

Psicodiagnostica Clinica

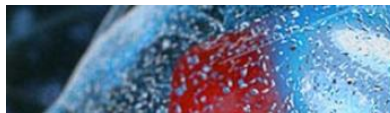
Lezione 1

- Prof. Igor Marchetti
 - Anno accademico 2023-2024
- Email: imarchetti@units.it

Programma

- Frequenza non obbligatoria, ma consigliata
- Il programma è lo stesso per frequentanti e non frequentanti.

Syllabus



LAUREA MAGISTRALE IN PSICOLOGIA



[Home](#)

[Avvisi](#)

IL CORSO E L'ISCRIZIONE

[Descrizione del corso](#)

[Obiettivi e sbocchi occupazionali - Fino alla Coorte 2022-23](#)

[Obiettivi e sbocchi occupazionali - Dalla Coorte 2023-24](#)

[Piano degli Studi](#)

[Iscrizione - Procedura](#)

[Iscrizione - Requisiti](#)

[FAQ - PSI](#)

GLI STUDI E LA LAUREA

[Calendario e orario lezioni](#)

[Insegnamenti e programmi](#)

[Insegnamenti a scelta](#)

[Esami](#)

[Tirocinio - Fino alla Coorte 2022-23](#)

[Tirocinio - Dalla Coorte 2023-24](#)

IL CORSO IN BREVE

Tipo di laurea: Magistrale

Durata: 2 anni

Crediti: 120

Classe MIUR: LM-51 - Psicologia

Accesso: Programmato (valutazione in base ai titoli)

Coordinatore: Prof.ssa C. Chiandetti

Informazioni per gli studenti: didattica.dsv@units.it

[Link a ESSE3](#)



Avvisi del corso

[Vedi tutti](#)

21-09-2023

[XIV Premio di Laurea 'Artemio Franchi' - Proroga Termini Presentazione Domande al 31/10/23](#)

21-09-2023

[Laurea in PSI - Sessione del 25 OTTOBRE 2023 - Caricamento Moodle Elaborato Scritto \(TESI\) - ENTRO le ore 13:00 del 13/10/23](#)

15-09-2023

[Riapertura Procedura Erasmus+ Traineeship 2022/2023 - Domande \(via ESSE3\) dal 18/09 al 09/10/23](#)

12-09-2023

[Assegnazione Borse Erasmus+ Traineeship 2023/24 - Presentazione Domande \(via ESSE3\) dal 18/09/23 al 06/05/24](#)

Avvisi dei docenti

[Vedi tutti](#)

27-09-2023 Pubblicato da: **Segreteria Didattica DSV**
[Orario Ricevimento - Prof. CARNAGHI - Per il I Semestre dell'a.a. 2023-24](#)

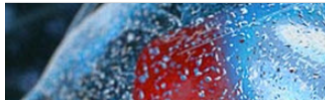
22-09-2023 Pubblicato da: **Segreteria Didattica DSV**
[Spostamento Inizio Lezioni - ELEMENTI DI PSICOTERAPIA - al 03/10/23](#)

18-09-2023 Pubblicato da: **Segreteria Didattica DSV**
[Inizio Lezioni e Orari - POTENZIAMENTO COGNITIVO - 03/10/23 - Prof. DEL MISSIER](#)

14-09-2023 Pubblicato da: **Segreteria Didattica DSV**

Syllabus

LAUREA MAGISTRALE IN PSICOLOGIA



[Home](#)

[Avvisi](#)

IL CORSO E L'ISCRIZIONE

[Descrizione del corso](#)

[Obiettivi e sbocchi occupazionali - Fino alla Coorte 2022-23](#)

[Obiettivi e sbocchi occupazionali - Dalla Coorte 2023-24](#)

[Piano degli Studi](#)

[Iscrizione - Procedura](#)

[Iscrizione - Requisiti](#)

[FAQ - PSI](#)

GLI STUDI E LA LAUREA

[Calendario e orario lezioni](#)

[Insegnamenti e programmi](#)

[Insegnamenti a scelta](#)

[Esami](#)

[Tirocinio - Fino alla Coorte 2022-23](#)

[Tirocinio - Dalla Coorte 2023-24](#)

[Altre attività formative - Fino alla](#)

[a.a. 2018/2019](#)

[a.a. 2019/2020](#)

[a.a. 2020/2021](#)

[a.a. 2021/2022](#)

[a.a. 2022/2023](#)

[a.a. 2023/2024](#)

[a.a. 2017/2018](#)

Insegnamenti e programmi a.a. 2023/2024

Cod. UGOV	Insegnamento ↕	SSD ↕	CFU ↕	Ore ↕	Anno ↕	Periodo ↕	Docente ↕	Programma ↕
926PS-2	PSICOLOGIA CLINICA e PSICODIAGNOSTICA - PSICODIAGNOSTICA CLINICA	M-PSI/08	6	48	1	1	MARCHETTI Igor	PDF
926PS-1	PSICOLOGIA CLINICA e PSICODIAGNOSTICA - PSICOLOGIA CLINICA AVANZATO	M-PSI/08	6	49	1	2	PENOLAZZI Barbara	PDF
935PS	DISEGNI LONGITUDINALI E PERSONALITA'	M-PSI/03	6	50	1	2	DI BLAS Lisa	PDF
931PS	NEUROPSICOLOGIA DELLO SVILUPPO	M-PSI/04	3	24	1	1	PASSOLUNGHY Mariachiara	PDF
931PS	NEUROPSICOLOGIA DELLO SVILUPPO	M-PSI/04	3	24	1	1	PELLIZZONI Sandra	PDF
960PS	NEUROPSICOLOGIA PROGREDITO	M-PSI/02	6	48	1	2	---	PDF
982PS	PSICOLOGIA CLINICA DELLO SVILUPPO	M-PSI/04	6	48	1	1	PELLIZZONI Sandra	PDF
918PS	FONDAMENTI PSICOLOGICI E DI MARKETING DELLA CREATIVITA' E DELL'INNOVAZIONE	SECS-P/08	3	24	1	2	---	PDF

Syllabus

Testi del Syllabus

Resp. Did.	MARCHETTI IGOR	Matricola: 031489
Docente	MARCHETTI IGOR, 6 CFU	
Anno offerta:	2023/2024	
Insegnamento:	926PS-2 - PSICODIAGNOSTICA CLINICA	
Corso di studio:	PS51 - PSICOLOGIA	
Anno regolamento:	2023	
CFU:	6	
Settore:	M-PSI/08	
Tipo Attività:	B - Caratterizzante	
Anno corso:	1	
Periodo:	Primo Semestre	
Sede:	TRIESTE	



Testi in italiano

Lingua insegnamento	ITALIANO
Contenuti (Dipl.Sup.)	<p>Il corso si focalizzerà su strumenti e strategie di valutazione psicodiagnostica in ambito clinico e, in particolare, l'assessment multidimensionale. Nello specifico:</p> <ul style="list-style-type: none">- sistemi diagnostici (DSM-5; PDM-2)-Le tecniche di conduzione del colloquio clinico;-Le interviste strutturate e semi-strutturate, la loro somministrazione e le modalità di interpretazione;- I questionari self-report: <p>a) le principali proprietà psicometriche dei questionari self-report per saperne valutare l'affidabilità al fine di selezionarli, i punteggi standardizzati, gli indici di validità e la loro interpretazione</p> <p>b) i vantaggi e i limiti dei questionari self-report</p> <p>c) i questionari self-report ad ampio spettro, in particolare il Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2 e le sue più recenti versioni</p> <p>d) i principali questionari self-report di approfondimento che indagano specifici costrutti psicologici (es. depressione, disturbi d'ansia, disturbi di personalità, disturbo ossessivo compulsivo, strategie di coping, abilità</p>

Testi e Materiale

- McWilliams, N. (2002). Il caso clinico: Dal colloquio alla diagnosi. Raffaello Cortina Editore. ISBN: 9788870787399
- Abate, L. (2014). MMPI-2: Manuale per l'interpretazione e nuove prospettive di utilizzo. Raffaello Cortina. ISBN: 9788860306470
- (Raccomandato, ma non obbligatorio: Dazzi, N., Lingiardi, V., & Gazzillo, F. (Eds.). (2009). La diagnosi in psicologia clinica: personalità e psicopatologia. Raffaello Cortina. ISBN: 9788860302649)
- Slides e articoli messi a disposizione su Moodle

Calendario



INIZIO CORSO: 02/10/2022

TOTALE: 48 ore

Giorno	Orario	Dove?
Lunedì	16.00- 19.00	Edificio H3, Aula 1C
Giovedì	15:00- 17.00	Edificio C5, Aula TA Fisica Tecnica

