

Psicodiagnostica Clinica

Lezione 18

- Prof. Igor Marchetti
- Anno accademico 2021-2022
- Email: imarchetti@units.it

Il caso di Francesca

Francesca 25 anni. Secondogenita di tre figli. Da qualche anno in relazione con M. Altezza 1.58cm e 48Kg. Vive con genitori e il fratello. La sorella è coniugata.

Sintomi: rabbia verso la propria famiglia, fatica per lo studio, ansia per qualsiasi cosa. Forte inclinazione al controllo e alla pulizie. NON riporta alcuna problematica alimentare. Solo al terzo colloquio, parla della amenorrea

Segni: segni di dolore mentale. I lineamenti sono tesi e tirati. Fronte corruciata. Sguardo verso il basso. Movimenti tesi. Eoloquio normale. Molto magra e epidermide secca

Primo colloquio

Presentazione e descrizione, da parte della paziente, del motivo della richiesta.

Francesca riferisce che vive una situazione familiare molto conflittuale e di solitudine. Afferma: *“Si accorgono di me solo quando sono in questo stato, specialmente papà”*. *“Papà mi manca molto, mi manca da sempre, ma lui si accorge di me attraverso lo spauracchio della mia anoressia”*. *Ho paura che mio padre s’innamori di un’altra donna e i miei si lascino per sempre”*.

Secondo colloquio

Rapporto con la madre: la madre nonostante i conflitti viene descritta come affettuosa, disponibile quando sta male, troppo critica. *“Spesso mi arrabbio con lei perché credo che dia più attenzione ai miei fratelli, lei mi considera - nonostante la mia situazione - la meno problematica”*.

Riporta che *“è sempre preoccupata per i soldi e quindi lavora tanto. Il tempo ricevuto è stato poco rispetto a quanto l’ho desiderato e lo desidero ancora”*.

La madre risulta essere per F. la persona più significativa in termini sia di critica che di approvazione.

Secondo colloquio

Rapporto con il padre: Il padre, descritto come ansioso, è affetto da una malattia cardiovascolare. F. riferisce che si sente afflitto e sopraffatto dalla malattia della figlia, si preoccupa di lei quando sta male, ma senza sintomo diventa assente. F. dice che si compiace quando vede entrambi i genitori lottare con lei per farla mangiare. Lei afferma durante i colloqui *“so che si preoccupano di me solo se sto male”*. Riporta: *“Papà mi manca.....mi mancherà ancora perché si spegne quando sto bene. Papà lavora tanto ma nonostante ciò non arriva a fare stare mamma tranquilla.....poi quando sto male peggiora ancora di più il lavoro.....per anni ho avuto paura che s’innamorasse di un’altra.....e m’immaginavo e mi vivevo la paura di una cosa che non è ancora accaduta”*

Secondo colloquio

Rapporto con la sorella: La sorella, a causa di una gravidanza imprevista, si è sposata con un ragazzo che ha problemi con la legge; per questo la mamma è molto presa da lei e F. avverte il bisogno di richiamarne l'attenzione mediante il sintomo anoressico. Nella quotidianità riporta: *“è il rapporto meno conflittuale, ma quando cattura l'attenzione di mamma per le sue sfortune divento gelosa.....in una maniera.....non bella»*

Secondo colloquio

Rapporto con gli altri: A scuola F. non riesce ad avere buoni rapporti con i compagni. Già alle scuole medie, ricorda di non essersi sentita a suo agio nel gruppo dei pari. Non riesce ad esprimersi né a confidarsi con un'amica se le piace qualche ragazzo. Si sente inadeguata e così risolve le sue difficoltà con comportamenti compiacenti e non autentici. Anche all'università non frequenta amiche, perché si rivolgono a lei sempre ragazze bisognose di consigli con le quali non instaura un rapporto di reciprocità.

F. ha, finora, 4 fidanzati. In tali relazioni vive sempre una posizione di tolleranza nei confronti delle esigenze dei partner; per mantenere la relazione è compiacente (i particolari li descriviamo durante l'analisi di queste relazioni)

Secondo colloquio

Parlando di sé dice *“Sono debole, permalosa”, mi sento a disagio “voglio essere magra così, ma non posso più”.....me lo dicono.....mi fa male”*. Ciò nonostante è considerata la meno problematica rispetto agli altri 2 figli

