

Giovedì 15 settembre 2016

Save the date

**Il lungo viaggio della diagnosi psicodinamica:
il PDM – 2 tra precisione diagnostica e complessità clinica**

The long journey of psychodynamic diagnosis:

The PDM-2 between diagnostic accuracy and clinical complexity

Incontro con Nancy McWilliams

Relazione introduttiva (PDM-2: diagnosi sensate per clinici sensibili) di Vittorio Lingiardi

Apertura dei lavori e saluti di

Lisa Cacia

Presidente dell'Ordine degli Psicologi della Liguria

Pietro Caterini

Presidente della Scuola di Psicoterapia Comparata e direttore della sede di Firenze

Laura Grignola

Direttore della sede di Genova

INGRESSO LIBERO

Nancy McWilliams e Vittorio Lingiardi sono Editors e responsabili scientifici della nuova edizione del *Manuale Diagnostico Psicodinamico (PDM-2)*, la cui pubblicazione, negli Stati Uniti e in Italia è prevista per il 2017.

La prima edizione, tradotta in Italia nel 2008, è stata pubblicata negli Stati Uniti nel 2006. Il *Manuale Diagnostico Psicodinamico (PDM)* si propone di integrare complessità clinica e validità empirica e metodologica in vista di una formulazione dinamica del caso e della pianificazione di un trattamento basato sulle caratteristiche del paziente. Il suo approccio diagnostico è mirato a caratterizzare l'intera gamma del funzionamento individuale: personalità, capacità mentali, sintomi, risorse.



Nancy McWilliams

Psicologa e psicoanalista, insegna teoria e terapia psicoanalitica alla Graduate School of Applied and Professional Psychology del New Jersey



Vittorio Lingiardi

Psichiatra e psicoanalista, è professore Ordinario di Psicologia dinamica presso la Facoltà di Medicina e Psicologia, Sapienza Università di Roma

Il lungo viaggio della diagnosi psicodinamica: il PDM-2 tra precisione diagnostica e complessità clinica

Nancy McWilliams, PhD

Introduzione

Il tema che voglio affrontare questa sera riguarda il tentativo di sviluppare un *Manuale Diagnostico Psicodinamico* che possa salvaguardare pratiche diagnostiche clinicamente significative e colmare il divario tra la diagnosi categoriale "neo-kraepeliana", esemplificata nei sistemi nosografici del DSM e dell'ICD, e la tradizionale pratica clinica "biopsicosociale" della formulazione diagnostica. Nella stesura del PDM, abbiamo cercato di conservare una sensibilità diagnostica che fosse dimensionale così come categorica e allo stesso tempo inferenziale, contestuale, e integrativa. Una parte di questo discorso finirà, forse, in un libro sulla salute mentale che al momento sto scrivendo per un pubblico che mi auguro possa essere non solo di addetti ai lavori, pertanto state gettando un primo sguardo al contenuto di questa futura pubblicazione.

Considero le sfide che abbiamo incontrato nel campo della diagnosi clinicamente significativa come parte di un problema più ampio che riguarda, in modo endemico, le grandi società democratiche: quando le decisioni sono prese sulla base di medie statistiche e impatto di massa, gli apparati burocratici prosperano ma, al tempo stesso, viene meno l'attenta considerazione dell'individualità, insieme alla considerazione delle esigenze proprie dei diversi sottogruppi sociali. Nelle culture burocratizzate, gli individui possono sentirsi facilmente delle rotelle prive di nome e senza volto di un qualche enorme ingranaggio o, se ancora con esseri animati, come lo scarafaggio di Kafka.

Questo effetto disumanizzante può diventare particolarmente problematico quando le differenze individuali e di gruppo rivestono una grande importanza, come avviene nel campo della psicologia e della psicoterapia. A seconda della situazione di vita, del temperamento, della fase della vita, del genere e di molti altri fattori, la sanità mentale di un individuo può essere follia in un altro. Per un uomo eccessivamente controllato agire d'impulso potrebbe essere considerato un traguardo, laddove l'impulsività sarebbe sempre la stessa storia psicopatologica per un suo amico cronicamente fuori controllo. Il rispetto di un Indù per l'astrologia ha un significato diverso dall'interesse che può stimolare l'oroscopo in una donna cresciuta in un ambiente luterano.

Nell'arco della vita di molte persone che stanno leggendo questo libro, il campo della salute mentale ha subito un cambiamento graduale ma profondo, lontano dal cercare di comprendere l'unicità del paziente e volto, piuttosto, ad assegnare etichette basate su categorie di sofferenza psicologica sulle quali alcuni specialisti concordano. Parecchi decenni fa, ai terapeuti veniva insegnata l'importanza di elaborare per ogni cliente una "formulazione del caso" che cercasse di cogliere ciò che era unico di quella persona. Questa formulazione includeva osservazioni sul temperamento, le problematiche evolutive, le difese, le inclinazioni emotive, le identificazioni, gli stili di relazione, le credenze sottostanti e le fonti di autostima dell'individuo, tra gli altri fattori.

Al momento, vi sono pressioni da direzioni convergenti affinché i terapeuti effettuino una formulazione della sofferenza dei pazienti, anziché in termini di "disturbi" identificabili e concordati. I problemi psicologici sono stati raggruppati nei documenti ufficiali della nostra comunità scientifica (il Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali dell'American Psychiatric Association, e la Classificazione Statistica Internazionale delle Malattie e dei Problemi Sanitari Correlati), basati sulla condivisione o meno di determinati sintomi osservabili. Piuttosto che sviluppare ipotesi circa la natura specifica dell'infelicità della persona che si vuole aiutare, si tende a far corrispondere il resoconto del paziente a criteri prestabiliti per ciascuna categoria. Insieme a questo cambiamento, vi sono state forti pressioni per limitare il trattamento del cliente solo a specifiche procedure che, attraverso ricerche basate su condizioni artificiali e medie statistiche, si sono dimostrate capaci di ridurre quei sintomi osservabili che definiscono queste categorie diagnostiche reificate. Come molti dei cambiamenti top-down, sono emerse alcune conferme di efficacia, ma a un caro prezzo sotteso che analizzerò stasera.

La psichiatria si è sviluppata in modo diverso rispetto ad altri settori della medicina, in quanto non troviamo malattie classificate, per esempio, come "febbre", "rash cutaneo" o "tremore". Al contrario, le malattie sono raggruppate in base alle sottostanti cause sistemiche dei loro sintomi

caratteristici, le quali sono inferite dalla storia del paziente, dalle circostanze attuali della sua vita, e dalla descrizione dell'intensità e gravità della sua esperienza.

Tuttavia, dato che la psichiatria è una scienza relativamente giovane e sono pochi i problemi mentali sulle cui cause gli esperti concordano, l'American Psychiatric Association ha scelto di classificarli in base a quei sintomi che sono esternamente osservabili.

