

La diagnosi di Psicoterapeuta

Anticipazioni dal DSM V

Paolo Bertrando*

La notizia che il *DSM V Options Book* dell'American Psychiatric Association conterrà una proposta per rendere ufficiale – e corredata di criteri diagnostici finalmente attendibili – la diagnosi di “Psicoterapeuta”, entità nosologica attualmente al centro del dibattito sia teorico, sia operativo in psichiatria, ha suscitato un certo scalpore, anche per la difficoltà di conferme ufficiali. Ho avuto, in via eccezionale, la possibilità di consultare una stesura provvisoria del rapporto alla *Task Force for DSM V* del *Committee for the Diagnosis of Psychotherapist*. Il presente lavoro vuole pertanto offrire una sintesi dello stato dell'arte su questa patologia così complessa, e insieme rendere noti al pubblico italiano i criteri diagnostici che saranno proposti per il dibattito sull'*Options Book*.¹

Fare diagnosi di Psicoterapeuta, allora, non può e non deve equivalere a etichettare la persona insieme alla sua malattia, ma deve semplicemente essere il modo di impostare gli interventi più appropriati.

La diagnosi di “Psicoterapeuta”: stato dell'arte e prospettive

Per quanto la peculiare psicopatologia dei soggetti conosciuti come “psicoterapeuti” fosse già nota dall'epoca di Bleuler, sono state le classiche ricerche epidemiologiche di Carpenter, pubblicate tra la fine degli anni settanta e l'inizio degli ottanta in una serie di magistrali artico-

* PAOLO BERTRANDO, psichiatra e psicoterapeuta, è didatta del Centro Milanese di Terapia della Famiglia.. E-mail: gilbert@net2000.it

1. Per tutte le citazioni contenute nell'articolo, si veda: *Task Force for DSM V, DSM V Options Book*. Washington D.C., American Psychiatric Association (in corso di stampa).



li sugli Archives of General Psychiatry, a dare nuovo spessore alla diagnosi, dimostrando una prevalenza altissima (e un'incidenza crescente nel tempo) di tale condizione, su di essa, soprattutto nei Paesi occidentali avanzati, e un'ampia influenza dei fattori sociali. Se all'inizio del secolo praticamente non erano riscontrabili psicoterapeuti circoscritti, al di fuori di un piccolo *cluster* evidenziato in una area centroeuropea (con il suo centro a Vienna) e limitato a un unico gruppo etnico, la diffusione della diagnosi ha avuto caratteri pressoché epidemici nella seconda metà del secolo, colpendo innanzitutto gli Stati Uniti - in cui oggi le persone diagnosticabili come psicoterapeuti si contano a decine di migliaia - e poi in rapida sequenza tutti i Paesi d'Europa, senza più distinzioni geografiche né etniche. È stato quindi prospettato che la psicoterapia, come i disturbi dell'alimentazione, sia una patologia caratteristica delle società affluenti, notevolmente influenzata da fattori culturali e ambientali (non è mai stato possibile fare diagnosi di psicoterapeuta nelle culture tradizionali).

Massima importanza hanno assunto, in questi ultimi anni, le teorie biologiche sull'eziologia del disturbo. Le prime ipotesi genetiche sulla condizione di psicoterapeuta avevano fatto seguito al riscontro che spesso la condizione si trasmetteva nelle stesse famiglie, lungo le generazioni. Oggi si considerano superati quei primi modelli, centrati sull'idea o di un singolo gene a bassa penetranza (*single major locus*), o di una pluralità di geni. Le approfondite ricerche del gruppo finlandese di Tiennari sull'argomento illustrano una situazione genetica complessa, in cui l'interazione fra il corredo genetico e il microambiente sociale che lo psicoterapeuta si crea è decisamente bidirezionale (essenziali a questo scopo le ricerche di Plomin e Reiss sui fratelli degli psicoterapeuti, e quelle di Weissman sull'*assortative mating*, che hanno dimostrato come gli psicoterapeuti trovano spesso partner con la stessa diagnosi). Poco credito è oggi attribuito alle ipotesi infettive, nonostante alcuni studi sulla stagionalità delle nascite mostrino un picco nei primi mesi invernali, il che ha condotto a pensare a un'eziologia virale, presumibilmente uno *slow virus* connesso ai ceppi influenzali A e B (una tale possibilità è oggi adombrata soprattutto per alcuni sottotipi diagnostici - vedi oltre).