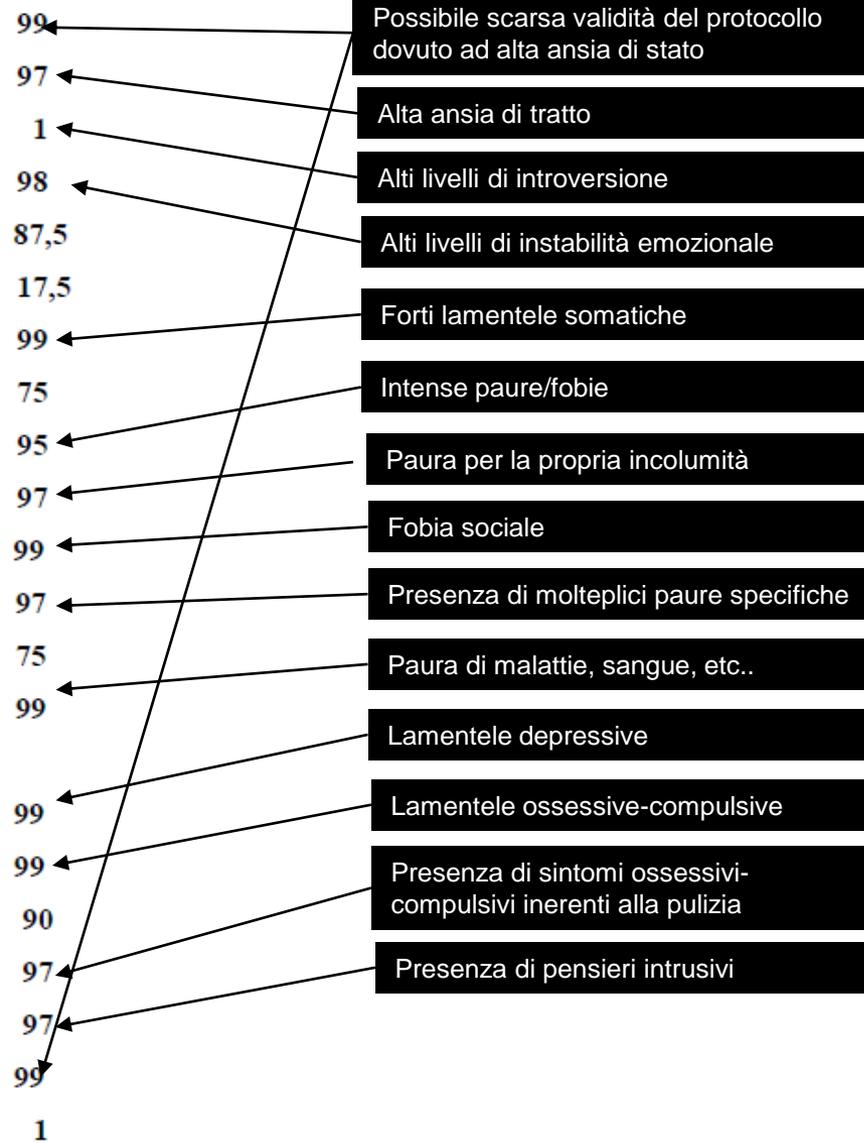
F. riferisce che all'età di 11 anni ha inizio la sua preoccupazione per la separazione dei genitori, che poi sfocia una breve separazione qualche anno dopo. F sostiene apertamente *«il mio sintomo tiene unita la famiglia»*

Nella ricostruzione della sua storia di vita, F. riporta episodi dove ha sperimentato delusione. Rispetto ad essi è spesso confusa ed imprecisa. Ripete frequentemente *“Provo disagio con gli altri, anche quando sto con la mia famiglia*

Punteggio grezzo

Rango Percentile Mediano

Scheda 2	STAI X1	72
Scheda 3	STAI X2	75
Scheda 5	EPQ/R-E	0
	EPQ/R-N	12
	EPQ/R-P	3
	EPQ/R-L	5
	Scheda 6	QPF/R
Scheda 7	IP-F	74
	IP-PH	4
	IP-1	33
	IP-2	56
	IP-3	25
	IP-4	6
	IP-5	23
Scheda 8	QD	22
Scheda 9	MOCQ/R	15
	MOCQ/R-1	6
	MOCQ/R-2	6
	MOCQ/R-3	4
Scheda 10	STAI - X3	40
	STAI - DIFF	3
Indice	STAI - ACC	0
Indice	IR	



