

A Pszichodinamikus Diagnosztikai Chart (PDC) rövid használati útmutatója¹

Szerzők:

Robert M. Gordon and Robert F. Bornstein

Mi az a PDC?

2011-ben Robert M. Gordon és Robert F. Bornstein felvetették, hogy a Pszichodinamikus Diagnosztikai Manuál (PDM) használatához szükség van egy rövid, felhasználóbarát eszközre, amely: 1) lépésről lépésre vezet végig a szakembert a PDM taxonómiájának szakaszain, 2) idiografikus, rugalmas és hasznos minden elméleti irányzatot követő klinikus számára, és 3) integrálja a PDM-et a DSM vagy a BNO tüneti osztályozási rendszerébe. Így került kifejlesztésre a Pszichodinamikus Diagnosztikai Chart (a továbbiakban PDC) első változata.

A PDC-2 az első verzió frissített változata, amely kompatibilis a PDM második kiadásával és tartalmazza a PDM által bevezetett változásokat. A módosítások várhatóan nem befolyásolják a PDC-2 megbízhatóságát és érvényességét. A PDC-2 felnőtt kliensekkel való használatra készült, de alapstruktúráját és kutatási hátterét alkalmazták a PDM-2-ben szereplő, időskorúakra, serdülőkre, gyermekekre és csecsemőkre vonatkozó pszichodiagnosztikai táblázatok kialakításakor is.

A PDC kidolgozásának célja

Olyan személy-központú nozológia biztosítása, amely alkalmazható a PDM-2 oktatásában, szupervízióban, diagnózisalkotásban, a kezelési tervek kidolgozásában, a változások nyomon követésében, valamint a terápiában elért eredmények értékelésében, továbbá a személyiségre, a pszichopatológiára és a kezelésre irányuló empirikus kutatásokban is. Az átfogó cél az, hogy a pszichodiagnosztikai esetkonceptualizáció a szakemberek számára hasznosabbá váljon azáltal, hogy a tünetfókuszú BNO és DSM kombinálódik a PDM által tárgyalt pszichés, mentális működés teljes terjedelmével és mélységével (lásd pl. Bornstein, 2011; Lingiardi et al., 2015).

Klinikai alkalmazás

A PDC-2 használata a PDM-2 bizonyos szintű ismeretét igényli. A klinikusnak fel kell vennie egy klinikai interjút, vagy hozzá kell férnie a diagnosztikus interjúból és a pszichológiai vizsgálatokból származó adatokhoz a PDC-2 optimális kiértékeléséhez. Tisztában vagyunk vele, hogy ez nem mindig kivitelezhető, és számos esetben a klinikus először egy kezdeti benyomást kódol, majd újraértékeli azt, ahogy további információk állnak

¹ Eredeti cím és hivatkozás: Brief Manual for the Psychodiagnostic Chart-2 (PDC-2) A Practical Tool to Operationalize the PDM-2 and Integrate It with the ICD and DSM Robert M. Gordon and Robert F. Bornstein, Adult version 2015 ©. A fordítás Robert M. Gordon szíves hozzájárulásával készült. Fordította: Végh Dorina Mirtill. A fordítást lektorálta: Dr. Bérdi Márk

rendelkezésre. Ha a jegyzetek mentén gyarapodnak az explorációs adatok, lehetőség nyílik a személy diagnózisának újraértékelésére és felülvizsgálatára is. A PDM-2 validitása fokozható releváns pszichológiai tesztek integrálásával. A PDM-2 „Eszközök” című fejezete több olyan pszichodiagnosztikai eszközt is áttekint, amelyek hasznosak erre a célra.

A teszt újrafelvételének lehetősége

Egy első interjú alapuló értékelést követően lehetőség van ismételt értékelés készítésére után követési céllal. Az űrlapnak létezik digitális változata, amely online kitölthető, és rendelkezik egy alaphelyzetbe állító funkcióval az ismételt használathoz. A domináns személyiségstílusokhoz egy legördülő menü tartozik, amely automatikusan összesíti az M-tengely pontszámait, így – ha a felhasználó rákattint a személyiségstílusokra és a releváns mentális funkciókra – megtekintheti azok meghatározását, illetve felugrik egy nagy párbeszédablak a további kontextuális információkkal. Továbbá rendelkezésre állnak szabadszöveges adatbevitelre alkalmas panelek is, amelyek segítségével rögzíthetők további kontextuális információk. A digitális űrlap lehetővé teszi az értékelések Excelbe történő exportálását is, a kutatási célú adatgyűjtés és statisztikai elemzés érdekében.

