

Vittorio Lingiardi, Laura Muzi

Il Manuale Diagnostico Psicodinamico (PDM-2): un'occasione di dialogo interdisciplinare

(doi: 10.1421/92989)

Giornale italiano di psicologia (ISSN 0390-5349)

Fascicolo 4, dicembre 2018

Ente di afferenza:

Universit Trieste (units)

Copyright © by Società editrice il Mulino, Bologna. Tutti i diritti sono riservati.

Per altre informazioni si veda <https://www.rivisteweb.it>

Licenza d'uso

L'articolo è messo a disposizione dell'utente in licenza per uso esclusivamente privato e personale, senza scopo di lucro e senza fini direttamente o indirettamente commerciali. Salvo quanto espressamente previsto dalla licenza d'uso Rivisteweb, è fatto divieto di riprodurre, trasmettere, distribuire o altrimenti utilizzare l'articolo, per qualsiasi scopo o fine. Tutti i diritti sono riservati.

IL MANUALE DIAGNOSTICO PSICODINAMICO (PDM-2): UN'OCCASIONE DI DIALOGO INTERDISCIPLINARE

VITTORIO LINGIARDI E LAURA MUZI

Sapienza Università di Roma

Riassunto. In questo contributo, gli autori offrono una panoramica sull'approccio diagnostico interdisciplinare della seconda edizione del Manuale Diagnostico Psicodinamico (PDM-2), il quale mira a descrivere l'intera gamma del funzionamento dell'individuo, dagli aspetti più manifesti fino agli elementi profondi che sono alla base dei suoi pattern emotivi, cognitivi, interpersonali e sociali più caratteristici, così come a promuovere un'integrazione tra la conoscenza nomotetica e quella idiografica, utile alla pianificazione del trattamento e alla formulazione del caso. Dopo aver descritto le principali caratteristiche e innovazioni del PDM-2, viene sottolineato come il manuale si proponga come integrazione e complemento ai principali sistemi nosografici attualmente in uso, ovvero il DSM e l'ICD. In aggiunta, uno degli obiettivi del PDM-2 è di stimolare un maggior dialogo tra comprensione diagnostica, pratica clinica e ricerca empirica, così come di riservare una particolare attenzione alla diagnosi in età evolutiva, dalla prima infanzia fino all'adolescenza. Infine, viene evidenziato come il processo diagnostico proposto dal PDM-2 tenga in considerazione numerosi contributi provenienti da altre discipline psicologiche, in primis dal campo delle neuroscienze.

1. INTRODUZIONE

Chiedendosi «che cosa diagnosticliamo» Karl Jaspers (1913) affermava che ogni disturbo psichico «corrisponde nel suo modo di manifestarsi al livello psichico dell'individuo che ne è colpito» (p. 14) e che una diagnosi deve essere «sempre tipologica e multidimensionale, comprendere per lo meno una caratterizzazione del tipo della personalità e del tipo dei singoli reperti, stati, meccanismi» (p. 655). Al tempo stesso sottolineava che «tutti i sistemi diagnostici devono restare un *tormento*» (corsivo nostro) per i clinici e i ricercatori. Questo «tormento» potrebbe essere visto come la tensione intrinseca a ogni operazione diagnostica che inevitabilmente si ripercuote – deve ripercuotersi – sui percorsi emotivi e cognitivi del diagnosta. Il processo diagnostico, infatti, deve riuscire a cogliere la complessità dei fenomeni clinici (comprensione funzionale) appoggiandosi però a criteri affidabili e pragmatici, capaci di mettersi al servizio della ricerca (comprensione descrittiva). Più in generale, deve sostenere, appunto, la tensione tra gli aspetti «unici» e peculiari di ogni individuo (cono-

scenza idiografica) e la possibilità di ricondurli a classi di individui con caratteristiche psicopatologiche comuni (conoscenza nomotetica). Infine, ogni clinico sa bene che il «tormento» riguarda anche le diverse tradizioni che informano i diversi percorsi diagnostici: quella *psichiatrica*, sempre più affidata ai criteri descrittivi e classificatori del *Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali* (DSM) o della *Classificazione Internazionale delle Malattie* (ICD); quella *psicodinamica*, che soprattutto attraverso la formulazione del caso cerca di comprendere e nominare le caratteristiche del funzionamento psichico (difese, risorse, livello di organizzazione della personalità, esperienza soggettiva dei sintomi, ecc.) collocandole nella matrice relazionale e nella storia del paziente; e quella *psicometrica* che, appoggiandosi all'uso di test e altri strumenti di rilevazione, si propone di valutare e misurare specifiche dimensioni in grado di descrivere e differenziare gli individui.

Questi diversi compiti e obiettivi non possono certo essere svolti e raggiunti attraverso un solo approccio diagnostico. Anche quando la diagnosi è unica, il tragitto diagnostico è molteplice, e ciascuno ha i suoi punti di forza e di debolezza. Ciò che a nostro avviso caratterizza l'approccio dinamico alla diagnosi è la centralità del paziente e della sua relazione con il clinico. Non si tratta solo di riconoscere un sintomo che, insieme ad altri, ci porti alla denominazione di una sindrome; si tratta piuttosto di far confluire nella formulazione diagnostica i modi caratteristici del paziente di pensare, sentire, regolare le emozioni, gestire gli impulsi, comportarsi e relazionarsi. E di farlo in un modo che sia clinicamente articolato ma anche empiricamente fondato, che tenga conto della fase di vita che l'individuo sta attraversando, che possa essere arricchito da contributi e prospettive provenienti da altri approcci clinici e teorici. È questo il «tormento» che il *Manuale Diagnostico Psicodinamico* (PDM-2) (Lingiardi e McWilliams, 2017) si propone di «infliggere» al clinico.

2. IL MANUALE DIAGNOSTICO PSICODINAMICO (PDM-2): UNA VISIONE D'INSIEME

Quando, nel 2006, uscì la prima edizione del Manuale Diagnostico Psicodinamico, la nosografia psichiatrica era dominata da un approccio ateoretico e descrittivo, centrato sul sintomo, basato su criteri di presenza/assenza dei sintomi costruiti per identificare, in modo discreto, i disturbi mentali. Un impianto diagnostico targato DSM, inaugurato con la sua terza edizione (APA, 1980) e mantenuto, con qualche esitazione (abolizione della multiassialità, recupero della dimensionalità, proposta di un modello alternativo per i disturbi della personalità, e così via) fino all'ultima edizione (APA, 2013). Descrit-

tività e ateoreticità erano finalizzate a rimuovere ogni residuo dell'influenza della psicoanalisi e a ridurre al minimo l'interpretazione soggettiva e inferenziale da parte clinici, tradizionalmente considerata una variabile «di disturbo» nelle ricerche sugli esiti del trattamento (Hanly e Fitzpatrick Hanly, 2001).

Reazione lenta ma ben ponderata, il «progetto PDM» si proponeva invece di offrire al clinico un approccio diagnostico psicodinamico basato sulla letteratura clinica e sulla ricerca empirica, che rispettasse, «disciplinandola», la soggettività del paziente e del terapeuta e che fosse in grado di descrivere l'intera gamma del funzionamento individuale, dagli aspetti più manifesti fino agli elementi profondi che sono alla base dei suoi *pattern* emotivi, cognitivi, interpersonali e sociali più caratteristici. Proprio in occasione dell'uscita del DSM-5, sul sito dell'*American Psychoanalytic Association* si leggeva:

C'è posto, nel campo della salute mentale, per classificare i pazienti in base alle descrizioni dei sintomi, del decorso della loro patologia, e di altri elementi obiettivi. Tuttavia, come psicoanalisti, sappiamo che ogni paziente è unico. Due individui con lo stesso disturbo, sia esso depressione, lutto complicato, ansia o ogni altro tipo di patologia mentale, non avranno mai le stesse potenzialità, necessità di trattamento o risposte agli interventi terapeutici. Che si attribuisca o meno valore alle nomenclature diagnostiche descrittive come il DSM-5, l'*assessment* diagnostico psicoanalitico è un percorso di valutazione complementare e necessario, che si propone di fornire una comprensione profonda della complessità e unicità di ciascun individuo, e dovrebbe far parte dell'*assessment* diagnostico di ogni paziente, perché questo sia accurato e completo. Anche per quei disturbi psichiatrici che hanno una forte base biologica, vi sono fattori psicologici che contribuiscono all'esordio, al peggioramento e al modo in cui si esprime la malattia. I fattori psicologici influenzano anche il modo in cui ogni paziente partecipa al trattamento. È ormai appurato che la qualità dell'alleanza terapeutica è il miglior predittore dell'esito terapeutico, indipendentemente dal disturbo per cui si cerca aiuto. Consigliamo il PDM a tutti i professionisti della salute mentale interessati a tracciare un quadro diagnostico che descriva sia gli aspetti evidenti sia quelli profondi dei *pattern* sintomatici, della personalità e del funzionamento emotivo e sociale, di un individuo (apsa.org, ottobre 2013, cit. in Lingiardi e McWilliams, 2017, p. 8).