MOODLE 2023-2024

926PS-2 - PSICODIAGNOSTICA CLINICA 2023

Dashboard

I miei corsi

926PS-2 - PSICODIAGNOSTICA CLINICA 2023

MOODLE PASSWORD: CasoClinico2023

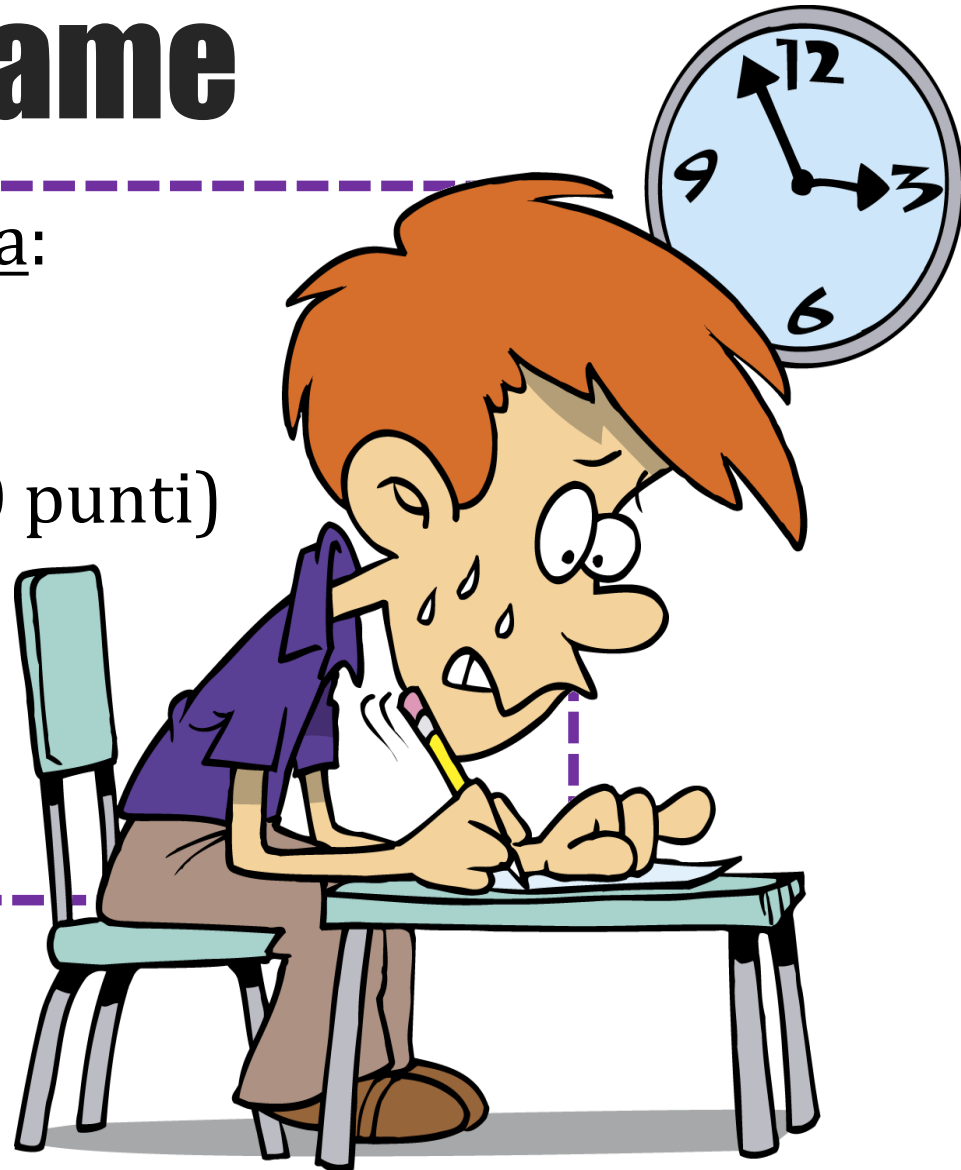
Modalità di Esame

Modalità scritta in presenza:

Due parti:

- 1) 4 domande aperte (20 punti)
- 2) 10 domande chiuse (10 punti)

Tempo totale: 60 minuti



Cosa vi aspettate dal corso?

Cosa vi aspettate da questo corso?



Overview del corso

- Il concetto di diagnosi e le diagnosi
- L'approccio del DSM-5 e simulazioni
- L'approccio del PDM-2 e casi clinici
- Il colloquio clinico e simulazioni
- La SWAP-200 e casi
- L'MMPI-2 e l'MMPI-2 RF e casi clinici

Diagnosi

Il processo diagnostico è “*l’iter che il paziente percorre insieme al clinico allo scopo di rilevare l’ampiezza e l’entità del/dei disturbo/i lamentato/i, attribuire loro un significato (diagnosi) e individuare le possibili strategie cui avvalersi per ridurre, modificare o eliminare, laddove è possibile, la causa che provoca la sofferenza che il paziente stesso e/o i suoi familiari lamentano*” (Lang, 1996).



Diagnosi come processo multi-step

Osservazione clinica
(varie metodologie)

Inquadramento delle
osservazioni cliniche in una
cornice formale riconosciuta
dalla comunità scientifica

elaborazione di ipotesi sui
meccanismi di formazione e
mantenimento degli esiti clinici

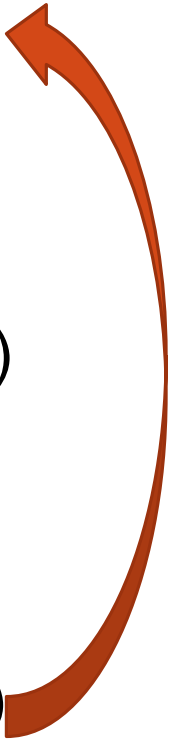
(primo livello di astrazione)



(secondo livello di astrazione)



(terzo livello di astrazione)



Gli strumenti della diagnosi

minore
formalizzazione

maggiore
formalizzazione



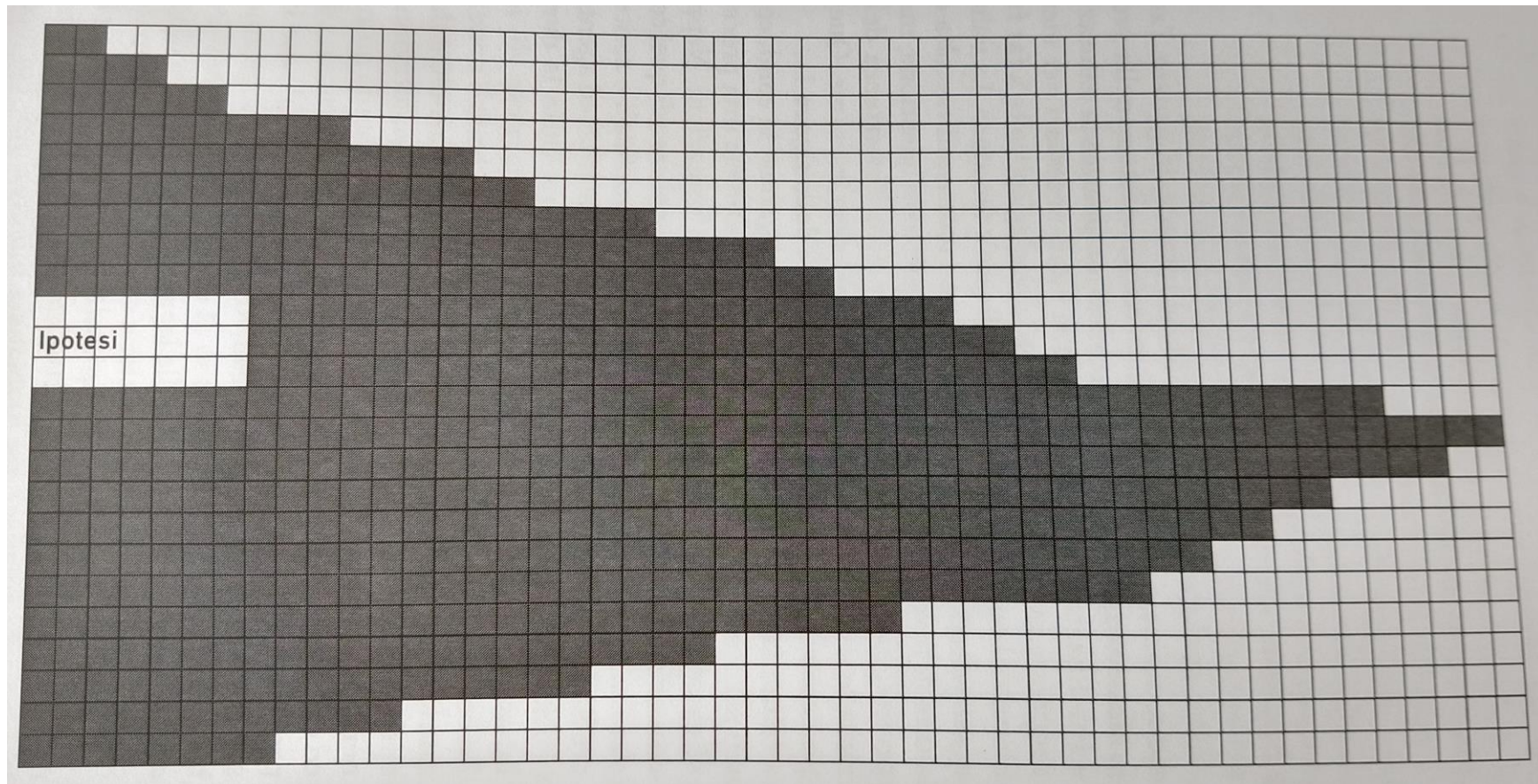
Osservazione
clinica

Colloquio non
strutturato

Intervista
strutturata

Assessment
testologico

Diagnosi come processo multi-step



Scopi della diagnosi

- 1) Comprendere la persona
- 2) Predire il comportamento
- 3) Pianificare un eventuale trattamento
- 4) Valutare l'esito del trattamento



Assunti di base I: implicite vs. esplicite

Sempre (o quasi) nelle relazioni intime o durature, tendiamo ad attuare un procedimento di valutazione (“diagnostico”), ma spesso in maniera **implicita**.