Stabilitás, konstrukciós validitás és klinikai hasznosság

Kezdetben a PDC hasznosságának felméréséhez tapasztalt szakembereket (pszichoterapeutákat) toboroztunk különböző levelezőlistákon és weboldalakon keresztül. Arra kértük őket, hogy a PDC-t alkalmazzák legalább egy kliens esetében, majd töltsenek ki egy online kérdőívet, amelyben arra vonatkozóan tettünk fel kérdéseket, hogyan értékelik a PDC egyes részeit, valamint, hogy a PDC pszichodiagnosztikus célú használata, illetve a PDM tapasztalataik szerint hogyan viszonyul a DSM és a BNO tünetfókuszú rendszereihez. Összesen 50 kitöltött kérdőív került elemzésre.

A válaszadók terápiás szemlélete a következők szerint oszlott meg: 50% pszichodinamikus, 22% eklektikus, 12% kognitív-viselkedésterápiás, 10% humanisztikus/egzisztenciális, 4% rendszerszemléletű és 2% egyéb. A szakemberek 80%-a klinikai szakpszichológus volt. A megkérdezettek 68%-a a PDM, illetve a PDC személyiségsszerveződés, 58%-a a mentális funkciók, 44%-a pedig a domináns személyiségstílusok (személyiségzavarok) részét találta hasznosnak vagy nagyon hasznosnak. Ezzel szemben a DSM GAF-tengelyét csak 18%-uk, a DSM/BNO tünetleírásait pedig csak 14%-uk tartotta hasznosnak a páciens pszichodiagnosztikai vizsgálatában. Ezen eredmények ígéretesnek bizonyultak a PDM rendszere és a PDC gyakorlati alkalmazhatósága szempontjából (Bornstein & Gordon, 2012; Gordon & Stoffey, 2014), mind a pszichodinamikus, mind más irányultságú terapeuták körében.

További kutatási adatok: szélesebb szakmai kör vizsgálata

Gordon és munkatársai (2015) hasonló kérdéseket vizsgáltak egy nagyobb mintán (438 fő), amely mentálhigiénés szakemberekből állt, különféle képzettséggel és szemlélettel. A résztvevőknek egy nemrég látott kliensüket kellett értékelniük a PDC segítségével, majd megítélniük, melyik diagnosztikai rendszer segítette jobban a kliens megértését. A minta összetétele a következő volt: 46% klinikus, 26% pszichodinamikus, 33% kognitív-viselkedésterápiás, 41% egyéb irányultságú (pl. rendszerszemléletű, humanisztikus, eklektikus).

Az eredmények szerint a szakemberek a következő arányban tartották „hasznosnak – nagyon hasznosnak” a PDC egyes elemeit:

- személyiségsszerveződés: 75%,
- személyiségstílusok vagy -zavarok: 62%,
- mentális funkciók: 67%,
- kulturális/környezeti tényezők: 41%,
- tüneti megítélés: csupán 30,5%.

Ez az eredmény statisztikailag is szignifikáns volt, és összhangban állt a korábbi, főként pszichodinamikus szakemberek körében végzett kutatásokkal. A vizsgálatok azt mutatják, hogy a PDC és a PDC-2 jól használható a különféle elméleti irányultságú szakemberek számára is.

A PDC megbízhatósága és érvényessége

Gordon és Stoffey (2014) kimutatták, hogy a PDC kiváló belső megbízhatósággal és jó, két héten belül mért teszt–reteszt stabilitással rendelkezik. Ezen kívül azt is megállapították, hogy a PDC skálák remek validitással rendelkeznek, amikor más elismert tesztekkel hasonlították össze őket, beleértve az MMPI-2 és az OPD IV. tengelyének skáláit (pl. öntudatosság, önszabályozás, elhárítások, kötődés stb.), valamint a Karolinska Psychodynamic Profile (KAPP) skáláit (pl. intimitás, impulzuskontroll, szexuális működés, testkép stb.).

