Prof. Enrico **Benelli**, psicoterapeuta.

L’obiettivo della lezione è quello di fare esperienza di come certi **strumenti di ricerca** possano **aiutare lo psicoterapeuta nella professione**. Per tale scopo verranno trattati alcuni strumenti estremamente significativi per la psicoterapia psicodinamica, e non solo:

* il **PQ** (Personal Questionnaire),
* il **PDM** (Manuale Diagnostico Psicodinamico)
* e, in misura minore, l’**HAT** (Helpfull Aspects of Therapy).

Sono strumenti molto diversi, rappresentanti rispettivamente un test, un manuale psicodiagnostico per la diagnosi e per la pianificazione del trattamento e strumenti per monitorare la soddisfazione del paziente e ciò che il paziente ritiene essere stato utile in terapia. Vengono di conseguenza utilizzati in momenti diversi.

Uno **schema** utile per tale scopo, tramite il quale non solo si ha un approccio orientativo alla terapia, ma possiamo anche inquadrare in che momenti vengano utilizzati i vari strumenti, prevede i seguenti elementi:

* **F** (**fenomeno**).   
  strumenti utilizzati per la sua indagine: PQ, PHQ-9, Beck Depression Inventory-II   
  es. di fenomeno: “mi sento triste”   
  Gli strumenti utilizzati in questa fase hanno lo scopo di individuare una **struttura che consentirà di giungere al processo terapeutico**   
  Il fenomeno in sé è **indescrivibile**, è la realtà, è il paziente con tutta la sua storia e la storia delle persone per lui importanti, è **infinito**  
  A tale fenomeno il terapeuta si dovrà per forza approcciare cogliendo **ciò che è maggiormente rappresentativo della sofferenza del paziente**, ciò che è essenziale
* **D** (**diagnosi**):   
  strumenti utilizzati in tale fase: PDM-II, DSM-V (utile soprattutto per comunicare tra colleghi, per scrivere relazioni, per conoscere le categorie sulle quali ci troviamo ad intervenire), Shedler-Westen Assessment Procedure, PD-II  
  es. di diagnosi: il fenomeno “mi sento triste”, la “tristezza”, può essere diagnosticato secondo diversi criteri diagnostici  
  In generale, una diagnosi **permette di giungere ad un piano di trattamento**, piano di trattamento che comincia dal primo incontro con il paziente   
  Tale fase rappresenta il nostro “salire sulle spalle dei giganti che ci hanno preceduto per riuscire a vedere più in là nella sofferenza del paziente”
* **PDT** (piano di trattamento)  
  es. di piano di trattamento suggerito dal PDM-II per la depressione: *ascolto attento*
* **trattamento** o **processo**  
  strumento utilizzato in tale fase è ad es. l’HAT

La **sofferenza** è la parola chiave del terapeuta in qualsiasi sua azione e per qualsiasi comprensione della psicoterapia.

**Problemi relativi agli strumenti** sono rappresentati dalla **pre-strutturazione degli item**, caratteristica psicometrica che esaurisce la persona in criteri psicodiagnostici che spesso non rispecchiano la realtà, la sofferenza del paziente. Si sopperisce a tale problematica con diverse procedure, quale ad es. i ***client item generated***, item costruiti dal paziente stesso con l’aiuto del clinico nel corso dei primi colloqui (ad es. “non dormo più la notte e questo mi fa soffrire”). Si presentano comunque problemi relativi alla comparabilità degli item e dei risultati, ma a ciò si può controbattere focalizzando l’attenzione su elementi altri, meno specifici, quale la generale sofferenza del paziente e non la sua “depressione”. Questo è ciò che avviene ad es. nel PQ, dove il terapeuta raccoglie la sofferenza del paziente, compila insieme a lui gli item (solitamente intorno ai 10 o che comunque vadano a trattare gli aspetti più importanti della vita) che verranno ricapitolati nelle fasi finali dello strumento e che verranno giudicati dal paziente su una scala da 1 a 7. Per la comparabilità dei dati, sono presenti criteri psicodiagnostici come un range di significazione dell’efficacia del trattamento di 2 punti e dei valori sopra i quali vengono consigliate le terapie.