nella norma

protocollo valido

MMPI-2



Sintesi testologica

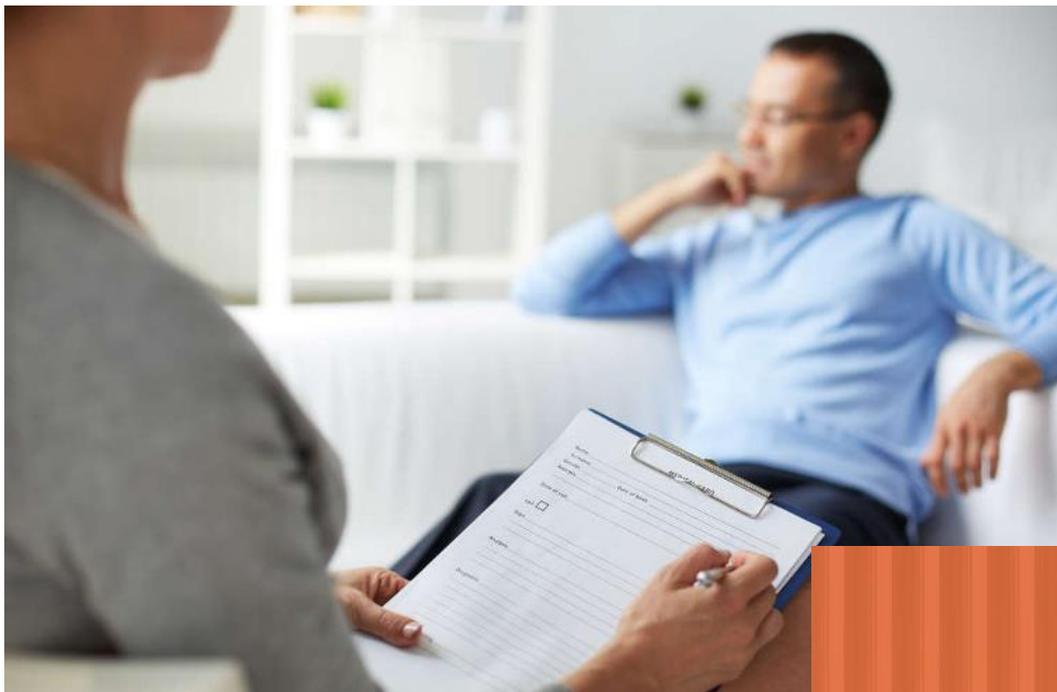
Le due batterie risultano sostanzialmente (anche se non pienamente) valide. In particolare, si evidenzia la possibilità che la pz stia sovrastimando in maniera significativa la propria sintomatologia (CBA: elevazione in quasi tutte le scale, compresa ansia di stato; MMPI-2: profilo «fake bad», incongruenza F-Fb e alti livelli di Fp). 2

La persona sembra mostrare un vallo nevrotico (132), confermato anche dalla presenza di molteplici lamentele fisiche. Potrebbe essere presente anche il codice 78, tipico di persone che mostrano un notevole disordine interno; tendono a non avere quelle difese che permetterebbero loro di essere liberi dall'ansia e di sentirsi a proprio agio. Riportano sensazioni di depressione, preoccupazione, tensione e nervosismo. Da sottolineare anche la forte presenza di tratti di introversione e nevroticismo

Sintesi testologica

La persona riporta anche lamentele depressive e ansiose, che potrebbero essere vissute primariamente a livello corporeo, con una serie di paure e fobie, tra cui una forte ansia sociale. Si associano, inoltre, tendenze ossessive di tipo perfezionistico-washing e la presenza di pensieri intrusivi. Quest'ultimo dato è concordante con il profilo 78, dove sono è forte la tendenza alla introspezione, ruminazione e rimuginazione.

BIAS ETERONORMATIVI IN PSICODIAGNOSI



CONCETTI

La eteronormatività (o eteronorma) è la convinzione che l'eterosessualità sia l'unico orientamento sessuale o norma unica per la sessualità, e che le relazioni sessuali e coniugali siano appropriate solo tra persone di sesso opposto.

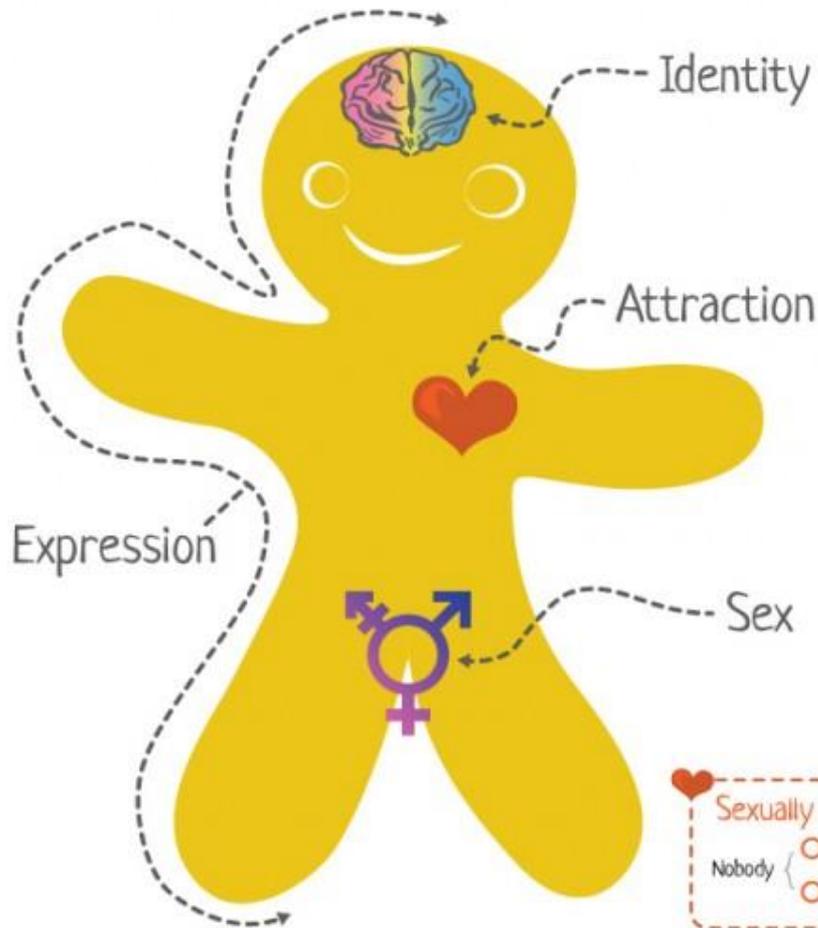
Come premessa di questa posizione prescrittiva (non descrittiva), si assume che le persone siano divise in due generi distinti e complementari (*binarismo di genere*), ovvero uomo e donna, naturalizzando i ruoli sociali.

