
Editoriale

Il *Focus* di questo numero inizia con un articolo sul PDM-2. Non è un caso che si sia scelto proprio un contributo sul manuale diagnostico per affrontare il tema della diagnosi in rapporto alla ricerca e allo sviluppo teorico in psicoanalisi. Il fatto che un gruppo molto esteso di accademici, ricercatori e clinici si sia messo al lavoro per organizzare le conoscenze basate sulla ricerca empirica con le ipotesi nate dalla pratica clinica della psicoanalisi (una prima volta in America, con le maggiori organizzazioni psicoanalitiche statunitensi, e ora a livello internazionale, con il coordinamento di Lingiardi e McWilliams) allo scopo di comprendere il funzionamento dei pazienti, ha rappresentato un salto di qualità nel già fruttuoso percorso di valorizzazione della diagnosi in campo psicodinamico. Rispetto alla prima edizione, il PDM-2 si fonda ancora di più sulla ricerca empirica nel campo delle neuroscienze e della *developmental psychopathology*, così come in quello dell'*outcome* delle psicoterapie e degli studi sulla patologia di personalità nella popolazione.

È nota la critica che Irwin Hoffman ha mosso nel 2009 al PDM, affermando che l'importanza data alla ricerca empirica in psicoanalisi è epistemologicamente ingiustificata e potenzialmente dannosa e che ogni forma di categorizzazione diagnostica inaridisce l'esperienza umana, sacrificando l'unicità e la complessità della persona. Secondo Hoffman, il dichiarato rispetto del PDM per questi valori (quando sostiene che ciò che viene proposto rappresenta una "tassonomia di persone", invece che "di disturbi", e che la personalità è "ciò che si è, e non ciò che si ha") sarebbe solo di facciata.

Una posizione critica, questa, che dà voce a larga parte del mondo psicoanalitico, tuttora diffidente nei confronti della diagnosi e delle ricerche sull'efficacia, nonostante la diffusione e la sempre maggiore popolarità dei contributi prodotti negli ultimi decenni. È forse giusto che sia così, per ricordarci che ogni essere umano ha un proprio modo di organizzare la sua esperienza e la sua relazione con il mondo, e che corriamo sempre il rischio

di attribuirgli dei significati sulla base di preconcetti e categorie preesistenti. Ma credo che tale diffidenza sia in gran parte frutto di equivoci e malintesi sul significato della parola “diagnosi” e sull’uso che si può fare delle ricerche sull’efficacia. La prima, spesso ridotta alla sola dimensione nosografica, come se si trattasse di etichettare le persone o, peggio ancora, di medicalizzarle, attribuendo loro malattie discrete. La seconda, a volte ritenuta una minaccia, come se i ricercatori, con le loro scoperte di “presunta” natura scientifica (e, dunque, portatrici di verità), venissero a dirci *come* dobbiamo lavorare con i nostri pazienti.

Come chiariscono Lingiardi e McWilliams in una nota all’*Introduzione* del PDM-2, una buona ricerca (e, si può aggiungere, un corrispettivo interesse verso di essa) è l’unico modo per colmare il divario fra scienza empirica e psicoanalisi teorica e clinica. E una “buona” diagnosi è un elemento della clinica, che riceve e fornisce supporto sia alla ricerca empirica, sia alla teoria. Per “buona” diagnosi si intende il riconoscimento del disagio psichico nel contesto della personalità dell’individuo, considerato nella sua unicità oltre che nel suo stile di funzionamento, tenendo il più possibile conto della soggettività del clinico per come essa interviene nella relazione con il paziente. Un insieme di dimensioni interagenti fra loro, che fanno del processo diagnostico un lavoro complesso, che i manuali come il PDM e le procedure come l’OPD o la SWAP-200 si propongono di guidare per una migliore pratica clinica oltre che, si spera, per incrementare la ricerca.

Di questa posizione, che permette alla diagnosi di trarre alimento dalla teoria e dalla ricerca empirica e, al contempo, di fornire a queste dati utili per il loro sviluppo, si occupa il *Focus* di questo numero di *Ricerca psicoanalitica*, con quattro articoli che approfondiscono alcuni degli aspetti importanti della questione.

