

*Un'iniziativa strategica
dell'Ordine
degli Psicologi
del Lazio*

STUDIO PRELIMINARE DI FATTIBILITÀ PER UN VOLUME SULLA DIAGNOSI PSICOLOGICA

a cura di Nino Dazzi

CONSIDERAZIONI INTRODUTTIVE

Per valutare l'utilità di un sistema diagnostico ci si deve chiedere quali sono i suoi obiettivi; si deve, in altre parole, riflettere sul rapporto tra *mappa* (diagnostica) e *territorio* (clinico).

Elencare i principali requisiti che deve avere un sistema diagnostico di riferimento per lo psicologo clinico, sembra un buon modo per iniziare a descrivere il progetto ed entrare subito nel vivo del discorso.

Per spiegare come articolare questo manuale si farà spesso riferimento al *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-IV edition Text Revised* (DSM-IV-TR, APA, 2000). Si tratta di un "pre-testo". Credo, infatti, che il DSM sia riuscito a creare un linguaggio diagnostico condiviso tra professionisti di formazione e appartenenze diverse; ma sono anche più che consapevole delle differenze tra la visione psichiatrica nordamericana della patologia psichica e quella psicologica ed europea, e dei limiti del DSM e delle sue opzioni diagnostiche. Ma proprio un'analisi puntuale di questi limiti permetterà di fornire allo psicologo clinico italiano delle linee guida che sappiano indicare i punti di forza del DSM superandone gli elementi più critici.

Il sistema diagnostico potrebbe:

- utilizzare un *impianto* e un *linguaggio nosografico condivisi* che permettano di ricondurre segni, sintomi e tratti a etichette e definizioni specifiche sulle cui caratteristiche fondamentali ci sia sufficiente accordo tra psicologi di diverso orientamento teorico;
- fornire *informazioni sufficientemente esaustive e coerenti* con

l'anamnesi fisiologica e patologica, con gli aspetti evolutivi e prognostici, in presenza e assenza di interventi specifici, e con le conseguenze sul funzionamento sociale e relazionale del soggetto;

- fornire un *quadro narrativo* del funzionamento individuale (la "formulazione del caso") per quanto riguarda sia le aree patologiche sia quelle di buon funzionamento;
- fornire *informazioni utili alla progettazione di interventi terapeutici e/o riabilitativi* "patient-tailored";
- associarsi a *strumenti di rilevazione* obiettivi, sistematici, validi e affidabili dei segni, sintomi e tratti che caratterizzano le diverse sindromi;
- facilitare la *comunicazione con il paziente*, in vista di una restituzione che gli permetta di conoscere e capire natura, implicazioni e indicazioni terapeutiche in merito al problema presentato;
- sostenere il *dialogo tra i clinici di diverso orientamento e tra clinica e ricerca*, facilitando lo scambio necessario tra chi lavora con il paziente (anche) sulla base delle evidenze diagnostiche e chi ha il compito di implementare procedure di raccolta ed elaborazione dei dati capaci di produrre conclusioni e previsioni attendibili.

Riflettendo su questo elenco, si può affermare che i sistemi DSM e ICD si sono finora rivelati adeguati per quanto riguarda la creazione/condivisione di un linguaggio e lo scambio tra clinica e ricerca. Tuttavia, per ammissione stessa degli autori, l'applicazione del DSM alla clinica si è rivelata problematica, con il paradosso per cui sulle

cartelle cliniche vengono indicate le diagnosi (e i codici) di questi manuali, spesso però senza che siano elaborate con gli strumenti esplicitamente costruiti a questo fine. E se è vero che non si può imputare a uno strumento il fatto che venga usato in modo improprio, è anche vero che il processo di valutazione clinica e quello di attribuzione nosografica si sono nella pratica *disgiunti* perché molti professionisti pensano, a ragione, che DSM e ICD non siano adatti a fornire una descrizione terapeuticamente informativa del funzionamento mentale dei pazienti, e perché gli strumenti di riferimento spesso risultano riduttivi o inadeguati per un impiego clinico.

Per una migliore comprensione, elenco alcuni dei limiti principali della diagnostica DSM/ICD. Parto da qui perché, piaccia o no, continua ad essere la diagnostica più diffusa in ambito istituzionale e scientifico (Oldham, Skodol, Bender, 2005).

Le diagnosi DSM sono stabilite sulla base della rilevazione della *presenza/assenza dei criteri* che definiscono i diversi disturbi e dei *cut-off* stabiliti per fare diagnosi. I criteri e i singoli disturbi, però, risentono di tre limiti fondamentali: 1) non sono differenziati per rilevanza diagnostica, 2) peccano in validità e 3) *non tengono conto delle capacità di buon funzionamento dei pazienti* (su questo punto si veda, più avanti, la proposta SWAP). L'esigenza di basare il proprio operato su criteri oggettivi e caratterizzati da un'elevata coerenza interna ha infatti generato sindromi definite da caratteristiche molto simili tra loro e quindi poco articolate, soprattutto rispetto ai disturbi della personalità (Asse II). Se, per esempio, si prendono in considerazione i criteri del di-

sturbo di personalità paranoide o di quello dipendente, si noterà che sono tutti indicatori di un paio di tratti di personalità (rabbia e sospettosità nel primo caso, bassa autostima e dipendenza nel secondo), ed è evidente che una diagnosi di questo tipo non possa fornire un quadro adeguatamente completo del funzionamento psicologico del soggetto e delle sue manifestazioni affettive, cognitive, motivazionali e comportamentali.

Un altro elemento problematico dei sistemi DSM e ICD è che la loro ateoreticità e oggettività non permette di tenere conto dei processi impliciti nella valutazione della personalità. Eppure, i tratti della personalità (sana o patologica) sono quasi sempre egosintonici e si basano su processi e rappresentazioni per lo più inconse, ragione per cui il soggetto/paziente non sempre è la fonte di informazioni più adeguata sul funzionamento complessivo della sua personalità. Un piccolo esempio chiarisce questo punto: quale paziente narcisista si descriverebbe come presuntuoso, arrogante e privo di empatia? Quale paziente istrionico direbbe di essere eccessivamente seduttivo e incapace di relazioni autentiche e stabili? È inoltre dimostrato come alcuni disturbi di personalità siano caratterizzati da una netta discrepanza tra tratti autoriferiti e tratti identificati da osservatori terzi (Dozier, Kobak, 1992; Shedler, Mayman, Manis, 1993; Weinberger, 1995), ma né i tratti impliciti né la discrepanza tra rappresentazioni di sé implicite ed esplicite sono identificabili con gli strumenti proposti da questi manuali.