Ad esempio, continuamente prediciamo il comportamento degli altri, soprattutto di chi conosciamo da tempo. In generale, le nostre predizioni sono moderatamente accurate.

BATESON: Tutti abbiamo una epistemologia. Quelli che sostengono di non averla, spesso ne hanno una cattiva!

ESPLICITARE ed ESSERE CONSAPEVOLI del processo diagnostico

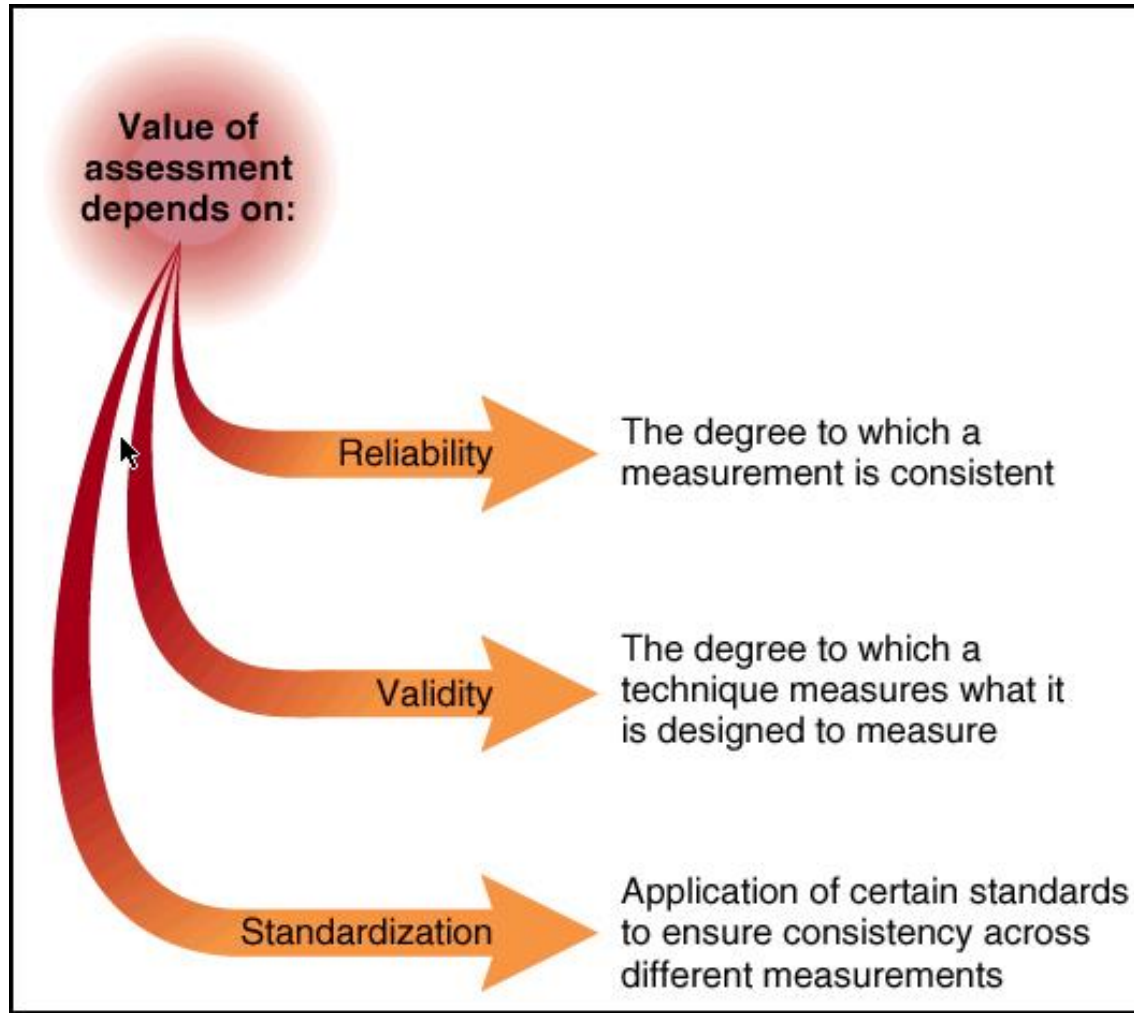
Assunti di base II: integrazione clinica e ricerca

Necessità vitale di integrare la letteratura clinica e quella scientifica.

Possiamo essere ragionevolmente confidenti del processo diagnostico?



Assunti di base II: integrazione clinica e ricerca



Assunti di base II: integrazione clinica e ricerca

L'art.7 del Codice Deontologico italiano recita: “Nelle proprie attività professionali, nelle attività di ricerca e nelle comunicazioni dei risultati delle stesse, nonché nelle attività didattiche, **lo psicologo valuta attentamente**, anche in relazione al contesto, **il grado di validità e di attendibilità di informazioni, dati e fonti su cui basa le conclusioni raggiunte**; espone, all'occorrenza, le ipotesi interpretative alternative, ed esplicita i limiti dei risultati. Lo psicologo, su casi specifici, esprime valutazioni e giudizi professionali solo se fondati sulla conoscenza professionale diretta ovvero su una documentazione adeguata ed attendibile”

Assunti di base III: diagnosi cambia nel tempo

La diagnosi cambia nel tempo per ragioni intrinseche ed estrinseche, per ragioni positive e negative (o neutre)

Ad esempio, è augurabile che una diagnosi cambi (migliori) nel tempo, in seguito ad un trattamento...

...tuttavia, può anche migliorare spontaneamente, come ad esempio nel caso di una remissione spontanea di un disturbo depressivo maggiore

Infine, anche all'interno del processo diagnostico, dobbiamo sempre considerare la diagnosi come un'ipotesi aperta alla verifica e alla possibilità di cambiamento

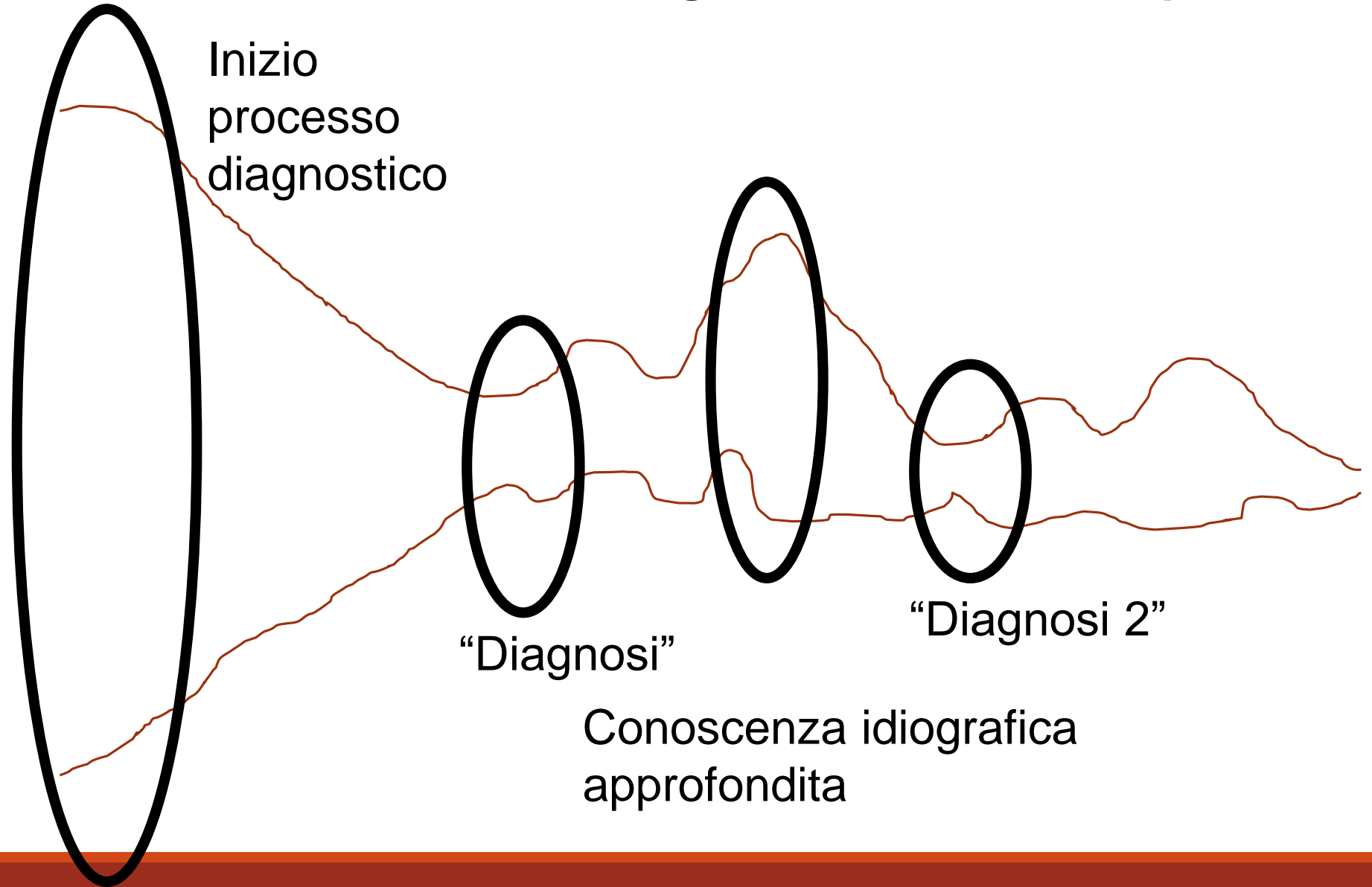
Assunti di base III: diagnosi cambia nel tempo