L'eteronormatività allinea così la sessualità alla norma biologica, all'identità di genere e ai ruoli di genere.

The Genderbread Person v3.3

by its pronounced **METROsexual**.com

Gender is one of those things everyone thinks they understand, but most people don't. Like *Inception*. Gender isn't binary. It's not either/or. In many cases it's both/and. A bit of this, a dash of that. This tasty little guide is meant to be an appetizer for gender understanding. It's okay if you're hungry for more. In fact, that's the idea.



Plot a point on both continua in each category to represent your identity; combine all ingredients to form your Genderbread

4 (of infinite) possible plot and label combos

Gender Identity

⊘ Indicates a lack of what's on the right

Woman-ness

Man-ness

How you, in your head, define your gender, based on how much you align (or don't align) with what you understand to be the options for gender.

Labels: "woman", "man", "two-spirit", "gender-queer"

Gender Expression

Feminine

Masculine

The ways you present gender; through your actions, dress, and demeanor; and how those presentations are interpreted based on gender norms.

Labels: "butch", "femme", "androgynous", "gender neutral"

Biological Sex

Female-ness

Male-ness

The physical sex characteristics you're born with and develop, including genitalia, body shape, voice pitch, body hair; hormones, chromosomes, etc.

Labels: "male", "female", "intersex", "MTF Female"

Sexually Attracted to

Nobody

(Women/Females/Femininity)

(Men/Males/Masculinity)