È probabile che l'elevata *comorbidità* esistente sia tra i disturbi di Asse I e di Asse II sia tra i disturbi codifica-

ti dai singoli assi sia almeno in parte una conseguenza proprio dell'arbitrarietà con cui sono stati selezionati criteri, cut-off e sindromi presenti in questi manuali. Una prova di questo dato la si può derivare dall'osservazione per cui alcuni sistemi di classificazione dei disturbi di personalità derivati empiricamente hanno generato nosografie con tassi di comorbidità decisamente più bassi (Westen, Shedler, 1999b).

I *cut-off* dei vari disturbi, a loro volta, sono stabiliti in modo arbitrario dalle diverse Task Force e, assieme all'equivalenza dei diversi criteri, creano in alcuni casi, situazioni diagnostiche paradossali per cui soggetti con caratteristiche psicologiche anche molto diverse finiscono per ricevere la stessa etichetta. Per esempio, una persona terrorizzata dall'abbandono, svalutante nei confronti degli altri, sessualmente promiscua, impulsiva e soggetta a scoppi di rabbia potrebbe ricevere la stessa diagnosi di *disturbo borderline* di una persona tormentata da un senso di vuoto cronico, con un'immagine di sé instabile, spiccate tendenze suicidarie, sintomi dissociativi ricorrenti e grande paura della solitudine. E questo problema si presenta anche per alcune sindromi di Asse I, basti pensare al *disturbo di somatizzazione* che (con esordio prima dei 30 anni, stabilità dei sintomi nel tempo, conseguenti menomazioni sociali, lavorative ecc. e non riducibilità dei sintomi a un quadro organico) prevede la presenza di 4 sintomi dolorosi, 2 gastro-intestinali, 1 sessuale e 1 pseudo neurologico. Quante diverse varianti di questo quadro è possibile immaginare? Detto in altri termini, il passaggio dalla monoteticità dei disturbi del DSM-III alla loro politeticità (*non* è necessario soddisfare *tutti* i criteri di un disturbo per

fare diagnosi, ma solo un numero-soglia, indipendentemente dalla natura specifica dei diversi criteri), da una parte e per alcuni disturbi ha permesso di contemplare l'esistenza di presentazioni diverse, ma dall'altra, e per altri disturbi, ha favorito la possibilità di fare una stessa diagnosi a quadri sintomatologici anche molto diversi tra loro.

Ugualmente problematica risulta la scelta di questi due manuali di utilizzare un modello diagnostico esclusivamente sindromico e categoriale. DSM e ICD condividono infatti una filosofia di base di stampo medico per cui i disturbi possono essere intesi come entità patologiche discrete che un soggetto può avere o non avere (scelta adottata anche per i disturbi di personalità) e che definiscono il modo di *essere* stabile di una persona. La valenza problematica di questa scelta appare con particolare chiarezza nei disturbi di personalità, ma anche alcune sindromi di Asse I presentano livelli problematici di sovrapposizione teorica e clinica, basti pensare alle diagnosi di disturbo depressivo maggiore e disturbo distimico; o a quelle di disturbo della condotta, disturbo oppositivo-provocatorio, disturbo da deficit dell'attenzione-iperattività o elementi prodromici di un disturbo antisociale della personalità in adolescenza. Indicazione evidente della scarsa adeguatezza di questo modello è il proliferare delle sindromi NAS (Non Altrimenti Specificate), pensate chi presenta un funzionamento disturbato ma non ricade in nessuna delle sindromi presenti nel manuale. Si tratta, in altri termini, di una "nuova categoria" pensata per colmare i vuoti di quelle già esistenti e aumentare la "coverage" del manuale senza mettere in discussione

il modello categoriale e la sua adeguatezza.

Ulteriore elemento critico di DSM e ICD è il fatto che dalla scelta di utilizzare esclusivamente *criteri oggettivi* (cioè autoriferiti dal soggetto o rilevabili da un osservatore esterno) è derivata un'opzione metodologica che ha favorito l'uso di strumenti di valutazione self-report e l'esclusione sistematica dell'uso della *soggettività disciplinata* dei clinici, delle loro capacità di osservazione e inferenza. Queste procedure di valutazione si discostano marcatamente dalla normale procedura di valutazione clinica secondo la quale si invitano i pazienti a parlare di sé, delle loro relazioni e dei loro altri significativi, della storia della loro vita e della loro patologia, e sulla base di queste narrazioni si inferiscono le loro caratteristiche psicologiche. Oggi è possibile affermare che lo scetticismo rispetto alle capacità dei clinici di elaborare osservazioni e "inferenze oggettive" può essere messo in soffitta grazie a ricerche che ne hanno dimostrato l'infondatezza (Westen, Shedler 1999a; Westen, Weinberger, 2004). Se quindi sarebbe un errore affidare il processo diagnostico alla sola soggettività del clinico, ugualmente sbagliato sarebbe non utilizzarla in modo adeguato: una delle sfide della diagnostica psicologica contemporanea è proprio quella di disciplinarla e organizzarla in vista di diagnosi valide oltre che affidabili (McWilliams, 1998, 1999). La soggettività dei clinici è infatti strutturata da una preparazione specifica che, almeno nelle intenzioni, dovrebbe favorire lo sviluppo della capacità di osservare e ascoltare i pazienti per poi trarne deduzioni significative. Questa preparazione, in altre parole, dovrebbe fornire ai clinici le lenti miglio-

ri per osservare i fenomeni di loro interesse: si tratta del resto di un assunto vero in qualsiasi disciplina scientifica. Ma DSM e ICD, oltre a sacrificare la soggettività dei clinici, non attribuiscono un ruolo adeguato neppure alla rilevanza diagnostica del *modo in cui ogni paziente vive soggettivamente le sue difficoltà*, elemento molto importante in qualsiasi intervento terapeutico, e non solo per il problema dei livelli di compliance dei pazienti (su questo punto si veda, più avanti, la proposta PDM). Un esempio: una persona può vivere la propria sintomatologia depressiva come un inevitabile disagio esistenziale da sopportare, o come la giusta punizione per presunti errori del passato, o come la conseguenza infausta di presunti maltrattamenti subiti, o come la legittimazione di un atteggiamento recriminativo e rabbioso. E ciascuno di questi modi di vivere la propria patologia depressiva, oltre a determinare comportamenti diversi, è anche indice di quadri (psicologici) diversi, diversi meccanismi di difesa, ecc.

