

STELLA DI GIORGIO

COMPENDIO DI PSICOLOGIA CLINICA DELL'ETÀ ADULTA

Disturbi del DSM-5, diagnosi differenziali, test,
interventi, casi svolti per prove, esami e concorsi



Disponibile su:

amazon

Indice

INTRODUZIONE AL COMPENDIO E ALLA CAPACITÀ DI SINTESI

1) SVOLGIMENTO-TIPO DI UN CASO CLINICO (ORALE O SCRITTO)

Quali sono i paragrafi più richiesti

L'utilizzo del 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?

Meglio chiamarlo paziente, cliente o utente?

Criteri di valutazione delle commissioni

Avviso sui disturbi del DSM-5 trattati in questo compendio

2) DISTURBI D'ANSIA

Inquadramento teorico

Disturbo d'ansia generalizzata

Disturbo di panico

Fobia specifica, fobia sociale e agorafobia

Casi clinici

3) DISTURBI DEPRESSIVI

Inquadramento teorico

Disturbo depressivo maggiore

Disturbo depressivo persistente (distimia)

Disturbo disforico premestruale

Casi clinici

4) DISTURBO BIPOLARE E DISTURBI CORRELATI

Inquadramento teorico 33

Episodio maniaco, ipomaniaco e depressivo

Disturbo Bipolare I e Bipolare II

Disturbo ciclotimico

Caso clinico

5) 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

6) DISTURBI DELLA NUTRIZIONE E DELL'ALIMENTAZIONE

Inquadramento teorico

Anoressia nervosa

Bulimia nervosa

Disturbo da binge-eating

Casi clinici

7) DISTURBI DELLO SPETTRO DELLA SCHIZOFRENIA E ALTRI DISTURBI PSICOTICI

Inquadramento teorico

Schizofrenia

Altri disturbi dello spettro della schizofrenia

Caso clinico

8) DISTURBO OSSESSIVO-COMPULSIVO E DISTURBI CORRELATI

Inquadramento teorico

Disturbo ossessivo-compulsivo

Disturbo di dismorfismo corporeo

Sintesi degli altri disturbi ossessivi

Casi clinici

9) DISTURBI CORRELATI A EVENTI TRAUMATICI E STRESSANTI

Inquadramento teorico

Disturbo da stress post-traumatico e da stress acuto

Disturbi dell'adattamento

Casi clinici

10) DISTURBI DISSOCIATIVI

Inquadramento teorico

Disturbo dissociativo dell'identità

Altri disturbi dissociativi

Caso clinico

11) 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

12) 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

13) DISFORIA DI GENERE

Inquadramento teorico

Disforia di genere negli adulti

14) DISTURBI CORRELATI A SOSTANZE E DA ADDICTION

Inquadramento teorico

Le dipendenze da sostanza

Le dipendenze senza sostanza o "comportamentali"

Il disturbo da gioco d'azzardo

15) DISTURBI PARAFILICI

Inquadramento teorico

Disturbo pedofilico

Altri disturbi parafilici

16) AREE DA APPROFONDIRE E STRUMENTI DI VALUTAZIONE

Cosa descrivere 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

17) INTERVENTI

La questione aperta della differenza tra psicologo e psicoterapeuta

Sostegno

Abilitazione-riabilitazione

Invio allo psichiatra e ad altri professionisti

Invio allo psicoterapeuta e tre principali approcci

Attivazione delle risorse psicosociali

Pandemie, emergenze e disastri: il primo soccorso psicologico

18) 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
11. Il docu-film ispirato ai Malavoglia di Verga
BIBLIOGRAFIA, COMMENTI E APPROFONDIMENTI

Copyright © 110eLode.Net

Tutti i diritti sono riservati. È vietata qualsiasi memorizzazione, riproduzione, rielaborazione, diffusione o distribuzione dei contenuti inseriti nel presente compendio, anche parziale, mediante qualunque piattaforma tecnologica, supporto o rete telematica, a qualsiasi titolo, anche gratuito, senza l'autorizzazione scritta da parte dell'autrice, la dott.ssa Stella Di Giorgio. Le violazioni verranno punite a norma di legge. I compendi sono stati registrati. I contenuti sono frutto di esperienza pluriennale. Ognuno è responsabile dell'applicazione degli stessi. Non si garantisce il raggiungimento degli stessi risultati. Questo compendio non ha scopi clinici o diagnostici e non si sostituisce a consulenze mediche.

