

GABBARD:

Valutazione psicodinamica del paziente

Intervista Clinica: l'obiettivo di tale intervista è quello di stabilire un rapporto con il paziente facendogli capire che viene accettato, valutato e considerato come una persona unica con problemi specifici e distintivi.

L'intervista psicodinamica: è ben diversa da quella medica in quanto in quella psicodinamica non si può arrivare subito a una soluzione del problema, c'è bisogno di fare un percorso che varia in base alla persona e alla patologia. Nella terapia dinamica il terapeuta deve essere empatico e prendere in considerazione il punto di vista del paziente coinvolgendolo nella ricerca delle origini del problema. Inoltre per lo psichiatra la vita intrapsichica del paziente è essenziale per raccogliere i dati ma è di uguale importanza anche le sensazioni e i sentimenti che prova il clinico durante il colloquio perché si creano i più importanti aspetti della valutazione psicodinamica che sono Transfert e Controtransfert.

Transfert:

E' una condizione in cui il paziente associa i sentimenti di una figura del passato sul terapeuta ed è considerato come materiale terapeutico che va compreso perché da molte informazioni su quale relazione del passato è ripetuta nel presente.

Controtransfert:

Questo invece è un processo che coinvolge il terapeuta nel quale si mette in rapporto, per esempio, con il paziente come se i realtà fosse un'altra persona. Perché comunque sono entrambi delle persone e ciascuno percepisce l'altro, inconsciamente come qualcuno del proprio passato.

TEST PSICOLOGICI

Test di Rorschach:

Consiste in 10 tavole con macchie di inchiostro simmetriche che danno degli stimoli diciamo ambigui nei pazienti e di fronte a queste tavole il paziente deve interpretare le forme e dire ciò che vede.

Questo test sfrutta il meccanismo inconscio della proiezione, in base al quale, di fronte ad un'immagine così ambigua, il paziente riesce a proiettarci il proprio mondo interno.

Thematic Apperception Test:

E' un test dove vengono fatte vedere immagini con persone e situazioni e il paziente deve interpretarli liberamente inventando una storia per descrivere ciascuna immagine che gli viene mostrata. Nell'inventare la storia il paziente proietta i loro desideri, fantasie o conflitti.

Alla fine della valutazione psicodinamica che può avvenire appunto anche con l'utilizzo di questi test il terapeuta deve arrivare a una diagnosi DESCRITTIVA e a una diagnosi PSICODINAMICA basta sulla propria comprensione del paziente e della malattia ed entrambe guidano la programmazione del trattamento.

Diagnosi Descrittiva: serve a definire una diagnosi corretta

Diagnosi Dinamica: è un riepilogo della comprensione del paziente che va al di là della definizione e può aiutare a capire se serve un trattamento farmacologico

Una diagnosi Psicodinamica

completa comporta anche la valutazione del paziente sulla base delle teorie

- 1) Della Psicologia dell'IO: un paziente che magari è riuscito ad avere relazioni interpersonali significative ha probabilmente un io più forte
- 2) Delle Relazioni Oggettuali: quindi è importante ascoltare anche la famiglia per capire come determinate relazioni influenzano il quadro clinico del paziente
- 3) La teoria del SE': lo psichiatra deve esaminare anche la coesione del sé del paziente in quanto senza una coesione è più probabile che una persona sviluppi sintomi o cambiamenti del suo stato mentale (segni di diffusione di identità per esempio sono diverse rappresentazioni di SE')
- 4) Teoria dell'Attaccamento: è molto importante riuscire a capire che tipo di attaccamento e le modalità con cui le esperienze infantili contribuiscono alle sue relazioni in età adulta.

Disturbo Paranoide di Personalità: (gruppo a)

È un'entità patologica che inizia nella prima età adulta ed è caratterizzata da indifferenza e sospettosità verso gli altri. Chi soffre di questo disturbo ha sempre il sospetto che gli altri lo stiano sfruttando o che non siano leali con lui, analizza sempre ciò che lo circonda.

I pazienti con questo disturbo però tendono ad avere percezioni precise del loro ambiente, la realtà infatti non è distorta, ciò che è distorto è il SIGNIFICATO della realtà perché appunto è compromessa la loro capacità di giudizio.

Secondo la teoria dell'attaccamento chi ha questo disturbo ha un difetto nella capacità di MENTALIZZAZIONE quindi è incapace di rappresentare la mente propria e altrui.

