

PDM Manuale diagnostico psicodinamico

E' stato strutturato con lo scopo di unire le scoperte empiriche con le ipotesi nate dalla **pratica clinica** della psicoanalisi clinica e con la **nosografia tradizionale** all'interno di un sistema coerente e integrato che segua una linea strutturale della diagnostica psico-dinamica

Usa categorie diagnostiche e un diverso linguaggio diagnostico per quanto riguarda età diverse

PDM:

- Sezione I: Adulti
- Sezione II: Adolescenza (12-19)
- Sezione III: Infanzia (4-11)
- prima infanzia IV: Prima Infanzia Infancy Early Childhood (0-3)
- Sezione V: Anziani
- Sezione VI: strumenti di valutazione

MULTIASSIALITA' DIAGNOSTICA

ASSE P: Sindromi di **Personalità** –
(Personalità normale, nevrotica, border line e psicotica)

ASSE M: **funzionamento Mentale**
generale

ASSE S: **esperienza Soggettiva** (Prende
spunto da ICD 11 e DSM e presenta i
Sintomi clinici)

DIAGNOSI PER FASCE D'ETA'

- Sezione I: Adulti
- Sezione II: Adolescenza (12-19)
- Sezione III: Infanzia (4-11)
- prima infanzia 0-3 anni
- Sezione IV: Prima Infanzia (0-3)
- Sezione V: Anziani
- Sezione VI strumenti di valutazione

DIAGNOSI COME RELAZIONE E ALLEANZA

- Alleanza terapeutica e alle alleanza diagnostica
- Disciplinare la soggettività del clinico

PDM

Maggior integrazione tra
casi clinici e modelli teorici
e risultati della ricerca
empirica

Considera punti di forza del paziente

- Resilienza
- Punti di forza
- Capacità di funzionamento

PDM - Infanzia



Valutazione 4-11 anni

Gli assi sono quelli utilizzati nella diagnostica per l'adulto ma riorganizzati come priorità

- Funzioni mentali (come fanno esperienza di relazioni ed emozioni, come affrontano l'ansia) ASSE **Funzionamento mentale** Child

Descrive le modalità attraverso le quali i bambini sperimentano le loro emozioni e le relazioni, difese, resilienza ecc

- Come si mettono in relazione con il mondo **Personalità** Child - come personalità in formazione
- Sintomi concepiti come una modalità attraverso la quale il bambino affronta il mondo (**Sintomi** Child)

Fonti di informazione

Checklist delle possibili fonti di informazione sul funzionamento mentale del bambino

- Studio o stanza di consultazione (sedute di osservazione clinico-diagnostica)
- Genitori o altri caregiver (storia familiare ed evolutiva, scale di valutazione, interviste)
- Pediatra (storia medica)
- Insegnanti (scale di valutazione, interviste)
- Osservazioni in classe
- Valutazione formale (test cognitivi, di performance, neuropsicologici, proiettivi, ecc.)
- Osservazione delle interazioni diadiche durante la valutazione diagnostica
- Altre fonti di informazione (consulenti, nonni e altri membri della famiglia, operatori dei servizi sociali, ecc.)

Processi specifici valutati nell'asse MC

Processi cognitivi e affettivi

Capacità di attenzione, regolazione, apprendimento

Capacità di range affettivo, della comunicazione e della comprensione

Capacità di mentalizzazione e funzionamento riflessivo

Processi specifici valutati nell'asse MC

Identità e relazioni

Capacità di differenziazione e integrazione (identità)

Capacità di relazione intima

Capacità della regolazione dell'autostima e della qualità dell'esperienza interna

Processi specifici valutati nell'asse MC

Difese e coping

Capacità di controllo degli impulsi e della regolazione

Capacità di funzionamento difensivo

Capacità di adattamento resilienza e forza

Processi specifici valutati nell'asse MC

Autoconsapevolezza e autodirezionalità

Autosservazione

Capacità di usare standard interni ideali

1. Capacità di regolazione, attenzione e apprendimento

- elaborazione uditiva e linguaggio,
- elaborazione visuo-spaziale,
- pianificazione e sequenziamento motorio,
- modulazione sensoriale,
- funzioni esecutive (problem solving, sequenziamento e organizzazione delle azioni); memoria (di lavoro, dichiarativa e non dichiarativa),
- Attenzione,
- Intelligenza.