Romantically Attracted to

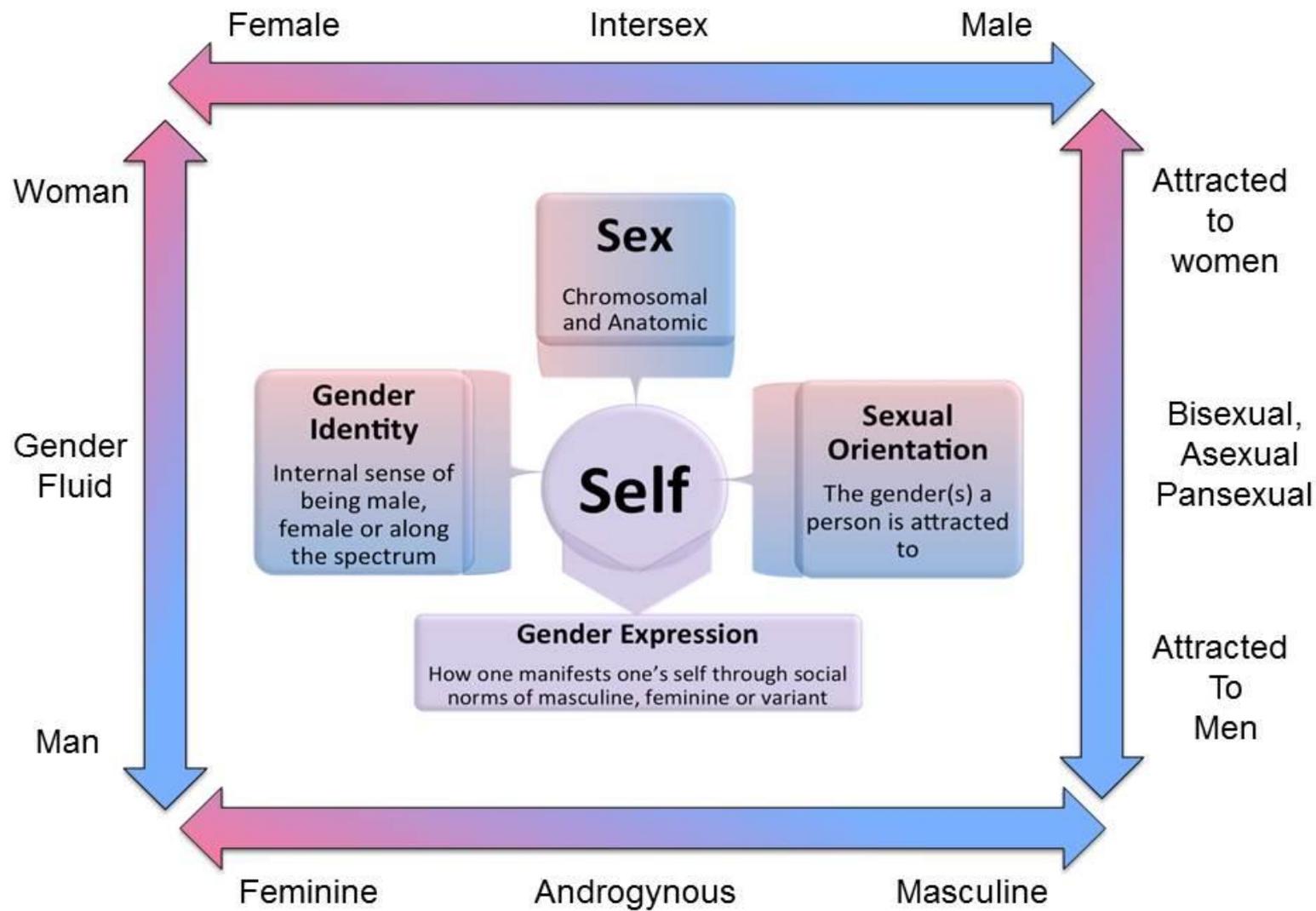
Nobody

(Women/Females/Femininity)

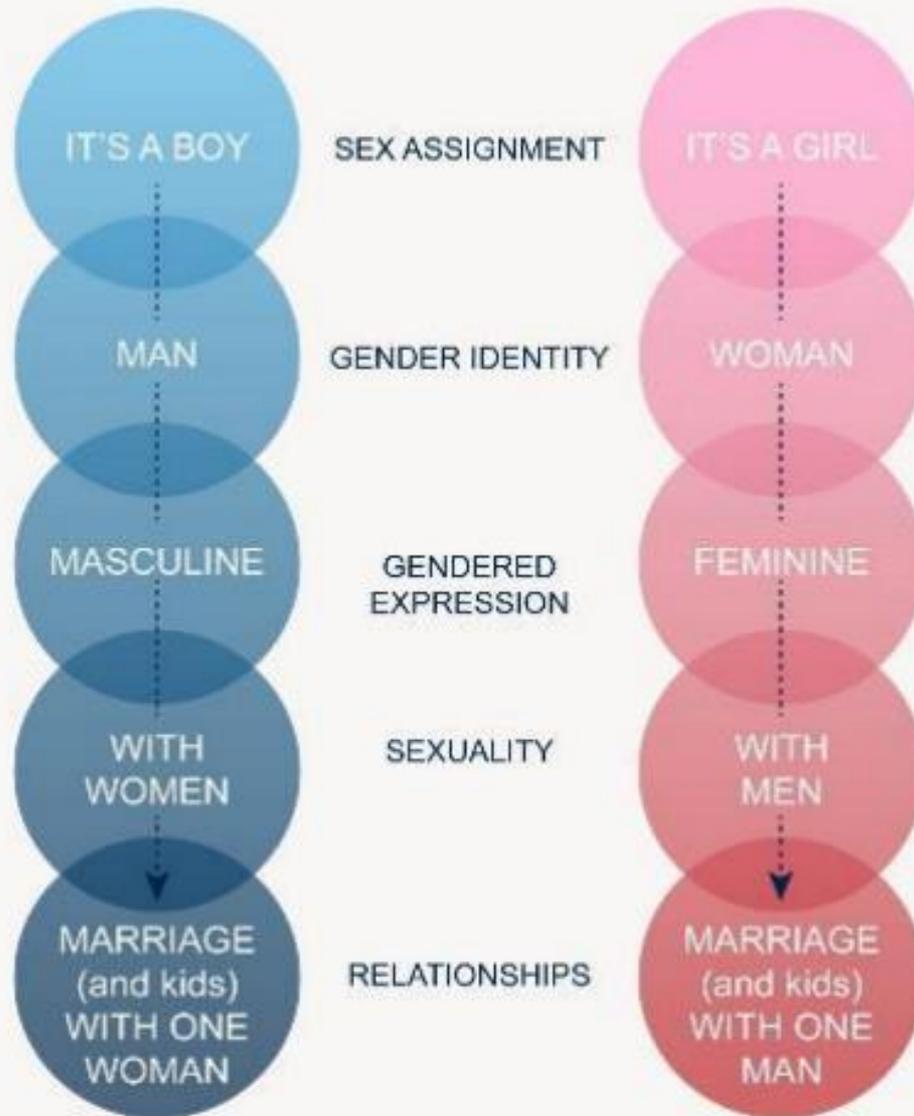
(Men/Males/Masculinity)

In each grouping, circle all that apply to you and plot a point, depicting the aspects of gender toward which you experience attraction.

