicale/de sănătate
- Axa IV Severitatea factorilor de stres psihosociali
- Axa V Cel mai înalt nivel de funcționare adaptativă din ultimul an

O categorie non-axială ar putea fi folosită atunci când condițiile nu pot fi atribuite unei tulburări mentale, dar rămân totuși în centrul atenției sau al tratamentului (de exemplu, probleme ocupaționale, probleme maritale). Acestea erau codificate sub coduri „V”.

20 Departamentului de psihiatrie și medicină comportamentală. Voi toți mi-ați îmbogățit cariera și mi-ați susținut cercetările și scrierile. Vreau, de asemenea, să-i mulțumesc colegului și prietenului meu dr. Paul R. Peluso de la Florida Atlantic University.

Ca întotdeauna, mii de mulțumiri dr-ului George Zimmar, editorul meu de atâta vreme și prietenul meu de la Routledge/Taylor și Francis, pentru că m-a încurajat să finalizez această a treia ediție. În sfârșit, trebuie să recunosc eforturile lui George Stoupas, unul dintre doctoranzii mei, care m-a sprijinit în etapa finală a acestei revizuirii.

## Diagnoza și tratamentul tulburărilor de personalitate în prezent

Primul capitol al primei ediții a „*Handbook of Diagnosis and Treatment of DSM-IV Personality Disorders*” (Sperry, 1995a) ase-măna schimbarea de paradigmă care avea loc în domeniul tulburărilor de personalitate începând cu anii 1990, cu schimbarea de paradigmă care avusese deja loc în cazul tulburărilor depressive. Până la mijlocul anilor 1970, mulți clinicieni se simțeau relativ ineficienți în tratarea tulburărilor depressive, iar până la începutul anilor 1990 același sentiment era împărtășit de numeroși clinicieni în legătură cu tratarea tulburărilor de personalitate. Am subliniat că o astfel de schimbare de paradigmă, ce implică tulburările de personalitate, ar necesita o modificare semnificativă a modului în care clinicienii conceptualizează, evaluează și tratează aceste tulburări. Am prevăzut că, deși astfel de modificări ale atitudinii și tiparelor de practică pot fi întâmpinate cu rezistență de unele persoane, cei mai mulți clinicieni vor răspunde acestei provocări. O astfel de modificare ar fi însemnat renunțarea la perspectiva prevalentă la acea vreme, conform căreia tulburările de personalitate erau

22 în mod fundamental stări „netratabile”. Cu o oarecare emoție, am încheiat capitolul cu un citat care să transmită sentimentul că profesioniștii din domeniu ar putea ajunge chiar să considere că pacienții cu tulburare de personalitate vor „deveni cei mai bineveniți clienți în noul secol, clienți care sunt profund tulburați, dar pe care îi putem ajuta încrezători” (*Clinical Psychiatry News*, 1991, p. 26).

După aproximativ 20 de ani și două ediții mai târziu, s-au schimbat multe în atitudinile și tiparele de practică ale clinicienilor. Într-adevăr, paradigma s-a schimbat. Deși nu fiecare clinician consideră că îl poate ajuta „încrezător” pe fiecare individ cu tulburare de personalitate, există, totuși, un consens crescând printre clinicieni privind faptul că mulți pacienți pot fi ajutați prin intervențiile de tratament actuale, chiar și cei îndeplinind criteriile DSM-5 pentru tulburarea de personalitate borderline.

Acest capitol oferă o introducere și o trecere în revistă a diagnosticului și tratamentului tulburărilor de personalitate. Capitolul începe cu o descriere a modificărilor din DSM-5, subliniindu-le pe acelea care implica tulburările de personalitate, în special „Modelul alternativ DSM-5 pentru tulburările de personalitate” și Scala nivelului de funcționare a personalității. În continuarea acestora, există o succintă descriere și ilustrare a *Psychodynamic Diagnostic Manual*, o modalitate alternativă de conceptualizare a tulburărilor de personalitate. Partea principală a acestui capitol detaliază câteva tendințe interesante, de ultimă oră — atât în diagnostic, cât și în tratament — care duc mai departe schimbarea de paradigmă. Înainte de a detalia aceste tendințe, capitolul debutează explicând natura schimbării de paradigmă în curs de desfășurare în diagnoza și tratamentul

tulburărilor de personalitate. În sfârșit, capitolul se încheie cu o trecere în revistă a structurii Capitolelor 3-12.

