

Il Manuale Diagnostico Psicodinamico (PDM-3): riportare la soggettività al centro della formulazione diagnostica

Laura Muzi,* Vittorio Lingiardi**

SOMMARIO. – L'articolo si propone di illustrare le principali innovazioni introdotte nella nuova edizione del *Manuale Diagnostico Psicodinamico* (PDM-3), con un focus specifico sull'approccio diagnostico-valutativo in età adulta. Nello specifico, a seguito di una panoramica sulla storia, sulla struttura e sui principali contenuti del manuale, verranno descritti i principi chiave della valutazione dei livelli di organizzazione di personalità e degli stili o disturbi di personalità (Asse P), con un approfondimento delle personalità masochistiche (autofrustranti). Segue una disamina della valutazione del profilo del funzionamento mentale (Asse M), con una particolare attenzione ai domini delle esperienze e rappresentazioni corporee, inserite in questa edizione, e della capacità di esplorare la propria vita interiore. Vengono poi analizzati i pattern sintomatologici e l'esperienza soggettiva dei sintomi (Asse S), prendendo come esempio le innovazioni introdotte rispetto ai disturbi della nutrizione e dell'alimentazione. Infine, verrà descritta l'esperienza soggettiva di fenomeni di rilevanza collettiva, come il cambiamento climatico, le guerre e le pandemie, inclusa nella nuova sezione dedicata alle "esperienze psicologiche che possono richiedere attenzione clinica".

Parole chiave: Manuale Diagnostico Psicodinamico, diagnosi psicoanalitica, personalità, funzionamento mentale, psicopatologia.

L'approccio diagnostico del Manuale Diagnostico Psicodinamico: un'introduzione

Se quello della diagnosi psicoanalitica è un lungo viaggio, potremmo far risalire il suo inizio a quando Freud (1901), nel descrivere la formazione del sintomo dell'afonia di Dora, riporta: "Affermerò ora, quindi, che in tutti i casi di afonia periodica si debba diagnosticare l'esistenza di un essere

*Professoressa Associata di Psicologia Clinica, Università degli Studi di Perugia, Italia.
E-mail: laura.muzi@unipg.it

**Professore Ordinario di Psicologia Dinamica, Facoltà di Medicina e Psicologia, Sapienza Università di Roma, Italia. E-mail: vittorio.lingiardi@uniroma1.it

amato periodicamente assente? Non è certo questa la mia opinione” (p. 333). Di converso, egli specifica come il sintomo abbia “un significato psicologico, un *sensò*” che non è intrinseco e invariabile, ma “può essere diverso in ogni caso a seconda della natura dei pensieri repressi che lottano per esprimersi” (*ibid.*). Se la diagnosi è una *mappatura del funzionamento psichico*, la lezione freudiana ci insegna quanto sia necessario che essa tenga conto di molteplici aspetti – consci e inconsci, impliciti ed espliciti, individuali e relazionali, descrittivi e funzionali, sani e patologici – offrendo una descrizione accurata delle dimensioni cognitive, affettive, interpersonali e comportamentali più caratteristiche dell’individuo. Un “tormento” necessario, per usare un’espressione jaspersiana (Lingiardi, 2018), per non fermarsi all’apparenza immediata dei segni e sintomi osservabili: ogni processo diagnostico dovrebbe, invece, riuscire a cogliere la complessità dei fenomeni clinici (comprensione *funzionale*) appoggiandosi però a criteri affidabili e pragmatici (comprensione *descrittiva*). Ma anche essere capace di integrare una conoscenza *idiografica*, che si rivolge alle specificità del singolo soggetto nella sua unicità e irripetibilità (da ἴδιος, “proprio”, “particolare”, “specifico”, e γράφειν, “descrivere”, “rappresentare”), e una conoscenza *nomotetica* che, cercando di rintracciare delle leggi generali di funzionamento (da νόμος, “legge”, “norma”, “regola”, e τίθημι, “stabilire”, “istituire”), lo riconduce a una categoria diagnostica.

Il *Manuale Diagnostico Psicodinamico*, giunto alla sua terza edizione (PDM-3, Lingiardi & McWilliams, 2025a), persegue esattamente questo obiettivo: mantenere una tensione dialettica tra un approccio psicodinamico alla diagnosi, 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 la tradizione classificatoria psichiatrica, oggi rappresentata dal *Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali* (DSM-5-TR; *American Psychiatric Association*, 2022), dalla *Classificazione Internazionale delle Malattie* (ICD-11; *World Health Organization* [WHO], 2019) e dal più recente modello *Hierarchical Taxonomy of Psychopathology* (HiTOP; Kotov *et al.*, 2017). La prima edizione del PDM, coordinata da Stanley Greenspan, Robert Wallerstein e Nancy McWilliams (PDM Task Force, 2006), vide la luce nell’epoca in cui il campo della diagnosi era dominato da un approccio ateoretico, descrittivo e *symptom-oriented* ai disturbi mentali. Al contrario, il “progetto PDM” si proponeva di offrire al clinico un manuale diagnostico basato sulla letteratura clinica e sulla ricerca empirica, che rispettasse, “disciplinandola”, la soggettività sia del paziente sia del terapeuta. La seconda edizione (PDM-2), curata da Vittorio Lingiardi e Nancy McWilliams (2017), e la terza edizione di recente pubblicazione (PDM-3; Lingiardi & McWilliams, 2025a), seppur nelle

tante innovazioni introdotte, mantengono gli stessi obiettivi: il PDM rappresenta la più completa nosografia basata su un approccio diagnostico psicodinamico e, discostandosi dalle tassonomie descrittive e ateoretiche, è finalizzata a fornire al clinico informazioni utili alla pianificazione di un trattamento realmente *patient-tailored* (Horwitz *et al.*, 1998; Norcross & Wampold, 2018). Difatti, le *American Psychological Association Guidelines on Evidence-Based Psychological Practice in Health Care* (2021) suggeriscono che “presentazioni cliniche diverse spesso richiedono approcci diversi”: in altre parole, qualsiasi forma di trattamento psicoterapeutico che voglia massimizzare la sua efficacia dovrebbe adattarsi alle caratteristiche uniche e specifiche dell’individuo tenendo conto, al tempo stesso, della denominazione diagnostica data al suo funzionamento ai fini di poter confrontare le proprie ipotesi di intervento con le informazioni presenti nella letteratura clinica ed empirica.

Il PDM-3 aggiunge una prospettiva, di chiaro orientamento psicodinamico, ormai vitale e necessaria nella valutazione del disagio psichico e dei disturbi mentali, che consente ai clinici di descrivere i pattern di personalità, le capacità sociali ed emotive, il profilo del funzionamento mentale e l’esperienza soggettiva dei sintomi del singolo paziente. In tutte le sue edizioni, il PDM si è proposto come una “*tassonomia di persone*” piuttosto che come una “*tassonomia di disturbi*”, evidenziando l’importanza di considerare *chi è* quella persona e non solo che disturbo mentale manifesta (Lingiardi & McWilliams, 2025a, 2025b; Westen *et al.*, 2006). Partendo da questa prospettiva, le diagnosi PDM sono *dimensionali* e *prototipiche*, cioè basate 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. Il PDM-3, andando oltre la riorganizzazione in base alla tipica età di esordio delle etichette diagnostiche del DSM-5-TR e dell’ICD-11, propone inoltre una diagnosi attenta alle specificità del funzionamento dell’individuo nelle varie fasi del ciclo di vita. È quindi suddiviso in diverse sezioni, in questa edizione riorganizzate in ordine cronologico: *Prima infanzia* (0-3 anni), *Infanzia* (4-11 anni), *Adolescenti* (12-19 anni), *Adulti* e *Anziani*, a cui sono state aggiunte delle considerazioni specifiche sulle *fasi di transizione* tra fasce d’età (per esempio, l’età adulta emergente e il confine tra età adulta e anziana), più un’ultima sezione interamente dedicata al processo di *assessment* mediante lo strumento di valutazione derivato dal PDM, la *Psychodiagnostic Chart* (PDC-3; Gordon & Bornstein, 2025), e a *casi clinici illustrativi* aggiornati valutati secondo l’approccio PDM-3.