For a bigger bite, read more at <http://bit.ly/genderbread>

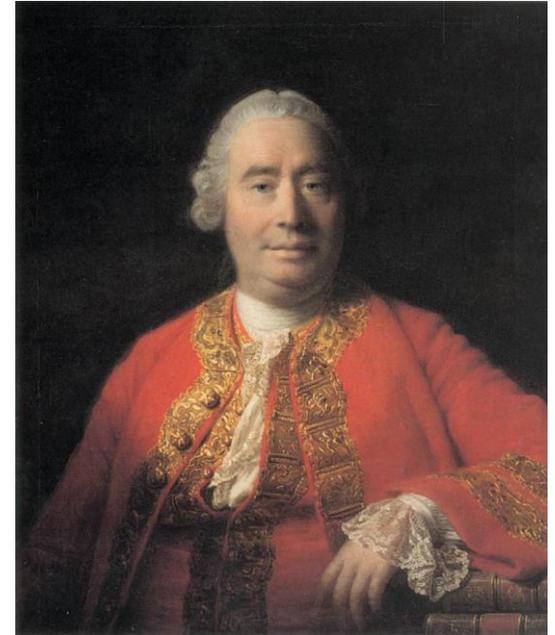


PILLARS OF HETERONORMATIVITY



La legge di Hume (la ghigliottina di Hume)

In ogni sistema morale in cui finora mi sono imbattuto, ho sempre trovato che l'autore va avanti per un po' ragionando nel modo più consueto, e afferma l'esistenza di un Dio, o fa delle osservazioni sulle cose umane; **poi tutto a un tratto scopro con sorpresa che al posto delle abituali copule è o non è incontro solo proposizioni che sono collegate con un deve o un non deve**; si tratta di un cambiamento impercettibile, ma che ha, tuttavia, la più grande importanza. Infatti, dato che questi *deve*, o *non deve*, esprimono una nuova relazione o una nuova affermazione, è necessario che siano osservati e spiegati; e che allo stesso tempo si dia una ragione per ciò che sembra del tutto inconcepibile ovvero che questa nuova relazione possa costituire una deduzione da altre relazioni da essa completamente differenti



David Hume
*Trattato sulla natura
umana, 1739*

BIAS ETERONORMATIVI IN PSICODIAGNOSI

Anche mentre effettuiamo una valutazione psicologica mediante test, dobbiamo prestare attenzione a non commettere un errore di carattere eteronormativo o eterosessista.

Un errore da evitare, anche nell'uso dei test, è quello di dare per scontato che il soggetto della valutazione sia eterosessuale.

Evitare inoltre di riferirsi all'orientamento sessuale come:

- 1) *Preferenza* = non è un gusto opzionale
- 2) *Tendenza* = accezione negativa nel linguaggio comune
- 3) *Scelta* = l'orientamento non è una scelta. Lo è semmai la decisione di rivelarlo agli altri.

BIAS ETERONORMATIVI IN PSICODIAGNOSI

Gli strumenti utilizzati (es. questionari, interviste, test proiettivi, etc.) possono contenere errori eteronormativi oppure essere basati su costrutti che patologizzano tutte le varianti di orientamento sessuale e identità di genere.

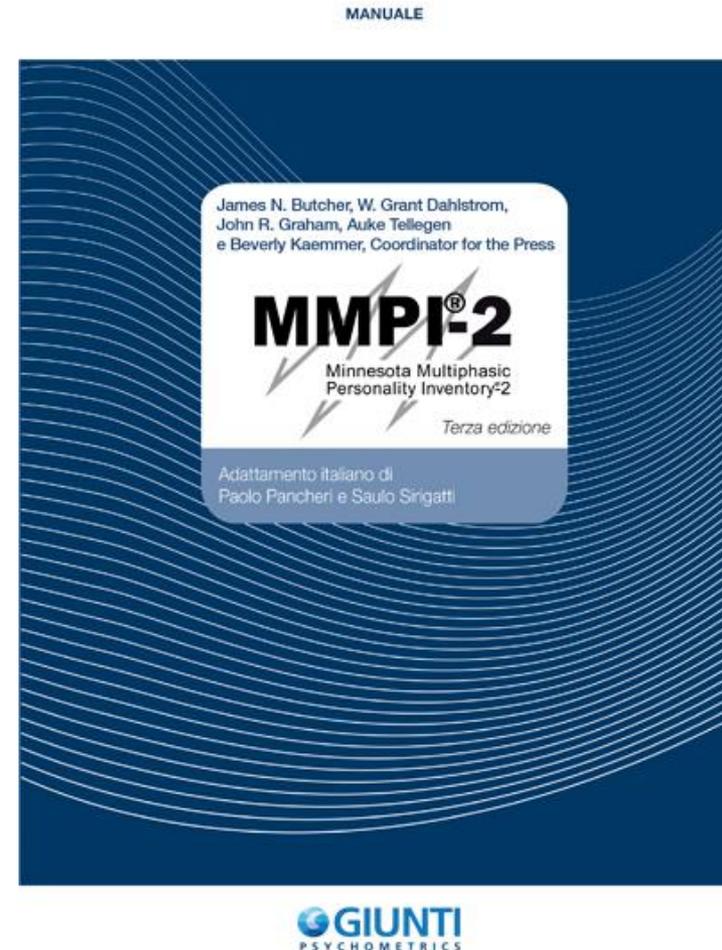
Alle volte, non sarà possibile “correggere” il test, perché sarebbe invalidato il confronto con i dati normativi. In questo caso, è fondamentale prestare la giusta attenzione e adottare il necessario senso critico nell’uso del test.