I Meccanismi di difesa che utilizzano sono la PROIEZIONE e l'IDENTIFICAZIONE:

-La proiezione sostituisce una minaccia interna da una esterna

-L'identificazione esternalizza le minacce e controlla gli altri legandoli all'individuo

(chi ha questo disturbo risulta arrogante, diffidente, impulsivo ecc internamente invece sono molto timidi e dubbiosi e insicuri di loro stessi)

Disturbo Schizoide e Schizotipico:

Schizoide: è incapace di instaurare relazioni intime, ha scarso interesse nei legami affettivi, solitamente è demotivato e senza obiettivi, appare agli altri superficiale e preferisce attività solitarie, vive con la costante paura di essere abbandonato. In realtà l'individuo schizoide anche se esternamente dimostra tutte queste particolarità al suo interno è estremamente sensibile, emotivamente bisognoso e spesso anche perverso. Questa polarità è il risultato di una frammentazione del SE' in diverse rappresentazioni che rimangono non integrate. Infatti questi pazienti non sanno bene chi sono e si sentono tormentati da pensieri, sentimenti e desideri molto conflittuali.

Le possibili cause che hanno portato a questo disturbo sono:

che hanno ricevuto cure e educazione da parte dei genitori, soprattutto della madre, con freddezza e senza empatia e questo li ha portati a credere che il fallimento di non ricevere ciò di cui avevano bisogno dalla madre possa avvenire anche con altre figure significative.

Fairbairn, che ha dato un grande contributo nello studio di questi individui, considerava il disturbo schizoide come una difesa contro il conflitto di desiderio di entrare in relazione con gli altri e la paura che il proprio bisogno di loro possa danneggiarli.

Schizotipico: la caratteristica principale di questo disturbo è l'isolamento sociale e un comportamento insolito, infatti chi ne è affetto ha difficoltà nell'istaurare dei rapporti al di fuori della famiglia, a volte ha difficoltà anche all'interno della famiglia, soffre di ansia sociale, spesso credono di avere dei poteri speciali, vedono gli altri come persone che potrebbero ferirli e che non sono amichevoli ecc.

questo disturbo è molto vicino alla schizofrenia anche se non presenta dei veri e propri deliri o allucinazioni, ma il loro contatto con la realtà è compromesso e anche la logica del loro pensiero non risulta lineare.

Le possibili cause che scatenano questo disturbo sono che da bambini hanno subito abusi e imparano a non esprimere la propria rabbia, oppure che è stato costretto ad allontanarsi dall'ambiente in cui stava male e quindi si rifugiava in se stesso e provava una forte solitudine, oppure ha un parente o editore con una diagnosi di disturbo schizoide di personalità o di schizofrenia.

Bordeline:(gruppo b)

È fondamentalmente un disturbo della relazione, che impedisce al soggetto di stabilire **rapporti di amicizia, affetto o amore stabili nel tempo**. Si tratta di persone che trascorrono delle vite in uno stato di estrema confusione ed i cui rapporti sono destinati a fallire o risultano emotivamente distruttivi per gli altri in quanto vivono con la paura di essere abbandonati.

L'aspetto più evidente e preoccupante del **disturbo borderline** è che presenta sintomi potenzialmente dannosi per il soggetto (**abbuffate, uso e abuso di sostanze**, guida spericolata,

sessualità promiscua, **autolesionismo**, **condotte antisociali**, **tentativi di suicidio**, ecc.). Inoltre si associa a **scoppi improvvisi di rabbia** intensi.

Kernberg ha studiato i pazienti borderline da un punto di vista psicoanalitico e ha osservato che questi pazienti mostravano dei pattern di debolezza dell'io, operazioni difensive primitive e relazioni oggettuali problematiche. Da queste osservazioni ritenne che la diagnosi doveva rivelare:

1. **Manifestazioni non specifiche di debolezza dell'io:** sono incapaci di posticipare il soddisfacimento degli impulsi e utilizzare la loro coscienza per guidare il comportamento
2. **Scivolamento verso processi di pensiero primario:** tendono a regredire a un pensiero quasi psicotico sotto la pressione di affetti intensi
3. **Operazioni difensive specifiche:** utilizzano il diniego (evitare inconsciamente aspetti spiacevoli della realtà), la scissione (separare le qualità contraddittorie conviventi nell'io) e l'identificazione proiettiva in cui le rappresentazioni del SE' sono proiettate negli altri nel tentativo di controllarli.
4. **Relazioni d'oggetto patologiche interiorizzate:** i borderline percepiscono gli altri o assolutamente buoni o assolutamente cattivi in quanto l'incapacità di integrare le rappresentazioni di SE' positive e negative genera diffusione di identità

Ha inoltre osservato che pazienti con personalità narcisistica, schizoide, antisociale e paranoide sono tutti caratterizzati da un'organizzazione borderline di personalità.

