

INDICAZIONI PER LA DIAGNOSI PSICOANALITICA

Indice

PREMESSA - Tre dimensioni per la diagnosi

- 1) Nosografica
- 2) Idiografica: la formulazione del caso
- 3) Implicita

LA DIAGNOSI FUNZIONALE

UNA POSSIBILE GRIGLIA (da tener presente in relazione ai colloqui diagnostici)

UNO SCHEMA PER CONDURRE IL COLLOQUIO

* * * * *

Queste dispense vogliono dare alcune indicazioni di massima sugli elementi essenziali che possono guidare l'operare del clinico nel processo di conoscenza del paziente, in funzione di una possibile presa in carico per una psicoterapia “informata” dal modello psicoanalitico relazionale.

PREMESSA - Tre dimensioni per la diagnosi (Albasi, 2009, Fontana, 2010, 2012, 2017)

1) Nosografica.

Sulla base delle conoscenze di psicopatologia clinica (cioè, sui diversi modi in cui si può manifestare il disagio psichico sul piano sintomatologico e di personalità), è resa possibile dall'incrocio tra le caratteristiche psicopatologiche che si possono rilevare durante i primi colloqui e la nosografia accettata dal valutatore.

La nosografia, a sua volta, riguarda:

- a. gli stili e i disturbi di personalità;
- b. le sindromi cliniche (disturbi di stato);

Non necessariamente la diagnosi nosografica di personalità coincide con quella di stato (ad es., non sempre una persona con uno stile ossessivo di personalità [incentrato su razionalismo, coscienziosità, produttività e perfezionismo, a difesa dalla possibilità di sperimentare o dall'esprimere emozioni, vissute come fonte di disagio] è afflitta anche da sintomi ossessivo-compulsivi [caratterizzati dalla comparsa di psichismo parassita – idee, impulsi, rappresentazioni ossessive – e da psichismo di difesa – compulsioni e rituali]).

“... se vogliamo comprendere i sintomi, dobbiamo conoscere qualcosa della persona che li ospita.” (Westen *et al.*, 2006, p. 87) I sintomi e le sindromi cliniche vanno contestualizzate nel tipo di organizzazione della personalità che li ospita, perché esprimono la “crisi” del sistema, nel corso della sua evoluzione.

2) Idiografica: la formulazione del caso.

La formulazione del caso consiste nel resoconto narrativo e sistematico delle caratteristiche psicologiche del soggetto, nei loro diversi domini funzionali. A differenza della diagnosi nosografica (di tipo nomotetico), che evidenzia ciò che il soggetto condivide con coloro che presentano caratteristiche simili, la formulazione del caso coglie la specificità dell'individuo (ciò che caratterizza quel singolo paziente).

Lingiardi (2009, pp. 15-28) propone una sintesi dei domini funzionali proposti in letteratura (Westen *et al.*, 2006; PDM Task Force, 2006; McWilliams, 1999) e indagabili nel corso dei colloqui: modo di presentarsi, lavoro e hobby, motivazioni e aspettative connesse alla valutazione, sintomatologia oggettiva e suo senso soggettivo, rappresentazioni di sé, rappresentazioni degli altri, pattern relazionali, motivazioni e conflitti, affetti prevalenti, meccanismi di difesa prevalenti, standard ideali e valori morali, risorse, anamnesi e momenti salienti del colloquio (vedi Tabella 2.1 a p. 28 del testo *La diagnosi in psicologia clinica*).

3) Implicita.

Una conoscenza implicita e non cosciente dell'altro con cui siamo in relazione è imprescindibile da qualunque interazione prolungata e fa parte del modo con cui regoliamo le nostre relazioni. Per l'analista, anche a livello implicito il bagaglio della sua formazione ed esperienza professionale appartiene alla strumentazione clinica che mette in campo nel corso del lavoro.