Con una nuova edizione ampliata e completamente rinnovata, il PDM-2 (Lingiardi e McWilliams, 2017) ha voluto ribadire e rinforzare le intenzioni di una diagnosi che non fosse solo *symptom-oriented*, ma più attenta alle specificità dell'individuo e del suo funzionamento mentale nelle varie fasi del ciclo di vita. Condotta da varie *task force*, il processo di revisione ha così dato vita a specifiche sezioni: *Adulti*, *Adolescenti* (12-18), *Infanzia* (4-11), *Prima infanzia* (0-3), *Anziani*, più un'ultima sezione interamente dedicata agli *strumenti di valutazione* e a *casi clinici* valutati secondo l'approccio

PDM-2. Come il suo predecessore, il PDM-2 si propone come una «tassonomia di persone» piuttosto che come una «tassonomia di disturbi», evidenziando che, per comprendere in modo adeguato i sintomi, è necessario sapere qualcosa di più sulla *persona che li ospita* (Lingiardi e McWilliams, 2015; Maffei, Fossati, Lingiardi, Madeddu, Borellini e Petrachi, 1995; Westen, Gabbard e Blagov, 2006). Contrariamente al DSM, lo scopo del PDM è quello di fornire gli strumenti per una comprensione clinica più approfondita al servizio della formulazione del caso e della pianificazione dei trattamenti, soprattutto per quei casi in cui la psicoterapia è la modalità di intervento più raccomandata. Come schematicamente riportato in tabella 1, con il PDM-2 il clinico-diagnosta ha dunque la possibilità di descrivere in modo sistematico e specifico per fascia d'età: il *livello di organizzazione* e le *sindromi della personalità* (Assi P); il *profilo del funzionamento mentale* (considerando dodici capacità o funzioni mentali) (Assi M); i *pattern sintomatologici*, comprese l'esperienza soggettiva che il paziente ha dei propri sintomi e le possibili risposte emotive del terapeuta (Assi S).

I tre assi sono valutati in ordine diverso a seconda dell'età del soggetto. Se con pazienti adulti il clinico deve valutare prima l'Asse P, poi l'Asse M e infine l'Asse S, con adolescenti, bambini e anziani il clinico deve valutare prima l'Asse M, poi l'Asse P (dato che, per esempio, nell'infanzia e adolescenza la personalità è una dimensione «emergente» ancora in via di formazione) e, per ultimo, l'Asse S. La valutazione diagnostica della prima infanzia (IEC, 0-3 anni) è invece organizzata in modo specifico secondo 5 assi (vedi Speranza, Malberg e Steele, 2018).

Le diagnosi PDM-2 sono «prototipiche», cioè non sono basate sull'idea che una categoria diagnostica possa essere accuratamente descritta come una lista di sintomi e per di più con uguale valore ponderale (diagnosi «politetica», adottata dal DSM), ma sul presupposto che la presentazione clinica del paziente possa avere diversi gradi di somiglianza o sovrapposizione complessiva con la descrizione di un prototipo o «tipo ideale» di un disturbo. Stando ad alcune ricerche, infatti, quando fanno diagnosi i clinici tendono a pensare e ragionare in termini prototipici anche se parlano in termini di categorie (Bornstein, 2015).

Inoltre, nonostante alcune Sezioni facciano riferimento alle etichette psicopatologiche usate nelle attuali tassonomie diagnostiche, il PDM-2 mette in luce l'esperienza interna e soggettiva dei pazienti che presentano tali condizioni psicopatologiche.

In sintesi, tre sono i principi fondamentali che hanno guidato la stesura del PDM-2, e che ci sembra utile ricordare ai fini di questo contributo (vedi, per esempio, Clarkin, 2015; Jurist, 2018).

TAB. 1. *La struttura multiassiale del PDM-2 – Sezione Adulti*

	Asse P Sindromi di personalità	Asse M Profilo del funzionamento mentale	Asse S Pattern sintomatologici: l'esperienza soggettiva
	<i>Livello di organizzazione della personalità</i>		
Sano	Borderline	Capacità di regolazione, attenzione e apprendimento	S1 – Disturbi a prevalente manifestazione psicotica
<	Psicotico	Capacità di fare esperienze, comunicare e comprendere gli affetti	S2 – Disturbi dell'umore
		Capacità di mentalizzazione e funzione riflessiva	S3 – Disturbi correlati prevalentemente all'ansia
		Capacità di differenziazione e integrazione (identità)	S4 – Disturbi correlati a eventi di vita e a condizioni stressanti
<i>Stili o sindromi della personalità</i>		Capacità di relazioni e intimità	S5 – Disturbo da sintomi somatici e disturbi correlati
• P1 Personalità depressive (inclusi commenti sulle manifestazioni ipomaniacali e sul masochismo)		Regolazione dell'autostima e qualità dell'esperienza interna	S6 – Disturbi con sintomi specifici
• P2 Personalità dipendenti		Capacità di controllo e regolazione degli impulsi	S7 – Disturbi correlati alle dipendenze e ad altre condizioni mediche
• P3 Personalità ansioso-evitanti e fobiche		Funzionamento difensivo	<i>SApp – Appendice: Esperienze psicologiche che possono richiedere attenzione clinica</i>
• P4 Personalità ossessivo-compulsive		Capacità di adattamento, resilienza e risorse psicologiche	• Minoranze demografiche (etniche, culturali, linguistiche, religiose, politiche)
• P5 Personalità schizoidi		Capacità di auto-osservazione (mentalità psicologica)	• Persone lesbiche, gay e bisessuali
• P6 Personalità somatizzanti		Capacità di costruire e ricorrere a standard e ideali	• Incongruenza di genere
• P7 Personalità isterico-istrioniche		Significato e direzionalità	
• P8 Personalità narcisistiche			
• P9 Personalità paranoide			
• P10 Personalità psicopatiche			
• P11 Personalità sadiche			
• P12 Personalità borderline			

(a) *utilità clinica*: il Manuale parte dal presupposto che la *raison d'être* di ogni sistema diagnostico sia la sua rilevanza e applicabilità nella pratica clinica quotidiana (First *et al.*, 2006). In altre parole, per dare alla diagnosi un'adeguata «sensibilità clinica», sono necessari sistemi nosografici che sappiano leggere la psicopatologia nel contesto della personalità e il sintomo all'interno del funzionamento mentale, includano la soggettività del vissuto sintomatologico, contemplino la specificità idiografica della formulazione del caso, si prefiggano di individuare le risorse e non solo gli elementi disfunzionali, e collochino la diagnosi nel contesto del ciclo di vita;

(b) *importanza della ricerca empirica*: rispetto alla precedente edizione, il PDM-2 è dotato di un più solido fondamento nella ricerca empirica. Di particolare rilevanza è l'inserimento di un capitolo dedicato all'*assessment*, con strumenti di valutazione direttamente derivati dal PDM-2 (come la *Psychodiagnostic Chart*, o PDC-2, e tutte le sue versioni specifiche per le diverse fasce d'età considerate) che non solo promuovono la formulazione del caso, ma consentono anche di verificare l'attendibilità e la validità degli Assi e delle diagnosi PDM-2;

(c) *dialogo con le altre discipline psicologiche*: il PDM-2 include contributi provenienti dal campo delle neuroscienze, dall'*infant-research*, ma anche da altri orientamenti teorico-clinici (per esempio cognitivo-comportamentali o sistemico-familiari), in modo da promuovere una formulazione diagnostica realmente accurata, che tenga conto di ogni progetto di trattamento e dell'individuo nella sua globalità.

3. UN CONFRONTO TRA IL PDM-2 E GLI ALTRI SISTEMI DIAGNOSTICI

Fin dalla prima edizione, il PDM si è proposto come *integrazione* e *complemento*, più che alternativa, ai principali sistemi nosografici in uso, ovvero il DSM e l'ICD [ricordiamo la recente pubblicazione dell'ICD-11 (WHO, 2018)]. Il processo diagnostico basato sul DSM e sull'ICD ha certamente permesso la creazione di un *common ground* tra specialisti di diversa formazione e orientamento, consentendo l'uniformazione delle etichette diagnostiche utilizzate per descrivere le diverse forme di psicopatologia laddove prevaleva una pletera di definizioni che, spesso, variavano al variare dell'orientamento teorico di riferimento e della formazione del clinico-diagnosta. Similmente, il PDM-2, nonostante sia fondato su un modello psicodinamico, non vuole rinunciare alla missione di facilitare il confronto e la collaborazione tra clinici e ricercatori di diverse provenienze cliniche e teoriche (come quelle biologica, cognitivo-comportamentale, centrata sulle emozioni, sistemico-familiare, e gli approcci umanistici). A tal

fine, ogni capitolo del PDM-2 contiene una tabella di concordanza tra le etichette-quadri clinici descritti con quelli inclusi nel DSM-5 e nell'ICD-10. Come sottolineano i curatori, infatti, «la pratica clinica del futuro sarà caratterizzata dalla diversità ma anche dall'integrazione di approcci differenti» (Lingiardi e McWilliams, 2017, p. 10). Nonostante i clinici di orientamento psicodinamico possano avere una maggiore familiarità con i concetti del manuale, si è cercato di valorizzare anche concettualizzazioni e terminologie presenti in altri sistemi concettuali e tradizioni terapeutiche. Per esempio, tra le caratteristiche principali delle diverse sindromi dell'Asse P è presente una descrizione degli aspetti costituzionali e maturativi più rilevanti (come le difficoltà costituzionali nella regolazione delle emozioni nelle personalità borderline) e delle credenze patogene più caratteristiche relative a se stessi e alle altre persone, che richiamano quegli «schemi» disfunzionali cardine della tradizione cognitiva (Beck, 2011). *Last but not least*, una ricerca sulla prima edizione del manuale ha mostrato che i clinici psicodinamici e non psicodinamici (cognitivo-comportamentali, sistemici, eclettici, ecc.) giudicavano positivamente l'utilità del manuale, al di là dello specifico orientamento teorico (Gordon, 2009).