Dal punto di vista patogenetico, è stato a lungo dibattuto quale tipo di alterazione biochimica possa dare origine al comportamento psicoterapeutico. Attualmente, la tesi di Tim Crow, secondo cui la tipica coazione ad ascoltare dipenderebbe da uno squilibrio del bilanciamento fra sistema serotoninergico e sistema dopaminergico, è comunemente accettata da tutti gli studiosi, specie dopo gli importanti studi su modelli animali (gatti cui era stata anestetizzata parte del sistema limbico mostravano forte tendenza ad ascoltare lunghi discorsi con espressione affascinata, oppure

intervenivano miagolando di fronte a due sperimentatori che mimavano una lite coniugale). La marcata labilità emotiva evidenziata dagli psicoterapeuti sarebbe dovuta a un interessamento marginale del sistema noradrenergico, mentre per i sintomi di dipendenza sono in corso ricerche su un eventuale interessamento endocrino. Attualmente, in sintesi, sono solo possibili ipotesi di massima sulla patogenesi dei comportamenti psicoterapeutici, e al momento nessun farmaco sembra in grado di risolvere la sintomatologia, anche se gli antidepressivi atipici di seconda generazione sembrano aver mostrato effetti promettenti, almeno su alcune forme cliniche.

È stato discusso a lungo se la psicoterapia sia considerabile una vera e propria sindrome clinica (Asse I), oppure un disturbo di personalità (Asse II). La pervasività completamente egosintonica (pochissimi psicoterapeuti avvertono la propria condizione come un disturbo, e comunque in questo caso pretendono addirittura di farsi “curare” da altri psicoterapeuti!), la relativa stabilità nel tempo, l'impermeabilità alla critica, la tendenza del disturbo a infiltrare ogni area della personalità dei pazienti, hanno fatto spesso propendere per la seconda ipotesi. D'altra parte, un essenziale criterio non è soddisfatto: è impossibile rintracciare la sintomatologia psicoterapeutica nei primi anni di vita; molto spesso l'esordio del disturbo può essere datato con precisione, e la diagnosi piena può raramente essere posta prima dei 30 anni. Se la prevalenza femminile (le donne colpite sono circa 4 volte gli uomini), l'esordio relativamente tardivo, l'associazione con alcuni sintomi affettivi quali stanchezza cronica, umore facilmente deflesso e labilità emotiva hanno fatto pensare alla depressione maggiore o alla distimia, l'incertezza eziologica, le modalità dell'esordio, la marcata compromissione del linguaggio e dei nessi associativi fanno piuttosto pensare a un'affinità con lo spettro schizofrenico.

Anche i ricercatori più moderni mostrano grande varietà di opinioni: se Montgomery tende a inserirlo nel continuum dei disturbi dell'umore (per i contenuti affettivi, oltre che per le documentate affinità biologiche), Weissman lo avvicina piuttosto a un disturbo di controllo degli impulsi, analogo alle farmacodipendenze o alla bulimia nervosa. Gli autori che, invece, centrano la propria analisi soprattutto sugli aspetti formali e ideativi del disturbo lo avvicinano piuttosto alla Schizofrenia Paranoide o al Disturbo Delirante (Crow), oppure alle varianti di maggior gravità del Disturbo Ossessivo-Compulsivo (Andreasen). Infine, Goodwin e McCreadie, considerando soprattutto la natura stabile e incorreggibile nel tempo della malattia sono più portati a considerarla un grave caso di disturbo di personalità. È stata proprio questa mole di evidenze contrastanti a condurre alla decisione, da parte del Committee, di non inserire il disturbo né sull'Asse I né sull'Asse II del DSM, ma di provvedere con



una codifica a sé. Il Committee conclude il suo esame delle fonti con un'illuminante parallelo:

L'incertezza diagnostica che da sempre lo accompagna, unita alla difficoltà di precisare meglio l'eziologia, con una serie di ipotesi biologiche, ambientali e anche socio-culturali, tra le quali è estremamente difficile fare una selezione, ci porta a concludere che il disturbo psicoterapeutico debba essere un'entità a sé stante, anche se le molte, inquietanti similitudini con la schizofrenia fanno pensare alla possibilità, forse non lontana, di individuare precisi *marker* biologici che ci permettano di affrontare con la stessa possibilità di successo entrambi i disturbi.