Tutte e tre le dimensioni considerate sono importanti per la diagnosi; trascurarne qualcuna comporta dei rischi più o meno grandi (ad es., il rischio di rimanere troppo condizionati dalla dimensione implicita [e di ridursi ad una diagnosi intuitiva], se si trascurano le altre due; o il rischio di limitarsi ad un'etichettatura, se si trascura l'attenzione per la specificità del singolo paziente; o, ancora, il rischio di sacrificare una visione d'insieme dei problemi del paziente, supportata da oltre un secolo di letteratura clinica e di ricerca, se si trascura la dimensione nosografica).

LA DIAGNOSI FUNZIONALE

Le dimensioni di cui sopra entrano in gioco in ogni tipo di processo valutativo nel campo della psicologia clinica. Il nostro interesse è però rivolto ad un ambito particolare: l'intervento analitico (e non, ad es., quello peritale, medico psichiatrico o altri). Questo comporta che l'intero processo diagnostico sia teso verso una *diagnosi funzionale*, intesa però come ipotesi sulla *funzionalità* dell'insieme dei principi organizzativi (o auto-eco-organizzativi) e dei problemi psicopatologici del paziente, sia sul versante della personalità, sia su quello della eventuale sintomatologia (ad es., quale significato può avere la comparsa di una determinata sintomatologia in un determinato momento della vita del paziente? oppure, che funzionalità può avere un insieme di specifiche caratteristiche di personalità [di tipo paranoide, ossessivo, isterico, ecc.] nell'equilibrio soggettivo del paziente?).

AVVERTENZA IMPORTANTE

Quando noi, attenti alla coerenza del sistema, parliamo di “diagnosi funzionale” lo facciamo in relazione a domande del tipo “Che funzione hanno i sintomi e le caratteristiche di personalità nell'equilibrio del soggetto?” “A che cosa servono, quale può essere l'utilità dei suoi comportamenti, vissuti, convinzioni, strutture di significato, ecc., anche quando sembrano disfunzionali sul piano della qualità di vita?”

Ma, in letteratura, con “diagnosi funzionale” di solito si intende un'altra cosa, e cioè la diagnosi dei processi e delle *funzioni* psichiche: “riuscire a individuare delle costanti funzionali nel modo di percepire la realtà, regolare gli affetti, articolare i pensieri o relazionarsi agli altri ...” (*La diagnosi in psicologia clinica*, p. 7).

Ad es., i domini funzionali individuati da Westen *et al.* sono: “...

1) le motivazioni, i bisogni, i valori morali e gli ideali, con i relativi conflitti;

- 2) le risorse e le caratteristiche affettive e cognitive;
- 3) l’esperienza di sé, degli altri e delle relazioni tra sé e gli altri;
- 4) le esperienze evolutive che hanno maggiormente influito sulla vita psichica del soggetto” (ibid., p, 7; per un approfondimento, si veda il Cap. 7 del medesimo libro, con la Tabella 7.1 a p. 99).

La preoccupazione di Westen è di fornire un modello generale, utilizzabile dai clinici di qualunque orientamento teorico. Questo è il motivo per cui tutti i domini funzionali sono presentati su uno stesso piano logico, come aree da indagare nel corso del processo valutativo. Se si applica questo modello a prescindere dall’orientamento teorico e dagli scopi per i quali viene effettuata la valutazione (ciò è possibile utilizzando correttamente la SWAP-200 o la SWAP-II) si ottiene un resoconto narrativo sistematico delle caratteristiche del soggetto, cioè la *formulazione del caso*. Formulazione confrontabile con la nosografia, per riconoscere lo stile o il disturbo di personalità (*diagnosi nosografica*).

Lo stesso vale per la sintesi fornita da Lingiardi (Tabella 2.1) dove, in più, viene considerato il modo di presentarsi (e, aggiungerei, l’impressione soggettiva del valutatore), le motivazioni al colloquio, l’eventuale sintomatologia e i contenuti anamnestici (la formulazione del caso viene calata ancor di più nella specificità di quel singolo soggetto).

Nel caso della diagnosi psicoanalitica ci sono due ovvie considerazioni da fare: ci basiamo su un modello teorico (1) con l’obiettivo di iniziare una relazione analitica (2). Quindi, non riusciamo a limitarci ad una descrizione neutra del paziente, ma abbiamo bisogno di riorganizzare ad un altro livello la nostra conoscenza su di lui per fare ipotesi sul tipo di organizzazione del soggetto e sulla sua funzionalità (*diagnosi funzionale*, intesa come tentativo di comprendere la funzionalità dei suoi modi di stare al mondo, delle ragioni dei suoi specifici modi di essere).