Non è stata identificata una sola causa che spieghi la **sintomatologia del disturbo** ma piuttosto una **serie di fattori** concatenati che comprendono: la vulnerabilità ereditaria, il temperamento, eventuali esperienze traumatiche precoci di vita e, infine, disturbi neurologici e ormonali.

Tra le **cause direttamente collegate al DBP** la ricerca psicologica suggerisce che l'abuso, la precoce perdita di un genitore, la presenza di molteplici figure di accudimento, la trascuratezza dei genitori, siano tra i **maggiori fattori di rischio per lo sviluppo di un disturbo di personalità**.

Anche a livello neurologico ci sono dei riscontri in quanto diversi studi hanno visto come questo stato di ipervigilanza del paziente borderline sia dovuto ad un'attivazione maggiore dell'amigdala rispetto al normale.

Narcisismo (gruppo b):

Le forme patologiche di narcisismo sono identificate attraverso l'esame della qualità delle relazioni interpersonali in quanto un narcisista non percepisce gli altri come persone, ma come oggetti da usare o abbandonare a seconda dei suoi bisogni non curandosi dei sentimenti degli altri.

Il paziente con questo disturbo risulta arrogante, presuntuoso e che ha bisogno di una costante ammirazione da parte delle altre persone, c'è però anche un altro tipo di paziente narcisistico, quello descritto da Kohut.

Praticamente, Kernberg e Kohut hanno descritto due differenti tipi di paziente narcisista:

Kernberg descrive appunto il "narcisista inconsapevole" ovvero quelli che non hanno consapevolezza del loro impatto sugli altri, si sentono superiori, hanno sempre bisogno di essere al centro dell'attenzione e sono insensibili ai bisogni degli altri.

Secondo Kernberg l'organizzazione difensiva del narcisista è molto simile a quella borderline per la loro incapacità di tenere sotto controllo gli impulsi, distinguendola solamente sulla base del SE' patologicamente grandioso del narcisista, infatti questi si identificano nelle loro immagini idealizzate di sé per negare in realtà la loro dipendenza ad oggetti esterni, come le persone, e dalle immagini interne di questi oggetti e allo stesso tempo negano gli aspetti inaccettabili di loro stessi proiettandoli su altre persone. Kernberg considerava quindi che i narcisisti utilizzavano questo loro sé come una difesa verso gli altri e in particolare contro la dipendenza dagli altri.

Kernberg considerava poi che l'aggressività del pz. narcisistico come un fattore primario che lo porta ad essere distruttivo verso gli altri FOSSE dovuto a una intensa invidia che lo induce a voler

rovinare e distruggere le cose buone degli altri

Oltre a questo Kernberg ha anche parlato della **sindrome di narcisismo maligno** che si manifesta come una patologia del super-io più grave con comportamenti antisociali, aggressività più acuta e l'incapacità di provare senso di colpa o rimorso

Kernberg ha evidenziato nelle storie degli individui narcisisti, la ricorrente presenza di genitori freddi e severi e l'aggressività.

Kohut descrive invece il **"narcisista ipervigile"** che praticamente l'opposto è dell'inconsapevole, è quell'individuo estremamente sensibile al modo in cui gli altri reagiscono nei suoi confronti, rivolge costantemente l'attenzione su gli altri ed evita di mettersi in luce perché convinto che sarà rifiutato e umiliato da chiunque provando anche vergogna per il desiderio nascosto di esibirsi e di essere ammirato dagli altri.

Secondo Kohut individui con questo disturbo sono fermi da un punto di vista evolutivo a uno stadio in cui hanno bisogno di risposte dalle persone del loro ambiente per mantenere un sé coeso e in mancanza di queste risposte tendono ovviamente ad avere una frammentazione del SE'. Questo dipende dai genitori che non hanno risposto alle manifestazioni di esibizionismo del bambino e non gli hanno fornito dei modelli degni di idealizzazione.