L'eredità dei cambiamenti delle convenzioni diagnostiche

Nel corso degli anni Settanta, vi fu una crescente richiesta, da parte dei professionisti, di un cambiamento nella classificazione psichiatrica che consentisse il passaggio da una diagnosi più inferenziale, dimensionale e contestuale, a modalità descrittive e categoriali di descrivere la sofferenza psicologica. Una diagnosi inferenziale presuppone che un sintomo sia espressione di qualcosa, che abbia un'origine e un significato. Una diagnosi dimensionale si basa sull'assunto che la maggior parte delle persone possieda degli aspetti di ogni condizione psicologica rilevante, e che queste caratteristiche dovrebbero essere considerate un problema in base al *grado* in cui si manifestano, non a seconda della loro tipologia (come nel famoso commento di Harry Stack Sullivan, "Tutti sono più semplicemente umani che altro"). Una diagnosi contestuale implica, per esempio, che un individuo con delle tendenze "paranoidi" che è effettivamente perseguitato deve essere compreso in modo diverso da una persona che è diventata paranoide in un ambiente facilitante. Al contrario, una diagnosi descrittiva evita deliberatamente di formulare ipotesi sul significato o la causa del sintomo, e una diagnosi categoriale presuppone che la psicopatologia sia meglio compresa in termini di disturbi discreti che possono essere presenti o assenti, piuttosto che in termini di uno spettro che varia, per dire, da normali tendenze ossessive fino a disturbi ossessivo-compulsivi, all'interno del quale si inferisce la patologia solo all'estremo del continuum.

Questo movimento "neo-kraepeliniano" (vale a dire, un movimento ispirato alle ipotesi del grande osservatore psichiatrico del diciannovesimo secolo, Emil Kraepelin) era il risultato di almeno due sfide che i professionisti della salute mentale stavano affrontando nella seconda metà del ventesimo secolo. In primo luogo, il tentativo di ridurre le difficoltà incontrate dai ricercatori che si occupano di salute mentale, il cui lavoro è stato gravato dal fatto che le diverse comunità professionali facevano diagnosi in maniera piuttosto diversa. Nel Regno Unito, per esempio, una determinata costellazione di sintomi che negli Stati Uniti sarebbe stata diagnosticata come schizofrenia aveva più probabilità di essere diagnosticata come psicosi maniaco-depressiva. Gli scienziati comportamentisti lamentavano fortemente queste divergenze e sottolineavano la

necessità di una prospettiva unitaria in modo che le loro scoperte potessero essere applicate a società e gruppi con tradizioni alquanto differenti. Criticavano anche il fatto che molti terapeuti fossero in grado di formulare una diagnosi affidabile fino a che un cliente non fosse stato in trattamento per un periodo sufficiente a far sì che i suoi pattern psicologici diventassero visibili *all'interno della relazione terapeutica*. I ricercatori empirici richiedevano criteri condivisi e del tipo presenti/assenti che potessero essere osservati senza dover intraprendere una prolungata formazione clinica o vedere i pazienti per settimane. Per studiare il disturbo narcisistico di personalità, per esempio, volevano essere in grado di formulare una diagnosi senza prendere in carico ogni singolo individuo potenzialmente narcisistico e cogliere gradualmente la natura del suo comportamento, e nella sua disposizione emotiva, nei confronti del terapeuta.

In secondo luogo, le sindromi diagnostiche descritte nelle prime due edizioni del Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali (DSM) dell'American Psychiatric Association erano fortemente influenzate dagli assunti della psicoanalisi, principale paradigma esplicativo nella psichiatria della prima metà del ventesimo secolo. Verso la fine degli anni Sessanta si svilupparono altri modelli che spiegavano la psicopatologia, quali la psichiatria biologica, una vasta gamma di approcci umanistici, i modelli sistemico-familiari, gli studi comportamentali e il nascente movimento della psicologia cognitiva. Vi era l'evidente necessità di una nomenclatura che non privilegiasse una prospettiva teorica rispetto ad altre.

Con la pubblicazione della terza edizione del DSM nel 1980, queste criticità furono risolte con la stesura di un manuale destinato a soddisfare le esigenze di ricercatori e terapeuti di formazione non psicoanalitica, così come di organizzazioni con fini di lucro, società di finanziamento e istituti di statistica demografica. Questa classificazione era descrittiva, più che inferenziale, e descriveva disturbi discreti più che dei range e delle variazioni sul tema. Una delle mie prime illuminazioni sul rovescio della medaglia di questo cambiamento è avvenuta quando, nel 1990, fui invitata a parlare in un stimato ospedale psichiatrico. Mi fu chiesto di intervistare, di fronte ai medici specializzandi, due pazienti che presentavano un quadro diagnostico confuso. Come la maggior parte dei terapeuti competenti, fui in grado entrare in relazione con entrambi, e in entrambi i casi il paziente rivelò informazioni importanti che il personale non conosceva. Mentre me ne stavo andando, sentii uno specializzando dire a un altro: "La strategia che usa è fantastica. La utilizzerò anch'io quando intervisterò i pazienti". Incuriosita, gli chiesi a quale mia "strategia" si riferisse. La sua risposta fu: "Mi potrebbe dire qualcosa di più su questo?!"

Questo giovane medico, un giovane brillante e molto sensibile, era stato formato con l'ottica del DSM-III ed era addestrato a fare domande come, "Questo problema l'ha turbata per più o meno di due settimane?" - domande per le quali ci sono risposte sì/no, domande che non invitano a rivelazioni inaspettate. Sapeva come far rientrare il paziente in categorie preesistenti, ma non come imparare qualcosa dal paziente, il mettersi nei panni di quella persona. Inquadrare un individuo all'interno di una categoria tende a precludere l'esplorazione di ciò che è unico del paziente; soprattutto, ostacola gli insight su aspetti inattesi della psicologia dell'individuo o l'esplorazione di aree ritenute inaccettabili - le aree che sono realmente importanti nel corso di una psicoterapia.

Da quel momento, le cose sono solo peggiorate per quelli di noi che hanno bisogno di comprendere i pazienti in tutta la loro complessità. Gli studenti in molte professioni di cura, non solo la psichiatria, sono addestrati a considerare il DSM come una sorta di "bibbia" dei problemi di salute mentale esistenti e non sono tenuti a imparare ad ascoltare con curiosità e umiltà l'esperienza soggettiva idiosincratICA di una persona. A meno che non si equipari l'eliminazione di un sintomo con la completa salute mentale, il DSM non possiede un concetto implicito di benessere psicologico. Come con qualsiasi prodotto di un comitato, il manuale è un compromesso politico che riflette diverse pressioni e, come i suoi autori hanno esplicitamente dichiarato fino alla sua più recente incarnazione (DSM-5), non è stato progettato per sostituire l'inferenza clinica. Come molti hanno rilevato, l'attuale DSM è un riflesso opaco della gamma e della profondità della sofferenza umana, e il suo uso acritico ha contribuito a un sovrautilizzo dei farmaci e al fraintendimento di molte patologie.

Le conseguenze non intenzionali del tentativo del contenimento dei costi

Vi è una mole imponente di evidenze che dimostrano come la psicoterapia non solo riduca la psicopatologia (Seligman, 1995), ma anche prevenga o mitighi problemi che si accompagnano a significativi costi sociali a lungo termine, come la malattia fisica, la dipendenza, la criminalità, il carcere e la perdita di produttività lavorativa (Lazar 2010). Si potrebbe pensare che, in un mondo in rapida evoluzione in cui stress e traumi continuano a creare difficoltà psicologiche, le società dovrebbero investire risorse nel supportare la psicoterapia che, nonostante richieda spese per la formazione e per il compenso di terapeuti capaci, costituirebbe un investimento vantaggioso a lungo termine.