ISBN: 9798596687422

Edizioni 110eLode.Net

Autrice: Dott.ssa Stella Di Giorgio

Questo file è solo un assaggio!

Introduzione al compendio e alla capacità di sintesi

Questo compendio è uno strumento di sintesi, basato sul principio 80/20 o “Principio di Pareto”, dal nome dell’autore che lo elaborò¹. Secondo questo principio, il 20% degli sforzi genera l’80% dei risultati. Applicato alla preparazione di prove, esami e concorsi di argomento psicologico, ciò implica che il 20% della conoscenza consente di svolgere l’80% delle tracce, purché flessibilmente adattata, esposta in modo ragionato, integrata e non memorizzata in modo meccanico.

Il motto della collana di cui fa parte questo compendio, infatti, è *Back to Basics*, “ritorno alle basi”, perché non c’è una pretesa di esaustività enciclopedica, ma l’intento di rendere sostenibile e inclusivo l’apprendimento, soprattutto per studenti lavoratori che devono ottimizzare tempo, energia e attenzione; per giovani che hanno bisogno di riferimenti chiari, per non perdersi in dettagli secondari; per chi necessita di costruire basi solide, prima di approfondimenti mirati.

La capacità di sintesi, più che il nozionismo, è richiesta in prove, esami e concorsi orali o scritti, dove ci sono limiti di tempo, molti candidati da valutare, necessità di capire se un candidato sa organizzare la conoscenza, focalizzare l’essenziale, rispondere in modo diretto. La selezione dei contenuti di questo compendio deriva da oltre 20 anni di esperienza didattica e rappresenta l’evoluzione del 1° Kit per l’Esame di Stato, introdotto nel 2009, con cui si sono abilitate oltre 10 generazioni di psicologi. Per altre info, visita www.110elode.net.

¹ Vilfredo Pareto (1848-1923) è stato un economista e sociologo italiano, che si è occupato anche di filosofia, matematica e ingegneria. Egli studiò la distribuzione del reddito nella società di fine Ottocento, riscontrando che la maggior parte della ricchezza (l’80%) era nelle mani di pochi (il 20%). Il suo principio 80/20 fu esteso nel tempo a molteplici settori di natura diversa. Ad esempio, nel *social media marketing*, il 20% dei contenuti genera l’80% delle interazioni degli utenti. Nelle attività, l’80% del fatturato proviene dal 20% dei prodotti. In ambito personale, il 20% dei vestiti nell’armadio viene indossato l’80% delle volte. Non è una legge universale, ma un presupposto valido per agire con efficacia ed efficienza.

1) Svolgimento-tipo di un caso clinico (orale o scritto)

Quali sono i paragrafi più richiesti

Nelle prove, negli esami, nei concorsi in cui si chiede di svolgere un caso clinico oralmente o per iscritto, generalmente è richiesto di sviluppare punti specifici, di seguito denominati “paragrafi” per semplicità didattica. Tali paragrafi possono variare in base al bando o alla commissione, ma spesso sono riconducibili ai seguenti: ipotesi diagnostica², diagnosi differenziale, aree da approfondire, strumenti di valutazione, interventi, risorse della rete psicosociale. Questi paragrafi basilari possono essere denominati in molti modi diversi oppure proposti in un ordine diverso, ma in qualche forma tendono ad essere presenti.

A questi paragrafi si possono affiancare, di volta in volta, richieste ulteriori. Ogni commissione, infatti, è libera di accorpate o scorporare queste richieste, di toglierne alcune, di aggiungerne altre, quindi occorre essere flessibile e adattare ciò che sai alle richieste specifiche di ciascuna commissione.

Tutti questi paragrafi saranno spiegati in questo compendio: prima della trattazione dei disturbi, sarà subito chiarito come fare l'ipotesi diagnostica. Questo è forse il punto più importante di un caso, spesso richiesto per primo, da cui emerge la capacità di ragionamento clinico e la differenza tra chi si prepara in modo mnemonico, meccanico e rigido (ad esempio, memorizzando ossessivamente i criteri diagnostici

² La valutazione diagnostica può essere categoriale, dimensionale o entrambe: nel proseguimento del compendio sarà spiegata la differenza. Si tratta comunque sempre e solo di ipotesi diagnostiche, poiché non è possibile fare diagnosi certe in base a una traccia. Occorre, infatti, mostrarsi prudenti, non affrettati e non categorici.

del manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali, il DSM) e chi studia in modo ragionato e flessibile.