Tutto questo non significa ignorare i numerosi limiti intrinseci all'approccio DSM. Sono a tutti ben noti e dunque ci limitiamo a un rapido elenco: l'elevata comorbilità tra i diversi disturbi; la predilezione per la coerenza interna dei costrutti/disturbi a spese della loro validità esterna; la scarsa stabilità temporale delle diverse diagnosi; la sola considerazione di segni e sintomi direttamente osservabili, scervi di connotazioni relative all'esperienza interiore del paziente; la mancanza di indicazioni per la progettazione di interventi *patient-tailored* ed efficaci; riferendosi specificatamente al DSM-5, la scarsa maneggevolezza clinica, la tendenza all'iperdiagnosticismo e la palese medicalizzazione di condizioni da molti ritenute fisiologiche, inevitabilmente destinata ad avvantaggiare le industrie farmaceutiche (vedi Cooper, 2014; Frances, 2013; Vanheule, 2012; Westen e Shedler, 1999a, 1999b; Lingiardi, 2013a, 2018; Lingiardi, McWilliams, Bornstein, Gazzillo e Gordon, 2015).

Le due edizioni del PDM hanno cercato di rispondere a queste limitazioni, con conseguenti differenze a livello di struttura, contenuti e obiettivi. Nella «pocket guide» dell'esame diagnostico con il DSM-5, Abraham Nussbaum (2013) afferma a tal proposito che:

l'ICD-10 si concentra sulla salute pubblica, mentre il PDM si focalizza sulla salute e il disagio psicologico di una persona in particolare. Diversi gruppi psicoanalitici hanno collaborato per creare il PDM come complemento ai sistemi descrittivi rappresentati dal DSM-5 e dall'ICD-10. Come il DSM-5, il PDM include dimensioni che tagliano trasversalmente le categorie diagnosti-

che insieme con un resoconto approfondito dei *pattern* e dei disturbi di personalità. Il PDM utilizza le categorie diagnostiche del DSM ma include resoconti delle esperienze interiori di una persona che si presenta per ricevere un trattamento (p. 256).

Se i sistemi di classificazione del DSM e dell'ICD sono stati costruiti in modo da massimizzare l'attendibilità delle loro categorie a fini di ricerca, condurre ricerche epidemiologiche sulla prevalenza, il decorso e la prognosi dei disturbi, e per motivi legati ai rimborsi assicurativi, l'approccio diagnostico del PDM-2 si rivolge piuttosto alla formulazione del caso individuale e alla pianificazione di trattamenti che tengano conto della complessità e della varietà dell'esperienza psicologica di ogni individuo.

In aggiunta, le tassonomie del DSM e dell'ICD hanno mantenuto un approccio alla diagnosi prevalentemente categoriale, mentre la diagnosi del PDM-2 si basa sul concetto di *continuum*. La letteratura clinica ed empirica, in particolare rispetto ai disturbi di personalità, ha mostrato come molte condizioni possano essere meglio concettualizzate su un *continuum* di funzionamento (quindi secondo un approccio dimensionale) piuttosto che con categorie mutuamente escludentisi (Huprich e Bornstein, 2007; Ofrat, Krueger e Clark, 2018; Skodol, Morey, Bender e Oldham, 2015).

È interessante notare come sia il DSM-5 sia il recente ICD-11 abbiano tentato di riformulare le tradizionali categorie dei disturbi di personalità secondo un modello dimensionale basato sui tratti. Il «Modello Alternativo» del DSM-5 per la diagnosi dei disturbi di personalità, incluso nella Sezione III («Proposte di nuovi modelli e strumenti di valutazione»), si basa principalmente sull'approccio *Big Five* (Samuel e Widiger, 2008) e richiede la valutazione del grado di compromissione del funzionamento della personalità (che include due domini specifici di funzionamento, del sé e interpersonale) e la valutazione di tratti di personalità patologici (organizzati in cinque grandi domini di tratto – Affettività negativa, Distacco, Antagonismo, Disinibizione e Psicoticismo). L'ICD-11, in modo simile, prevede una valutazione della gravità di un disturbo di personalità (da lieve a grave) e include una descrizione dei possibili tratti o *pattern* di personalità prevalenti (affettività negativa, distacco, antagonismo, disinibizione, modalità anancastica, più un *pattern* borderline). A differenza del Modello Alternativo del DSM-5 e dell'ICD-11, il PDM-2 ricorre alla dimensionalità per individuare gruppi di persone che condividono gli stessi temi e dinamiche psicologiche di base, più che dimensioni di tratti discreti e centrati su una variabile. Temi psicologici di base che la letteratura, non solo di orientamento psicodinamico, descrive con vari termini, tra cui «relazioni oggettuali interiorizzate» (Fairbairn,

1952), «modelli operativi interni» (Bowlby, 1969), «rappresentazioni di interazioni generalizzate» (Stern, 1985), «modelli relazionali interni» (Aron, 1991), «schemi emotivi» (Bucci, 1997), «temi relazionali conflittuali centrali» (Luborsky e Crits-Cristoph, 1996), «conoscenza relazionale implicita» (Lyons-Ruth, 1999), «schemi personali» (Horowitz, 1998), «schemi individuali» (Young, Klosko e Weishaar, 2003), o «schemi disfunzionali» (Beck e Dozois, 2011).

Nelle recenti edizioni del DSM e dell'ICD, vari disturbi e sindromi di personalità ben noti ai clinici non sono stati inclusi sia in quanto poco frequenti nella pratica clinica (come gli individui con personalità contro dipendenti o sadiche) sia perché non adeguatamente supportati da evidenze empiriche (famoso è stato il «caso» del disturbo narcisistico di personalità, che inizialmente non doveva essere incluso nel DSM-5 per la mancanza di un adeguato supporto empirico, ma degna di menzione è anche la non considerazione del disturbo depressivo di personalità; Miller, Widiger e Campbell, 2010; Shedler *et al.*, 2010). Nel PDM-2 si è scelto di includere gli stili/sindromi di personalità in base al loro rilievo teorico e clinico senza tuttavia generare un numero eccessivo di entità diagnostiche (vengono elencati in totale dodici stili/sindromi della personalità). In aggiunta, il sistema PDM-2 cerca di descrivere, per ogni individuo, una sola organizzazione della personalità, coerente e significativa, che possa rappresentare un insieme unico di problematiche ricorrenti o una particolare combinazione delle caratteristiche principali di due o più organizzazioni della personalità e *pattern* sintomatici.

4. RICERCA EMPIRICA E PRATICA CLINICA: UN DIALOGO POSSIBILE

Come già accennato, una delle principali *mission* del PDM-2 è la promozione del dialogo con la ricerca empirica. Se per molti colleghi «diagnosi» è ancora «una brutta parola», per usare una nota affermazione di Nancy McWilliams (2011, p. 25), lo stesso si può dire anche per la parola «ricerca». Molti clinici sono effettivamente poco interessati alla ricerca empirica, altri la sostengono ritenendola «un vaccino necessario» per reagire a chi lamenta una presunta mancanza di evidenze empiriche delle terapie psicodinamiche, altri infine mostrano una vera e propria avversione, convinti che la validità dei concetti e delle pratiche psicoanalitiche non sia verificabile con strumenti extra-clinici e che la prospettiva empirica possa essere addirittura dannosa per la disciplina (Green, 2005; per una trattazione approfondita sul tema, vedi Lingiardi e Muzi, 2014; Lingiardi e Ponsi, 2013).

La tensione tra studiosi interessati alla ricerca e alcuni rappresentanti della comunità psicoanalitica ha coinvolto direttamente anche il PDM.

All'interno di una più ampia critica sulla «epistemologicamente ingiustificata» e «potenzialmente dannosa e distruttiva» applicazione dei metodi scientifici alla situazione analitica, Irwin Hoffman (2009), in riferimento alla prima edizione del manuale, ha asserito che l'uso di ogni categorizzazione in riferimento a un paziente è un modo di «inaridire» l'esperienza umana, e che la considerazione del PDM per «l'illimitata e unica complessità che contraddistingue ogni essere umano» era puramente di facciata. In risposta, Eagle e Wolitzky (2011) affermarono che cercare di «misurare» l'esperienza umana e guardarla attraverso le lenti di una diagnosi clinicamente sensibile come quella del PDM non era affatto un modo di «inaridirla» e che l'unico modo per ridurre la distanza tra scienza e pratica clinica era impegnarsi in una ricerca migliore, più creativa e più valida ecologicamente. Posizione condivisa non solo da molti studiosi psicodinamici che hanno preso parte al dibattito (vedi, per esempio, Fonagy, 2013; Hoffman, 2012; Safran, 2012; Vivona, 2012), ma anche dagli autori che hanno contribuito alla stesura del PDM-2: il manuale si propone sia di *essere fondato* sulle evidenze empiriche, sia di *essere sottoposto* a verifica empirica nelle sue assunzioni e principi fondamentali (Hilsenroth, Katz e Tanzilli, 2018).