Összegzés

Összességében az eddigi kutatások elegendő bizonyítékot szolgáltatnak arra, hogy a PDC megbízható, érvényes és hasznos eszköz a klinikai gyakorlatban és a kutatásban. Ezek az eredmények a PDC-2-re is érvényesek.

A PDC alkalmazása

Pontozás

A PDC az **I. szakasszal**, a személyiség szerveződési szintjének meghatározásával kezdődik. A személyiségsszerveződés skála egy 1–10-ig terjedő Likert-skála, amely segítségével a vizsgált pácienseket négy kategória mentén értékelik: I. *pszichotikus*, II. *borderline*, III. *neurotikus* és IV. *egészséges*.

A személyiségsszerveződés szintjét legjobban az M-tengelyen szereplő mentális funkciókkal lehet meghatározni (a PDM-2-ben összesen tizenkét mentális funkció található). Ugyanakkor a gyakorló szakemberekkel végzett felmérések azt mutatták, hogy az értékelés folyamata túlságosan hosszadalmas és kevésbé hatékony, ha mind a tizenkét mentális funkciót kétszer értékeljük: egyszer a személyiségsszerveződés szintjének meghatározásakor, majd újra a tizenkét M-tengely értékelésekor. A rövidebb értékelési folyamat érdekében kidolgoztunk egy gyors személyiségsszerveződési szint-értékelést, mindössze négy mentális funkció felhasználásával.

Gordon és Stoffey (2014) a PDM hét mentális funkcióját vizsgálta: identitás, tárgykapcsolatok, affektus-tolerancia, érzelemszabályozás, felettesén-integráció, realitás-tesztelés és én-reziliencia. Az eredmények rámutattak, hogy az alábbi négy tényező különösen fontos szerepet játszik a személyiségsszerveződés meghatározásában:

1. Affektusszabályozás (védekező működés szintje) ($\beta = .35$, $t(93) = 6.01$, $p < .001$)
2. Realitás-tesztelés (valóságészlelés) ($\beta = .32$, $t(93) = 5.02$, $p < .001$)
3. Tárgykapcsolatok ($\beta = .20$, $t(93) = 3.76$, $p < .001$)
4. Identitás ($\beta = .1 = \leq .89$)

A lépésenkénti regresszioelemzés szerint a négy tényező együtt a személyiségsszerveződés variabilitásának 89%-át magyarázza ($R^2 = .89$). Ez az eredmény nagymértékben egybevág Ellison és Levy (2012) faktoranalízisével, amelyet a Személyiségsszerveződés Kérdőív alapján végeztek (ez a mérőeszköz Kernberg strukturális elméletére épül).

A klinikus a négy mentális funkciót egy 1-től (súlyosan károsodott) 10-ig (egészséges) terjedő skálán értékeli:

- 1) *Identitás*: az én összetett, stabil és pontos szemléletének képessége;
- 2) *Tárgykapcsolatok*: a bensőséges, stabil és kielégítő kapcsolatok fenntartásának képessége;
- 3) *Elhárító mechanizmusok*;
- 4) *Realitástesztelés*: a valóságról alkotott konvencionális elképzelések felismerésének képessége.

Az egyes komponensek értékelése után a szakembernek értékelnie kell a kliens teljes személyiségsszerveződését (pszichotikus, borderline, neurotikus vagy egészséges). A PDC-2 az alábbi utasítást adja: „Figyelembe véve a fenti pontokat és klinikai megítélését, jelölje a kliens általános személyiségsszerveződési szintjét.” Az értékelések segítik a szakembert a klinikai vélemény kialakításában; az összpontszám nem egyszerűen a négy skála átlagából tevődik össze, hanem magában foglalja a klinikai benyomást és az empirikus adatokat is.

