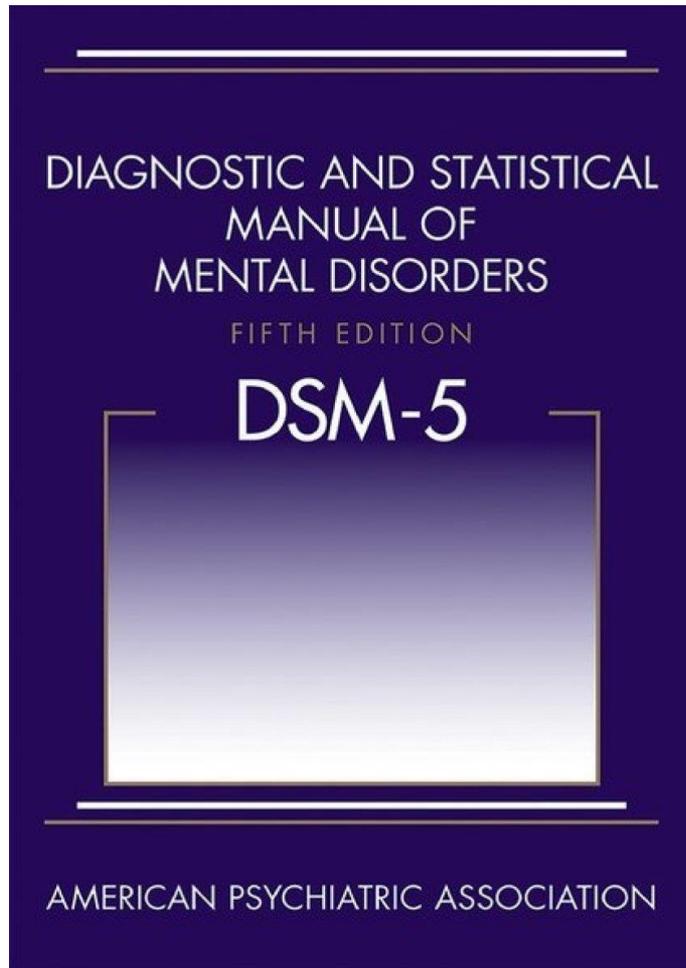


# **Psicodiagnostica Clinica**

## **Lezione 2-3**

- Prof. Igor Marchetti
- Anno accademico 2023-2024
- Email: [imarchetti@units.it](mailto:imarchetti@units.it)

# Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali (DSM-5)



AMERICAN  
**PSYCHIATRIC**  
ASSOCIATION



## Concetti chiave del DSM 5

Dal DSM-III, si decise di adottare un modello “ateorico” (Robert Spitzer)...è davvero possibile essere “ateorici”?

Forse è meglio dire basato symptom-based e a bassa inferenzialità

Esclusione delle eziologie, in quanto spesso ignote.  
Eccezioni: PTSD...

Aumentare la validità della diagnosi. Stiamo veramente diagnosticando il fenomeno che crediamo? Introduzione dei criteri diagnostici (DSM-III, 1980)

Fin dal 1980, il DSM ha preferito adottare:

Sistema politetico (più coerente col modello ateoretico)

- Tutti i criteri hanno lo stesso valore (anche se non sempre vero). Si sceglie una soglia di inclusione stabilendo un numero minimo di criteri necessari
- Eccessiva eterogeneità. Secondo il DSM-III vi sono ben 93 modi diversi di soddisfare i criteri diagnostici della personalità borderline, mentre due pazienti possono soddisfare i criteri della personalità schizotipica senza avere in comune nemmeno un criterio (Frances et al., 1990)
- Necessità conseguente di innalzare la soglia di inclusione. Unico modo consentito dal sistema politetico, aumentando il numero dei criteri necessari alla diagnosi
- La psichiatria si separa dalla medicina, che usa di solito modelli monotetici

...piuttosto che

Sistema monotetico (sottende una qualche teoria)

- Uno o più criteri sono condizione necessaria per la diagnosi (i sintomi di I rango di Schneider per la diagnosi di schizofrenia)

L'approccio "nomotetico" cataloga i dati secondo leggi (nomos) categorie che includono i pazienti

L'approccio "idiografico" guarda ciò che è specifico di ogni singolo paziente (idios "unico") per cercare di conoscere quello che non sta nelle leggi conosciute  
(Gordon Allport , a metà del XX secolo in America)

## Modello categoriale

- Malattia separata dalla salute
- Ogni disturbo (categoria) è nettamente separato dall'altro
- Le forme intermedie, la quota di realtà che non si riesce a collocare nelle mie categorie occupano uno spazio a parte, che diventa una nuova categoria (il famigerato NAS , Non Altrimenti Specificato). La coerenza formale sembra salva, ma ...
- Implica un maggiore livello di astrazione e la concezione di “prototipi”, difficilmente osservabili, ma utili nell'incontro con la grande variabilità dei fenomeni clinici

## Modello dimensionale

- Individua diverse dimensioni. Ogni fenomeno clinico varia quantitativamente su un continuum di valori ordinati (figurativamente come su una retta). Ad esempio i tratti della personalità, dell'umore, della cognizione.
- Il modello dimensionale si adatta meglio a molti aspetti della realtà
- Più difficile e complesso da gestire...

# Sistema non-assiale...

Asse I, II, e III (DSM-IV-TR) inclusi in questa sezione...

Disturbi del neurosviluppo

Spettro schizofrenico e altri disturbi psicotici

Disturbi bipolari e disturbi correlati

Disturbi depressivi

Disturbi d'ansia

Disturbo ossessivo-compulsivo e disturbi correlati

Disturbi correlati a trauma e stressors

Disturbi dissociativi

Sintomi somatici e disturbi correlati

Disturbi della nutrizione e dell'alimentazione

Disturbi dell'eliminazione

Disturbi del ritmo sonno-veglia

Disfunzioni sessuali

Disforia di genere

Disturbi distruttivi, del controllo degli impulsi e della condotta

Disturbi correlati alle sostanze e alle dipendenze

Disturbi neurocognitivi

Disturbi di personalità

Parafilie

Altri disturbi mentali

Disturbi del movimento indotti da farmaci e altri effetti avversi ai farmaci

Altre condizioni che possono meritare attenzione clinica

# Comorbidità

La comorbidità è definita come la (frequente) co-presenza di più disturbi contemporaneamente.

Ad esempio, depressione e disturbi correlate a sostanze...  
Oppure, depressione e disturba da ansia generalizzata.

è davvero così strano che MDD e GAD siano altamente comorbidi?



# Generalized Anxiety Disorder

## Diagnostic Criteria

300.02 (F41.1)

- A. Excessive anxiety and worry (apprehensive expectation), occurring more days than not for at least 6 months, about a number of events or activities (such as work or school performance).
- B. The individual finds it difficult to control the worry.
- C. The anxiety and worry are associated with three (or more) of the following six symptoms (with at least some symptoms having been present for more days than not for the past 6 months):

**Note:** Only one item is required in children.

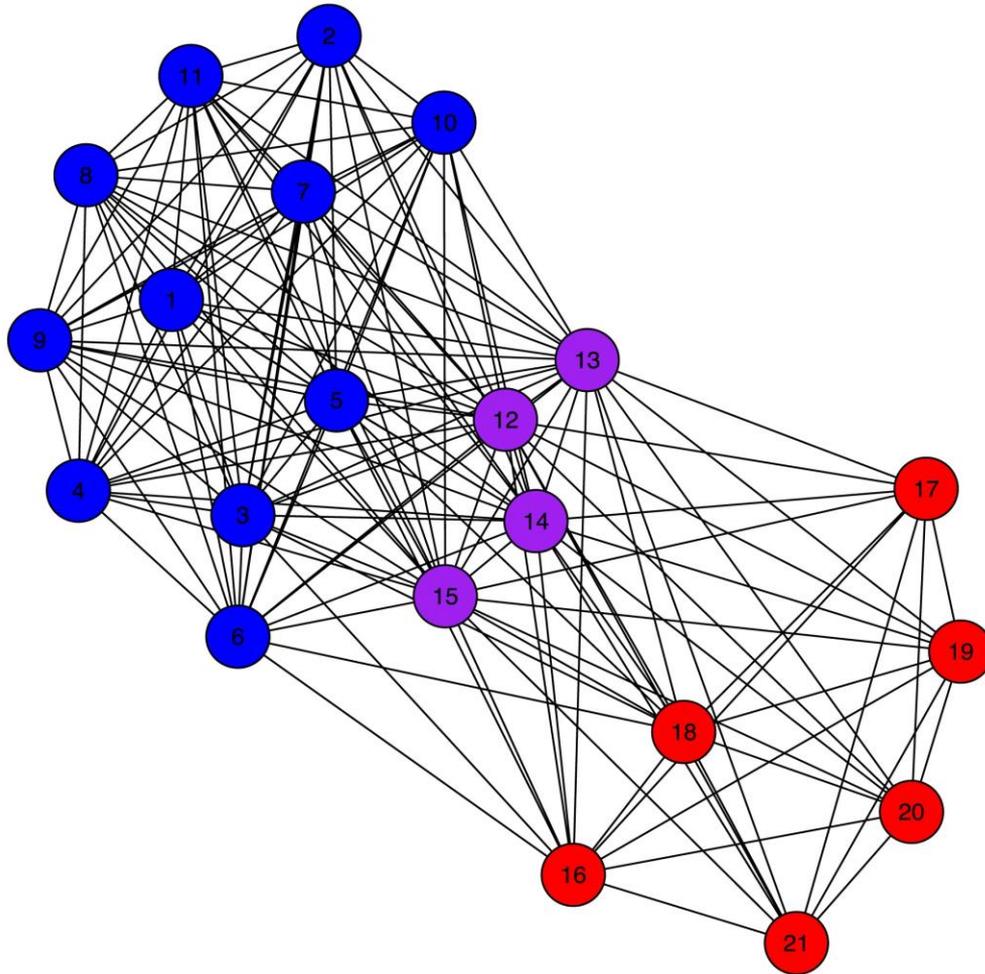
1. Restlessness or feeling keyed up or on edge.
2. Being easily fatigued
3. Difficulty concentrating or mind going blank.
4. Irritability.
5. Muscle tension.
6. Sleep disturbance (difficulty falling or staying asleep, sleep).