## DSM-5 și tulburările de personalitate

Sistemul de diagnostic DSM a trecut prin câteva schimbări majore de la momentul publicării celei de-a doua ediții a acestei cărți, în 2003. Cele mai multe astfel de schimbări au presupus adăugarea sau eliminarea unor diagnostice și criterii. Totuși, există și câteva modificări semnificative în structura DSM-5 (*American Psychiatric Association*, 2016), iar acestea au fost menționate succint aici.

### DSM-5: Modificări generale

Cea mai evidentă schimbare în DSM-5 este revenirea la diagnosticul pe o unică axă, așa cum se întâmpla în DSM-I și DSM-II. Sistemul multiaxial (5 axe) a fost introdus în DSM-III și a continuat până la DSM-IV-TR, inclusiv. De o importanță semnificativă pentru tulburările de personalitate erau Axa II și Axa V. Axa II a fost adăugată pentru codificarea tulburărilor de personalitate, în timp ce Axa V fost adăugată pentru codificarea nivelului actual de funcționare și afectare a individului pe Scala Evaluării Globale a Funcționării. Au existat mai multe motive pentru eliminarea sistemului multiaxial. Printre acestea se numără un dezavantaj neașteptat în adăugarea axei II. Deși nu aceasta era intenția edițiilor anterioare ale DSM, oportunitatea specificării unui diagnostic de tulburare de personalitate a devenit ceva problematic pentru numeroși clinicieni. Din preocuparea ca nu cumva diagnosticul de tulburare de personalitate să-l

24 stigmatizeze pe individ, unii clinicieni au refuzat să specifice un diagnostic de Axă II, atunci când acesta era prezent. Situația a fost complicată de ideea eronată, împărtășită de terapeuți și de terțele părți plătitoare, conform căreia tulburările de personalitate erau netratabile. Drept urmare, unele persoane diagnosticate cu tulburare de personalitate au întâmpinat probleme în a-și asigura tratamentul. În prezent, însă, persoanelor care îndeplinesc criteriile pentru un diagnostic de tulburare de personalitate le poate fi mai ușor să se orienteze în domeniul tratamentului sănătății mentale din moment ce există o probabilitate redusă de a fi percepute ca având un diagnostic care este mai dificil de tratat, comparativ cu alte tulburări.

Prin eliminarea Axei V a dispărut și scorul Evaluării Globale a Funcționării (GAF — Global Assessment of Functioning). GAF era instrumentul de măsură numeric folosit de clinicieni pentru a nota starea de bine și funcționarea socială, ocupațională și psihologică a unui individ. Este un instrument de măsură subiectiv al gradului de adaptare (stare de bine) și dezadaptare (funcționare afectată) de care dă dovadă un individ în gestionarea diverselor probleme ale vieții cotidiene. În locul acestui instrument de măsură, în mare parte nesigur, a funcționării și afectării, DSM-5 încurajează utilizarea Inventarului de Evaluare a Dizabilității al Organizației Mondiale a Sănătății (World Health Organization Disability Assessment Schedule 2.0 — WHODAS 2.0). Cu toate acestea, GAF continuă să fie folosit de unii clinicieni. Scala oferă un continuum (1 — cel mai scăzut nivel până la 100 — cel mai înalt) pe care să se evalueze funcționarea globală și starea de bine. Clinicienii pot utiliza, de asemenea, Scala nivelului de funcționare a personalității (Level of Psychological Functioning Scale — LPFS), descrisă în cele ce urmează.