A személyiségsszerveződési szint meghatározásának teljes folyamata három lépésből áll:

1. A négy mentális funkció értékelése egy tíz fokú Likert skálán.
2. A személyiségsszerveződés szintek meghatározásainak áttekintése (egészséges, neurotikus, borderline és pszichotikus; lásd alább).
3. A Likert-skálás értékelések és a klinikai benyomás alapján a személy általános

személyiségsszerveződési szintjének meghatározása.

Nincsenek éles határértékek (például a „3” lehet magasan funkcionáló pszichotikus vagy alacsonyan funkcionáló borderline, illetve olyan személy, aki a pszichotikus és a borderline szintek között mozog).

Egészséges személyiség – többnyire 9–10-es pontszámok jellemzik; az élet különböző területein a problémák ritkán súlyosbodnak vagy válnak kezelhetetlenné, a személy elég rugalmas ahhoz, hogy alkalmazkodjon a kihívást jelentő, változó körülményekhez. (Használja a „9”-es értéket azoknál a személyeknél, akik a magas szinten funkcionáló neurotikus kategóriába tartoznak.)

Neurotikus szint – többnyire 6–8-as pontszámok jellemzik; alapvetően stabil identitástudat, jó realitástesztelés, többnyire megfelelő intimitással jellemezhető kapcsolatok, adekvát reziliencia, megfelelő affektustolerancia és érzelmszabályozás jellemzi. Jellemző rá a rigiditás, továbbá az elhárítások és megküzdési mechanizmusok korlátozottak, és olyan elhárításokat részesít előnyben, mint az elfojtás, a reakcióképzés, az intellektualizáció, az áttolás és a meg nem történtté tevés. (Használja a „6”-ot olyan személyek esetében, akik a borderline és a neurotikus szintek között ingadoznak.)

Borderline szint – többnyire 3–5-ös pontszámok jellemzik; visszatérő kapcsolati problémák, nehézségek az affektustolerancia és az érzelmszabályozás terén, gyenge impulzuskontroll, gyenge identitástudat, gyenge reziliencia. Jellemző elhárítás lehet a hasítás, a projektív identifikáció, az idealizálás/leértékelés, a tagadás, az omnipotens kontroll és az acting out.

Pszichotikus szint – többnyire 1–2 pontszámmal jellemezhető; téveszmés gondolkodás, gyenge realitástesztelés, valamint érzellem- és impulzusszabályozás, markáns akadályoztatottság a munkában és az interperszonális kapcsolatokban. Jellemzőek lehetnek olyan elhárítások, mint a téveszmés projekció, a pszichotikus tagadás és a pszichotikus torzítás. (Használja a „3”-at azoknál a személyeknél, akik a pszichotikus és a borderline szintek között ingadoznak.)

A személyiségsszerveződés szintje talán a leghatékonyabb keretrendszer, amely segíthet eligazodni a kezelési terv megfogalmazásában. Kaleen és munkatársai (2012) metaanalízise szerint a magasabb szintű személyiségsszerveződés kedvezőbb prognózissal jár, és összefügg a választott beavatkozás típusával is (pl. expresszív vagy szupportív). Másként fogalmazva: a neurotikus vagy egészséges szintű személyiségsszerveződéssel rendelkező páciensek inkább profitálnak az expresszív, értelmező beavatkozásokból, míg a borderline vagy pszichotikus tartományba eső kliensek számára a szupportív terápiás megközelítések bizonyulhatnak hatékonyabbnak.

A PDC II. szakaszában a szakembernek meg kell határoznia a páciens személyiségstílusát vagy személyiségzavarát (P-tengely). Itt több, relevánsnak tartott személyiségstílus is megjelölhető; sok ember személyiségstílusa a mintázatok és megküzdési stílusok kombinációját tükrözi. A PDC-2 a következőképpen határozza meg ezeket: „A gondolkodás, az érzések, a viselkedés és a másokkal való kapcsolat viszonylag stabil mintái. Az egészséges szintű személyiségstílusok nem járnak károsodással. Ha azonban a mintázatok jelentős nehézségekkel, zavarokkal járnak, akkor személyiségzavarról beszélünk, amely lehet neurotikus, borderline vagy pszichotikus szintű.”