In linea con la precedente edizione, il PDM-3 offre al clinico la possibilità di leggere la psicopatologia nel contesto della personalità e i sintomi all’interno del funzionamento complessivo dell’individuo, di includere la soggettività del vissuto sintomatologico, di contemplare la specificità indi-

viduale dei bisogni dei diversi pazienti, di individuare le possibili risorse psicologiche e non solo gli elementi patologici o disfunzionali, e di considerare l'influenza della fase del ciclo di vita (Lingiardi & Muzi, 2018; Tanzilli *et al.*, 2024a). Nello specifico, adottando un approccio multi-assiale e multidimensionale, richiede al clinico di descrivere in modo sistematico e specifico per fascia d'età:

- il *livello di organizzazione* e gli *stili/disturbi della personalità* (Assi P);
- il *profilo del funzionamento mentale* (Assi M);
- i *pattern sintomatologici*, compresa l'esperienza soggettiva che il paziente ha dei propri sintomi e le possibili risposte emotive del terapeuta (Assi S).

I tre assi devono essere valutati in ordine diverso a seconda dell'età del soggetto. Solo con pazienti adulti il clinico deve considerare prima l'Asse P, poi l'Asse M e infine l'Asse S, mentre con bambini, adolescenti, e anziani la procedura di valutazione inizia dall'Asse M, a cui seguono 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. Innovazione del PDM-3 è che, a seguire di ogni Asse S delle diverse sezioni, vi è ora incluso un capitolo specificatamente dedicato alle "Esperienze psicologiche che possono richiedere attenzione clinica", che include tutte quelle condizioni *non psicopatologiche* che, solamente se associate a sofferenza soggettiva, possono richiedere una valutazione clinica specifica. Tenendo conto di queste premesse, di seguito verranno approfondite le principali innovazioni dei tre assi prendendo come riferimento la sezione dedicata all'età adulta (Figura 1).

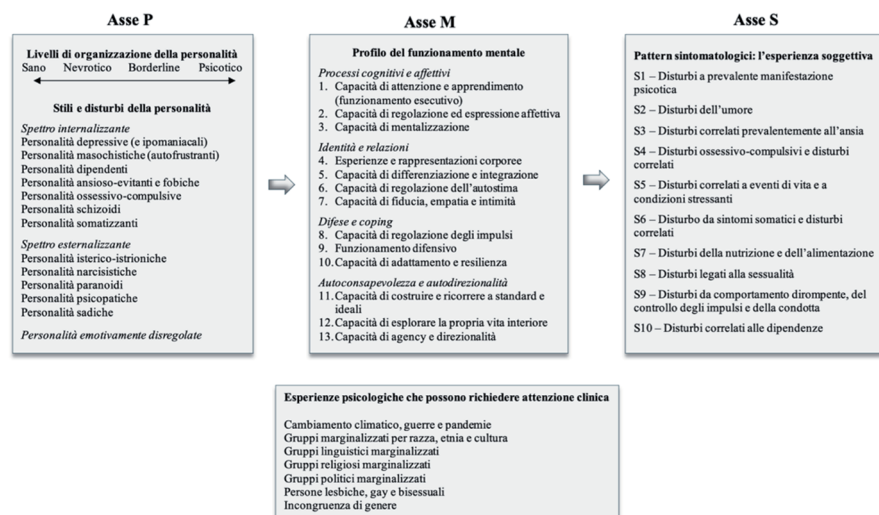


Figura 1. Struttura e contenuti della sezione *Adulti* del PDM-3.

Verso una visione della personalità clinicamente utile ed empiricamente supportata: l'Asse P

Come anticipato nel precedente paragrafo, i due principi organizzatori su cui si basa l'Asse P del PDM-3 sono il *livello di organizzazione della personalità* (uno spettro di funzionamento che va da un livello sano a un livello psicotico, attraversando un livello nevrotico e un livello borderline ad alto e basso funzionamento) e lo *stile/disturbo di personalità* (cioè tipologie di personalità clinicamente note che possono presentarsi a vari livelli di organizzazione). Una prima innovazione del PDM-3 è che non viene più utilizzata la definizione di "sindrome" di personalità al fine di evitare un linguaggio potenzialmente patologizzante e che non tenga conto dei diversi livelli di funzionamento della personalità, non necessariamente caratterizzati da una compromissione significativa. Dopo aver collocato il funzionamento dell'individuo lungo il *continuum* di organizzazioni di personalità, che richiama l'ormai consolidato approccio strutturale kernberghiano (Kernberg, 1984), l'Asse P richiede al clinico di valutare, con una prospettiva prototipica, quanto la presentazione clinica del paziente si avvicini al "tipo ideale" di uno specifico stile o disturbo di personalità. È degno di nota come, in quest'ultima edizione, siano stati inclusi a fini valutativi dei prototipi *empiricamente derivati* basati sulle ricerche con la *Shedler-Westen Assessment Procedure* (SWAP; Westen & Shedler, 1999a, 1999b; Shedler *et al.*, 2014), a cui si aggiungono dei prototipi *clinicamente derivati* per quelle configurazioni di personalità che emergono dalla pratica clinica con pazienti reali.

Sono inclusi in questa sezione tredici stili/disturbi della personalità che sono organizzati, sempre in linea con le ricerche con la SWAP (Westen *et al.*, 2012), secondo due spettri sovraordinati, quello internalizzante e quello esternalizzante – con la sola eccezione delle personalità emotivamente disregolate, spesso descritte come "stabilmente instabili" (Schmideberg, 1959) e in continua oscillazione tra aspetti caratteristici di entrambe le polarità. In generale, i pazienti che si collocano nello *spettro internalizzante* provano le loro sofferenze "interiormente": tendono a incolpare se stessi per le loro difficoltà e sono cronicamente vulnerabili a sentimenti disforici, depressione e ansia. All'interno di questo spettro ricadono le personalità depressive (e ipomaniacali), masochistiche (autofrustranti), dipendenti, ansioso-evitanti e fobiche, ossessivo-compulsive, schizoidi e somatizzanti. Di converso, i pazienti il cui funzionamento di personalità ricade nello *spettro esternalizzante* tendono a "imporre" le loro sofferenze agli altri (sebbene possano anche sperimentare livelli profondi di sofferenza interiore), incolpando persone e/o elementi della realtà esterna per le loro difficoltà, e mostrando una maggiore inclinazione alla rabbia e all'aggressività. Sono qui incluse le personalità isterico-istrioniche, narcisistiche, paranoide, psicopatiche e sadiche.

Il lettore attento avrà notato alcune innovazioni rilevanti rispetto alla

precedente edizione. Già Kernberg (2006) aveva affrontato il problema delle discrepanze nell'uso del termine "borderline", proponendo una distinzione tra *disturbo* borderline di personalità (coerente con la concezione del DSM) e *organizzazione* borderline di personalità (più in linea con la concezione psicoanalitica), soluzione adottata anche nella precedente edizione del PDM. Nel PDM-3, tuttavia, al fine di minimizzare la potenziale confusione terminologica e concettuale, si è invece scelto di fare riferimento alla condizione che il DSM chiama "disturbo borderline di personalità" con l'espressione *personalità emotivamente disregolate*, caratterizzate da difficoltà croniche e pervasive nel tollerare e regolare gli affetti, e dunque dalla tendenza a sperimentare emozioni che sfuggono facilmente al loro controllo, raggiungendo livelli di estrema intensità e compromettendo dunque un funzionamento più adattivo. A questo nucleo sintomatologico centrale vanno aggiunte anche le tipiche percezioni instabili di sé e degli altri che portano a relazioni intense e caotiche, e la propensione ad agire in base agli impulsi, compresi quelli autodistruttivi (Westen *et al.*, 2012). Tali caratteristiche richiamano anche il *pattern borderline*, specificatore previsto nell'ICD-11 (WHO, 2019) che può essere applicato a individui la cui modalità di alterazione della personalità è caratterizzata da un quadro pervasivo di instabilità delle relazioni interpersonali, dell'immagine di sé e degli affetti, e da marcata impulsività.