Inizio
processo
diagnostico

“Diagnosi”

“Diagnosi 2”

Conoscenza idiografica
approfondita



Assunti di base IV: alleanza diagnostica

Esiste una alleanza terapeutica (aka, alleanza di lavoro), definita come «Specifico tipo di relazione che si sviluppa collaborativamente al fine di affrontare i problemi e le difficoltà del cliente».

Esiste anche una alleanza diagnostica

- **LEGAME:** legame interpersonale tra l'operatore e il cliente
- **OBIETTIVI:** processo diagnostico
- **COMPITI:** le diverse procedure diagnostiche

Assunti di base IV: alleanza diagnostica

Legame nell'alleanza diagnostica

Il legame in termini di stile personale e dinamiche transferali e controtransferali tra il diagnosta e il cliente



Assunti di base IV: alleanza diagnostica

Obiettivi nell'alleanza diagnostica

Lavorare insieme al cliente per capire e dare senso alla situazione e alla possibile sofferenza che porta in seduta allo psicologo



Assunti di base IV: alleanza diagnostica

Compiti nell'alleanza diagnostica

Il cliente comprende e accetta la metodologia di assessment diagnostico adottata dallo psicologo



“Come posso aiutarla?”

Questionari self-report



Test proiettivi

Assunti di base V: complessità

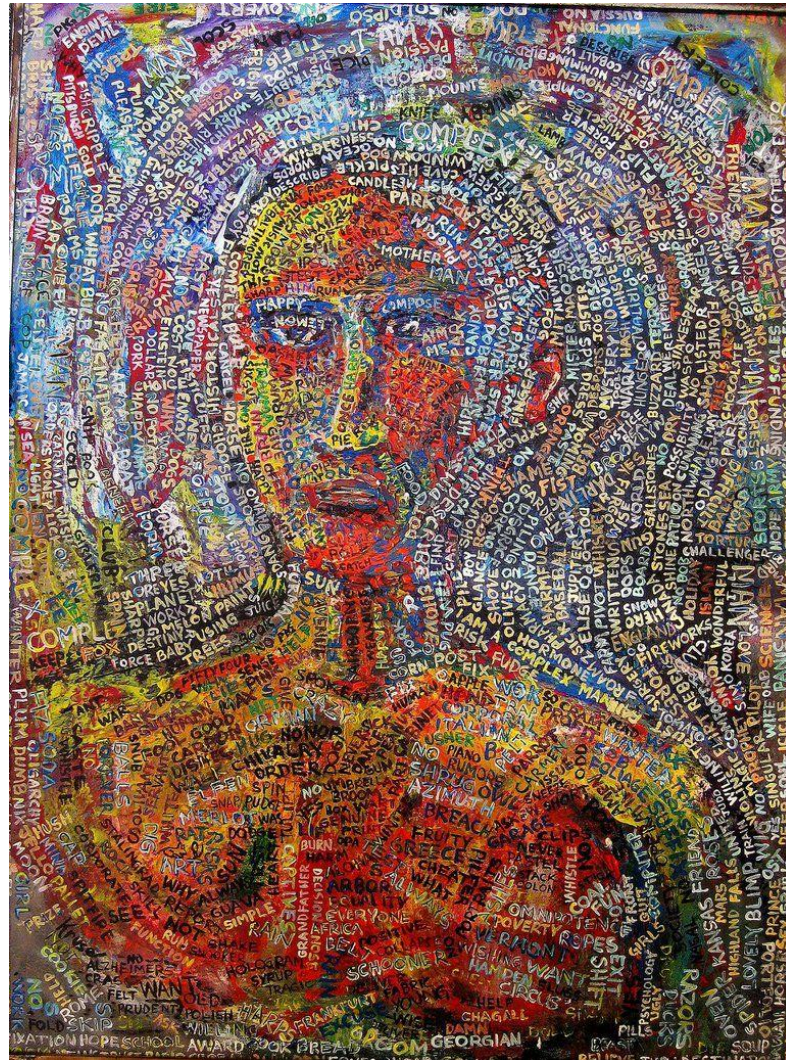
Dimensioni
psichiche

Stili cognitivi

Tratti di
personalità

Temperamento

Regolazione
emotiva



Stili di coping

Meccanismi di
difesa

Autostima

Metacognizioni

...

Assunti di base V: complessità



Multidimensionale
(sintomi, personalità,
funzionamento, etc...)

Multistrumentale
(colloquio, assessment
testologico, etc...)

Assunti di base VI: comprensione del senso

La diagnosi come processo centrato sul significato, finalizzato alla comprensione del senso dell'esperienza vissuta dalla persona che richiede la valutazione



**Meaning-Centered
Communication**

Focuses on the shared meaning and
strengthens relationships

Assunti di base VII: idiografica VS. nomotetica

Idiografica

Conoscenza
delle peculiarità e
specificità del
singolo individuo.

