



Manuale cartaceo, spedito da Amazon,
disponibile sul sito 110eLode.Net

amazon

Indice

INTRODUZIONE ALLA TERZA PROVA

Il caso clinico
Struttura del caso clinico – indirizzo adulti
Numero di tracce del caso clinico
Quale caso clinico scegliere
Paragrafi principali del caso clinico
Meglio scrivere paziente, cliente o utente?
Lunghezza del compito e durata della prova
Criteri di correzione

IPOTESI DIAGNOSTICA E RAGIONAMENTO CLINICO

Il DSM-5: punti di forza e debolezza
Come formulare l'ipotesi diagnostica - categoriale
Come ricavare la diagnosi differenziale
Come formulare la valutazione dimensionale
Occorre fare una valutazione categoriale o dimensionale?
Avvisi sui disturbi del DSM-5 trattati in questo manuale

DISTURBI D'ANSIA

Inquadramento teorico
Disturbo d'ansia generalizzata
Disturbo di panico
Fobia specifica, fobia sociale e agorafobia
Casi clinici

DISTURBI DEPRESSIVI

Inquadramento teorico
Disturbo depressivo maggiore
Disturbo depressivo persistente (distimia)
Disturbo disforico premestruale
Casi clinici

DISTURBO BIPOLARE E DISTURBI CORRELATI

Inquadramento teorico

Episodio maniacale, ipomaniacale e depressivo...

Disturbo Bipolare I e Bipolare II

Disturbo ciclotimico

Caso clinico

DISTURBI DI PERSONALITÀ

Inquadramento teorico

Gruppo A. Disturbo paranoide di personalità

Gruppo A. Disturbo schizoide di personalità

Gruppo A. Disturbo schizotipico di personalità

Gruppo B. Disturbo antisociale di personalità

Gruppo B. Disturbo borderline di personalità

Gruppo B. Disturbo istrionico di personalità

Gruppo B. Disturbo narcisistico di personalità

Gruppo C. Disturbo evitante di personalità

Gruppo C. Disturbo dipendente di personalità

Gruppo C. Disturbo ossessivo-compulsivo di personalità

Casi clinici

DISTURBI DELLA NUTRIZIONE E DELL'ALIMENTAZIONE

Inquadramento teorico

Anoressia nervosa

Bulimia nervosa

Disturbo da *binge-eating*

Casi clinici

DISTURBI DELLO SPETTRO DELLA SCHIZOFRENIA E ALTRI DISTURBI PSICOTICI

Inquadramento teorico

Schizofrenia

Altri disturbi dello spettro della schizofrenia

Caso clinico

DISTURBO OSSESSIVO-COMPULSIVO E DISTURBI CORRELATI

Inquadramento teorico

Disturbo ossessivo-compulsivo

Disturbo di dismorfismo corporeo

Sintesi degli altri disturbi ossessivi

Casi clinici

DISTURBI CORRELATI A EVENTI TRAUMATICI E STRESSANTI

Inquadramento teorico

Disturbo da stress post-traumatico e da stress acuto

Disturbi dell'adattamento

Casi clinici

DISTURBI DISSOCIATIVI

Inquadramento teorico

Disturbo dissociativo dell'identità

Altri disturbi dissociativi

Caso clinico

DISTURBO DA SINTOMI SOMATICI E DISTURBI CORRELATI

Inquadramento teorico

Disturbo da sintomi somatici

Disturbo da ansia di malattia

Altri disturbi da sintomi somatici

Casi clinici

DISTURBI DEL SONNO-VEGLIA E DISFUNZIONI SESSUALI

Inquadramento teorico del sonno-veglia

Disturbo da insonnia

Sintesi degli altri disturbi del sonno

Inquadramento teorico delle disfunzioni sessuali

Sintesi delle disfunzioni sessuali

DISFORIA DI GENERE

Inquadramento teorico

Disforia di genere negli adulti

DISTURBI CORRELATI A SOSTANZE E DISTURBI DA ADDICTION

Inquadramento teorico

Le dipendenze da sostanza

Le dipendenze senza sostanza o “comportamentali” 127

Il disturbo da gioco d’azzardo

DISTURBI PARAFILICI

Inquadramento teorico

Disturbo pedofilico

Altri disturbi parafilici

AREE DA APPROFONDIRE E STRUMENTI DI VALUTAZIONE

Cosa scrivere nelle aree da approfondire

Quali strumenti di valutazione utilizzare

Colloquio e osservazione

Test per una valutazione sintomatologica globale

Test sulla personalità e sui disturbi di personalità

Test sul funzionamento emotivo e affettivo

Test sul funzionamento familiare

Test per difficoltà, funzioni e problemi specifici

INTERVENTI

La questione aperta della differenza tra psicologo e psicoterapeuta

Sostegno

Abilitazione-riabilitazione 157

Invio allo psichiatra e ad altri professionisti

Invio allo psicoterapeuta e 3 principali approcci

Attivazione delle risorse psicosociali

Pandemia da Covid-19: il primo soccorso psicologico

CASI CLINICI SVOLTI

- 1. Un giovane con crescente disinteresse verso il mondo esterno**
- 2. Una persona autolesionista e instabile**
- 3. Un individuo ossessionato dalla forma fisica**
- 4. Una persona che ha perso entusiasmo e soddisfazione**
- 5. Una donna lasciata dal convivente**
- 6. Ipotesi "valutativa" di un giovane con rettocolite**
- 7. Un narcisista afflitto dal senso di vuoto**
- 8. Una studentessa bloccata con gli esami**
- 9. Una suora: dal convento allo psicologo**
- 10. Un caso clinico "storico": Giacomo Leopardi**