# Major Depressive Disorder

## Diagnostic Criteria

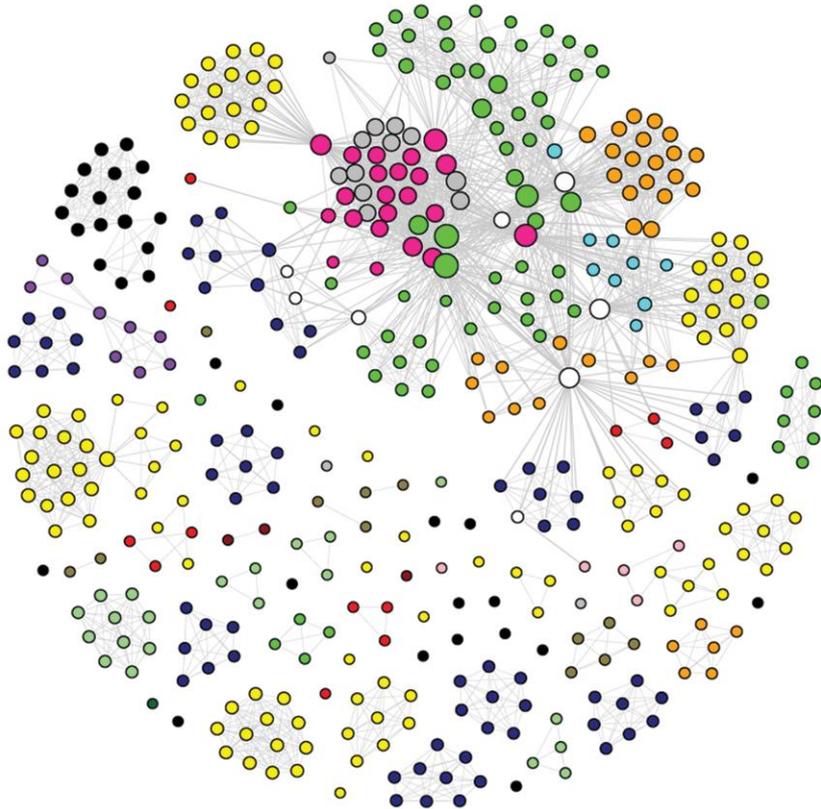
- A. Five (or more) of the following symptoms have been present during the same 2-week period and represent a change from previous functioning; at least one of the symptoms is either (1) depressed mood or (2) loss of interest or pleasure.  
**Note:** Do not include symptoms that are clearly attributable to another medical condition.
  1. Depressed mood most of the day, nearly every day, as indicated by either subjective report (e.g., feels sad, empty, hopeless) or observation made by others (e.g., appears tearful). (**Note:** In children and adolescents, can be irritable mood.)
  2. Markedly diminished interest or pleasure in all, or almost all, activities most of the day, nearly every day (as indicated by either subjective account or observation).
  3. Significant weight loss when not dieting or weight gain (e.g., a change of more than 5% of body weight in a month), or decrease or increase in appetite nearly every day. (**Note:** In children, consider failure to make expected weight gain.)
  4. Insomnia or hypersomnia nearly every day.
  5. Psychomotor agitation or retardation nearly every day (observable by others, not merely subjective feelings of restlessness or being slowed down).
  6. Fatigue or loss of energy nearly every day.
  7. Feelings of worthlessness or excessive or inappropriate guilt (which may be delusional) nearly every day (not merely self-reproach or guilt about being sick).
  8. Diminished ability to think or concentrate or indecisiveness, nearly every day (either by subjective account or as observed by others).
  9. Recurrent thoughts of death (not just fear of dying), recurrent suicidal ideation without a specific plan, or a suicide attempt or a specific plan for committing suicide.

# Comorbidity



Visualization of a subset of DSM-IV-TR's criteria space, containing Major Depressive Disorder (MDD) and Generalized Anxiety Disorder (GAD). Criteria are represented as nodes and connected whenever they occur in the same disorder. Blue indicates MDD criteria; red indicates GAD criteria; purple indicates criteria that belong to both MDD and GAD. 1 = weight loss, 2 = worthlessness/guilt, 3 = depressed mood, 4 = diminished interest in activities, 5 = increased appetite, 6 = weight gain, 7 = decreases appetite, 8 = psychomotor retardation, 9 = thoughts of death, 10 = 2 or more Major Depressive Episodes, 11 = hypersomnia, 12 = fatigue, 13 = decreased concentration, 14 = insomnia, 15 = psychomotor agitation, 16 = irritability, 17 = excessive worry, 18 = excessive anxiety, 19 = difficulty controlling worry, 20 = mind going blank, 21 = muscle tension.

# Il “problema” della comorbidità



- Disorders usually first diagnosed in infancy, childhood or adolescence
- Delirium, dementia, and amnesia and other cognitive disorders
- Mental disorders due to a general medical condition
- Substance-related disorders
- Schizophrenia and other psychotic disorders
- Mood disorders
- Anxiety disorders
- Somatoform disorders
- Factitious disorders
- Dissociative disorders
- Sexual and gender identity disorders
- Eating disorders
- Sleep disorders
- Impulse control disorders not elsewhere classified
- Adjustment disorders
- Personality disorders
- Symptom is featured equally in multiple chapters

## Esempi di network individuali

<https://network-v10.azurewebsites.net/diagrams/force/data=995759eng>

<https://network-v10.azurewebsites.net/diagrams/force/data=487943eng>

<https://network-v10.azurewebsites.net/diagrams/force/data=938110eng>

<https://network-v10.azurewebsites.net/diagrams/force/data=817339eng>

# Sistema ancora fondamentalmente categoriale...

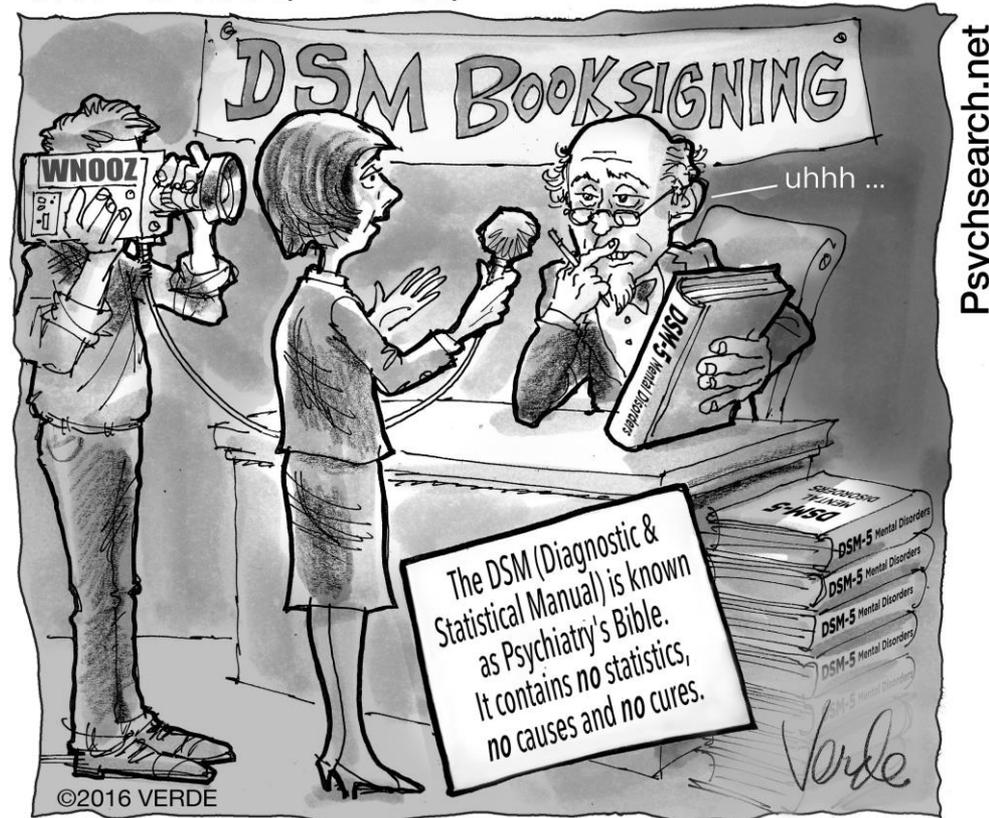
...ma è stato (parzialmente) ibridato con un approccio dimensionale

- Considerare la variabilità dei sintomi intraindividuali
- Quando si applica un criterio monotetico, graduare l'intensità dei sintomi
- Quando si applica un criterio politetico, discriminare la diversa intensità dei sintomi e le diverse combinazioni
- Prendere in considerazione il vissuto del soggetto nei confronti dei sintomi

Nonostante le modifiche per rendere il DSM-5 più in linea con la realtà clinica, molte (moltissime) critiche si sono sollevate, anche da parte di clinici e ricercatori molto autorevoli, come Allen Frances, a capo del DSM-IV

## The "Shrink" Tank

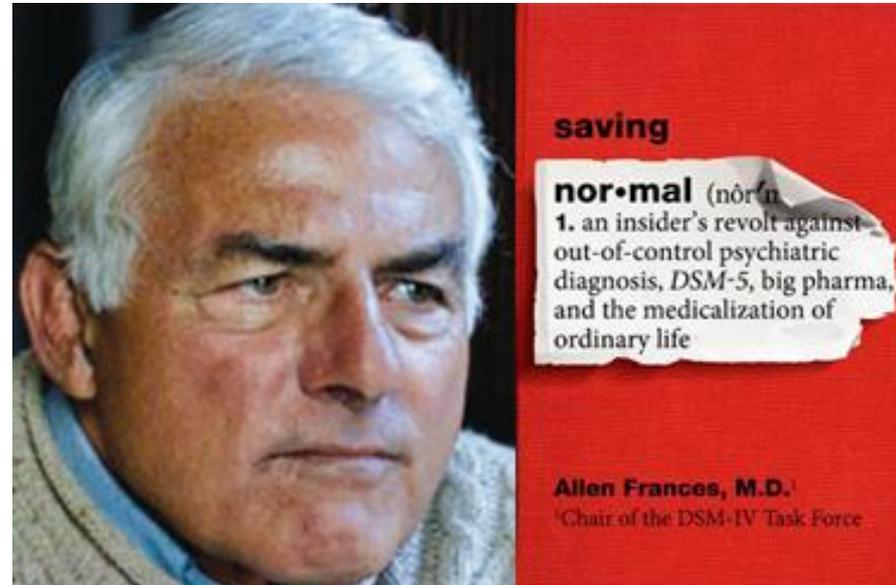
by Verde



So Mr. Psychiatrist ... have you ever *cured* anyone?

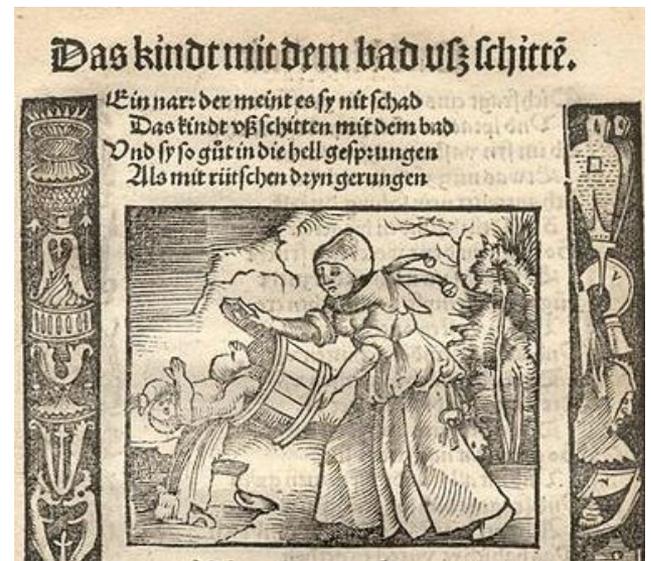
## Critiche di Frances:

- 1) La definizione del disturbo mentale nel DSM-5 è vaga e poco utile per:
  - Stabilire i confini fra normalità e patologia, zona molto affollata;
  - Decidere quali diagnosi devono far parte della classificazione DSM-5
  - Decidere se una data persona deve essere considerata un paziente o meno



