

LA DIAGNOSI IN PSICOANALISI:
PRESENTAZIONE DEL PDM
(*PSYCHODYNAMIC DIAGNOSTIC MANUAL*)

Paolo Migone*

Nel numero 4/1983 di *Psicoterapia e Scienze Umane*, col quale si voleva sollevare un dibattito sulla diagnosi e sul rapporto tra psichiatria e psicoanalisi, era stato presentato, come un esempio di diagnosi psicoanalitica, il metodo della “intervista strutturale” di Kernberg (1981) e, come un esempio di diagnosi descrittiva, era stato presentato – in anteprima per l’Italia e con la prima revisione della letteratura pubblicata a livello internazionale – il DSM-III dell’*American Psychiatric Association* (Migone, 1983a, 1983b). Ne seguì un dibattito (Galli, 1984; Lai, 1984a, 1984b, Zanuso, 1984; Battaglia & Furlan, 1984; Melega & Neri, 1984; Migone, 1985; ecc.) e, un decennio dopo, una presentazione più approfondita dei problemi metodologici della diagnosi descrittiva in occasione dell’uscita del DSM-IV, con una intervista a Spitzer, capo della *task force* del DSM-III (de Girolamo & Migone, 1995).

La diagnosi descrittiva del DSM-III e del DSM-IV (così come dell’ICD-10 del 1992) negli ultimi vent’anni ha accompagnato, nel bene e nel male, la formazione e la pratica degli operatori della salute mentale con conseguenze di vasta portata delle quali si è tanto parlato e che non starò qui a riassumere. Il quadro che emerge dopo questi vent’anni di sperimentazione mondiale degli ultimi due DSM (anzi quattro: DSM-III, DSM-III-R, DSM-IV e DSM-IV-TR) si può dire sia caratterizzato da un sostanziale fallimento del progetto che il manuale si proponeva di raggiungere: si è indubbiamente innalzata la attendibilità (*reliability*) delle diagnosi psichiatriche, ma la loro validità è rimasta molto bassa. Come ha più volte sostenuto, e anche ribadito ad un recente congresso, Mario Maj, presidente della *World Psychiatric Association* (WPA), a tutt’oggi non si è riusciti a raggiungere la validità di costrutto di nessuna delle centinaia di diagnosi descritte nel manuale. Gli sforzi dell’esercito di ricercatori che in tutto il mondo hanno sperimentato il DSM – secondo l’ottica che giustamente lo voleva concepito come un *work in progress* allo scopo di affinarlo sempre di più per assegnare alla psichiatria uno statuto scientifico che assomigliasse a quello della medicina – sono sostanzialmente falliti, col risul-

* Via Palestro 14, 43100 Parma, tel./fax 0521-960595, E-Mail <migone@unipr.it>.

tato che permane ad esempio un'alta comorbilità (vero tallone d'Achille dei DSM, e l'altra faccia della medaglia della bassa validità). Grandi manovre sono in corso, nella macchina da guerra della psichiatria americana, per la preparazione del DSM-V (previsto per il 2011), che indubbiamente presenterà molti aspetti di novità.

Per quanto riguarda invece la diagnosi in psicoanalisi, il movimento psicoanalitico non ha risposto alla sfida lanciata dal DSM-III in modo ufficiale e organizzato, per vari motivi, soprattutto legati alla complessità del problema della diagnosi in psicoanalisi e alla frammentazione sia teorica che istituzionale. Quest'anno però è stato prodotto un manuale diagnostico psicodinamico, il *Psychodynamic Diagnostic Manual* (PDM), che merita interesse se non altro perché è espressione ufficiale delle principali associazioni psicoanalitiche nordamericane (PDM Task Force, 2006). Sembra quindi rappresentare una risposta, o almeno un tentativo di risposta, alla questione della diagnosi.

In questo articolo mi propongo di presentare brevemente le caratteristiche del PDM, senza però entrare nella discussione dei suoi contenuti. Il mio vuole essere quindi solo un lavoro di documentazione per il lettore italiano (per approfondimenti, rimando al sito Internet del PDM: <http://www.pdm1.org>).