Ricerche condotte con le SWAP-200 hanno inoltre sottolineato la centralità della *diateasi di personalità* nella comprensione e nel trattamento di molti disturbi clinici (vedi anche Westen, Gabbard, Baglov, 2006). I disturbi alimentari, per esempio, sembrano ammettere comorbidità con personalità di alto funzionamento, con personalità coartate e con personalità disregolate; la stessa diagnosi di disturbo alimentare può accompagnarsi anche a diversi tipi di personalità di base, con risposte diverse alla psicoterapia e pattern mutevoli di comorbidità (Thompson-Brenner, Westen, 2005). Allo stesso modo, la diagnosi di ADHD in adolescenza presenta implicazioni molto di-

verse a seconda del tipo di personalità in cui si sviluppa, rivelandosi particolarmente infausta in presenza di un disturbo antisociale di personalità. Viceversa, non sempre è facile distinguere casi con diagnosi decisamente diverse, basti pensare alla complessità della diagnostica differenziale tra disturbo schizoide lieve, disturbo evitante, fobia sociale; in casi come questi, gli elementi da considerare per la diagnosi ruotano attorno a dimensioni psicologiche che i sistemi DSM e ICD tendono a trascurare, come le rappresentazioni della relazione del sé e degli altri, le capacità metacognitive, le angosce e i meccanismi di difesa prevalenti.

Molte sono quindi le ragioni per cui questi manuali richiedono ampie integrazioni con strumenti e nosografie connessi a filosofie diagnostiche diverse. Ricordo tra l'altro come la *Research Agenda for DSM-V*, una rassegna di studi e proposte curata da Kupfer, First e Regier (2002) abbia caldeggiato una diversificazione dei punti di vista e incoraggiato un allargamento di orizzonti nell'approccio diagnostico del futuro manuale. Composta da sei capitoli dedicati al problema della nomenclatura (1), alle neuroscienze (2), alle scienze evolutive (3), ai disturbi di personalità e della *relazione* (4), ai disturbi mentali e alle disabilità (5), all'influenza della cultura sulla diagnosi psichiatrica (6), la *Research Agenda* vuole prendere in considerazione alcune delle critiche più frequentemente mosse alle precedenti edizioni, pur segnalando che bisognerà attendere il DSM-VI o addirittura il VII per vedere i primi frutti delle modifiche suggerite. E difficilmente il DSM-V vedrà la luce prima del 2010 [si veda a questo proposito anche il volume a cura di Beach et al. (2006), *Re-*

lational Processes and DSM-V: Neuroscience, Assessment, Prevention, and Treatment].

Una possibile alternativa ai limiti posti dai sistemi diagnostici attualmente più diffusi potrebbe essere il ricorso a *diagnosi dimensionali* che permettano una traduzione delle diverse dimensioni in categorie discrete in presenza del superamento di soglie cliniche empiricamente fondate (come avviene con la SWAP-200) o di specifiche interrelazioni tra le varie dimensioni (Lingiardi, Shedler, Gazzillo, 2006). Si tratta di adottare una logica della valutazione e della diagnosi per cui i diversi assetti psicologici possono essere descritti tutti per mezzo delle stesse dimensioni di base (disforia, regolazione delle emozioni, tendenze dissociative ecc.) e le diverse persone possono essere differenziate in base al profilo specifico di queste dimensioni che più si avvicina al loro modo peculiare di essere.

Un'altra strada potrebbe essere l'uso simultaneo di *diagnosi descrittive* basate sulla rilevazione di segni e sintomi osservabili o autoriferiti e *diagnosi strutturali* basate sulla rilevazione inferenziale di un numero ridotto di processi psichici fondamentali, come le capacità di esame di realtà, di costruire rappresentazioni del sé e degli altri e il livello dei meccanismi di difesa prevalenti (Kernberg, 1984).

Una prospettiva analoga viene suggerita dagli estensori del *Manuale Diagnostico Psicodinamico* (Psychodynamic Diagnostic Manual, PDM Task Force, 2006; vedi anche Migone, 2006) che, a differenza di quanto avviene nel DSM, hanno messo i disturbi di personalità in relazione a diverse organizzazioni personologiche di base e hanno cercato di delineare sottotipi,

psicodinamica, esperienza soggettiva di paziente e terapeuta, pattern maturativi e costituzionali, preoccupazioni e affetti centrali, credenze patogene su sé e gli altri, difese principali e pattern emotivi, cognitivi e relazionali caratteristici dei diversi disturbi. Da questo punto di vista, si può affermare senza timidezza che la psicologia clinica e dinamica, dopo aver giustamente raccolto la sfida del DSM, ha saputo indicare alla diagnostica psichiatrica delle linee guida utili a tutta la comunità dei professionisti della salute mentale (si veda anche OPD, 2001, 2003; De Coro, Lang, 2006).