Anche se economicamente vantaggioso a lungo termine, tutti gli incentivi ai gruppi di finanziamento (compagnie di assicurazione, programmi governativi) sono a breve termine: "Quanto hai risparmiato quest'anno?" Quando i tagli dei costi cercano di salvaguardare i soldi dei contribuenti, i primi programmi che tendono ad eliminare sono quelli che prevengono le future psicopatologie. L'efficacia di tali programmi non è immediatamente evidente, e studi a lungo termine sulla loro efficacia sono costosi da condurre. È chiaramente conveniente *nel breve termine* inquadrare i servizi di salute mentale come la più rapida soluzione della maggior parte dei sintomi invalidanti di alcuni disturbi discreti condivisi. A lungo termine, paghiamo per questa miopia dei costi enormi a causa dell'aumento delle persone senza fissa dimora, del crimine, delle dipendenze, e altri danni sociali.

Un interessante (e, per un terapeuta, alquanto sconcertante) effetto collaterale di questo cambiamento verso una psichiatria descrittiva e categorica coinvolge il modo in cui, a partire dal cambio di modello del DSM-III, le persone che appartengono alle culture occidentali hanno cominciato a parlare di se stesse. Una volta, una donna socialmente evitante sarebbe venuta in terapia dicendo qualcosa del genere: "Sono una persona terribilmente riservata, e ho bisogno di aiuto per imparare a relazionarmi meglio con le persone all'interno delle situazioni sociali." Ora, una persona con tale preoccupazione direbbe, probabilmente, di "avere" una fobia sociale - come se un male alieno avesse invaso la sua vita personale che altrimenti sarebbe senza problemi. La gente parla di sé attraverso acronimi stranamente dissociati dalla propria esperienza vissuta: "Ho mio OCD", "il mio disturbo alimentare". C'è una strana scissione tra il percepirsi come un sé agente, che include il proprio comportamento, il proprio corpo o la vita emotiva e spirituale, e sentire la propria sofferenza, e quindi le proprie possibilità di risolvere un problema. In molti individui che oggi richiedono una terapia c'è un aspetto passivo, come se ritenessero che il modo migliore per raggiungere un importante cambiamento psicologico fosse quello di descrivere i sintomi a un esperto e aspettare che gli venga detto quale medicina prendere, quali esercizi fare, o quale manuale di auto-aiuto leggere.

I problemi di salute mentale vengono elencati all'interno del DSM, e nelle altre classificazioni simili, come se non ci fosse alcuna narrazione personale che tiene insieme le diverse difficoltà lamentate dall'individuo. I terapeuti esperti tendono a vedere connessioni all'interno di quello che una persona che "ha", allo stesso tempo, un disturbo della personalità, una depressione, una dipendenza, un sintomo da stress post-traumatico e un comportamento autolesionistico. Se l'esperienza clinica ci insegna che lo sviluppo di una narrazione personale sui rapporti tra l'unicità

delle proprie esperienze di vita e la propria psicologia idiosincratica è un elemento chiave della salute mentale - così evidente nella sua assenza nella vita mentale frammentata di molti sopravvissuti a un trauma - non è difficile riconsiderare la nostra attuale nomenclatura psichiatrica come un contributo all'auto-frammentazione, piuttosto che costituire un mezzo finalizzato a porvi rimedio.

Effetti indesiderati degli interessi delle multinazionali farmaceutiche

Le aziende farmaceutiche hanno un interesse naturale nel definire la sofferenza mentale in termini di specifici singoli disturbi: una volta che esiste una "malattia", un farmaco può essere commercializzato per il suo trattamento. Non c'è nulla di intrinsecamente cinico in questo processo; questo è il modo in cui i gruppi farmaceutici svolgono il loro ruolo sulla scena globale della salute mentale. A loro difesa va detto che è ragionevole pensare a molti tipi di sofferenza mentale (per esempio, i disturbi bipolari, il disturbo-post traumatico da stress, ecc) come a malattie specifiche. Senza un trattamento chimico di alcune condizioni depressive, maniacali o psicotiche, la psicoterapia sarebbe impossibile: in assenza di farmaci, il livello di terrore o di odio di sé o di agitazione del paziente travolgerebbe ogni altro possibile focus di attenzione. La maggioranza dei medici è quindi grata all'industria farmaceutica per aver sintetizzato farmaci capaci di alleviare la sofferenza psicologica. Tuttavia è compito sia dei terapeuti sia dei pazienti in terapia affrontare non solo i sintomi isolati dei disagi psicologici, ma anche i problemi di più vasta portata che confluiscono nel disagio della persona. Che il nostro approccio sia sistemico familiare, cognitivista o psicoanalitico, abbiamo bisogno di fare inferenze per condurre il trattamento. Perché il punto di vista delle aziende farmaceutiche conta di più della nostra capacità di cogliere una prospettiva più ampia?

Una risposta potrebbe essere che una concezione del disagio psicologico come una serie di disturbi *risolvibili* o *migliorabili* chimicamente può facilmente incoraggiare l'ipotesi opposta per cui quelle esperienze dolorose sarebbero fondamentalmente *causate* da differenze chimiche casuali o su base genetica. Questa è una conclusione falsa, equivale a dire che poiché la marijuana migliora l'appetito, la causa di uno scarso appetito è la mancanza di marijuana. Ma è anche un'assurdità attribuire quasi tutti i gravi disturbi psicologici a uno "squilibrio chimico". Tale concezione ci induce a ignorare tutte le altre fonti di sofferenza psicologica, come la povertà, i maltrattamenti, il trauma, la trascuratezza e l'infinità di modi con cui gli esseri umani possono fare del male all'altro psicologicamente.

Considerare i disagi mentali come malattie che semplicemente ci sono "capitate" (proprio come quando uno prende l'influenza da un virus a caso o sviluppa la malattia di Huntington per motivi puramente genetici) è un modo di "assolvere" noi stessi e le persone che amiamo. Non c'è "colpa" per una malattia capitata per caso o spiegata geneticamente, e nessuno può essere incolpato per la nostra sofferenza. In questo c'è qualcosa che ci attrae profondamente, soprattutto per quanto riguarda quei problemi tradizionalmente oggetto di stigma come sono i problemi legati alla salute mentale. Tuttavia, nella migliore delle ipotesi, considerare il disagio psicologico in questo modo è riduttivo. È importante notare che avere una comprensione più completa delle origini del disagio mentale non significa considerarlo una "colpa" o qualcosa di cui "vergognarsi"; inoltre, le persone i cui maltrattamenti hanno contribuito a creare i problemi di altre lo hanno fatto a causa dei loro limiti psicologici e non con l'intenzione consapevole o con la volontà di nuocere.

Nel definire i loro prodotti come "il" trattamento d'eccellenza per determinati problemi mentali, le aziende farmaceutiche hanno implicitamente causato molte conseguenze negative. A seguito delle campagne pubblicitarie a favore di farmaci ansiolitici e anti-depressivi nella seconda metà del XX secolo, alcuni ricercatori in psicologia (vedi, per esempio, Barlow, 2011), ipotizzando che queste patologie potessero rispondere altrettanto rapidamente anche alla sola psicoterapia, si impegnarono nel confronto scientifico sull'efficacia delle psicoterapie vs farmaci. In queste ricerche, nonostante la lunga tradizione in psicologia accademica di criticare il "modello medico" della psicopatologia, i ricercatori adottarono le definizioni dei disturbi del DSM al fine di verificare se psicoterapie strutturate a breve termine fossero altrettanto efficaci dei farmaci propagandati come i trattamenti di scelta.