Caratteristiche generali del PDM

Vediamo innanzitutto quali sono le cinque organizzazioni psicoanalitiche che si sono associate per costituire la *task force* del PDM. Esse sono l'*American Psychoanalytic Association* (la principale associazione nordamericana affiliata all'IPA), l'*International Psychoanalytical Association* (IPA), la *Division 39 ("Psychoanalysis")* dell'*American Psychological Association*, l'*American Academy of Psychoanalysis and Dynamic Psychiatry* (una grossa associazione di psicoanalisti che provengono da istituti nordamericani non affiliate all'IPA), e il *National Membership Committee on Psychoanalysis in Clinical Social Work* (che raccoglie gli assistenti sociali psicoanalisti, negli Stati Uniti una componente importante della professione). Come si può vedere, queste cinque associazioni sono la massima rappresentazione istituzionale della psicoanalisi, e se si tiene conto che tra esse vi è l'IPA si può ben capire l'importanza del PDM e il fatto che è anche una grossa operazione politica.

La *task force* del PDM è composta da 36 persone (tutti nordamericani tranne Fonagy, di Londra, e Dahlbender, di Ulm)¹. Capo della *task force* è

¹ I membri della *task force* del PDM sono i seguenti. Per i disturbi degli adulti: R.S. Wallerstein, O.F. Kernberg, N. McWilliams, H. Schlesinger, J. Shedler, D. Westen, E. Caligor, A. Herzig, M. Notman, H. Ferrari, P. Fink, M. Hurvich, J.A. Kaplan, T.K. Kanemore, E.J. Khamtzian, M. Kirkpatrick, J. Licht, D.J. Phillips, S.I. Greenspan. Per il "profilo del funzionamento mentale" (sia adulti che bambini): P. Fink, B. Freidberg, S.I. Greenspan, J. Palombo, S.G. Shaker. Per i disturbi in bambini e adolescenti: J. Palombo, B. Freidberg, A. Burland (*deceduto*), A. Eldridge, T. Fallon, R. Fischer, S.I. Greenspan, L. Hoffman, T.K. Kanemore, P. Kernberg (*deceduto*), S.G. Shaker, S. Wieder. Per i fondamenti concettuali e di ricerca: B. Berger, S.J. Blatt,

Stanley I. Greenspan, coadiuvato da Nancy McWilliams e Robert S. Wallerstein. Greenspan è un noto esperto di psicologia dello sviluppo, autore di vari libri tradotti anche in italiano, la McWilliams è una esperta della diagnosi psicodinamica (autrice ad esempio del libro del 1994 *La diagnosi psicoanalitica*), e Wallerstein è una figura molto rappresentativa della psicoanalisi internazionale, già presidente dell'IPA ed esperto di ricerca empirica anche dal punto di vista storico (ha scritto anche su *Psicoterapia e Scienze Umane*).

Il DSM-III, come sappiamo, introdusse il sistema multiassiale (che, per la precisione, prevede cinque assi: asse I, sindromi cliniche; asse II, disturbi di personalità e ritardo mentale; asse III, condizioni mediche generali; asse IV, problemi psicosociali e ambientali (cioè i possibili *stressors*); asse V, valutazione globale del funzionamento – va ricordato che l'ICD-10 non ha un sistema multiassiale [Migone, 1996b]). Anche il PDM ha una sistema multiassiale, che prevede tre assi che per i disturbi mentali dell'adulto sono i seguenti:

- 1) un primo asse chiamato “asse P” (P sta per “Personalità”) in cui vengono elencati i “disturbi e stili di personalità”;
- 2) un secondo asse chiamato “asse M” (M sta per “Mentale”) in cui viene descritto un “profilo del funzionamento mentale”;
- 3) un terzo asse chiamato “asse S” (S sta per “Sintomi”) in cui vengono descritti i “pattern dei sintomi: la esperienza soggettiva”, cioè una serie di configurazioni sintomatiche, un po' come nei DSM-III e DSM-IV, con la differenza che qui viene enfatizzata l'esperienza soggettiva che ne ha il paziente.

La classificazione dei “disturbi della salute mentale degli adulti” occupa solo le prime 170 delle 857 pagine dell'intero manuale (circa un quinto). La seconda parte è divisa in due sezioni: la prima, di 150 pagine, riguarda i “disturbi della salute mentale dell'infanzia e dell'adolescenza”, e la seconda, di circa 60 pagine, riguarda i “disturbi della salute mentale dell'età neonatale e della prima infanzia” (i confini netti tra queste fasce di età non sono specificati, forse volutamente). Ogni diagnosi è dotata di un codice numerico di tre cifre (quattro se vi è un sottotipo), precedute dalla lettera P, M o S per indicare l'asse (ad esempio il codice del “disturbo depressivo di personalità, sottotipo introiettivo” è P107.1); gli assi nei disturbi dell'infanzia e dell'adolescenza sono indicati con le lettere MCA, PCA e SCA (CA sta per *Children and Adolescents*), mentre i codici dei disturbi dell'età neonatale e della prima infanzia sono preceduti dalle lettere IEC (acronimo di *Infancy and Early Childhood*), ad esempio PCA107, IEC105, ecc. La prima parte e la prima sezione della seconda parte terminano con un capitolo, di una ventina di pagine, che riporta casi clinici che illustrano esempi del “profilo del PDM” rispettivamente di adulti e di bambini o adolescenti. Inoltre ogni capitolo termina con una ricchissima bibliografia.