Un esempio è l'attenta considerazione del manuale alla soggettività del clinico, e alle possibili risposte emotive sperimentate nei confronti dei propri pazienti in trattamento. Diversi ricercatori sono giunti alla conclusione che la natura della relazione terapeutica (nelle sue componenti fondamentali, quali l'alleanza terapeutica, i *pattern* transferali-controtransferali, e le caratteristiche reali del paziente e del terapeuta), in quanto contenitore di aspetti mentali e neurali interconnessi e operanti in un contesto interpersonale, sia in grado di predire l'*outcome* in modo più solido di quanto si possa fare basandosi su uno specifico approccio terapeutico o su una specifica tecnica di intervento (Hayes, Gelso e Hummel, 2011; Horvath, Del Re, Fluckinger e Symonds, 2011; Lingiardi, Muzi, Tanzilli e Carone, 2018; Norcross, 2011; Wampold e Imel, 2015). In particolare, l'Asse P prevede un'accurata descrizione delle possibili risposte emotive che il clinico tende a sperimentare nell'incontro con pazienti con specifici stili/disturbi di personalità. L'utilità di questa prospettiva è sostenuta dai sempre più numerosi studi che dimostrano come i *pattern* controtransferali dei clinici correlino con la patologia di personalità dei pazienti in modo mediamente prevedibile e trasversale ai diversi approcci di trattamento (Betan, Heim, Zittel Conklin e Westen, 2005; Colli, Tanzilli, Dimaggio e Lingiardi, 2014; Dahl *et al.*, 2014; Lingiardi, Tanzilli e Colli, 2015; Rössberg, Karterud, Pedersen e Friis, 2008; Tanzilli, Colli, Del Corno e Lingiardi, 2016).

Prendiamo come esempio le personalità narcisistiche: il PDM-2 ricorda che i clinici possono sentirsi spesso idealizzati o svalutati senza

motivo, o anche semplicemente non presi in considerazione. Questi atteggiamenti del paziente possono evocare nel terapeuta conseguenti sentimenti di noia, distacco, distrazione, irritazione, rabbia, impazienza o la sensazione di essere invisibili; osservazioni, queste, in linea con recenti contributi sul tema (Tanzilli, Muzi, Ronningstam e Lingiardi, 2017; Ronningstam, 2012). A tal proposito, Gabbard (2009) sottolinea come i pazienti narcisistici di tipo grandioso o «overt» sembrano parlare più «di fronte» al clinico che direttamente «al» clinico, rendendogli arduo il compito di essere un vero «osservatore partecipe» e di investire emotivamente nella relazione terapeutica. Una ricerca, in particolare, ha indagato le risposte emotive dei clinici con pazienti con disturbi di personalità valutati con il PDM (Gazzillo, Lingiardi, Del Corno, Genova, Bornstein, Gordon e McWilliams, 2015). I risultati hanno mostrato che, oltre alle risposte emotive di distacco e irritazione elicitate dai pazienti narcisistici più «overt», se le ferite narcisistiche del paziente sono molto evidenti, come nel caso degli individui più ipervigili o «covert» (o depressi/svuotati, come definiti dal PDM-2), i clinici possono sperimentare anche sentimenti genitoriali e un forte desiderio di protezione. Queste peculiari reazioni emotive che i pazienti «overt» o «covert» tendono a elicitare nelle persone significative della loro vita saranno inevitabilmente ricreate all'interno del setting terapeutico, che per sua natura richiede lo sviluppo e il mantenimento di una relazione interpersonale. I fenomeni controtransferali sono quindi centrali nella comprensione e nel trattamento di questi pazienti, tanto che, come affermano Ogrodniczuk e Kealy (2013), a fini diagnostici non risulta importante considerare solamente come essi «si sentono», ma anche (e soprattutto) *«il modo in cui fanno sentire gli altri»* (p. 114), incluso il terapeuta.

In conclusione di questo paragrafo, in cui abbiamo cercato di rendere evidente il «circolo virtuoso» tra comprensione diagnostica, ricerca empirica e utilità clinica (per un approfondimento, vedi Lingiardi, 2013b), ci preme sottolineare che la capacità di ridurre la distanza tra il processo diagnostico e la patologia mentale, come anche il divario tra scienza e pratica, dipende dalla qualità della comunicazione e dalla capacità di collaborazione tra ricercatori e clinici. La stagione delle dicotomie e delle contrapposizioni tra ricerca empirica e pratica clinica non ci sembra aver dato, infatti, grandi raccolti.

5. L'IMPORTANZA DI UNA PROSPETTIVA EVOLUTIVA

Il contributo pionieristico di Stanley Greenspan, promotore della prima edizione del PDM, ha influito sulla particolare attenzione riservata dal manuale alla diagnosi in età evolutiva, dalla prima infanzia fino all'adolescenza. In linea con i riscontri provenienti dall'*infant-re-*

search e dalla psicopatologia dello sviluppo (Cicchetti e Cohen, 2006; Lieberman, Van Horn e Grandison, 1997; Seligman, 2018; Sroufe e Rutter, 2000), il modello bio-psicosociale dello sviluppo precoce descritto da Greenspan (1992, 1996, 2006) sottolinea la necessità di prendere in considerazione i seguenti aspetti: (1) il livello evolutivo del funzionamento emotivo, sociale e intellettuale del neonato e del bambino; (2) le differenze di elaborazione individuali biologicamente e costituzionalmente determinate; (3) le dinamiche relazionali, incluse quelle bambino-*caregiver*-famiglia, e quindi gli stili di attaccamento. Il processo di sviluppo è inteso come l'interazione tra fattori genetici e ambientali, storia dello sviluppo, e problematiche presenti in ambito fisiologico, neuropsicologico, cognitivo, sociale, emotivo e rappresentativo. Ne consegue che la psicopatologia in età evolutiva non corrisponde più alle sole manifestazioni disfunzionali derivanti da una fissazione a uno stadio precoce dello sviluppo ma può, e anzi dovrebbe, essere compresa come il risultato della complessa interazione tra tutti questi fattori (Malberg e Mayes, 2015).

Come accennato nella descrizione generale del manuale, nel PDM-2 vi sono tre sezioni dedicate alla valutazione e alla diagnosi in età evolutiva: la «Classificazione della salute mentale e dei disturbi dello sviluppo nella prima infanzia» (Asse IEC: 0-3), quella dedicata all'Infanzia (4-11) e un'ultima che si concentra sugli Adolescenti (12-18). In particolare, la classificazione IEC è basata su un approccio evolutivo che include principalmente una valutazione delle capacità evolutive funzionali ed emotive (Asse II), le capacità di regolazione dell'elaborazione sensoriale (Asse III), i *pattern* e i disturbi relazionali (Asse IV) e altre diagnosi mediche e neurologiche (Asse V) come componenti determinanti nelle diagnosi primarie nella prima infanzia (Asse I). Quest'ultimo Asse descrive le principali categorie diagnostiche e le tipologie di disturbo osservate nei neonati e nei bambini piccoli, ampliando gli altri sistemi diagnostici preesistenti, fra cui il DSM-5, l'ICD-10, la *Classificazione diagnostica della salute mentale e dei disturbi di sviluppo nell'infanzia, prima revisione* (CD:0-3R; Zero to Three, 2005), il *Diagnostic Manual for Infants and Young Children* (ICDL-DMIC; ICDL, 2005). Ogni disturbo dell'Asse I viene descritto in termini di *pattern* manifesto, percorsi di sviluppo e implicazioni terapeutiche. Nello specifico, il «*pattern* manifesto» descrive i *pattern* sintomatici, nonché l'esperienza soggettiva di un bambino in termini di desideri, sentimenti, motivazioni e pensieri. I «percorsi di sviluppo» descrivono sia i fattori di rischio sia i meccanismi di base che possono portare a un disturbo specifico e alle sue traiettorie di sviluppo, evidenziando dove necessario la continuità omotipica ed eterotipica (Costello, Mustillo, Erkanli, Keeler e Angold, 2003) dei diversi disturbi in linea con le altre sezioni del manuale. Infine, le «im-

plicazioni terapeutiche» vengono indicate sulla base della letteratura clinica e hanno il fine di migliorare l'utilità di questo approccio diagnostico nella pratica clinica quotidiana.

Ai fini di un'adeguata valutazione secondo la classificazione IEC, è fondamentale considerare il contributo di ciascun Asse, ottenendo così una visione globale del funzionamento del bambino attraverso la comprensione del ruolo giocato dall'Asse stesso nella patogenesi di ciascun disturbo. Se prendiamo come esempio i disturbi della nutrizione e dell'alimentazione, il manuale sottolinea come questi possano essere sintomatici di disturbi interattivi (Asse IV), rappresentare un disturbo della regolazione con ipersensibilità sensoriali e difficoltà oro-motorie (Asse III), oppure riflettere l'ansia residua che deriva da problemi biologici risolti, come difficoltà gastro-intestinali, reflusso e altre patologie che creano ansia e mancanza di piacere nel mangiare (Asse V). Tuttavia, ne sottolinea la natura intrinsecamente relazionale, in quanto durante ogni fase dello sviluppo le caratteristiche del bambino e del *caregiver* possono interferire con la mutua regolazione dell'alimentazione e impedire lo sviluppo di un'alimentazione internamente regolata. Diverse ricerche, soprattutto nel campo dell'anorexia infantile (definita anche «disturbo alimentare di separazione»; Chatoor, 1996), hanno mostrato la rilevanza di interazioni disfunzionali tra madre e figlio durante l'alimentazione, evidenziando in particolare il conflitto diadico, il «temperamento difficile» e le difficoltà di regolazione emotiva nei bambini, e profili psicopatologici nelle loro madri, caratterizzati da depressione e atteggiamenti alimentari disfunzionali (Ammaniti, Lucarelli, Cimino, D'Olimpio e Chatoor, 2010, 2012; Chatoor, 2005, 2009; Lucarelli, Cimino, D'Olimpio e Ammaniti, 2013).