In generale, le psicoterapie tendono a ridurre i sintomi depressivi e ansiosi con la stessa efficacia dei farmaci (e senza effetti collaterali). Noi terapeuti generalmente apprezziamo questi studi dei nostri colleghi accademici: hanno dato un supporto scientifico a ciò che sentiamo e sappiamo per esperienza clinica (sebbene l'esperienza clinica abbia anche confermato l'esistenza di ampie differenze individuali nella risposta sia alla terapia sia ai farmaci: le medie statistiche si rivelano all'incirca alla pari, ma per qualcuno potrebbero funzionare meglio i trattamenti farmacologici, per altri le psicoterapie, o entrambi). Per realizzare ricerche efficaci e praticabili sul tema psicoterapia versus farmacoterapia, tuttavia, gli scienziati hanno dovuto adottare il paradigma favorito dalle case farmaceutiche di interpretare i problemi di salute mentale come categorie di

singoli disturbi; e così, il loro lavoro involontariamente ha contribuito a sostenere un paradigma artificiale e medicalizzato.

I professori universitari, e poi i loro studenti, hanno cominciato a pensare in questi termini circa la natura stessa della psicoterapia. È molto più facile fare ricerca sulla sofferenza psicologica inquadrata in singole categorie di disturbi, piuttosto che sulle problematiche più confuse e controverse che pazienti e terapeuti "reali" devono affrontare insieme, per esempio se e come fare coming out come gay quando la propria famiglia è cristiana fondamentalista, oppure come affrontare la propria infertilità, o ancora come essere contenti del proprio corpo in una cultura che ci bombarda di canoni di bellezza in stile Barbie. In altre parole, ciò che è più facilmente ricercabile ha finito per definire ciò che è importante capire, a dispetto del mondo reale della pratica psicoterapica.

Nella sensibilità generale emergente da tali interessi, psicologi e assistenti sociali inizialmente contrari a utilizzare categorie riduzionistiche, lentamente si sono uniti ai loro colleghi medici nel rappresentare la sofferenza mentale con acronimi quali BPD, OCD, ODD, e ADHD. Tale accettazione di definizioni sostenute dalle aziende farmaceutiche e da alcuni ricercatori ha favorito il presupposto generale per cui le persone soffrono di malattie discrete e così, quando riferiscono più di un comportamento o di un'esperienza problematici, la loro situazione finisce per essere definita in termini di "comorbilità" di due o più disturbi.

A volte, proprio come si potrebbero avere due condizioni mediche non correlate, tipo un alluce rotto e la colite, si *possono* in effetti avere due tipi coesistenti di sofferenza psicologica che sono veramente indipendenti. Si potrebbe soffrire, per esempio, sia di crisi epilettiche sia di un disturbo alimentare. Tuttavia, più comunemente, i problemi psicologici sono intrecciati in modo complesso e non concettualmente separabile. La nostra abitudine a considerare tali problemi condizioni distinte che uno "ha", ha reso sempre più difficile cogliere che tipo di capacità psicologiche, integrazioni e elementi di continuità caratterizza la salute mentale generale, e in che modo i terapeuti possono meglio aiutare i pazienti a svilupparle.

Effetti indesiderati dei cambiamenti nel mondo accademico

Negli ultimi anni abbiamo assistito a un crescente, reciproco estraniarsi tra ricercatori e clinici. I professori universitari, soprattutto in ambito medico, si sentono comprensibilmente frustrati

quando i terapeuti non applicano le tecniche che loro hanno studiato e validato; e i terapeuti sono comprensibilmente esasperati quando gli accademici pretendono di insegnargli un'arte che loro praticano da anni. Una certa quantità di questa tensione è sana. Al tempo stesso, i terapeuti considerano questa crescente disaffezione tra clinici e accademici potenzialmente pericolosa, visto che i nostri colleghi universitari si lamentano con i media che noi non utilizziamo le "migliori tecniche evidence-based" (metodi tipicamente sviluppati in contesti sperimentali che non sempre possono essere applicati alla complessità di individui in difficoltà), o che stiamo ignorando le "buone pratiche la cui efficacia è stata dimostrata" (efficacia basata su medie statistiche dalle quali ogni individuo nel mondo reale della pratica clinica può deviare).

Queste "lamentazioni" pubbliche hanno implicazioni nella pratica clinica: le compagnie di assicurazione e i sistemi sanitari governativi hanno preferito appoggiare gli approcci della psicologia accademica e della medicina che promuovono interventi più veloci, più facili, più empiricamente giustificati - e meno costosi - rispetto a quelli più lunghi e laboriosi delle terapie tradizionali. Hanno poi imposto ai terapeuti quello che ritenevano avesse senso supportare finanziariamente: non a caso quel tipo di ricerche che richiedevano investimenti meno dispendiosi.

Ci sono sempre state differenze temperamentali tra accademici e terapeuti. La motivazione a criticare e a migliorare le conoscenze esistenti e la motivazione a ridurre la sofferenza nel qui e ora sono in un certo modo due vocazioni diverse, analoghe alla differenza che esiste tra uno scienziato puro e quello che si occupa di scienze applicate, tra un fisico teorico o un matematico e un ingegnere.

C'è anche da dire che ricercatori e terapeuti (così come gli amministratori di enti di salute mentale) rivestono anche ruoli differenti, lavorano sotto differenti pressioni, e sono stimolati da incentivi diversi. (Boswell, Kraus, Miller, e Lambert, 2014). Tuttavia gli sviluppi della vita accademica nel corso degli ultimi decenni hanno aumentato il divario tra i due gruppi. Come membro di un corpo docente accademico che opera anche sul fronte clinico, ho avuto più opportunità di vedere da vicino questi cambiamenti rispetto alla maggior parte dei miei colleghi terapeuti.

Agli inizi dei miei studi per diventare una terapeuta, la maggioranza dei professori di psicologia clinica possedeva un'adeguata esperienza clinica, e spesso ha continuato a mantenere la pratica terapeutica. Oggi sarebbe un suicidio professionale farlo, dal momento che perseguire

l'avanzamento di carriera e il mantenimento del proprio ruolo accademico è diventato così logorante da rendere necessario dedicare tutte le proprie energie a sviluppare progetti di ricerca, reperire finanziamenti, partecipare a comitati accademici di valutazione, scrivere articoli su riviste specializzate. Ne consegue che sono pochi gli studiosi che dispongono dell'esperienza per poter empatizzare con i terapeuti e il mondo della pratica clinica. Come possono sapere che i problemi per i quali la maggior parte delle persone chiede una terapia non sono rappresentati in modo infallibile dalle categorie DSM? Come possono sapere che il modo più rapido per ridurre un sintomo specifico non è necessariamente quello con cui si procede verso la salute psicologica?

Come tutti noi, i ricercatori accademici traggono conclusioni generali a partire dalle esperienze che organizzano le loro vite. Per condurre studi di outcome che mettano a confronto l'efficacia dei diversi tipi di terapia oppure le psicoterapie vs le farmacoterapie, si devono osservare diverse cautele metodologiche: (1) la condizione da studiare deve essere il più possibile circoscritta, in modo che i risultati non siano contaminati da fattori estrinseci (si parla in questo caso di "cherry-picking", cioè scegliere in modo selettivo il proprio tema di ricerca); (2) deve esserci un assessment oggettivo dei sintomi riportati all'inizio del trattamento (baseline); (3) tutti i terapeuti che svolgono un approccio specifico devono seguire lo stesso protocollo (manualizzazione); (4) al termine del trattamento si devono avere le misurazioni degli stessi sintomi valutati all'inizio del trattamento (misure di outcome). Inoltre, considerati i limiti temporali dei finanziamenti e le pressioni ad accumulare pubblicazioni, in genere i ricercatori devono lavorare su tempi brevi. Questi elementi costituiscono un ragionevole paradigma di ricerca e gli studi condotti in questo modo hanno dato un contributo prezioso alla pratica della terapia nel mondo extra-accademico.