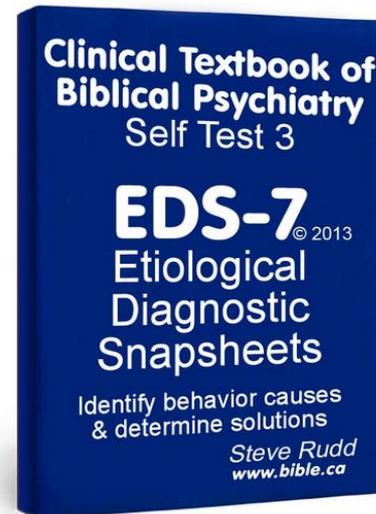
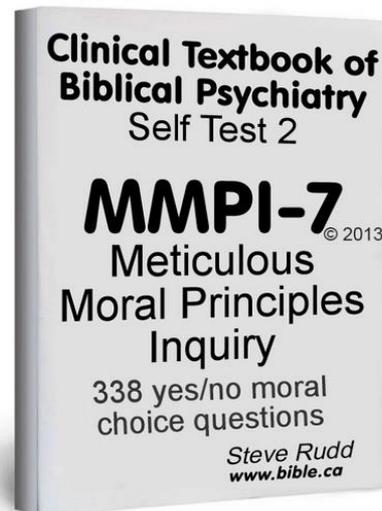
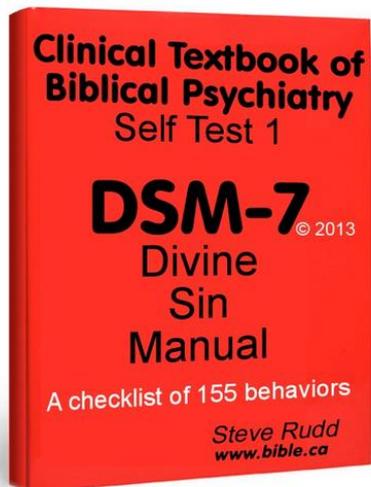
- 2) Ciò che definiamo disturbo mentale è un costrutto utile per scopi clinici, di ricerca, forensi, epidemiologici, amministrativi ed educative...ma è un modo di descrivere la realtà, non certamente il solo
- 3) Il DSM-5 aumenta l'eccesso di diagnosi (falsi positivi) e l'eccesso di trattamenti farmacologici
- 4) Aumenta la medicalizzazione della normalità
- 5) Peggioramento delle 3 epidemie verificatesi nell'infanzia col DSM-IV Disturbo bipolare – Autismo – ADHD
- 6) Abbassamento della soglia per alcune diagnosi (lutto e MDD)

Critiche spesso fondate e motivate...  
...tuttavia, dobbiamo stare attenti a non dimenticare, negare, o rinnegare i tanti passi avanti che abbiamo fatto dall'adozione del DSM

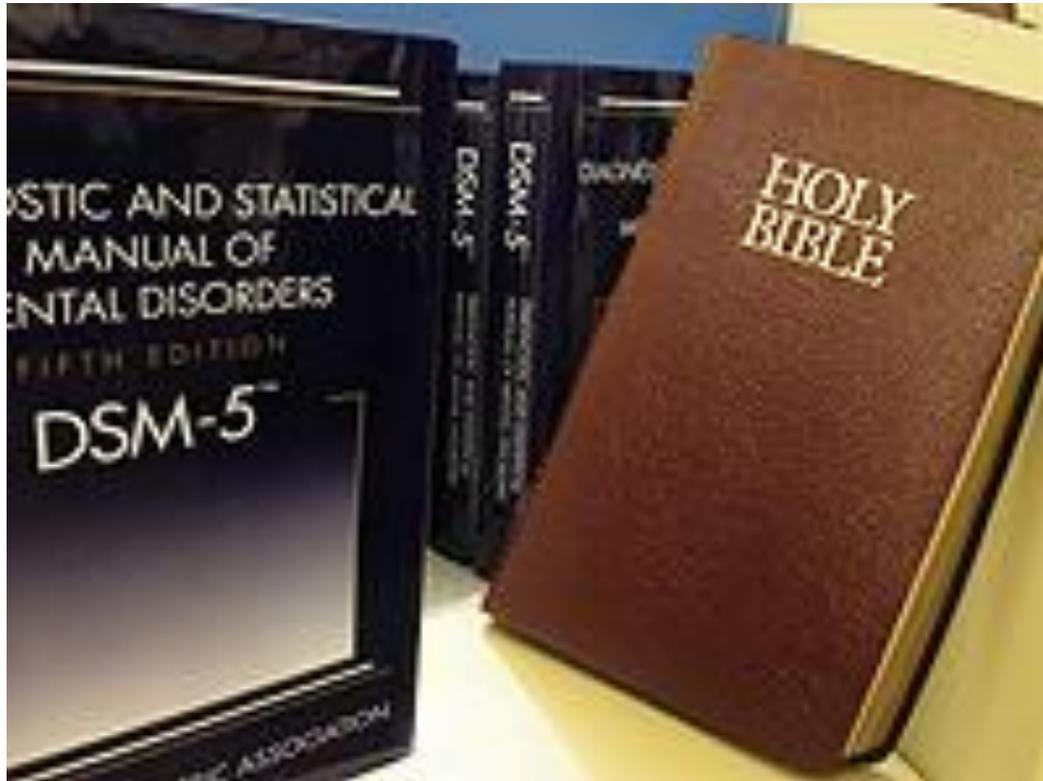


## The Clinical Textbook of Biblical Psychiatry Self-Diagnostic System

"Psychiatry" is a Greek word meaning "doctor of the soul"



Insomma il DSM-5 è davvero la Bibbia della psichiatria?



Non so...chiedetelo a uno psichiatra! Ma se lo è, è un testo sacro molto strano, perchè è un ancora un **work in progress**

# Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali (DSM)

Antesignano DSM 1844

DSM-I 1952

DSM-II 1968

DSM-III 1980

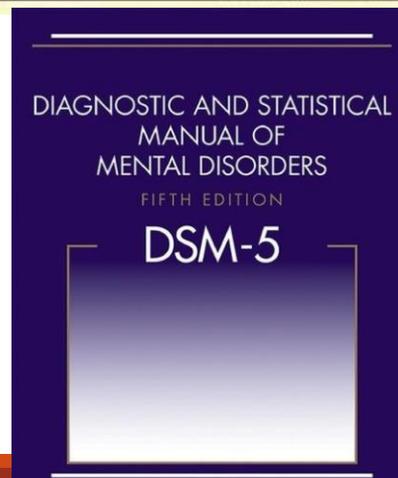
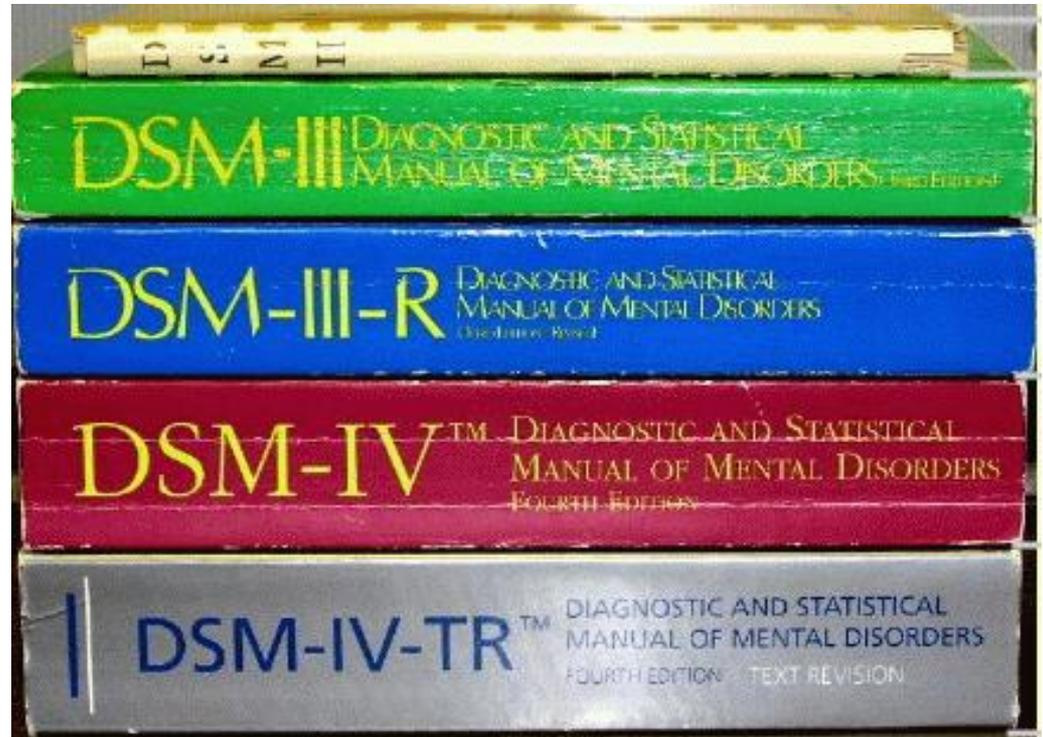
DSM-III-R 1987

DSM-IV 1994

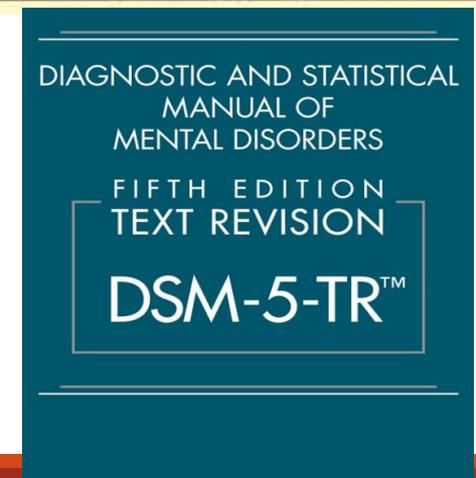
DSM-IV-R 2000

DSM-5 2013

DSM-5 TR 2022



AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION



AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION

# DEPRESSIONE

## DSM-I (1952)

### PSYCHONEUROTIC DISORDERS

The chief characteristic of these disorders is "anxiety" which may be directly felt and expressed or which may be unconsciously and automatically controlled by the utilization of various psychological defense mechanisms (depression, conversion, displacement, etc.). In contrast to those with psy-

#### 000-x06 Depressive reaction

The anxiety in this reaction is allayed, and hence partially relieved, by depression and self-depreciation. The reaction is precipitated by a current situation, frequently by some loss sustained by the patient, and is often associated with a feeling of guilt for past failures or deeds. The degree of

the reaction in such cases is dependent upon the intensity of the patient's ambivalent feeling toward his loss (love, possession) as well as upon the realistic circumstances of the loss.

The term is synonymous with "reactive depression" and is to be differentiated from the corresponding psychotic reaction. In this differentiation, points to be considered are (1) life history of patient, with special reference to mood swings (suggestive of psychotic reaction), to the personality structure (neurotic or cyclothymic) and to precipitating environmental factors and (2) absence of malignant symptoms (hypochondriacal preoccupation, agitation, delusions, particularly somatic, hallucinations, severe guilt feelings, intractable insomnia, suicidal ruminations, severe psychomotor retardation, profound retardation of thought, stupor).