UN’ALTRA AVVERTENZA IMPORTANTE

Dovrebbe essere ovvia, ma non guasta precisarlo: attenti a non fare ipotesi “forti”, ad elevato livello di inferenza, e, soprattutto, a non convincerci troppo della loro validità. Non ci dobbiamo permettere di credere di capire tutto. È già moltissimo se riusciamo a formarci una visione d’insieme delle cose che sappiamo del paziente e ad immaginarne una sua possibile funzionalità, in relazione ai dati anamnestici remoti, prossimi e attuali, e alla percezione emergente nell’interazione clinica.

Inoltre:

- 1) dobbiamo essere pronti a riconsiderare e riorganizzare la nostra visione, man mano che la relazione analitica procede e le nostre conoscenze si approfondiscono (auspicabilmente, senza che siano condizionate da un’etichettatura iniziale);
- 2) dobbiamo tener conto che la diagnosi può cambiare nel tempo, man mano che il paziente cambia nel corso del suo processo di vita.

UNA POSSIBILE GRIGLIA (da tener presente in relazione ai colloqui diagnostici)

Per “griglia” si può intendere un insieme di criteri generali che guidano il ragionamento e il procedimento diagnostico.

Ad un primo livello, si possono considerare le aree di interesse da tenere presenti durante i colloqui. La sintesi fornita da Lingiardi (Tabella 2.1) è una buona guida per questo livello, e i relativi contenuti possono

essere approfonditi attingendo alla bibliografia di riferimento (Westen *et al.*, 2006; PDM Task Force, 2006; McWilliams, 1999):

- *Modo di presentarsi*: abbigliamento, igiene, postura, stile dell'eloquio, ecc.; qualcosa può essere rilevato già al primo contatto telefonico; variazioni dello stesso nel corso del colloquio o nei diversi colloqui; su questo punto è possibile collocare anche l'insieme delle percezioni interne e delle reazioni dell'analista, inerenti la dimensione implicita della diagnosi (mi fa arrabbiare? mi sento confuso? lo voglio correggere? mi sembra il paziente ideale? mi sta proprio simpatico?); soprattutto le reazioni positive meritano grande attenzione, perché è più alto il rischio di ignorare le collusioni inconsce.
- *Lavoro e hobby*: contenuti e modi con cui il paziente si relaziona con le persone e le situazioni in questi ambiti di attività sia adesso, sia in altri momenti della vita; importante contestualizzare i dati in relazione alle condizioni di vita e allo stato mentale del paziente (è diverso se si trova in una condizione di stabilità, o è afflitto da sintomi psicopatologici, o si è appena separato dal partner, ecc.).
- *Motivazioni e aspettative connesse alla richiesta di aiuto*: alcuni elementi possono essere colti già al primo contatto telefonico; come vedremo, in genere il colloquio inizia proprio da questo punto; vanno considerate anche le possibili motivazioni e aspettative implicite, che possono anche essere fonte di conflitti intra e interpersonali; si è già rivolto in passato ad altri professionisti della salute mentale? che esperienza ne ha fatto?
- *Sintomatologia oggettiva e suo senso soggettivo*: attuale e/o passata; tipologia dei sintomi, modalità di insorgenza, decorso ed esito, eventuali eventi scatenanti; importante (direi obbligatorio) indagare su eventuali disturbi psicopatologici pregressi, anche se il paziente è evasivo o restio a parlarne (il suo atteggiamento su questo va rispettato, ma ciò che emerge deve servire come elemento di valutazione per le scelte dell'analista; ad es., me la sento di prendere in analisi un paziente che mi dice di essere stato ricoverato due volte in regime di TSO e non mi vuole dire perché?); il PDM richiama l'attenzione sui pattern affettivi, cognitivi, somatici e relazionali.
- *Rappresentazioni di sé, degli altri e pattern relazionali*: vengono considerate insieme perché hanno tutte a che fare col senso di identità; possono anche essere chieste esplicitamente (“Come descriverebbe se stesso? sua moglie? sua madre?”) ma, in genere, vengono dedotte dai racconti del paziente e dal tipo di relazione che si instaura durante il colloquio (un narcisista dirà che è una persona molto sensibile ed altruista, non che si sente superiore/inferiore agli altri; un paranoide parlerà della sua necessità di monitorare la realtà minacciosa e non del suo senso di impotenza); l'indagine sui pattern relazionali riguarda il tipo di esperienze con le diverse figure significative e la qualità e stabilità dei rapporti (ad es., il paziente riesce ad investire emotivamente sugli altri mantenendo un sufficiente senso di autonomia?).
- *Affetti prevalenti*: ci sono persone che non hanno difficoltà a sperimentare l'intera gamma degli affetti, ma altre che tendono a sperimentarne solo alcuni o che, selettivamente, non hanno alcuna esperienza soggettiva cosciente di uno o più di essi.
- *Meccanismi di difesa prevalenti*: qui siamo su un piano completamente inferenziale, perché quello di *meccanismo di difesa* è un costrutto teorico; vengono ipotizzati sulla base delle capacità di auto ed eteroregolazione del paziente, che risultano dalla considerazione dei suoi comportamenti, pattern relazionali, pensieri, stati somatici, vissuti soggettivi, affetti, valutati nelle dimensioni della loro qualità, intensità e stabilità.
- *Motivazioni e conflitti*: vanno considerati nel loro contenuto, nelle loro modalità eventualmente conflittuali e secondo il livello di consapevolezza (attenzione a non partire per la tangente con le ipotesi prese dai libri!).