La possibilità di prevedere una *prognosi* e una *terapia specifica e affidabile* per i diversi disturbi è inoltre attualmente percorribile solo per la farmacoterapia di alcune sindromi di Asse I (per esempio alcuni disturbi psicotici, dell'umore o d'ansia), ed è comunque vincolata alle predilezioni teoriche del singolo professionista. D'altra parte, la presunta ateoreticità del DSM - violata nei criteri in base ai quali si è deciso di attribuire alcuni disturbi all'asse I e altri all'asse II - se da una parte favorisce la condivisione diagnostica e manualistica tra professionisti di formazione diversa, dall'altra fornisce informazioni relativamente scarse sulla patogenesi, l'eziologia e le indicazioni terapeutiche relative ai diversi disturbi. Questo fatto si traduce in una situazione contraddittoria per cui i professionisti della salute mentale possono elaborare *diagnosi relativamente oggettive*, ma devono associarvi formulazioni del caso *altamente idiosincratiche*, scindendo un processo unico - comprendere i problemi di una persona e il modo in cui essi si innestano nella sua vita, ne alterano il funzionamento e la influenzano - in due

processi distinti e poco raccordabili, se non tramite il ricorso alla propria esperienza e formazione e alle proprie preferenze teoriche. Problema ulteriormente acuito dal fatto che DSM e ICD *non forniscono informazioni e non tengono conto delle risorse e delle potenzialità del paziente*, cioè di quelle leve su cui una terapia può basarsi.

Tutto ciò ha ricadute importanti sulla possibilità di utilizzare le conclusioni del processo di valutazione e diagnosi nella fase di restituzione: dire a un paziente che ha un disturbo d'ansia generalizzato - solo per fare un esempio - rischia di essere un modo per dirgli/le le stesse cose che lui/lei ha comunicato al clinico: che è quasi sempre ansioso e lo è per una molteplicità di motivi. Viceversa, comunicare una diagnosi di disturbo schizotipico di personalità rischia di essere un'operazione incomprensibile, o un modo per ridurre la complessità del suo funzionamento a un misto di ritiro sociale e alterazione subclinica del pensiero. E alla successiva domanda: "E allora?" non si saprebbe cosa rispondere: questi manuali, infatti, oltre a non dare indicazioni terapeutiche, non permettono di chiarire i rapporti tra le caratteristiche di un disturbo e il tessuto psichico e biografico della persona.

In sintesi, DSM e ICD rappresentano strumenti operativi e non Bibbie. Costituiscono un passo importante nel tentativo di elaborare diagnosi oggettive, empiricamente fondate e clinicamente utili, ma presentano ancora molti limiti: dalla scelta di un'ottica esclusivamente dicotomica e categoriale all'esclusione delle dimensioni implicite e dei punti di forza nell'elaborazione della diagnosi; da un'ateoreticità pre-

sunta che rischia di produrre confusione clinica all'arbitrarietà della scelta dei cut-off e della suddivisione dei disturbi sui diversi assi; dall'eccessiva comorbilità all'assenza di strumenti e categorie realmente affidabili con cui formulare il caso ed elaborare diagnosi, prognosi, e indicazione al trattamento.

SINOSSI DEL VOLUME

Il volume si colloca all'interno di un crescente interesse nei confronti della diagnosi e dei suoi molteplici livelli di significato e impiego (Barron, 1998, 2005; Kupfer et al., 2002; Lingiardi, Dazzi, 2007; Widiger et al. 2005).

Nel corso degli ultimi anni è stata da più parti segnalata la necessità di integrare la diagnostica psichiatrica internazionale (DMS e ICD) con criteri e strumenti che permettano di utilizzare in modo oggettivo e affidabile gli aspetti relazionali e soggettivi del processo diagnostico.

La figura dello psicologo, con i suoi diversi vertici di osservazione (descrittivo, dinamico-strutturale, cognitivo, sistemico, psicometrico), è oggi più che mai chiamata alla formulazione di una diagnosi che non si limiti a una mera elencazione nosografica, ma permetta una conoscenza del paziente sia sul piano della psicopatologia sia su quello delle risorse, e fornisca informazioni utili alla formulazione del caso e di un progetto terapeutico costruito sulle necessità e la specificità del soggetto valutato (Horwitz, 1996).

La diagnosi psicologica è chiamata infatti a facilitare la comunicazione tra professionisti della salute mentale an-

che di formazione e orientamenti teorici diversi, e costituisce un ponte verso qualsiasi programma di intervento. È necessaria alla ricerca empirica (per organizzare le ipotesi e selezionare i campioni) e condiziona l'assegnazione delle risorse nelle politiche sanitarie e assistenziali. Va chiarito però che, quando si parla di diagnosi, non si intende la semplice attribuzione di un'etichetta, ma il risultato di un'osservazione, un'interazione e un ragionamento capaci di organizzare in modo "dotato di senso" (Barron, 1998) un complesso intreccio di segni, sintomi, tratti di personalità e potenzialità di una persona. Nello stesso momento, la diagnosi deve ovviamente ricondurre una persona a categorie prefissate e condivise (nomotetica), ma contemporaneamente deve definire una sua specificità (idiografica).

Una riflessione sulla diagnosi non può inoltre prescindere da una serie di elementi (che si evincono dal dibattito in letteratura e mi limito qui a elencare):

- La scelta nosografica deve essere l'esito di un percorso di *assessment*, cioè di valutazione globale del funzionamento cognitivo, emotivo, comportamentale e motivazionale di una persona, un processo che non trascura la dimensione evolutiva, familiare, sociale e culturale in cui il soggetto si è sviluppato e vive e cerchi di adattare le etichette diagnostiche nomotetiche alle peculiarità idiografiche dei singoli individui.

- Senza trascurare la rilevanza delle *categorie* diagnostiche e la loro capacità *descrittiva e comunicativa* bisogna valorizzare un approccio *dimensionale* alla diagnosi e restituire centralità alla valutazione della *struttura* di personalità

del soggetto valutato (diagnosi strutturale).