DIAGNOSTIC  
AND  
STATISTICAL  
MANUAL

MENTAL  
DISORDERS



AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION

# DSM-II (1968)

## 300.4 Depressive neurosis

This disorder is manifested by an excessive reaction of depression due to an internal conflict or to an identifiable event such as the loss of a love object or cherished possession. It is to be distinguished from *Involuntional melancholia* (q.v.) and *Manic-depressive illness* (q.v.). *Reactive depressions* or *Depressive reactions* are to be classified here.

DIAGNOSTIC  
AND  
STATISTICAL  
MANUAL OF

MENTAL  
DISORDERS



SECOND EDITION (DSM-II)  
AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION

# DSM-III (1980)

## Diagnostic criteria for major depressive episode

A. Dysphoric mood or loss of interest or pleasure in all or almost all usual activities and pastimes. The dysphoric mood is characterized by symptoms such as the following: depressed, sad, blue, hopeless, low, down in the dumps, irritable. The mood disturbance must be prominent and relatively persistent, but not necessarily the most dominant symptom, and does not include momentary shifts from one dysphoric mood to another dysphoric mood, e.g., anxiety to depression to anger, such as are seen in states of acute psychotic turmoil. (For children under six, dysphoric mood may have to be inferred from a persistently sad facial expression.)

B. At least four of the following symptoms have each been present nearly every day for a period of at least two weeks (in children under six, at least three of the first four).

- (1) poor appetite or significant weight loss (when not dieting) or increased appetite or significant weight gain (in children under six, consider failure to make expected weight gains)
- (2) insomnia or hypersomnia
- (3) psychomotor agitation or retardation (but not merely subjective feelings of restlessness or being slowed down) (in children under six, hypoactivity)
- (4) loss of interest or pleasure in usual activities, or decrease in sexual drive not limited to a period when delusional or hallucinating (in children under six, signs of apathy)
- (5) loss of energy; fatigue
- (6) feelings of worthlessness, self-reproach, or excessive or inappropriate guilt (either may be delusional)
- (7) complaints or evidence of diminished ability to think or concentrate, such as slowed thinking, or indecisiveness not associated with marked loosening of associations or incoherence
- (8) recurrent thoughts of death, suicidal ideation, wishes to be dead, or suicide attempt

## DIAGNOSTIC AND STATISTICAL MANUAL OF MENTAL DISORDERS (THIRD EDITION)

### DSM-III

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION

# DSM-III-R (1987)

## Diagnostic criteria for Major Depressive Episode

**Note:** A "Major Depressive Syndrome" is defined as criterion A below.

- A. At least five of the following symptoms have been present during the same two-week period and represent a change from previous functioning; at least one of the symptoms is either (1) depressed mood, or (2) loss of interest or pleasure. (Do not include symptoms that are clearly due to a physical condition, mood-incongruent delusions or hallucinations, incoherence, or marked loosening of associations.)
- (1) depressed mood (or can be irritable mood in children and adolescents) most of the day, nearly every day, as indicated either by subjective account or observation by others
  - (2) markedly diminished interest or pleasure in all, or almost all, activities most of the day, nearly every day (as indicated either by subjective account or observation by others of apathy most of the time)
  - (3) significant weight loss or weight gain when not dieting (e.g., more than 5% of body weight in a month), or decrease or increase in appetite nearly every day (in children, consider failure to make expected weight gains)
  - (4) insomnia or hypersomnia nearly every day
  - (5) psychomotor agitation or retardation nearly every day (observable by others, not merely subjective feelings of restlessness or being slowed down)
  - (6) fatigue or loss of energy nearly every day
  - (7) feelings of worthlessness or excessive or inappropriate guilt (which may be delusional) nearly every day (not merely self-reproach or guilt about being sick)
  - (8) diminished ability to think or concentrate, or indecisiveness, nearly every day (either by subjective account or as observed by others)
  - (9) recurrent thoughts of death (not just fear of dying), recurrent suicidal ideation without a specific plan, or a suicide attempt or a specific plan for committing suicide

## DIAGNOSTIC AND STATISTICAL MANUAL OF MENTAL DISORDERS (THIRD EDITION - REVISED)

# DSM-III-R

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION

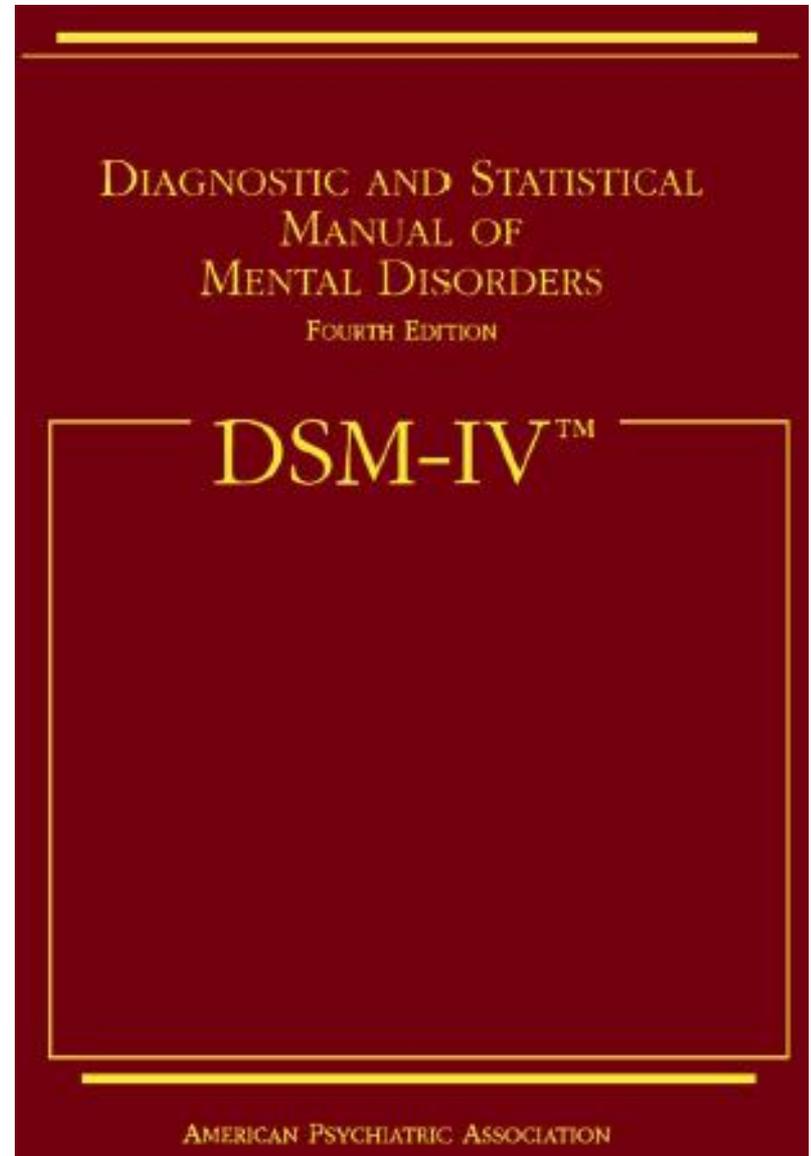
# DSM-IV (1994)

## ■ Criteria for Major Depressive Episode

A. Five (or more) of the following symptoms have been present during the same 2-week period and represent a change from previous functioning; at least one of the symptoms is either (1) depressed mood or (2) loss of interest or pleasure.

**Note:** Do not include symptoms that are clearly due to a general medical condition, or mood-incongruent delusions or hallucinations.

- (1) depressed mood most of the day, nearly every day, as indicated by either subjective report (e.g., feels sad or empty) or observation made by others (e.g., appears tearful). **Note:** In children and adolescents, can be irritable mood.
- (2) markedly diminished interest or pleasure in all, or almost all, activities most of the day, nearly every day (as indicated by either subjective account or observation made by others)
- (3) significant weight loss when not dieting or weight gain (e.g., a change of more than 5% of body weight in a month), or decrease or increase in appetite nearly every day. **Note:** In children, consider failure to make expected weight gains.
- (4) insomnia or hypersomnia nearly every day
- (5) psychomotor agitation or retardation nearly every day (observable by others, not merely subjective feelings of restlessness or being slowed down)
- (6) fatigue or loss of energy nearly every day
- (7) feelings of worthlessness or excessive or inappropriate guilt (which may be delusional) nearly every day (not merely self-reproach or guilt about being sick)
- (8) diminished ability to think or concentrate, or indecisiveness, nearly every day (either by subjective account or as observed by others)
- (9) recurrent thoughts of death (not just fear of dying), recurrent suicidal ideation without a specific plan, or a suicide attempt or a specific plan for committing suicide



# DSM-IV-TR (2000)

## Criteria for Major Depressive Episode

A. Five (or more) of the following symptoms have been present during the same 2-week period and represent a change from previous functioning; at least one of the symptoms is either (1) depressed mood or (2) loss of interest or pleasure.

**Note:** Do not include symptoms that are clearly due to a general medical condition, or mood-incongruent delusions or hallucinations.

- (1) depressed mood most of the day, nearly every day, as indicated by either subjective report (e.g., feels sad or empty) or observation made by others (e.g., appears tearful). **Note:** In children and adolescents, can be irritable mood.
- (2) markedly diminished interest or pleasure in all, or almost all, activities most of the day, nearly every day (as indicated by either subjective account or observation made by others)
- (3) significant weight loss when not dieting or weight gain (e.g., a change of more than 5% of body weight in a month), or decrease or increase in appetite nearly every day. **Note:** In children, consider failure to make expected weight gains.
- (4) insomnia or hypersomnia nearly every day
- (5) psychomotor agitation or retardation nearly every day (observable by others, not merely subjective feelings of restlessness or being slowed down)
- (6) fatigue or loss of energy nearly every day
- (7) feelings of worthlessness or excessive or inappropriate guilt (which may be delusional) nearly every day (not merely self-reproach or guilt about being sick)
- (8) diminished ability to think or concentrate, or indecisiveness, nearly every day (either by subjective account or as observed by others)
- (9) recurrent thoughts of death (not just fear of dying), recurrent suicidal ideation without a specific plan, or a suicide attempt or a specific plan for committing suicide

## DIAGNOSTIC AND STATISTICAL MANUAL OF MENTAL DISORDERS

FOURTH EDITION

TEXT REVISION

# DSM-IV-TR™



Published by the  
American Psychiatric Association  
Washington, DC

# DSM-5 (2013)

## Major Depressive Disorder

### Diagnostic Criteria

- A. Five (or more) of the following symptoms have been present during the same 2-week period and represent a change from previous functioning; at least one of the symptoms is either (1) depressed mood or (2) loss of interest or pleasure.
- Note:** Do not include symptoms that are clearly attributable to another medical condition.
1. Depressed mood most of the day, nearly every day, as indicated by either subjective report (e.g., feels sad, empty, hopeless) or observation made by others (e.g., appears tearful). (**Note:** In children and adolescents, can be irritable mood.)
  2. Markedly diminished interest or pleasure in all, or almost all, activities most of the day, nearly every day (as indicated by either subjective account or observation).
  3. Significant weight loss when not dieting or weight gain (e.g., a change of more than 5% of body weight in a month), or decrease or increase in appetite nearly every day. (**Note:** In children, consider failure to make expected weight gain.)
  4. Insomnia or hypersomnia nearly every day.
  5. Psychomotor agitation or retardation nearly every day (observable by others, not merely subjective feelings of restlessness or being slowed down).
  6. Fatigue or loss of energy nearly every day.
  7. Feelings of worthlessness or excessive or inappropriate guilt (which may be delusional) nearly every day (not merely self-reproach or guilt about being sick).
  8. Diminished ability to think or concentrate, or indecisiveness, nearly every day (either by subjective account or as observed by others).
  9. Recurrent thoughts of death (not just fear of dying), recurrent suicidal ideation without a specific plan, or a suicide attempt or a specific plan for committing suicide.

