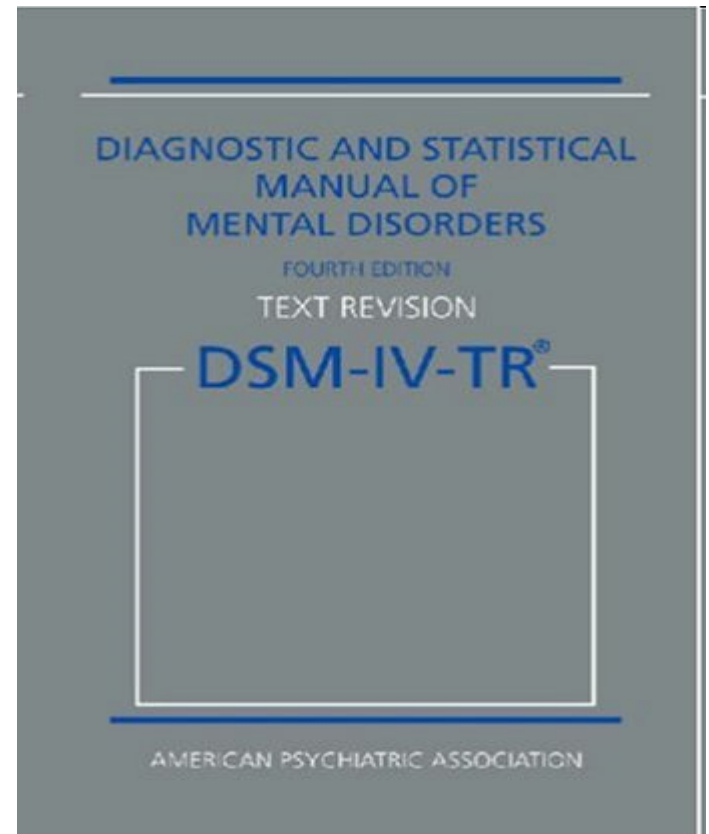


DSM-IV-TR

In vigore fino al 2013



Valutazione multiassiale attraverso il DSM-IV-TR:

- è un sistema multiassiale di classificazione del disturbo mentale e in quanto tale comporta la valutazione su diversi assi, che si riferiscono a un diverso campo di informazioni.
- Comprende cinque assi:
 - Asse I Disturbi Clinici e altre condizioni d' attenzione clinica
 - Asse II Disturbi di Personalità e Ritardo Mentale
 - Asse III Condizioni Mediche Generali
 - Asse IV Problemi Psicosociali ed Ambientali
 - Asse V Valutazione Globale del Funzionamento

ASSE I e II

- L'asse I comprende tutti i disturbi sintomatici, l'Asse II i disturbi di personalità.
- I Disturbi di Personalità sono caratteristiche di personalità divenute così estreme e rigide da causare disagio significativo.
- Se un individuo presenta più di un disturbo (p.e. più disturbi di Asse I oppure più disturbi di Asse II oppure disturbi su entrambi gli assi) si riportano tutti **specificando qual è la diagnosi principale.**

DSM-IV-TR

ASSE I - Disturbi Clinici e Altre condizioni che possono essere oggetto di attenzione clinica

- **Disturbi Solitamente Diagnosticati per la Prima Volta nell' Infanzia, nella Fanciullezza o nell' Adolescenza (*escluso il Ritardo Mentale, diagnosticato sull' Asse II*)**
- **Delirium, Demenza, e Disturbi Amnesici e Altri Disturbi Cognitivi**
- **Disturbi Mentali Dovuti ad una Condizione Medica Generale**
- **Disturbi Correlati a Sostanze**
- **Schizofrenia ed Altri Disturbi Psicotici**
- **Disturbi dell' Umore**
- **Disturbi d' Ansia**
- **Disturbi Somatoformi**
- **Disturbi Fittizi**
- **Disturbi Dissociativi**
- **Disturbi Sessuali e dell' Identità di Genere**
- **Disturbi dell' Alimentazione**
- **Disturbi del Sonno**
- **Disturbi del Controllo degli Impulsi Non Classificati Altrove**
- **Disturbi dell' Adattamento**
- **Altre condizioni che possono essere oggetto di attenzione clinica**