- Per elaborare una diagnosi affidabile e davvero informativa è necessario inoltre scegliere e integrare le informazioni ottenute da *diversi strumenti e strategia di raccolta dei dati* (self-report, clinical report, informant report ecc.) che forniscono informazioni su ambiti diversi del funzionamento psichico. La scelta della modalità di raccolta e lettura dei dati deve essere funzione degli obiettivi del processo di valutazione.
- È inoltre importante che lo psicologo clinico sappia scegliere, oltre al tipo di colloquio e di griglia di lettura più appropriati agli obiettivi della sua valutazione, anche la *batteria di test* più adeguata a questo fine e sappia leggere/tradurre in un linguaggio comprensibile anche ai non addetti ai lavori i risultati di questi test.
- Uno strumento e un sistema diagnostico realmente adeguati alle esigenze della psicologia clinica devono tenere conto delle *potenzialità e dei punti di forza* delle persone valutate oltre che concentrarsi esclusivamente sugli elementi patologici. La valutazione attenta di risorse e punti di forza permette infatti di valutare la compliance e la resilience del soggetto e di costruire strategie di intervento patient-tailored.
- Se è importante costruire un vocabolario diagnostico-valutativo condiviso, è ugualmente importante che gli strumenti e i sistemi di valutazione utilizzati consentano di elaborare una *formulazione* del caso oggettiva e adeguatamente informativa, senza lasciare questa

formulazione alle idiosincrasie e alla formazione personale e professionale dei singoli clinici.

- Il dato dell'*esperienza soggettiva del clinico e del paziente* deve essere disciplinato ma tenuto adeguatamente in considerazione nel processo di elaborazione della diagnosi. Si tratta di assicurare alla diagnosi un adeguato livello di oggettività che integri e tenga conto di quei dati che possono essere derivati solo dalla soggettività dei partecipanti al processo diagnostico.
- È importante che il sistema di valutazione e gli strumenti diagnostici permettano di *distinguere la comorbilità vera* - cioè quei casi in cui il funzionamento complessivo può essere effettivamente descritto in modo sufficientemente completo solo per mezzo di più di un'etichetta diagnostica - dalla *comorbilità artificiale*, dovuta a bias della nomenclatura o degli strumenti di valutazione utilizzati.
- Infine, gli strumenti e i sistemi di classificazione diagnostica dovrebbero essere condivisibili sia dai clinici sia dai ricercatori e dovrebbero *facilitare il dialogo tra la clinica e la ricerca empirica*, fermo restando che per molti aspetti le esigenze di queste due figure sono diverse.

Obiettivo:

Proposta di un approccio diagnostico che sia empiricamente fondato, clinicamente utile e di facile impiego. Particolare attenzione verrà data alla diagnosi di personalità, specifico terreno di interesse per lo psicologo in relazione sia al singolo disturbo (asse II DSM) sia a una concomitante diagnosi sindromica maggiore (asse I DSM).

Metodi:

Illustrazione, classificazione e integrazione dei principali strumenti e delle principali nosografie per la diagnosi psicologico-clinica. Il background concettuale e empirico poggerà prevalentemente sui seguenti sistemi/strumenti:

1) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-IV; APA, 1994): si tratta del sistema diagnostico internazionale più diffuso, elaborato dall'American Psychiatric Association; la sua ultima edizione, IV-R, è del 2000. È un sistema categoriale, intenzionalmente ateoretico, basato su dati autoriferiti o immediatamente rilevabili da un osservatore. È suddiviso in 5 assi: l'asse I valuta i disturbi maggiori; il II i disturbi di personalità e i disturbi a insorgenza in età evolutiva; il III le condizioni mediche generali; il IV gli eventi psicosociali stressanti; il V le capacità di funzionamento globale. Il DSM nasce dal lavoro congiunto di comitati di esperti (task forces) dell'APA, che elaborano i criteri, le sindromi e i punteggi cut-off che guidano la diagnosi. I criteri e le sindromi del DSM vengono poi valutate e modificate (anche) sulla base dei risultati di ricerche empiriche. Non permette di tradurre le diagnosi in formulazioni cliniche. Ha un'alta utilità comunicativa, ma l'utilità clinica è limitata. Verrà tenuto in considerazione soprattutto il suo Asse I, dati i limiti dell'Asse II e dell'Asse V, che forniscono informazioni meglio rilevabili per mezzo di altri strumenti.

2) *Manuale Diagnostico Psicodi-*

namico (PDM; Alliance of Psychoanalytic Organizations, 2006): è il primo esempio di manuale diagnostico a orientamento psicodinamico ed è il frutto di uno sforzo congiunto di diverse organizzazioni psicoanalitiche statunitensi. Articolato in tre parti, nella Prima presenta la tassonomia dell'Asse II del DSM e la integra tenendo in considerazione i 3 livelli di organizzazione strutturale della personalità teorizzati da Kernberg (1984); propone inoltre l'esistenza di 6 disturbi di personalità assenti nel DSM. Per ogni disturbo viene specificata la psicodinamica di base, l'esperienza soggettiva di paziente e terapeuta, i pattern maturativi e costituzionali che partecipano alla sua eziologia e patogenesi, le preoccupazioni e gli affetti centrali, le credenze patologiche su sé e gli altri, i meccanismi di difesa prevalenti e i diversi sottotipi (Asse P). La tassonomia dei disturbi di Asse I del DSM non subisce modifiche, ma i criteri sono ampliati orientando l'attenzione del valutatore alla dimensione dell'esperienza soggettiva di paziente e terapeuta (Asse S). È presente inoltre un Asse M per il profilo del funzionamento mentale. Analoga struttura caratterizza la Seconda Parte del volume, centrata sui disturbi infantili e adolescenziali (Asse PCA, SCA, MCA). Viene infine proposta una nuova tassonomia dei disturbi di neonati e bambini piccoli (Asse ICE): anche questa tassonomia è articolata su 5 assi e le principali categorie diagnostiche utilizzate sono: (1) disturbi interattivi; (2) disturbi regolatori dell'elaborazione senso-

riale e (3) disturbi neuroevolutivi della relazione e della comunicazione. La Terza parte è infine dedicata alle basi empiriche e concettuali di un sistema di classificazione dei disturbi mentali psicodinamicamente fondato. Il PDM è esplicito nel tentativo di integrare la tradizione diagnostica psichiatrica con quella psicodinamica e le informazioni della clinica con quelle delle ricerche condotte con strumenti dinamicamente orientati.