C'è infine una terza parte intitolata “Fondamenti concettuali e di ricerca per un sistema di classificazione psicodinamica dei disturbi della salute men-

R. Dahlbender, P. Fonagy, S.I. Greenspan, J.A. Kaplan, B. Karon, N. McWilliams, D.J. Phillips, D.B. Rosenfeld, S.G. Shaker, J. Shedler, H. Shevrin, R.S. Wallerstein, J. Weinberger, D. Westen, D. Widlöcher. Consulenti: A. Cooper, S. Faigen, R.D. Shelby, G. Stricker.

tale”. Questa ultima parte, molto corposa e impegnativa (è di ben 460 pagine, cioè più della metà dell’intero libro), contiene una dozzina di capitoli divisi in due sezioni: “Fondamenti storici e concettuali” e “Fondamenti di ricerca”.

Descrivo ora le varie parti del manuale; il modo con cui il PDM è strutturato costituisce infatti l’aspetto di maggiore interesse.

I disturbi mentali degli adulti

L’asse P: disturbi e stili di Personalità

In questo asse – che non a caso è messo per primo, a sottolineare che è la personalità che va innanzitutto osservata e che da un punto di vista psicodinamico dà senso ai sintomi – vengono descritti 15 disturbi di personalità. Prima però vengono presentati tre “livelli di organizzazione di personalità” che si riferiscono alla gravità del disturbo: personalità “sana (assenza di disturbo)”, “nevrotica” e “borderline”. Questi tre livelli, che sono trasversali a tutti i disturbi e che riprendono la proposta di Kernberg e altri, implicano ovviamente che nel manuale una specifica personalità borderline scompare, dato che col termine “borderline” qui si intende una delle tre “organizzazioni” intrapsichiche sottese a tutti i disturbi di personalità.

Riporto qui di seguito i 15 disturbi di personalità dell’asse P esattamente come sono espressi nel PDM, con i termini alternativi tra parentesi e i sottotipi dove ci sono (si noti che i disturbi vengono espressi al plurale, quasi a connotare che non si tratta di categorie ma piuttosto di varietà che si distribuiscono in un *continuum* di gravità; inoltre il PDM, sempre per evitare il più possibile il rischio che le diagnosi vengano reificate, dichiaratamente evita di usare acronimi o le iniziali maiuscole): schizodi; paranoidi; psicopatici (antisociali) con due sottotipi (passivi/parassitari e aggressivi); narcisistici con due sottotipi (arroganti/che si sentono sempre di avere tutti i diritti [*entitled*] e depressi/svuotati); sadistici e sadomasochistici con un sottotipo (manifestazione intermedia [*sadomasochistici*]); masochistici (autofrustranti [*self-defeating*]) con due sottotipi (moralì e relazionali); depressivi con tre sottotipi (introiettivi, anaclitici², e la manifestazione opposta [*ipomaniacali*]); somatizzanti; dipendenti con due sottotipi (versioni passivo-aggressive dei dipendenti e la manifestazione opposta [*contro-dipendenti*]); fobici (evitanti) con un sottotipo (manifestazione opposta [*contro-fobici*]); ansiosi; ossessivo-compulsivi con due sottotipi (ossessivi e compulsivi); isterici (istrionici) con due sottotipi (inibiti e dimostrativi o *flamboyant*); dissociativi (disturbo dissociativo dell’identità /personalità multipla); misti/altri.

Per ogni disturbo di personalità, il PDM presenta una dettagliata descrizione della sintomatologia (spesso sottolineando eventuali differenze dal DSM-IV) e informazioni riassuntive sui seguenti sei aspetti: pattern maturativi-

² Per la suddivisione delle personalità depressive in “introietive” e “anacliche”, il PDM si è ispirato agli studi di Sid Blatt descritti anche nell’articolo pubblicato in questo numero di *Psicoterapia e Scienze Umane*, 4/2006, pp. 743-764 (vedi anche Nota 4 a p. 772).

costituzionali che contribuiscono al disturbo; tensione/preoccupazione centrale; emozioni centrali; caratteristica credenza patogena su di sé; caratteristica credenza patogena sugli altri; modalità difensive centrali; eventuali sottotipi.