Altra novità rilevante del PDM-3 è la considerazione delle *personalità masochistiche* (autofrustranti) come costellazione a sé stante, e non più come possibile manifestazione delle personalità depressive. Questo nuovo prototipo descrive individui che sembrano agire inconsciamente in modo da ricercare dolore e sofferenza, evitando o rifiutando sistematicamente situazioni piacevoli o opportunità di successo e gratificazione personale. In quest'ottica, la personalità masochistica-autofrustrante andrebbe concepita come un'esagerazione o un irrigidimento di una motivazione e tendenza interiore, di per sé non patologica, al dare priorità al benessere degli altri a scapito del proprio. Da una prospettiva storica, questa tipologia di stile/disturbo di personalità era inserita nel DSM-III-R (*American Psychiatric Association*, 1987) con l'etichetta di *disturbo autofrustrante di personalità*, che implicava una tendenza a essere coinvolti in situazioni o relazioni che procurano sofferenza, delusione, fallimento o maltrattamento, il rifiuto o sabotaggio dei tentativi degli altri di fornire aiuto, risposte negative o di rifiuto rispetto a eventi piacevoli o positivi, e una propensione al sacrificio personale. Tuttavia, questa diagnosi è stata derubricata dal manuale, scomparendo dalle successive edizioni. Di converso, il PDM-3 ha valorizzato i contributi teorico-clinici che hanno sottolineato come le dinamiche masochistiche e depressive riflettano temi di fondo differenti, che richiedono approcci terapeutici specifici. Gli individui con personalità masochistiche-autofrustranti tenderebbero, dunque, a ricercare il dolore

attivamente piuttosto che rassegnarsi e subire passivamente la sofferenza. Sono pazienti che tendono a sabotarsi e a punirsi, e hanno una rappresentazione negativa di sé come persone indegne, colpevoli, che non meritano amore o apprezzamento se non sacrificandosi in modo eccessivo per gli altri. Il loro mondo affettivo è spesso dominato da sentimenti di rabbia, risentimento e recriminazione, che vengono però difensivamente rivolti contro di sé e non all'oggetto, che viene invece idealizzato. Altri meccanismi di difesa caratteristici sono l'*acting out* (nei casi in cui è presente una marcata propensione all'autodistruttività), la moralizzazione (per gestire le proprie esperienze interiori di sofferenza) e il diniego (per negare la propria sofferenza, al costo di esporsi al rischio di gravi danni; si veda anche Lingiardi & Madeddu, 2023). Queste caratteristiche nucleari determinano una tendenza a essere coinvolti in interazioni (sia con altri significativi, sia con i clinici) tipicamente caratterizzate da un'alternanza tra sottomissione e dominio, oppure tra il ruolo di abusatore e di vittima.

Il masochismo non è un costrutto unitario (Lingiardi, 2025; Lingiardi & McWilliams, 2025a) e dinamiche masochistiche possono emergere in diversi stili/disturbi di personalità (Huprich & Nelson, 2014). Per esempio, se Békés e colleghi (2018) hanno suggerito l'esistenza di diverse configurazioni masochistiche caratterizzate da specifici conflitti, strategie difensive e motivazioni inconse, Kernberg (1988) ne sottolinea le diverse costellazioni a seconda del livello di organizzazione di personalità sottostante, mentre Huprich e Malone (2022) hanno evidenziato la rilevanza di un'"autostima maligna" (*malignant self-regard*), che accomuna le dinamiche masochistiche con quelle depressive e narcisistiche *covert*. Il PDM-3 riconosce tre principali tipologie di personalità masochistiche-autofrustranti a seconda della loro presentazione con prevalenti tematiche dipendenti (Bornstein, 1993; Waska, 1997), narcisistiche (Cooper, 1988; Glickauf-Hughes, 1997) o paranoidi (Nydes, 1963), specificando inoltre che tutte possono comprendere aspetti sadici difensivamente negati. Il *masochismo relazionale* è la versione più anaclitica delle dinamiche masochistiche, spesso associata a forme disfunzionali di dipendenza relazionale. Questo tipo di funzionamento si evidenzia in quei pazienti che tendono a subordinare i propri bisogni a quelli altrui, e che tendono a considerare (più o meno inconsciamente) la deprivazione e la sofferenza come necessarie per il mantenimento di un legame significativo vissuto come disperatamente necessario. Clinicamente, è però importante osservare che dietro questa apparente sottomissione può in realtà celarsi un'intensa aggressività, che viene negata ed espressa con modalità passivo-aggressive che, a loro volta, elicitano comportamenti maltrattanti da parte degli altri (McWilliams, 2011).

Il *masochismo morale* è la versione più introiettiva delle dinamiche masochistiche, associata a caratteristiche di personalità di tipo narcisistico (per una trattazione generale delle personalità narcisistiche, si veda anche Lingiardi,

2021). Descrive individui che considerano inconsciamente la rinuncia e la sofferenza personale come virtù morali, e in cui l'autostima è strettamente associata alla deprivazione: più si infliggono dolore, più aumenta il loro senso di superiorità morale. Una variante di questa forma di masochismo che si manifesta nei pazienti con una forma di "superiorità della vittima" (*victim entitlement*), che nutrono la convinzione inconscia che "il mondo gli sia debitore" in proporzione alla sofferenza che hanno subito. Questa dinamica inconscia, nota anche come *aggrieved pattern* (Millon & Grossman, 2007), complica spesso la terapia: i pazienti, che si aspettano un trattamento privilegiato in quanto vittime, possono ostacolare i tentativi del clinico di aiutarli attraverso la difesa dell'*help-rejecting complaining*, cioè richiedere aiuto, ma rifiutarlo quando viene offerto (Frank *et al.*, 1952; Lingiardi & Madeddu, 2023; Perry, 1990). In aggiunta, questo atteggiamento spesso evoca nel clinico sentimenti controtransferali di irritazione e critica, fino a condurre anche a reazioni di tipo sadico. Infine, i *pattern masochistici paranoidi* (con ricerca del danno) rappresentano la versione più attivamente legata all'*harm seeking*, che deriva dall'aspettativa (negata e proiettata) di essere attaccati o aggrediti dagli altri per qualsiasi successo o soddisfazione personale raggiunti. Le personalità masochistiche e paranoidi condividono la preoccupazione costante di un pericolo imminente (Nydes, 1963), ma le prime gestiscono questa convinzione inconscia provocando implicitamente l'attacco considerato inevitabile, anticipandolo e provando sollievo quando questo si verifica.

Valutare le risorse e non solo la psicopatologia: l'Asse M

Dopo aver valutato il livello di funzionamento di personalità e il grado di somiglianza/corrispondenza del paziente adulto con i diversi stili/disturbi dell'Asse P, il clinico deve valutare il livello di funzionamento mentale complessivo. L'Asse M consente di descrivere in modo dettagliato il profilo del funzionamento mentale prendendo in esame una serie di capacità che definiscono lo stato di salute psicologica di un individuo. Questo Asse fornisce descrizioni articolate e orientate al trattamento di funzioni mentali che possono essere osservate e quindi utilizzate ai fini della pianificazione degli interventi terapeutici (Lingiardi *et al.*, 2018), integrando così la valutazione del livello di organizzazione della personalità e degli stili/disturbi di personalità offerta dall'Asse P (Gori *et al.*, 2025). Similmente, consente ai clinici di tener conto e valutare importanti processi psicologici che sono alla base sia dei pattern sintomatologici sia dell'esperienza soggettiva dei sintomi, così come sono descritti successivamente nell'Asse S (Muzi *et al.*, 2021). L'Asse M costituisce, quindi, un ponte e un collegamento tra l'Asse P e l'Asse S e uno step fondamentale nell'*assessment* secondo il PDM-3. I domini del funzionamento mentale considerati si basano su un'ampia

gamma di concetti e osservazioni tratti dai modelli teorici di orientamento psicodinamico, cognitivo ed evolutivo, così come sulle ricerche empiriche condotte all'interno di questi ambiti. Inoltre, questo Asse si fonda su una concezione del funzionamento mentale come risultato dell'integrazione tra natura (temperamento, predisposizione genetica, tratti di base) e cultura (processi di apprendimento, esperienza, caratteristiche del contesto sociale e culturale; Etzi, 2014).

Rispetto alla precedente edizione, le funzioni mentali sono passate da dodici a tredici. Alcune denominazioni sono state riviste e aggiornate: quella che, nel PDM-2, era definita come la capacità di regolazione, attenzione e apprendimento è ora definita come *capacità di attenzione e apprendimento (funzionamento esecutivo)*; la precedente capacità di relazioni e intimità è stata riformulata come la *capacità di fiducia, empatia e intimità*; e quella che era definita come capacità di auto-osservazione (mentalità psicologica) è stata riformulata come *capacità di esplorare la propria vita interiore*. Inoltre, in risposta alla sempre crescente letteratura clinica ed empirica che supporta la rilevanza delle dimensioni e delle esperienze correlate al corpo nel funzionamento mentale, è stata inserita una nuova capacità, che riguarda le *esperienze e rappresentazioni corporee*. In aggiunta, il PDM-2 includeva per ogni funzione mentale un elenco dei "Principali strumenti di valutazione", eliminato nel PDM-3 per la frequenza con cui sono pubblicati e validati nuovi strumenti, il continuo aggiornamento delle loro proprietà psicometriche, e per rendere l'Asse M più agile, pratico e facile da usare. È comunque inclusa, alla fine dello specifico capitolo, una sintesi degli strumenti più rilevanti, utilizzati, validati e clinicamente utili per arricchire le valutazioni di tutte le capacità mentali dell'Asse M (per esempio, la *Shedler-Westen Assessment Procedure* [Shedler et al., 2014], l'*Adult Attachment Interview* [George et al., 1985], la *Defense Mechanism Rating Scales* [Perry, 1990], o la *Structured Interview of Personality Organization, Revised* [Clarkin et al., 2016]).