BIBLIOGRAFIA, CORSI E MATERIALI AGGIUNTIVI

ISBN: 9798625702980

Edizioni 110eLode.Net

Autore: Dott.ssa Stella Di Giorgio, Psicologa e Tutor

Questo manuale fa parte del Kit di Preparazione 110eLode.Net che include manuali e materiali per tutte le prove d'esame.



Leggi le seguenti pagine tratte dal manuale per la terza prova, indirizzo clinico-adulti di 238 pagine, per vedere come è impostato.

Introduzione alla terza prova

Il caso clinico

La terza prova è una prova pratica, in cui viene descritta una situazione problematica, vissuta da un adulto, un bambino, un anziano, una coppia, una famiglia, un'azienda (nel caso di indirizzo Lavoro), ecc. Si chiede al candidato di comprendere la situazione, attraverso tutte le risorse che ha: le conoscenze teoriche sui processi cognitivi, emotivi, sociali e familiari, le conoscenze sui principali disturbi e disagi psicologici, le conoscenze relative agli “attrezzi del mestiere”, come i test per fare una valutazione chiara del problema stesso, le conoscenze sulle modalità per intervenire.

Si tratta di conoscenze già utilizzate per la prima e la seconda prova, che quindi non dovranno essere dimenticate in seguito ad esse, ma serviranno ancora, potranno essere ancora sfruttate e valorizzate, avvicinandoti sempre di più alla pratica e trasformando davvero la tua preparazione all'esame nell'evoluzione da studente a professionista.

Struttura del caso clinico – indirizzo adulti

A volte i casi clinici dell'indirizzo adulti descrivono una persona che presenta una serie di sintomi, comportamenti disadattivi e forme di disagio psicologico e sociale in diversi ambiti della sua vita. Ci sono casi in cui questi sintomi sono “eclatanti” e ben identificabili, tanto che sembrano ricalcare la descrizione del DSM-5. Questa evenienza, apparentemente facilitante, potrebbe in realtà costituire un trabocchetto, per verificare se lo studente tenda a “sparare” un'etichetta diagnostica oppure, nonostante la patologia sembri

evidente, continui ad essere prudente e a fare ragionamenti clinici, prima di formulare un'ipotesi.

Altre volte le tracce sono più ambigue, non perfettamente riconducibili a una precisa categoria diagnostica o riconducibile a talmente tante categorie che non si sa quale scegliere. Ciò per sollecitare il ragionamento clinico e consentire di formulare più ipotesi diagnostiche.

Altre volte il caso clinico può richiedere un progetto, sia individuale che su gruppi, comunità o istituzioni, come se fosse una seconda prova. Altre volte può presentare richieste specifiche, ad esempio di descrivere una procedura diagnostica per un disturbo a scelta, di effettuare una valutazione delle competenze genitoriali in una coppia di coniugi che vuole adottare un figlio, oppure può trattarsi di un progetto di inserimento sociale di adolescenti che vivono in una casa-famiglia e che ormai sono diventati adulti, ecc.

Raramente, vengono riportati anche i punteggi ad un test e si richiede al candidato di fornire una lettura di questi dati. Questo non implica la necessità sapere perfettamente come si interpretino tutti i test, ma sicuramente aiuta a possedere un'infarinatura generale sui test principali e sul tipo di risultati che producono. Quando vengono forniti i risultati di un test, generalmente ci sono dati che consentono di fare osservazioni e riflessioni, anche se non si conosce il test specifico.

Questo per ribadire che occorre prepararsi a qualsiasi evenienza, senza lasciarsi “spiazzare” se si presentano “sorprese”, perché non sempre e non necessariamente il caso clinico è quello classico, che descrive un paziente con dei sintomi. Comunque, imparando i punti principali e i punti ulteriori che generalmente vengono richiesti e che saranno spiegati in questo manuale, con la giusta flessibilità, avrai gli strumenti per affrontare anche i casi “non convenzionali”.

Ipotesi diagnostica e ragionamento clinico

Occorre fare una valutazione categoriale o dimensionale?

Le commissioni sono sempre tutte diverse: alcune vogliono soltanto l'ipotesi categoriale, ritenuta più "oggettiva". Altre vogliono sia l'ipotesi categoriale che quella dimensionale, per bilanciare le categorie psichiatriche con commenti psicologici qualitativi, che dimostrino sensibilità verso le peculiarità del caso e consentano di esibire le conoscenze psicologiche. Altre commissioni vogliono soltanto una valutazione dimensionale, basata su conoscenze psicologiche, bocciando chi fa riferimento ai manuali diagnostici, trattandosi di un esame di abilitazione come psicologi e non come psichiatri.