L'asse M: profilo del funzionamento Mentale

L'asse M consiste nell'elenco di nove "categorie di funzionamenti mentali di base" la cui descrizione può aiutare a comprendere meglio la complessità del paziente. Le nove categorie sono le seguenti: capacità di regolazione, attenzione e apprendimento; capacità di rapporti interpersonali e intimità (incluso profondità, gamma e stabilità); qualità dell'esperienza interiore (livello di sicurezza e autostima); esperienza, espressione e comunicazione delle emozioni; capacità e stili difensivi; capacità di costruire rappresentazioni interne; capacità di differenziazione e integrazione; capacità di auto-osservazione (sostanziazione psicologica); capacità di costruire o utilizzare standard e ideali interiori (senso morale).

Partendo da queste nove categorie si può riassumere il profilo del funzionamento mentale e collocarlo in una scala di otto livelli di gravità crescente, che sono i seguenti: capacità mentali ottimali e appropriate all'età; capacità mentali ragionevolmente appropriate; con conflitti fase-specifici o transitori problemi di sviluppo; lievi restrizioni e inflessibilità (con due sottolivelli: formazioni caratteriali incapsulate e formazioni sintomatologiche incapsulate); moderate restrizioni e alterazioni del funzionamento mentale; maggiori restrizioni e alterazioni del funzionamento mentale; difetti nella integrazione e organizzazione e/o nella differenziazione delle rappresentazioni del Sé e dell'oggetto; difetti maggiori nelle funzioni mentali di base.

A proposito delle nove categorie di funzionamenti mentali di base, il PDM precisa che oggi vi sono strumenti che permettono di misurare in modo attendibile questi ed altri aspetti del funzionamento mentale, e come esempi cita le seguenti scale, alcune delle quali ben note e tradotte in italiano: *Scales for Psychological Capacities* (SPC), *Karolinska Psychodynamic Profile* (KAPP), *Operationalized Psychodynamic Diagnosis* (OPD), *Structured Interview for Personality Organization* (STIPO), *McGlashan Semistructured Interview* (MSI), *Analytic Process Scales* (APS), *Psychotherapy Process Q-Set* (PPQS), *Shedler-Westen Assessment Procedure* (SWAP), *Object Relations Inventory* (ORI), *Ego Functions Assessment* (EFA). Tre di queste scale (ORI, SWAP e OPD) vengono illustrate in dettaglio nella terza parte del manuale da parte degli autori stessi che le hanno formulate.

L'asse S: pattern dei Sintomi: la esperienza soggettiva

Qui sono elencate 13 categorie diagnostiche, per ciascuna delle quali non vi è solo una breve descrizione clinica (peraltro arricchita da una scheda che riporta, a mo' di confronto, la relativa classificazione del DSM-IV), ma soprattutto una dettagliata descrizione della "esperienza interiore" che ne ha il paziente secondo questi quattro aspetti: stati affettivi, pattern cognitivi, stati somatici, pattern relazionali. Ecco le 13 categorie di disturbi dell'asse S: di adattamento; d'ansia; dissociativi; dell'umore; somatoformi (di somatizzazio-

ne); alimentari; del sonno su base psicogena; sessuali e dell'identità di genere; fittizi; del controllo degli impulsi; da dipendenza e abuso di sostanze; psicotici; causati da una condizione medica generale.

I disturbi mentali dell'infanzia e dell'adolescenza

Qui vengono usati gli stessi tre assi dei disturbi mentali degli adulti, ma con un diverso ordine: prima viene l'asse M (funzionamento Mentale) che qui, come si è detto, si chiama MCA (*Mental functioning for Children and Adolescents*), poi vengono gli assi P (Personalità) e S (Sintomi), che si chiamano PCA e SCA (CA sta sempre per *Children and Adolescents*).

L'asse MCA: profilo del funzionamento Mentale

Per il funzionamento mentale dell'infanzia e nell'adolescenza si usano le stesse nove categorie dell'asse M degli adulti e gli stessi otto livelli di gravità.

Alla fine vi è la definizione, tipo glossario, di una selezione di tredici termini che riguardano l'attenzione, la regolazione e l'apprendimento: attenzione, elaborazione uditiva, deficit cognitivi, funzioni esecutive, intelligenza, linguaggio, disturbi dell'apprendimento, memoria, pianificazione motoria, sequenzialità, integrazione sensoriale, loquela, elaborazione visuo-spaziale.