- *Standard ideali e valori morali*: qualità, rilevanza soggettiva e intensità/rigidità; per i valori morali, per quanto non sia compito dell'analista porsi come normativo, è comunque importante notare il livello di severità/lassità della coscienza morale in rapporto a specifici valori (ad es., “mi sento in colpa ad essere stato premiato mentre il mio amico no”/“ieri pomeriggio ho ‘giocato’ con la mia nipotina e a lei è piaciuto”).
- *Risorse*: ovviamente importantissime, spesso date per scontate o trascurate; anche queste vanno considerate nella loro qualità (specifica per ogni individuo) e livello di presenza.
- *Anamnesi e momenti salienti del colloquio*: l'anamnesi patologica prossima e remota è insita nella valutazione dei sintomi; da non disprezzare, anche se di provenienza medica, l'anamnesi patologica familiare; ma l'anamnesi riguarda anche la storia e il percorso del paziente, così come i momenti salienti della sua vita; ovvia attenzione e considerazione dei momenti salienti del colloquio, quando si apprezzano variazioni del tono e della qualità dell'interazione.

Ad un secondo livello, bisogna considerare il ragionamento clinico che ci guida verso la diagnosi funzionale. Non sempre riusciamo ad ottenere informazioni consistenti su tutte le aree di interesse considerate. L'importante è organizzare queste informazioni in un sistema tendenzialmente coerente. Organizzarle significa disporle in una logica che sia anche gerarchica, dove alcune cose hanno un'importanza sovraordinata rispetto ad altre, che vengono viste come conseguenza o ricaduta delle prime.

Intanto, alcuni criteri generali, che fungono da premessa:

- Come già ricordato più volte, i sintomi (e le sindromi cliniche – quelle, per intenderci, classificate in Asse I nel DSM fino alla sua IV edizione e nel relativo capitolo nel DSM-5, nonché negli Assi S del PDM) vanno considerati nel contesto della personalità. Per questo vengono anche chiamati “disturbi *di stato*” (variazione *di stato* del sistema). Di solito non sono l'oggetto primario di interesse (anche se vanno presi molto sul serio); possono essere l'effetto della crisi del sistema in occasione di eventi evolutivi o di eventi esterni che hanno una ricaduta soggettiva.
- La personalità è il concetto che, dal punto di vista psicologico, esprime la qualità, il livello di organizzazione e i principi organizzativi del paziente, inteso come sistema dinamico complesso.
- La nosografia dei disturbi di stato aiuta ad individuarli e a riconoscerli quando si manifestano nel paziente (non si può trovare ciò che non si conosce). La nosografia degli stili e dei disturbi di personalità aiuta a cogliere la qualità, il *tipo* di coerenza tendenzialmente perseguito e adottato dal sistema (si vedano le Dispense di psicopatologia “[La psicopatologia clinica in psicoanalisi](#)”, Appendice 2, alle pp. 20 e 21, per i riferimenti bibliografici e sinottici riguardo alla nosografia di personalità). Attenzione: la diagnosi nosografica di personalità aiuta solo a riconoscere una tipologia di funzionamento e a considerarne eventuali e possibili implicazioni cliniche; è vietato attribuire indebitamente al paziente caratteristiche presenti nel prototipo diagnostico (ad es., non tutti gli isterici sono sessualmente manipolativi).
- Una dimensione da tenere presente è il livello di funzionamento della personalità (*sano, nevrotico, borderline, psicotico* secondo i criteri del PDM-2).

Ai fini della diagnosi funzionale, una possibilità è quella di operare i seguenti passaggi:

- 1) Individuare le informazioni di rilievo e che attirano maggiormente l'attenzione nei diversi domini funzionali; ad es., il paziente viene spesso licenziato per assenteismo e conflitti sul lavoro (*hobby e lavoro*), ha molte relazioni affettivo-sessuali tempestose e instabili (*pattern relazionali*), tende a reagire con rabbia intensa quando non si sente considerato (*affetti prevalenti*), ecc. Già in questa fase, è possibile riconoscere possibili aree di coerenza, laddove modalità di funzionamento simili sembrano evidenziarsi in domini funzionali differenti. L'accortezza che bisogna avere è quella di non lasciarsi

precocemente attrarre da alcuni aspetti, trascurandone altri che potrebbero essere anche più importanti. Tra le informazioni di rilievo devono necessariamente rientrare quelle concernenti l'eventuale sintomatologia clinica.

- 2) Fare una diagnosi nosografica di personalità secondo PDM-2 Asse P e classificazione di Westen e Shedler (1999, 2012; vedi le dispense di psicopatologia “[La psicopatologia clinica in psicoanalisi](#)”, alle pp. 4-6) e di stato secondo PDM-2 Asse S. Tale diagnosi costringe il ragionamento verso una visione unitaria e coerente del soggetto, ed ha il vantaggio di poter ricorrere a tutta la letteratura clinica che può essere utile nel lavoro con quello specifico paziente.
Inoltre, rilevare il livello di funzionamento psicologico, ricorrendo ai criteri generali del PDM-2 (vedi pp. 20-24 del manuale) o all'Asse M.
- 3) Formulare il caso clinico in modo che i diversi elementi descritti concorrano ad una visione coerente del soggetto. È probabile (ma non è una regola) che l'area dell'identità (*rappresentazioni di sé, degli altri e pattern relazionali*) guadagni un ruolo sovraordinato nel ragionamento clinico, potendo facilitare la comprensione del funzionamento emotivo, delle strategie difensive, della sintomatologia, ecc.

UNO SCHEMA PER CONDURRE IL COLLOQUIO (Dazzi, Lingiardi e Gazzillo, 2009, Cap. 1)

Quanto proposto nel testo di riferimento (pp. 11-12) è assolutamente condivisibile e corrisponde al *modus operandi* dello psicoanalista nella maggior parte dei casi. Il colloquio clinico è libero (non si tratta di un'intervista strutturata o semi-strutturata) e può essere idealmente suddiviso in una *fase di apertura*, una *fase centrale* e una *fase finale*:

- Nella *fase di apertura* viene in genere accolta la richiesta del paziente (*Motivazioni e aspettative connesse alla richiesta di aiuto*), che spesso è sostanziata da un problema urgente di tipo psicopatologico (*Sintomatologia oggettiva e suo senso soggettivo*) o relazionale.
Al di là delle informazioni che emergono, in questa fase è particolarmente importante prestare attenzione alle *modalità* di interazione paziente-analista, con tutto il corollario di percezioni emotive che queste comportano.
- La *fase centrale* serve per approfondire e contestualizzare le informazioni già emerse, e per raccoglierne altre nelle diverse aree di interesse. Non sempre è possibile, necessario o opportuno indagare su tutti i domini funzionali elencati sopra. Certamente il criterio non deve essere quello dell'indagine ossessiva.
- La fase finale serve per la restituzione al paziente (e la verifica insieme a lui) di ciò che è stato compreso relativamente alle sue motivazioni e aspettative verso il colloquio e l'eventuale analisi, nonché per concordare il da farsi.