Le tredici funzioni mentali incluse nell'Asse M del PDM-3 sono le seguenti:

1. *Capacità di attenzione e apprendimento (funzionamento esecutivo)*: dominio multidimensionale che comprende un insieme di aspetti costituzionali e maturativi, così come processi cognitivi di ordine superiore, che consentono agli individui di pianificare e controllare pensieri, emozioni e azioni orientate a uno scopo.
2. *Capacità di regolazione ed espressione affettiva*: indice del funzionamento affettivo complessivo; fa riferimento alla capacità di identificare, fare esperienza, modulare, comprendere, riflettere, esprimere e rispondere agli affetti in modo appropriato.
3. *Capacità di mentalizzazione*: capacità di inferire e riflettere sui propri stati mentali (per esempio, bisogni, desideri, sentimenti, ecc.) così come

- su quelli altrui, utilizzandola per promuovere le interazioni interpersonali e sociali.
4. *Esperienze e rappresentazioni corporee*: include le percezioni, sensazioni, sentimenti, pensieri e atteggiamenti, sia consci sia inconsci, rispetto alla propria corporeità, così come la consapevolezza implicita del proprio corpo come un'entità complessa dai confini definiti.
 5. *Capacità di differenziazione e integrazione*: capacità di distinguere il sé dall'altro, la fantasia dalla realtà, le rappresentazioni interne dagli oggetti e dalle circostanze esterne, il presente dal passato e dal futuro, e di costruire nessi senza confonderli.
 6. *Capacità di regolazione dell'autostima*: riflette i sentimenti di autostima e considerazione personale che caratterizzano la relazione dell'individuo con sé stesso, con gli altri e con il mondo in generale, così come la percezione complessiva del proprio valore personale.
 7. *Capacità di fiducia, empatia e intimità*: indice del funzionamento relazionale e interpersonale complessivo. La "fiducia di base" è la capacità di esplorare l'ambiente e affrontare situazioni con un equilibrio tra vigilanza e credulità verso gli altri. L'empatia implica comprendere il punto di vista dell'altro e rispondere in modo sensibile ai sentimenti altrui; l'intimità riguarda la capacità di regolare la distanza e la vicinanza interpersonale.
 8. *Capacità di regolazione degli impulsi*: capacità di modulare e regolare i propri impulsi e di esprimere bisogni, motivazioni e desideri; una compromissione può comportare un'espressione non modulata degli impulsi (impulsività) oppure un rigido ipercontrollo degli impulsi (inibizione).
 9. *Funzionamento difensivo*: modalità attraverso cui l'individuo cerca di gestire motivazioni, affetti, impulsi, conflitti, ricordi, pensieri e altre esperienze interiori potenzialmente fonti di affetti negativi.
 10. *Capacità di adattamento e resilienza*: capacità di adattarsi a eventi imprevisti e al mutare delle circostanze, e di confrontarsi o affrontare in modo efficace e creativo con l'incertezza, la perdita, lo stress e altri eventi avversi (persino traumatici).
 11. *Capacità di costruire e ricorrere a standard e ideali*: indice del senso morale complessivo, che include le credenze, le emozioni, le motivazioni e gli ideali che guidano le scelte personali e di vita. Implica anche la capacità di prendere decisioni basate su un insieme coerente e integrato di principi morali.
 12. *Capacità di esplorare la propria vita interiore*: capacità di comprendere e riflettere sulla natura e sulle origini dei propri stati mentali nella propria esperienza di vita. Implica il saper cogliere le connessioni implicite tra emozioni, motivazioni, pensieri e comportamenti, passati e presenti, così come tra la propria interpretazione dei comportamenti altrui e delle relazioni.

13. *Capacità di agency e direzionalità*: capacità di padroneggiare i propri moti interiori, sentimenti e pensieri e quindi di costruire una narrazione interiore che dia coesione e significato alle esperienze e scelte personali. Implica un senso interiore di “appartenenza”, controllo interiore e autoefficacia a diversi livelli di consapevolezza.

Di particolare rilevanza è l'introduzione della nuova funzione mentale delle *esperienze e rappresentazioni corporee* (si veda anche Muzi, 2025). Il clinico che intenda valutare questo dominio deve considerare quelle percezioni, sensazioni, sentimenti e pensieri, sia consci sia inconsci, relativi alla propria corporeità, oltre che alla consapevolezza implicita del corpo come un'entità complessa con confini definiti che permettono all'individuo di distinguere sé stesso sia dall'ambiente fisico sia da quello interpersonale. Ricadono in questa funzione mentale anche la percezione, l'interpretazione, il monitoraggio e la modulazione degli stimoli provenienti sia dall'interno (interocezione) sia dall'esterno (esterocezione) del corpo, i quali possono rappresentare una forma precoce e prementalizzata di autoconsapevolezza. Le rappresentazioni corporee comprendono (ma non si limitano a) l'immagine corporea e le sue componenti (per esempio, soddisfazione/insoddisfazione corporea), ma sono anche il risultato dell'interazione tra gli input multisensoriali, come la consapevolezza visiva e tattile, e i modelli interni o le aspettative relative alla forma e alla struttura del proprio corpo. Per ragioni di spazio, non ci è possibile approfondire in modo esaustivo i contributi della psicoanalisi sulla centralità del corpo e la relazione corporemente – a partire dalla famosa affermazione di Freud (1922) secondo cui “l'Io è anzitutto un'entità corporea” (p. 488), l'*holding* e l'*handling* di Winnicott (1949, 1965), l'Io-pelle di Anzieu (1985), i “teatri del corpo” della McDougall (1989), l'espressione “mentecorpo” di Grotstein (1997), il concetto di *aliveness* di Ogden (2023), l'*under the skin* della Lemma (2010), il “tenere a mente il corpo” nel contesto della teoria della mentalizzazione (Shai & Belsky, 2011). Tutti temi, questi, ripresi in chiave narrativa nel volume *Corpo, umano* di Lingiardi (2024).

In aggiunta, è degno di nota come la *capacità di esplorare la propria vita interiore* sia stata significativamente ampliata rispetto alla precedente edizione del manuale: oltre al grado di predisposizione, motivazione e curiosità a osservare la propria vita mentale interiore (ovvero, il concetto di “mentalità psicologica” o *psychological mindedness*), questo dominio ora include sia le capacità di *insight* (esplorare e comprendere quelle dinamiche profonde alla base di particolari pensieri, emozioni, scelte, schemi interpersonali e risposte comportamentali), sia una propensione generale all'introspezione (*insightfulness*), che in senso più ampio indica la capacità di comprendere sé stessi in modi complessi e sofisticati. Inoltre, nella sua valutazione, ai clinici viene suggerito di esaminare anche una serie di fenomeni clinici che avvengono nel corso della psicoterapia. Per esempio, considerare

le *libere associazioni* può aiutare a comprendere le modalità tipiche con cui un individuo pensa, fantastica, sperimenta emozioni e/o agisce nel relazionarsi con diverse circostanze interne ed esterne. La *vita onirica*, e in particolare la capacità del soggetto di diventare consapevole di, e riflettere su, il materiale onirico, rappresenta un'altra fonte preziosa di informazioni in quanto esprime paure, preoccupazioni, conflitti, ansie, desideri e rappresentazioni di sé e del mondo – in altre parole, la vita interiore dell'individuo (Balch *et al.*, 2025; Lingiardi, 2023; Roesler, 2023).

Oltre il sintomo: l'esperienza soggettiva della psicopatologia nell'Asse S

L'Asse S è collocato come terzo step nella formulazione del profilo diagnostico PDM-3, in quanto i pattern sintomatologici possono essere meglio compresi solo se inseriti nel contesto dei livelli di organizzazione della personalità, degli stili o dei disturbi di personalità, e del funzionamento mentale complessivo che caratterizzano un determinato individuo. Questo Asse include una tassonomia di sindromi cliniche che, sebbene siano denominate generalmente in accordo con il DSM-5-TR, l'ICD e l'HiTOP, sono completamente riformulate in forma prototipica e in linea con una lettura psicodinamica della psicopatologia. Nello specifico, l'Asse S non include una descrizione dei sintomi delle diverse costellazioni psicopatologiche, ma si concentra sull'esperienza soggettiva dell'individuo che manifesta tali pattern sintomatologici. A fini clinici e valutativi, l'esperienza soggettiva della sintomatologia viene descritta in termini di *stati affettivi*, *pattern cognitivi*, *stati somatici* e *pattern relazionali* più caratteristici degli individui che condividono la diagnosi di un determinato disturbo (Mundo *et al.*, 2018).