Dopo i disturbi clinici, saranno spiegati gli altri paragrafi, in modo che la scaletta di questo compendio segua la stessa scaletta generalmente richiesta dal caso clinico e affronti gli argomenti secondo lo stesso ordine logico: dall'ipotesi, alle aree da approfondire per comprendere meglio il problema, agli strumenti per misurarlo, fino agli interventi per affrontarlo.

L'utilizzo del DSM-5: punti di forza e debolezza

Per l'inquadramento di un caso clinico, viene generalmente utilizzato un manuale diagnostico. Ne esistono diversi³: in questo compendio si farà riferimento, per la sua diffusione in ambito internazionale, sia clinico che di ricerca, al Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali (in inglese: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – DSM*), redatto dall'*American Psychiatric Association* (APA), di cui nel 2013 è stata pubblicata la Quinta Edizione, tradotta in italiano nel 2014.

Le categorie nosologiche del DSM, ma anche degli altri manuali diagnostici, sono “prototipi”, cioè schematizzazioni di configurazioni patologiche che nella realtà sono molto più complesse e sfumate. Dunque, il clinico valuta la somiglianza del paziente rispetto al prototipo, nella consapevolezza che difficilmente sarà riscontrabile una

³ Ad esempio, l'ICD, sigla di *International Classification of Diseases*, in italiano “Classificazione internazionale delle malattie”, oppure il PDM, sigla di *Psychodynamic Diagnostic Manual*, in italiano Manuale Diagnostico Psicodinamico. Le sigle sono generalmente seguite dal numero dell'edizione vigente, che qui non è stato indicato, perché vengono costantemente pubblicate nuove edizioni. Il PDM non viene accettato da molte commissioni di esami e concorsi, sia perché meno diffuso del DSM e dell'ICF, sia perché legato all'approccio psicodinamico, quindi non ideologicamente “neutro” come il DSM, ma connesso a uno specifico modello in cui non tutti i professori, i ricercatori e i clinici si riconoscono. Sul sito 110eLode.Net puoi comunque trovare descrizioni di questi manuali, se ti interessano o ti servono.

perfetta corrispondenza tra la patologia così come viene descritta nel manuale e così come si presenta nel paziente.

Il DSM-5 è uno strumento di classificazione tipicamente categoriale, come quelli utilizzati in ambito medico, in quanto suddivide le patologie in classi distinte e fornisce una lista di indicatori osservabili per ciascuna di esse. Tali criteri sono di tipo descrittivo e fenomenologico, in quanto costituiscono sintomi manifesti e quantificabili. Se il professionista ne rileva un certo numero, assegna il paziente alla corrispondente categoria.

Non è necessario, infatti, che il paziente presenti l'intera lista di sintomi, ma è sufficiente un numero inferiore, prefissato e riportato di volta in volta nel DSM-5 stesso, nel corso della trattazione di ciascun disturbo, considerando poi anche le caratteristiche specifiche della persona, perché l'obiettivo non è affibbiarle un'etichetta, ma comprendere meglio il suo disagio. Per questo, l'APA raccomanda di utilizzare il DSM in modo flessibile, come un punto di riferimento condiviso, ma non come un testo sacro e assoluto da applicare rigidamente. Altrimenti, si rischia di procedere intuitivamente, caoticamente, proiettando sui dati i propri schemi e i propri *bias*⁴, senza il rigore e la prudenza necessari per effettuare una diagnosi.

Oltre ad essere categoriale e descrittivo, il DSM-5, come le precedenti edizioni di questo manuale, è ateoretico (o "a-teorico"), in quanto la sua stesura si è proposta di essere il più possibile imparziale, cioè indipendente da approcci teorici e clinici specifici quali possono essere quello psicodinamico, cognitivo-comportamentale, sistemico, ecc. L'essere ateoretico rende il DSM trasversale, utilizzabile da professionisti appartenenti a diversi orientamenti, superando i conflitti tra "scuole" nel superiore interesse del paziente, della ricerca e della clinica.