L'asse PCA: disturbi e stili di Personalità

Vengono elencati 15 "stili di personalità disfunzionali", simili a quelli dell'adulto ma con nomi un po' diversi: timorosi della vicinanza/intimità (schizoidi); sospettosi/diffidenti; sociopatici (antisociali); narcisistici; impulsivi/esplosivi; autofrustranti [*self-defeating*]; depressivi; somatizzanti; dipendenti; evitanti/coartati con un sottotipo (controfobici); ansiosi; ossessivo-compulsivi; istrionici; disregolati; misti/altri. Le descrizioni sono molto più brevi (7 pagine in tutto). Alla fine vi è una tavola sinottica che mostra la concordanza tra l'asse PCA del PDM e l'asse II del DSM-IV.

L'asse SCA: pattern dei Sintomi: la esperienza soggettiva

Qui vi sono 9 categorie diagnostiche: reazioni sane (crisi di sviluppo e situazionali), disturbi d'ansia (ansia, fobie, disturbi ossessivo-compulsivi, di somatizzazione [somatoformi]), affettivi/dell'umore (lutto prolungato, disturbi depressivi, bipolari, suicidari), da comportamento dirompente (della condotta, oppositivo provocatorio, uso di sostanze), reattivi (trauma psichico e post-traumatico da stress [PTSD], dell'adattamento), delle funzioni mentali (delle capacità motorie, tic, psicotici, neuropsicologici, dell'apprendimento), psicofisiologici (bulimia e anoressia), dello sviluppo (della regolazione, della nutrizione, dell'evacuazione, del sonno, dell'attaccamento, pervasivi dello sviluppo), altri (dell'identità di genere). Alla fine vi è una tavola sinottica che mostra la concordanza tra l'asse SCA del PDM e l'asse I del DSM-IV per l'infanzia e l'adolescenza.

I disturbi mentali dell'età neonatale e della prima infanzia

Questa sezione è strutturata in modo molto diverso, dato che segue il modello di Greenspan descritto nel nuovo manuale di diagnosi infantile chiamato ICDL-DMIC, acronimo di *Interdisciplinary Council on Developmental and Learning Disorders Diagnostic Manual for Infancy and Early Childhood* (ICDL-DMIC Work Group, 2005). Questo manuale identifica tre categorie generali di disturbi: interattivi; della elaborazione della regolazione-sensazione; dello sviluppo neurologico della relazione e della comunicazione. Queste tre categorie generali di disturbi costituiscono l'asse I, che è considerato la "diagnosi primaria", di un sistema multiassiale di cinque assi. Gli altri quattro assi, che influenzano l'asse I, sono i seguenti: asse II, capacità funzionali, emotive e dello sviluppo; asse III, capacità di elaborazione della regolazione-sensazione; asse IV, pattern bambino-caregiver e della famiglia; asse V, altre diagnosi mediche e neurologiche.

I disturbi "interattivi" sono i seguenti: d'ansia; d'ansia dello sviluppo; della stabilità e del *range* emotivo; oppositivi e del comportamento dirompente; depressivi; disregolazione dell'umore (un particolare tipo di disturbo interattivo e della elaborazione della regolazione-sensazione mista caratterizzato da un pattern bipolare); dell'attenzione; reazione luttuosa prolungata; reattivi dell'attaccamento; traumatici da stress; di adattamento; dell'identità di genere; mutismo selettivo; del sonno; alimentari; dell'evacuazione.

I disturbi "della elaborazione della regolazione-sensazione" sono divisi in tre tipi. Il Tipo I si chiama "Difficoltà della modulazione sensoriale" e include quattro pattern: iper-reattivo, timoroso, ansioso; iper-reattivo, negativo, testardo; ipo-reattivo, assorbito su di sé; attivo, alla ricerca di stimoli sensoriali. Il Tipo II si chiama "Difficoltà di discriminazione sensoriale" e include due pattern: disattenzione, disorganizzato; rendimento scolastico compromesso. Il terzo tipo comprende pattern misti.

I disturbi "dello sviluppo neurologico della relazione e della comunicazione" sono di quattro tipi: Tipo I, simbolico precoce, con limitazioni; Tipo II, *problem solving* intenzionale, con limitazioni; Tipo III, coinvolto e intenzionale in modo intermittente; Tipo IV, altri disturbi dello sviluppo neurologico senza finalità e intenzionalità (incluse sindromi metaboliche e genetiche). Alla fine di questa categoria vi sono delle tavole riassuntive e anche una breve scala con un quattro *item* che vanno valutati con un punteggio da 1 a 3: modulazione sensoriale, pianificazione e sequenzialità motorie, memoria uditiva, memoria visiva.