Cluster A: D. eccentrici o bizzarri

- Paranoide (quadro caratterizzato da sfiducia e sospettosità)
- Schizoide (quadro caratterizzato da distacco sociale e ristretta gamma emozionale)
- Schizotipico (quadro caratterizzato da disagio nelle relazioni strette, distorsioni cognitive o percettive, eccentricità)

Cluster B: D. Emotivi o esplosivi (o amplificativi)

- Antisociale (quadro caratterizzato da inosservanza e violazione delle leggi)
- Borderline (quadro caratterizzato da instabilità nelle relazioni personali, nel concetto di sé, nelle emozioni)
- Istrionico (quadro caratterizzato da emotività eccessiva e da ricerca di attenzione)
- Narcisistico (quadro caratterizzato da grandiosità, necessità di ammirazione, e mancanza di empatia)

DSM-IV-TR: Asse II - disturbi di personalità

Cluster C:

D. Ansiosi o timorosi

- Evitante (quadro caratterizzato da inibizione, sentimenti di inadeguatezza, e ipersensibilità ai giudizi negativi)
- Dipendente (quadro caratterizzato da comportamento sottomesso e adesivo legato ad un eccessivo bisogno di essere accuditi)
- Ossessivo-Compulsivo (quadro caratterizzato da preoccupazione per l'ordine, perfezionismo ed esigenze di controllo)

ASSE I ed ASSE II

- La distinzione fra disturbi sintomatici e di personalità è tutt' ora oggetto di controversia e spesso è difficile distinguerli, così come difficile risulta indicare qual è il disturbo principale.
- Esistono delle semplici regole empiriche che si possono seguire per distinguere i disturbi relativi ai due assi.

Regole empiriche per la distinzione fra disturbi di ASSE I ed ASSE II

1. Dal momento che la personalità è una caratteristica stabile delle persone, i disturbi di personalità (DP) tendono ad essere anch' essi ***stabilmente presenti*** e a cronicizzarsi ed accentuarsi nel tempo.
2. I DP tendono ad avere ***effetti pervasivi*** nella vita delle persone mentre i disturbi sintomatici tendono a riguardare specifiche aree di funzionamento
3. I DP tendono ad essere ***ego-sintonici*** al contrario dei disturbi sintomatici che sono tipicamente ego-distonici e si accompagnano a disagio rilevante per la persona

ASSE III

- Comprende le Condizioni mediche generali in atto potenzialmente rilevanti per la compromissione o il trattamento del disturbo mentale dell' individuo.
 - Queste condizioni sono classificate secondo i criteri e i codici ICD.
- Se un disturbo mentale è la conseguenza diretta di una condizione medica generale, sull' Asse I va indicato Disturbo mentale dovuto a una condizione medica e la condizione medica dovrebbe essere registrata sia sull' Asse I che sull' Asse III. Se la relazione etiologica non è così definita, si codifica sull' Asse I il disturbo mentale e sull' Asse III la condizione medica generale.

ASSE IV

- Si riportano i problemi psicosociali e ambientali che possono influenzare la diagnosi, il trattamento e la prognosi dei disturbi mentali (Asse I e Asse III).
 - Essi comprendono ad esempio: Problemi con il gruppo di supporto principale, Problemi di istruzione, Problemi lavorativi etc.
- Se un individuo presenta problemi psicosociali e ambientali multipli, il clinico può annotare tutti quelli che ritiene rilevanti. Quando un problema psicosociale o ambientale è al centro dell'attenzione clinica va registrato sull'Asse I, nell'ambito della sezione "Altre condizioni che possono essere oggetto di attenzione clinica".

ASSE V

- Su questo asse si riporta il giudizio del clinico sul livello di funzionamento globale.
- Il funzionamento globale viene riportato sull' asse V tramite la scala per la Valutazione Globale del Funzionamento (VGF).
- La scala VGF è divisa in dieci ambiti di funzionamento. Il clinico è chiamato a fare una valutazione scegliendo il valore che meglio riflette il livello di funzionamento globale (i.e., psicologico, sociale e lavorativo) dell' individuo.