Egyes személyiségstílusok gyakrabban fordulnak elő a pszichotikus–borderline szinten, mint például a skizoid minta, míg mások gyakrabban a neurotikus szinten, mint például a szorongó/elkerülő/fóbiás minta. A személyiségstílusok és a személyiségsszerveződési szint ismerete segítséget nyújthat a kezelés megtervezésében. Továbbá bizonyos személyiségstílusok érzékenyebben reagálhatnak a kapcsolati megközelítésre, mint például az anaklitikus (kötődési) depresszív stílus, míg más személyiségstílusok inkább az értelmező megközelítésre reagálnak, mint például az introjektív (kognitív) stílus.

E szakasz végén arra kérjük a terapeutát, hogy jelöljön meg egy domináns stílust. Kutatási célból minden személyiségmintázat értékelhető egy 1–5-ig terjedő skálán, ahol 1 = súlyos, 5 = magasan funkcionáló.

A személyiségzavarok (a borderline személyiségzavar kivételével) olyan sorrendben szerepelnek, amely megfelel az empirikusan meghatározott fölérendelt csoportosításokkal vagy spektrumokkal – „internalizáló” és „externalizáló” (Westen, Shedler, Bradley & DeFife, 2012). Elsőként azok a személyiségtípusok szerepelnek, amelyek általában inkább internalizálónak bizonyulnak (depresszív, dependens, szorongó-elkerülő, kényszeres [obszesszív-kompulzív], szomatizáló és skizoid); majd az inkább externalizálónak tartottak kerülnek felsorolásra (hisztérikus–hisztrionikus, nárcisztikus, paranoid, pszichopata és szadista).

☐ **Depressziós**

Altípusok:

- introjektív
- anaklitikus
- fordított megnyilvánulás: hypomán

☐ **Dependens**

Altípusok:

- passzív-agresszív
- fordított megnyilvánulás: kontradependens

☐ **Szorongó/elkerülő/fóbiás**

Altípusok:

- fordított megnyilvánulás: kontrafóbiás

☐ **Obszesszív-kompulzív**

☐ **Skizoid**

☐ **Szomatizáló**

☐ **Mazochisztikus**

Altípusok:

anaklitikus, szibmisszív
introjektív, morális
feljogosított, áldozat
Paranoid/ önsorsrontó

☐ **Hisztérikus-hisztrionikus**

Altípusok:

- gátolt
- demonstratív

☐ **Nárcisztikus**

Altípusok:

- Magasan szervezett/ exhib.
- Sérülékeny
- Malignus

☐ **Paranoid**

☐ **Pszichopata**

Altípusok:

- passzív-parazitikus, szélhámos
- agresszív

☐ **Szadisztikus**

☐ **Borderline/ érzelmi diszreguláció**

A **III. szakaszban** a szakembernek meg kell határoznia a páciens mentális funkcióit (M-tengely). Ez a páciens különböző erősségeinek és korlátainak részletes áttekintését jelenti az M-tengely 12 dimenziója mentén, amelyek négy fő területbe sorolhatók:

1. Kognitív és affektív folyamatok

Önszabályozási, figyelmi- és tanulási képesség (belső és külső információk megfigyelése, észlelése és feldolgozása, a fókusz (figyelem) szabályozása, a tapasztalatokból való tanulás).

Az érzelmi skála, a kommunikáció és a megértés képessége (az érzelmek teljes skálájának megfelelő módon történő átélésére, kifejezésére és megértésére való képesség).

Képesség a mentalizációra és a reflektív működésre (saját és mások mentális állapotaira való következtetés és reflexió, valamint a belső érzelmi élet megtapasztalására, leírására és kifejezésére szolgáló koncepciók használata).

2. Identitás és kapcsolatok

Differenciálási és integrálási képesség (differenciált, reális, koherens és összetett kép kialakításának és fenntartásának képessége önmagáról és más emberekről).