Gli Ψ (psy) *Codes* sono stati ipotizzati per la prima volta da Spitzer e McGlashan nel 1985, come possibile categoria aggiuntiva per il DSM III-R, allora in gestazione. Data la particolarità del disturbo, la scelta di una codifica *ad hoc* sembrava la più appropriata per affrontare tale entità nosografica senza forzarla in alcuna delle due categorie. Problemi di formalizzazione dei criteri hanno portato a escludere i codici dal DSM III-R; essi sono stati lungamente discussi nel corso della preparazione del DSM IV, fino alla definitiva esclusione per necessità di maggiori ricerche. La *Task Force* ipotizza, oggi, una definita possibilità di adottare lo Ψ -Code principale $\Psi 01$ (Psicoterapeuta), e di precisare ulteriormente i codici, in modo da distinguere sia i diversi sottotipi di Psicoterapeuta, sia di precisare lo stato attuale e l'evoluzione della sintomatologia. Scrive il Committee:

La necessità di una diagnosi accurata è tanto maggiore quanto più l'incidenza del disturbo sembra accrescersi piuttosto che diminuire. [...] Va inoltre ricordato che ci troviamo di fronte a un disturbo cronico dalla prognosi piuttosto severa. I disturbi formali del pensiero, del comportamento e della vita sociale provocati dalla malattia sembrano irreversibili, e anche le possibilità di riabilitazione non appaiono esaltanti. È stato d'altronde dimostrato che per uno Psicoterapeuta che non abbia ancora raggiunto la piena espressività sintomatologica (il cosiddetto "psicoterapeuta in formazione", secondo una fortunata definizione di Nancy Andreasen) mostra più facilmente una remissione spontanea dei sintomi, mentre uno Psicoterapeuta in cui il disturbo duri da oltre 5 anni ha prognosi assai più severa. [...] Una diagnosi precoce diventa allora indispensabile ad attuare presidi terapeutici e/o riabilitativi che abbiano qualche possibilità di successo.

Gli Ψ -Codes proposti nella prima versione del *DSM V Options Book* che l'American Psychiatric Association sta per pubblicare sono qualcosa di più che semplici linee guida. Rappresentano attualmente il massimo

grado di attendibilità e validità raggiungibile dalla diagnosi di psicoterapeuta, e saranno utilizzati in un importante studio policentrico, che coinvolge le più importanti università americane, in cui per la prima volta saranno intervistati e valutati con modalità strutturate centinaia di psicoterapeuti.

I criteri

Coerentemente con l'orientamento generale del DSM, sono offerti sia i criteri per fare una diagnosi generale di "Psicoterapeuta", sia quelli necessari a distinguere fra i diversi sottotipi diagnostici. Soprattutto, è stato possibile ridurre a quattro i Criteri necessari e sufficienti per porre la diagnosi di Psicoterapeuta, vero cardine di tutta la procedura. Forniremo di seguito alcune delucidazioni sui criteri sintetizzati dalla Tab. 1.

Tabella 1

Criteri generali per la diagnosi di Psicoterapeuta (Ψ 01X.XX)

- a. Coazione ad ascoltare: presenza di marcato piacere ad ascoltare una o più altre persone che parlano, purché: (1) parlino di sé stesse; (2) siano a loro volta disponibili ad ascoltare i commenti che la persona fa in risposta ai loro discorsi.
- b. Ritualità periodici che coinvolgono almeno un'altra persona (generalmente settimanali, oppure multipli o sottomultipli dell'unità settimanale: due o tre volte a settimana, quindicinali, mensili ecc.)
- c. Almeno due dei sintomi seguenti:
 1. Disturbi del pensiero, che consistono in una o più spiegazioni di tutti gli atti e i pensieri dell'altra persona o delle altre persone coinvolte nella relazione periodica. Spesso, ma non invariabilmente, il disturbo è accompagnato dalla convinzione incoercibile di comprendere il senso di pensieri e azioni dell'altro.
 2. Idee di grandezza, accompagnate da convinzioni salvifiche sulla propria utilità (fino alla convinzione di essere indispensabile) alla persona o alle persone coinvolte nella relazione periodica.
 3. Esagerata importanza attribuita alla presenza dell'altra persona o delle altre persone, fino alla dipendenza (la mancanza di incontri periodici provoca ansia molto marcata, senso di inadeguatezza e fallimento, se persistente delirio di rovina).

segue



4. Tendenza a intervenire pesantemente nella vita dell'altra persona o delle altre persone coinvolte nella relazione periodica, a volte condividendo con esse le proprie ideazioni, a volte pretendendo di prescrivere loro comportamenti da attuarsi al di fuori degli incontri periodici.
- d. Persistenza della sintomatologia complessiva da almeno un anno, con periodi di remissione (assenza di incontri periodici) non superiori ai due mesi. Non si considera l'eventuale assenza di incontri dovuta esclusivamente a indisponibilità di altre persone da coinvolgere nella relazione periodica.