Deși au existat câteva modificări semnificative ale multor diagnostice din DSM-5, au existat foarte puține schimbări implicând tulburările de personalitate. În DSM-5 s-a păstrat definiția anterioară a tulburării de personalitate, ca fiind „un model persistent de trăiri interioare și comportament care se îndepărtează semnificativ de la normele specifice mediului cultural din care provine individul, este pervaziv (generalizat) și rigid, debutează în adolescență sau la vârsta de adult tânăr, este stabil în timp și conduce la suferință sau disfuncție” (*American Psychiatric Association, 2016, p. 645*). Deși au fost păstrate criteriile de diagnostic din DSM-IV-TR, a existat o actualizare a descrierilor diverselor tulburări. Cu toate acestea, există o modificare remarcabilă. Diagnosticul de tulburare de personalitate fără altă specificație (NOS) a fost înlocuit cu cel de Altă tulburare de personalitate specificată (301.89) și Tulburare de personalitate nespecificată (301.9).

În ciuda eforturilor Grupului Operativ pentru tulburările de personalitate din DSM-5 de a aduce modificări majore, cele 10 diagnostice „oficiale” pentru tulburările de personalitate rămân neschimbate față de DSM-IV-TR. Grupul Operativ a propus ca un model „dimensional” să înlocuiască modelul „categorial” existent, din cauza numeroaselor și semnificativele probleme ale acestuia din urmă. Totuși, în cele din urmă, propunerea a fost respinsă de Comitetul Director al American Psychiatric Association. În schimb, a fost exilată în „Capitolul III: Măsurători și modele emergente” ale manualului DSM-5. Noul model dimensional, dezvoltat de Grupul Operativ, este numit „Modelul alternativ DSM-5 pentru tulburările de personalitate”,

## Modelul categorial al tulburărilor de personalitate

De ce să înlocuim atunci modelul categorial? Principalele trei preocupări majore legate de Modelul DSM-IV-TR pentru tulburările de personalitate se referă la comorbiditate, eterogenitate și la constructul de personalitate.

Preocuparea privind comorbiditatea este că indivizii pot îndeplini simultan criteriile pentru mai mult de o tulburare. De exemplu, s-a estimat că numărul modal al diagnosticelor de tulburare de personalitate posibile pentru un individ care îndeplinește criteriile pentru cel puțin o tulburare de personalitate DSM este de 3-4 diagnostice (Gunderson, 1996). Fără îndoială, acest lucru este problematic pentru conceptualizarea de caz și planificarea intervențiilor adaptate: dacă există 3 diagnostice, care dintre acestea ar trebui să reprezinte ținta inițială a tratamentului și de ce? Modelul alternativ al DSM-5 pentru tulburări de personalitate rezolvă această problemă prin diagnosticul de tulburare de personalitate cu trăsătură specificată (TP-TS). În cazul în care clientul nu se potrivește unei tulburări de personalitate specifice din DSM-5 (de exemplu, tulburarea de personalitate narcisică), clinicianul înregistrează TP-TS și detaliază trăsăturile de personalitate ale clientului semnificative din punct de vedere clinic. De exemplu, un client ar putea avea trăsături de tulburare de personalitate narcisică, histrionică, antisocială și borderline. În loc să înregistreze toate cele patru diagnostice, clinicianul poate înregistra TP-TS și poate nota amestecul de grandoare, căutare a atenției, conflictualitate și labilitate emoțională.

Cealaltă preocupare se referă la eterogenitate. Premisa Modelului DSM-IV-TR pentru tulburări de personalitate a fost că elaborarea unor categorii specifice de tulburare de personalitate va facilita diagnosticul corect. Din nefericire, personalitatea individului și trăsăturile psihopatologice se potrivesc, arareori, într-un asemenea model categorial. De exemplu, indivizii care îndeplinesc criteriile DSM-IV-TR pentru tulburarea de personalitate borderline reprezintă un grup înalt eterogen. În realitate, există șase subgrupuri distincte de clienți care îndeplinesc criteriile, iar aceste subgrupuri se diferențiază semnificativ în privința preocupărilor terapeutice, precum tentativele anterioare de suicid, comportamentul antisocial și comportamentul de autovătămare (Wright et al., 2013). Modelul alternativ al DSM-5 pentru tulburări de personalitate reduce semnificativ problema eterogenității, deoarece eterogenitatea relevantă este specificată ca parte a procesului de diagnoză. De exemplu, un client poate corespunde profilului general al tulburării de personalitate borderline, dar prezintă și alte trăsături semnificative din punct de vedere clinic, cum ar fi credințe și experiențe neobișnuite. În acest caz, poate fi pus diagnosticul de tulburare de personalitate borderline, înregistrând, totodată, credințele și experiențele neobișnuite.