La parte concettuale e di ricerca

Come si è detto, la terza e ultima parte del PDM è dedicata ai "fondamenti concettuali e di ricerca per un sistema di classificazione psicodinamica", ed è divisa in due sezioni, in cui ogni capitolo è preceduto da una utile nota redazionale che illustra il contenuto del capitolo e spiega il motivo per cui è stato

incluso. La prima sezione, intitolata “Fondamenti storici e concettuali”, è di 125 pagine e contiene quattro capitoli: uno scritto di Wallerstein con un dettagliato panorama storico dei passi compiuti da Freud nel costruire un sistema diagnostico; un lavoro di autori francesi (Braconnier, Guedeney, Hanin, Sauvagnat, Thurin e Widlöcher) sulle “indicazioni della psicoterapia psicoanalitica” secondo la scuola francese, con la discussione delle idee di Freud, Glover, Greenson, Zetzel, Bowlby e Lacan (la teoria di Lacan viene illustrata nelle sue quattro fasi storiche); un capitolo di Greenspan e Shanker su “una cornice di sviluppo per la psicologia dinamica e una definizione di funzionamento emotivo sano”, che usa dati sia psicoanalitici che sperimentali per delineare un modello di sviluppo infantile basato su sei livelli successivi; un capitolo di Shevrin sui “contributi delle cornici di riferimento neurofisiologiche e cognitivo-comportamentali alla diagnosi psicodinamica” che, come il capitolo precedente, integra i dati psicoanalitici con quelli sperimentali.

La seconda sezione, intitolata “Fondamenti di ricerca”, è di 330 pagine e contiene otto capitoli: un capitolo di Wallerstein che traccia “la storia, lo stato attuale e le prospettive della ricerca sulla terapia psicoanalitica”, descrivendo i contributi delle quattro generazioni dei ricercatori in psicoterapia³; un capitolo di Blatt, Auerbach, Zuroff e Shahar sulla “efficacia, efficienza e fattori curativi nelle psicoterapie dinamiche”⁴, in cui viene anche presentato l’*Object Relations Inventory* (ORI); un articolo di Shedler e Westen che descrive la *Shedler-Westen Assessment Procedure* (SWAP)⁵ per valutare la personalità; un capitolo dei tedeschi Dahlbender e Rudolf che descrive la *Operationalized Psychodynamic Diagnosis* (OPD); un capitolo di Herzig e Licht che traccia un “panorama del supporto empirico per il sistema diagnostico descrittivo basato sui DSM-III e DSM-IV”, mostrando i grossi limiti della diagnosi descrittiva in termini non solo di validità ma anche di attendibilità; il noto articolo di Westen, Morrison Novotny & Thompson-Brenner sullo “statuto empirico delle psicoterapie validate empiricamente”, pubblicato nel 2004 su *Psychological Bulletin*⁶; un capitolo di Fonagy sulle “psicoterapie dinamiche basate sulle evidenze” che contiene una meta-analisi degli studi sulla psicoterapia di molti disturbi (depressivi, d’ansia, alimentari, da uso di sostanze, di personalità), mostrando la decisa efficacia della terapie dinamiche; una “review delle meta-analisi degli studi sul risultato della terapia psicodinamica” del tedesco Leichenring, simile a quella di Fonagy ma basata su criteri più restrittivi (cioè

³ Una versione del 2002 di questo lavoro, più breve e in inglese, è sul sito Internet della sezione italiana della *Society for Psychotherapy Research* [SPR-Italia], alla pagina <http://www.psychomedia.it/spr-it/artdoc/waller02.htm>

⁴ In questo capitolo vengono ampliati alcuni temi trattati da Sid Blatt nell’articolo pubblicato in questo numero di *Psicoterapia e Scienze Umane*, 4/2006, pp. 743-764 (vedi Nota 2 a p. 768).

⁵ Vedi su *Psicoterapia e Scienze Umane*, 1/2004, pp. 118-119, la scheda del libro di D. Westen, J. Shedler & V. Lingardi, *La valutazione della personalità con la SWAP-200* (a cura di F. Gazzillo e L. Porzio Giusto, con allegato un CD-ROM per Win/Mac). Milano: Cortina, 2003.