SCALA PER LA VALUTAZIONE GLOBALE DEL FUNZIONAMENTO

Il punteggio della VGF va da 1 a 100
(1=funzionamento globale estremamente
compromesso; 100=FG eccellente) e va riportato
sull' Asse V, seguita dal periodo di tempo a cui si
riferisce.

VANTAGGI DELL'APPROCCIO CATEGORIALE/TASSONOMICO

- ***Semplicità della concettualizzazione***
 - È più semplice valutare la presenza/assenza di un disturbo trascurando l'eventuale presenza di sintomi non compatibili
- ***Familiarità***
 - La maggior parte dei clinici ha, ormai, notevole familiarità con il sistema diagnostico categoriale condiviso dalla maggior parte dei colleghi medici

Limiti dell'approccio categoriale

Scarsa validità:

- *difficoltà nel distinguere classi teoricamente diverse*: Il DSM-IV è una classificazione categoriale che suddivide i disturbi mentali sulla base di **insiemi di criteri con caratteristiche descrittive**. Non vi sono, però, conferme che ogni categoria di disturbo sia un'entità totalmente distinta

Definizione delle diagnosi multiple

- Quando si fa più di una diagnosi a un individuo
 - la “diagnosi principale” è la condizione ritenuta responsabile dell’eventuale ricovero o della richiesta posta al clinico
- I casi di “doppia diagnosi” (es., schizofrenia e Intossicazione da anfetamine) sono molto frequenti e spesso può non essere chiaro quale quadro sintomatologico debba essere considerato “principale”, poiché ciascuna condizione può avere ugualmente contribuito a rendere necessari il ricovero e il trattamento

Limiti dell'approccio categoriale

Scarsa attendibilità

- *Disomogeneità dei quadri sindromici inclusi entro una stessa classe.* Non tutti i quadri clinici inclusi all'interno dello stesso disturbo sono simili da tutti i punti di vista. Infatti, data l'eterogeneità delle presentazioni cliniche il DSM-IV ha dovuto includere insiemi di criteri politetici, rispetto ai quali è necessario per un individuo solo un sottogruppo di una lista più lunga (Es. la diagnosi di disturbo borderline di personalità richiede solo 5/9 criteri).

Altri indici della problematicità dell'approccio categoriale

- La forte comorbilità riscontrabile nella maggior parte dei disturbi mentali
- La difficoltà frequente di identificare chiare manifestazioni sindromiche opposta alla maggiore frequenza delle sindromi “non Altrimenti specificate”
- La presenza anche in popolazioni non cliniche di comportamenti tipici del disturbo mentale
- La causalità multipla (fattori predisponenti, precipitanti e perpetuanti di varia natura: biologici, psicologici, sociali)
- Il relativismo storico-culturale di molti criteri diagnostici e il cambiamento dei criteri diagnostici nel tempo

sono fra i principali elementi addotti dai critici dell'approccio categoriale. Ad esso oppongono un approccio al disagio mentale di tipo dimensionale o, in altri termini, l'idea che esista un continuum lungo specifici spettri cognitivi, comportamentali ed affettivi, fra la normalità e la patologia.

Inoltre,

questo tipo di sistema diagnostico mal si addice a molti approcci teorici caratteristici della psicologia in quanto tiene conto solo della fenomenologia-sintomatologia e poco o affatto di altre caratteristiche come, ad esempio, il riferimento a processi mentali inconsci e alle difese

APPROCCI CHE NON CONDIVIDONO QUESTE PROBLEMATICHE

- Gli approcci dimensionali non condividono queste problematiche
- Partono dall'assunto che la sintomatologia sia il risultato dell'accentuazione di caratteristiche presenti anche nella popolazione "sana"
- Differiscono rispetto al numero e al tipo di *continua* identificati

LA PSICOPATOLOGIA SECONDO L'APPROCCIO DIMENSIONALE

- In un'ottica dimensionale, quindi, i quadri sintomatologici possono essere descritti attraverso un numero ridotto di dimensioni o continua piuttosto che attraverso un numero elevato di categorie.
- Specifici gruppi di sintomi che si manifestano contemporaneamente possono costituire delle sindromi che, a loro volta, possono raggrupparsi entro famiglie di disturbi
- In questo modo, differenze nelle manifestazioni sintomatologiche fra le persone possono essere descritte a vari livelli di generalità (da differenze più specifiche a differenze più generali o astratte) o facendo ricorso a profili.