Kapcsolati és intimitási képesség (a személy interperszonális kapcsolatainak mélysége, terjedelme és stabilitása, a szexuális fantáziák és tevékenységek élvezetére való képesség, valamint a sexualitás és az érzelmi intimitás együttes megélésének képessége).

Az önértékelés szabályozása és a belső élmények minősége (önbizalom és önértékelés szintje)

3. Elhárítás és megküzdés

Impulzuskontroll és -szabályozás (az impulzusok szabályozásának és azok adaptív, a kultúrának megfelelő módon történő kifejezésének képessége).

Elhárító működés (belső konfliktusból, külső kihívásból vagy önmagát fenyegető veszélyből eredő szorongás szabályozásának képessége a szelf-percepció és a realitástesztelés túlzott torzulása nélkül).

Alkalmazkodás, reziliencia és én-erő (a bizonytalansággal, veszteséggel, stresszel és kihívásokkal való hatékony megküzdés képessége olyan egyéni erősségekkel, mint az empátia és érzékenység mások szükségleteire és érzéseire vonatkozóan, az alternatív nézőpontok felismerésének képessége, vagy szükség esetén a megfelelő mértékű asszertivitás).

4. Önreflektivitás és önirányítás

Önmegfigyelő képesség, pszichológiai gondolkodásmód – az egyén motivált arra, hogy önvizsgálatot végezzen, saját belső életét tudatosan és reálisan megfigyelje, és ezt az információt hatékonyan felhasználja.

Képesség belső normák és eszmék kialakítására és alkalmazására – a belső értékek és eszmék megfogalmazásának képessége, valamint az összefüggő, belsőleg konzisztens erkölcsi alapelvek mentén történő, megfontolt döntéshozatali képesség.

Értelem és célok – a képesség olyan személyes narratíva felépítésére, amely kohéziót és értelmet ad a személyes döntéseknek; az önirányítottság, a cél és a spiritualitás érzését biztosítja, valamint lehetővé teszi az egyén attitűdjeinek, meggyőződésének és viselkedésének, illetve azok tágabb következményeinek felfogását.

Végül a 12 mentális funkció pontszámait összeadjuk, ezáltal pedig megkapjuk az **általános súlyossági szint** pontszámot²:

- Egészséges/optimális mentális funkciók 54-60;
- Megfelelő mentális funkciók néhány nehézségi területtel 47-53;
- Enyhe károsodás a mentális funkciókban 40-46;
- Mérsékelt károsodás a mentális funkciókban 33-39;
- Jelentős károsodás a mentális funkciókban 26-32;
- Jelentős hiányosságok az alapvető mentális funkciókban 19-25;
- Jelentős/súlyos hiányosságok az alapvető mentális funkciókban 12-18.

A PDC-2 digitális változata automatikusan kiszámítja ezeket a pontszámokat.

Ez a kifinomult értékelés segít a szakembernek abban, hogy jobban megértse a páciens egyéni erősségeit, gyengeségeit és korlátait; hiszen egyetlen diagnosztikus kategórián belül sincs két olyan személy, akik mentális funkcióikban teljesen azonosak lennének.

Például:

- Egy olyan páciens, aki **a kényszeres személyiségzavar határán van**, de **magas szintű önismerettel és pszichológiai gondolkodással** rendelkezik, jól reagálhat az **expresszív** terápiás megközelítésre.
- Egy másik hasonló diagnózisú, de **kevés az önreflexióval rendelkező** páciens viszont, valószínűleg inkább **szupportív** terápiás módszert igényel.

Ezért fontos, hogy a diagnózison túl a páciens egyéni működésmódját is figyelembe vegyük a kezelés megtervezésénél.

² A PDC-3-ban ezek a határértékek változtak [megj. Bérdi Márk]

A PDC **IV. szakaszában** a szakembernek le kell írnia az S-tengely főbb tünetegyütteseit (pl. a pszichotikus zavarokhoz, hangulati zavarokhoz, szorongásos zavarokhoz, alkalmazkodási- és stressz-zavarokhoz, függőségekhez és szomatikusan releváns zavarokhoz kapcsolódó tünettannokat). Ha szükséges, a terapeuta itt használhat DSM- vagy BNO-tüneteket és kódokat. Majd a domináns tüneteket egy 5 pontos skálán kell értékelni (1 = súlyos, 5 = enyhe).