Test: AC-MT, WPPSI-IV; Wechsler, 2012; Comprehensive Executive Function Inventory (CEFI; Naglieri, Goldstein, 2013)

2. Capacità di comunicare, fare esperienza e comprendere gli affetti

Questa funzione include la capacità di regolazione emotiva del bambino, l'accettazione e il piacere del proprio corpo

Il clinico dovrebbe considerare in che modo in cui si manifestano e come sono gestiti rabbia aggressività ma anche affetto e cura

Test: Positive and Negative Affect Schedule for Children (PANAS-C; Laurent, Catanzaro, Joiner et al., 1999); Emotion Regulation Checklist (ERC; Shields, Cicchetti, 1997) Children's Apperception Test (CAT; Bellak, Bellak, 1949)

3. Capacità di mentalizzazione e funzione riflessiva

Il suo sviluppo è strettamente connesso a una storia di attaccamento di tipo sicuro e alla capacità del caregiver mentali.

La risposta del genitore alle espressioni emotive fa sì che il bambino sperimenti un certo grado di controllo sull'interazione e quindi promuova un'esperienza di sé come agente regolatore.

Test: Test of Emotional Comprehension (TEC; Pons, Harris, 2005); L'Happé's Strange Stories Test (Happé, 1994); Child Reflective Functioning Scale (CRFS; Ensink, Target, Oandasan, 2013),

4. Capacità di differenziazione e integrazione della personalità

Capacità del bambino di distinguere le rappresentazioni interne, le motivazioni e gli stati affettivi dagli eventi e dalla realtà esterna, e al tempo stesso di creare collegamenti tra queste rappresentazioni interne (desideri, affetti, sé, altri). Più il bambino è in grado di pianificare, organizzare e controllare i propri comportamenti, più la capacità di regolazione affettiva è connessa con la qualità della rappresentazione di sé all'interno delle relazioni interpersonali (per esempio: "Sono un bambino che piace ai suoi insegnanti" vs "Ai grandi proprio non piaccio").

Test: Lo Story Stem Completion Task (Hodges, Hillman, Steele et al., 2004)
familiari.

5. Capacità di relazione e intimità

Valuta la relazionalità del bambino e l'impatto dei rapporti interpersonali sulla formazione della sua identità. Comprende il suo stile relazionale caratteristico, la capacità di stabilire relazioni diadiche, quella di relazionarsi in gruppo e condividere le esperienze, oppure la presenza di un eccessivo egocentrismo. Raccogliere informazioni da varie fonti (genitori, fratelli, insegnanti, allenatori e altre figure significative) è particolarmente importante, in quanto consente di avere una rappresentazione esaustiva del funzionamento interpersonale del bambino nei suoi diversi contesti di vita

5. Capacità di relazione e intimità

Il clinico dovrebbe cercare di valutare il senso di sicurezza sperimentato dal bambino all'interno delle relazioni ponendosi domande come: il comportamento di attaccamento di questo bambino gli offre un senso di sicurezza quando necessario? A chi si rivolge quando ha bisogno di rinforzare il suo bisogno di sicurezza? C'è qualcosa o qualcuno che lo spaventa? Tende a ricercare relazioni di tipo diadico o triadico? Qual è il suo livello di investimento sugli altri? Questo bambino cerca la relazione? Qual è la connotazione affettiva prevalente delle sue relazioni (per esempio, è troppo controllante oppure troppo remissivo)? Ricerca o manifesta affetto? Richiede aiuto e, se sì, da chi? Con quale modalità? In modo appropriato? Eccessivo?

Test: Machover Draw-a-Person Test (Machover, 1949)

6. Regolazione dell'autostima e qualità dell'esperienza interna

Le prime esperienze relazionali con i caregiver forniscono al bambino gli strumenti per interagire in modo efficace con gli altri, promuovendo, al tempo stesso, la costruzione di una rappresentazione di sé come persona separata e capace di intervenire attivamente all'interno dei rapporti interpersonali. La consapevolezza di poter essere un partner attivo ed efficace in questa “danza relazionale” ha origine in un contesto di sintonizzazione affettiva precoce e “sufficientemente buona”. Queste esperienze di relazione sono caratterizzate da momenti di rottura e riparazione che consentono al bambino di costruire una modalità di interazione con il mondo esterno flessibile ed efficace. L'esperienza di sentirsi soggetto agente nelle relazioni è un ingrediente fondamentale per la costruzione di un sentimento di autostima e rispetto di sé (per esempio: “La mia mamma mi vuole davvero bene, e anche io gliene voglio”).