VANTAGGI DELL'APPROCCIO DIMENSIONALE

- I principali vantaggi di una descrizione dimensionale sono:
 - Risoluzione della maggior parte dei problemi di classificazione precedentemente enunciati
 - Spiegazione migliore della varietà delle situazioni cliniche e della presenza di sintomi anche nella popolazione non clinica
 - Flessibilità: si possono ottenere gli stessi vantaggi dell'approccio categoriale includendo, semplicemente, dei cut-off points

L'ESAME PSICODIAGNOSTICO SECONDO UN APPROCCIO DIMENSIONALE

In quest'ottica,

- l'esame psicodiagnostico **non** consiste nell'identificazione di una categoria diagnostica che si applichi al caso, sebbene possa comportare anche l'individuazione di classi sintomatologiche consensualmente riconosciute

ma

- è finalizzato all'identificazione dei fattori etiologici, delle aree comportamentali e psicologiche compromesse, delle risorse su cui contare nel percorso terapeutico
- Inoltre, un assessment dimensionale tiene conto di tutte le dimensioni anche se solo pochi sintomi sono presenti per ognuna

Limiti dell'approccio dimensionale:

- Anche l'approccio dimensionale ha dei limiti e in particolare:
 - 1) Non è chiaro quali e quante dimensioni servano per descrivere i vari disturbi mentali
 - 2) La diagnosi dimensionale è più complessa e meno fruibile da parte sia del clinico che del paziente

II DSM-5

Principali cambiamenti introdotti nel DSM-5:

1) da sistema multiassiale a sistema non assiale

DSM-IV-TR

Asse I Disturbi clinici

Asse II Disturbi dello sviluppo e disturbi della personalità

Asse III Condizioni mediche generali

Asse IV Problemi psicosociali e ambientali

Asse V Scala della valutazione globale del funzionamento (Scala VGF)

DSM-5

Diagnosi psichiatriche e mediche

Si annota anche la presenza di problemi psicosociali che possono avere influenzato o influenzare la diagnosi, come parte integrante di questa

Specifiche scale di valutazione per ogni disturbo



Il riferimento alla valutazione ICF della disabilità e del funzionamento

La scala VGF non ha dato prova di ottimo funzionamento

Cambiamenti introdotti nel DSM-5:

2) inclusione di una valutazione dimensionale

- Il DSM-IV-TR è una classificazione categoriale a tutti gli effetti:
 - Se è soddisfatto un numero minimo di criteri → il disturbo viene diagnosticato, altrimenti no
 - La letteratura relativa a quale sia la frequenza minima di sintomi per riconoscere un disturbo o se i cut-off stabiliti sono appropriati è scarsa
- Il DSM-5 mantiene l'approccio categoriale
 - La categoria NOS ("Not Otherwise Specified") risulta ancora presente
- ◉ VIENE AGGIUNTA, per ogni categoria, una valutazione dimensionale della gravità