Sarebbe utile prendere in considerazione soprattutto l'Asse per i disturbi di personalità degli adulti (Asse P), le funzioni da valutare per delineare un profilo del funzionamento complessivo di una persona (Asse M e Asse MCA), l'esperienza soggettiva delle patologie di Asse I (Asse S e Asse SCA) e l'asse per la valutazione dei disturbi dell'infanzia e della prima fanciullezza (Asse IEC).

- 3) La *Shedler-Westen Assessment Procedure-200* (SWAP-200; vedi Westen, Shedler, Lingiardi, 2003): è un sistema Q-sort per la valutazione dei disturbi di personalità. Basato su dati riferiti dal clinico, formalizza queste informazioni per mezzo di 200 item da valutare su un scala a 8 punti in base al loro livello di descrittività. Questi item, che valutano sia caratteristiche patologiche sia risorse, sono scritti in un linguaggio semplice e non gergale e cercano di valutare sia elementi oggettivi del funzionamento psichico, sia i correlati oggettivi di costrutti più inferenziali come i meccanismi di difesa. La SWAP per-

mette di ottenere tanto le diagnosi che seguono la nosografia del DSM-IV quanto una tassonomia di stili/disturbi di personalità empiricamente derivata su un campione di pazienti reali con la Q-factor analysis. Il sistema diagnostico SWAP si basa sul confronto tra la descrizione del paziente valutato e dei prototipi diagnostici empiricamente rilevati. Le diagnosi SWAP sono sia categoriali sia dimensionali. La SWAP permette di ricavare anche un profilo delle capacità di buon funzionamento del paziente. Il processo di elaborazione della diagnosi SWAP *coincide* di fatto con quello di formulazione del caso clinico: per ottenere questa formulazione è infatti sufficiente raccordare narrativamente gli item che hanno ottenuto un punteggio di 5, 6 o 7.

Particolarmente importante sembra la procedura di valutazione di cui la SWAP si serve, le specificazioni fornite dalle sue applicazioni nella descrizione dei disturbi dell'Asse II del DSM (fattori PD), la nosografia empiricamente derivata per la valutazione della personalità degli adolescenti e degli adulti (Fattori Q) e il fattore di alto funzionamento, che valuta le risorse psicologiche degli individui valutati e si è dimostrato correlato con numerosi indicatori relativi all'anamnesi patologica, alla storia dello sviluppo e all'esito delle psicoterapie.

- 4) *L'Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik* (OPD; Arbeitskreis OPD, 2001): sistema multiassiale di valutazione psicodinamica del paziente, cerca di

operazionalizzare su 5 assi le diverse dimensioni di un assessment completo basato su dati sia riferiti dal paziente sia inferiti dal clinico. Nell'Asse I è descritta l'esperienza soggettiva che il paziente fa del proprio disturbo, della propria sofferenza e della richiesta di aiuto; nell'Asse II sono indicate, per mezzo di un modello circocomplesso, le modalità disfunzionali ricorrenti delle relazioni interpersonali; l'Asse III permette la valutazione clinica dell'intensità e della pervasività dei conflitti e degli affetti soggettivamente esperiti dal paziente; l'Asse IV valuta il funzionamento globale del soggetto sulla base di 5 parametri: percezioni di sé e dell'altro, autoregolazione, comunicazione e legame. In Asse V, infine, va indicata la diagnosi elaborata con i sistemi internazionali prediletti dal clinico o richiesti dall'istituzione in cui si opera. Si tratta del primo tentativo di integrare le informazioni ottenute per mezzo delle diagnosi più diffuse con una serie di dati che in genere vengono raccolti idiosincratamente dal clinico di orientamento dinamico nel corso del processo di valutazione.

A questo strumento si potrà fare riferimento soprattutto per valutare, anche da un punto di vista strutturale, il funzionamento psicologico complessivo.

Il riferimento, nel manuale, a strumenti come la *Shedler-Westen Assessment Procedure-200* (SWAP-200; vedi Westen, Shedler, Lingiardi, 2003), il *Psychodynamic Diagnostic Manual* (PDM; Alliance of Psychoanalytic Organizations, 2006), la *Operationali-*

sierte Psychodynamische Diagnostik (OPD; Arbeitskreis OPD, 2001), garantisce l'attualità del trattato e il confronto con i più accreditati sistemi diagnostici internazionali, andando così a implementare la già ricca competenza diagnostica dello psicologo clinico italiano.

Potrebbero essere infine inserite nelle sezioni su *argomenti di carattere introduttivo generale* (cosa si intende per diagnosi psicologica; quali sono le sue funzioni; quanti tipi di diagnosi si possono elaborare e quali sono le loro caratteristiche differenziali, i loro punti di forza e i loro limiti; come vanno articolati i rapporti tra tratti della personalità, stili di personalità e disturbi di personalità; in che modo le informazioni sulla personalità influenzano e sono influenzate dalle informazioni sui "disturbi maggiori" del soggetto; in che modo le neuroscienze possono favorire una diagnostica clinica più consapevole; qual è il decorso prevedibile dei principali disturbi e le modificazioni cui vanno incontro le caratteristiche della personalità nel corso del tempo; in che modo le informazioni relative al modo in cui il paziente si relaziona al clinico e alla reazione soggettiva del clinico al paziente possono fornire dati utili all'elaborazione della diagnosi; quali sono le principali organizzazioni della personalità e quali sono gli indicatori fondamentali da prendere in considerazione per elaborare una diagnosi strutturale) *oppure più specifici o particolarmente critici* (come pervenire a una valutazione adeguata e affidabile dei pazienti che presentano disturbi del

comportamento alimentare, o che meritano più di un'unica diagnosi; quali sono le principali metodologie di raccolta dei dati necessari a elaborare una diagnosi, quali sono i loro punti di forza e limiti principali, quando possono essere utilizzate e quando non sono adeguate; quali sono i principali test psicologici per la valutazione clinica, come si usano, e come vanno letti i dati che generano; quali sono gli errori che si compiono più facilmente nel processo di valutazione ed elaborazione della diagnosi e come si può tradurre una diagnosi in formulazione del caso e in un report che possano essere restituiti al paziente o inviati al clinico che prenderà in carico il paziente valutato).