*Ciò che mi rende
me stesso*



shutterstock.com • 1038286189

Nomotetica

Conoscenza
delle leggi
generali tramite
il singolo

*Ciò che mi
rende simile agli
altri*

Assunti di base VII: idiografica VS. nomotetica

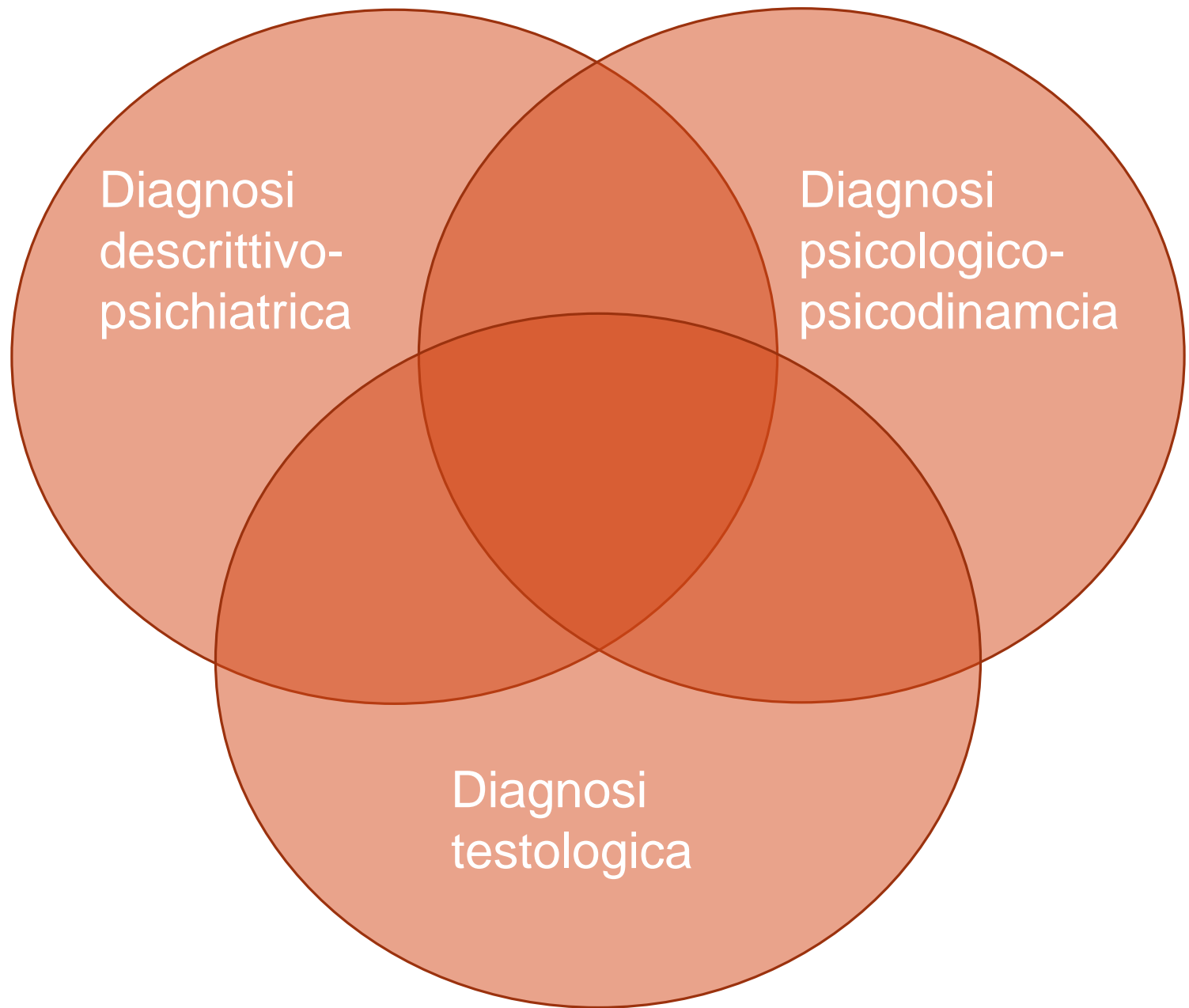


Cosa vedete?

!!!ATTENZIONE!!!

Ci sono varie tipologie diagnosi ed è possibile classificarle tutte in tre grandi classi:

- 1) Diagnosi descrittivo-psichiatrica (DSM-5, SCID-I, SCID-II, etc.)
- 2) Diagnosi psicologico-psicodinamica (PDM-2, SWAP-200, STIPO, ORT, assessment funzionale, etc.)
- 3) Diagnosi testologica (MMPI-2, CBA 2.0, Test di Rorschach, etc.)

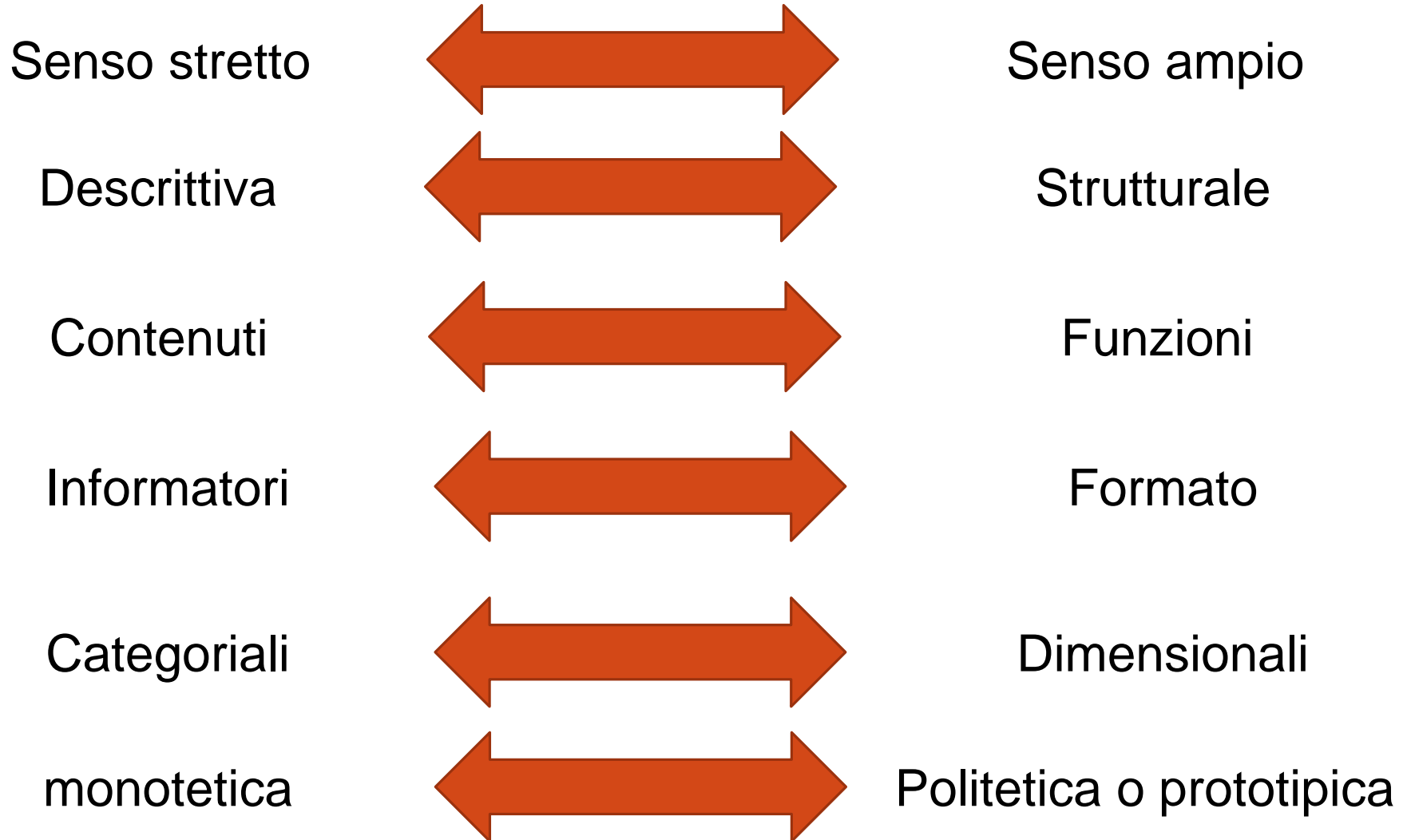


Diagnosi
descrittivo-
psichiatrica

Diagnosi
psicologico-
psicodinamcia

Diagnosi
testologica

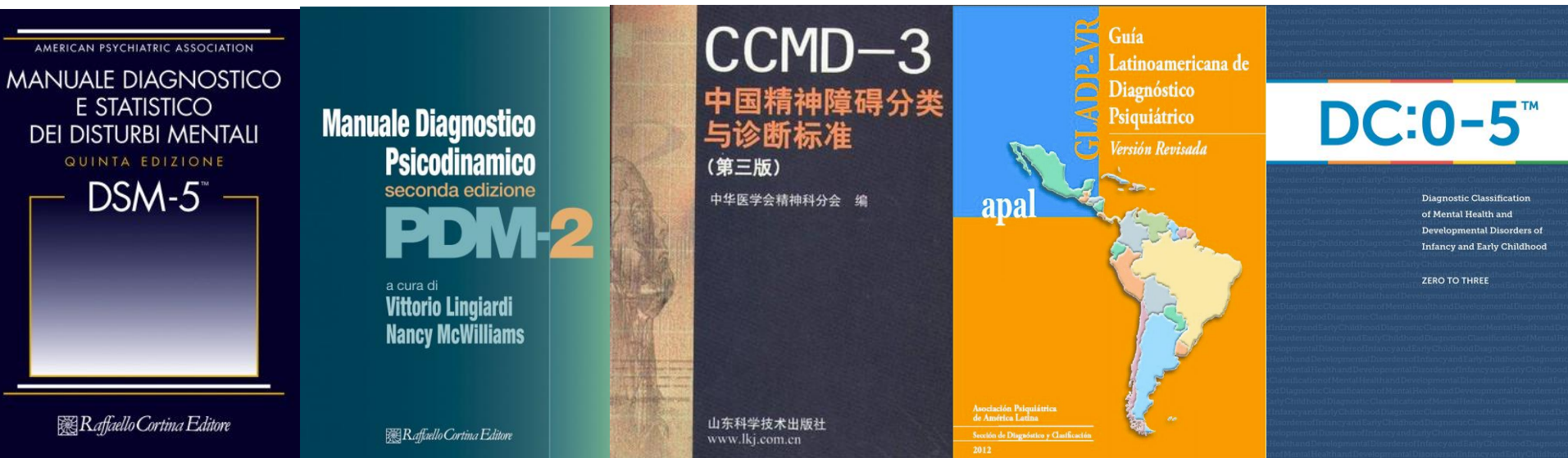
Tipologie di diagnosi:



Tipologie di diagnosi I

In senso stretto, la diagnosi serve ad identificare una patologia precisa, così come classificata da una tassonomia dei disturbi psichiatrici.

Esempio: disturbo depressivo maggiore, episodio singolo, con caratteristiche psicotiche (codice DSM-5: 296.24 F32.23)



Tipologie di diagnosi I

In senso stretto, la diagnosi serve ad identificare una patologia precisa, così come classificata da una tassonomia dei disturbi psichiatrici.