Altre vogliono anche commenti psicoterapeutici, legati ad approcci, perché magari i commissari provengono da una cultura che considerava la scuola di psicoterapia come un proseguimento necessario dopo la laurea in psicologia e quindi non concepiva uno psicologo non psicoterapeuta. Tracce di questa cultura ancora diffusa si possono rilevare in molti programmi universitari, dove vengono trattati interventi psicoterapeutici più che psicologici.

Altre commissioni bocciano compiti con riferimenti ad approcci psicoterapeutici, perché li considerano "inquinati", mentre le conoscenze psicologiche sono "neutre" (non legate ad approcci o scuole), oltre che prematuri, dato che per apprendere davvero un approccio, occorre frequentare una scuola di psicoterapia e non basta aver superato esami che lo descrivono.

Tra l'altro, all'interno della stessa commissione, anche i singoli commissari possono avere aspettative o richieste diverse, e alcuni di loro potrebbero anche non porsi il problema, lasciando che il candidato scelga in autonomia come valutare il caso e quali risorse utilizzare. Non è possibile prevedere le preferenze della commissione che sarà in carica quando sosterrai l'Esame e del commissario che correggerà il tuo compito. Per questo, è importante padroneggiare sia i ragionamenti psichiatrici, basati su conoscenze dei principali disturbi, sia quelli psicologici, basati sulle teorie già studiate per la prima prova, sia un approccio psicoterapeutico, nel caso venisse richiesto.

Se la commissione non esprime preferenze, è opportuno fare sia commenti psichiatrici che psicologici, per avere un compito bilanciato, non solo in vista dell'esame, ma anche della professione, abituandosi così a relazionarsi anche con altri professionisti.

Disturbi d'ansia

Inquadramento teorico

I disturbi d'ansia sono posti per primi in questo manuale per vari motivi¹: sono i più frequenti nelle ipotesi diagnostiche dei casi clinici dell'Esame di Stato di Psicologia o dei concorsi per psicologo (insieme a disturbi depressivi e di personalità), sono i più frequenti nelle comorbidità, sono i più frequenti anche nella pratica clinica e purtroppo sono quelli in cui c'è più confusione, perché spesso nel

¹ Qui non saranno trattati i disturbi d'ansia tipici dell'età evolutiva, come il mutismo selettivo e l'ansia da separazione dalle figure di accudimento, perché esposti nel manuale sui disturbi in età evolutiva.

senso comune si usano stress, ansia e depressione come etichette *pass-partout*, come contenitori che racchiudono molti contenuti, diversi però dal significato scientifico e clinico di questi termini².

Nei casi d'esame, è importante conoscere riferimenti teorici minimi relativi all'ansia, come la differenza tra "ansia di stato" e "ansia di tratto" e la curva di Yerkes e Dodson (1908), per esibire una conoscenza psicologica, che proceda oltre quella psichiatrica (trattandosi di un esame per Psicologi e non per Psichiatri), per comprendere il problema oltre le categorie del DSM-5, nonché le differenze sostanziali tra ansia, fobia e panico.

L'ansia è uno stato di preoccupazione generalizzata, che interferisce con il funzionamento globale, causando pensieri irrazionali e catastrofici, comportamenti difensivi di evitamento, iper-attivazione fisiologica. Tuttavia, l'ansia non è sempre negativa, non necessariamente disturba la concentrazione e l'efficienza, anzi, una quota minima di ansia è indispensabile per attivarsi e rispondere prontamente agli stimoli.

Il rapporto tra ansia e prestazione cognitiva (cioè capacità di dare il meglio dal punto di vista della memoria, dell'apprendimento, ecc.) è rappresentabile mediante una curva a U rovesciata (Yerkes e Dodson, 1908), come quella del grafico seguente, che evidenzia come un'ansia eccessivamente alta, ma anche eccessivamente bassa, si accompagni a prestazioni scadenti. Un'ansia moderata si accompagna a prestazioni ottimali.

² Anche per questo, nella pratica clinica, quando i pazienti si rivolgono allo psicologo, dopo aver etichettato il loro disagio come ansia, stress o depressione, è importante non colludere con le loro auto-diagnosi, ma esplorare il significato che attribuiscono a questi termini e aiutarli a descrivere concretamente le situazioni che vi associano.



Quindi, ad esempio, quando si prova ansia per un esame, tranquillizzarsi del tutto sarebbe controproducente: potresti prendere sottogamba l'impegno, non ripassare abbastanza, non concentrarti adeguatamente. Invece, sempre secondo la curva di questi autori, conservare una piccola dose di ansia rende più svegli e pronti.