L'Asse S del PDM-3 riveste una particolare rilevanza in quanto le esperienze soggettive sono state storicamente trascurate dalla classificazione psichiatrica tradizionale (Eagle, 2024), la quale non risulta adeguata a cogliere la complessità e l'enorme variabilità delle condizioni, patologiche o non, che possono essere meritevoli di attenzione e/o di intervento clinico. Soggetti che appartengono alla stessa categoria diagnostica, anche presentando una sintomatologia simile, possono infatti manifestare una grande varietà di esperienze soggettive, e queste differenze individuali hanno delle implicazioni centrali per il trattamento. Prendendo come esempio i disturbi della nutrizione e dell'alimentazione, il manuale sottolinea la rilevanza del cosiddetto “viraggio” o “cross-over” diagnostico da una etichetta diagnostica all'altra durante il decorso clinico, fenomeno che sembra riflettere un'elevata instabilità temporale dei sintomi principali di queste diagnosi in ottica DSM/ICD (Solmi *et al.*, 2024) e la possibile esistenza di un quadro clinico più comprensivo e unitario che evolve nel tempo rispetto alla sua

manifestazione sintomatologica (Fairburn & Cooper, 2011). Per questo motivo, il manuale non considera specificatamente le singole etichette di disturbo alimentare, quanto piuttosto quadri caratterizzati da una sintomatologia prevalentemente restrittiva, da prevalenti condotte di compensazione, o da prevalenti episodi di *binge-eating*. Più in generale, l'Asse S del PDM-3 sottolinea l'importanza di considerare i diversi livelli di organizzazione della personalità in questi disturbi, che possono collocarsi lungo un *continuum* che va da un livello sano (in cui gli individui presentano un buon funzionamento complessivo, magari con alcune idiosincrasie rispetto all'alimentazione) a un estremo più grave di organizzazione psicotica nel quale si evidenziano gravi compromissioni del funzionamento complessivo, includendo una diffusione dell'identità (anche di qualità delirante), la perdita dell'esame di realtà, e meccanismi difensivi rigidi e inflessibili (Kernberg, 1995; Lingiardi & Zingaretti, 2019; Muzi *et al.*, 2021).

L'Asse S sottolinea, inoltre, che gli individui con prevalente sintomatologia anoressica presentino spesso tratti ossessivo-compulsivi e narcisistici di personalità, difficoltà nel gestire le nuove esperienze (comprese le relazioni) e qualsiasi potenziale cambiamento psicologico, e sintomi egosintonici. Gli individui con prevalente sintomatologia bulimica e di *binge-eating* sembrano presentare, di converso, una maggiore tendenza alla disregolazione emotiva e a provare sentimenti di vuoto e rabbia che tentano di "silenziare" con l'ingestione di cibo, nel contesto di tratti o disturbi inerenti all'area borderline (Mirabella *et al.*, 2023). Il manuale evidenzia anche che, in tutte le diverse patologie alimentari, i sintomi spesso sono tenuti nascosti per lunghi periodi di tempo a causa dei vissuti di inadeguatezza e vergogna, che nel caso dei pazienti con sintomi prevalentemente anoressici/restrittivi sembrano essere più legati alla forma del corpo, mentre nei pazienti con sintomi bulimici/*binge-eating* alla mancanza di controllo.

Rispetto agli specifici domini dell'esperienza soggettiva, a livello di *stati affettivi* tipici di queste patologie sono descritti sentimenti di fallimento, debolezza, imbarazzo, colpa e vergogna; bassa autostima, insieme a sentimenti di indegnità e inefficacia; rabbia e ostilità, anche espresse attraverso il corpo; sentimenti di vuoto e perdita di controllo, che possono portare a stati estremi di ansia, tristezza e disperazione. A livello di *pattern cognitivi*, è spesso presente una rigidità del pensiero, una tendenza alla distorsione dell'immagine corporea, alti livelli di perfezionismo e una dipendenza eccessiva dal continuo controllo del corpo (*body checking*). Rispetto agli *stati somatici*, vi è una generale difficoltà nel distinguere tra stati mentali e corporei, con problematiche sia interocettive sia enterocettive, e un'incapacità di rilevare o rispondere a segnali che indicano il senso di fame o di sazietà. Infine, a livello di *pattern relazionali*, vi è una generale insicurezza nelle relazioni interpersonali, un "paradosso interpersonale" tra bisogni di dipendenza e paura dell'abbandono, e la presenza di sentimenti di vergogna

e imbarazzo durante le interazioni sociali a causa del timore di una valutazione negativa da parte degli altri.

Un ultimo aspetto centrale nell'Asse S del PDM-3 è anche l'importanza attribuita all'*esperienza soggettiva del terapeuta*, descritta in termini di risposte emotive del clinico o pattern controtransferali, che appare strettamente legata al livello di funzionamento della personalità del paziente e alla presenza di eventuali disturbi di personalità (Colli & Ferri, 2015; Colli *et al.*, 2014; Tanzilli *et al.*, 2024b; Tanzilli & Lingiardi, 2022). Sempre prendendo come esempio i disturbi della nutrizione e dell'alimentazione, il manuale sottolinea come le reazioni controtransferali evocate da questi pazienti siano spesso intense e negative (Thompson-Brenner *et al.*, 2012), con sentimenti di rabbia, disperazione, dolore o distacco, ma anche di un forte desiderio di cura e protezione, soprattutto nei pazienti con sintomatologia bulimica (Colli *et al.*, 2015). Se si considera anche la personalità, gli studi di Satir e colleghi (2009) e di Colli e colleghi (2015) mettono in luce che questa variabile contribuisce a spiegare in modo più esaustivo le complesse risposte controtransferali dei clinici rispetto alla sola sintomatologia alimentare: per esempio, i pazienti con un profilo di personalità più disregolato emotivamente tendono a elicitare non solo sentimenti negativi, quanto piuttosto di disorganizzazione, ansia e un sentirsi disprezzati, maltrattati e criticati. Tali pattern controtransferali tendono a influenzare le prestazioni del professionista, dell'équipe curante, il processo terapeutico e gli esiti del trattamento. Su questa linea, alcuni clinici hanno suggerito che spostare l'attenzione dalle risposte del paziente a quelle del terapeuta possa essere di rilevante aiuto nel lavoro clinico con questi pazienti (Zeeck *et al.*, 2025).

“*Saving normal*”: le esperienze psicologiche che possono richiedere attenzione clinica

“Primo, non curare chi è normale” è la raccomandazione e il titolo di un noto contributo di Allen Frances (2013), presidente della *Task Force* del DSM-IV e acceso critico delle più recenti edizioni del manuale, di cui mette in evidenza la tendenza all'iperdiagnosticismo e il rischio di medicalizzazione di condizioni da molti ritenute fisiologiche e normative (Lingiardi, 2018). Raccogliendo questi spunti di riflessione, in tutte le sue sezioni il PDM-3 include un capitolo a parte in cui vengono descritte quelle esperienze psicologiche di alcuni cambiamenti globali, gruppi o comunità i cui membri possono accedere ai servizi di salute mentale o alla psicoterapia per difficoltà associate a determinate situazioni contestuali o individuali che, in sé, non sono però patologiche. Facendo sempre riferimento alla sezione dedicata agli adulti, il capitolo sulle esperienze psicologiche che possono richiedere attenzione clinica (*psychological experiences that may require clinical attention*, o

PERCA) include l'esperienza soggettiva di fenomeni di rilevanza collettiva, come il cambiamento climatico, le guerre e le pandemie, così come di diversi gruppi marginalizzati a livello etnico, culturale, linguistico, religioso, e politico, e delle persone con diverse identità sessuali (lesbiche, gay e bisessuali) e con incongruenza di genere. Sebbene per questioni di spazio non potremmo descriverle in dettaglio, segnaliamo che nel corrispettivo capitolo della sezione *Infanzia* sono state aggiunte anche descrizioni delle esperienze soggettive associate all'abuso, quelle di bambine e bambini adottati, nati tramite procreazione medicalmente assistita e con plusdotazione, tutte assenti nella precedente edizione.