La *coazione ad ascoltare* (Criterio A) è considerata oggi il sintomo cardine dello psicoterapeuta. È probabile che rifletta più direttamente il dato biologico della malattia, mentre la presenza della seconda persona (il "cliente", com'è spesso definita nel gergo di questi malati) rifletterebbe le co-determinanti ambientali. Perché sia possibile fare diagnosi, la coazione ad ascoltare deve essere presente per la maggior parte del tempo nel periodo trascorso dall'esordio della malattia, e presentarsi rigorosamente nel modo specificato dai sottocriteri (1) e (2): una semplice tendenza all'ascolto generico non configura necessariamente una diagnosi di Psicoterapeuta.

Molto è stato detto sulla necessità compulsiva che lo psicoterapeuta mostra di un'altra persona disposta a condividere quella che si può considerare una vera e propria *folie à deux* (Criterio B). Le ricerche più recenti dimostrano, comunque, che l'assenza di altre persone coinvolgibili porta, presto o tardi, all'estinzione dei comportamenti psicoterapeutici; il che dimostrerebbe, secondo la lucida analisi di Strauss, che i fattori ambientali interagiscono potentemente con quelli genetici nel mantenere i sintomi psicoterapeutici. Plomin ha ribattuto a questa osservazione notando come spesso le persone disposte a condividere le ideazioni dello psicoterapeuta tendono a sviluppare, prima o poi, sintomi analoghi a loro volta (questo avviene quasi invariabilmente nel caso del Tipo Analitico - *vedi oltre*). Quindi, la partecipazione di queste persone ai rituali mostrerebbe o la presenza di un disturbo che ancora deve manifestarsi, oppure la presenza di una forma frusta (un gene recessivo?), che, pur non arrivando mai alla piena espressività sintomatologica, configura cionondimeno una condizione distante dalla normalità. Va infine ricordato che non necessariamente l'altra persona dev'essere un individuo; alcuni psicoterapeuti sono infatti disposti a condividere le proprie idee deliranti con famiglie o gruppi, una tendenza, tra l'altro, che appare più marcata a partire dal 1960, e che sembra aver toccato il suo acme intorno al 1990. È comunque

possibile che uno stesso soggetto abbia incontri di tipo diverso (a volte con individui, a volte con famiglie, ecc.).

L'altra peculiarità considerata dal secondo criterio è la particolare *periodicità* degli incontri con l'altra persona, la cui frequenza è sempre riconducibile a un multiplo o a un sottomultiplo della frequenza settimanale: da una frequenza massima documentata di cinque incontri a settimana con la stessa persona si arriva a incontri quindicinali o mensili. In genere i soggetti sembrano avere difficoltà a mantenere la relazione per lunga durata: la maggior parte degli incontri ritualizzati dura circa un'ora, e ben difficilmente si supera una durata di due o al massimo tre ore. Ciò dimostra, secondo Liberman e collaboratori, che lo psicoterapeuta ha una soglia bassa per lo stress, e deve, dopo un certo tempo di contatto con l'altro, ritirarsi in se stesso. A questo proposito, sono stati condotti alcuni studi sui livelli di *arousal* corticale di questi soggetti, che hanno fornito una prima prova di bassa tolleranza allo stress.

I *sintomi accessori* (Criterio C) sono di due tipi: i *disturbi del pensiero*, consistenti essenzialmente in convinzioni incrollabili e inaccessibili alla critica relative all'altra persona (Criteri 1 e 2), che possono arrivare fino al franco delirio di grandiosità; e *sintomi emotivo-affettivi* (Criteri 3 e 4), rappresentati soprattutto dalla dipendenza patologica dall'altra o dalle altre persone. Il Criterio D fornisce infine il *quadro temporale* necessario alla diagnosi. Se in passato erano state poste con fin troppa facilità diagnosi di psicoterapeuta, basandosi eventualmente su un singolo episodio o pochi episodi acuti, oggi è considerato necessario alla diagnosi un periodo di tempo prolungato: la condizione psicoterapeutica conduce nella totalità dei casi a una più o meno marcata cronicizzazione. È stata altresì precisata anche la possibilità di interruzioni più o meno lunghe nel corso dell'anno: numerosi studi di follow-up hanno evidenziato come un periodo di remissione compreso fra uno o due mesi l'anno, specie nei periodi estivi, sia la norma (alcuni autori hanno visto qui un segno di interessamento neuroendocrino: appaiono particolarmente promettenti a questo proposito gli studi del gruppo di Stuart Montgomery sulle variazioni stagionali dell'increzione di cortisolo, e il paragone proposto dallo stesso autore con le varianti stagionali del Disturbo Bipolare).