Tuttavia, l'ansia da esame è un'ansia "di stato", che si distingue dall'ansia "di tratto" (Spielberger, 1966). L'ansia di stato è transitoria, è provocata da circostanze contingenti, come una prova d'esame. È uno stato mentale e come tale si dissolve subito dopo. L'ansia di tratto è un lato più stabile della personalità, risale a cause più complesse. L'ansia di tratto, nelle sue forme più persistenti e pervasive, necessita di un intervento con lo psicologo, perché impedisce una vita normale.

Tuttavia, vi è un'interazione tra ansia di stato e di tratto, poiché una personalità ansiosa tenderà a sperimentare più spesso l'ansia di stato e, d'altra parte, il fatto di sperimentare frequenti stati di ansia può portare a delineare un'ansia di tratto (Williams, Watts, MacLeod & Mathews, 1997).

Disturbo d'ansia generalizzata

Sintomatologia. L'ansia è uno stato di preoccupazione generalizzata, che compromette il funzionamento cognitivo, emotivo, sociale e fisiologico, nonché il comportamento della persona.

Dal punto di vista cognitivo, l'ansia influenza il pensiero e il ragionamento, riducendo la capacità di controllo e di concentrazione sulle attività quotidiane. L'interferenza cognitiva svolta dall'ansia tende a crescere proporzionalmente al periodo di tempo in cui l'individuo permane in tale stato. Infatti, nei pazienti con disturbi d'ansia, il ragionamento è costantemente alterato, poiché impegnato nel rilevare le possibili minacce.

Dal punto di vista emotivo, anche quando il pericolo non è reale, ma solo percepito, la persona che soffre d'ansia vive in uno stato di costante e logorante insicurezza, irrequietezza e impazienza, perché è convinta di non avere il controllo di sé e della realtà, teme che possa accadere un evento negativo e si prefigura il peggio.

Dal punto di vista sociale, la costante apprensione la spinge a richiedere continue rassicurazioni agli altri, che però rischiano di essere stressati da queste insistenze, non riuscendo sempre a tranquillizzare e a contenere la persona.

Dal punto di vista fisiologico, la continua apprensione causa astenia e affaticamento, poiché i muscoli sono sempre tesi e consumano energia fino a provocare anche dolori simili a quelli dell'artrosi. La persona ansiosa vive in una costante iper-attivazione fisiologica (*iper-arousal*), con batticuore, palpitazioni, sudorazione e secchezza delle fauci. Quando ella consulta uno specialista, spesso racconta soprattutto i suoi sintomi fisici, in particolare insonnia, tachicardia e mal di testa.

Diagnosi differenziale. L'ansia generalizzata si differenzia dalle altre forme d'ansia, come quella sociale, e dalle fobie, perché queste ultime hanno un oggetto specifico, mentre l'ansia generalizzata è appunto estesa a molteplici situazioni. L'ansia generalizzata si distingue dal disturbo ossessivo-compulsivo, con cui condivide sintomi emotivi, cognitivi, fisiologici e comportamenti, perché nell'ansia non ci sono ossessioni, né rituali compulsivi per gestirle.

Il disturbo da stress acuto o post-traumatico e il disturbo dell'adattamento presentano sintomi ansiosi, ma essi sono spiegati da questi disturbi, dunque qualora la persona presenti anche gli altri sintomi caratteristici di questi disturbi, non si dovrebbe porre una diagnosi di disturbo d'ansia generalizzata. L'ansia spesso si accompagna alla depressione, al disturbo bipolare e alle psicosi, quindi non si dovrebbe diagnosticare questo disturbo se i sintomi ansiosi si presentano durante il decorso di queste patologie e sono legati agli altri sintomi caratteristiche di queste patologie, nonché agli aspetti che li hanno provocati.

Comorbidità. L'ansia tende ad essere presente insieme a depressione, disturbo bipolare, disturbi di personalità. Anche per questo, quando si ipotizza un disturbo d'ansia generalizzata, occorre ampliare la visuale e valutare se sia espressione di un più ampio disagio strutturale. Alcuni pazienti vogliono imparare a gestire l'ansia, ma tale ansia spesso è espressione di una struttura di personalità dipendente, che teme l'abbandono, quindi se non si interviene su questo aspetto più ampio e strutturale, anche fornendo le strategie più efficaci per gestire l'ansia, il problema non si risolve e il sintomo può ricomparire oppure spostarsi (cioè potrebbe non ricomparire l'ansia, ma un altro sintomo che evidenzia come il vero problema non sia stato in realtà risolto).

Casi clinici

Esempio di caso clinico d'ansia sociale (fobia sociale)

Tiziana ha 25 anni, è all'ultimo anno del corso di laurea in Matematica, si rivolge allo sportello di ascolto dell'università lamentando un blocco con la tesi. È sempre stata una studentessa molto diligente, si è sempre impegnata senza scoraggiarsi di fronte ad esercizi difficili, anzi con la concentrazione è riuscita sempre a risolverli senza chiedere l'aiuto dei compagni o del professore. Ha cercato sempre di evitare di richiedere chiarimenti per non dare l'impressione di non aver capito e di non essere abbastanza intelligente. Ha approfondito gli argomenti di studio trascorrendo interi pomeriggi sui libri, rifiutando l'invito delle amiche ad uscire in gruppo o andare ad una festa o a una cena, spiegando che aveva molto da studiare. Ha molta paura per il giorno della seduta di laurea, poiché gli esami finora svolti erano scritti, mentre l'idea di dover esporre la propria tesi di fronte alla commissione, agli altri studenti e ai familiari, la paralizza, facendola sentire soffocare.