Esempio: disturbo depressivo maggiore, episodio singolo, con caratteristiche psicotiche (codice DSM-5: 296.24 F32.23)

In senso ampio, la diagnosi serve alla identificazione di un fenomeno sulla base dell'individuazione dei fattori che lo caratterizzano (i.e., storia del soggetto, sintomi fisici e psichici, modalità comportamentali, attività mentale, informazioni ottenute con varie modalità di valutazione).
Assessment psicologico, che può o non può portare ad una diagnosi

Tipologie di diagnosi II

Diagnosi descrittiva: identificazione di una sindrome psicopatologica tramite l'impiego di una basso livello di inferenzialità. Gli “informatori” utilizzati sono solo quello che la persona dice o che si può osservare

Nosografia descrittiva – DSM-5

Finalità di creare una tassonomia sindromica *ateorica*, che possa essere utilizzata da tutti i professionisti della salute mentale, a dispetto del loro orientamento clinico-teorico

Tipologie di diagnosi II

Diagnosi strutturale: Assessment della condizione mentale di una persona, tramite la valutazione di dimensioni che richiedono un *alto livello di inferenzialità*. Gli “informatori” utilizzati sono le inferenze cliniche su ciò che il paziente dice (o non dice) e dal suo comportamento

Nosografia interpretativo-esplicativa (ad esempio, in senso psicoanalitico).

La diagnosi strutturale di Otto Kernberg si focalizza su tre dimensioni principali:

- 1) Diffusione VS integrazione dell'identità;
- 2) Tipologia di meccanismi di difesa;
- 3) Integrità vs compromissione dell'esame di realtà

Tipologie di diagnosi III

Contenuti: si privilegia il contenuto dell'attività mentale e non la funzione sottostante. Ad esempio, una valutazione della triade cognitiva implica l'assessment della visione del Sè, del mondo e del futuro, così come percepiti dalla persona.

Funzioni: costanti funzionali nel modo di percepire la realtà regolare gli affetti, articolare i pensieri, e relazionarsi con gli altri. La *SWAP* individua 4 domini funzionali: 1) motivazioni, bisogni, valori morali e ideali (+ conflitti); 2) risorse e caratteristiche cognitive e affettive; 3) esperienza di sè, degli altri e delle relazioni tra sè e gli altri; 4) esperienze evolutive importanti

Tipologie di diagnosi IV: Chi/Come raccolta dati

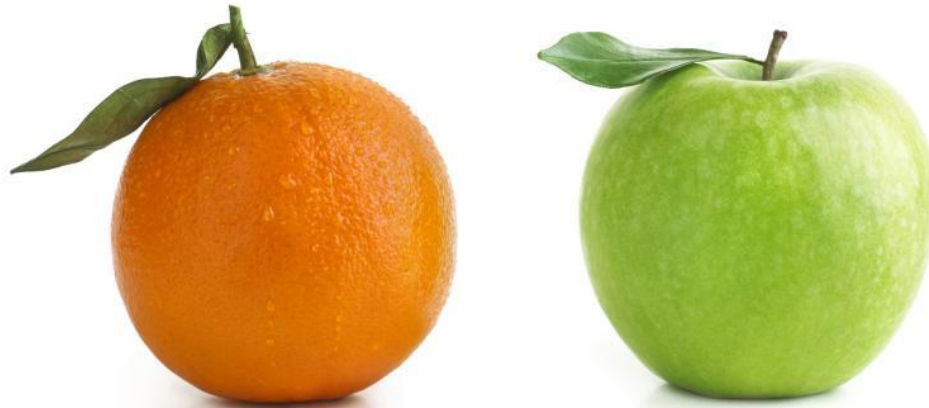
Non si tratta di una dicotomia, ma di una valutazione condizionale.

Informatori (Chi) possono essere, ad esempio, la persona stessa che autovaluta e riporta il proprio tono dell'umore. Tuttavia, è possibile anche usare degli informatori clinici, ovvero degli clinici appositamente formati.

Il “come” della raccolta dati rimanda agli strumenti della psicodiagnosi, ovvero si va dalla osservazione clinica, ai questionari (BDI-II), alla intervista (SCID o STIPO)

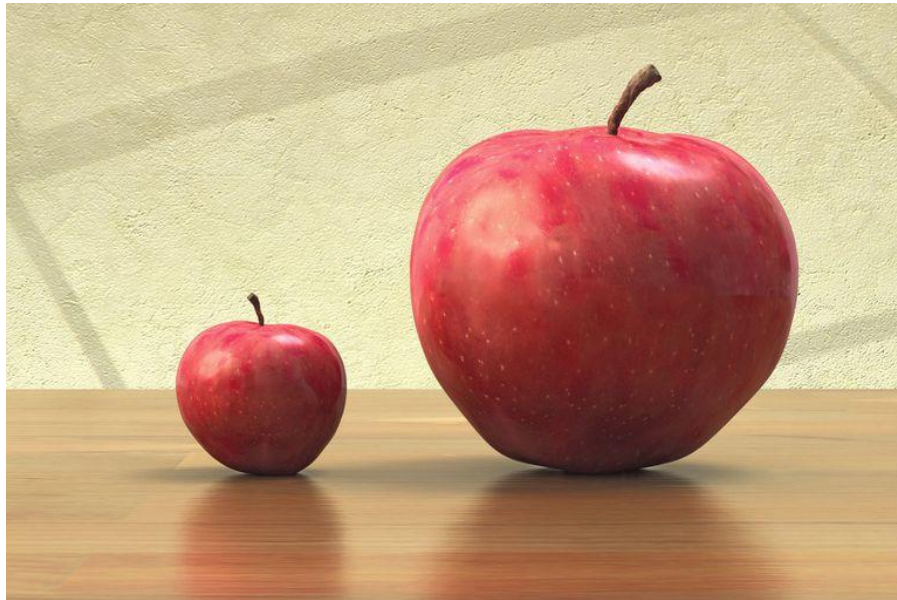
Tipologie di diagnosi V: categoriali VS dimensionali

Diagnosi categoriali: rispondere alla domanda: “Il disturbo è presente?” “sì o no”. Questo approccio prevede una differenza qualitativa tra una persona CON depressione maggiore e una persona SENZA depressione maggiore



Tipologie di diagnosi V: categoriali VS dimensionali

Diagnosi dimensionali: rispondere alla domanda: “Quanto è presente il disturbo?” “da totalmente assente a moltissimo...e tutto quello che c’è nel mezzo”. Questo approccio prevede una differenza quantitativa tra una persona CON molti sintomi depressivi e una persona SENZA sintomi depressivi



Tipologie di diagnosi V: categoriali VS dimensionali

Esistono modelli e strumenti diagnostici che privilegiano una specifica visione:

Categoriale: DSM-IV-TR (rimpiazzato dal DSM-5)

Dimensionale: Five Factors Model (FFM)

I modelli e gli strumenti più recenti privilegiano un approccio ibrido, sebbene pongano l'accento su uno dei due poli

CATEGORIALE+dimensionale: DSM-5

DIMENSIONALE+categoriale: SWAP-200 e PDM-2

Tipologie di diagnosi VI: monotetiche, politetiche, prototipiche

Diagnosi monotetiche: per ricevere una certa diagnosi, tutti i criteri diagnostici deve essere soddisfatti. Rischio: rigida

Diagnosi politetiche: solo alcuni sintomi (un certo numero, magari condizionale) devono essere presenti, ma tipicamente non tutti. Rischio: stessa etichetta per manifestazioni cliniche molto diverse, AKA eterogeneità! DSM

Diagnosi prototipiche: grado di sovrapposizione tra il soggetto e il prototipo di un certo disturbo. Rischio: soggettività della valutazione. SWAP-200

È utile fare diagnosi?



Ragioni del no...

- 1) La diagnosi è un'etichetta e porta all'etichettamento della persona (labeling). Porta, infine, allo stigma;
- 2) La diagnosi è imposta da un esperto e non aiuta il cliente;
- 3) La diagnosi minimizza l'unicità del cliente;
- 4) La diagnosi si focalizza sui **segni** e sui **sintomi** e ignora totalmente la capacità di autoguarigione;

È utile fare diagnosi?



- 5) La diagnosi non è coerente con l'approccio positivo dei punti di forza (strengths) e delle virtù (virtues);
- 6) La diagnosi è una profezia che si autoavvera e porta facilmente alla disperazione
- 7) La diagnosi, una volta fatta, porta i professionisti della salute mentale ad ignorare dati che disconfermano la diagnosi stessa

È utile fare diagnosi?



- 8) La diagnosi porta alla identificazione della patologia all'interno dell'individuo e ignora i fattori contestuali e sistemici;
- 9) I sistemi diagnostici ignorano fattori importantissimi come la cultura, l'età, il genere, etc...
- 10) Molti usano i vari sistemi diagnostici (DSM-5), senza essere adeguatamente preparati;

È utile fare diagnosi?