Regolazione dell'autostima e qualità dell'esperienza interna

Il clinico dovrebbe porsi domande come: il sé psicologico del bambino è per lui fonte di gratificazione o di sofferenza e conflitto (per esempio: “Sono un bambino amabile” vs “Non piaccio a nessuno”)? Come si percepisce all'interno delle relazioni, e come si sente rispetto a questa percezione (per esempio: “Ai miei amici piace giocare con me” vs “Nessuno vuole essere mio amico”)? Ci sono aspetti del bambino che suggeriscono l'interiorizzazione di aspetti problematici di alcune relazioni difficili, come l'ostilità genitoriale, o del tipo di investimento, per esempio un investimento narcisistico, dei genitori (per esempio: “Sono davvero bravo e fiero di me”)?

Test: La Pictorial Scale of Perceived Competence and Social Acceptance for Young Children (Harter, Pike, 1984)

7. Capacità e controllo degli impulsi

Durante l'infanzia, una compromissione in quest'area può portare a manifestazioni di aggressività incontrollata e alla mancanza di un livello di inibizione appropriato all'età in uno o più contesti di vita (per esempio, casa, scuola, gioco). La mancanza di autocontrollo tende a causare una compromissione nel processo di apprendimento e nelle relazioni con i pari e/o le figure di autorità. All'altro polo dello spettro, i bambini in conflitto con l'espressione dell'aggressività e dei loro desideri possono diventare rigidi e ipercontrollati. Anche in questo caso, i processi di apprendimento e le relazioni interpersonali possono risultarne danneggiati. Un alto funzionamento in questo ambito presuppone la capacità di tollerare la frustrazione quando necessario e di riconoscere o descrivere i propri impulsi come modalità di autoregolazione.

7. Capacità e controllo degli impulsi

effortful control: Il livello di efficacia del funzionamento esecutivo (la capacità di inibire una risposta dominante, allo scopo di mettere in atto una risposta subdominante, di pianificare le proprie azioni e di riconoscere gli errori). Questa capacità riveste un ruolo importante nell'autoregolazione e influenza in modo significativo il funzionamento della personalità.

A livello teorico, l'*effortful control* viene spesso collegato allo sviluppo e al mantenimento di disturbi di tipo esternalizzante nei bambini (per esempio, aggressività e problemi di condotta) in quanto è coinvolto nell'elaborazione delle informazioni e nella modulazione delle emozioni.

La Child Behavior Checklist (CBCL; Achenbach, Rescorla, 2001)

Conners Parent-Teacher Rating Scale – Revised Per una descrizione (Conners, 1997)

8. Funzionamento difensivo (difese primitive difese evolute)

Le difese “primitive” tendono a essere utilizzate in fasi molto precoci dello sviluppo, mentre quelle “di alto livello” iniziano a essere utilizzate solo dopo il consolidamento della costanza d’oggetto (cioè, quando il bambino è in grado di mantenere una rappresentazione del caregiver che lo fa sentire al sicuro anche quando non è fisicamente presente); inoltre, ha sostenuto che le difese sono tentativi di gestire stati mentali derivanti sia dall’esperienza interna (per esempio, la colpa) sia dall’esterno (per esempio, la paura). Assumere una prospettiva evolutiva nella valutazione dei meccanismi di difesa consente una migliore comprensione del contesto relazionale in cui si manifestano e offre una cornice in cui inquadrare i comportamenti, gli affetti e i pensieri di natura difensiva.