Un punto di forza del DSM-5 è la possibilità, per gli psichiatri, gli psicologi e gli altri professionisti di area clinica, sanitaria o socio-

⁴ Distorsioni cognitive.

sanitaria, di condividere lo stesso strumento e lo stesso linguaggio, confrontandosi tra loro e comunicando con chiarezza.

Inoltre, questo manuale ha ancorato la diagnosi a costrutti statistici come media, frequenza, moda, mediana, varianza, correlazione, sottraendola all'arbitrio dei singoli professionisti e conferendo, per quanto possibile, "oggettività" ad una dimensione, come quella psicologica, che storicamente è stata criticata dagli scienziati, poiché svalutata come ineffabile, non misurabile e non scientifica.

Tuttavia, questo manuale presenta anche punti di debolezza. La standardizzazione rischia, infatti, di omologare l'espressività di un disturbo, non considerando che il funzionamento complessivo può variare sia da persona a persona sia nella stessa persona, nel tempo o nei diversi contesti in cui è inserita.

L'approccio complementare a quello categoriale, che è basato su manuali diagnostici come il DSM-5, che attribuiscono importanza agli aspetti oggettivi, è quello dimensionale, basato sulle teorie psicologiche, che attribuiscono importanza agli aspetti soggettivi. In realtà, lo stesso DSM-5, pur essendo fondamentalmente categoriale, è meno rigido rispetto alle precedenti edizioni, più aperto a una valutazione dimensionale e compatibile con un percorso psicodiagnostico flessibile.

Ciò perché attualmente gli scienziati e i clinici, a prescindere dall'approccio specifico a cui aderiscono, adottano il "paradigma della complessità", che abbandona i nessi esplicativi lineari e causali per assumere una visuale ampia e integrata, dove i confini tra le patologie non sono né troppo rigidi, né troppo porosi, in quanto entrambe queste condizioni sono estremizzazioni difficilmente riscontrabili nella realtà.

L'apertura dell'attuale psichiatria verso la valutazione dimensionale è rilevabile nel DSM-5 da alcuni cambiamenti rispetto alle precedenti edizioni. Uno di questi è il concetto di "spettro", che si applica, ad esempio, ai disturbi autistici e a quelli psicotici, ora racchiusi in

un'unica categoria, data la diversa espressività con cui si presentano nei pazienti.

Il ritardo mentale è stato ridenominato “disabilità intellettiva”, conferendo centralità non al QI, che è un'indicazione numerica fredda dell'intelligenza, ma al funzionamento adattivo, che invece è un costrutto qualitativo che valuta le autonomie e le competenze della persona, importanti ai fini del suo sviluppo e della sua inclusione sociale, più dell'intelligenza intesa astrattamente e misurata quantitativamente.

Un altro indicatore dell'apertura alla valutazione dimensionale del DSM-5 è l'abbandono della suddivisione in assi, che isolava artificialmente componenti che nell'esperienza sono compresenti e commisti. Infine, nel DSM-5 vengono prese in considerazione le differenze di genere e cultura, che possono influenzare l'esordio e il decorso di un disturbo.

Tuttavia, per quanto queste novità possano ammorbidire la rigidità di un approccio sintomatologico e descrittivo, nel DSM-5, per sua natura, predomina la dimensione psichiatrica e categoriale.

[continua...]

2) Disturbi d'ansia

Inquadramento teorico

I disturbi d'ansia sono posti per primi in questo manuale per vari motivi⁵: sono i più frequenti nelle ipotesi diagnostiche dei casi clinici di esami o 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 senso comune si usano stress, ansia e depressione come etichette *passé-partout*, come contenitori che racchiudono molti contenuti, diversi però dal significato scientifico e clinico di questi termini⁶.

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 esami e concorsi 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

⁵ 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 compendio sui disturbi in età evolutiva.

⁶ 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.

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.



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).

Disturbo di panico

Sintomatologia. Il disturbo di panico è costituito da ricorrenti attacchi di panico inaspettati, che insorgono a partire da uno stato di quiete oppure da uno stato ansioso. Almeno uno degli attacchi è seguito da un mese (o più) di preoccupazione persistente per l'insorgere di altri attacchi e/o da una significativa alterazione del comportamento conseguente agli attacchi.