Cea de-a treia preocupare se referă la însăși natura diagnosticului categorial. Ne așteptăm ca modelul categorial să determine în mod corect dacă individul are sau nu o tulburare de personalitate. În numeroase privințe, un astfel de model nu este foarte potrivit pentru diagnosticarea tulburărilor de personalitate, din moment ce personalitatea este o dimensiune continuă, multifacțată. Pentru a ilustra acest aspect, să luăm în calcul trăsătura sentimentului de grandoare, o trăsătură caracteristică tulburării de personalitate narcisică. Pe un continuum de la stimă

de sine sănătoasă până la sentimentul egocentric de îndreptățire, unde poate pune un clinician limita între sănătate și tulburare, în privința acestei trăsături? Folosirea unui model categorial cu o dimensiune continuă, precum sentimentul de grandoare, se potrivește ca nuca în perete.

Date fiind aceste preocupări, nu este o surpriză că mulți clinicieni nu consideră Modelul DSM-IV-TR pentru tulburări de personalitate ca fiind foarte util din punct de vedere clinic. Drept urmare, ei amână adesea să noteze descrieri semnificative pentru personalitate în fișele clienților. De asemenea, numeroși clinicieni au perceput tulburările de personalitate DSM-IV-TR ca fiind tulburări înalt stigmatizate, ceea ce duce la o și mai mare reticență de a caracteriza adecvat, în practica clinică, trăsăturile tulburării de personalitate.

După câte s-ar putea presupune, Modelul alternativ poate rezolva aceste probleme. Un sondaj, realizat în rândul a 337 de psihiatri și psihologi, a identificat Modelul alternativ ca fiind, în mod considerabil, mai util decât Modelul DSM-IV-TR pentru tulburările de personalitate (Morey, Skodol și Oldham, 2014). Pe măsură ce clinicienii se familiarizează tot mai mult cu Modelul alternativ, clienții au șanse mai mari să primească evaluări și diagnostice mai corecte, ceea ce poate duce la o îmbunătățire a îngrijirii clinice.

### Modelul alternativ al DSM-5 pentru tulburările de personalitate

Ce este, așadar, acest model alternativ? Recunoscând numeroasele limitări ale modelului categorial din DSM-IV, Grupul Operativ privind tulburările de personalitate din DSM-5 a

propus un model dimensional care să-l înlocuiască pe cel categorial. Acest model dimensional are două criterii fundamentale: funcționarea personalității și trăsăturile patologice de personalitate (*American Psychiatric Association, 2016*).

**Funcționarea personalității.** Sunt identificate patru elemente de funcționare a personalității. Există doi indicatori de funcționare individuală: identitatea și autocontrolul. Există, de asemenea, doi indicatori de funcționare interpersonală: empatia și intimitatea. Afectarea funcționării personalității la nivelul acestor patru elemente este evaluată de-a lungul unui continuum de la 0 la 4. Evaluarea unei astfel de afectări poate fi realizată prin *Scala nivelurilor de funcționare a personalității*, prezentată mai jos.

**Trăsăturile patologice de personalitate.** Sunt specificate cinci domenii largi ale trăsăturilor, într-o manieră dimensională sau continuă. Aceste trăsături sunt derivate din Modelul celor cinci factori ai personalității (Big-Five) și din psihopatologia personalității (*American Psychiatric Association, 2016, p. 773*). Domeniile trăsăturilor conțin 25 de fațete de trăsături specifice de personalitate. Aceste domenii și fațete pot fi evaluate folosind diverse teste psihometrice. Ele sunt: Afectivitate negativă versus Stabilitate emoțională, Detașare versus Extraversie, Conflictualitate versus Agreabilitate, Dezinhibiție versus Conștiinciozitate, Psihoticism versus Luciditate. În Modelul alternativ sunt enumerate doar șase tulburări de personalitate specifice, comparativ cu cele 10 actuale. Acestea sunt tulburarea de personalitate antisocială, tulburarea de personalitate evitantă, tulburarea de personalitate borderline, tulburarea de personalitate narcisică, tulburarea de personalitate obsesiv-compulsivă și tulburarea de personalitate schizotipală. Din cauza absenței dovezilor care să sprijine includerea lor, următoarele patru nu

sunt incluse: tulburarea de personalitate dependentă, tulburarea de personalitate histrionică, tulburarea de personalitate paranoică și tulburarea de personalitate schizoidă.