Infanzia

Linee guida evolutive: funzionamento difensivo (4-11 anni)

4-6 anni

Il bambino si cimenta con l'interiorizzazione degli standard genitoriali riguardo a cosa è giusto e cosa è sbagliato. Gran parte dell'angoscia che sperimenta nasce dunque dall'interno, cioè, dal conflitto tra i propri desideri e bisogni e le nuove regole da applicare alla loro espressione. Sentimenti di colpa e vergogna sono spesso fonte di sofferenza. I conflitti, e l'intensità degli affetti associati, tendono ancora a essere gestiti per mezzo del diniego a livello di fantasie, espressioni e comportamenti. La gestione dell'aggressività può essere ancora difficoltosa e mettere a repentaglio il fragile equilibrio che il bambino sta cercando di raggiungere con le sue nuove competenze cognitive ed emotive. È presente, tuttavia, un graduale passaggio a difese più orientate alla realtà. La formazione reattiva è una strategia molto comune a questa età (per esempio: "Adoro la mia sorellina"), e così pure l'identificazione con l'aggressore. Un meccanismo meno efficace, ma ancora presente a quest'età, è il rivolgere l'aggressività verso di sé (per esempio: "Mi picchio da solo prima che qualcuno mi rimproveri"). Sono comuni anche attività di tipo ritualistico e ripetitivo (per esempio, canzoncine o filastrocche).

7-8 anni

A quest'età il bambino sperimenta una sorta di coinvolgimento "amoroso" per il mondo, come già avviene in alcune fasi della prima infanzia. Una strategia difensiva centrale in questa fase è la sublimazione, che consente un certo grado di gestione degli impulsi sperimentati sul momento. Nonostante la maturazione cognitiva tipica di questa fase, il bambino può funzionare ancora in modo rigido e concreto in alcuni ambiti cognitivi; permane la tendenza a pensare agli altri in termini categoriali (per esempio: "I genitori sono tutti ingiusti"). Formazione reattiva e capovolgimento dell'affetto sono spesso utilizzate per gestire sentimenti e desideri fortemente conflittuali (per esempio, un bambino carico di impulsi aggressivi può assumere un atteggiamento sottomesso nel contesto delle relazioni con i pari).

9-11 anni

In questa fase, la tendenza alla sfida e alla razionalizzazione si accompagna a un minor ricorso al diniego. I meccanismi di difesa prevalenti sono: l'isolamento affettivo, la formazione reattiva, l'annullamento retroattivo e l'intellettualizzazione. Al fianco di difese di tipo ossessivo, può essere ancora presente un'inibizione nelle aree della comunicazione verbale, della memoria, dell'intelligenza o del processo di pensiero secondario. Un funzionamento di alto livello è caratterizzato dalla capacità del bambino di fermarsi a riflettere con l'aiuto di un adulto e di utilizzare difese efficaci nel promuovere un adattamento flessibile e la gestione di situazioni complesse.

9. Capacità di adattamento e resilienza

La resilienza può essere definita come una minore vulnerabilità ai fattori di rischio ambientali e la capacità di superare situazioni avverse o stressanti in modo positivo ed efficace. Anche la capacità di mentalizzazione empatica dei sentimenti e dei bisogni altrui, la comprensione di pensieri, credenze, sentimenti e prospettive proprie e altrui (*perspective-taking*) e un'assertività adeguata (aspetto, quest'ultimo, connesso all'emergere del senso di *agency*) sono punti di forza al servizio della resilienza. Tra il bambino e il suo contesto ambientale vi sono uno scambio continuo e una continua influenza reciproca: gli studi epigenetici confermano questa riflessione clinica ormai ampiamente riconosciuta.

9. Capacità di adattamento e resilienza

Nel valutare le capacità di adattamento è importante a considerare dunque i punti di forza del bambino quando devono valutare la sua capacità di adattarsi e rispondere alle sfide e alle difficoltà, a livello sia comportamentale sia emotivo, in modo flessibile e adeguato. Le osservazioni sulle risposte ai fattori di stress o a eventi avversi riportate dagli insegnanti, dai genitori o da altri adulti significativi rivestono un'importanza fondamentale

Child and Youth Resilience Measure-28 La Child and Youth Resilience Measure-28 proprietà psicometriche

Strengths and Difficulties Questionnaire Per una descrizione approfondita dello Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ; Goodman, 1997), vedi il capitolo 4 (p. 320).

10. Capacità di auto-osservazione (mentalizzazione)

La *psychological mindedness* o mentalità psicologica si sviluppa a seguito della crescente capacità del bambino di pensare a livello astratto, di comprendere se stesso, di fare esperienza di emozioni complesse e di assumere il punto di vista delle altre persone. In questo periodo si strutturata curiosità in ambito interpersonale, così come della capacità di creare collegamenti significativi tra le diverse esperienze relazionali.