Ragioni del sì:

- 1) Se un fenomeno esiste, sarebbe irresponsabile da parte dei professionisti non riconoscerlo (es. Disturbi di personalità);
- 2) Le categorie diagnostiche non minimizzano l'unicità del cliente, se usate correttamente e coscientemente;
- 3) La diagnosi non ignora la capacità del singolo di guarigione. In certi casi la facilita, se usata correttamente;
- 4) La prospettiva basata sui punti di forza non richiede di ignorare i problemi, laddove ci sono

È utile fare diagnosi?



- 5) La diagnosi può portare speranza e cambiamento;
- 6) Un professionista esperto non ignora mai i dati. La diagnosi ha esattamente lo scopo di organizzare i dati;
- 7) Il fatto che sia il singolo individuo colui/colei che porta disagio, non vuol dire che verranno ignorate le cause sistemiche che hanno favorito l'insorgere del problema;
- 8) Il corretto uso della diagnosi aiuta a fare chiarezza su un certo fenomeno a livello di ricerca, che, a sua volta, migliorerà la pratica clinica, ed infine la singola persona

È utile fare diagnosi?



- 9) La diagnosi è (spesso) necessaria per la copertura sanitaria
- 10) L'uso improprio dei sistemi diagnostici da parte di personale non addestrato implica la necessità di maggiore formazione e controllo sull'uso dello strumento, non l'eliminazione dello strumento stesso
- 11) Una corretta diagnosi è essenziale per la pianificazioni di un trattamento
- 12) Il lavoro sul campo richiede un processo diagnostico

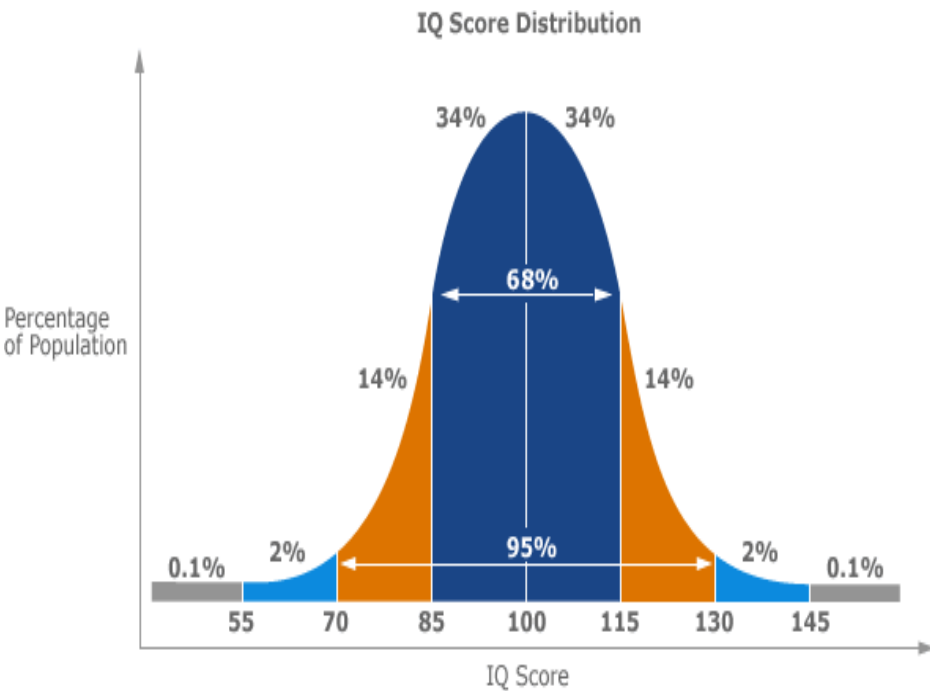
È utile fare diagnosi?



- 13) Una nomenclatura standard è essenziale per la comunicazione tra professionisti;
- 14) La diagnosi serve a differenziare i problemi e a dare un senso alle varie problematiche;
- 15) La diagnosi aiuta a fare una valutazione e gestire la sicurezza del cliente (es. suicidio);
- 16) Una diagnosi accurata è necessaria per la ricerca e, in ultima analisi, per una pratica evidence-based;

Di cosa facciamo diagnosi?

Critério statistico



L'infrequenza statistica è definita come “anormale” (ab – norma;)

OK: persone con ritardo mentale

KO: persone intellettualmente dotate

Di cosa facciamo diagnosi?

Critério del Distress Personale

Il distress personale (DP) come criterio di disturbo

- Disturbo con DP: depressione
- Disturbo senza DP : disturbo antisociale di personalità
- Comportamento non-patologico on DP: lutto o parto
- Comportamento non-patologico senza DP: guidare



Di cosa facciamo diagnosi?

Criterio della Disabilità



Disabilità (i.e. “malfunzionamento” in una o più aree importanti della vita, ad esempio il lavoro o le relazioni interpersonali) come criterio per il disturbo mentale.

- I disordini correlati a sostanze richiedono questa caratteristica
- Tuttavia, molti altri disturbi sono immuni da specifiche disabilità
- Infine, non tutte le disabilità sono disordini mentali

Di cosa facciamo diagnosi?

Critério della violazione delle norme sociali



Le norme sociali sono degli standard che tutti i membri di una comunità condividono. Questo criterio si può applicare solo parzialmente, perchè o troppo ampio o troppo ristretto

- Troppo ampio: comportamenti criminali e opposizione politica non sono disturbi mentali
- Troppo ristretto: gravi problemi di ansia generalmente sono compatibili con le norme sociali

Di cosa facciamo diagnosi?

Criterio della disfunzione



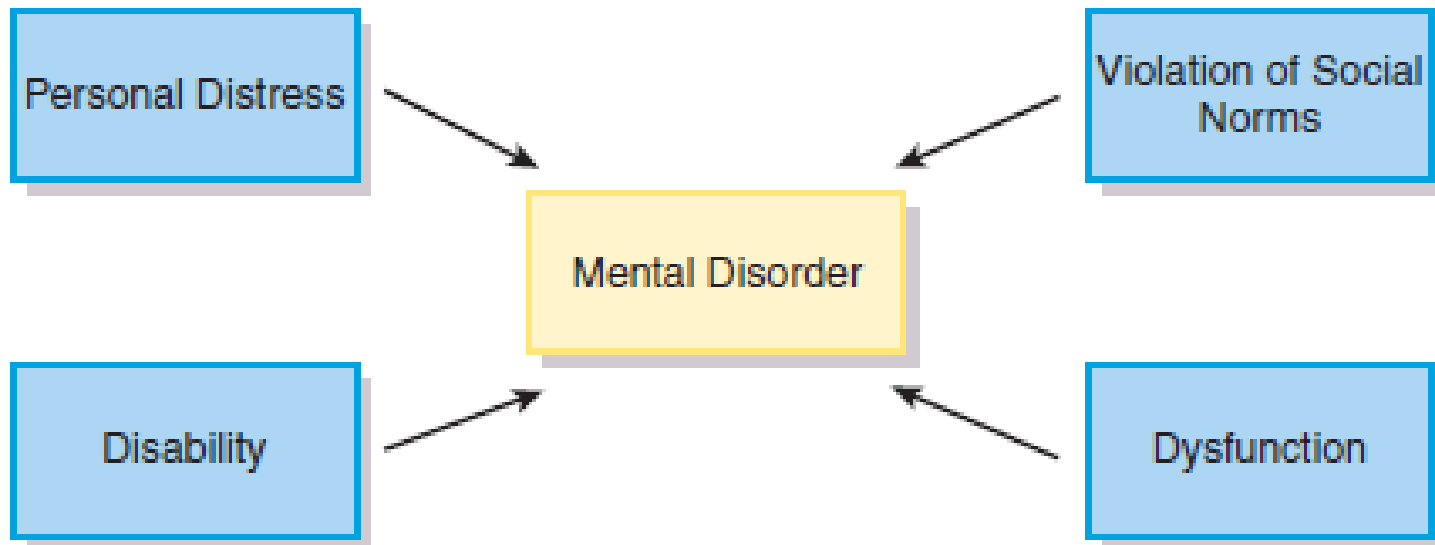
Disordine mentale come “disfunzione dannosa”

- 1) “dannosa” implica la valutazione soggettiva di chi giudica, che a sua volta è influenzata dalle norme sociali
- 2) “disfunzione” indica la degenerazione di un meccanismo interno che è incapace di svolgere la sua funzione intrinseca

- Meccanismi mentali in gran parte ancora sconosciuti
- Qual é la funzione intrinseca di un certo “meccanismo”?

Di cosa facciamo diagnosi?

Defining Mental Disorder



La disforia di genere è un disturbo mentale?