Questo approccio consente di rispondere ad alcuni limiti delle attuali nosografie applicate al periodo dello sviluppo infantile, come la tendenza a «trasferire» i quadri e i fenomeni psicopatologici degli adulti all'età evolutiva (Ammaniti, 2001; Rutter, 2011), l'ampia variabilità della prevalenza dei disturbi psichici in età infantile, o la mancata considerazione dello specifico significato psicopatologico che i sintomi assumono in questa fase di vita, a cui consegue una scarsa corrispondenza tra le manifestazioni psicopatologiche dall'infanzia all'età adulta (discontinuità evolutiva; Speranza e Williams, 2014).

6. ALLA RICERCA DI UN LINGUAGGIO COMUNE: IL CONTRIBUTO DELLE NEUROSCIENZE

La ricerca neuroscientifica sembra possedere crescenti potenzialità per contribuire a una maggiore comprensione delle basi del funzio-

namento mentale dell'individuo e dei possibili effetti degli interventi terapeutici. Appare ormai comprovato che il programma geneticamente determinato dell'individuo (la «natura», *nature*) e le sue esperienze di vita (la «cultura», *nurture*) sono entrambi fattori che devono essere presi in considerazione per un'adeguata comprensione del funzionamento sano e patologico, nonché della natura funzionale dei disturbi (LeDoux, 2002): solo una prospettiva che includa diversi vertici di osservazione può, infatti, portare a una lettura più attenta dei diversi fattori eziologici e di mantenimento delle diverse forme psicopatologiche. Per esempio, studi condotti con l'uso di tecniche di *neuroimaging* hanno indagato la neuroanatomia funzionale di pazienti con disturbi borderline associata ad aspetti quali l'ipersensibilità, l'intolleranza alla solitudine, i timori abbandonic e l'attaccamento (Buchheim, Labek, Walter e Viviani, 2008; Fertuck *et al.*, 2009; King-Casas, Sharp, Lomax-Bream, Lohrenz, Fonagy e Read Montague, 2008). Su un altro piano, non possiamo non menzionare il progetto dei *Research Domain Criteria* (RDoC; Insel *et al.*, 2010), in cui ciascuno dei cinque domini elencati (ovvero, sistemi cognitivi, sistemi relativi ai processi sociali, sistemi di regolazione dell'*arousal*, sistemi a valenza negativa e sistemi a valenza positiva) rimanda a un sistema cerebrale nel quale si verifica una compromissione del funzionamento, a livelli differenti, nelle diverse condizioni psichiatriche, e che persegue lo scopo di consentire una comprensione dei meccanismi molecolari, genetici e fisiologici sottesi ai disturbi (Casey, Craddock, Cuthbert, Hyman, Lee e Ressler, 2013). In aggiunta, le ricerche sullo sviluppo del cervello suggeriscono come i *pattern* di funzionamento emotivo, sociale e comportamentale implicino diverse aree cerebrali in comunicazione tra loro (e non funzionanti in modo isolato), con importanti conseguenze sia per i modelli clinici sia per quelli riguardanti il cambiamento terapeutico (Kandel, 1999; Schore, 2014). Quest'ultima osservazione è supportata dai promettenti risultati di quelle ricerche che hanno mostrato degli effetti significativi di interventi psicologici dinamicamente orientati sulle strutture e sul funzionamento delle diverse aree cerebrali (Abbass, Nowoweiski, Bernier, Tarzwell e Beutel, 2014; Buchheim *et al.*, 2013, 2018).

Nel PDM-2, la *vexata quaestio* dell'influenza di natura e cultura si risolve nel riconoscimento del ruolo interattivo e reciproco di entrambi gli aspetti. L'Asse M si fonda esplicitamente su una concezione che vede la personalità e il funzionamento mentale come risultati dell'integrazione tra i fattori «biologicamente determinati» (temperamento, predisposizione genetica, tratti di base) e «culturalmente determinati» (processi di apprendimento, esperienza, stile di attaccamento, caratteristiche del contesto sociale e culturale) (Lingiardi, Colli e Muzi, 2018). Nella descrizione delle dodici capacità mentali, que-

sta prospettiva viene resa esplicita sottolineando la natura complessa di ciò che viene considerato in ogni dominio e promuovendo così un miglioramento nella valutazione di questi fenomeni mentali così articolati. Prendiamo come esempio la *capacità di fare esperienza, comprendere e comunicare gli affetti*. Questa funzione riguarda la capacità di sperimentare un'ampia gamma di stati affettivi ed emotivi in diversi gradi di intensità e in modo congruente con il contesto culturale di appartenenza, di comunicare agli altri la propria esperienza affettiva in modo efficace e adattivo e di riconoscere le proprie emozioni, così come di leggere e interpretare le comunicazioni emotive degli altri, in modi adattivi, empatici, responsivi e intrinsecamente orientati alla relazione. In linea con la teoria della «regolazione degli affetti» di Schore (2003), il manuale sottolinea l'importanza della complessa interazione tra patrimonio genetico ed esperienze relazionali e di vita – *in primis* quelle precoci con il *caregiver* – con i loro specifici stili di attaccamento (Siegel, 2012; Fonagy e Target, 2011; Porges, 2011). Aspetto centrale nella comprensione del funzionamento in quest'area è, infatti, l'influenza degli scambi affettivi regolati e non regolati nelle prime interazioni *caregiver*-bambino sullo sviluppo del cosiddetto «cervello destro», deputato all'elaborazione delle emozioni: una madre «sufficientemente buona» riuscirebbe, infatti, a sintonizzarsi con la mente del neonato e a modulare in modo efficace i suoi stati eccitatori, influenzando la maturazione di quei circuiti cerebrali che agiscono a loro volta da «mediatori» delle sue capacità di autoregolazione. Le differenze individuali a livello di predisposizione genetica, del temperamento e del sostrato neurobiologico sono ugualmente fondamentali nelle *capacità di regolazione, attenzione e apprendimento*, anch'esse influenzate dal contesto sociale e affettivo di sviluppo e, in particolare, dalle prime interazioni bambino-*caregiver*. Come sottolineato nell'Asse M del PDM-2, l'individuo tende a sviluppare specifiche predisposizioni e *bias* a livello attentivo ed esecutivo come risultato di queste (e altre) esperienze precoci; in fasi successive della vita, questi *pattern* si manifesteranno nel modo in cui egli interagisce con gli altri e con l'ambiente più in generale (Etzi, 2014).

Un'altra implicazione del crescente riconoscimento della componente interpersonale nel processo di maturazione cerebrale riguarda ancor più da vicino la pratica clinica. Sebbene, inizialmente, alcuni studiosi abbiano temuto che le neuroscienze potessero portare a modelli riduzionistici e semplicistici della complessità del funzionamento individuale, oggi appaiono evidenti alcuni vantaggi di un atteggiamento clinico che tenga conto della sinergia tra dati neuroscientifici e psico(pato)logia (Gabbard, 2005; Beutel, Stern e Silbersweig, 2003). In *primis*, la possibilità di formulare delle diagnosi più consapevoli e precise al fine di pianificare strategie di trattamento individualizzate e

realmente rispondenti alle caratteristiche dei pazienti in trattamento: il concetto di «neuroplasticità», per esempio, ha messo in luce le possibilità di cambiamento del cervello (e presumibilmente della mente) anche nella vecchiaia, a cui, come abbiamo visto, è dedicata un'intera sezione del PDM-2. Soprattutto in questa fase del ciclo di vita, l'invecchiamento cerebrale e il funzionamento mentale sono determinati dalla convergenza di fattori genetici (specie-specifici e individuali) (Caleb, Finch e Tanzi, 1997; Rodríguez-Rodero, Fernández-Morera, Menéndez-Torre, Calvanese, Fernandez e Fraga, 2011) e dalle condizioni ambientali presenti e passate (Ryff e Singer, 2005). Un approccio integrativo alla diagnosi dell'anziano può anche aiutare il clinico a capire i limiti delle proprie possibilità di intervento psicologico o riabilitativo sul paziente: una persona anziana che presenta un disturbo neurocognitivo può non essere in grado di comprendere ciò che gli accade né di reagire in modo appropriato agli stimoli, influenzando più o meno profondamente gli aspetti emotivi e comportamentali del suo funzionamento al di fuori e all'interno del setting terapeutico.

In secondo luogo, un'attenta considerazione di fattori come l'influenza dell'esposizione a stimoli emotivi veicolati dall'espressione facciale delle persone che abbiamo di fronte sull'attivazione di alcune aree cerebrali (come l'amigdala), oppure la rilevanza del sistema dei neuroni specchio, base neurobiologica dell'empatia e dell'intersoggettività (Ammaniti e Gallese, 2014; Gallese, Eagle e Migone, 2007; Gallese, Migone e Eagle, 2006), ha inevitabili ricadute sulla configurazione del setting delle psicoterapie e sulla relazione paziente-terapeuta, al di là dello specifico approccio teorico. In particolare, come osserva Schore (2005), «Ora si ha la certezza che l'emisfero destro, e non quello sinistro, è dominante [...] anche nel lavoro che produce parole cariche di emozioni, nella ricerca del nome proprio di una persona, nello humor, nel riso [...]. Tutte queste informazioni sono rilevanti per lo psicoanalista interessato tanto all'interpretazione quanto allo speciale linguaggio affettivo che si realizza nel rapporto terapeutico tra soggetti» (p. 840). Terapeuta come «schermo opaco» o attivo partecipante, essere esposti alle espressioni facciali del paziente o del terapeuta (posizione *vis-à-vis* o uso del lettino), il focus sui contenuti affettivi della relazione terapeutica, sono tutti fattori che possono produrre modificazioni e cambiamenti anche a livello cerebrale (Mancia, 2007; Schore, 2014).