L'attacco di panico consiste nella comparsa improvvisa di paura o disagio intensi, irrompe mentre la persona stava compiendo una normale attività, quindi la disorienta. Ella non capisce cosa stia succedendo e teme di impazzire o morire. L'attacco di panico raggiunge il picco generalmente entro 10 minuti, poi si dissolve e viene seguito da una fase "post-critica", che può durare ore, caratterizzata da senso di spossatezza, confusione e disagio.

La sintomatologia così intensa e prevalentemente organica di un attacco di panico ricorda quella di un infarto, infatti spesso viene scambiata per un problema cardiologico e la persona viene condotta al pronto soccorso. Durante l'attacco di panico si verificano quattro (o più) dei seguenti sintomi: palpitazioni, cardiopalmo, tachicardia; sudorazioni; tremori fino a grandi scosse; dispnea o sensazione di soffocamento; sensazione di asfissia; dolore o fastidio al petto; nausea o disturbi addominali; sensazioni di vertigine, di instabilità, di testa leggera o svenimento; brividi o vampate di calore; parestesie (sensazioni di torpore o formicolii); derealizzazione (sensazione di irrealtà) o depersonalizzazione (essere distaccati da se stessi); paura di perdere il controllo o "impazzire"; paura di morire.

Spesso, l'attacco di panico si presenta insieme all'agorafobia, la cui caratteristica fondamentale è la paura intensa associata all'esposizione reale o anticipata ad alcune situazioni in cui la persona è in mezzo a una folla, in un luogo aperto, da cui non può fuggire. Nelle forme più gravi, l'agorafobia costringe gli individui a non uscire di casa e ad essere dipendenti dagli altri per soddisfare anche le necessità quotidiane.

Diagnosi differenziale. In presenza di un solo attacco di panico, si formula la diagnosi di “attacco di panico”. In presenza di ricorrenti attacchi di panico, si diagnostica il disturbo di panico. Il panico si differenzia sia dall’ansia generalizzata che dalla fobia, poiché consiste in un breve intervallo di tempo di intensa apprensione, paura o terrore, associati alla sensazione di catastrofe imminente.

Il panico si distingue anche da altri episodi parossistici (cioè eccessivi ed eclatanti, come ad esempio un “attacco di rabbia”): l’attacco di panico non dovrebbe essere diagnosticato se al posto della paura e del disagio improvviso compaiono altri stati emotivi. Occorre inoltre distinguere l’attacco di panico, che è una manifestazione clinica, da manifestazioni culturali che possono apparire esteriormente simili, come l’*ataque de nervios* della popolazione latino-americana o il *khyâl* (“perdita dell’anima”) della popolazione cambogiana.

Comorbidità. Tra i disturbi maggiormente associati al panico ci sono l’agorafobia, gli altri disturbi d’ansia, i disturbi depressivi, bipolari, del controllo degli impulsi, di personalità.

Fobia specifica, fobia sociale e agorafobia

Sintomatologia. La fobia specifica è una paura irrazionale e persistente, sproporzionata rispetto all’oggetto che la provoca. Essa si differenzia dall’ansia proprio perché è connessa a un oggetto specifico. Quando la persona fobica vede l’oggetto che la spaventa o anche quando si limita a pensarla, prova un senso di repulsione e un desiderio di fuga. Le fobie possono avere per oggetto animali (generalmente ragni, insetti, topi, uccelli, rettili, gatti/cani, rane, pipistrelli), oppure sangue, iniezioni e ferite, oppure situazioni come buio, agenti atmosferici (tuoni, temporali, vento), altezze, azioni come volare o guidare. Queste paure e sono reputate sproporzionate rispetto alla situazione e al contesto.

Una particolare fobia è quella sociale, che riguarda solitamente il fatto di parlare in pubblico, andare alle feste, avere relazioni con persone di sesso opposto, servirsi dei bagni pubblici, mangiare davanti agli altri. Gli individui con fobia sociale possono sembrare assertivi o eccessivamente remissivi.

Un'altra particolare fobia è l'agorafobia, cioè la paura intensa associata all'esposizione reale o anticipata ad alcune situazioni in cui la persona è in mezzo a una folla, in un luogo aperto, da cui non può fuggire. Nelle forme più gravi, l'agorafobia costringe gli individui a non uscire di casa e ad essere dipendenti dagli altri per soddisfare anche le necessità quotidiane.