Tuttavia quando i terapeuti sentono che chi fa ricerca si aspetta che (1) circoscrivano i problemi, (2) raccolgano indici oggettivi dei sintomi all'inizio del trattamento, (3) aderiscano strettamente a un manuale sviluppato per un disturbo specifico, e (4) giudichino l'outcome in base a cambiamenti nei sintomi piuttosto che a un miglioramento nel funzionamento psicologico generale, ci sembra che siamo stati costretti ad applicare un paradigma di ricerca a una situazione clinica che ha caratteristiche molto diverse. E ora vi voglio spiegare perché questo paradigma di ricerca non si adatta bene alla pratica clinica.

I pazienti possono rivolgersi ai terapeuti lamentando un disturbo particolare, ma raramente risulta che il disturbo riportato inizialmente sia l'unico aspetto di interesse clinico. Per esempio, un uomo può chiedere un consulto per un problema di "gestione della rabbia" e poi si scopre che ha una dipendenza che disinibisce l'espressione della sua rabbia. L'oggetto più importante

d'intervento è dunque la dipendenza, non il training alla capacità di gestire della rabbia. Una donna con un "disturbo d'ansia" può rivelarsi avere un complesso insieme di problemi post-traumatici. Ridurre i sintomi di ansia non cambierà le continue risposte non adattive alla propria storia traumatica, che deve essere affrontata come il problema principale. L'oggettiva misurazione dei sintomi osservabili è preziosa nella ricerca, ma in terapia ciò che conta può essere invece la sofferenza implicita, soggettiva. Agli occhi del paziente la manualizzazione rende il terapeuta un semplice esecutore di ricette da libro di cucina (e in effetti vi sono ricerche che suggeriscono che in terapia seguire attentamente un manuale sembrerebbe *inversamente* correlato al progresso terapeutico).

Infine, in terapia i sintomi vanno e vengono e, talvolta, peggiorano pur nel quadro di un miglioramento complessivo. In tempi brevi, la loro presenza o assenza, ripresa o miglioramento, spesso non sono i migliori indicatori di un cambiamento importante. Per esempio un individuo può risultare *più* ansioso quando sperimenta comportamenti più efficaci che sono però ancora sconosciuti e lo fanno sentire in pericolo; possono mostrare sintomi *più* depressivi quando finalmente si concedono di piangere una perdita che hanno gestito per anni attraverso il diniego. Anche all'interno dei confini del cosiddetto modello medico possiamo constatare che nessun medico che si rispetti equiparerebbe l'eliminazione di una febbre o di un rash cutaneo con la cura della malattia che sta dietro a una temperatura elevata o una dermatite. In linea di massima un terapeuta non dovrebbe considerare la riduzione sintomatologica automaticamente come il segno di una guarigione psicologica.

È noto che il filosofo Gilbert Ryle definisce "errore categoriale" l'errata applicazione dei concetti di una disciplina alle esigenze di un'altra. Penso che questo sia successo tra ricerca accademica e pratica clinica della psicoterapia. Non conosco clinici che pensano che la pratica clinica non dovrebbe essere influenzata significativamente dalla ricerca: tuttavia, *basarsi* sulla ricerca è ben diverso da *essere come* la ricerca.

Quale prezzo stiamo pagando?

Considerare tutte le sofferenze psicologiche apparentemente simili come lo stesso fenomeno, e quindi determinare le terapie per una determinata categoria sulla base di medie statistiche, è una ricetta per commettere gravi errori nel trattamento. Possiamo definire una depressione a partire

da certi segni esternamente osservabili, ma se non ne capiamo il significato, il livello di gravità e il contesto, è molto probabile che sbaglieremo approccio con il paziente. A seconda delle differenze di personalità, cultura, credenze e circostanze, una persona depressa potrà essere più aiutata dai farmaci, un'altra da una terapia caratterizzata da un atteggiamento di preoccupazione compassionevole, un'altra ancora con incoraggiamenti a fare esercizio fisico e a curare il sonno, un'altra ancora da un approccio terapeutico che aggredisce le credenze implicite autodistruttive. Fare queste distinzioni è compito del terapeuta, e la ricerca su queste differenze tra pazienti dovrebbe offrire ai terapeuti una comprensione più preziosa dei loro pazienti, certo più che sentirsi dire ciò che funziona in un setting sperimentale con malati che si auto-identificano in un singolo disturbo "in assenza di comorbidità con altre patologie".

Una depressione è un tipo di malattia, ma come condizione medica è più simile alla condizione di zoppicare che a uno specifico processo patologico. Lo zoppicare è una conseguenza definibile e descrivibile di certi tipi di danni. Un danno che può derivare da molte possibili cause e influenze, e può aver interessato la gamba a partire da diverse parti del corpo (danno al piede, alla coscia, all'anca, alla spalla). Possiamo facilmente descrivere lo zoppicare, usando criteri presenza/assenza per "diagnosticarlo", ma per aiutare qualcuno che zoppica, abbiamo bisogno di sapere come si è sviluppata questa andatura claudicante, quanto dolore comporta, come limita il soggetto e, se utile, dovremmo formulare indicazioni, nel caso in cui dobbiamo aiutare lo zoppo a camminare normalmente così come nel caso in cui dobbiamo favorire, che so, il processo del lutto di fronte a un fatto doloroso della vita che non potrà cambiare.

Nel caso in cui i finanziatori di trattamenti psicoterapeutici si convincessero, sulla base dei dati forniti da alcuni miei zelanti colleghi ricercatori con poca esperienza come terapeuti, che tutti i casi di OCD diagnosticati secondo il DSM vanno trattati con una terapia di esposizione "evidence-based" (un eccellente trattamento efficace per molti disturbi ossessivo-compulsivi), io potrei rischiare di essere accusata di malpractice nel caso provassi ad aiutare il paziente che vuole lavorare in un altro modo - anche se penso che la versione specifica e individuale di sintomi ossessivi che questo paziente ha legittimi un approccio diverso e se ho esperienza di riduzione di sintomi ossessivo-compulsivi attraverso altri metodi? Tali preoccupazioni recentemente hanno spinto l'American Psychological Association (vedi Campbell, Norcross, Vasquez, e Kaslow, 2013) ad emettere un comunicato stampa sottolineando (1) il potere empiricamente consolidato della *relazione* terapeutica sul tipo di intervento e (2) l'importanza di prendere in considerazione i valori e la sensibilità del paziente al momento di pianificare il trattamento.

Quando definiamo (reificiamo) comuni costellazioni di sintomi psichiatrici come "disturbi" e quindi assumiamo un approccio psicoterapeutico che va bene per tutti (*one-size-fits-all*) rischiamo di trattare le persone come gruppi di "minoranze". Per esempio, alcuni trattamenti sviluppati per i bambini autistici come gruppo incoraggiano sistematicamente l'insegnamento del contatto visivo. Questi approcci possono essere molto utili. Tuttavia presuppongono una cultura in cui guardare gli altri negli occhi è la regola. In alcune culture, tale comportamento è segno di maleducazione. Un terapeuta sensibile si comporterebbe in modo diverso con un bambino autistico che proviene da questa altra cultura. Se un terapeuta non può adeguare una cura al contesto e al background del paziente, il trattamento è probabilmente destinato a fallire.