3a) Riorganizzazione delle classi diagnostiche

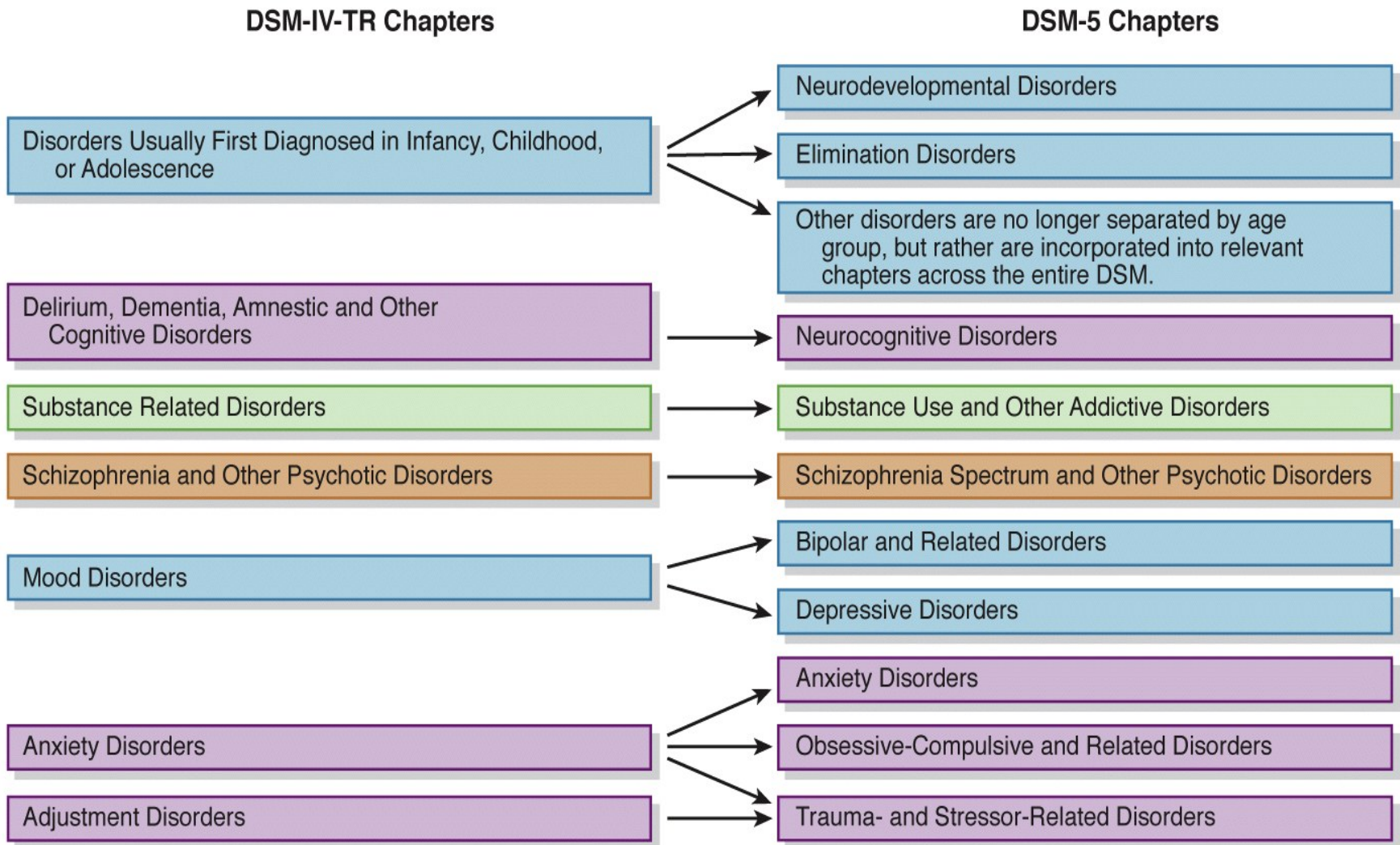


Figure 3.3 part 1

3b) Riorganizzazione delle classi diagnostiche

DSM-IV-TR Chapters

Somatoform Disorders

Dissociative Disorders

Sexual and Gender Identity Disorders

Eating Disorders

Sleep Disorders

Impulse–Control Disorders Not Elsewhere Classified

Personality Disorders

Factitious Disorders

Mental Disorders Due to a General Medical Condition

Other Conditions That May Be a Focus of Clinical Attention

DSM-5 Chapters

Somatic Symptom Disorders

Dissociative Disorders

Sexual Dysfunctions

Gender Dysphoria

Paraphilias

Feeding and Eating Disorders

Sleep–Wake Disorders

Disruptive, Impulse Control, and Conduct Disorders

Personality Disorders

Other Disorders

Other Conditions that may be a focus of clinical interest

Medication-induced movement disorders

Figure 3.3 part 2

**La diagnosi secondo il manuale
diagnostico psicodinamico (PDM)
e la personalità come contesto
per la psicopatologia**

Il Manuale diagnostico psicodinamico (PDM)