---

# DIAGNOSTIC AND STATISTICAL MANUAL OF MENTAL DISORDERS

FIFTH EDITION

# DSM-5™

---

# OMOSSESUALITÀ

## DSM-I (1952)

38

### MENTAL DISORDERS

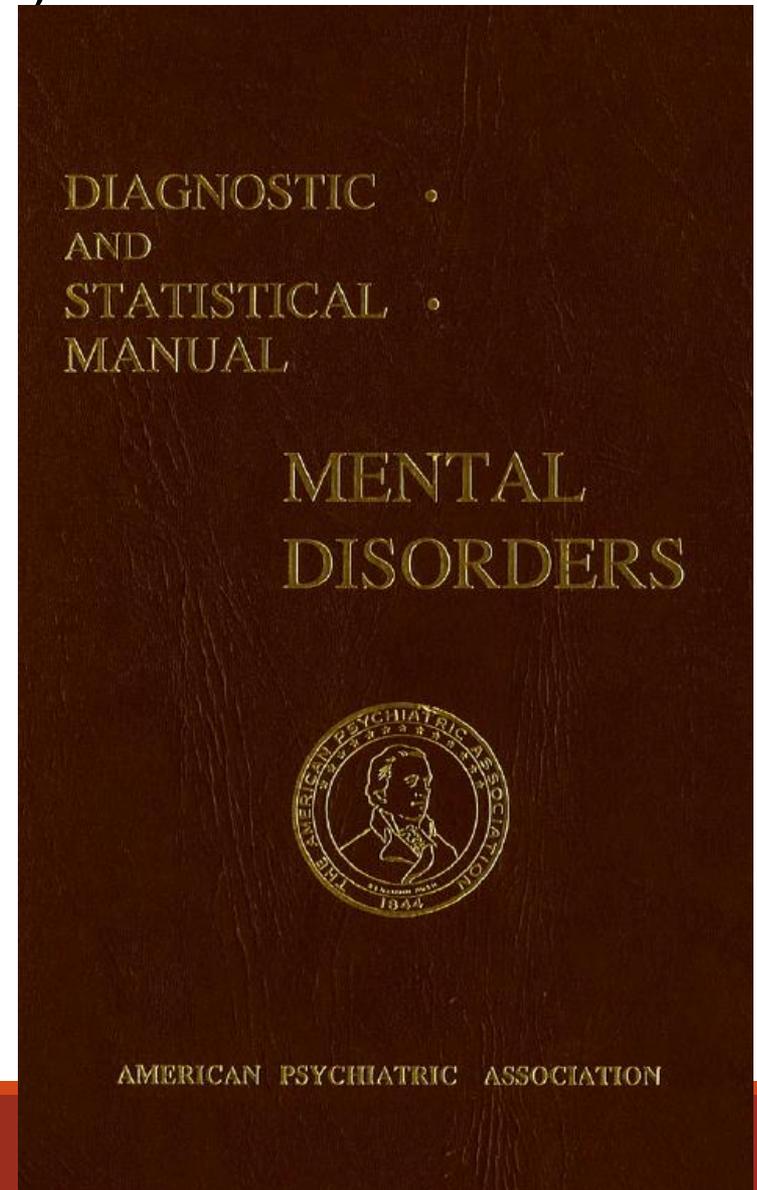
#### 000-x60 SOCIOPATHIC PERSONALITY DISTURBANCE

Individuals to be placed in this category are ill primarily in terms of society and of conformity with the prevailing cultural milieu, and not only in terms of personal discomfort and relations with other individuals. However, sociopathic reactions are very often symptomatic of severe underlying personality disorder, neurosis, or psychosis, or occur as the result of organic brain injury or disease. Before a definitive diagnosis in this group is employed, strict attention must be paid to the possibility of the presence of a more primary personality disturbance; such underlying disturbance will be diagnosed when recognized. Reactions will be differentiated as defined below.

#### 000-x63 Sexual deviation

This diagnosis is reserved for deviant sexuality which is not symptomatic of more extensive syndromes, such as schizophrenic and obsessional reactions.

The term includes most of the cases formerly classed as "psychopathic personality with pathologic sexuality." The diagnosis will specify the type of the pathologic behavior, such as homosexuality, transvestism, pedophilia, fetishism and sexual sadism (including rape, sexual assault, mutilation).



# DSM-II (1968)

## V. PERSONALITY DISORDERS AND CERTAIN OTHER NON-PSYCHOTIC MENTAL DISORDERS (301—304)

### 302 Sexual deviations

This category is for individuals whose sexual interests are directed primarily toward objects other than people of the opposite sex, toward sexual acts not usually associated with coitus, or toward coitus performed under bizarre circumstances as in necrophilia, pedophilia, sexual sadism, and fetishism. Even though many find their practices distasteful, they remain unable to substitute normal sexual behavior for them. This diagnosis is not appropriate for individuals who perform deviant sexual acts because normal sexual objects are not available to them.

#### 302.0 Homosexuality

#### 302.1 Fetishism

#### 302.2 Pedophilia

#### 302.3 Transvestitism

#### 302.4 Exhibitionism

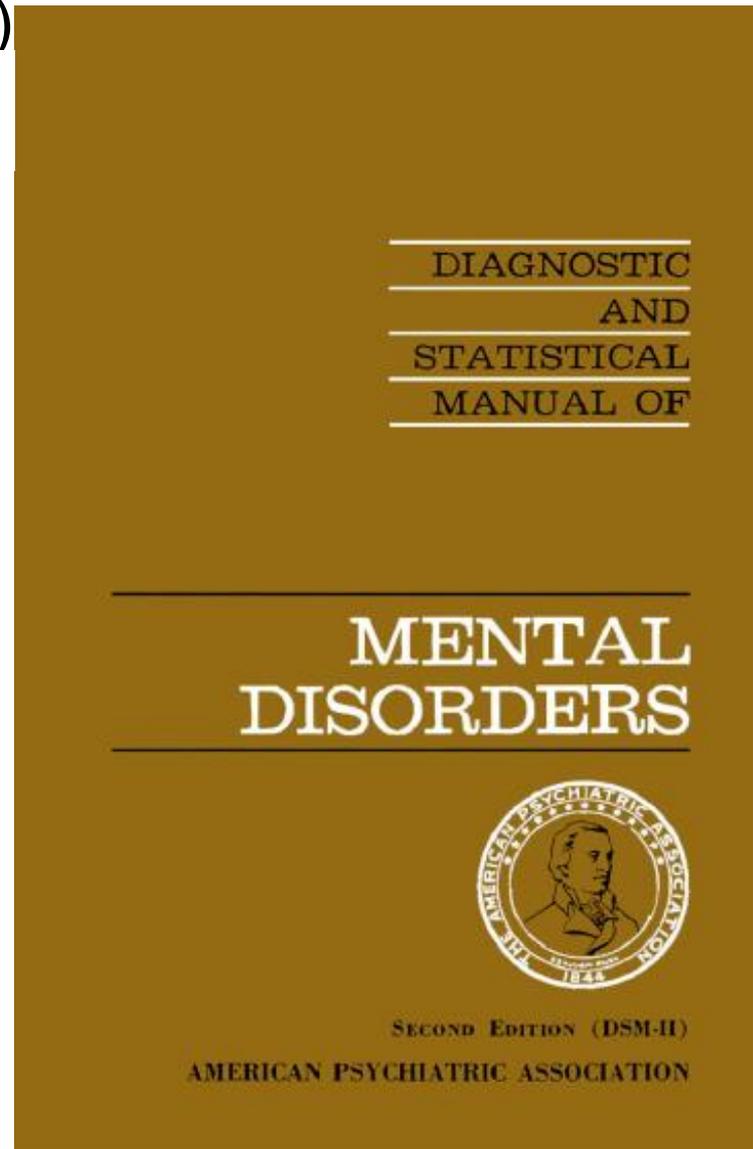
#### 302.5\* Voyeurism\*

#### 302.6\* Sadism\*

#### 302.7\* Masochism\*

#### 302.8 Other sexual deviation

#### [302.9 Unspecified sexual deviation]



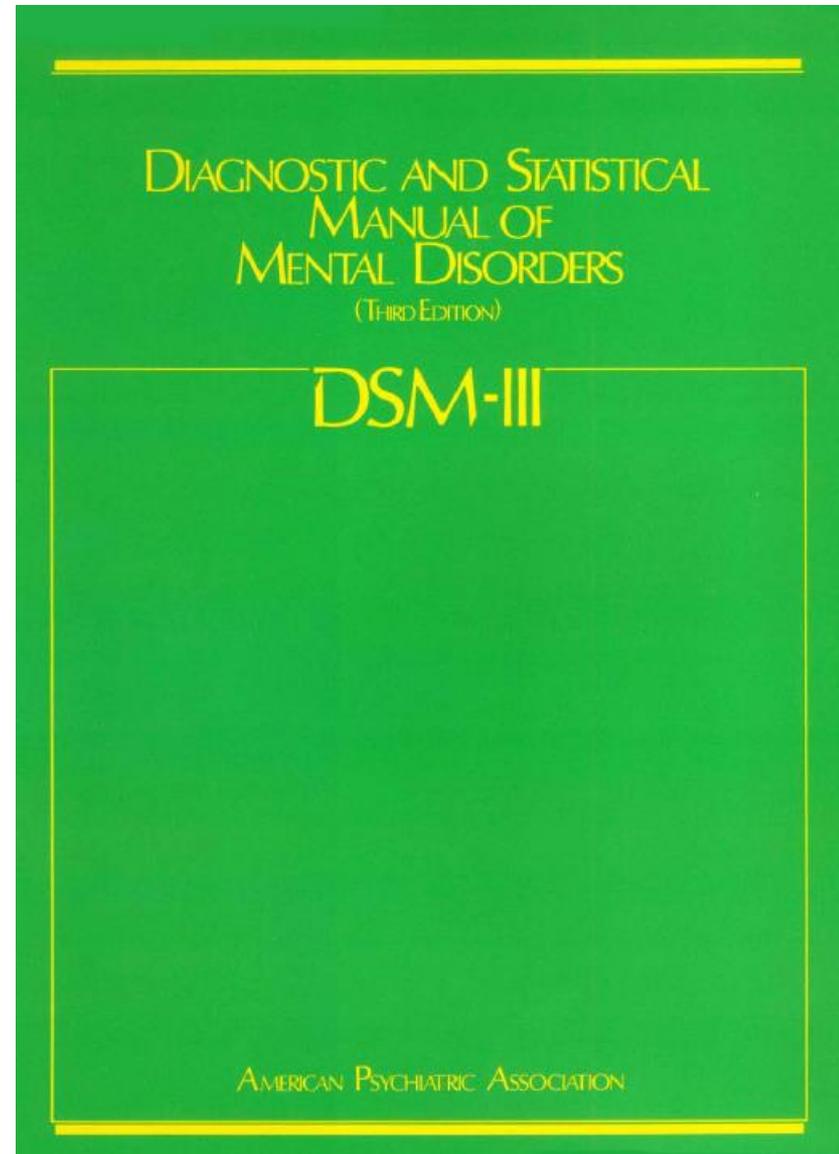
In 1973, the American Psychiatric Association (APA) removed the diagnosis of “homosexuality” from the second edition of its Diagnostic and Statistical Manual (DSM)

# DSM-III (1980)

## Psychosexual Disorders

### Diagnostic criteria for Ego-dystonic Homosexuality

- A. The individual complains that heterosexual arousal is persistently absent or weak and significantly interferes with initiating or maintaining wanted heterosexual relationships.
- B. There is a sustained pattern of homosexual arousal that the individual explicitly states has been unwanted and a persistent source of distress.