Kohut si è focalizzato quindi della struttura intrapsichica del paziente che lo considerava come un bambino nel corpo di un adulto.

Antisociale (gruppo b)

il DSM-5 descrive i soggetti antisociali come persone con l'incapacità di conformarsi alle norme sociali con comportamenti illegali, disonesti in quanto sono soggetti a mentire ripetutamente, impulsivi, irritabili e aggressivi con mancanza di rimorso e incurabilità verso gli altri. Spesso questo disturbo si presenta intorno all'adolescenza e può diminuire con l'avanzare dell'età.

Le cause che portano a questo disturbo possono essere sia genetiche che ambientali: uno stile educativo disorganizzato, trascurante e abusante sommato alle caratteristiche genetiche di un bambino con magari un ADHD potrebbero contribuire alla fuori uscita di un disturbo antisociale.

E' importante però distinguere il comportamento antisociale da una vera e propria personalità antisociale. I comportamenti possono essere originati da un conflitto nevrotico o da un pensiero psicotico che non necessariamente sono legati al disturbo di personalità. Invece quest'ultimo è considerato come una variante del continuum del disturbo narcisistico di personalità perché presentano, ad esempio, la tendenza ad essere disinvolti, superficiali, sfruttatori e non empatici. Nel disturbo narcisistico di personalità, tuttavia, sono assenti impulsività e disonestà ed è presente un maggiore bisogno dell'ammirazione degli altri.

Isterico e Istrionico (gruppoB)

Innanzitutto la principale differenza tra i due riguarda il livello di organizzazione della personalità isterica: se il disturbo si colloca a livello nevrotico si parla di personalità isterica mentre se si colloca a un livello borderline di personalità si parla di carattere istrionico.

I pazienti con disturbo isterico hanno spesso un discreto successo lavorativo e dimostrano ambizione e competitività costruttiva, hanno un buon controllo degli impulsi e un'emotività controllata. L'obiettivo dell'isterico è quello di essere oggetto di desiderio degli altri infatti per esempio in età infantile la bambina può sentire di perdere la competizione con la madre nel conquistare il padre e quindi è disposta a fare qualsiasi cosa per diventare oggetto del desiderio del padre.

Il disturbo istrionico di personalità è caratterizzato da una continua ricerca di attenzioni e comportamenti eccessivamente drammatici che cominciano in età adulta e si presentano in una vasta gamma di situazioni.

I segni e i sintomi di questo disturbo sono solitamente egosintonici, ovvero spesso gli individui non riconoscono che gli altri possono percepire il loro comportamento come superficiale,

eccessivo o manipolativi perchè nemmeno loro lo considerano tale. Questo porta spesso a difficoltà interpersonali, a relazioni disturbate e battaglie emotive con la rabbia e l'umore basso che attribuiscono a cause esterne.

Le cause del **disturbo istrionico di personalità** non sono ancora del tutto chiare ma vengono in genere ricondotte a fattori di ordine biologico e psicosociale.

Dal punto di vista biologico, presentano un temperamento caratterizzato da ipersensibilità e ricerca compulsiva di rassicurazioni e gratificazioni all'esterno. Secondo il punto di vista psicosociale è perché ci sono state mancanza di cure e di riconoscimento dei bisogni. Crescono in famiglie che non privilegiano il modo di essere del bambino rinforzando la credenza che per ricevere le cure necessarie bisogna ricercare l'attenzione e/o sedurre. E' possibile infine che gli adulti con questa personalità, da bambini, abbiano ricevuto le cure solo quando ammalati, ritenendo le lamentele l'unico modo per ricevere accudimento.

Ossessivo-Compulsivo(gruppo c)

Viene fatta una distinzione tra: Il paziente ossessivo compulsivo dovuto da una nevrosi che è tormentato da pensieri spiacevoli ed è spinto a mettere in atto comportamenti rituali e il paziente con disturbo oss.-comp. di personalità che attua invece schemi comportamentali pervasivi e Appaiono, profondamente rigidi e testardi, inflessibilmente ancorati alle proprie convinzioni, riluttanti a considerare il punto di vista altrui e ad accettare idee diverse dalle proprie.