L'insieme dei criteri configura un quadro sintomatologico molto peculiare, in cui – sotto le specie di un disturbo apparentemente monosintomatico come la coazione ad ascoltare persone in situazioni ritualizzate – si evidenzia una compromissione della sfera ideativa ed emotivo-affettiva, oltre alla presenza di numerose compulsioni.

Forse l'unico dato su cui tutti gli studiosi, al momento attuale, davvero concordano è proprio la gravità clinica. Conclude a questo proposito il *Committee*:



Si può ritenere a questo punto dimostrato che il disturbo psicoterapeutico non è quella patologia quasi innocua, ai confini con la normalità, che incautamente è stato considerato in passato. Siamo invece di fronte a un disturbo grave e pervasivo della personalità, la cui sintomatologia può assumere carattere di marcata severità, che può condurre a forte compromissione sociale, e avere anche devastanti effetti sulle altre persone coinvolte, eventualmente smascherando, o quanto meno aggravando, in esse sintomi preesistenti.

I sottotipi

La presenza di diversi sottotipi di Psicoterapeuta è stata, fin dall'inizio, il punto caratterizzante della sindrome, tanto che sono stati necessari diversi anni per realizzare che non ci si trovava di fronte a una pluralità di disturbi, ma a diverse manifestazioni di un'unica sottostante patologia. Fin dalle prime notizie sul disturbo, infatti, era stato notato che i comportamenti di natura psicoterapeutica mostravano una vasta gamma di variazioni; la prima osservazione in proposito, relativa al numero di partecipanti ai rituali periodici, aveva portato all'antica suddivisione codificata una volta per tutte nel 1976 da Spitzer: "Tipo Individuale", "Tipo Familiare", "Tipo Gruppale". Attualmente, tale concezione è da considerarsi superata, soprattutto per la comune osservazione, confermata da una ricerca multicentrica nei Paesi scandinavi (Ottosson e collaboratori), che uno stesso soggetto può passare da rituali che coinvolgono esclusivamente individui a rituali di gruppo o familiari, e che sempre più spesso queste tre varianti convivono nella stessa fase di decorso della patologia. Il Committee ha così scelto di fondare la sua distinzione tipologica in base ai *contenuti* delle idee deliranti dei soggetti e alle *modalità* del loro contatto con l'altra persona.

Essenziale a questo proposito è stato l'accuratissimo lavoro di John Strauss, che ha dimostrato in modo inoppugnabile come entità diversissime quali quelle denominate "Sindrome di Klein-Bion-Kernberg", "Disturbo lacanian di personalità" "Disturbo delirante di Jung" altro non erano che sottotipi dello "Psicoterapeuta, Tipo Analitico" ("Psicoanalista" secondo le vecchie nomenclature), di cui condividevano sia un contenuto chiave (l'idea o la percezione in sé di un "inconscio"), sia una modalità caratteristica di contatto (incontri individuali almeno settimanali o bisettimanali). Il lavoro del Committee è consistito, per quanto riguarda i sottotipi, soprattutto nella riduzione e riorganizzazione di una mole vastissima di osservazioni cliniche ed epidemiologiche, oltre che in una complessiva razionalizzazione dei criteri diagnostici. È stato, quest'ultimo, uno degli

sforzi più importanti per il Committee, visto l'enorme numero di sottotipi che erano stati escogitati per questa diagnosi, alcuni francamente fantasiosi (ci si chiede infatti, secondo il sempre attuale ammonimento di J.S. Sadock, che senso possa avere parlare di un terapeuta "razionale-emotivo", "simbolico-esperienziale" o "umanista", se non quello di creare confusione fra i clinici alla ricerca di una diagnosi chiara). La scelta è quindi caduta esclusivamente su tipologie che rispondessero ai seguenti requisiti:

- Attestazione di diagnosi effettuate in almeno due studi epidemiologici controllati;
- Certezza di non sovrapposibilità ad altre diagnosi numericamente più consistenti;
- Impossibilità di essere ridotti a ulteriori sottotipi di altra diagnosi.