Cu ajutorul acestei metode dimensionale, este posibilă acum diagnosticarea unei tulburări de personalitate pe baza trăsăturilor. Este folosită denumirea: „Tulburare de personalitate — Specificată de trăsături”. O altă trăsătură utilă a Modelului alternativ este că poate fi folosit pentru a evalua funcționarea și trăsăturile personalității, indiferent dacă este sau nu prezentă o tulburare de personalitate. Acest aspect amplifică utilitatea clinică a Modelului alternativ, deoarece îi asistă pe clinicieni în identificarea punctelor tari ale clienților, pe lângă deficite.

E de așteptat ca, la un moment dat, în viitor, acest model să devină abordarea de diagnostic „oficială” pentru tulburările de personalitate. Între timp, clinicienii ar putea dori să se familiarizeze cu modelul. Ei pot alege și să utilizeze modelul în prezent.

### Scala nivelului de funcționare a personalității

În evaluarea funcționării clientului, pe lângă Inventarul de Evaluare a Dizabilității al Organizației Mondiale a Sănătății 2.0 (WHODAS 2.0), clinicienii pot utiliza și Scala nivelului de funcționare psihologică (LPFS). Această scală este inclusă la paginile 775–778 din Capitolul III al DSM-5 (*American Psychiatric Association, 2016*). LPFS este un instrument de măsură obiectiv pentru a determina rapid și corect prezența unei tulburări de personalitate. Ea evaluează cele patru componente ale funcționării personalității conform Modelul alternativ DSM-5 pentru tulburările de personalitate: identitate, autocontrol,

empatie și intimitate (Bender, Morey și Skodol, 2011). Afectarea acestor patru elemente ale funcționării personalității este notată de-a lungul unui continuum, pe cinci niveluri de funcționare și afectare, unde 0 = disfuncție redusă sau lipsa disfuncției; 1 = oarecare grad de disfuncție; 2 = disfuncție moderată; 3 = disfuncție severă; și 4 = disfuncție foarte severă. Pentru un diagnostic de tulburare de personalitate este necesar un nivel moderat sau mai mare al afectării. Tabelul 1.1 rezumă aceste niveluri de funcționare și afectare.

**TABELUL 1.1** Nivelurile de funcționare a personalității

#### 0. Lipsa disfuncției.

Acești indivizi funcționează optim în toate domeniile vieții. Au un sentiment de sine și despre lume bine integrat. Trăiesc o viață emoțională în cea mai mare parte pozitivă și reglată adecvat. Sunt orientați către scop și posedă capacitatea de a funcționa productiv în societate. Empatizează ușor cu ceilalți și pot forma relații mutual împărtășite și satisfăcătoare.

#### 1. Disfuncție scăzută.

Acești indivizi au un sentiment de sine și despre lume relativ intact și o claritate diminuată privind limitele în fața emoțiilor puternice sau a suferinței mentale. Pot fi excesiv de orientați către scop sau inhibați în privința scopului sau au standarde personale oarecum nerealiste. Tind să prezinte anumite dificultăți în evaluarea și înțelegerea perspectivelor celorlalți și e posibil să nu fie mereu conștienți de efectul comportamentului lor asupra altor persoane. Deși pot stabili relații intime și reciproce, pot fi întrucâtva limitați în capacitatea lor de a-i respecta pe ceilalți și de a coopera cu ei.

#### 2. Disfuncție moderată.

Acești indivizi au un sentiment de sine și despre lume compromis, alături de o oarecare dificultate în respectarea limitelor. Autoevaluarea lor tinde să fie supradimensionată sau subdimensionată și pot prezenta dificultăți