Questi individui soffrono di una mancanza di fiducia in loro stessi e questo magari è dovuto al fatto che da bambini non sono stati sufficientemente valorizzati o amati dai genitori e ciò li ha portati ad allontanarsi dai genitori provando un forte senso di rabbia e di dipendenza. Così si difendono da questi sentimenti nel tentativo di negare ogni forma di dipendenza e ciò li porta anche a non costruire relazioni di intimità perché altrimenti perderebbero il controllo.

Evitante (gruppo c)

Il disturbo evitante di personalità, è caratterizzato da un modello pervasivo d'inibizione sociale, sentimenti d'inadeguatezza e ipersensibilità alle valutazioni negative. Le persone con questo disturbo sono preoccupate di essere ridicolizzate dagli altri, rifiutate o criticate. Questo le porta a evitare situazioni sociali nelle quali devono interagire con gli altri limitando nel tempo il normale sviluppo delle abilità sociali. Tendono, infatti, a pensare di non essere brave abbastanza, di poter essere rifiutate o ferite, di non piacere agli altri, di essere poco attraenti e socialmente inadeguate.

Le cause del disturbo evitante di personalità non sono del tutto chiare, ma si ritiene che sia dovuta a fattori genetici, psicologici (temperamento della persona) e sociali (ambiente nel quale la persona è cresciuta). Da numerose ricerche è emerso che storie di abuso fisico e psicologi rifiuto ed emarginazione nel contesto del gruppo dei pari possano anch'esse condurre a un eccessivo desiderio di accettazione e difficoltà a ricevere eventuali critiche.

Disturbo Dipendente di personalità (gruppo c)

Gli individui con disturbo dipendente di personalità hanno significativi livelli di ansia, innescati dal prendere decisioni quotidiane, iniziare o completare compiti, e dal percepire un rifiuto da parte degli altri.

La caratteristica chiave del disturbo dipendente di personalità è, appunto, l'eccessivo bisogno di cure e di protezione associato alla paura di rimanere soli. La necessità di essere accuditi può portare la persona dipendente a ritenere gli altri significativi indispensabili, a sottomettersi ai loro bisogni e desideri e a pensare di avere enormi difficoltà a iniziare e proseguire qualsiasi attività senza il loro aiuto.

Le cause possono essere per fattori genetico-temperamentali e ambientali. Anche la particolare sensibilità all'ansia, l'attaccamento insicuro e la visione pessimista hanno un ruolo nell'insorgenza di questa problematica di personalità. infatti diverse ricerche hanno dimostrato un'alta correlazione fra il comportamento dipendente in bambini di 7-8 anni e la personalità dipendente in età adulta. La tendenza in queste famiglie è quella di controllare eccessivamente i bambini scoraggiando l'indipendenza. Alcune persone, in corso di trattamento, si aspettano per esempio

di essere criticate in caso in cui prendono decisioni autonomamente, sostenendo che questo tipo di aspettativa derivi da ciò che accadeva con i membri della propria famiglia.

Diagnosi psicologica

la diagnosi è il processo attraverso il quale cerchiamo di conoscere il funzionamento psichico di un determinato soggetto. E' una mappatura del funzionamento psichico che si traduce in formulazioni del caso in una descrizione narrativa che deve rispondere a:

-Requisiti di Specificità: cosa caratterizza quell'individuo

-Di Generalizzabilità: cosa l'individuo ha in comune con gli altri simili

Ovviamente la descrizione non potrà mai coincidere del tutto con le caratteristiche e il funzionamento della persona ma se è corretta può aiutare a comprendere meglio il soggetto.

Le caratteristiche principali sono che:

- Il clinico tende a formulare una diagnosi del funzionamento dell'altro, come in una qualsiasi relazione intima nella quale è inevitabile fare una diagnosi dell'altro
- Una buona diagnosi deve tenere conto delle ricerche e della letteratura clinica che dimostra l'utilità di tale diagnosi
- Uno strumento e un sistema diagnostico adeguati devono essere sufficientemente stabili e flessibili in quanto la vita psichica di una persona subisce evoluzioni e modifiche connesse alle esperienze di vita
- La diagnosi cade nel contesto della relazione grazie a un'alleanza terapeutica (processo di accordo su compiti e obiettivi di un eventuale lavoro terapeutico)
- La diagnosi è complessa in quanto è MULTIDIMENSIONALE E MULTISTRUMENTALE
- in fine lo psicologo deve tener sempre conto della conoscenza IDEOGRAFICA (conoscenza delle peculiarità dell'individuo) e della conoscenza NOMOTETICA (stabilisce le leggi che accomunano il funzionamento delle persone in circostanze diverse)

TIPOLOGIE DI DIAGNOSI

DIAGNOSI DESCRITTIVA E STRUTTURALE:

Descrittiva: come quelle del DSM si basano sulle informazioni che i diretti interessati sono in grado di riferire o su informazioni che sono direttamente osservabili e prescindono dalla conoscenza dei modelli teorici.