L'integrazione di queste prospettive ha condotto a considerare tre tipi principali del disturbo: Analitico, Cognitivo-Comportamentale, Sistemico-Relazionale, ciascuno dei quali è ulteriormente suddivisibile in sottotipi. La Tab. 2 illustra i tipi e i sottotipi proposti, mentre la Tab. 3 specifica i criteri di gravità e decorso necessari per completare la quinta cifra dello Ψ Code: per esempio, Ψ 011.35 significa "Psicoterapeuta, Tipo Analitico Disorganizzato (Lacaniano), in remissione."²

Tabella 2 - Ψ Codes

Ψ 011.XX	Psicoterapeuta, tipo Analitico
Ψ 011.1X	Sottotipo Ossessivo (Freudiano)
Ψ 011.2X	Sottotipo Delirante (Junghiano)
Ψ 011.3X	Sottotipo Disorganizzato (Lacaniano)
Ψ 011.4X	Sottotipo Antisociale (Reichiano)
Ψ 012.XX	Psicoterapeuta, tipo Cognitivo-Comportamentale
Ψ 012.1X	Sottotipo Compulsivo (Comportamentale)
Ψ 012.2X	Sottotipo Oniroide (Cognitivo)
Ψ 013.XX	Psicoterapeuta, Tipo Sistemico-Relazionale
Ψ 013.1X	Sottotipo Maniacale (Sistemico)
Ψ 013.2X	Sottotipo Paranoide (Strategico)
Ψ 013.3X	Sottotipo Crepuscolare (Narrativo)
Ψ 014. XX	Psicoterapeuta NAS

2. Il Committee non è riuscito a trovare unanimità sui criteri di gravità, che rimangono in discussione: qualcuno ha proposto di considerare il numero di incontri con uno stesso interlocutore (>5/sett. configurerebbe una situazione acuta, >2/mese una situazione di lieve gravità); questo criterio non sarebbe però applicabile al Tipo Sistemico-Relazionale, che può mostrare un quadro grave anche in presenza di appena 1 incontro al mese. Altri hanno proposto come criterio di gravità il numero delle persone coinvolte nei rituali da un singolo soggetto (si veda l'interessante forum sul tema apparso nel *Journal of Nervous and Mental Disease*).



Tabella 3 - Criteri di gravità

1. Acuta
2. Subacuta
3. Cronica
4. Stabilizzata
5. In remissione
0. Sconosciuta

Le Tab. 4, 5 e 6 forniscono i criteri per la diagnosi dei tre tipi e relativi sottotipi della diagnosi di Psicoterapeuta. Possiamo solo osservare in questa sede che il lavoro del Committee è stato magistrale riguardo al disturbo di Tipo Analitico, i cui criteri sono da considerarsi pressoché definitive, mentre assai più provvisori appaiono quelli per il Tipo Cognitivo-Comportamentale; il Tipo Sistemico-Relazionale appare invece ben definito, ma a tratti insufficiente nelle sue demarcazioni (per esempio, è clinicamente non semplicissimo distinguere la manifestazioni sintomatologiche del Tipo Sistemico-Relazionale, Sottotipo Strategico da quelle del Tipo Cognitivo-Comportamentale, Sottotipo Comportamentale), mentre sono già state proposte da alcuni autori (O'Donnell) nuovi sottotipi degni di attenzione, come il Sottotipo Conversazionale, che secondo un recente studio americano starebbe assumendo, in certe zone degli Stati Uniti, una diffusione quasi epidemica.

Tabella 4

Criteri per la diagnosi di Psicoterapeuta, Tipo Analitico (Y 011.XX)

- a. Convinzione incrollabile di essere in possesso di una caratteristica interna che il soggetto definisce "inconscio".
- b. Rapporto di dipendenza simbiotica, attuale o passato, con un'altra persona affetta dalla stessa patologia (*in genere definito "il mio analista"*); il rapporto deve (1) avere una durata non inferiore ai 3 anni, e (2) avere una frequenza di almeno 2 incontri a settimana per tutto questo periodo.
- c. La consueta coazione ad ascoltare è regolarmente inframmezzata dall'impulso a dare una propria interpretazione di pensieri e azioni altrui, secondo codici noti e comprensibili solo al soggetto stesso (*"coazione a interpretare"*).