“è sposato/a?” -> “Ha una relazione di coppia stabile?”

“Ha figli?” -> “Si prende cura di qualcuno?”

BIAS ETERONORMATIVI nel MMPI-2

L'MMPI è stato costruito in un periodo in cui l'omosessualità era considerata un disturbo mentale. Anche se è stato aggiornato negli anni '80 non prende in considerazione le affettività omosessuali o bisessuali e il concetto di relazione interpersonale non è stato aggiornato, ma è rimasto quello "tradizionale".



L'omosessualità continua ad essere considerata una identificazione di genere “difettosa”

#62 “Ho spesso desiderato essere una donna, oppure (se lei è una donna) non mi è mai dispiaciuto essere una donna”

#538 “La maggior parte degli uomini è infedele alla propria moglie di quando in quando”

#563 “Nella maggior parte dei matrimoni, uno o entrambi i coniugi sono infelici”

La scala 5 dell'MMPI-2 *Mf-Mascolinità/femminilità*

Si tratta della scala “clinica” più controversa.

- Gruppo criteriale originale: 13 omosessuali maschi
- 56 item dal contenuto eterogeneo che solo in minima parte si riferiscono a sintomi clinici e a preoccupazioni sessuali.
- Si riferiscono a scelte di vita o professionali che lo stereotipo definisce tipicamente maschili o femminili
- Per punteggi T >80 negli uomini, il manuale evidenzia: “Interessi tradizionalmente femminili; conflitti riguardanti l'identità sessuale; passivo ed effeminato; incerta assertività, **tendenze omoerotiche**” (Hathaway & McKinley, 1989, p. 56)

BIAS ETERONORMATIVI nella SWAP-200

Sebbene costruita più recentemente rispetto all'MMPI-2, la SWAP-200 pone dei possibili problemi quando usata con persone con incongruenza di genere

J Endocrinol Invest (2017) 40:693–703
DOI 10.1007/s40618-017-0629-7

REVIEW

Challenges in assessing personality of individuals with Gender Dysphoria with the SWAP-200

V. Lingiardi¹ · G. Giovanardi¹

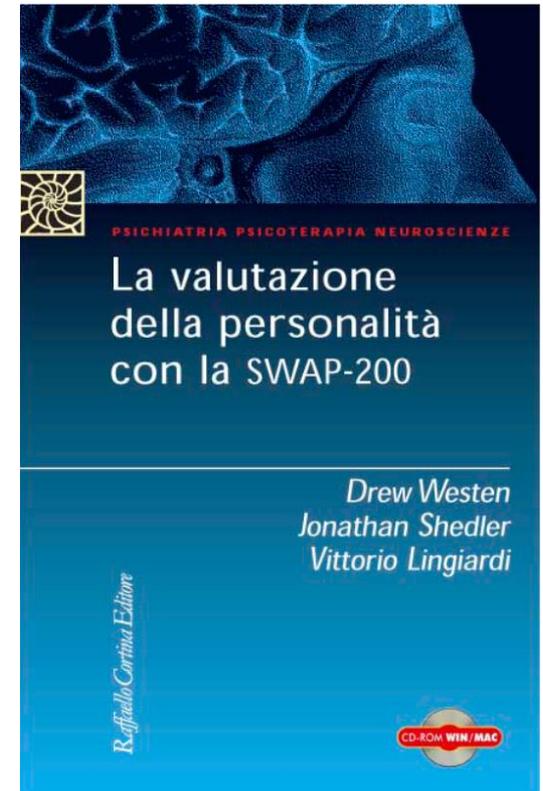


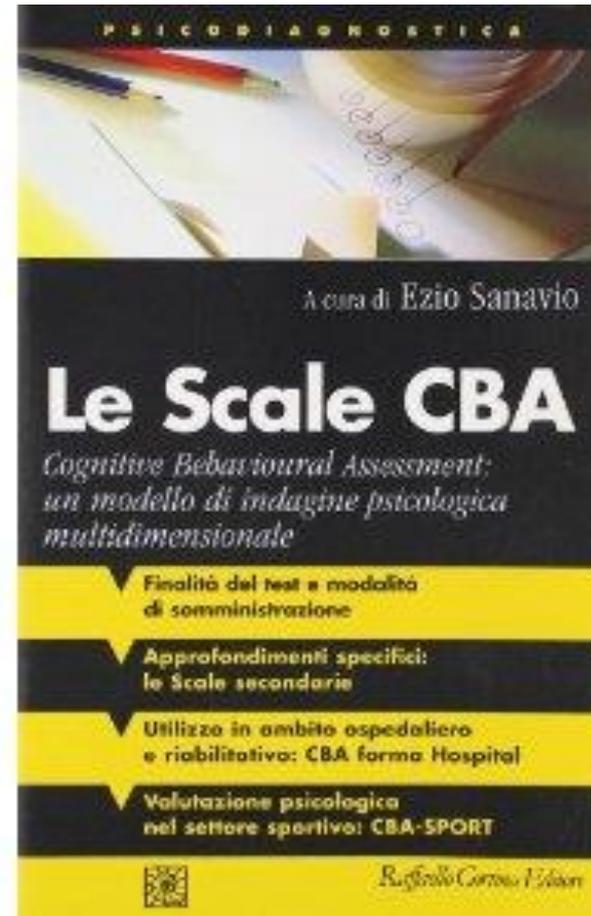
Table 1 SWAP-200 items hard to rate when assessing trans people