Ci sono voluti decenni per le persone di orientamento non eterosessuale a convincere i terapeuti identificati con la maggioranza eterosessuale che non c'è nulla di patologico nel loro modo di amare. Ci sarebbe voluto anche di più se i terapeuti fossero stati obbligati a praticare alcuni dei "trattamenti" per l'identità di genere atipica (per esempio, Rekers e Lovaas, 1974) sviluppati dagli psicologi nel 1970 sulla base del loro essere "evidence based". Erano stati, infatti, sviluppati secondo rigorose condizioni metodologiche e si sono mostrati efficaci nel ridurre i comportamenti "effeminati" nei ragazzi. Tale visione avrebbe però precluso più ampie visioni, per esempio l'idea di cosa poter fare per rendere soddisfacente la vita delle minoranze sessuali.

Ci sono molti modi per aiutare le persone. In tutti, la psicoterapia è idealmente un processo bidirezionale nel quale i clinici imparano dai loro pazienti e viceversa. Sono diventata una terapeuta per cercare di aiutare le persone che soffrono psicologicamente, e da loro, per quanto ho potuto, ho appreso l'immensa complessità della condizione umana. Mi piace pensare a me stessa come una guaritrice; sento che i miei pazienti ripongono in me una sacra fiducia ed è fondamentale per la mia auto-stima ripagare la loro fiducia. Non c'è nulla di nobile o sacro, tuttavia, nel vedersi come un tecnico. E per i pazienti, spesso non c'è nulla di evolutivamente confortante, niente che favorisca un senso di crescita personale e di realizzazione, nella classificazione e nella riduzione di un sintomo specifico. Senza sintomi si sta meglio, è ovvio - e non è poco. Ma la riduzione di sintomi che possiamo osservare e riferire -- come ansia, depressione, ossessioni, compulsioni, disturbi alimentari e così via -- è ben lungi dal rappresentare l'intero quadro di ciò che speriamo di realizzare in una vera relazione terapeutica. Speriamo di aiutare le persone a trovare il loro posto in una vita più autentica, gratificante, degna di essere vissuta.

Nelle trincee professionali di oggi, i terapeuti sono costantemente indotti a ridefinire se stessi come abili dispensatori di prodotti (farmaci, tecniche manualizzate) più che come terapeuti che sanno offrire una relazione globalmente curativa (all'interno della quale molti interventi tecnici possono essere utili). Come ha detto il mio collega David Mintz (comunicazione personale, 10 agosto, 2016), siamo diventati "professionisti della malattia mentale" e non "professionisti della salute mentale". L'attuale insistenza a limitarsi a ridurre i sintomi di sofferenze osservabili e misurabili, finisce per oscurare una questione ben più importante, e cioè che cosa pensiamo siano la salute mentale e la maturità, la competenza emotiva e il benessere psicologico.

La storia del progetto PDM

Era il 2003 e Stanley Greenspan, uno dei più eminenti psichiatri infantili, era al culmine della preoccupazione per quanto stava accadendo nel campo della salute mentale. Negli ultimi anni aveva notato che molti genitori che si rivolgevano a lui per i problemi psicologici dei figli sembravano poco interessati a capire il significato dei comportamenti dei loro figli e delle loro figlie o il ruolo che avrebbero potuto avere nell'aiutarli a superare i problemi che avevano descritto. Volevano semplici diagnosi, come ADD (Attention Deficit Disorder), e facili prescrizioni farmacologiche. Era anche stanco di sentire che le terapie psicoanalitiche non erano "evidence-based". Anche se c'erano alcuni, pochi, studi randomizzati controllati sui trattamenti psicodinamici, a suo parere la vasta letteratura sulla personalità, la forza dell'io, le difese, l'attaccamento, le neuroscienze e altri campi rappresentava una forte prova di evidenze per il nostro lavoro. Ritenendo che questa preoccupante situazione derivasse in parte dall'impatto delle tassonomie ufficiali, iniziò a concepire un nuovo tentativo di classificazione – questa volta destinato a clinici più che ai ricercatori, ai contabili di cartelle cliniche e al personale addetto ai bilanci.

A quel punto Greenspan decise di contattare i presidenti delle cinque principali organizzazioni psicoanalitiche americane: l'International Psychoanalytical Association, l'American Psychoanalytic Association, la sezione di Psicoanalisi della American Psychological Association (Division 39), l'American Academy of Psychoanalysis, e il National Membership Committee on Psychoanalysis in Clinical Social Work (oggi American Association for Psychoanalysis in Clinical Social Work). Li persuase a sostenere questo progetto, e chiese loro di nominare delle persone per diversi gruppi

di lavoro, tra cui: personalità dell'adulto e del bambino, funzionamento mentale, pattern sintomatici, e ricerca sugli esiti del trattamento. Riuscì anche a coinvolgere autorità nel campo scientifico con orientamento psicoanalitico (per esempio, Sidney Blatt, Reiner Dahlbender, Peter Fonagy, Falk Leichsenring, Jonathan Shedler, Howard Shevrin, Joel Weinberger, Drew Westen, Daniel Widlòcher), a fornire degli articoli che testimoniassero il loro impegno sul fronte della ricerca in modo che il nuovo sistema di classificazione includesse supporti empirici incontestabili.

Sono stata coinvolta nel progetto PDM quando Jaine Darwin, futuro presidente della Division 39, mi candidò per la task force sulla personalità. Alla fine, i vari partecipanti mi chiesero di guidare la task force e di scrivere la nostra sezione di quello che iniziammo a chiamare il "Manuale Diagnostico Psicodinamico." Accettato questo ruolo, mi chiesero di far parte anche del Comitato Direttivo. E via via che arrivavano i contributi dei vari gruppi di lavoro, Stanley Greenspan cominciò a far riferimento a me e a Robert Wallerstein per la revisione dei testi del manuale. Insomma, pur non avendo partecipato all'idea originaria del PDM, sono salita sul treno alle prime fermate e riuscendo a farmi una visione panoramica dell'immensità del progetto.

Sono rimasta subito impressionata dalla dedizione del Comitato di cui ero entrata a far parte. Nonostante Wallerstein mi avesse privatamente allertato circa la presenza di alcuni individui intransigenti e un po' presuntuosi – da cui la richiesta di operare con estrema diplomazia – ho però constatato che tutti erano desiderosi di costruire un terreno comune di lavoro. Uno dei nostri rari disaccordi riguardava se caratterizzare o meno la struttura della personalità come un continuum che va dalla personalità sana fino a livelli di organizzazione psicotica. Jonathan Shedler e Drew Westen ritenevano che includere un "livello di gravità" psicotica avrebbe confuso i lettori che si erano abituati a pensare ai fenomeni psicotici come categorie di "disturbi" distinti, e non come un livello di organizzazione della personalità. In assenza di ricerche che dimostrassero il consenso della comunità psicoanalitica riguardo al concetto di livello di organizzazione psicotica, abbiamo deciso di stabilire questo continuum: da personalità sana, a livello nevrotico, a livello borderline, fino a "confine con le psicosi."