Con i bambini più piccoli, inoltre, dovrebbe fare particolare attenzione alle esperienze comunicate e veicolate attraverso il gioco.

Il bambino sembra manifestare, attraverso un meccanismo di spostamento, un'emergente capacità di auto-osservazione e di insight sulle proprie emozioni? Per esempio, se nel corso di un gioco la bambola vuole entrare nella stanza dei genitori ma, stando alla storia del bambino, non lo può fare, è possibile ipotizzare che il bambino stia facendo riferimento a un suo desiderio e ai relativi bisogni emotivi e anche a una realtà che li contrasta.

Test: Child and Adolescent Mindfulness Measure La Child and Adolescent Mindfulness Measure

11 Capacità di costruire e ricorrere a standard e ideali (rigidità del Super io)

Il bambino può essere intransigente con sé stesso e può strappare un compito dopo averlo finito, mentre un bambino rigido e perfezionista può cancellare e riscrivere il compito in modo compulsivo.

In questi casi, il clinico dovrebbe valutare l'eventuale equilibrio tra manifestazioni del Super-io adattive/benevole (per esempio: "Va be', lo rifaccio") e punitive (per esempio: "Sbaglio sempre tutto"). Di seguito viene fornita una descrizione delle conquiste evolutive prevedibili nei bambini dai 4 agli 11 anni, riconducibili a questa funzione.

Asse P - Funzionamento nevrotico

Sono logici e riflessivi. Tendono a adattarsi bene alle nuove circostanze e alle sfide.

Quando si agitano o si disregolano, riescono a riconquistare l'equilibrio, talvolta attraverso risorse interne autoconsolatorie, talvolta con un aiuto esterno.

I bambini che funzionano a questo livello di personalità riescono a provare rimorso e sentimenti di colpa.

Le loro difese, sia internalizzanti sia esternalizzanti, funzionano efficacemente nel mantenere l'esame di realtà. Questi bambini hanno consapevolezza di chi sono e possono valutare ragionevolmente gli altri.

Il livello nevrotico di organizzazione della personalità permette di vedere contemporaneamente gli aspetti sia buoni sia cattivi delle persone. Possono essere richiedenti o autocentrati, ma sono anche capaci di empatia e sensibili ai motivi e ai desideri degli altri.

Asse P- Funzionamento borderline

Tendono ad avere un pensiero rigido e inflessibile. Assumere il punto di vista di un'altra persona per loro è difficile. Non riescono a distinguere le sfumature e percepiscono gli eventi, le persone e le interazioni in termini di "tutto buono o tutto cattivo".

I bambini che hanno storie di traumi possono dissociarsi sotto stress; possono manifestare disturbi del pensiero (per esempio, allentamento delle associazioni, tangenzialità, pensiero concreto) e avere difficoltà nel distinguere tra ciò che proviene dal loro mondo interno e ciò che viene dall'esterno.

Sotto stress possono disorganizzarsi, fino al punto da vivere brevi rotture nel rapporto con la realtà.

Nelle storie dei bambini che funzionano a questo livello di personalità episodi di maltrattamento sono frequenti, compresi trascuratezza e abuso.

Tendono a mostrare intense variazioni delle emozioni, laddove l'emozione è più spesso agita piuttosto che espressa verbalmente. Hanno poca curiosità riguardo a se stessi e possono avere difficoltà a mantenere un senso coerente di sé. Possono relazionarsi agli altri in termini di funzioni che questi soddisfano, ma non riescono ad apprezzare o a comprendere chi sono gli altri o che cosa li motivi.

Personalità psicotiche

E' caratterizzato da produzioni verbali bizzarre, difficili da seguire e talvolta non correlate alla conversazione o alla situazione in questione. Hanno scarsa capacità o interesse per l'autoriflessione;

Si verificano continuamente rotture dell'esame di realtà che non sono poi soggette a correzione;

I bambini di livello psicotico possono ridere o spaventarsi apparentemente senza motivo; gli affetti possono essere piatti o moderati o, al contrario, molto intensi, ma in entrambi i casi sproporzionati alle circostanze.