Ψ 011.1X Sottotipo Ossessivo (Freudiano)

- Scissione marcata della personalità in tre entità, che il soggetto denomina "Io", "Es" e "Super-Io". In alcuni casi, estrema frammentazio-

segue

ne della personalità, che il soggetto sente divisa in “oggetti interni” parcellizzati (*Sindrome di Klein-Bion-Kernberg*).

- Dipendenza ossessiva da una serie di rituali estremamente dettagliati e rigorosi (“*setting*”), l’assenza o l’incompletezza dei quali provoca sensazione di ansia intollerabile.

Ψ 011.2X Sottotipo Delirante (Junghiano)

- Disturbi del contenuto del pensiero, con uso di metafore mitologiche distorte e bizzarre, insensate per il senso comune, cui attribuisce valore di realtà.
- Delirio mistico consistente nella convinzione che il suo inconscio partecipa a un’entità superiore divinizzata, spesso definita “inconscio collettivo”.

Ψ 011.3X Sottotipo Disorganizzato (Lacaniano)

- Disturbo del pensiero e dell’eloquio, evidente soprattutto nella produzione scritta, con evidente labilità dei nessi associativi, che può arrivare fino all’insalata di parole.
- Gravi alterazioni della percezione spazio-temporale, che conducono a incontri ridotti anche a 5 minuti.

Ψ 011.4X Sottotipo Antisociale (Reichiano)

- Comportamento sessuale spesso promiscuo, e comunque caratterizzato da erotismo e ipersessualità.
- Marcata invadenza fisica verso l’altro, nella convinzione di dover superare la sua “corazza caratteriale”, che può sfociare in molestie fisiche.

Tabella 5

**Criteri per la diagnosi di Psicoterapeuta,
Tipo Cognitivo-Comportamentale (Ψ 012.XX)**

- Convinzione che tutte le cose possano essere spiegate semplicemente.
- Persuasione che ogni comportamento è appreso (1) attraverso ricompense e punizioni, (2) attraverso schemi di pensiero.
- Ripetuti tentativi di cambiare le azioni dell’altro spiegandogli che cosa dovrebbe fare (*pedagogismo patologico*).

Ψ 012.1X Sottotipo Compulsivo o Comportamentale

- Delirio zoomorfo: vede negli interlocutori dei topi, di cui cerca di modificare conseguentemente i comportamenti.

segue



- Moderata tendenza alla relazione sadomasochista con le persone che partecipano ai rituali, cui tende a somministrare ricompense e punizioni a seconda di quanto queste si conformano alle sue richieste

Ψ 012.2X Sottotipo Oniroide o Cognitivo

- Tendenza a escogitare spiegazioni deliranti sulle idee (*mai i sentimenti*) dell'interlocutore.
- Ripetuti sforzi di modificare il modo di pensare dell'interlocutore, in genere attraverso lunghe e tediose spiegazioni, in cui il soggetto si mostra insensibile al disagio dell'interlocutore stesso.

Tabella 6

**Criteri per la diagnosi di Psicoterapeuta
Tipo Sistemico-Relazionale (Y 013.XX)**

- a. Incrollabile convinzione che le persone non esistano come tali, ma solo come parti di un "sistema" o di un "contesto" (*in alternativa, che la mente non sia limitata al cervello dell'individuo*).
- b. Interesse patologico verso le famiglie, in particolare la famiglia delle persone coinvolte nei rituali periodici, di cui richiede insistentemente la presenza.
- c. Dipendenza da altre persone con gli stessi sintomi (*"équipe"*), da cui deve compulsivamente essere osservato durante i suoi rituali; l'assenza dell'équipe produce sintomi di confusione e smarrimento.