Aree da approfondire e strumenti di valutazione

Test per una valutazione sintomatologica globale

Il caso clinico di un esame o di un concorso riporta solo alcuni sintomi, ma il professionista non deve valutare solo quelli. Potrebbero

essercene altri. Quindi, è importante avere un quadro sintomatologico generale. Qui sono riportati due strumenti, che si possono anche abbinare tra loro, SCID e SCL-90. Poi è riportato il Rorschach, ma al riguardo saranno fatte alcune puntualizzazioni.

Opzione 1: SCID-5. L'Intervista clinica strutturata per il DSM-5 (**SCID-5**) è un'intervista da utilizzare come guida per formulare le diagnosi del DSM-5 ed è disponibile nella versione SCID-5-CV, per rilevare i disturbi clinici (ansia, depressione, ecc.) e SCID-5-PD (specifica per i disturbi di personalità).

Opzione 2: SCL-90. La *Symptom Checklist-90* (**SCL-90-R**; Derogatis, 1994) è uno strumento autosomministrato che valuta un ampio spettro di problemi psicologici e di sintomi psicopatologici, misurando sia i sintomi internalizzanti (depressione, somatizzazione, ansia) sia quelli esternalizzanti (aggressività, ostilità, impulsività), arrivando a coprire quasi interamente lo spettro psicopatologico.

Nella sua versione definitiva la scala è composta da 90 item e valuta la presenza e la gravità di sintomi di disagio psichico intercorsi nell'ultima settimana (incluso il giorno in cui avviene la valutazione) in diversi domini sintomatologici. Ad ogni item viene attribuito un punteggio su scala Likert che va da "Per niente" a "Moltissimo". Gli aspetti che hanno favorito la sua diffusione sono la rapidità nella somministrazione (12/15 minuti di tempo) e la possibilità di utilizzarlo per misure ripetute, valutando l'efficacia dei trattamenti messi in atto per ridurre i livelli di disagio.

Opzione 3: Rorschach. Per tanti anni si è utilizzato anche il **test di Rorschach**, perché esplora il funzionamento sano e patologico, in ambito emotivo, cognitivo, sociale, ecc. Anche se nasce come un test

proiettivo, non è usato solo nell'approccio psicodinamico. Anzi, attualmente è utilizzato a prescindere dall'approccio, anche da alcuni cognitivisti, che lo considerano un test di percezione e *problem-solving*. Per evitare equivoci che possano ricondurre il Rorschach all'approccio psicodinamico, è utile specificare che questo test sarà somministrato, siglato e interpretato secondo il metodo Exner, che è un metodo statistico, neutro (non vincolato ad approcci psicodinamici, cognitivisti, ecc.).

In tal caso, non servirà a esplorare conflitti, angosce, difese e contenuti inconsci, perché questo linguaggio fa riferimento ad un approccio psicodinamico e all'uso del Rorschach come test proiettivo. Occorre specificare che lo userai come test per comprendere il funzionamento globale della persona, cioè il suo stile cognitivo, percettivo, di pianificazione e controllo del comportamento. Se non specifichi questo aspetto e farai riferimenti a termini o obiettivi psicodinamici e proiettivi, si rischiano contestazioni.

Comunque, data l'immensità di test disponibili, non è necessario usare per forza il Rorschach, dato che ormai è iper-sfruttato.

L'obiettivo è di ricostruire la sintomatologia e globale il funzionamento emotivo, cognitivo, sociale, ecc. Questo stesso obiettivo, si può raggiungere con mille altre test. Nessun test, di per sé, è insostituibile.

Casi clinici svolti

Ogni caso clinico si può svolgere in mille modi diversi. Quelli che seguono sono solo esempi, senza la pretesa di essere esaustivi o di fornire un modello assoluto. Inoltre, i seguenti casi sono svolti in modo assolutamente neutro, non inquinati da approcci psicoterapeutici, a meno che non siano richiesti, come succede se le tracce sono formulate

da psicoterapeuti della vecchia guardia. Anche in questi casi, nei commenti vengono sempre prima quelli diagnostici e quelli psicologici, e solo in terza battuta quelli legati a un approccio. Anche negli interventi, viene sempre prima offerto sostegno, poi abilitazione, solo alla fine avviene l'invio a uno psicoterapeuta.

Durante le tue esercitazioni, può essere utile prima dare una lettura del caso, appuntando commenti che ti vengono in mente, sia categoriali che dimensionali; poi fare una seconda lettura, sottolineando i sintomi che “concordano” tra loro, cioè possono essere ricondotti a un disturbo, che diventerà poi la tua ipotesi diagnostica principale. Questo è solo un suggerimento, perché ci sono mille altri modi per esercitarsi e ognuno troverà quello adatto a sé.