Sarebbe utile fornire infine alcune esemplificazioni di colloqui o processi valutativi, delle diagnosi e delle formulazioni del caso che ne sono seguite e dei processi decisionali che hanno permesso al clinico di passare dalla valutazione alla diagnosi e dalla diagnosi alla formulazione del caso e alla restituzione.

Conclusioni:

Nel tentativo di rispondere in modo ottimale alle esigenze di clinici, ricercatori e professionisti che operano nelle istituzioni pubbliche, il processo di diagnosi psicologica richiede l'integrazione di strategie di raccolta di dati diverse e di informazioni relative ad ambiti diversi. Insieme con i dati oggettivamente rilevabili o autoriferiti dai pazienti è infatti necessario tenere conto delle soggettività del clinico e del paziente e di costrutti ipotetici strutturali come i meccanismi di difesa, gli stili

cognitivi, le capacità metacognitive, i pattern relazionali, gli affetti prevalenti ecc. L'ancoraggio delle etichette diagnostiche a sistemi nosografici internazionalmente condivisi non deve peraltro ostacolare il ricorso a diagnosi di tipo dimensionale, e il processo diagnostico non deve presentarsi scisso da quello di formulazione del caso clinico.

In termini generali, l'integrazione delle tradizioni psichiatrica, psicometrica e psicodinamica, così come di quelle della clinica e della ricerca, potrebbe favorire l'elaborazione di sistemi diagnostici empiricamente fondati e clinicamente utili.

Risorse:

Al fine della buona realizzazione del volume proposto si ritiene imprescindibile il ricorso al lavoro di una équipe costituita da esperti delle tematiche trattate.

Costi:

Al momento non è possibile una quantificazione dei costi economici poiché strettamente connessa a scelte di tipo politico-culturale, che considerino variabili, quali ad esempio il numero dei destinatari ed il confezionamento del prodotto.

Tempi:

Per la stesura si può ipotizzare un anno di lavoro.

Riferimenti bibliografici

- AA.VV. (2001), *Diagnosi Psicodinamica Operazionalizzata. Presupposti teorici e applicazioni cliniche*. Ed. italiana a cura di A. De Coro. Masson, Milano, 2002.
- American Psychiatric Association (1994), *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali* (DSM-IV). Tr. it. Masson, Milano 1996.
- American Psychiatric Association (2000), *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali. Quarta edizione. Text Revision* (DSM-IV-TR). Tr. it. Masson, Milano, 2002.
- Banzato, C. (2004), "Classification in psychiatry: the move towards ICD-11 and DSM-V". In Current Opinion in Psychiatry, 17(6), pp. 497-501.
- Barbetta, P. (2003), *Le radici culturali della diagnosi*. Meltemi, Roma.
- Barlow, D.H. (1991), "Introduction to the special issues on diagnosis, dimensions, and DSM-IV: The science of classification". In Journal of Abnormal Psychology, 100, pp. 243-244.
- Barron, J. (1998), *Dare un senso alla diagnosi*. Raffaello Cortina, Milano, 2005.
- Beach, S.R.H., Wamboldt, M.Z., Kaslow, N.J., Heyman, R.E., First, M.B., Underwood, L.G., Reiss, D. (2006, a cura di), *Relational Processes and DSM-V: Neuroscience, Assessment, Prevention, and Treatment*. American Psychiatric Publishing.
- Cooper, J.E. (2003), "Prospects for Chapter V of ICD-11 and DSM-V". In British Journal of Psychiatry, 183, pp. 379-381.
- Dazzi, N. (2002), "Introduzione". In: Gruppo di Lavoro OPD (2001), op. cit., pp. IX-X.
- Dazzi, N., Lingiardi, V., Colli, A. (2006), *La ricerca in psicoterapia: Modelli e strumenti*. Raffaello Cortina, Milano.
- De Coro, A., Lang, M. (2006), "La Diagnosi Psicodinamica Operazionalizzata". In Dazzi, N., Lingiardi, V., Colli, A. (a cura di), *La ricerca in psicoterapia. Modelli e strumenti*, Raffaello Cortina, Milano, pp. 631-658.
- Dozier, M., Kobak, R.R. (1992), "Psychophysiology in attachment interviews: Converging evidence for deactivating strategies". In Child Development, 63, pp. 1473-1480.
- First, M., Spitzer, R., Gibbon, M., Williams, J., Davies, J.B., Howes, M., Kane, J., Pope, H., Rounsaville, B. (1995), "The Structured Clinical Interview for DSM-III-R Personality Disorders (SCID-II), part II: Multi-site test-retest reliability study". Journal of Personality Disorders, 9, pp. 92-104.
- Gabbard, G. O. (2000), *Psichiatria psicodinamica*. Tr. it. Raffaello Cortina Editore, Milano (2002).
- Krueger, R. F. (2005). *Continuity of Axes I and II: Toward a unified model of personality, personality disorders, and clinical disorders*. Journal of Personality Disorders, 19, 233-261.
- Krueger, R. F., Hicks, B. M., Patrick, C. J., Carlson, S. R., Iacono, W. G., & McGue, M. (2002). *Etiologic connections among substance dependence, antisocial behavior, and personality: Modeling the externalizing spectrum*. Journal of Abnormal Psychology, 111, 411-424.
- Krueger, R.F. (1999). *The Structure of Common Mental Disorders*. Archives of General Psychiatry, 56:921-926.
- Kupfer, D.J., First, M.B., and Regier, D. (2002, a cura di), *A research Agenda for DSM-V*. Washington, D.C.: American Psychiatric Association.
- Lang, M. (1996), "La relazione tra psicologo clinico e paziente". In Del Corino, F., Lang, M. (a cura di), *La relazione con il paziente*. Franco Angeli, Milano.
- Lilienfeld, S.O., Waldman, I.D., Israel, A.C. (1994), "A critical examination of the use of the term and concept of comorbidity in psychopathology research". In Clinical Psychology: Science and Practice, 1, pp. 71-87.
- Lingiardi, V., Dazzi, N. (2007), "Mappa diagnostica e territorio clinico". In Psicologia Clinica dello Sviluppo, 1, pp. 145-150.
- Lingiardi, V., Madeddu, F. (2002), *I meccanismi di difesa*. Raffaello Cortina, Milano.
- Lingiardi, V., Shedler, J., Gazzillo, F. (2006), "Assessing personality change in psychotherapy with the SWAP-200: A case study". Journal of Personality Assessment, 86, pp. 23-32.
- Livesley, W. Y. (a cura di), *The DSM-IV personality disorders*. Guilford Press, New York, pp. 433-458.
- McWilliams, N. (1998), "Relazione, soggettività e inferenza nel processo diagnostico". Tr. it. in Barron, J.W. (a cura di), cit., cap. 7.
- McWilliams, N. (1999), *Il caso clinico. Dal colloquio alla diagnosi*. Tr.it. Raffaello Cortina, Milano, 2002.
- Migone, P. (2006), "La diagnosi in psicoanalisi: presentazione del PDM". Psicoterapia e Scienze Umane, XL, 4, pp. 765-774.
- Millon, T., Davis, R.D. (1996), *Disorders of personality: DSM-IV and beyond* (2a ed.). Wiley, New York.