Di nuova introduzione nel PDM-3, il paragrafo dedicato al *cambiamento climatico, guerre e pandemie* descrive l'esperienza soggettiva del vivere in un mondo non più prevedibile e affidabile, ma al contrario percepito come instabile e minaccioso, sconvolto da eventi catastrofici e/o caratterizzato da uno stato prolungato di emergenza. In primo luogo, vengono considerati gli effetti soggettivi dell'attuale crisi climatica, che ha portato all'emergere di concetti come quello di "ecoansia", introdotto dall'*American Psychological Association* (2017) e che indica la risposta affettiva (spesso connotata, appunto, da stress e ansia) alle circostanze ambientali (Clayton & Crandon, 2025). Più nello specifico, l'ecoansia si manifesta come un sentimento di anticipazione verso una catastrofe imminente di tipo ambientale, e può includere risposte depressive, eccessiva preoccupazione, pensieri ruminativi, sentimenti di impotenza, disperazione, o un atteggiamento di passività (Lawrance *et al.*, 2022; Niedzwiedz *et al.*, 2025). Altri concetti, che definiscono specifiche esperienze affettive rispetto ai cambiamenti climatici, sono l'eco-colpa (Mallett *et al.*, 2012), l'eco-rabbia (Stanley *et al.*, 2021) o l'eco-lutto (Cunsolo & Ellis, 2018).

Altro dominio centrale è l'esperienza soggettiva delle guerre e dei conflitti, che comportano chiare e rilevanti ripercussioni negative per la salute mentale (in particolare, ansia, depressione, stress post-traumatico e disturbi psicotici) (Mesa-Vieira *et al.*, 2022). In particolare, uno studio promosso dall'Organizzazione Mondiale della Sanità ha mostrato che, al 2018, circa il 22% degli individui residenti in aree coinvolte in conflitti presenta almeno un disturbo mentale, e circa il 5% di questa popolazione mostra una sintomatologia di elevata gravità (Charlson *et al.*, 2019). Questi dati, ormai abbastanza datati, probabilmente sottostimano l'attuale portata di questi fenomeni in termini di effetti sulla salute mentale alla luce dei conflitti emersi negli anni successivi. Per esempio, nell'approfondire le conseguenze del conflitto russo-ucraino (RUW-22) in termini di salute mentale, alcuni studi hanno riportato effetti devastanti sulla popolazione ucraina, con alti tassi di prevalenza di disturbi da stress post-traumatico e da stress post-traumatico complesso, disturbi ansiosi e depressivi (Lushchak *et al.*, 2023; Wang *et al.*, 2024). Altri si sono concentrati sul fenomeno, più specifico ma comunque significativo,

dell'*ansia nucleare*, ossia la paura dell'utilizzo di armi nucleari (Riad *et al.*, 2023). Infine, la pandemia da COVID-19, evento di per sé sufficiente a turbare il senso di continuità nell'esperienza del quotidiano, è stata oggetto di un numero imponente di ricerche e di contributi teorico-clinici, che convergono nel sottolineare l'impatto traumatico che le restrizioni adottate per il contenimento dei contagi e, più in generale, dei sentimenti diffusi di incertezza e pericolo hanno avuto per la salute mentale a livello globale. Anche se l'emergenza sanitaria si può considerare oggi conclusa, essa ha influenzato i tassi di prevalenza di sintomi/disturbi ansiosi, depressivi, alimentari, del sonno e da stress post-traumatico (Nochaiwong *et al.*, 2021) ed intensificato l'entità di alcuni fattori di rischio rilevanti per la salute mentale (maltrattamento, violenza domestica, malattia di familiari, ecc.; Fegert *et al.*, 2020).

Rispetto ai domini dell'esperienza soggettiva del cambiamento climatico, delle guerre e delle pandemie, il PDM-3 sottolinea come gli *stati affettivi* possano includere ansia, depressione, malinconia, colpa, vergogna, angoscia di annichilimento, impotenza, indifferenza, rabbia, frustrazione, disorientamento e disperazione. Nelle persone colpite direttamente da catastrofi che minacciano la loro integrità fisica e mentale possono essere presenti anche stati di shock e difficoltà di adattamento. In merito ai *pattern cognitivi* più caratteristici, il manuale include strategie ossessive per tenere l'ansia sotto controllo, comprese ruminazioni intrusive e ricorrenti, strategie difensive basate sulla negazione o la minimizzazione degli accadimenti preoccupanti, oppure forme di impotenza appresa (*learned helplessness*). Gli *stati somatici* possono includere disturbi del sonno, stanchezza, aumento dell'*arousal* e altri sintomi di tipo fisiologico. Infine, i *pattern relazionali* più caratteristici possono includere il ritiro sociale o, al contrario, spingere verso l'aggregazione mediante l'adesione a gruppi o organizzazioni con ideologie rigide ed estremiste.

Diagnosi sensate per clinici sensibili: alcune considerazioni conclusive

Ogni formulazione diagnostica implica la necessità di possedere sia competenze tecniche specifiche (come un'approfondita conoscenza delle principali classificazioni internazionali dei disturbi mentali), sia sensibilità e capacità di natura relazionale (come il saper ascoltare, in modo rispettoso e non giudicante, ciò che viene comunicato, in modo conscio e inconscio, dal paziente; Nissim Momigliano, 2001). Una buona diagnosi si costruisce nell'equilibrio tra tutte queste posizioni. Eppure, molti colleghi, soprattutto in formazione, si trovano ancora a confrontarsi con un approccio *symptom-behavior oriented*, tradizionalmente predominante, basato su un paradigma medico e poco aderente alla realtà clinica. Per restituire senso e sensibilità alla diagnosi è invece necessario, come sottolineano Huprich e Meyer (2011), che

il processo diagnostico torni a considerare l'intrinseca complessità della persona al "centro della scena". Il PDM-3 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. Inoltre, una diagnosi che tenga conto della complessità del funzionamento dell'individuo costituisce un elemento centrale nella supervisione clinica (McWilliams, 2021). Senza un'attenzione a questi aspetti, il processo diagnostico rischia di diventare una mera applicazione di una *checklist* di criteri (Lingiardi & McWilliams, 2025b). Questo rischio non solo mina l'identità professionale dei clinici, ma affievolisce la loro capacità di descrivere e cogliere le caratteristiche più salienti del funzionamento psichico 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, inclusi quelle di orientamento psicoanalitico.

BIBLIOGRAFIA

- American Psychiatric Association. (1987). *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali, DSM-III-R*. Trad. it. Milano: Masson, 1988.
- American Psychiatric Association. (2022). *Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali, DSM-5-TR*. Trad. it. Milano: Raffaello Cortina, 2024.
- American Psychological Association. (2017). *Mental health and our changing climate: Impacts, implications, and guidance*. Disponibile da: <https://www.apa.org/news/press/releases/2017/03/mental-health-climate.pdf>
- American Psychological Association. (2021). *Professional practice guidelines for evidence-based psychological practice in health care*. Disponibile da: <https://www.apa.org/about/policy/psychological-practice-health-care.pdf>
- Anzieu, D. (1985). *L'Io-pelle*. Milano: Raffaello Cortina, 2017.
- Balch, J., Raider, R., Reed, C., & McNamara, P. (2025). Relationship and personality factors predict longitudinal changes in dream content. *Scientific Reports*, 15(1), 15531.
- Békés, V., Perry, J., & Robertson, B. (2018). Psychological masochism: A systematic review of the literature on conflicts, defenses, and motives. *Psychotherapy Research*, 28, 470-483.
- Bornstein, R. F. (1993). *The dependent personality*. New York: Guilford Press
- Charlson, F., Van Ommeren, M., Flaxman, A., Cornett, J., Whiteford, H., & Saxena, S. (2019). New WHO prevalence estimates of mental disorders in conflict settings: a systematic review and meta-analysis. *Lancet*, 394, 240-248.
- Clarkin, J. F., Caligor, E., Stern, B., & Kernberg, O. F. (2016). *The Structured Interview for Personality Organization-Revised (STIPO-R)*. Unpublished manuscript, Department of Psychiatry, Weill Cornell Medical College, NY, New York.
- Clayton, S., & Crandon, T. (2025). Climate Change and Mental Health. *Annual Review Clinical Psychology*, 21, 61-83.
- Colli, A., & Ferri, M. (2015). Patient personality and therapist countertransference. *Current Opinion in Psychiatry*, 28(1), 46-56.