Diagnosi differenziale. Le fobie specifiche vanno distinte tra loro in base all'oggetto. Ad esempio, la fobia specifica si distingue da quella sociale in quanto quest'ultima ha per oggetto le situazioni di esposizione al pubblico. Inoltre, le fobie specifiche vanno distinte dall'attacco di panico, perché anche se la reazione di fronte all'oggetto fobico è intensa, non presenta tutte le caratteristiche dell'attacco di panico.

Le fobie si distinguono dal disturbo ossessivo-compulsivo, perché in quest'ultimo lo stimolo specifico non attiva solo risposte ansiogene, ma precisi comportamenti ripetitivi e ritualistici per tenere l'ansia sotto controllo. Le fobie si distinguono dai disturbi alimentari perché in questi ultimi le risposte ansiogene derivano solo dal cibo. Riguardo ai disturbi dello spettro della schizofrenia e altri disturbi psicotici, se l'ansia e la paura presenti in questi disturbi sono dovute al pensiero delirante, non si dovrebbe porre diagnosi di fobia specifica. Riguardo al disturbo da stress acuto o post-traumatico, se la paura, l'ansia o l'evitamento sono collegati a situazioni che ricordano all'individuo la situazione traumatica, allora non può essere diagnosticata l'agorafobia.

Riguardo al disturbo dello spettro dell'autismo, gli individui con fobia sociale hanno generalmente un livello comunicativo e relazioni sociali adeguati all'età, cosa che non accade nel disturbo dello spettro

dell'autismo. È importante comunque considerare anche il contesto socio-culturale di appartenenza, perché una situazione che potrebbe apparire fobica secondo gli standard di una cultura, potrebbe invece risultare appropriata per un'altra.

Comorbidità. Tra i disturbi maggiormente associati alle fobie ci sono gli altri disturbi d'ansia, i disturbi depressivi, bipolari, del controllo degli impulsi, di personalità.

Casi clinici

Esempio di caso clinico di disturbo d'ansia generalizzata

E.L., una paziente di circa 60 anni, racconta allo psicologo come già da bambina tendesse a preoccuparsi eccessivamente a partire dalla salute dei suoi cari fino a preoccuparsi addirittura della situazione economica della sua famiglia: "Ero sempre in ansia perché il babbo lavorava lontano da noi. Ma quando seppi che sarebbe tornato definitivamente, la mia felicità fu oscurata da un'altra preoccupazione: sarebbe stato in grado di mantenerci tutti egualmente? Questo pensiero mi tornava spesso alla mente, ma non osavo parlarne con nessuno".

Esempio di caso clinico di fobia specifica

E. è una ragazza di 20 anni, ma sin da piccola aveva paura del sangue. Alla vista del sangue impallidiva, tremava e spesso sveniva. Per questo, sin da piccola, ha dovuto evitare di giocare all'aperto per paura di farsi male, poiché anche una piccola ferita l'avrebbe spaventata. Ora ha difficoltà a sottoporsi a prelievi di routine, poiché il solo pensiero le provoca mal di testa e repulsione.

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.

Esempio di caso clinico di agorafobia

A. è un uomo di 32 anni in condizioni di buona salute fisica, celibe, lavora nel campo pubblicitario. Riferisce di avere la tendenza a legarsi molto alle persone. Negli ultimi mesi non si presenta più al lavoro, adducendo varie scuse, ad esempio dicendo che per una deviazione dei mezzi pubblici, non gli è possibile prendere l'autobus per recarsi sul posto di lavoro. Il collega grafico, preoccupato, si offre di andarlo a prendere, condividendo le spese del viaggio ogni giorno. Soltanto in sua presenza A. riesce a presentarsi. Una volta il grafico, impossibilitato per motivi familiari a recarsi al lavoro, non ha potuto offrire il consueto accompagnamento ad A., che si è irritato, accusandolo pesantemente.

Esempio di caso clinico di disturbo di panico

A. è un uomo di 31 anni, celibe, lavora nel campo giornalistico. È descritto dai colleghi e dagli amici come una persona socievole, allegra, che ha grande facilità ad instaurare rapporti interpersonali e con una notevole predisposizione ad essere un leader in ambito sociale e lavorativo; riferisce di avere la tendenza a legarsi molto alle persone.