Ogni svolgimento sarà preceduto da una “nota della tutor” con spunti di osservazione e riflessione sulla scaletta o sullo svolgimento. Alcuni dei seguenti casi sono lunghi, per offrire spunti di riflessione e approfondimento, ma nel compito d'esame dovranno essere molto sintetici.

1. Un giovane con crescente disinteresse verso il mondo esterno

G., un ragazzo di 20 anni, viene accompagnato in consultazione dai genitori, preoccupati per il “suo crescente disinteresse verso il mondo esterno” e per la sua rigidità e chiusura. I genitori di G. si sono separati 10 anni fa e da allora G. ha vissuto con la madre e la sorella fino all'anno precedente, quando è andato a vivere con il padre per problemi con la madre. Ha lasciato la scuola a 18 anni, durante il 3° anno di Ragioneria. Attualmente lavora con uno zio in un mercato, ma lo fa controvoglia e senza entusiasmo.

G dice di avere pochi amici, ma buoni. Durante il colloquio si mostra disponibile e collaborativo. Ai test cui è sottoposto (Rorschach, MMPI-2 e test grafici) risulta un'affettività coartata e una regressione degli investimenti pulsionali ed emotivi, che pure sono presenti a livello potenziale.

Il candidato deve indicare:

- 1 - di quali eventuali ulteriori approfondimenti ha bisogno;
- 2 - quale validità assegna ai test cui G è stato sottoposto;
- 3 - quali ipotesi diagnostiche può avanzare;
- 4 - quale tipo di trattamento riterrebbe opportuno

Nota della tutor

Il linguaggio di questa traccia trabocca di psicologia dinamica, quindi probabilmente è stato scritto da uno psicodinamico. Questo non significa doversi allineare a questo orientamento, ma è possibile che questa commissione tolleri il riferimento ad approcci psicoterapeutici, anzi li possa incoraggiare. Questa traccia si conclude con un elenco di punti, quindi anche lo svolgimento dovrà essere suddiviso in paragrafi, per facilitare la correzione e per dimostrare di essersi attenuti rigorosamente alla scaletta. I punti saranno sviluppati uno per uno, rispettando anche il modo in cui sono formulati e intitolando ciascun paragrafo esattamente come indicato nell'elenco.

I paragrafi sono quelli classici (aree da approfondire, ipotesi diagnostica, strumenti, interventi), ma messi in un ordine diverso e chiamati in modo leggermente diverso. Non è specificato se la diagnosi debba essere categoriale o anche dimensionale: nel dubbio, conviene fare entrambe. Nel fare i commenti psicologici, non sono stati volutamente riportati gli anni in cui è stata formulata una teoria, per portare l'attenzione sul concetto e sul ragionamento, più che sul dato nozionistico e sullo sforzo di memoria.

Inoltre, questa traccia ha come protagonista un giovane adulto (fascia di circa 20 - 30 anni). In questi casi, occorre fare attenzione a non patologizzarli, attribuendovi subito un disturbo clinico o di personalità, anche se il DSM-5 lo consentirebbe. Anzi, spesso sono tracce-trabocchetto, per vedere se il candidato si precipita a ricondurre i sintomi a un disturbo oppure considera anche le dinamiche evolutive ancora in corso, perché il disagio potrebbe essere dovuto proprio al loro mancato completamento.

1 - di quali eventuali ulteriori approfondimenti ha bisogno

I dati disponibili non sono sufficienti a formulare una diagnosi: si rendono necessari, infatti, ulteriori approfondimenti relativi alle aree di funzionamento della persona, come l'area lavorativa, scolastica, sociale, affettiva, come suggerisce il DSM-5, per valutare quante siano compromesse e comprendere l'entità del disagio.

Innanzitutto, l'individuo è molto giovane, appena post-adolescente, dunque dovrebbe aver concluso, almeno in gran parte, il processo di separazione dalle figure genitoriali, mentre il fatto che siano loro stessi ad accompagnarlo in consultazione, può rivelare il persistere di dinamiche di dipendenza e di difficoltà a svincolarsi. Come evidenzia Erikson nella sua teoria del ciclo di vita, la mancata risoluzione del dilemma adolescenziale di acquisizione dell'identità potrebbe causare disagio che si protrae nella fase successiva, in cui l'individuo non è quindi pronto ad affrontare il nuovo compito.

Inoltre, i genitori appaiono preoccupati dal comportamento di G., dunque portano in consultazione non soltanto il figlio, ma anche le loro difficoltà e le loro ansie, e soprattutto una loro personale lettura della situazione, filtrata dai propri conflitti e dalle proprie percezioni, di cui lo psicologo dovrà tenere conto, senza colludere con le loro

ipotesi e con un loro eventuale atteggiamento di delega o di deresponsabilizzazione.