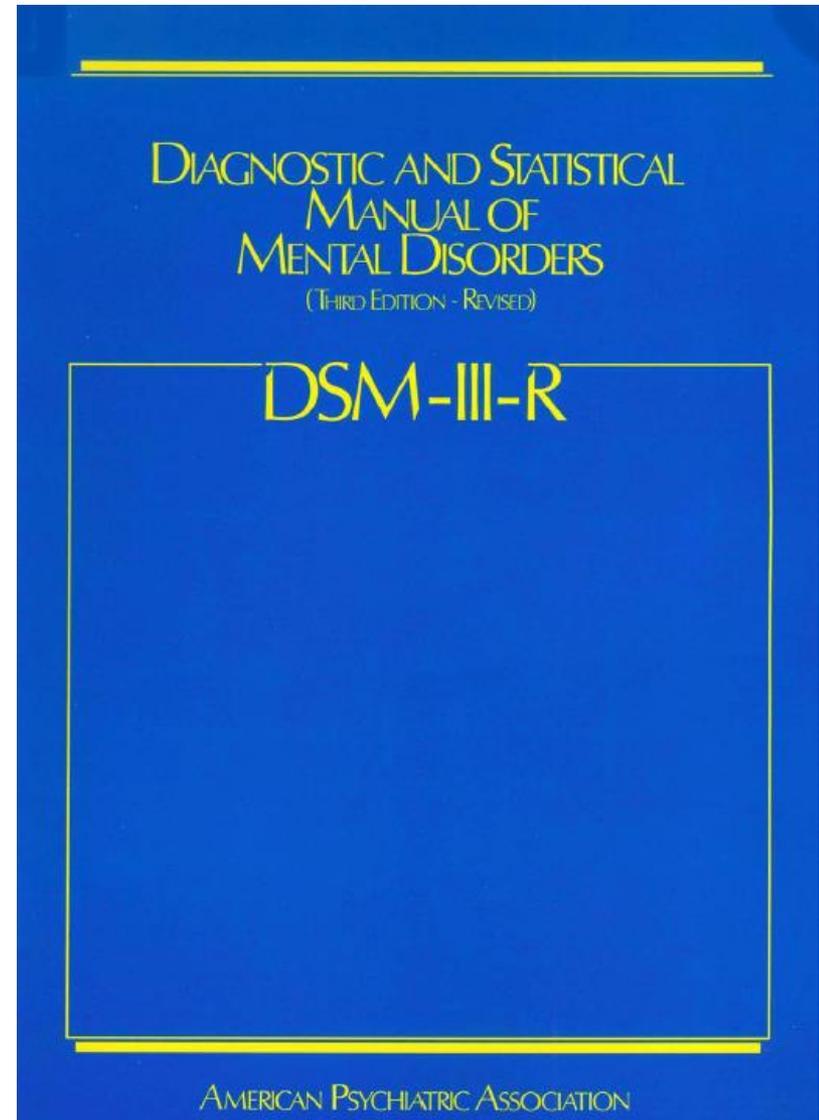


# DSM-III-R (1987)

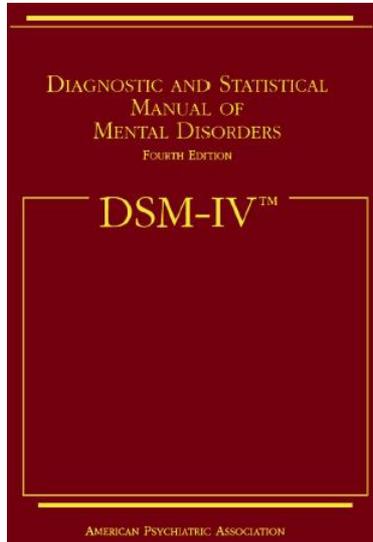
## Diagnostic criteria for 302.50 Transsexualism

- A. Persistent discomfort and sense of inappropriateness about one's assigned sex.
- B. Persistent preoccupation for at least two years with getting rid of one's primary and secondary sex characteristics and acquiring the sex characteristics of the other sex.
- C. The person has reached puberty.

**Specify history of sexual orientation: asexual, homosexual, heterosexual, or unspecified.**

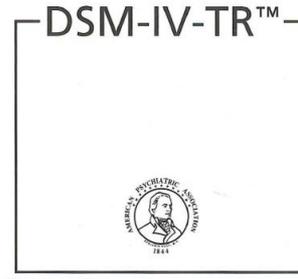


## DSM-IV (1994)



## DSM-IV-TR (2000)

DIAGNOSTIC AND STATISTICAL  
MANUAL OF  
MENTAL DISORDERS  
FOURTH EDITION  
TEXT REVISION



Published by the  
American Psychiatric Association  
Washington, DC

## DSM-5 (2013)

DIAGNOSTIC AND STATISTICAL  
MANUAL OF  
MENTAL DISORDERS  
FIFTH EDITION

DSM-5™

Omosessualità non più menzionata tra i criteri diagnostici

# Le basi del colloquio diagnostico con il DSM-5

Sintomi = resoconto soggetti da parte di una persona di una anomalia

Segni = esiti oggettivi manifestati dalla persona

In psichiatria, i segni sono di solito considerati più eloquenti dei sintomi, poiché i primi sono osservabili. Comunque, sia i segni sia i sintomi sono passibili di interpretazioni

Ad esempio, una persona che piange (segno) può indicare sia un grande dolore sia un'allergia. Quindi, lo stesso segno può avere interpretazioni molto diverse se svincolato dalla persona che porta il segno

È importante ricordare che i segni e i sintomi psichiatrici spesso esistono nelle terre di confine tra ciò che è normale e ciò che è patologico. Chiaramente, interpretare tali segni e sintomi è difficile, e il rischio di una diagnosi sbagliata è alto, per cui abbiamo una responsabilità etica nel fare una diagnosi il più accurata possibile alla persona che abbiamo davanti.

Quando si conduce un colloquio diagnostico, si produce una diagnosi. Le diagnosi prodotte da un colloquio basato sul DSM-5 si definiscono *disturbi* (disorders), piuttosto che *malattia* (illnesses) o *patologie* (diseases). Sebbene tutte e tre i sintomi indichino una compromissione del funzionamento normale, il termine *disturbo* riconosce esplicitamente che la sofferenza mentale presente è dovuta ad una complessa interazione di fattori biologici, sociali, culturali e psicologici.

# Esame dello stato mentale

Lo stato mentale consiste nella espressione delle risposte emotive, umore, funzioni cognitive e personalità di una data persona.

Le seguenti dimensioni sono generalmente considerate:

- 1) Aspetto e comportamento
- 2) Linguaggio
- 3) Umore e affetto
- 4) Pensiero
- 5) Funzioni cognitive (memoria, percezione, etc.)
- 6) Giudizio
- 7) Insight e autopercezione

# Aspetto e comportamento

Aspetto generale:

- Corporatura e peso
- Appare a suo agio oppure no
- Salute fisica
- Cura di sè e igiene
- Abbigliamento
- Facies (espressione facciale)

# Aspetto e comportamento

Comprensione:

- Adeguata o compromessa

Postura:

- Tipica o atipica (es. cuscino psicologico)

Atteggiamento sociale:

- Normotipico, eccessivo, diminuito

# Aspetto e comportamento

Atteggiamento verso

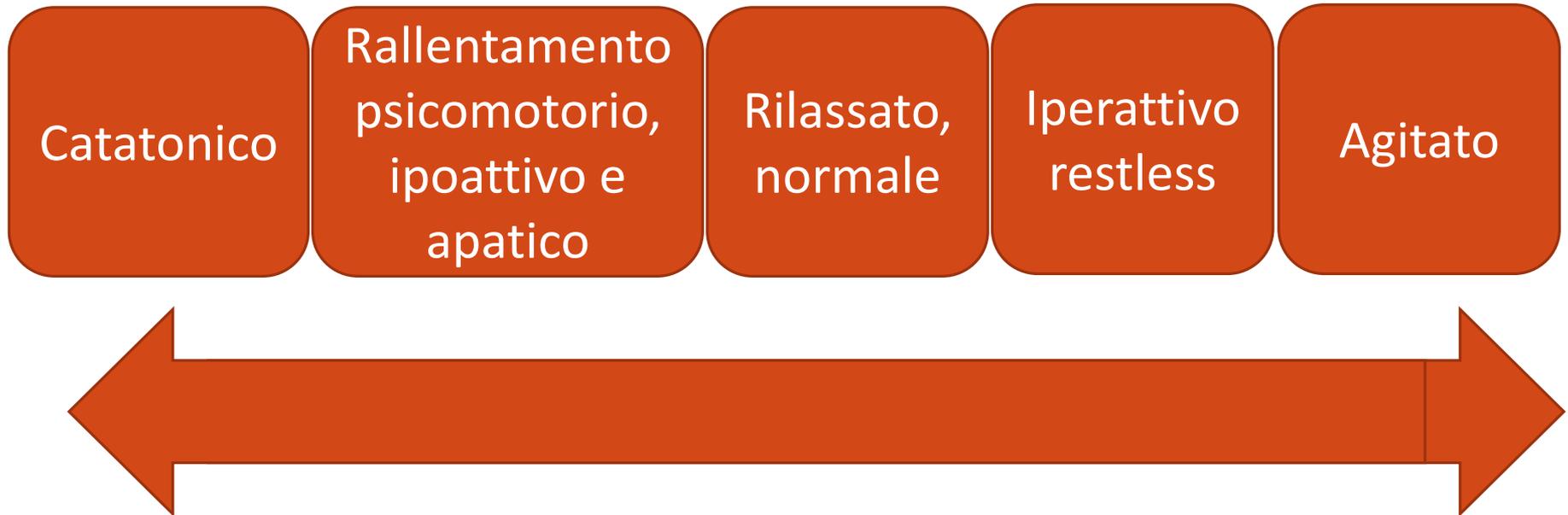
- Oppositivo

l'intervistatore:

- Coopertivo
- Difeso
- Sprezzante
- Guardingo
- Ipervigile
- Suggestionabile
- Attento
- Poco interessato
- Distaccato
- Evitante

# Aspetto e comportamento

## Spettro motorio



# Linguaggio

Produzione:

- Presente-assente
- Spontaneo
- Iper/ipo-produzione
- Veloce-rapido
- Pressione-povertà del linguaggio

Volume:

- Aumentato-diminuito

# Linguaggio

Ritmo:

- Fluido
- Blocchi
- Tangenziale
- Perseverazione
- Fuga di idee...