Nel Giugno del 1994, dopo una settimana particolarmente stressante sul lavoro, durante la quale si era sentito più stanco ed aveva

avvertito qualche capogiro, improvvisamente, mentre guidava la macchina, riferisce di aver visto “tutto bianco” e di essersi sentito come paralizzato; l’ambiente, quello di sempre, non era più familiare, ma irreale e strano, era come se il suo corpo non gli appartenesse più. Il cuore batteva all’impazzata. Venne colto istantaneamente da un’intensa paura di morire, tanto che dovette fermare la macchina e chiedere aiuto. Fu portato poi in ospedale, dove non gli riscontrarono alcuna alterazione organica.

16) Aree da approfondire e strumenti di valutazione

Cosa descrivere nelle aree da approfondire

Dopo aver sviluppato l’inquadramento diagnostico e la diagnosi differenziale, nelle scalette dei casi clinici compare un paragrafo, che può essere denominato in modi diversi, che riguarda le aree da approfondire o gli elementi mancanti necessari per comprendere meglio il problema. Questi elementi sono abbastanza standardizzati, quindi una volta che li hai imparati, puoi riutilizzarli molto spesso, ovviamente adattandoli sempre alla traccia e inserendo riferimenti alla tematica e al disturbo in esame. In nessun caso va fatto un copia-incolla delle seguenti aree, che verranno esposte solo come suggerimento.

Alcuni approfondimenti che generalmente si possono indicare nello svolgimento di questo paragrafo del caso clinico sono, ad esempio, relativi all’**analisi della domanda**, per comprendere le motivazioni ad intraprendere un percorso di sostegno oppure per capire le aspettative circa i risultati. L’analisi della domanda è importante soprattutto quando nel caso è scritto che l’individuo è stato “**inviato**” allo psicologo dal medico oppure segnalato da familiari, poiché potrebbe non avere una motivazione intrinseca verso un intervento di sostegno psicologico e quindi potrebbe essere poco collaborativo. Per questo,

sarà opportuno innanzitutto trasformare la motivazione estrinseca in intrinseca.

Poi sarà utile valutare anche se prima di rivolgersi (o di doversi rivolgere) allo psicologo, la persona abbia contattato **altri professionisti**, ad esempio i medici, poiché questo può suggerire ipotesi sul modo di intendere e di affrontare la patologia, nonché sulle cause che la persona attribuisce al suo disagio: ad esempio, contattare subito il medico può lasciar intendere che forse la persona ha una concezione organica della patologia e pensa che possa essere guarito con una medicina, magicamente.

È utile indagare anche se in passato la persona **abbia seguito altri percorsi medici o psicologici**, per capire se siano stati portati a termine oppure interrotti: spesso le persone iniziano molti percorsi ma poi li interrompono, attuando il *medical shopping*, cioè una compulsione a consultare o a curarsi da più professionisti, senza in realtà ascoltarne nessuno o impegnarsi davvero nella cura, perché attraverso queste costanti richieste, attua una compulsione che la aiuta a percepire di avere un controllo e di gestire il disagio. Se la persona ha portato a termine precedenti percorsi, è utile esplorare come siano iniziati, quali siano state le difficoltà, come le abbia affrontate, quali obiettivi abbia raggiunto.

A questo proposito, è utile anche indagare se la persona stia assumendo **farmaci** o facendo terapie mediche, poiché i sintomi potrebbero anche essere attribuibili agli effetti fisiologici di una sostanza. Lo stesso DSM raccomanda di indagare questo aspetto, proprio per escludere che i farmaci e i loro possibili effetti collaterali siano all'origine dei sintomi.

Inoltre, si può sottolineare come sia opportuno, per lo psicologo, approfondire da quando siano comparsi i **sintomi**, quando si presentano, come reagisce la persona, quali tentativi ha già compiuto per gestirli, ecc. Ad esempio, se l'individuo sembra avere attacchi di panico, è utile approfondire in quali circostanze compaiano, poiché l'evento scatenante può dare indicazioni sul tipo di conflitto all'origine

dei sintomi. Ad esempio, se si presentano sempre e solo prima di andare all'università, prima di andare al lavoro, ecc., è possibile che siano connessi ad un disagio causato da questi contesti.