Az **V. szakaszban** a szakember kulturális, kontextuális és egyéb releváns szempontokra vonatkozó információkat is hozzáadhat az értékeléshez. A PDC-2 digitális felülete rendelkezik egy külön párbeszédpanellel, amely további felületet biztosít a minősítéshez. Végül a klinikus az összes részt egy összefüggő, átfogó klinikai koncepcióvá integrálja, amely árnyalt és érzékeny megértést nyújt a vizsgált személyről.

Hivatkozások

- Bornstein, R. F. (2011). From symptom to process: How the PDM alters goals and strategies in psychological assessment. *Journal of Personality Assessment*, 93(2), 142–150.
- Bornstein, R. F., & Gordon, R. M. (2012, Fall). What do practitioners want in a diagnostic taxonomy? Comparing the PDM with DSM and ICD. *Division/Review: A Quarterly Psychoanalytic Forum*, 6, 35.
- Ellison, W. D., & Levy, K. N. (2012). Factor structure of the primary scales of the Inventory of Personality Organization in a nonclinical sample using exploratory structural equation modeling. *Psychological Assessment*, 24(2), 503.
- Gazzillo, F., Lingardi, V., Del Corno, F., Genova, F., Bornstein, R. F., Gordon, R. M., & McWilliams, N. (2014). Clinicians' emotional responses and PDM P Axis personality disorders: A clinically relevant empirical investigation. *Psychotherapy*, 52(2), 238–246. <https://doi.org/10.1037/a0038799>
- Gordon, R. M., Blake, A., Bornstein, R. F., Gazzillo, F., Etzi, J., Lingardi, V., McWilliams, N., Rothery, C., & Tasso, A. F. (2015). What do practitioners consider the most helpful personality taxa in understanding their patients? Manuscript submitted for publication.
- Gordon, R. M., & Bornstein, R. F. (2012). A practical tool to integrate and operationalize the PDM with the ICD or DSM. Retrieved from <http://www.mmapi-info.com/pdm-blog>
- Gordon, R. M., Gazzillo, F., Blake, A., Bornstein, R. F., Etzi, J., Lingardi, V., McWilliams, N., Rothery, C., & Tasso, A. F. (2015). The relationship between theoretical orientation and countertransference awareness: Implications for ethical dilemmas and risk management. *Clinical Psychology and Psychotherapy*.
- Gordon, R. M., & Stoffey, R. W. (2014). Operationalizing the Psychodynamic Diagnostic Manual: A preliminary study of the Psychodiagnostic Chart (PDC). *Bulletin of the Menninger Clinic*, 78(1), 1–15.
- Gordon, R. M., Stoffey, R. W., & Perkins, B. L. (2013). Comparing the sensitivity of the MMPI-2 clinical scales and the MMPI-RC scales to clients rated as psychotic, borderline or neurotic on the Psychodiagnostic Chart. *Psychology: Special issue on Criminal Investigative Psychology*, 4(9A), 12–16. <https://doi.org/10.4236/psych.2013.49A1003>
- Huprich, S., Lingardi, V., McWilliams, N., Bornstein, R. F., Gazzillo, F., & Gordon, R. M. (2015). The Psychodynamic Diagnostic Manual (PDM) and the PDM-2: Opportunities to significantly affect the profession. *Psychoanalytic Inquiry*, 35(1), 60–73.
- Koelen, J. A., Luyten, P., Eurelings-Bontekoe, L. H., Diguier, L., Vermote, R., Lowyck, B., & Bühring, M. E. (2012). The impact of level of personality organization on treatment response: A systematic review. *Psychiatry*, 75(4), 355–374.
- Lingardi, V., McWilliams, N., Bornstein, R. F., Gazzillo, F., & Gordon, R. M. (2015). The Psychodynamic Diagnostic Manual Version 2 (PDM-2): Assessing patients for improved clinical practice and research. *Psychoanalytic Psychology*, 32(1), 94–115. <https://doi.org/10.1037/a00385469>