- Nasce dal lavoro congiunto di un gruppo di clinici e ricercatori di approccio teorico psicodinamico (fra cui Westen, McWilliams, Kernberg, Fonagy) di vari paesi occidentali.
- Distingue la diagnosi relativa all'età adulta da quella relativa all'infanzia, all'adolescenza e al neonato
- Si basa sul confronto fra configurazioni identificate e configurazioni tipiche
- Si caratterizza per un approccio dimensionale alla malattia ma non esclude l'uso di approcci categoriali
- Parte dalla **descrizione della personalità** come risultato di un processo evolutivo che, in condizioni normali, determina lo sviluppo di risposte e processi che, al servizio dell'io, ne garantiscono il buon adattamento ma che in alcuni casi può comportare lo sviluppo di sintomi di varia gravità

La valutazione multiassiale dell'adulto secondo il PDM

- Asse P: Pattern e disturbi di personalità
- Asse M: Funzionamento Mentale
- Asse S: Esperienza soggettiva dei sintomi

L'asse P del PDM

- Si valutano 7 domini funzionali della personalità
 1. Identità (rappresentazione di sé, degli oggetti, degli affetti)
 2. Meccanismi di difesa (maturi → consapevoli, al servizio dell'io, primitivi → inconsapevoli, arcaici)
 3. Tolleranza degli affetti (in particolare negativi)
 4. Regolazione degli impulsi e degli affetti (capacità di “differire la scarica”)
 5. Forza dell'io (Integrazione Super-io, Ideale dell'io ed Io Ideale)
 6. Esame di realtà
 7. Resilienza (capacità di superare gli ostacoli e di gestire le situazioni stressanti)
- Questi domini permettono di collocare le “persone” lungo il continuum salute-malattia identificato da Kernberg

Kernberg e il continuum salute-malattia

Il PDM si basa sulla teoria di personalità proposta da questo autore:

SALUTE

MALATTIA



Disturbi di area

Nevrotica

- Identità integrata
- uso di meccanismi di difesa maturi
- esame di realtà integro

Disturbi di area borderline

(con alto ↔ basso livello di funzionamento)

- Diffusione dell'identità di vario grado
- Uso frequente di Meccanismi di difesa primitivi, prevalentemente per fronteggiare la "perdita" relazionale
- Esame di realtà integro

Disturbi di area

Psicotica

- Diffusione dell'identità con perdita della differenz. Sé/altro
- Meccanismi di difesa primitivi (scissione, ident. Proiettiva)
- Esame di realtà scarso-assente

L'asse M del PDM

Capacità mentali ottimali
usate in modo flessibile


Gravi lacune nel funzionamento
mentale di base



La valutazione del funzionamento mentale va effettuata valutando 9 funzioni specifiche

1. Capacità di regolazione, attenzione, apprendimento
2. Capacità di relazioni e intimità
3. Qualità dell'esperienza interna (sicurezza e rispetto di sé)
4. Esperienza, espressione e comunicazione degli affetti
5. Pattern e capacità difensive
6. Capacità di formare rappresentazioni interne
7. Capacità di differenziazione e integrazione
8. Capacità di auto-osservazione
9. Capacità di costruire e ricorrere a standard e ideali interni

L'asse S del PDM



Riprende le classi diagnostiche del DSM ma valuta l'impatto soggettivo dei sintomi con riferimento a:

- **Stati affettivi** (come mi sento, cosa significano per me i sintomi)
- **Pattern cognitivi** (cosa mi dico, quali pensieri accompagnano i sintomi)
- **Stati somatici** (quali stati somatici accompagnano o caratterizzano i sintomi)
- **Pattern relazionali** (quali conseguenze hanno i sintomi per le mie relazioni)

La valutazione multiassiale nell'infanzia e nell'adolescenza attraverso il PDM

- Quando si valutano gli adulti la valutazione della personalità è il primo focus
- Per adolescenti e bambini, invece, poiché la personalità è ancora in formazione (*Emerging patterns*) si parte dalla valutazione del funzionamento mentale complessivo e si valuta quanto i pattern di sviluppo (mentale e della personalità) seguono i percorsi di sviluppo “normali” (alto funzionamento)
- Asse MCA: Funzionamento Mentale con riferimento allo sviluppo normale di processi cognitivi (attenzione, apprendimento, memoria), delle capacità di relazione, della qualità dell'esperienza di sé, della regolazione affettiva,
- Asse PCA: Pattern e disturbi di personalità
- Asse S: Esperienza soggettiva dei sintomi