# Affetto e Umore

L'affetto è l'espressione esterna di come la persona si sente a livello soggettivo

Due componenti dell'affetto:

- 1) Espressione dell'affetto
- 2) Congruenza o incongruenza

Si registra anche l'affetto soggettivo, ovvero cosa la persona riporta di percepire

# Affetto e Umore

L'umore viene definito (qui) come lo stato emotivo, piuttosto che la sua espressione.

Tende a persistere nel tempo (a differenza delle emozioni)

Due caratteristiche:

- 1) Gamma
- 2) Labilità

Possibili sintomi associate all'umore: anedonia e sintomi vegetativi

# Affetto e Umore

Depresso -  
disforico

Eutimico

euforico



# Pensiero

Il pensiero viene definito come l'insieme dei processi tramite i quali le persone interpretano il mondo e creano connessioni tra i diversi contenuti mentali

Tre caratteristiche:

- 1) Forma del pensiero
- 2) Attenzione
- 3) Velocità del pensiero

# Pensiero

Logico

Circostanziale

Tangenzia  
le

Associaz  
ioni  
allentate

Fuga di  
idee



# Pensiero

Attenzione:

- Distraibile
- Ruminazione
- Preoccupata

Velocità del pensiero:

- Latente
- Racing thoughts

## Insight e autopercezione

Ego congruenza: valutazione personale se il proprio comportamento è congruente o incongruente con la propria personalità

- Ego-sintonico
- Ego-distonico

Egocentrismo: estrema focalizzazione su se stessi, spesso associate con grandiosità

- Presuntuosità
- Grandiosità

Forza dell'io: abilità di far fronte a eventi stressanti e impulse. Se la forza dell'io è ridotta:

Autopunitività

Catastrofizzazione

Etc...



**"GET TO WORK!"**

# PROCESSO DIAGNOSTICO DSM5





## QUADRO GENERALE

Ora le farò alcune domande su problemi o difficoltà che potrebbe avere avuto e mentre ne parleremo prenderò alcuni appunti. Ha qualche domanda prima di iniziare?

Quanti anni ha?  
Con chi vive? (In che tipo di posto vive?)

Ha sempre fatto questo tipo di lavoro?

Sta lavorando in questo momento (percepisce uno stipendio)?

→ SE SÌ: Lavora part-time o a tempo pieno?

SE PART-TIME: Quante ore lavora generalmente a settimana? (Come mai lavora part-time e non a tempo pieno?)

→ SE NO: Per quale motivo? Quando è stata l'ultima volta che ha lavorato? Come si sta mantenendo in questo momento?

SE DISABILE: Attualmente sta percependo una pensione di invalidità?  
Per quale motivo è invalido/a?

SE NON NOTO: C'è mai stato un periodo in cui non le è stato possibile andare al lavoro o a scuola?

SE SÌ: Per quale motivo?

## Storia della malattia attuale

Che cosa l'ha portata qui (questa volta)? (Qual è il problema principale che le crea difficoltà?)

Che cosa stava accadendo nella sua vita quando ciò ha avuto inizio?

Quando si è sentito/a BENE (lo stesso di sempre) l'ultima volta?

## Trattamenti precedenti

*NOTA. Lo scopo di questa sezione del Quadro generale è quello di definire la "panoramica" complessiva della psicopatologia del soggetto nella sua vita. Evita di entrare troppo nei dettagli. Per gli episodi depressivi maggiori, stabilire i sintomi, le terapie farmacologiche, gli altri trattamenti ("Che trattamenti ha fatto per quello?"), l'esordio e le fasi di stabilizzazione ("Quando è cominciato? Quando stava meglio?").*

Quando si è rivolto a qualcuno per la prima volta per problemi emotivi o psichiatrici? (Per che tipo di problemi? Che trattamento/i ha ricevuto? Che farmaci?)

È mai stato/a ricoverato/a in un reparto di psichiatria?

SE SÌ: Per che cosa? (Quante volte?)

SE VIENE DATA UNA RISPOSTA INADEGUATA, METTERE IN DUBBIO CON GENTILEZZA - per es., **Non c'era qualcos'altro? Generalmente le persone non vanno in un ospedale psichiatrico solo perché sono (stanche/nervose/PAROLE SUE).**

È mai stato in trattamento per l'alcol o la droga?

Età (o data)	Descrizione (sintomi, eventi scatenanti)	Trattamento e stabilizzazione
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Continuare con la storia del trattamento a p. 9, se necessario.

## Problemi medici

Come va la sua salute fisica? (Ha avuto altri problemi medici?)

È mai stato/a in ospedale per il trattamento di un problema medico? (Per che cosa?)

Prende dei farmaci, vitamine, o altri integratori alimentari (oltre a quelli di cui mi ha parlato)?

SE SÌ: Che cosa sta prendendo e a che dosaggio?

## Ideazione e comportamento suicidario

INDAGARE I PENSIERI: Ha mai desiderato di essere morto o di poter andare a letto e non svegliarsi? (Me ne parli.)

→ SE NO: SALTARE AI **TENTATIVI DI SUICIDIO**, SOTTO.

→ SE SÌ: Ha avuto questi pensieri nell'ultima settimana (incluso oggi)?

→ SE NO: SALTARE AI **TENTATIVI DI SUICIDIO**, SOTTO.

→ SE SÌ: INDAGARE L'INTENZIONE: Ha avuto un forte desiderio di uccidersi in qualche momento della scorsa settimana? (Me ne parli.) Nell'ultima settimana ha avuto l'intenzione di provare a uccidersi? (Me ne parli.)

VERIFICARE I PIANI E I METODI: Nell'ultima settimana, ha pensato a come avrebbe potuto farlo realmente? (Mi parli di cosa stava pensando di fare.) Ha pensato a che cosa avrebbe dovuto fare per metterlo in pratica? (Me ne parli. Aveva i mezzi per farlo?)

## Tentativi di suicidio

VERIFICARE IL TENTATIVO: Ha mai provato a uccidersi?

→ SE NO: Ha mai fatto qualcosa per farsi del male?

SE NO: VAI AD **ALTRI PROBLEMI ATTUALI**, SOTTO.

→ SE SÌ: Che cosa ha fatto? (Mi dica cosa è successo). Stava cercando di porre fine alla sua vita?

SE PIÙ DI UN TENTATIVO: Quale tentativo ha avuto le conseguenze mediche più gravi (andare al pronto soccorso, avere bisogno di un ricovero, necessitare di cure in terapia intensiva)?

Ha fatto dei tentativi di suicidio la scorsa settimana (incluso oggi)?

## Altri problemi attuali

Ha avuto un qualsiasi altro problema nell'ultimo mese? (Come stanno andando le cose al lavoro, a casa e con le altre persone?)

Come è stato il suo umore?

Nell'ultimo mese quanto ha bevuto?

Quando beve, con chi è generalmente? (Di solito è da solo/a o con altre persone?)

Nell'ultimo mese, ha mai fatto uso di sostanze illegali o stupefacenti? Che cosa mi dice dell'assumere più farmaci di quanti non le fossero stati prescritti o del finire i farmaci prima del dovuto?

## A. EPISODI DELL'UMORE

EPISODIO DEPRESSIVO MAGGIORE ATTUALE		CRITERI PER IL DISTURBO DEPRESSIVO MAGGIORE	
Ora le farò alcune domande sul suo umore.		A. 5 (o più) dei seguenti sintomi sono stati contemporaneamente presenti durante un periodo di 2 settimane e rappresentano un cambiamento rispetto al precedente livello di funzionamento; almeno uno dei sintomi è: 1) umore depresso, o 2) perdita di interesse o piacere.	
A1	<p><b>Nell'ultimo mese, da (1 MESE FA), c'è stato un periodo durante il quale si è sentito/a depresso/a o giù di morale per la maggior parte del tempo, quasi ogni giorno? (Qualcuno le ha detto che sembrava triste, giù di morale o depresso/a?)</b></p> <p>SE NO: <b>Che cosa mi dice del sentirsi triste, vuoto/a o senza speranza per la maggior parte del tempo, quasi ogni giorno?</b></p> <p>SE SÌ A QUALUNQUE DELLE PRECEDENTI: <b>Come è stato? Quanto è durato? (Almeno 2 settimane?)</b></p>	1. Umore depresso per la maggior parte del giorno, quasi tutti i giorni, come riportato dall'individuo (per es., si sente triste, vuoto/a, disperato/a), o come osservato da altri (per es., appare lamentoso/a).	- + A1
A2	<p>SE LA DOMANDA PRECEDENTE È STATA VALUTATA "+": <b>Durante quel periodo, provava meno interesse o piacere per le cose che di solito le piacevano? (Come è stato?)</b></p> <p>SE LA DOMANDA PRECEDENTE È STATA VALUTATA "-": <b>Che cosa mi dice del periodo a partire da (1 MESE FA) quando ha perso interesse o piacere per le cose che di solito le piacevano? (Come è stato?)</b></p> <p>SE SÌ A QUALUNQUE DELLE PRECEDENTI: <b>Le succedeva quasi ogni giorno? Quanto è durato? (Almeno 2 settimane?)</b></p>	2. Marcata diminuzione di interesse o piacere per tutte o quasi tutte le attività per la maggior parte del giorno, per quasi tutti i giorni (come indicato dal resoconto soggettivo o dall'osservazione).	- + A2
SE SIA A1 SIA A2 SONO STATE VALUTATE "-" PER IL MESE CORRENTE, continuare con <b>A15</b> (Pregresso episodio depressivo maggiore), p. 13.			
PER LE DOMANDE SEGUENTI, CONCENTRARI SULLE 2 SETTIMANE PEGGIORI DELL'ULTIMO MESE:			
<b>Durante (PERIODO DI 2 SETTIMANE)...</b>			
A3	<p><b>...com'era il suo appetito? (Come era rispetto al suo appetito abituale? Ha dovuto obbligarsi a mangiare? Ha mangiato [più/meno] del solito? È capitato quasi ogni giorno? Ha perso o preso peso?)</b></p> <p>SE SÌ: <b>Quanto? (Stava provando a [prendere/perdere] peso?)</b></p>	3. Significativa perdita di peso, non dovuta a dieta, o aumento di peso (per es., un cambiamento del peso superiore al 5% del peso corporeo in 1 mese), oppure diminuzione o aumento dell'appetito quasi tutti i giorni.	- + A3