Ψ 013.1X Sottotipo Maniacale o Sistemico

- Uso di gergo bizzarro e fantastico, caratterizzato da termini che ricorrono con frequenza (*per esempio: sistema, ridondanza, digitale, analogico, autopoiesi, osservatore, co-costruzione, ecc.*), attraverso i quali costruisce discorsi formalmente compiuti, ma di contenuto incomprensibile.
- Labilità delle relazioni, evidenziata da una patologica tendenza a fare domande, che però non riguardano mai l'interlocutore diretto, ma generalmente una terza persona (*domande tangenziali o circolari*)
- Fuga delle idee teoriche: le sue convinzioni apparentemente più profonde non persistono per più di 2-3 anni, dopo i quali sono sostituite da altre, altrettanto irrealistiche (*Sindrome di Kuhn*)

segue

Ψ 013.2X Sottotipo Paranoide o Strategico

- Ideazione paranoide, secondo la quale tutti gli altri (*in particolare i partecipanti agli incontri periodici*) cercano di acquistare potere su di lui, con conseguente necessità di difendersi.
- Convinzione di essere sempre in grado di stabilire le regole delle sue relazioni con l'altro.
- Sintomi prescrittivi: tende a chiedere agli altri partecipanti alle azioni periodiche di eseguire a loro volta rituali casalinghi; se contraddetto, manifesta irascibilità e intenso disappunto.

Ψ 013.3X Sottotipo Crepuscolare o Narrativo

- Richiesta compulsiva all'interlocutore di raccontare la sua storia.
- Tendenza insopprimibile a raccontare una storia diversa riguardo all'interlocutore, partendo da eventi marginali e comunque irrilevanti per quest'ultimo (*pathological storytelling o Sindrome di Epston-White*).
- Idea fissa e immodificabile che i problemi non appartengono alle persone, ma sono entità personificabili, a volte accompagnata da coprolalia (*"la subdola pupù"*)

Infine, importante ci pare, la previsione di una categoria Non Altrimenti Specificato per tutti quei disturbi psicoterapeutici che non sembrano riconducibili a nessuna delle categorie esistenti, anche se qualche autore già anticipa la possibilità di pensare a una categoria che renda ragione dei "sintomi eclettici" di quelli psicoterapeuti che sembrano attingere il proprio repertorio di sintomi a diversi tipi e sottotipi ("polipsicoterapia" secondo Buchanan e Carpenter): anche i casi di quest'ultima variante sembrano in aumento. È pertanto proprio dall'epidemiologia di questa malattia che vengono le note considerate più allarmanti dai membri del Committee:

Una revisione dettagliata della letteratura ha dimostrato che la diagnosi di Psicoterapeuta, che fino agli anni Quaranta era da considerarsi sporadica e limitata a pochi gruppi etnici ben localizzati, ha assunto una diffusione ubiquitaria e ingravescente ai giorni nostri. Uno studio del 1990 dimostrava, nei soli Stati Uniti, la presenza di oltre 18.000 casi del solo Tipo Sistemico-Relazionale, contro una prevalenza pari circa alla metà nel 1980. E la relativa diminuzione dell'incidenza di alcuni tipi, come quello Analitico Freudiano, è più che compensata dall'ascesa di



diagnosi sconosciute ancora dieci anni fa, come il Tipo Sistemico-Relazionale, Sottotipo Narrativo.³

Questi rilievi appaiono tanto più allarmanti se si considera che, purtroppo, la condizione di psicoterapeuta risulta a tutt'oggi incurabile. Nessun tipo di farmaco si è dimostrato definitivamente efficace su una sindrome così insidiosa. È d'altronde dimostrabile che, sottoposto a una diagnosi e a una riabilitazione precoce, la gran parte degli psicoterapeuti può ridurre i sintomi a un minimo, e, soprattutto, impedire che interferiscano con la vita quotidiana. Fare diagnosi di Psicoterapeuta, allora, non può e non deve equivalere a etichettare la persona insieme alla sua malattia, ma deve semplicemente essere il modo di impostare gli interventi più appropriati: molti psicoterapeuti possono vivere tranquillamente nella comunità, senza che la loro condizione sia nemmeno notata. Se una persona è diagnosticata come "Psicoterapeuta", non per questo dobbiamo pensare che non abbia le sue risorse, i suoi punti di forza, che prima o poi, se la scienza saprà sostenerci, non possa addirittura uscire definitivamente dal tunnel della psicoterapia.

3. Di quest'ultimo sottotipo è conosciuta perfettamente la diffusione geografica, inizialmente limitata a pochi casi in Oceania, fino alla vastissima diffusione al giorno d'oggi. Robin Murray ha sostenuto che questo sottotipo dimostra in modo conclusivo come il movente eziologico non possa che essere rintracciato in una variante neurotrofa del virus influenzale: la diffusione del sottotipo narrativo, infatti, avrebbe seguito il tipico andamento di una pandemia influenzale, muovendosi dall'Oceania all'America del Nord, fino all'America del Sud e all'Europa.