Come molti di voi sanno, la versione originale del PDM comprendeva le sezioni (1) adulti, (2) bambini e adolescenti, e (3) infanzia e prima infanzia, seguiti da una sezione di articoli empirici voluta da Greenspan. All'interno delle sezioni adulto e bambino/adolescente rispettivamente, c'erano sottosezioni riguardanti i pattern e strutture di personalità (o pattern in via di formazione, nel caso dei bambini), le capacità mentali (9 funzioni), e i sintomi (qui abbiamo ripreso le categorie

diagnostiche DSM e approfondito l'esperienza personale di ciascun disturbo in termini di aspetti cognitivi, affettivi, somatici, e interpersonali), oltre alla formulazione completa di alcuni casi. La sezione dedicata all'infanzia era un esteso trattato di problematiche relative ai primi anni di vita che comprendeva molte condizioni non considerate dal DSM.

Nel tentativo di mantenere bassi i costi per gli studenti, e poiché la sua organizzazione (il Consiglio Interdisciplinare per lo sviluppo e l'apprendimento) aveva la possibilità di produrre un volume in quantità, Greenspan scelse l'auto-pubblicazione come metodo migliore di stampa e diffusione del Manuale. Questa decisione permise di mantenere bassi i costi, ma lasciò la pubblicazione priva dei servizi di marketing che avrebbe ricevuto da un editore affermato. Quando Greenspan si ammalò e morì a pochi mesi dal completamento dell'opera, la decisione su quanti volumi produrre e come commercializzarli passò ai responsabili dell'ICDL, che non avevano fatto parte dell'impresa PDM. Fortunatamente, la vedova di Stanley, Nancy Greenspan, protesse gli interessi del PDM, insistendo, per esempio, che nessuno dei profitti dal volume fosse dirottato altrove.

Nonostante la morte di Greenspan subito dopo la sua pubblicazione e nonostante i limiti della scelta di auto-pubblicazione, il PDM-1 è stato un successo. Greenspan era stato capace di mettere tutti d'accordo nella redazione di un documento finito in soli due anni - un risultato notevole considerando la tendenza degli psicoanalisti a litigare tra di loro e le loro resistenze a parlare come una sola comunità. Il PDM-1 è stato recensito positivamente da diverse importanti testate professionali e anche dal New York Times. In alcuni paesi, tra i quali soprattutto l'Italia e la Nuova Zelanda, il PDM è diventato molto noto, mentre in altri, per esempio nella maggior parte dei paesi dell'Estremo Oriente, è stato del tutto invisibile. Direi che nel complesso, trattandosi di un'impresa nuova e controversa, le vendite sono andate bene.

Greenspan originariamente concepiva il PDM come un documento preliminare che sarebbe stato migliorato dalle critiche di clinici e ricercatori. Fin dalla sua uscita ha esplicitamente invitato la comunità della salute mentale a commentarlo. La maggior parte dei feedback è stata positiva. Abbiamo anche ricevuto un'osservazione che ci ha messo in imbarazzo. Daniel Plotkin, uno psichiatra geriatrico di Los Angeles, ci ha scritto per chiedere il motivo per cui, in un documento che si mostrava sensibile ai temi dello sviluppo con sezioni su infanzia, adolescenza, età adulta, non vi fosse alcuna attenzione per gli anziani. La risposta fu che "non ci era proprio venuto in mente che c'era bisogno di tale sezione!" ... una reazione al limite della comicità e la

testimonianza della forza della negazione, dato che l'età media dei membri del comitato direttivo era sulla settantina.

Con la morte di Greenspan, pensai che anche il PDM sarebbe morto. La maggior parte dei membri del comitato direttivo del PDM-1 erano anziani, e quelli sotto i 70 anni dicevano di non voler dedicare il resto della loro carriera al PDM, che era stato interamente un lavoro di amore, di tempo professionale non retribuito. Io ero tra quelli. Non mi sarei mai aspettata che qualcuno volesse dedicarsi alla revisione del PDM, e non ero disposta a fare i sacrifici necessari per farlo io stessa. Poi Vittorio Lingiardi inaspettatamente mi ha contattato, sottolineando la necessità di una seconda edizione e segnalando la propria disponibilità a guidare il progetto. Ero entusiasta ... un po' meno quando mi ha chiesto di farlo insieme a lui. Per un po' ho resistito, ma ero così contenta che il sogno di Greenspan non fosse destinato a morire, e che il nuovo PDM sarebbe stato affidato a uno dei rari ricercatori che è anche un clinico psicodinamico riflessivo, che ho accettato di essere quello che Vittorio definì l'"angelo custode" del progetto. Questo significa, come potete vedere, che alla fine abbiamo curato insieme questo progetto, anche se gran parte della visione, dell'organizzazione e della supervisione del volume è ricaduta su di lui (per una visione d'insieme, vedi Lingiardi e McWilliams, 2015).

Non rimpiango di avere assunto questo ruolo. Nel complesso, il progetto è proceduto senza ostacoli. All'interno di un paio di task force ci sono stati un po' di conflitti, ma si è trattato di situazioni alla fine superate con buone soluzioni di compromesso. Forse non siamo stati in grado di realizzare il PDM-2 rapidamente come avevamo sperato, ma considerate le circostanze è andata tutto sommato bene. Il nostro primo compito è stato quello di ottenere il sostegno di tutte le organizzazioni che avevano patrocinato l'originale PDM, il che si è rivelato facile. Il secondo, ottenere il sostegno di ulteriori organizzazioni, tra le quali l'International Association for Relational Psychoanalysis and Psychotherapy, and the, e l'Italian Group for the Advancement of Psychoanalytic Diagnosis.

Poi abbiamo cercato le persone da mettere a guida delle task forces. Non è stato così semplice, ma ancora una volta, abbiamo trovato colleghe e colleghi energici, altamente qualificati, e laboriosi disposti a donare generosamente il proprio tempo e impegno. I nostri chapter editors sono stati Robert Bornstein, Franco Del Corno, Francesco Gazzillo, Robert Gordon, Norka Malberg, Johanna Malone, Linda Mayes, Nick Midgley, Emanuela Mundo, John O'Neil, Daniel Plotkin, Larry Rosenberg, Jonathan Shedler, Anna Maria Speranza, Mario Speranza, e Sherwood Waldron. Se il

PDM-1 coinvolgeva studiosi di diverse aree geografiche tali da giustificare la nostra descrizione del manuale come “sforzo internazionale”, il PDM-2 include una varietà ancora maggiore di collaboratori, tra cui esperti provenienti anche da paesi diversi dall’Europa occidentale e dal Nord America come Turchia e Iran.

È poi venuto il momento di contattare gli editori: Guilford Publications per gli Stati Uniti e Raffaello Cortina per l’Italia. Entrambi si sono mostrati subito entusiasti all’idea di pubblicare il PDM-2. Anche se gestire il trasferimento dei diritti d’autore dall’ICDL non è stato facile – e molto dobbiamo alla volontà e al sostegno di Nancy Greenspan - ne è valsa la pena: il coinvolgimento d’importanti case editrici garantisce che il PDM-2 sarà ben pubblicizzato e non dipenderà esclusivamente dal passaparola, come è stato per il PDM-1. Lavorare con Jim Nageotte della Guilford Press è stato un vero piacere: i suoi suggerimenti hanno migliorato il manoscritto finale. E così una differenza senz’altro importante tra PDM-1 e PDM-2 sarà la pubblicazione da parte di case editrici di primo piano. In aggiunta, ci sono altri cambiamenti notevoli.