A4	<p>...come dormiva? (Ha avuto problemi nell'addormentarsi, risvegli frequenti, problemi ad avere un sonno continuo, si svegliava troppo presto OPPURE dormiva troppo?)</p> <p>Quante ore di sonno (inclusi i pisolini) sta facendo? Quante ore di sonno faceva generalmente prima di diventare (depresso/a/PAROLE SUE)? Le è capitato quasi ogni notte?</p>	4. Insonnia o ipersonnia quasi tutti i giorni.	-	+	A4
A5	<p>...era così teso/a o agitato/a da non riuscire a stare fermo/a?</p> <p>Che cosa mi dice del contrario - parlare più lentamente, oppure muoversi più lentamente di quanto non sia normale per lei, come se si stesse muovendo nella melassa o nel fango?</p> <p>(In entrambi i casi, stava così male che lo hanno notato anche le altre persone? Che cosa hanno notato? Le è capitato quasi ogni giorno?)</p>	5. Agitazione o rallentamento psicomotorio quasi tutti i giorni (osservabile dagli altri; non semplicemente sentimenti soggettivi di essere irrequieto/a o rallentato/a).	-	+	A5
A6	<p>...come erano le sue energie? (Si sentiva sempre stanco/a? Quasi ogni giorno?)</p>	6. Faticabilità o mancanza di energia quasi tutti i giorni.	-	+	A6
A7	<p>...si sentiva inutile?</p> <p>Che cosa mi dice del sentirsi in colpa per cose che aveva o non aveva fatto?</p> <p>SE SÌ: Che tipo di cose? (Questo era così solo perché non poteva prendersi cura delle cose da quando si sentiva male?)</p> <p>SE SÌ A UNA DELLE PRECEDENTI: Quasi ogni giorno?</p>	7. Sentimenti di autosvalutazione o di colpa eccessivi e inappropriati (che possono essere deliranti), quasi tutti i giorni (non semplicemente autoaccusa, o sentimenti di colpa per il fatto di essere ammalato/a).	-	+	A7
A8	<p>...ha avuto difficoltà a pensare o a concentrarsi? Le riusciva difficile prendere decisioni sulle cose di tutti i giorni? (Che cosa lo rendeva difficile? Quasi tutti i giorni?)</p>	8. Ridotta capacità di pensare o di concentrarsi, o indecisione, quasi tutti i giorni (come impressione soggettiva o osservata dagli altri).	-	+	A8
A9	<p>...le cose andavano così male che ha pensato molto alla morte o al fatto che sarebbe stato/a meglio da morto/a? Ha pensato di togliersi la vita?</p> <p>SE SÌ: Ha fatto qualcosa a questo proposito? (Che cosa ha fatto? Ha fatto qualche progetto specifico? Ha fatto delle azioni per prepararlo? Ha effettivamente messo in atto un tentativo di suicidio?)</p>	9. Pensieri ricorrenti di morte (non solo paura di morire), ricorrente ideazione suicidaria senza un piano specifico o un tentativo di suicidio o un piano specifico per commettere suicidio.	-	+	A9
A10		*ALMENO 5 DEI SINTOMI DEL CRITERIO A RIPORTATI (A1-A9) SONO VALUTATI +*.	NO	SÌ	A10

Continua con **A15**, Progresso episodio depressivo maggiore, p. 13.

Continua con **A11**, pagina seguente.

A. Marked fear or anxiety about one or more social situations in which the individual is exposed to possible scrutiny by others. Examples include social interactions (e.g., having a conversation, meeting unfamiliar people), being observed (e.g., eating or drinking), and performing in front of others (e.g., giving a speech).

**Note:** In children, the anxiety must occur in peer settings and not just during interactions with adults.

B. The individual fears that he or she will act in a way or show anxiety symptoms that will be negatively evaluated (i.e., will be humiliating or embarrassing; will lead to rejection or offend others).

C. The social situations almost always provoke fear or anxiety.

**Note:** In children, the fear or anxiety may be expressed by crying, tantrums, freezing, clinging, shrinking, or failing to speak in social situations.

D. The social situations are avoided or endured with intense fear or anxiety.

E. The fear or anxiety is out of proportion to the actual threat posed by the social situation and to the sociocultural context.

F. The fear, anxiety, or avoidance is persistent, typically lasting for 6 months or more.

G. The fear, anxiety, or avoidance causes clinically significant distress or impairment in social, occupational, or other important areas of functioning.

H. The fear, anxiety, or avoidance is not attributable to the physiological effects of a substance (e.g., a drug of abuse, a medication) or another medical condition.

I. The fear, anxiety, or avoidance is not better explained by the symptoms of another mental disorder, such as panic disorder, body dysmorphic disorder, or autism spectrum disorder.

J. If another medical condition (e.g., Parkinson's disease, obesity, disfigurement from burns or injury) is present, the fear, anxiety, or avoidance is clearly unrelated or is excessive.

*Specify if:*

**Performance only:** If the fear is restricted to speaking or performing in public.

**F31**

La paura, l'ansia o l'evitamento non sono meglio spiegati dai sintomi di un altro disturbo mentale; per es., i sintomi non sono limitati alla fobia specifica, tipo situazionale; non coinvolgono solamente situazioni sociali legati esclusivamente a ossessioni (come nel disturbo ossessivo-compulsivo), a difetti o imperfezioni percepiti nell'aspetto fisico (come nel disturbo di dimorfismo corporeo), a ricordi di eventi traumatici (come nel disturbo da stressa post-traumatico), oppure a timore della separazione (come nel disturbo d'ansia di separazione).

NOTA: PRENDERE IN CONSIDERAZIONE IL DISTURBO DI ANSIA SOCIALE SE LA PAURA SI LIMITA ALLE SITUAZIONI SOCIALI.

NO → Vai a **F32** (Disturbo d'ansia sociale), sotto.  
 SI → **F31** → Vai a **F32** (Disturbo d'ansia sociale), sotto.

**Diagnosi: Agorafobia (attuale).** Continua con **F32** (Disturbo d'ansia sociale), sotto.

	DISTURBO D'ANSIA SOCIALE ATTUALE (ULTIMI 6 MESI)	CRITERI DEL DISTURBO D'ANSIA SOCIALE	
<b>F32</b>	<p><b>Negli ultimi 6 mesi, da (6 MESI FA), si è sentito/a particolarmente nervoso/a o ansioso/a nelle situazioni sociali, come avere una conversazione o incontrare persone sconosciute?</b></p> <p>SE NO: C'è qualcosa che ha avuto timore di fare o che si è sentito/a a disagio nel fare di fronte ad altre persone, come parlare, mangiare, scrivere, o usare un bagno?</p> <p>SE SÌ A UNA DELLE PRECEDENTI: Me ne parli. Mi faccia qualche esempio di quando ciò accade.</p>	A. Paura o ansia marcate relative a una o più situazioni sociali nelle quali l'individuo è esposto al possibile esame degli altri. Gli esempi comprendono interazioni sociali (per es., avere una conversazione, incontrare persone sconosciute), essere osservati (per es., mentre si mangia o si beve) ed eseguire una prestazione di fronte ad altri (per es., fare un discorso).	<p>NO → Vai a <b>F42</b> (Disturbo d'ansia generalizzata), p. 71.                      SI → <b>F32</b></p>
<b>F33</b>	<p><b>Che cosa temeva che sarebbe accaduto se si fosse trovato/a in (SITUAZIONI SOCIALI O PRESTAZIONALI TEMUTE)? (Temeva di trovarsi in imbarazzo a causa di ciò che avrebbe potuto dire o di come avrebbe potuto comportarsi? Temeva che ciò l'avrebbe portato/a a essere rifiutato/a dagli altri? Che cosa mi dice del far sentire gli altri in imbarazzo o offenderli a causa di ciò che lei aveva detto o del suo comportamento?)</b></p>	B. L'individuo teme che agirà in modo tale o manifesterà sintomi di ansia che saranno valutati negativamente (cioè saranno umilianti o imbarazzanti; porteranno al rifiuto o risulteranno offensivi per altri).	<p>NO → Vai a <b>F42</b> (Disturbo d'ansia generalizzata), p. 71.                      SI → <b>F33</b></p>
<b>F34</b>	<p><b>Si sente quasi sempre spaventato/a quando si trova in (SITUAZIONI SOCIALI O PRESTAZIONALI TEMUTE)?</b></p>	C. Le situazioni sociali temute provocano quasi invariabilmente paura o ansia.	<p>NO → Vai a <b>F42</b> (Disturbo d'ansia generalizzata), p. 71.                      SI → <b>F34</b></p>

<p><b>F35</b></p> <p><b>Ha fatto di tutto per evitare (SITUAZIONI SOCIALI O PRESTAZIONALI TEMUTE)?</b></p> <p>SE NO: <b>Quanto è difficile per lei stare nelle (SITUAZIONI SOCIALI O PRESTAZIONALI TEMUTE)?</b></p>	<p>D. Le situazioni sociali temute sono evitate oppure sopportate con paura o ansia intense.</p> <p style="text-align: right;">- + <b>F35</b></p> <p>Vai a <b>F42</b> (Disturbo d'ansia generalizzata), p. 71.</p>
<p><b>F36</b></p> <p>SE NON NOTO: <b>Quale direbbe essere il probabile risultato di (AVERE UNO SCARSO RENDIMENTO NELLE SITUAZIONI SOCIALI)?</b></p> <p>(Queste situazioni sono davvero pericolose in qualche modo, come evitare di essere vittima di bullismo o di essere tormentato da qualcuno?)</p>	<p>E. La paura o l'ansia sono sproporzionate rispetto alla reale minaccia posta dalla situazione sociale e al contesto socioculturale.</p> <p style="text-align: right;">- + <b>F36</b></p> <p>Vai a <b>F42</b> (Disturbo d'ansia generalizzata), p. 71.</p>
<p><b>F37</b></p> <p><b>La sua paura o evitamento delle (SITUAZIONI SOCIALI O PRESTAZIONALI TEMUTE) sono stati presenti per la maggior parte del tempo negli ultimi 6 mesi?</b></p>	<p>F. La paura, l'ansia o l'evitamento sono persistenti e durano tipicamente 6 mesi o più.</p> <p style="text-align: right;">- + <b>F37</b></p> <p>Vai a <b>F42</b> (Disturbo d'ansia generalizzata), p. 71.</p>
<p><b>F38</b></p> <p>SE NON CHIARO: <b>Che effetto hanno avuto i (SINTOMI ANSIA SOCIALE) sulla sua vita? PORRE LE SEGUENTI DOMANDE SOLO SE NECESSARIO:</b></p> <p><b>In che modo i (SINTOMI ANSIA SOCIALE) hanno influenzato la sua capacità di avere degli amici o di incontrare persone nuove? (Che cosa mi dice dell'uscire con qualcuno?)</b></p> <p><b>In che modo i (SINTOMI ANSIA SOCIALE) hanno influenzato le sue interazioni con le altre persone, soprattutto persone non familiari?</b></p> <p><b>In che modo i (SINTOMI ANSIA SOCIALE) hanno influenzato la sua capacità di fare cose che richiedono l'interazione con le altre persone a scuola o al lavoro? Che cosa mi dice del fare delle presentazioni o tenere dei discorsi?</b></p> <p><b>Ha evitato di andare a scuola o al lavoro se pensava che sarebbe stato/a messo in una situazione in cui si sarebbe sentito/a a disagio?</b></p> <p><b>In che modo i (SINTOMI ANSIA SOCIALE) hanno compromesso la sua capacità di lavorare, prendersi cura della sua famiglia, o dei bisogni della sua famiglia, o l'essere coinvolto/a in cose che possono essere importanti per lei, come le attività religiose, l'esercizio fisico o gli hobby?</b></p> <p><b>I (SINTOMI ANSIA SOCIALE) hanno influenzato altre aree importanti della sua vita?</b></p> <p>SE I SINTOMI ANSIOSI NON HANNO INTERFERITO CON IL FUNZIONAMENTO: <b>Quanto è stato/a preoccupato/a o turbato/a dall'aver (SINTOMI ANSIA SOCIALE)?</b></p>	<p>G. La paura, l'ansia o l'evitamento causano disagio clinicamente significativo o compromissione del funzionamento in ambito sociale, lavorativo o in altre aree importanti.</p> <p style="text-align: right;">- + <b>F38</b></p> <p>Vai a <b>F42</b> (Disturbo d'ansia generalizzata), p. 71.</p>