I colloqui preliminari (di 45-50 minuti) sono due o tre (raramente di più). L'intero ciclo si può svolgere quindi in più sessioni. Ma di solito è importante che già il primo colloquio si svolga secondo questa sequenza compiuta, affinché il paziente si possa sentire accolto in modo complessivo, anche rispetto alle sue attese di che cosa si profila nel rapporto con l'analista e possa quindi scegliere se tornare una seconda volta. I contenuti della fase centrale potranno essere approfonditi nei colloqui successivi, mentre la restituzione potrà essere ripresa e dettagliata nell'ultimo o nella seconda parte dell'ultimo.

Per un'utilissima guida, utile a titolo esemplificativo, si veda Westen 2014.

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

- Albasi, C. (2009), *Psicopatologia e ragionamento clinico*, Cortina, Milano.
- Dazzi, N., Lingiardi, V., e Gazzillo, F. (2009), *La diagnosi in psicologia clinica*, Cortina, Milano.
- Fontana, M. (2010), Recensione de "Psicopatologia e ragionamento clinico" di Cesare Albasi, *Ricerca Psicoanalitica*, Anno XXI, n. 2, 2010.
- Fontana M. (2012). La diagnosi in psicoanalisi relazionale. Una prospettiva unitaria. *Ricerca Psicoanalitica*, XXIII, 2: 73-100.
- Fontana M. (2017). *Introduzione a Fontana M. (a cura di) (2017), La diagnosi e le sue implicazioni nella clinica psicoanalitica*, Fioriti, Roma.
- Lingiardi V, McWilliams N. (a cura di) (2017), *Manuale diagnostico psicodinamico. PDM-2*, tr. it. Raffaello Cortina Editore, Milano, 2018.
- McWilliams, N. (1999), *Il caso clinico*, tr. it. Cortina, Milano, 2002.
- PDM Task Force (2006), *PDM: Manuale diagnostico psicodinamico*, tr. it. Raffaello Cortina Editore, Milano, 2008.
- Westen, D. (2014), "Intervista Clinic-Diagnostica (CDI) per la valutazione con la SWAP-200." Tr. it. in Shedler, J., Westen, D. e Lingiardi, V. (2014), *La valutazione della personalità con la SWAP-200. Nuova edizione*. Cortina, Milano, Appendice 5, pp. 487-511.
- Westen, D., Gabbard, G.O. e Blagow, P. (2006), "Ritorno al futuro". *La struttura di personalità come contesto per la psicopatologia*, tr. it. in Dazzi, N., Lingiardi, V., e Gazzillo, F. (2009), *La diagnosi in psicologia clinica*, Cortina, Milano.
- Westen, D. e Shedler, J. (1999), "Revisione e valutazione dell'Asse II. Parte II: verso una classificazione dei disturbi della personalità empiricamente fondata e clinicamente utile." Tr. it. in Westen, D., Shedler, J. e Lingiardi, V. (2003), *La valutazione della personalità con la SWAP-200*. Raffaello Cortina Editore, Milano, Cap. 4 e in Shedler, J., Westen, D. e Lingiardi, V. (2014), *La valutazione della personalità con la SWAP-200. Nuova edizione*. Cortina, Milano, Cap. 4.
- Westen D., Shedler J., Bradley B. and DeFife J.A. (2012), "Una tassonomia della diagnosi di personalità derivata empiricamente: colmare il divario tra scienza e clinica nella concettualizzazione della personalità", trad. it. in *Psicoterapia e scienze umane*, 2012, 46: 327-358.