⁶ Questo lungo articolo è stato pubblicato integralmente su *Psicoterapia e Scienze Umane*, 1/2005, pp. 7-90 (vedi anche, nello stesso numero, l’editoriale a pp. 5-6).

includendo solo gli studi controllati randomizzati [RCT]), che giunge anch'essa a conclusioni molto positive sulla efficacia delle psicoterapie dinamiche.

Questa corposa parte concettuale (che, come si è detto, rappresenta più della metà dell'intero libro) esplicita i criteri di fondazione della dimensione empirica, e costituisce il punto di forza del manuale. Emerge molto chiaramente la differenza tra l'approccio psicoanalitico e gli approcci puramente descrittivi, come i DSM, che pretesero di presentarsi sul mercato come strumenti "ateorici". La sofisticazione del pensiero psicoanalitico è il "filo rosso" che attraversa tutto il PDM, nella dialettica tra le false certezze classificatorie e la problematicità derivante da oltre cento anni di osservazione psicoanalitica. Questa parte concettuale, insomma, contribuisce a evitare semplificazioni e facili utilizzi del PDM, e nel contempo mostra alla comunità scientifica i progressi della ricerca empirica in psicoanalisi, gli strumenti prodotti, le ricerche sull'efficacia.

A parte queste considerazioni e altre che possono essere fatte sul PDM come proposta di standardizzazione della diagnosi psicoanalitica, mi sembra che, nel panorama editoriale prevalentemente assertivo a cui assistiamo oggi nel nostro campo, il PDM avrà sicuramente un effetto positivo: quello, se non altro, di invitare maggiormente a "pensare".

Riassunto. Viene presentato il *Psychodynamic Diagnostic Manual (PDM)*, pubblicato nel 2006 da cinque organizzazioni psicoanalitiche: l'*American Psychoanalytic Association*, l'*International Psychoanalytic Association*, la *Division 39 ("Psychoanalysis")* dell'*American Psychological Association*, l'*American Academy of Psychoanalysis and Dynamic Psychiatry*, e il *National Membership Committee on Psychoanalysis in Clinical Social Work*. Il PDM include un sistema multiassiale basato su tre assi: asse P (la Personalità, in cui ciascun disturbo ha tre livelli di gravità: "sana", "nevrotica" e "borderline"), asse M (il funzionamento Mentale), e asse S (i Sintomi, in cui viene enfatizzata la esperienza soggettiva). La classificazione dell'infanzia e dell'adolescenza mantiene lo stesso sistema multiassiale ma in un altro ordine (M, P, S), mentre quella dell'età neonatale e della prima infanzia è strutturata in modo diverso dato che segue il modello ICDL-DMIC di Stanley Greenspan. [*PAROLE CHIAVE: Psychodynamic Diagnostic Manual (PDM), diagnosi psicoanalitica, nosologia, disturbi mentali, sistema multiassiale*]

Abstract: THE PSYCHOANALYTIC DIAGNOSIS: PRESENTATION OF THE *PSYCHODYNAMIC DIAGNOSTIC MANUAL (PDM)*. The *Psychodynamic Diagnostic Manual (PDM)* has been published in 2006 by five psychoanalytic organizations: the *American Psychoanalytic Association*, the *International Psychoanalytical Association*, the *Division 39 ("Psychoanalysis")* of the *American Psychological Association*, the *American Academy of Psychoanalysis and Dynamic Psychiatry*, and the *National Membership Committee on Psychoanalysis in Clinical Social Work*. The PDM has a multiaxial system with three axes: axis P (Personality, where each disorder has three levels of severity: "healthy", "neurotic", and "borderline"), axis M (Mental functioning), and axis S (Symptoms, in which subjective experience is emphasized). The classification of children and adolescents uses the same multiaxial system but in a different order (M, P, S), while the classification of infancy and early childhood is structured differently since it follows the ICDL-DMIC system developed by Stanley Greenspan and collaborators. [*KEY WORDS: Psychodynamic Diagnostic Manual (PDM), psychoanalytic diagnosis, nosology, mental health disorders, multiaxial system*]