7. ALCUNE RIFLESSIONI FINALI: DIAGNOSI SENSATE PER CLINICI SENSIBILI

Come clinici e ricercatori, come insegnanti e supervisori, ci accorgiamo ogni giorno che molti giovani colleghi in formazione si sentono perduti in un mondo diagnostico tutto affidato all'area biome-

dica, sperimentando la mancanza di un sistema nosografico articolato in senso più psicologico. Eppure, ogni clinico, al di là degli anni di formazione, tende a formulare delle diagnosi implicite sul funzionamento dell'altro anche quando non si struttura una formulazione esplicita e specifica. Il PDM-2 mira quindi a promuovere e sottolineare gli aspetti dinamici, relazionali e intersoggettivi della diagnosi, e a fornire ai terapeuti in formazione un adeguato *framework* esplicativo che includa il loro contributo all'esperienza della relazione terapeutica in modo da poterli aiutare nel difficile compito di organizzare il complesso materiale clinico con cui si confrontano nella loro pratica quotidiana. Questo anche nell'intento di promuovere un dialogo più continuativo e curioso con la prospettiva empirica, con il conseguente sviluppo di uno spirito scientifico clinicamente orientato che riveste primaria importanza nell'ambito della formazione psicoanalitica/psicodinamica (Kernberg, 2006) ma anche in quella di altri orientamenti e approcci teorici. Inoltre, una diagnosi che tenga conto della complessità del funzionamento dell'individuo costituisce un elemento utilissimo nella supervisione clinica (Holt *et al.*, 2015; Reiser e Milne, 2014). Senza un'attenzione a questi aspetti, il processo diagnostico perde di senso e diventa la mera applicazione di una routine noiosa (Lingiardi e McWilliams, 2015). Questo rischio non solo mina l'identità professionale dei clinici, ma affievolisce e distorce la loro capacità di descrivere e cogliere le caratteristiche più salienti del funzionamento mentale di un paziente, mettendo a repentaglio anche la relazione terapeutica. Che, come ben sappiamo, è uno dei principali fattori che influenza l'esito di ogni forma di trattamento.

BIBLIOGRAFIA

- ABBASS A.A., NOWOWEISKI S.J., BERNIER D., TARZWELL R., BEUTEL M.E. (2014). Review of psychodynamic psychotherapy neuroimaging studies. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 83 (3), 142-147.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (1980). *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali (DSM-III)*. Trad. it. Milano: Masson, 1983.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (2013). *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali (DSM-5)*. Trad. it. Milano: Raffaello Cortina, 2014.
- AMMANITI M. (2001). *Manuale di psicopatologia dell'infanzia*. Milano: Raffaello Cortina.
- AMMANITI M., GALLESE V. (2014). *La nascita dell'intersoggettività*. Milano: Raffaello Cortina.
- AMMANITI M., LUCARELLI L., CIMINO S., D'OLIMPIO F., CHATOOR I. (2010). Maternal psychopathology and child risk factors in infantile anorexia. *International Journal of Eating Disorders*, 43, 233-240.
- AMMANITI M., LUCARELLI L., CIMINO S., D'OLIMPIO F., CHATOOR I. (2012). Feeding disorders of infancy: A longitudinal study to middle childhood. *International Journal of Eating Disorders*, 45, 272-280.

- ARON L. (1991). Working through the past – working toward the future. *Contemporary Psychoanalysis*, 27, 81-108.
- BECK A.T., DOZOIS D.J.A. (2011). Cognitive therapy: Current status and future directions. *Annual Review of Medicine*, 62, 397-409.
- BECK J.S. (2011). *Cognitive behavior therapy: Basics and beyond. Second edition*. New York: Guilford Press.
- BETAN E., HEIM A.K., ZITTEL CONKLIN C., WESTEN D. (2005). Countertransference phenomena and personality pathology in clinical practice: An empirical investigation. *American Journal of Psychiatry*, 162, 890-898.
- BEUTEL M.E., STERN E., SILBERSWEIG D.A. (2003). The emerging dialogue between psychoanalysis and neuroscience: Neuroimaging perspectives. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 51 (3), 773-801.
- BORNSTEIN R.F. (2015). Personality assessment in the diagnostic manuals: On mindfulness, multiple methods, and test score discontinuities. *Journal of Personality Assessment*, 97, 446-455.
- BOWLBY J. (1969). *Attaccamento e perdita*, vol. 1: *L'attaccamento alla madre*. Trad. it. Torino: Boringhieri, 1972.
- BUCCI W. (1997). *Psicoanalisi e scienza cognitiva. Una teoria del codice multiplo*. Trad. it. Roma: Giovanni Fioriti Editore, 2009.
- BUCHHEIM A., ERK S., GEORGE C., KACHELE H., KIRCHER T., MARTIUS P., POKORNY D., RUCHSHOW M., SPITZER M., WALTER H. (2008). Neural correlates of attachment trauma in borderline personality disorder: A functional magnetic resonance imaging study. *Psychiatry Research: Neuroimaging*, 163, 223-235.
- BUCHHEIM A., LABEK K., TAUBNER S., KESSLER H., POKORNY D., KÄCHELE H., CIERPKA M., ROTH G., POGARELL R., KARCH S. (2018). Modulation of gamma band activity and late positive potential in patients with chronic depression after psychodynamic psychotherapy. *Psychotherapy and Psychosomatics*, advanced online publication.
- BUCHHEIM A., LABEK K., WALTER S., VIVIANI R. (2013). A clinical case study of a psychoanalytic psychotherapy monitored with functional neuroimaging. *Frontiers in Human Neuroscience*, 7, 677.
- CALEB E., FINCH C.E., TANZI R.E. (1997). Genetics of aging. *Science*, 278, 407-411.
- CASEY B.J., CRADDOCK N., CUTHBERT B.N., HYMAN S.E., LEE F.S., RESSLER K.J. (2013). DSM-5 and RDoC: Progress in psychiatry research? *Nature Reviews Neuroscience*, 14 (11), 810-814.
- CHATOOR I. (1996). Feeding and other disorders of infancy or early childhood. In A. Tasman, J. Kay, J. Lieberman (eds.), *Psychiatry*. Philadelphia, PA: Saunders, pp. 638-701.
- CHATOOR I. (2005). *Classificazione diagnostica della salute mentale e dei disturbi di sviluppo nell'infanzia*. Trad. it. Roma: Giovanni Fioriti Editore, 2008.
- CHATOOR I. (2009). *Diagnosis and treatment of feeding disorders in infants, toddlers, and young children*. Washington, D.C.: Zero to Three Press.
- CICCHETTI D., COHEN D.J. (2006). *Developmental psychopathology: Theory and method, Vol. 1. (2nd ed.)*. Hoboken, N.J.: Wiley.
- CLARKIN J.F. (2015). A commentary on The Psychodynamic Diagnostic Manual Version 2 (PDM-2): Assessing patents for improved clinical practice and research. *Psychoanalytic Psychology*, 32 (1), 116-120.
- COLLI A., TANZILLI A., DIMAGGIO G., LINGIARDI V. (2014). Patient personality and therapist response: An empirical investigation. *American Journal of Psychiatry*, 171, 102-108.