La separazione dei genitori può aver influito sulle dinamiche familiari e identitarie dei protagonisti, dunque potrebbe essere utile seguire, separatamente dal figlio, anche i genitori e approfondire i conflitti relativi alla separazione, per valutare se abbiano raggiunto anche una separazione “psichica”, oltre a quella “legale”, ed abbiano elaborato il lutto dovuto all’interruzione di un progetto familiare.

Il sintomo principale riferito dai genitori è un “disinteresse crescente per il mondo esterno”: ciò può voler dire che il giovane sembri ritirato dalle relazioni sociali, proprio in una fase di vita in cui esse risultano una risorsa per lo sviluppo, privandosi così di una rete di sostegno emotivo, utile per affrontare e superare il lutto della separazione genitoriale, i conflitti con la madre, i compiti evolutivi della sua età.

Questo sintomo può comparire in diversi quadri clinici, ad esempio il disturbo di personalità schizoide, dove l’emotività è generalmente coartata, come emerge anche dal test di Rorschach, e le relazioni sociali sono scarse e verso di esse l’individuo non prova alcun interesse. Tuttavia, l’individuo dice di avere degli amici, “pochi ma buoni”, dunque conserva un benché minimo interesse verso l’ambito relazionale. Il disturbo schizoide spesso è premorbo rispetto alla schizofrenia, tuttavia non sembrano presenti i sintomi floridi come allucinazioni e deliri, né disorganizzazione del pensiero e del linguaggio.

Oppure, il disinteresse e lo scarso coinvolgimento possono indicare una depressione, visto che il giovane ha perso “interesse” verso un ambito esterno, e tale eventuale depressione può essere reattiva rispetto all’evento stressante e luttuoso della separazione. A questo si aggiungerebbe anche lo scarso coinvolgimento verso il suo lavoro con

lo zio, poiché lo svolge contro voglia e senza entusiasmo. Oltre al ritiro, l'individuo appare rigido e chiuso: questi potrebbero essere dei tratti ossessivi, o una forma di difesa dall'angoscia, un tentativo di proteggersi, coerente con il sintomo del ritiro, come se il giovane volesse estraniarsi dalla realtà, rifugiarsi in uno spazio protetto, per non sentirsi vulnerabile.

Anche dai test risulta coartato, dotato di potenzialità, ma represso: sembra aver perso interesse per gli oggetti, pur essendo dotato di una "riserva" di energia da destinare all'esterno. Il fatto di aver lasciato la scuola è un'ulteriore ferita: ripiegare sul lavoro può essere percepito come un fallimento che può averlo ulteriormente scoraggiato, minando la sua autostima, sviluppando sentimenti di aggressività o di frustrazione.

Le relazioni con la madre sono conflittuali, per questo il giovane ha scelto di passare a vivere con il padre: ciò può indicare anche un tentativo di recuperare una figura maschile e paterna con cui identificarsi, ma può aver attivato anche un confronto difficile da sostenere, una competizione non sperimentata nel nucleo femminile costituito da madre e sorella, dove eventualmente poteva essere accudito come un figlio o ammirato in quanto costituiva l'unica figura maschile.

Occorre quindi approfondire la relazione con il padre, valutare se i sintomi depressivi si siano manifestati in concomitanza con il trasferimento nel nucleo paterno, che può aver rappresentato un "muro di realtà", inducendo un funzionamento diverso e più adulto che il giovane non è riuscito a sostenere. Può essere utile dunque esplorare il suo funzionamento globale, cercando di confrontare com'era quando viveva con la madre e com'è ora che vive con il padre.

2 - quale validità assegnare ai test cui G è stato sottoposto

L'individuo è stato sottoposto a test proiettivi, come il Rorschach, e grafici, oltre ad un test di personalità, come l'MMPI. I test proiettivi sono utili per far affiorare conflitti e tematiche affettive anche inconscie, dunque si prestano ad un'esplorazione profonda della psiche, fornendo indicazioni per cogliere il livello in cui si situa il suo disagio, se appunto di tratta di una risposta ad uno stress momentaneo, oppure scaturisce da un conflitto più profondo.

Tuttavia, essi non sono completamente affidabili (nota: queste considerazioni sono state fatte perché nella traccia c'è già un riferimento ad un test proiettivo e psicodinamico, altrimenti meglio non fare riferimenti ad approcci per non inquinare lo svolgimento ed esporsi ad eventuali contestazioni). I risultati devono essere integrati con altre informazioni derivate dal colloquio, sia con l'individuo che con i genitori ed eventualmente anche con lo zio, visto che può riferire il comportamento del giovane in ambito lavorativo.

L'MMPI fornisce un profilo di personalità, consentendo di individuare sia indicatori sintomatici che tratti di personalità che non rientrano nella patologia, tuttavia, se l'individuo è così ritirato e se sono i genitori ad averlo portato in consultazione, può non essere stato sufficientemente motivato a compilarlo in modo collaborativo, anche se comunque attraverso la scala *Lies* è possibile cogliere contraddizioni e finzioni per apparire meno problematico.