- Colli, A., Speranza, A. M., Lingiardi, V., Gentile, D., Nassisi, V., & Hilsenroth, M. J. (2015). Eating Disorders and Therapist Emotional Responses. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 203(11), 843-849.
- 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, A. M. (1988). The narcissistic-masochistic character. In R.A. Glick, D.I. Meyers (a cura di), *Masochism: Current psychological perspectives* (pp. 189-204). Hillsdale, NJ: Analytic Press.
- Cunsolo, A., & Ellis, N. R. (2018). Ecological grief as a mental health response to climate change-related loss. *Nature Climate Change*, 8(3), 275-281.
- Eagle, M. J. (2024). *Subjective Experience: Its Fate in Psychology, Psychoanalysis, and Philosophy of Mind*. Oxfordshire: Routledge.
- Etzi, J. (2014). The *Psychodynamic Diagnostic Manual* M Axis: Toward an articulation of what it can assess. *Psychoanalytic Psychology*, 31(1), 119-133.
- Fairburn, C. G., & Cooper, Z. (2011). Eating disorders, DSM-5 and clinical reality. *The British Journal of Psychiatry*, 198(1), 8-10.
- Fegert, J., Vitiello, B., Plener, P., & Clemens, V. (2020). Challenges and burden of the Coronavirus 2019 (COVID-19) pandemic for child and adolescent mental health: a narrative review to highlight clinical and research needs in the acute phase and the long return to normality. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 14(20).
- Frances, A. (2013). *Primo, non curare chi è normale*. Trad. it. Torino: Bollati Boringhieri.
- Frank, J. D., Margolin, J., Nash, H. T., Stone, A. R., Varon, E., & Ascher, E. (1952). Two behavior patterns in therapeutic groups and their apparent motivation. *Human Relations*, 5, 289-317.
- Freud, S. (1901). *Frammento di un'analisi d'isteria (caso clinico di Dora)*. In Opere di Sigmund Freud (Vol. 4). Torino: Bollati Boringhieri.
- Freud, S. (1922/1977). *L'Io e l'Es*. In Opere di Sigmund Freud (Vol. 9). Torino: Bollati Boringhieri.
- George, C., Kaplan, N., & Main, M. (1985). *The Adult Attachment Interview*. Unpublished manuscript, University of California at Berkeley, Department of Psychology.
- Glickauf-Hughes, C. (1997). Etiology of the masochistic and narcissistic personality. *American Journal of Psychoanalysis*, 57, 141-148.
- Gordon, R. M., & Bornstein, R. F. (2025). *Psychodiagnostic Chart-3 (PDC-3)*. Unpublished manual.
- Gori, A., Topino, E., Muzi, L., Lingiardi, V., & Stanghellini, G. (2025). A Multimethod Psychometric Approach to Analyse the Profile of Mental Functioning – M Axis of the Psychodynamic Diagnostic Manual, 2nd Edition (Pdm-2): A Focus on Cluster B Personality Disorders. *Clinical Neuropsychiatry*, 22(1), 53-65.
- Grotstein, J. S. (1997). Mens sana in corpore sano. The mind and the body as an 'odd couple' and as an odd-coupled unit. *Psychoanalytic Inquiry*, 17, 204-222.
- Horwitz, L., Gabbard, G. O., Allen, J. G., Frieswyk, S. H., Colson, D. B., Newsom, G. E., & Coyne, L. (1998). *Borderline personality disorder: Tailoring the psychotherapy to the patient*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Huprich, S. K., & Malone, B. C. (2022). Malignant self-regard: Overview and future directions. *Harvard Review of Psychiatry*, 30(4), 226-237.
- Huprich, S. K., & Meyer, G. J. (2011). Introduction to the JPA special issue: Can the Psychodynamic Diagnostic Manual put the complex person back at the center-stage of personality assessment? *Journal of Personality Assessment*, 93(2), 109-111.
- Huprich, S. K., & Nelson, S. M. (2014). Malignant self-regard: accounting for commonalities in vulnerably narcissistic, depressive, self-defeating, and masochistic personality disorders. *Comprehensive Psychiatry*, 55(4), 989-998.

- Kernberg, O. F. (1984). *Disturbi gravi della personalità*. Torino: Bollati Boringhieri, 2000.
- Kernberg, O. F. (1988). Clinical Dimensions of Masochism. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 36, 1005-1029.
- Kernberg, O. F. (1995). Technical approach to eating disorders in patients with borderline personality organization. *The Annual of Psychoanalysis*, 23, 33-48.
- Kernberg, O. F. (2006). Identity: Recent findings and clinical implications. *Psychoanalytic Quarterly*, 75(4), 969-1003.
- Kotov, R., Krueger, R. F., Watson, D., Achenbach, T. M., Althoff, R. R., Bagby, R. M., Brown, T. A., Carpenter, W. T., Caspi, A., Clark, L. A., Eaton, N. R., Forbes, M. K., Forbush, K. T., Goldberg, D., Hasin, D., Hyman, S. E., Ivanova, M. Y., Lynam, D. R., Markon, K., Miller, J. D., & Zimmerman, M. (2017). The Hierarchical Taxonomy of Psychopathology (HiTOP): A dimensional alternative to traditional nosologies. *Journal of Abnormal Psychology*, 126(4), 454-477.
- Lawrance, E. L., Thompson, R., Newberry, Le Vay, J., Page, L., & Jennings, N. (2022). The Impact of Climate Change on Mental Health and Emotional Wellbeing: A Narrative Review of Current Evidence, and its Implications. *International Review of Psychiatry*, 34(5), 443-498.
- Lemma, A. (2010). *Sotto la pelle. Psicoanalisi delle modificazioni corporee*. Milano: Raffaello Cortina, 2011.
- Lingiardi, V. (2018). *Diagnosi e destino*. Torino: Einaudi.
- Lingiardi, V. (2021). *Arcipelago N. Variazioni sul narcisismo*. Torino: Einaudi.
- Lingiardi, V. (2023). *L'ombelico del sogno*. Torino: Einaudi.
- Lingiardi, V. (2024). *Corpo, umano*. Torino: Einaudi.
- Lingiardi, V. (2025). *Farsi male. Variazioni sul masochismo*. Torino: Einaudi.
- Lingiardi, V., & McWilliams, N. (2017). *Manuale Diagnostico Psicodinamico, seconda edizione (PDM-2)*. Trad. it. Milano: Raffaello Cortina, 2018.
- Lingiardi, V., & Muzi, L. (2018). Il Manuale Diagnostico Psicodinamico (PDM-2): Un'occasione di dialogo interdisciplinare. *Giornale Italiano di Psicologia*, 45(4), 781-804.
- 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, 306-314.
- Lingiardi, V., & Madeddu, F. (2023). *I meccanismi di difesa: Teoria, valutazione, clinica (3ª ed.)*. Milano: Raffaello Cortina.
- Lingiardi, V., & McWilliams, N. (2025a). *Manuale Diagnostico Psicodinamico, terza edizione (PDM-3)*. Milano: Raffaello Cortina.
- Lingiardi, V., & McWilliams, N. (2025b). The Psychodynamic Diagnostic Manual, 3rd edition (PDM-3). *World Psychiatry*, 24, 442-443.
- Lingiardi, V., & Zingaretti, P. (2019). La personalità e i disturbi della nutrizione e dell'alimentazione. In Spitoni, G.F., Aragona, M. (a cura di), *Manuale dei Disturbi Alimentari*. Roma: Carocci, pp. 85-94.
- Lushchak, O., Velykodna, M., Bolman, S., Strilbytska, O., Berezovskyi, V., & Storey, K. B. (2023). Prevalence of stress, anxiety, and symptoms of post-traumatic stress disorder among Ukrainians after the first year of Russian invasion: a nationwide cross-sectional study. *The Lancet regional health. Europe*, 36, 100773.
- Mallett, R. K. (2012). Eco-guilt motivates eco-friendly behavior. *Ecopsychology*, 4(4), 223-231.
- McDougall, J. (1989). *Teatri del corpo. Un approccio psicoanalitico ai disturbi psicosomatici*. Milano: Raffaello Cortina, 1990.
- McWilliams, N. (2011). *La diagnosi psicoanalitica*. Trad. it. Roma: Astrolabio, 2012.
- McWilliams, N. (2021). *La supervisione*. Milano: Raffaello Cortina, 2022.