- COOPER R. (2004). What is wrong with the DSM? *History of Psychiatry*, 15, 5-25.
- COSTELLO E.J., MUSTILLO S., ERKANLI A., KEELER G., ANGOLD A. (2003). Prevalence and development of psychiatric disorders in childhood and adolescence. *Archives of General Psychiatry*, 60, 837-844.
- DAHL H.J., RØSSBERG J.I., CRITS-CHRISTOPH P., GABBARD G.O., HERSOUG A.G., PERRY J.C., ULBERG R., HØGLEN P.A. (2014). Long-term effects of analysis of the patient-therapist relationship in the context of patients' personality pathology and therapists' parental feelings. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 82 (3), 460-471.
- EAGLE M.N., WOLITZKY D.L. (2011). Systematic empirical research versus clinical case studies: A valid antagonism? *Journal of American Psychoanalytic Association*, 59 (4), 791-817.
- ETZI J. (2014). The Psychodynamic Diagnostic Manual M Axis: Toward an articulation of what it can assess. *Psychoanalytic Psychology*, 31 (1), 119-133.
- FAIRBAIRN W.R.D. (1952). *Studi psicoanalitici sulla personalità*. Trad. it. Torino: Boringhieri, 1970.
- FERTUCK E.A., JEKAL A., SONGA I., WYMAN B., MORRIS M.C., WILSON S.T., ... STANLEY B. (2009). Enhanced «reading the mind with the eyes» in borderline personality disorder compared to healthy controls. *Psychological Medicine*, 39, 1979-1988.
- FIRST M.B., PINCUS H.A., LEVINE J.B., WILLIAMS J.W., USTUN B., PEELE R. (2004). Clinical utility as a criterion for revising psychiatric diagnoses. *American Journal of Psychiatry*, 161 (6), 946-954.
- FONAGY P. (2013). There is room for even more doublethink: The perilous status of psychoanalytic research. *Psychoanalytic Dialogues*, 23, 116-122.
- FONAGY P., TARGET M. (2011). Le radici della mente nel corpo. Nuovi legami tra teoria dell'attaccamento e Psicoanalisi. *Psiche, Rivista di Cultura Psicoanalitica*, 1, pp. 1-23.
- FRANCES A. (2013). *La diagnosi in psichiatria. Ripensare il DSM-5*. Trad. it. Milano: Raffaello Cortina, 2014.
- GABBARD G.O. (2005). Mind, brain, and personality disorders. *American Journal of Psychiatry*, 162 (4), 648-655 (trad. it. Mente, cervello e disturbi di personalità. *Psicoterapia e Scienze Umane*, 40 (1), 9-26).
- GABBARD G.O. (2009). Transference and countertransference: Developments in the treatment of narcissistic personality disorder. *Psychiatric Annals*, 39, 129-136.
- GALLESE V., EAGLE M.N., MIGONE P. (2007). Intentional attunement: Mirror neurons and the neural underpinnings of interpersonal relations. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 55 (1), 131-176.
- GALLESE V., MIGONE P., EAGLE M.N. (2006). La simulazione incarnata: i neuroni specchio, le basi neurofisiologiche dell'intersoggettività e alcune implicazioni per la psicoanalisi. *Psicoterapia e Scienze Umane*, 40 (3), 543-580.
- GAZZILLO F., LINGIARDI V., DEL CORNO F., GENOVA F., BORNSTEIN R.F., GORDON R.M., MCWILLIAMS N. (2015). Clinicians' emotional responses and Psychodynamic Diagnostic Manual adult personality disorders: A clinically relevant empirical investigation. *Psychotherapy*, 52 (2), 238-246.
- GORDON R.M. (2009). Reactions to the *Psychodynamic Diagnostic Manual (PDM)* by Psychodynamic, CBT and other non-psychodynamic psychologists. *Issues in Psychoanalytic Psychiatry*, 31, 55-62.
- GREEN A. (2005). The illusion of common ground and mythical pluralism. *International Journal of Psychoanalysis*, 86, 627-632.

- GREENSPAN S.I. (1992). *Infancy and early childhood: The practice of clinical assessment and intervention with emotional and developmental challenges*. Madison, CT: International Universities Press.
- GREENSPAN S.I. (1996). Assessing the emotional and social functioning of infants and young children. In S.J. Meisels, E. Fenichel (eds.), *New visions for the developmental assessment of infants and young children*. Washington, D.C.: Zero to Three, pp. 231-266.
- GREENSPAN S.I., WIEDER S. (2006). *Infant & early childhood mental health: A comprehensive developmental approach to assessment and intervention*. Washington, D.C.: American Psychiatric Publishing.
- HANLY C., FITZPATRICK HANLY M.A. (2001). Critical realism: Distinguishing the psychological subjectivity of the analyst from epistemological subjectivism. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 49 (2), 515-533.
- HAYES J.A., GELSO C.J., HUMMEL A.M. (2011). Managing countertransference. *Psychotherapy*, 48 (1), 88-97.
- HILSENROTH M., KATZ M., TANZILLI A. (2018). Psychotherapy research and the *Psychodynamic Diagnostic Manual* (PDM-2). *Psychoanalytic Psychology*, 35, 320-327.
- HOFFMAN I.Z. (2009). Doublethinking our way to «scientific» legitimacy: The dessiccation of human experience. *Journal of American Psychoanalytic Association*, 57 (5), 1043-1069.
- HOFFMAN I.Z. (2012). Response to Eagle and Wolitzky. *Journal of American Psychoanalytic Association*, 60, 105-120.
- HOLT H., BEUTLER L.E., KIMPARA S., MACIAS S., HAUG N.A., SHILOFF N., GOLDBLUM P., TEMKIN R.S., STEIN M. (2015). Evidence-based supervision: Tracking outcome and teaching principles of change in clinical supervision to bring science to integrative practice. *Psychotherapy*, 52 (2), 185-189.
- HOROWITZ M. (1998). *Cognitive psychodynamics: From conflict to character*. New York: Wiley.
- HORVATH A.O., DEL RE A.C., FLÜCKIGER C., SYMONDS D. (2011). Alliance in individual psychotherapy. *Psychotherapy*, 48 (1), 9-16.
- HUPRICH S.K., BORNSTEIN R.F. (2007). An overview of issues related to categorical and dimensional models of personality disorders assessment. *Journal of Personality Assessment*, 89 (1), 3-15.
- INSEL T., CUTHBERT B., GARVEY M., HEINSSSEN R., PINE D.S., QUINN K., SANISLOW C., WANG P. (2010). Research domain criteria (RDoC): Toward a new classification framework for research on mental disorders. *American Journal of Psychiatry*, 167 (7), 748-751.
- INTERDISCIPLINARY COUNCIL ON DEVELOPMENTAL AND LEARNING DISORDERS (ICDL) (2005). *Diagnostic manual for infancy and early childhood*. Bethesda, MD.
- JASPERS K. (1913). *Allgemeine Psychopathologie* [General Psychopathology]. Berlin, Germany: Springer-Verlag (trad. eng. Johns Hopkins University Press, Reprint ed., November 1997).
- JURIST E. (2018). A concluding commentary on the special issue on the PDM-2: Celebration and future hopes (plus a few anxieties). *Psychoanalytic Psychology*, 35 (3), 363-366.
- KANDEL E.R. (1999). Biology and the future of psychoanalysis: A new intellectual framework for psychiatry revisited. *American Journal of Psychiatry*, 156, 505-524.
- KERNBERG O.F. (2006). The pressing need to increase research in and on psychoanalysis. *International Journal of Psychoanalysis*, 87, 919-926.

- KING-CASAS B., SHARP C., LOMAX-BREAM L., LOHRENZ T., FONAGY P., READ MONTAGUE P. (2008). The rupture and repair of cooperation in borderline personality disorder. *Science*, 321, 806-810.
- LEDoux J. (2002). *Il Sé snaptico. Come il nostro cervello ci fa diventare quelli che siamo*. Milano: Raffaello Cortina.
- LIEBERMAN A.F., VAN HORN P., GRANDISON C.M., PEKARSKY J.H. (1997). Mental health assessment of infants, toddlers, and preschoolers in a service program and a treatment outcome research program. *Infant Mental Health Journal*, 18 (2), 158-170.
- LINGIARDI V. (2013a). Dare un senso alla diagnosi. *Aut Aut*, 357, 127-141.
- LINGIARDI V. (2013b). Trying to be useful: Three different interventions for one therapeutic stance. *Psychotherapy*, 50 (3), 413-418.
- LINGIARDI V. (2018). *Diagnosi e destino*. Torino: Einaudi.
- LINGIARDI V., McWILLIAMS N. (2015). The Psychodynamic Diagnostic Manual – 2nd Edition (PDM-2). *World Psychiatry*, 14, 237-239.
- LINGIARDI V., McWILLIAMS N. (2017). *Manuale Diagnostico Psicodinamico, seconda edizione*. Trad. it. Milano: Raffaello Cortina, 2018.
- LINGIARDI V., MUZI L. (2014). Azioni terapeutiche e alleanze: quali outcome per la psicoanalisi? *Giornale Italiano di Psicologia*, 41 (4), 663-685.
- LINGIARDI V., PONSÌ M. (2013). L'utilità della ricerca empirica per la psicoanalisi. *Rivista di Psicoanalisi*, LIX (4), 1-26.
- LINGIARDI V., COLLI A., MUZI L. (2018). A clinically useful assessment of patients' (and therapists') mental functioning: M-axis implications for the therapeutic alliance. *Psychoanalytic Psychology*, 35 (3), 306-314.
- LINGIARDI V., McWILLIAMS N., BORNSTEIN R.F., GAZZILLO F., GORDON R.M. (2015). The *Psychodynamic Diagnostic Manual Version 2 (PDM-2)*: Assessing patients for improved clinical practice and research. *Psychoanalytic Psychology*, 32, 94-115.
- LINGIARDI V., MUZI L., TANZILLI A., CARONE N. (2018). Do therapists' subjective variables impact on psychodynamic psychotherapy outcomes? A systematic literature review. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 25 (1), 85-101.
- LINGIARDI V., TANZILLI A., COLLI A. (2015). Does the severity of psychopathological symptoms mediate the relationship between patient personality and therapist response? *Psychotherapy*, 52 (2), 228-237.
- LUBORSKY L., CRITS-CHRISTOPH P. (1996). *Capire il transfert*. Milano: Raffaello Cortina.
- LUCARELLI L., CIMINO S., D'OLIMPIO F., AMMANITI M. (2013). Feeding disorders of early childhood: An empirical study of diagnostic subtypes. *International Journal of Eating Disorders*, 46, 147-155.
- LYONS-RUTH K. (1999). The two-person unconscious: Intersubjective dialogue, enactive relational representation, and the emergence of new forms of relational organization. *Psychoanalytic Inquiry*, 19, 576-617.
- MAFFEI C., FOSSATI A., LINGIARDI V., MADEDDU F., BORELLINI C., PETRACHI M. (1995). Personality maladjustment, defenses, and psychopathological symptoms in nonclinical subjects. *Journal of Personality Disorders*, 9 (4), 330-345.
- MALBERG N.T., MAYES L. (2015). The developmental perspective. In P. Luyten, L.C. Mayes, P. Fonagy, M. Target, S. Blatt (eds.), *Handbook of psychodynamic approaches to psychopathology*. New York: Guilford Press, pp. 47-64.
- MANCIA M. (2006). Implicit memory and early unrepresed unconscious: Their role in the therapeutic process (How the neurosciences can contribute to psychoanalysis). *International Journal of Psychoanalysis*, 87, 83-103.