Innanzitutto, sono state aggiunte delle parti. Il PDM-2 prevede la presenza di cinque momenti del ciclo di vita, anziché tre. Abbiamo separato l’adolescenza dall’infanzia, con l’evidente motivazione che la psicologia di un bambino di sette anni è assai diversa da quella di un diciassettenne. La nostra task force sull’adolescenza ha fatto un ottimo lavoro. Di conseguenza abbiamo accettato l’invito di Daniel Plotkin di inserire una parte riguardante gli anziani, e gli abbiamo chiesto di curarla, insieme a Franco Del Corno. Grazie al loro contributo il PDM-2 sarà il primo grande sistema diagnostico che esplicherà le specifiche esigenze della popolazione geriatrica.

In poche parole, avremo sezioni dedicate alla prima e alla seconda infanzia, all’adolescenza, all’età adulta e a quella anziana. In queste sezioni abbiamo preso in considerazione pattern di sviluppo sia omotipico sia eterotipico. Sulla base sia della ricerca empirica sia delle conoscenze cliniche abbiamo aggiunto, nelle sezioni dedicate al funzionamento mentale, tre nuove “capacità” (arrivando così a un totale di dodici capacità, comprese nelle categorie più generali di: processi cognitivi e affettivi; identità e relazioni; meccanismi di difesa e coping; consapevolezza di sé e auto-determinazione).

In secondo luogo, in risposta ai feedback al PDM-1 secondo i quali l’apprendimento di un sistema diagnostico bio-psico-sociale poteva essere difficile per chi non ha familiarità con la diagnosi e la formulazione psicodinamica dei casi, abbiamo aggiunto una sezione sulla valutazione della

personalità e del funzionamento mentale. Oltre a una rassegna completa degli strumenti empirici utili alla diagnosi dinamica, il PDM-2 propone una “scheda psicodiagnostica” (Psychodiagnostic Chart, PDC), uno strumento semplice ma capace di fornire una sintesi dell’organizzazione della personalità. Originariamente sviluppato da Robert Bornstein e Robert Gordon per gli adulti, la PDC prevede una versione per bambini, una per adolescenti e una per anziani. In questa seconda edizione del PDM tutti i casi presentati prevedono la loro scheda psicodiagnostica. I terapeuti potranno scaricare le schede PDC dai siti web Guilford e Cortina.

In terzo luogo, nella sezione Personalità, che segue l’approccio alla diagnosi strutturale di Kernberg ed il risultato di osservazioni cliniche continuative e consolidate, questa volta abbiamo deciso di includere ufficialmente il livello di “organizzazione psicotica” della personalità. Nel PDM-1, come ho già detto, non lo avevamo incluso nel continuum del funzionamento della personalità perché non avevamo sufficienti dati empirici che attestassero la diffusione clinica e l’utilità del concetto di un livello psicotico, e perché alcuni membri della nostra task force ritenevano che il termine “psicotico” fosse irrimediabilmente limitato ai sintomi dei disturbi diagnosticati dal DSM e dall’ICD quali schizofrenia, disturbo bipolare, psicosi schizo-affettiva. Mentre stavamo sviluppando il PDM-2 una ricerca coordinata da Robert Gordon (2009) ha dimostrato che la maggior parte dei professionisti - non solo gli psicoanalisti, ma anche terapeuti di altri orientamenti – ritiene che il concetto di livello psicotico è supportato dall’esperienza clinica.

Quarto, abbiamo incluso confronti specifici con i sistemi ICD e DSM soprattutto in merito a controversie rilevanti per le nostre scelte nel PDM-2. Queste comparazioni sono contestualizzate storicamente e illuminano ciò che altrimenti sarebbe solo un cambiamento confuso e incongruente nell’uso della terminologia. Credo che abbiamo tutti imparato molto da questa fase dell’impresa e ci aspettiamo che i nostri lettori apprezzino anche quest’aspetto del PDM-2. L’evoluzione della nomenclatura diagnostica e l’andamento dell’interesse e dell’attenzione riguardo ad alcune tematiche della salute mentale piuttosto che ad altre, è un ambito della nostra storia intellettuale che meriterebbe maggiore attenzione.

Infine, abbiamo fatto un’omissione e un’integrazione. Abbiamo eliminato la grande sezione finale del PDM-1 con articoli scritti da validissimi ricercatori, preferendo incorporare citazioni delle loro ricerche in tutto il PDM-2. Tale decisione ha permesso di dedicare un maggior numero di pagine a questioni relative alla diagnosi, pur continuando a onorare l’eredità empirica dei nostri ricercatori più importanti.

Un'altra nota su una modifica suggerita, ma che alla fine *non* abbiamo attuato: da più parti, inclusi terapeuti di formazione umanistica, biologica o cognitivo-comportamentale, avevamo ricevuto il feedback informale che il PDM era stato loro utile. Il PDM-2 rivolge una particolare attenzione anche agli approcci non-psicoanalitici, che il manuale raccomanda per particolari tipi di sofferenza mentale. Al fine di ampliare la portata del sistema PDM, avevamo pensato di rinominarlo "Psychological Diagnostic Manual" o magari "Practitioner's Diagnostic Manual", dando così esplicitamente il benvenuto al suo utilizzo da parte di professionisti non-psicoanalisti. Io ero entusiasta di questa proposta, ma Guilford Press non lo è stata. Ha sostenuto che *Manuale Diagnostico Psicodinamico* era ormai un "marchio", e quindi non doveva cambiare nome. Ci siamo affidati alla loro esperienza.

Commenti conclusivi

Nessun sistema diagnostico è in grado di cogliere la complessità della psicologia di ciascuno, né l'unicità di una singola persona. Ma i terapeuti, in particolare i clinici meno esperti, hanno bisogno di una "mappa" dei principali territori psicologici per non sentirsi spaesati di fronte all'infinita varietà umana. Speriamo di aver fornito una mappa sufficientemente buona del territorio dei punti di forza e di fragilità degli esseri umani, della loro salute e della loro sofferenza. Una mappa che alla prossima generazione di clinici possa essere più utile di quanto sono state le nostre tassonomie ufficiali dei "disturbi".

Bibliografia

Barlow, D. H. (2011). The development and evaluation of psychological treatments for panic disorder. In M. Gernsbacher, D. Pew, L. Hough, & J. R. Pomerantz (Eds.), *Psychology and the real world: Essays illustrating fundamental contributions to society* (pp. 198-204). New York: Worth Publishers.

Boswell, J. F., Kraus, D. R., Miller, S. D., & Lambert, M. J. (2014). Implementing routine outcome monitoring in clinical practice: Benefits, challenges, and solutions. *Psychotherapy Research* 25, 6-19.

Campbell, L. F., Norcross, J. C., Vasquez, M. J. T., & Kaslow, N. (2013). Recognition of psychotherapy effectiveness: The APA resolution. *Psychotherapy*, 50, 98-101. doi: 10.1037/a0031817

Gordon, R. M. (2009). Reactions to the Psychodynamic Diagnostic Manual (PDM) by psychodynamic, CBT, and other non-psychodynamic psychologists. *Issues in Psychoanalytic Psychology*, 31, 55-62.

Lazar, S. G. (Ed.). (2010). *Psychotherapy is worth it: A comprehensive review of its cost-effectiveness*. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing, Inc.

Lingiardi, V., & McWilliams, N. (2015). The Psychodynamic Diagnostic Manual – 2nd edition (PDM-2). *World Psychiatry*, 14 (2), 237-239.

Rekers, G. A., & Lovaas, O. I. (1974). Behavioral treatment of deviant sex-role behaviors in a male child. Journal of Applied Behavioral Analysis, 7, 173-190.