I coetanei tendono a considerare questi bambini come "strani" o "pazzi"; sono spesso oggetto di bullismo o vengono evitati.

I loro giochi hanno la tendenza a essere idiosincratici, con temi strani, che mutano rapidamente e sono difficili da seguire. Possono perdere i confini tra sé e l'altro e tra gioco e realtà. Del terapeuta o della relazione terapeutica non hanno una percezione chiara, anzi spesso non ne sono affatto consapevoli.

Asse S child

Tabella 9.1 Pattern sintomatologici nell'infanzia: l'esperienza soggettiva – Asse SC

SC0	Risposte sane
SC01	Crisi evolutive
SC02	Crisi adattive
SC2	Disturbi dell'umore
SC22	Disturbi depressivi
SC24	Disturbo bipolare
SC27	Suicidalità
SC29	Reazione alla perdita e lutto prolungato
SC3	Disturbi correlati prevalentemente all'ansia
SC31	Disturbi d'ansia
SC31.1	Fobie
SC32	Disturbo ossessivo-compulsivo e disturbi correlati
SC32.1	Disturbo ossessivo-compulsivo
SC4	Disturbi correlati a eventi di vita e a condizioni stressanti
SC41	Disturbi correlati a eventi traumatici e stressanti
SC41.1	Disturbi dell'adattamento (distinti da condizioni evolutive)
SC5	Disturbo da sintomi somatici e disturbi correlati
SC51	Disturbo da sintomi somatici
SC8	Disturbi psicofisiologici
SC81	Disturbi della nutrizione e dell'alimentazione
SC81.1	Anoressia nervosa
SC81.2	Bulimia nervosa
SC9	Disturbi da comportamento dirompente
SC91	Disturbo della condotta
SC92	Disturbo oppositivo provocatorio
SC93	Disturbi correlati all'uso di sostanze
SC11	Disturbi delle funzioni mentali
SC111	Disturbi da tic
SC112	Disturbi psicotici
SC113	Disturbi neuropsicologici
SC113.1	Disturbi del movimento
SC113.2	Disturbi dell'elaborazione visuo-spaziale
SC113.3	Disturbi del linguaggio e dell'elaborazione uditiva
SC113.4	Compromissione della memoria
SC113.5	Disturbo da deficit di attenzione/iperattività
SC113.6	Difficoltà nelle funzioni esecutive
SC113.7	Deficit cognitivi gravi
SC114	Disturbi dell'apprendimento
SC114.1	Disturbi della lettura
SC114.2	Disturbi del calcolo
SC114.3	Disturbi dell'espressione scritta
SC114.4	Difficoltà dell'apprendimento non verbale
SC114.5	Difficoltà dell'apprendimento socioemotivo
SC12	Disturbi dello sviluppo
SC121	Disturbi della regolazione
SC122	Problemi della nutrizione nell'infanzia
SC123	Disturbi dell'evacuazione
SC123.1	Encopresi
SC123.2	Enuresi
SC124	Disturbi del sonno-veglia
SC125	Disturbi dell'attaccamento
SC126	Disturbi dello spettro dell'autismo
SC126.1	Autismo
SC126.2	Sindrome di Asperger

PDM prima infanzia - bambini 0-3



ASSE II
Capacità evolutive e del
funzionamento emozionale

ASSE III
Capacità del processamento
regolativo sensoriale

ASSE IV
Pattern e disturbi relazionali

ASSE V
altri disturbi neurologici e
medici

ASSE I
valutazione diagnostica



PDM IEC - Sezione specifica per neonati e bambini piccoli (0-3 anni)

- Disturbi del sonno
- Disturbi della nutrizione e dell'alimentazione
- Disturbi dell'evacuazione
- Disturbi d'ansia
- Disturbi della sfera e della stabilità emotiva
- Disturbi depressivi
- Disregolazione dell'umore
- Reazione prolungata al lutto
- Disturbi dell'adattamento
- Disturbi da stress post traumatico
- Disturbi reattivi dell'attaccamento
- Disturbi dal comportamento dirompente
- Incongruenze di genere
- Disturbi regolatori dell'elaborazione sensoriale
- Disturbi neuro evolutivi della relazione e della comunicazione