- Oldham, J.M., Skodol, A.E., Bender, D.S. (2005, a cura di), *Trattato dei disturbi di personalità*. (ed. it. a cura di Del Corno, F., Lingiardi, V.). Raffaello Cortina, Milano, 2008.
- OPD Arbeitskreis (2001), *Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik*. Grundlagen und Manual, 3rd ed. Huber, Göttingen.
- OPD-KJ Arbeitskreis (2003), *Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik im Kindes- und Jugendalter*. Hans Huber Vlg, Bern-Göttingen-Toronto-Seattle.
- Organizzazione Mondiale della Sanità (OSM) (1992), *ICD-10: Decima revisione della Classificazione Internazionale delle Sindromi e Disturbi Psichiatrici e Comportamentali. Descrizioni cliniche e direttive diagnostiche*. Kemali, D., May, M., Catapano, F., Lobraccio, S., Magliano, L. (a cura di). Tr. it. Masson, Milano.
- PDM Task Force (2006). *Manuale Diagnostico Psicodinamico* (edizione italiana a cura di Lingiardi, V., Del Corno, F.). Raffaello Cortina, Milano, 2008.
- Phillips, K.A., Firs, M.B., Pincus, H.A. (2003), *Advancing DSM. Dilemmas in Psychiatric Diagnosis*. American Psychiatric Association, Washington, DC.
- Reiss, D., Emde, R.N. (2003), "Relationship disorders are psychiatric disorders: five reasons they were not included in DSM-IV". In Phillips, K.A., Firs, M.B., Pincus, H.A. (2003), *Advancing DSM. Dilemmas in Psychiatric Diagnosis*. American Psychiatric Association, Washington, DC.
- Rigliano, P. (2004), *Doppia diagnosi. Tra tossicodipendenza e psicopatologia*. Raffaello Cortina, Milano.
- Shedler, J., Mayman, M., Manis, M. (1993). "The illusion of mental health". *American Psychologist*, 48, 11, 117-1131.
- Weinberger, J. (1995), "Common factors aren't so common: The common factors dilemma". *Clinical Psychology: Science and Practice*, 2, pp. 45-69.
- Westen, D. (1998), "Diagnosi di personalità e formulazione del caso: due processi o uno?". Tr.it. in Barron J.W. (a cura di), *Dare un senso alla diagnosi*, Raffaello Cortina, Milano, pp. 115-141.
- Westen, D. (2006), *Making Clinical Research Empirically Relevant*. Conferenza tenuta da Drew Westen alla Facoltà di Psicologia dell'Università "La Sapienza" di Roma, 14 giugno 2006.
- Westen, D., Gabbard, G., Baglov, P. (2006). "Back to the future: Personality structure as a context for psychopathology", in R.F. Krueger, J. L. Tackett (a cura di.), *Personality and psychopathology*. Guilford, New York.
- Westen, D., Shedler, J. (1999a). *Revisione e valutazione dell'asse II, Parte I. Lo sviluppo di un metodo clinicamente ed empiricamente valido*. Tr.it. in Westen, D., Shedler, J., Lingiardi, V. (2003), *La valutazione della personalità con la SWAP-200*. Raffaello Cortina, Milano, pp. 61-94.
- Westen, D., Shedler, J. (1999b) *Revisione e valutazione dell'asse II. Parte II. Verso una classificazione dei disturbi della personalità empiricamente fondata e clinicamente utile*. Tr. it. Westen, D., Shedler, J., Lingiardi, V. (2003), *La valutazione della personalità con la SWAP-200*. Raffaello Cortina, Milano, pp. 95-124.
- Westen, D., Shedler, J., Lingiardi, V. (2003), *La diagnosi della personalità con la SWAP-200*. Raffaello Cortina, Milano.
- Westen, D., Weinberger, J. (2004) *When clinical description becomes statistical prediction*. *American Psychologist*, 59, 7, pp. 595-613.
- Widiger, T.A., Sanderson, C.J. (1987), "Toward a dimensional model of personality disorders". In Livesley, W. Y. (a cura di), *The DSM-IV personality disorders*, Guilford Press, New York, pp. 433-458.
- Widiger, T.A., Shea, T. (1991), "Differentiation of Axis I and Axis II disorders", in *Journal of Abnormal Psychology*, 100, pp. 399-406.
- Widiger, T.A., Simonsen, E., Krueger, R.F., Livesley, W.J., Verheul, R. (2005), "Personality Disorder research agenda for the DSM-V". In *Journal of Personality Disorders*, 19, pp. 317-340.
- Widiger, T.A., Simonsen, E., Sirovatka, P., Regier, D.A. (2006, a cura di), *Dimensional Models of Personality Disorders: Refining the Research Agenda for DSM-V*, American Psychiatric Press.
- Zimmermann, M. (1994), "Diagnosing personality disorders: A review of issues and research methods". *Archives of General Psychiatry*, 51, pp. 225-245.