- MANCIA M. (2007). La psicoanalisi in dialogo con le neuroscienze: Lo stato dell'arte. *Rivista di Psicoanalisi*, 53 (4), 1015-1032.
- MCWILLIAMS N. (2011). The Psychodynamic Diagnostic Manual: An effort to compensate for the limitations of descriptive psychiatric diagnosis. *Journal of Personality Assessment*, 93 (2), 112-122.
- MILLER J.D., WIDIGER T.A., CAMPBELL W.K. (2010). Narcissistic personality disorder and the DSM-V. *Journal of Abnormal Psychology*, 119 (4), 640-649.
- NORCROSS J.C. (2011). *Psychotherapy relationships that work: Evidence-based responsiveness (2nd ed.)*. Oxford: Oxford University Press.
- NUSSBAUM A.M. (2013). *L'esame diagnostico con il DSM-5*. Trad. it. Milano: Raffaello Cortina, 2014.
- OFRAT S., KRUEGER R.F., CLARK L.A. (2018). Dimensional approaches to personality disorder classification. In W.J. Livesley, W.J. Livesley, R. Larstone (eds.), *Handbook of personality disorders: Theory, research, and treatment*. New York: Guilford Press, pp. 72-87.
- OGRODNICZUK J.S., KEALY D. (2013). Interpersonal problems of narcissistic patients. In J.S. Ogdorniczuk (ed.), *Understanding and treating pathological narcissism*. Washington, D.C.: American Psychological Association, pp. 113-127.
- PORGES S.W. (2011). *La teoria polivagale. Fondamenti neurofisiologici delle emozioni, dell'attaccamento, della comunicazione e dell'autoregolazione*. Trad. it. Roma: Giovanni Fioriti Editore, 2014.
- REISER R.P., MILNE D.L. (2014). A systematic review and reformulation of outcome evaluation in clinical supervision: Applying the fidelity framework. *Training and Education in Professional Psychology*, 8 (3), 149-157.
- RODRIGUEZ-RODERO S., FERNANDEZ-MORERA J.L., MENENDEZ-TORRE E., CALVANESE V., FERNANDEZ A.F., FRAGA M.F. (2011). Aging genetics and aging. *Aging Diseases*, 2 (3), 186-195.
- RONNINGSTAM E. (2012). Alliance building and narcissistic personality disorder. *Journal of Clinical Psychology*, 68, 943-953.
- RØSSBERG J.L., KARTERUD S., PEDERSEN G., FRIIS S. (2008). Specific personality traits evoke different countertransference reactions: An empirical study. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 196 (9), 702-708.
- RUTTER M. (2011). Research review: Child psychiatric diagnosis and classification: Concepts, findings, challenges and potential. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 52 (6), 647-660.
- RUTTER M., SROUFE L.A. (2000). Developmental psychopathology: Concepts and challenges. *Development and Psychopathology*, 12 (3), 265-296.
- RYFF C.D., SINGER B.H. (2005). Social environments and the genetics of aging: Advancing knowledge of protective health mechanisms. *Journal of Gerontology*, 60B, 12-23.
- SAFRAN J.D. (2012). Doublethinking or dialectical thinking: A critical appreciation of Hoffman's «doublethinking» critique. *Psychoanalytic Dialogues*, 22 (6), 710-720.
- SAMUEL D.B., WIDIGER T.A. (2008). A meta-analytic review of the relationships between the five-factor model and DSM-IV-TR personality disorders: A facet level analysis. *Clinical Psychology Review*, 28 (8), 1326-1342.
- SCHORE A.N. (2003). *I disturbi del sé. La disregolazione degli affetti*. Trad. it. Roma: Astrolabio, 2010.
- SCHORE A.N. (2005). A neuropsychoanalytic viewpoint: Commentary on paper by Steven H. Knoblauch. *Psychoanalytic Dialogues*, 15 (6), 829-854.
- SCHORE A.N. (2014). The right brain is dominant in psychotherapy. *Psychotherapy*, 51 (3), 388-397.

- SELIGMAN S. (2018). *Lo sviluppo delle relazioni*. Milano: Raffaello Cortina.
- SHEDLER J., BECK A., FONAGY P., GABBARD G.O., GUNDERSON J., KERNBERG O., MICHELS R., WESTEN D. (2010). Personality disorders in DSM-5. *American Journal of Psychiatry*, 167 (9), 1026-1028.
- SIEGEL D. (2012). *La mente relazionale*. Trad. it. Milano: Raffaello Cortina, 2013.
- SKODOL A.E., MOREY L.C., BENDER D.S., OLDFHAM J.M. (2015). The alternative DSM-5 model for personality disorders: A clinical application. *American Journal of Psychiatry*, 172 (7), 606-613.
- SPERANZA A.M., MALBERG N., STEELE M. (2018). Mental health and developmental disorders in infancy and early childhood: The PDM-2. *Psychoanalytic Psychology*, 35, 328-338.
- SPERANZA A.M., WILLIAMS R. (2014). Fare diagnosi nell'infanzia e nell'adolescenza. In V. Lingiardi, F. Gazzillo (a cura di), *La personalità e i suoi disturbi. Valutazione clinica e diagnosi al servizio del trattamento*. Milano: Raffaello Cortina.
- STERN D.N. (1985). *Il mondo interpersonale del bambino*. Trad. it. Torino: Bollati Boringhieri, 1987.
- TANZILLI A., COLLI A., DEL CORNO F., LINGIARDI V. (2016). Factor structure, reliability, and validity of the Therapist Response Questionnaire. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 7, 147-158.
- TANZILLI A., MUZI L., RONNINGSTAM E., LINGIARDI V. (2017). Countertransference when working with narcissistic personality disorder: An empirical investigation. *Psychotherapy*, 54, 184-194.
- VANHEULE S. (2012). Diagnosis in the field of psychotherapy: A plea for an alternative to the DSM-5. *Psychology and Psychotherapy*, 85, 128-142.
- VIVONA J. (2012). Between a rock and hard science: How should psychoanalysis respond to pressures for quantitative evidence of effectiveness? *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 60 (1), 121-129.
- WAMPOLD B.E., IMEL Z.E. (2015). *The great psychotherapy debate: The evidence for what makes psychotherapy work*, 2nd ed. New York: Routledge/Taylor & Francis Group.
- WESTEN D., SHEDLER J. (1999a). Revisione e valutazione dell'Asse II: Parte I. Lo sviluppo di un metodo clinicamente ed empiricamente valido. Trad. it. in J. Shedler, D. Westen, V. Lingiardi (a cura di), *La valutazione della personalità con la SWAP-200*. Milano: Raffaello Cortina, 2014, pp. 67-100.
- WESTEN D., SHEDLER J. (1999b). Revisione e valutazione dell'Asse II: Parte II. Verso una classificazione dei disturbi di personalità empiricamente fondata e clinicamente utile. Trad. it. in J. Shedler, D. Westen, V. Lingiardi (a cura di), *La valutazione della personalità con la SWAP-200*. Milano: Raffaello Cortina, 2014, pp. 101-130.
- WESTEN D., GABBARD G., BLAGOV P. (2006). Ritorno al futuro. La struttura di personalità come contesto per psicopatologia. Trad. it. in N. Dazzi, V. Lingiardi, F. Gazzillo (a cura di), *La diagnosi in psicologia clinica*. Milano: Raffaello Cortina, 2009, pp. 87-122.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (2018). *ICD-11 International Classification of Diseases, 11th Revision*. Retrieved from: <https://icd.who.int/browse11/l-m/en>.
- YOUNG J.E., KLOSKO J.S., WEISHAAR M.E. (2003). *Schema therapy. La terapia cognitivo-comportamentale integrata per i disturbi di personalità*. Trad. it. Firenze: Eclipsi, 2007.
- ZERO TO THREE (2005). *Diagnostic classification of mental health and developmental disorders of infancy and early childhood* (rev. ed.). Washington, D.C.: Author.

The *Psychodynamic Diagnostic Manual (PDM-2)*: An opportunity to enhance an interdisciplinary dialogue

Summary. In the present article, the authors review the interdisciplinary diagnostic framework offered by the second edition of the Psychodynamic Diagnostic Manual (PDM-2), which is designed to assess the depth as well as the surface of patients' emotional, cognitive, interpersonal, and social patterns and to foster in the field an integration between nomothetic understanding and the idiographic knowledge useful for case formulation and treatment planning. First, they provide an introduction on the main features of the manual, also outlining its integrative and complementary perspective to the descriptive systems of the DSM and ICD. They then discuss how the PDM-2 may help to promote a better dialogue between the diagnostic process, clinical practice, and empirical research, as well as a deeper appreciation of the developmental perspective in making diagnostic formulations about problems in adolescence, childhood, and infancy and early childhood. Finally, they describe how the PDM-2 diagnostic process has been enriched by contributions from other branches of knowledge and theoretical traditions, such as the rapidly advancing neuroscience field.

Keywords: Psychodynamic Diagnostic Manual, diagnosis, interdisciplinary dialogue, clinical utility, psychological assessment.

La corrispondenza va inviata a Vittorio Lingiardi, Dipartimento di Psicologia Dinamica e Clinica, Sapienza Università di Roma, Via degli Apuli 1, 00185 Roma. E-mail: vittorio.lingiardi@uniroma1.it