Dopo averne descritto la struttura, le innovazioni e i punti di forza, Bonalume, Cozzaglio e Greppo “mettono alla prova” il PDM-2 nella sua applicabilità e utilità clinica riguardo alla valutazione del livello di organizzazione di personalità (il *continuum* “nevrotico-borderline-psicotico”). La questione delle implicazioni terapeutiche della diagnosi è quella che sta maggiormente a cuore al clinico. “*So what?*” (“*E allora?*”), diceva Westen nel 2008. Che ci facciamo con la diagnosi? Ma la letteratura psicoanalitica – e, dunque, il pensiero e l’esperienza clinica sedimentata in oltre un secolo di lavoro – è piena di contributi su come far fruttare le nostre conoscenze di psicopatologia nella relazione con i pazienti. Con la presentazione di un caso clinico per ognuno dei livelli di organizzazione di personalità considerato dal PDM-2, i tre autori mostrano come la “guida” fornita dal Manuale consenta di organizzare i dati in funzione di una buona aderenza alla sog-

gettività del paziente, nel rispetto delle sue caratteristiche personali, in termini di specifiche risorse e limiti.

Il secondo articolo, di Papini e Fava, entra direttamente nel merito della ricerca empirica illustrando come l'operazionalizzazione dei costrutti diagnostici possa permettere di identificare già in fase iniziale alcune variabili che la ricerca empirica sui fattori terapeutici ci segnala come rilevanti ai fini degli esiti del trattamento. È possibile in questo modo integrare la valutazione diagnostica con lo studio dei fattori terapeutici, con l'obiettivo di utilizzare al meglio i dati di ricerca ai fini di un affinamento del lavoro clinico. Il sistema di Diagnosi Psicodinamica Operazionalizzata (OPD-2) è particolarmente adatto a questo scopo, consentendo una raccolta accurata delle informazioni sul paziente, rilevanti ai fini della relazione terapeutica.

Proprio perché operazionalizza i costrutti diagnostici, l'OPD-2 ha inoltre il vantaggio di mettere a disposizione un linguaggio comune per descrivere i fenomeni, in grado di facilitare il confronto fra i diversi orientamenti teorici.

Enrico Benelli, con il suo articolo dal titolo *Diagnosi, sistemi diagnostici e accreditamento dei modelli di psicoterapia*, ci parla dei differenti livelli ai quali si può collocare la diagnosi come ragionamento clinico (informale, formale e istituzionale) e come sistema nosologico di riferimento (di "scuola", condiviso in ambito psicodinamico, ufficiale in ambito sanitario); livelli diversi, che possono incrociarsi fra loro in molteplici modi, con possibile confusione laddove non siano chiare le logiche che si stanno seguendo. Il punto è che ciascun livello ha la sua ragione d'essere e la sua legittimità, in funzione degli scopi per i quali viene assunto. Se ora la psicoterapia è riconosciuta come trattamento valido per i disturbi mentali è grazie ai sistemi diagnostici utilizzati per le politiche sanitarie ed alle forme manualizzate di trattamento per specifici disturbi, che è stato possibile testare anche in campo psicodinamico. La sollecitazione ad accogliere questa prospettiva è sempre più forte, anche tenuto conto che l'Unione Europea ha invitato i paesi membri a basarsi sulle prove di efficacia e a sviluppare linee guida per il trattamento dei disturbi. Una sfida per i diversi approcci psicodinamici che, a buon diritto, ambiscono a mantenere la loro presenza nei servizi di salute mentale.

Questo *Focus* sulla diagnosi fra ricerca e sviluppo teorico si conclude con il lavoro di Muzi e Lingiardi sull'influenza della personalità del clinico nel processo e nell'esito della terapia. Gli autori passano in rassegna la scarsa letteratura disponibile sull'argomento e, più in generale, sulle variabili del terapeuta che sono "terapia-aspecifiche" (e, dunque, non dipendenti dal suo ruolo professionale o dall'orientamento teorico seguito), per poi il-

lustrare un progetto di ricerca volto a indagare le variabili di personalità con la SWAP-200. Interessanti i risultati, come la grande presenza di caratteristiche di tipo ossessivo nel campione, o il dato secondo il quale i tratti narcisistici nel clinico correlano con una migliore qualità del legame terapeutico. Risultati che meritano approfondimenti e verifiche ulteriori. C'è da aspettarsi che questo filone di ricerca assumerà sempre maggiore rilievo nei prossimi anni. Un ambito di studio di particolare rilievo soprattutto per la psicoanalisi relazionale, che prima di ogni altro approccio ha valorizzato il ruolo della soggettività dell'analista nella relazione terapeutica.

Massimo Fontana