Psychological functioning area	SWAP-200 items
Identity and self-image	<p>15. Lacks a stable image of who s/he is or would like to become (e.g., attitudes, values, goals, or feelings about self may be unstable and changing)</p> <p>21. Tends to be hostile toward members of the opposite sex, whether consciously or unconsciously (e.g., may be disparaging, competitive, etc.)</p> <p>61. Tends to disparage qualities traditionally associated with own sex while embracing qualities traditionally associated with opposite sex (e.g., a woman who devalues nurturance and emotional sensitivity while valuing achievement and independence)</p> <p>107. Tends to express qualities or mannerisms traditionally associated with own sex to an exaggerated degree (i.e., a hyperfeminine woman or hypermasculine, “macho” man)</p> <p>156. Has a disturbed or distorted body-image; sees self as unattractive, grotesque, disgusting, etc</p>
Relationships	<p>38. Tends to feel s/he is not his/her true self with others; tends to feel false or fraudulent</p> <p>158. Appears afraid of commitment to a long-term love relationship</p>
Sexual orientation and sexuality	<p>47. Is unsure whether s/he is heterosexual, homosexual, or bisexual</p> <p>85. Has conscious homosexual interests (moderate placement implies bisexuality; high placement implies exclusive homosexuality)</p> <p>137. Shows evidence of unconscious homosexual wishes or interests (e.g., may be excessively homophobic, or may show signs of unacknowledged attraction to a person of the same sex)</p> <p>118. Tends to see sexual experiences as revolting or disgusting</p> <p>140. Has a sexual perversion or fetish; rigidly scripted or highly idiosyncratic conditions must be met before s/he can experience sexual gratification</p> <p>172. Experiences a specific sexual dysfunction during sexual intercourse or attempts at intercourse (e.g., inhibited orgasm or vaginismus in females, impotence, or premature ejaculation in males)</p> <p>99. Appears to associate sexual activity with danger (e.g., injury, punishment, contamination, etc.), whether consciously or unconsciously</p>

BIAS ETERONORMATIVI nelle CBA 2.0

Anche le scale CBA 2.0 presentano marcati bias eteronormativi.

La scheda 4 indaga esplicitamente la presenza/frequenza di comportamenti omosessuali. All'interno di uno strumento che mira ad indagare il funzionamento maladattivo di una persona, l'inclusione di comportamenti omosessuali è stigmatizzante



BIAS ETERONORMATIVI nelle CBA 2.0

Item critici!

ITEMS CRITICI

4.8	Relazioni affettive-qualità _____
4.12	Esperienze omosessuali _____
4.22	Esperienze carcerarie _____
4.25	Abuso alcolici _____
4.29	Disturbi sonno _____
4.31	Enuresi – encopresi _____
4.32	Esperienze negative _____
4.43-4.44	Droghe _____
4.46	Tentati suicidi _____
4.49	Problemi attuali _____
5.10	“Prenderei una droga, pur sapendo che può avere effetti strani o dannosi”
5.38	“Soffro di «nervi»”
5.39	“Vorrei che gli altri avessero timore di me”
8.22	“Vorrei avere il coraggio di togliermi la vita”
9.5	“Quasi ogni giorno mi vengono in mente pensieri spiacevoli contro la mia volontà e ne sono turbato”

Le esperienze omosessuali sono inserite in una lista di fattori di rischio e di vulnerabilità, come tentati suicidi, esperienze carcerarie, droghe, abusi alcolici, problemi, etc...

EVITARE BIAS nella STESURA DEL REPORT

In considerazione degli errori metodologici noti (ad esempio, MMPI-2 scala 5, *Mf*), lo psicologo che deve scrivere una relazione psicologica non deve mai evidenziare la presenza di orientamenti omosessuali o di una possibile disforia di genere solo perché questi emergono da indicatori che sappiamo essere falsi o non fondati empiricamente, fuorvianti e/o comunque superati.

Al di là dei risultati ottenuti con i test, nel report psicodiagnostico è possibile riferire eventuali disagi rispetto all'orientamento sessuale o all'identità di genere solamente nel caso in cui ci siano il consenso dell'esaminando e una chiara ed esplicita richiesta nella domanda d'invio.

Per approfondire...