Altri problemi relativi agli strumenti in psicoterapia sono il loro scarso rispecchiare la specificità della pratica terapeutica, specificità per la quale si prediligono strumenti altri, quali la ricerca fenomenologica o comunque strumenti qualitativi. Tuttavia il terapeuta deve dimostrare, dimostrare quello che è il suo lavoro e perciò vengono richiesti strumenti e procedure quantitative. Gli strumenti vengono allora consigliati durante la ricerca, per la formazione degli allievi della scuola di terapia (il PQ ad es. serve a non far dimenticare al terapeuta la sofferenza propria del paziente e ciò è molto utile nella sua formazione) e per quelle pratiche della realtà sanitaria che ne prevedono l’utilizzo.

Altro problema, presente questa volta nel processo terapeutico è la **resistenza** del paziente, resistenza dovuta al riemergere e all’emergere di aspetti di sé disturbanti. In questi momenti è fondamentale riportare il paziente alla sua sofferenza, supportandosi ad es. al **PQ** e alle sue **5 dimensioni**: sintomi, performance, relazioni interpersonali, autostima/percezione di sé, emozioni (soprattutto le emozioni proibite). Tali dimensioni rappresentano gli elementi di essenzialità che dicevamo prima si devono cogliere dal fenomeno infinito (rappresentate nel DSM-V dai disturbi nosografici).

Per quanto riguarda il **PDM-II**, seguire le sue direttive è uno dei modi migliori per il terapeuta di fare diagnosi. Presenta diverse versioni per le diverse fasce di età e divide sostanzialmente la diagnosi su 3 assi: **P** (**personalità**), **M** (**mente**, funzionamento mentale), **S** (**sintomi**, sostanzialmente la versione soggettiva del DSM-V). (Il PDM-II e il DSM-V non si scontrano come spesso si crede, costruiscono piuttosto sistemi diagnostici insieme arricchendosi vicendevolmente).

In quest’ottica, secondo gli psicodinamici la depressione non esiste, ma esiste una personalità che scompensa dando luogo a tutta la sintomatologia che si trova nell’asse S. La prima cosa che si va a guardare è allora la personalità, l’**asse P**, che si è strutturata nel corso dello sviluppo e che nel presente porta ai sintomi presenti nell’asse S. L’**asse S** raccoglie tutti i disturbi che si trovano nel DSM da una prospettiva soggettiva, chiedendosi come si sente il paziente.

Ragionare in questi termini consente di avere una visione per quanto più possibile complessiva della storia della personalità del paziente, della persona.

Nel PDM-II vi sono inoltre delle **indicazioni di trattamento**, che in maniera molto operativa aiutano a pianificare un piano per quel paziente.

L’**asse P** prevede degli schemi complessi che sostanzialmente concordano con i disturbi presenti nel DSM,V, schemi che soprattutto si stratificano nei primi 3 anni di vita, fino ad una completa ma plastica personalità raggiunta intorno ai 18 anni. Si tratta di mattoni, di livelli di strutturazione della personalità. I disturbi di personalità considerati dal PDM-II sono il depressivo, l’ansioso-evitante-fobico, il dipendente, l’ossessivo-compulsivo, lo schizoide, il somatizzante, l’isterico-istrionico, il narcisistico, il paranoide, lo psicopatico, il sadico e il borderline (considerato nella versione precedente solo un livello di organizzazione e ora considerato più che altro una conseguenza del livello di organizzazione borderline). Il PDM-II parla solo di personalità, non di tratti, non di stili e non di disturbi e prevede il presentarsi di tali personalità a qualsiasi livello di organizzazione, anche sano (dove in tal caso si parla comunemente di stile di personalità).

Sostanzialmente vi sono **4 livelli di organizzazione**, livelli che sono inseriti nell’**asse M** del PDM-II:

* il **sano**: praticamente inesistente
* il **nevrotico** (ad alto o basso funzionamento)
* il **borderline** (ad alto o basso funzionamento): ad es. disturbi della regolazione degli affetti, dell’autostima
* lo **psicotico** (ad alto o basso funzionamento): ad es. psicosi, schizofrenia, deliri, catatonia

Quanto è grave una persona lo si deduce dal suo collocamento in uno di questi livelli di organizzazione. Si tratta di una strutturazione che sostanzialmente rappresenta un continuum dei livelli di funzionamento che sono stati trattati nelle lezioni di Kleinbub precedentemente (i pancake). Più è ricco il collegamento tra i livelli più ci si può muovere tra i vari livelli.

Tutte le caselle che emergono dagli incontri in tale sistema bi-assiale non saturano tutti allo stesso modo e in molti casi si parla di tratti di personalità e di stili di personalità e non di disturbi di personalità.