Si potrebbe, inoltre, aggiungere anche la *Symptom Checklist-90* (SCL-90-R), uno strumento autosomministrato che valuta un ampio spettro di problemi psicologici e di sintomi psicopatologici, misurando sia i sintomi internalizzanti, sia quelli esternalizzanti, arrivando a coprire quasi interamente lo spettro psicopatologico, così da individuare anche eventuali comorbidità.

3 - quali ipotesi diagnostiche può avanzare

Una possibile ipotesi diagnostica può essere quella di disturbo schizoide di personalità, poiché diversi sintomi sono caratteristici di questo quadro: essere portato in terapia dai familiari, manifestando un'emozionalità molto limitata. Oppure potrebbe trattarsi di disturbo evitante, poiché anche in quest'ultimo è presente l'evitamento delle relazioni, anche se questo giovane sembra non cercarle: occorre chiarire questo aspetto con altri colloqui.

Oppure, un'altra possibile ipotesi potrebbe essere la depressione, soprattutto se i conflitti si collocano in profondità e se i sintomi sono dovuti ai lutti subiti: la famiglia, i conflitti con i genitori, le possibili difficoltà di identificazione con una figura paterna, ma anche la competizione che ora innesca la sua vicinanza. La depressione potrà essere confermata se, attraverso ulteriori colloqui e approfondimenti, emergerà anche una bassa autostima, svalutazione e senso di colpa, rallentamento psicomotorio, difficoltà nel sonno o nell'alimentazione, perdita di interesse e umore triste per la maggior parte del giorno.

Se invece i conflitti si collocano ad un livello più superficiale, si potrebbe trattare di un disturbo dell'adattamento, dovuto agli stress subiti. Se i sintomi sono insorti in concomitanza con il passaggio dalla casa materna a quella paterna, possono iscriversi in un possibile disturbo dell'adattamento, cioè un disturbo indotto da uno stress lieve, che può avere una prognosi più favorevole rispetto ad una diagnosi di depressione.

Occorre però effettuare ulteriori indagini per non escludere nessuna ipotesi, neanche quella di psicosi, proprio perché questo ritiro crescente dalla realtà potrebbe essere anche prodromico ad un crollo psicotico. I dati disponibili non sono sufficienti per trarre conclusioni certe.

4 - quale tipo di trattamento riterrebbe opportuno

Può essere opportuno innanzitutto offrire colloqui di sostegno, come indicato nell'art. 1 della Legge 56/89 e nel *Nomenclatore delle prestazioni dello psicologo*, previa firma del consenso al trattamento. Nel sostegno, il giovane può sentirsi accolto, verbalizzare le sue emozioni, mentre lo psicologo lo ascolta empaticamente.

Nel sostegno, è possibile anche promuovere gli scarsi interessi e le poche relazioni che ancora conserva il giovane, sviluppandole e utilizzando quindi le persone con cui è in contatto come risorse, per aumentare il suo contatto con la realtà, rispettando comunque il suo bisogno di solitudine. In questo caso, occorre approfondire in particolare la storia delle sue relazioni passate, se cioè abbiano subito dei cambiamenti, per valutare da quanto tempo persista questo schema di relazione. Se venisse confermato il disturbo schizoide, potrebbe essere predisposto anche un percorso di abilitazione, per il potenziamento di autoefficacia, assertività e regolazione delle emozioni.

Il potenziamento può avvenire attraverso il *modeling* di Bandura, ad esempio individuando e discutendo modelli, estrapolando strategie e provando a metterle in pratica, adattandole a sé e al contesto. Può essere utile anche lavorare sulla relazione con il padre, così che egli possa avere una figura maschile con cui identificarsi, da interiorizzare per rafforzare la sua identità. Infine, può essere utile lavorare sulla consapevolezza di sé, per completare il processo di definizione della propria identità, analizzando la distanza tra sé reale e ideale, come indicato da Higgins (1987).

È possibile anche effettuare un invio ad uno psicoterapeuta, ad esempio di approccio psicodinamico, che mira ad elaborare il lutto familiare, ad affrontare il conflitto genitoriale, a favorire il processo di individuazione e a riattivare l'affettività coartata, così da poterla investire in relazioni, sia in ambito affettivo e sociale, che lavorativo.

Se venisse confermato il disturbo dell'adattamento, potrebbe essere sufficiente un intervento di sostegno, che possa riattivare le risorse presenti e utilizzarle per affrontare e superare lo stress causato dagli eventi di vita: ciò è possibile solo dopo aver approfondito il livello, la durata, l'intensità dei sintomi, poiché generalmente, in caso di disturbo dell'adattamento, sono lievi e transitori. Nel caso fosse confermata l'ipotesi, che però appare meno probabile, di psicosi, occorre attivare un intervento di rete, confrontandosi anche con lo psichiatra per un eventuale trattamento farmacologico.



Ti auguro che il tuo percorso di preparazione sia sereno e che sia un momento di crescita personale e professionale. In bocca al lupo! Stella Di Giorgio, Psicologa e Tutor. <https://www.110elode.net>