Criteria diagnostici per la Disforia di Genere in Adolescenti ed Adulti - 302.85 (F64.1)

A. Una marcata incongruenza tra il proprio genere esperito/espresso ed il genere assegnato, con almeno 6 mesi di durata, come dimostrato dalla presenza di almeno 6 dei seguenti punti:

1. Una marcata incongruenza tra il proprio genere esperito/espresso e le caratteristiche sessuali primarie e/o secondarie (o in giovani adolescenti, le previste caratteristiche sessuali secondarie);
2. Un forte desiderio di sbarazzarsi delle proprie caratteristiche sessuali primarie e/o secondarie a causa dell'incongruenza con il proprio genere esperito/espresso (o nei giovani adolescenti, desiderio di impedire lo sviluppo delle attese caratteristiche sessuali secondarie).
3. Forte desiderio di ottenere le caratteristiche sessuali primarie e/o secondarie dell'altro genere
4. Forte desiderio di appartenere all'altro genere (o ad un genere alternativo diverso da quello assegnato).
5. Forte desiderio di essere trattato come membro dell'altro genere (o di qualche genere alternativo diverso da quello assegnato).
6. Forte convinzione di avere sentimenti e reazioni tipici dell'altro genere (o di qualche genere alternativo diverso da quello assegnato).

B. La condizione è associata a disagio clinicamente significativo o compromissione dell'area sociale, lavorativa, o di altre aree importanti del funzionamento.

Specificare se:

Post-transizione: l'individuo ha effettuato la transizione e vive a tempo pieno nel genere desiderato (con o senza legalizzazione del cambio di genere) e si è sottoposto (o si sta preparando a sottoporsi) ad almeno una procedura medica o regime trattamentale di cambio del sesso



Need for Change

Persons experiencing gender dysphoria need a diagnostic term that protects their access to care and won't be used against them in social, occupational, or legal areas.

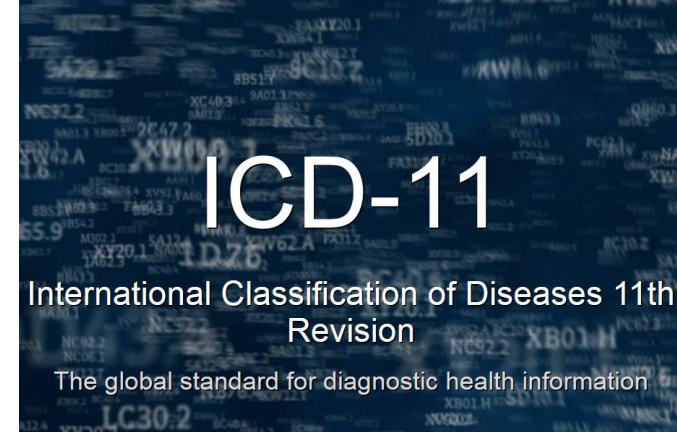
When it comes to access to care, many of the treatment options for this condition include counseling, cross-sex hormones, gender reassignment surgery, and social and legal transition to the desired gender. To get insurance coverage for the medical treatments, individuals need a diagnosis. The Sexual and Gender Identity Disorders Work Group was concerned that removing the condition as a psychiatric diagnosis—as some had suggested—would jeopardize access to care.

Part of removing stigma is about choosing the right words. Replacing “disorder” with “dysphoria” in the diagnostic label is not only more appropriate and consistent with familiar clinical sexology terminology, it also removes the connotation that the patient is “disordered.”

International Classification of Diseases 11th. 1 gennaio 2022

Incongruenza di genere:

- 1) Rimossa dalla lista delle patologie;
- 2) Riduzione dello stigma;
- 3) Inserita in un nuovo capitolo “Condizioni relate alla salute sessuale”;
- 4) Aumento dell’accesso alla cure, perchè sempre inserito nell’ICD-11, ma minor stigma, dato che non è più una malattia



ICD-11 for Mortality and Morbidity

Search

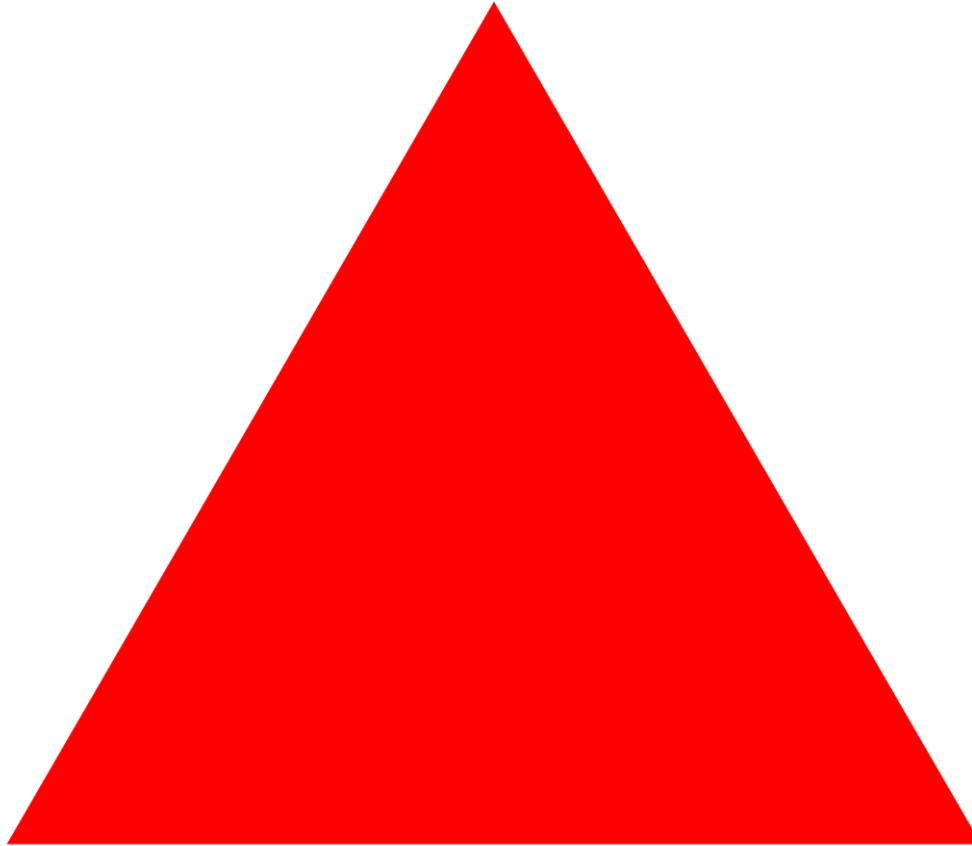
▼ ICD-11 - Mortality and Morbidity Statistics

- ▶ 01 Certain infectious or parasitic diseases
- ▶ 02 Neoplasms
- ▶ 03 Diseases of the blood or blood-forming organs
- ▶ 04 Diseases of the immune system
- ▶ 05 Endocrine, nutritional or metabolic diseases
- ▶ 06 Mental, behavioural or neurodevelopmental disorders
- ▶ 07 Sleep-wake disorders
- ▶ 08 Diseases of the nervous system
- ▶ 09 Diseases of the visual system
- ▶ 10 Diseases of the ear or mastoid process
- ▶ 11 Diseases of the circulatory system
- ▶ 12 Diseases of the respiratory system
- ▶ 13 Diseases of the digestive system
- ▶ 14 Diseases of the skin
- ▶ 15 Diseases of the musculoskeletal system or connective tissue
- ▶ 16 Diseases of the genitourinary system
- ▼ 17 Conditions related to sexual health
 - ▶ Sexual dysfunctions
 - ▶ Sexual pain disorders
 - ▶ HA40 Aetiological considerations in sexual dysfunctions and sexual pain disorders
 - ▶ Gender incongruence

PSICOLOGIA

LEGGE

ETICA



L'art.1 della Legge 56 del 18/2/1989 recita: "La professione di psicologo comprende l'uso degli strumenti conoscitivi e di intervento per la prevenzione, la ***diagnosi***, le attività di a bilitazione-riabilitazione e di sostegno in ambito psicologico rivolte alla persona, al gruppo, agli organismi sociali e alle comunità".

La Suprema Corte di Cassazione (sentenza n. 767 del 5 giugno 2006) che conferma che ogni operazione funzionale a valutare caratteristiche psicologiche e/o psicoattitudinali degli individui e che si perfezioni in affermazioni, profili o decisioni basati su tali caratteristiche è riservata esclusivamente allo psicologo iscritto all'Ordine professionale.

...Tuttavia...

Articolo 5 Lo psicologo è tenuto a mantenere un livello adeguato di preparazione e aggiornamento professionale, con particolare riguardo ai settori nei quali opera. La violazione dell'obbligo di formazione continua, determina un illecito disciplinare che è sanzionato sulla base di quanto stabilito dall'ordinamento professionale. **Riconosce i limiti della propria competenza e usa, pertanto solo strumenti teorico – pratici per i quali ha acquisito adeguata competenza e, ove necessario, formale autorizzazione. Lo psicologo impiega metodologie delle quali è in grado di indicare le fonti e riferimenti scientifici**, e non suscita, nelle attese del cliente e/o utente, aspettative infondate.