Bibliografia

- Battaglia P.G. & Furlan P.M. (1984). Considerazioni sull'“aggancio” tra psichiatria e psicoanalisi. *Psicoterapia e Scienze Umane*, XXVIII, 3: 106-121.
- de Girolamo G. & Migone P. (1995). Il DSM-IV e i problemi della diagnosi in psichiatria (con una intervista a Robert L. Spitzer). *Psicoterapia e Scienze Umane*, XXIX, 1: 41-85.
- Galli P.F. (1984). Editoriale. *Psicoterapia e Scienze Umane*, XVIII, 4: 3-4.
- ICDL-DMIC Work Group (2005). *The Interdisciplinary Council on Developmental and Learning Disorders Diagnostic Manual for Infancy and Early Childhood Mental Health Disorders, Developmental Disorders, Regulatory-Sensory Processing Disorders, Language Disorders, and Learning Challenges (ICDL-DMIC)*. Bethesda, MD: Interdisciplinary Council on Developmental and Learning Disorders.
- Kernberg O.F. (1981). Structural interviewing. *Psychiatric Clinics of North America*, 4, 1: 169-195 (trad. it.: La intervista strutturale. *Psicoterapia e Scienze Umane*, 1983, XVII, 4: 22-55). Anche in: *Severe Personality Disorders. Psychotherapeutic Strategies*. New Haven, CT: Yale University Press, 1984, chapter 2 (trad. it.: *Disturbi gravi della personalità*. Torino: Bollati Boringhieri, 1988, cap. 2).
- Lai G. (1984a). Lambrusco e DSM-III. *Psicoterapia e Scienze Umane*, XXVIII, 2: 63-69.
- Lai G. (1984b). Diagnosi e riferimento. *Psicoterapia e Scienze Umane*, XXVIII, 3: 85-105.
- McWilliams N. (1994). *Psychoanalytic Diagnosis. Understanding Personality Structure in the Clinical Process*. New York: Guilford (trad. it.: *La diagnosi psicoanalitica: struttura della personalità e processo clinico*. Roma: Astrolabio, 1999).
- Melega V. & Neri G. (1984). Osservazioni sull'articolo di Kernberg “La intervista strutturale”. *Psicoterapia e Scienze Umane*, XXVIII, 4: 66-80.
- Migone P. (1983a). Verso un aggancio tra psichiatria e psicoanalisi: il problema della diagnosi. *Psicoterapia e Scienze Umane*, XVII, 4: 3-21.
- Migone P. (1983b). La diagnosi in psichiatria descrittiva: presentazione del DSM-III. *Psicoterapia e Scienze Umane*, XVII, 4: 56-90.
- Migone P. (1985). Ancora sulla diagnosi e sul rapporto tra psichiatria e psicoanalisi. *Psicoterapia e Scienze Umane*, XIX, 2: 74-103.
- Migone P. (1992-99). I DSM dell'American Psychiatric Association. In: Pancheri P., Cassano G.B. et al., a cura di, *Trattato Italiano di Psichiatria*. Milano: Masson, 1992 (prima edizione), vol. II, cap. 37, pp. 857-861; 1999 (seconda edizione), vol. II, cap. 33, pp. 1026-1036.
- Migone P. (1995). La diagnosi descrittiva: i DSM dell'American Psychiatric Association. In: *Terapia psicoanalitica*. Milano: Franco Angeli, 1995, cap. 12.
- Migone P. (1996a). Panorama storico delle classificazioni psichiatriche. *Archivio di Psicologia, Neurologia e Psichiatria*, LVII, 2/3: 226-245 (vedi anche: Migone P., Storia della classificazione dei disturbi in psichiatria. In: Pancheri P., Cassano G.B. et al., a cura di, *Trattato Italiano di Psichiatria, Seconda Edizione*. Milano: Masson, 1999, vol. II, cap. 33, pp. 1011-16).
- Migone P. (1996b). Il rapporto tra ICD-10 e DSM-IV. *Neurologia Psichiatria Scienze umane (N.P.S.)*, XVI, 4: 543-557 (vedi anche: Migone P., Le differenze tra ICD-10 e DSM-IV. In: Pancheri P., Cassano G.B. et al., a cura di, *Trattato Italiano di Psichiatria, Seconda Edizione*. Milano: Masson, 1999, vol. II, cap. 33, pp. 1036-1040).
- PDM Task Force (2006). *Psychodynamic Diagnostic Manual (PDM)*. Silver Spring, MD: Alliance of Psychoanalytic Organizations. Sito Internet: <http://www.pdm1.org>.
- Westen D., Morrison Novotny C. & Thompson-Brenner H. (2004). The empirical status of empirically supported psychotherapies: assumptions, findings, and reporting in controlled clinical trials. *Psychological Bulletin*, 130: 631-663 (trad. it.: Lo statuto empirico delle psicoterapie validate empiricamente: assunti, risultati e pubblicazione delle ricerche. *Psicoterapia e Scienze Umane*, 2005, XXXIX, 1: 7-90).
- Zanuso B. (1984). Note in margine sul problema della diagnosi. *Psicoterapia e Scienze Umane*, XXVIII, 2: 70-73.