Strutturale: basata su rappresentazioni e processi impliciti, tra questi abbiamo l'Asse strutture dell'OPD e il modello di Kernberg che si basa su 3 criteri: 1) Diffusione e integrazione della realtà, 2) meccanismi di difesa prevalenti, 3) integrità e compromissione dell'esame della realtà

Un problema connesso a entrambe le diagnosi è quello degli informatori e del format di raccolta delle informazioni:

Gli **INFORMATORI** sono le persone in grado di fornire informazioni necessarie ad elaborare la diagnosi (self report, il clinico conduce la valutazione)

Il **FORMAT di raccolta** avviene per:

- **Colloquio Libero**, il quale viene suddiviso in una FASE DI APERTURA (dove si fanno domande per indagare il motivo in cui il paziente è sottoposto a tale valutazione diagnostica), una FASE CENTRALE (si raccolgono e si approfondiscono le informazioni che risultano rilevanti) e una FASE FINALE (si forniscono al paziente alcune indicazioni su quali potrebbero essere gli interventi di maggior aiuto)
- **Intervista Semi-Strutturata:** stabilisce una serie di argomenti rispetto i quali si deve chiedere informazioni, ma lascia liberi sia il valutatore che il valutato di decidere l'ordine in cui vengono chieste le informazioni
- **Intervista Strutturata:** stabilisce le aree da indagare con specifiche domande da formulare e l'ordine in cui vengono formulate

DIAGNOSI DI FUNZIONI O DI CONTENUTI:

Funzionale: valutano i processi e le funzioni psichiche, un modello funzionale è quello della SWAP (sistema di valutazione della personalità normale o patologica) la quale individua 4 domini funzionali:

- 1) motivazioni, bisogni e valori morali
- 2) risorse e caratteristiche affettive e cognitive
- 3) esperienze di sé, degli altri e delle relazioni
- 4) esperienze evolutive che hanno maggiormente influito sulla vita psichica del soggetto

Di Contenuto: valutano i contenuti psichici

DIAGNOSI CATEGORIALI E DIMENSIONALI:

Categoriali: descrivono l'individuo per categorie, ne fa parte il DSM. I vantaggi sono che da una chiarezza concettuale e comunicativa anche se sembra che queste diagnosi sacrificano la complessità e le sfumature del paziente.

Dimensionali: fanno riferimento alle dimensioni psichiche di base (uguale per tutti)

DIAGNOSI MONOTETICHE:

Identificano un gruppo di criteri specifici per ogni disturbo e per fare una diagnosi di quel gruppo tutti i criteri devono essere soddisfatti (piuttosto rigida)

DIAGNOSI POLITETICHE:

implicano che per diagnosticare un dato disturbo deve essere soddisfatto un numero x dei criteri stabiliti. (rischia di attribuire la stessa diagnosi a prestazioni cliniche molto diverse tra loro)

DIAGNOSI PROTOTIPICHE:

implica una maggiore soggettività nella valutazione e vuole che sia il grado di sovrapposizione o somiglianza complessiva tra il prototipo di un disturbo e la presentazione clinica del paziente a determinare la misura in cui quel paziente presenta o meno il disturbo.

PRINCIPALI OBIETTIVI DELLA DIAGNOSI PSICOLOGICA:

1. Condividere le info raccolte sul funzionamento psichico del paziente per mezzo di un linguaggio sintetico e comprensibile
2. Elaborare un piano di trattamento
3. Confrontare la propria ipotesi sul funzionamento psichico di un paziente con le info presenti nella letteratura clinica.
4. Descrivere nel modo più efficace le caratteristiche fondamentali del funzionamento della persona
5. favorire la responsabilizzazione del paziente
6. integrare punti di vista diversi (psichiatrici, psicodinamici, psicometrici) metodologie diverse e informatori diversi

LA DIAGNOSI DEVE ESSERE COMPRENSIVA VALIDA E ATTENDIBILE