- Mesa-Vieira, C., Haas, A., Buitrago-García, D., Roa-Díaz, Z., Minder, B., Gamba, M., Salvador, D., Gomez, D., Lewis, M., Gonzalez-Jaramillo, W., De Mortanges, A., Buttia, C., Muka, T., Trujillo, N., & Franco, O. (2022). Mental health of migrants with pre-migration exposure to armed conflict: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet Public health*, 7(5), e469-e481.
- Millon, T., & Grossman, S. (2007). *Moderating severe personality disorders: A personalized psychotherapy approach*. Hoboken, NJ: Wiley.
- Mirabella, M., Muzi, L., Franco, A., Urgese, A., Rugo, M. A., Mazzeschi, C., Speranza, A. M., McWilliams, N., & Lingiardi, V. (2023). From symptoms to subjective and bodily experiences: the contribution of the Psychodynamic Diagnostic Manual (PDM-2) to diagnosis and treatment monitoring in eating disorders. *Eating and Weight Disorders*, 28(1), 35.
- Mundo, E., Persano, H., & Moore, K. (2018). The S Axis in PDM-2. Symptom patterns: The subjective experience. *Psychoanalytic Psychology*, 35(3), 315-319.
- Muzi, L. (2025). «When the body speaks». Il contributo del Manuale Diagnostico Psicodinamico (PDM-3) alla valutazione psicodinamica dei disturbi alimentari in età adulta. *Rivista di Psicoanalisi*, LXXI(4), 1039-1055.
- Muzi, L., Tieghi, L., Rugo, M., & Lingiardi, V. (2021). Eating pathology and *Psychodynamic Diagnostic Manual* (PDM-2) diagnostic assessment: Implications for treatment outcomes in a psychodynamic-oriented residential setting. *Psychoanalytic Psychology*, 38(4), 300-310.
- Niedzwiedz, C. L., Kankawale, S. M. & Katikireddi, S. V. (2025). A systematic review of social, political and geographic factors associated with eco-anxiety in children and young people. *Nature Mental Health*, 3, 1579–1615.
- Nissim Momigliano, L. (2001). *L'ascolto rispettoso: scritti psicoanalitici*. Milano: Raffaello Cortina.
- Nochaiwong, S., Ruengorn, C., Thavorn, K., Hutton, B., Awiphan, R., Phosuya, C., Ruanta, Y., Wongpakaran, N., & Wongpakaran, T. (2021). Global prevalence of mental health issues among the general population during the coronavirus disease-2019 pandemic: a systematic review and meta-analysis. *Scientific Reports*, 11.
- Norcross, J. C., & Wampold, B. E. (2018). A new therapy for each patient: Evidence-based relationships and responsiveness. *Journal of Clinical Psychology*, 74(11), 1889-1906.
- Nydes, J. (1963). The paranoid-masochistic character. *Psychoanalytic Review*, 50, 215-251.
- Ogden, T. H. (2023). Like the belly of a bird breathing: On Winnicott's 'Mind and its relation to the psyche-soma'. *The International Journal of Psychoanalysis*, 104(1), 7-22.
- PDM Task Force. (2006). *Manuale Diagnostico Psicodinamico* (PDM). Trad. it. Milano: Raffaello Cortina, 2008.
- Perry, J. C. (1990). *The Defense Mechanism Rating Scale manual* (5th ed.). Cambridge, MA: Author.
- Riad, A., Drobov, A., Alkasaby, M. A., Peřina, A., & Kořčík, M. (2023). Nuclear Anxiety Amid the Russian-Ukrainian War 2022 (RUW-22): Descriptive Cross-Sectional Study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(4), 3551.
- Roesler, C. (2023). Dream interpretation and empirical dream research – an overview of research findings and their connections with psychoanalytic dream theories. *The International Journal of Psychoanalysis*, 104(2), 301-330.
- Satir, D. A., Thompson-Brenner, H., Boisseau, C. L., & Crisafulli, M. A. (2009). Countertransference reactions to adolescents with eating disorders: relationships to clinician and patient factors. *The International Journal of Eating Disorders*, 42(6), 511-521.
- Schmideberg, M. (1959). The borderline patient. In S. Arieti (a cura di), *American Handbook of Psychiatry* (Vol. 1, pp. 398-416). New York: Basic Books.

- Shai, D., & Belsky, J. (2011). Parental embodied mentalizing: Let's be explicit about what we mean by implicit. *Child Development Perspectives*, 5(3), 187-188.
- Shedler, J., Westen, D., & Lingardi, V. (2014). *La valutazione della personalità con la SWAP-200, nuova edizione*. Milano: Raffaello Cortina.
- Solmi, M., Monaco, F., Højlund, M., Monteleone, A. M., Trott, M., Firth, J., & Correll, C. U. (2024). Outcomes in people with eating disorders: a transdiagnostic and disorder-specific systematic review, meta-analysis and multivariable meta-regression analysis. *World Psychiatry*, 23, 124-138.
- Stanley, S. K., Hogg, T. L., Leviston, Z., & Walker, I. (2021). From anger to action: Differential impacts of eco-anxiety, eco-depression, and eco-anger on climate action and wellbeing. *The Journal of Climate Change and Health*, 1, 100003.
- Tanzilli, A., Muzi, L., & Lingardi, V. (2024a). Manuali e procedure diagnostiche. In Lingardi, V., *La personalità e i suoi disturbi. Nuova edizione*. Milano: Raffaello Cortina, (pp. 327-388).
- Tanzilli, A., & Lingardi, V. (2022). The diagnostic use of countertransference in psychodynamic practice. In: Biondi, M., Picardi, A., Pallagrosi, M., Fonzi, L. (Eds.), *The clinician in the psychiatric diagnostic process* (151-163). Switzerland AG: Springer Nature.
- Tanzilli, A., Fiorentino, F., Liotti, M., Lo Buglio, G., Gualco, I., Lingardi, V., Sharp, C., & Williams, R. (2024b). Patient personality and therapist responses in the psychotherapy of adolescents with depressive disorders: toward the *Psychodynamic Diagnostic Manual* - third edition. *Research in psychotherapy: Psychopathology, Process and Outcome*, 27(1), 752.
- Thompson-Brenner, H., Satir, D. A., Franko, D. L., & Herzog, D. B. (2012). Clinician reactions to patients with eating disorders: a review of the literature. *Psychiatric Services*, 63(1), 73-78.
- Wang, S., Barrett, E., Hicks, M., Martsenkovskiy, D., Holovanova, I., Marchak, O., Ishchenko, L., Haque, U., & Fiedler, N. (2024). Associations between mental health symptoms, trauma, quality of life and coping in adults living in Ukraine: A cross-sectional study a year after the 2022 Russian invasion. *Psychiatry Research*, 339.
- Waska, R. T. (1997). Precursors to masochistic and dependent character development. *American Journal of Psychoanalysis*, 57, 253-267.
- 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. Lingardi (a cura di), *La valutazione della personalità con la SWAP-200* (pp. 67-100). Milano: Raffaello Cortina, 2014.
- 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. Lingardi (a cura di), *La valutazione della personalità con la SWAP-200* (pp. 101-130). Milano: Raffaello Cortina, 2014.
- Westen, D., Gabbard, G. O., & Blagov, P. (2006). Back to the Future: Personality Structure as a Context for Psychopathology. In: Krueger, R.F., Tackett, J.L. (Eds.), *Personality and Psychopathology* (335-384). New York: Guilford Press.
- Westen, D., Shedler, J., Bradley, B., & DeFife, J. A. (2012). Una tassonomia delle diagnosi di personalità derivata empiricamente. Colmare il divario tra scienza e clinica nella concettualizzazione della personalità. Trad. it. in J. Shedler, D. Westen, V. Lingardi (a cura di), *La valutazione della personalità con la SWAP-200. Nuova edizione* (pp. 131-145). Milano: Raffaello Cortina, 2014.
- Winnicott, D. W. (1949). La mente e il suo rapporto con lo psiche-soma. In: *Dalla Pediatria alla Psicoanalisi*. Firenze: Martinelli, 1975.
- Winnicott, D. W. (1965). *Sviluppo affettivo e ambiente*. Roma: Armando, 1973.

- World Health Organization. (2019). *Descrizioni Cliniche e Requisiti Diagnostici per i Disturbi Mentali, Comportamentali e del Neurosviluppo ICD-11*. Milano: Raffaello Cortina, 2025.
- Zeeck, A., Gruteser, V., Lau, I., Egenolf, M., Klose, C., Lienhart, S., & Hartmann, A. (2025). Countertransference in the treatment of patients with eating disorders. *Journal of Eating Disorders*, 13(1), 240.

Conflitto di interessi: gli autori dichiarano che non vi sono potenziali conflitti di interessi.

Approvazione etica e consenso a partecipare: non necessario.

Ricevuto: 3 febbraio 2026.

Accettato: 17 febbraio 2026.

Nota dell'editore: tutte le affermazioni espresse in questo articolo sono esclusivamente quelle degli autori e non rappresentano necessariamente quelle delle loro organizzazioni affiliate, né quelle dell'editore, dei redattori e dei revisori o di qualsiasi terza parte menzionata. Tutti i materiali (e la loro fonte originale) utilizzati a sostegno delle opinioni degli autori non sono garantiti o avallati dall'editore.

©Copyright: the Author(s), 2026

Licensee PAGEPress, Italy

Ricerca Psicoanalitica 2026; XXXVII:1153

doi:10.4081/rp.2026.1153

This article is distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial International License (CC BY-NC 4.0) which permits any noncommercial use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original author(s) and source are credited.