È da esplorare anche il **funzionamento nei diversi ambiti**: affettivo, sociale, lavorativo, evidenziando il prima e il dopo, poiché generalmente una psicopatologia si diagnostica soprattutto quando si rileva un peggioramento del funzionamento globale della persona rispetto ad un precedente periodo di equilibrio.

Inoltre, una valutazione globale del funzionamento consente di capire anche quanti ambiti siano compromessi, poiché se i sintomi compromettono solo un ambito, è possibile predisporre un intervento di sostegno, più breve e circoscritto. Se invece sono compromessi diversi ambiti e in modo grave, è possibile ipotizzare un disturbo che richieda anche l'invio a uno psichiatra o a uno psicoterapeuta.

Infatti, generalmente, anche nel DSM-5, nella quasi totalità delle categorie diagnostiche, è scritto che per formulare una diagnosi occorre valutare quanti ambiti di funzionamento siano compromessi, poiché per considerare clinicamente significativo un disagio, quindi riconducibile a una psicopatologia, occorre che comprometta 2 o più ambiti di funzionamento. Per questo, è importante valutare il funzionamento nei diversi ambiti: sociale, affettivo, familiare, lavorativo, ecc., anche attraverso appositi strumenti standardizzati.

[continua...]

17) Interventi

Abilitazione-riabilitazione

Dopo il sostegno, quando la persona ha stabilito fiducia e alleanza di lavoro con lo psicologo, può essere pronta per una fase di abilitazione o riabilitazione, altri termini ufficiali, contenuti nell'art. 1 della Legge 56/89 e nel *Nomenclatore delle prestazioni dello psicologo*. Essi indicano percorsi in cui la persona acquisisce o potenzia le sue abilità psicosociali (cioè le *soft-skill*: *decision-making*, *problem-solving*, comunicazione efficace, regolazione delle emozioni e dello stress, ecc.) oppure cognitive e metacognitive, oppure recupera abilità che aveva perso (ad esempio, recupera la memoria, dopo un trauma cranico che aveva provocato amnesia).

Qui puoi quindi riutilizzare i *training* che già hai studiato per la prima e la seconda prova, come il *training* emotivo basato sulla teoria della Fredrickson (1998; 2001), quello metacognitivo basato su Ashman e Conway (1991) o altri *training* già esposti nel manuale sulla seconda prova.

Puoi impostare un *Social Skill Training*, cioè un percorso per apprendere strategie di *problem-solving*, *decision-making*, regolazione delle emozioni e dello stress, comunicazione efficace e relazione con gli altri. Per l'apprendimento di tali strategie, è possibile ricorrere a diverse tecniche psicoeducative, tra cui, ad esempio, il *modeling*, individuando, costruendo e discutendo modelli, estrapolando strategie e provando a metterle in pratica, adattandole a sé e al contesto.

Se hai fatto un commento riferito a Bandura (1978), dicendo che la persona sembra avere una scarsa autoefficacia, puoi fare un *training* per il potenziamento di questa risorsa, migliorando la percezione delle proprie competenze, predisponendo percorsi per aumentare l'autoefficacia. Il potenziamento dell'autoefficacia si può adattare ai vari disturbi: ad esempio, le persone con un disturbo dipendente di

personalità, tendono ad avere un deficit di autonomia e di assertività, quindi si può fare un potenziamento di questi aspetti, attraverso il *modeling*.

Se hai ipotizzato disturbi d'ansia o depressione, nella fase di abilitazione puoi lavorare sulla consapevolezza di sé, analizzando la distanza tra sé reale e ideale, come indicato da Higgins (1987). Infatti, ansia e depressione possono scaturire da una distanza eccessiva tra sé reale e ideale, tra come la persona è, come vorrebbe essere e come dovrebbe essere secondo gli altri. A volte il sé ideale è irrealistico, quindi genera ansia o depressione.

Un altro jolly per gli interventi di abilitazione è Bowlby (1969; 1973; 1980), insieme alla Crittenden (1999), che si è occupata di attaccamento negli adulti. Ad esempio, se nel paragrafo del ragionamento clinico, hai ipotizzato disturbo borderline, dipendente o ansia o altro disturbo spesso legato a un pattern ansioso ambivalente, si può dire che nella fase di sostegno e abilitazione è importante che la persona sperimenti una base sicura, anche perché spesso non l'ha avuta, così la relazione significativa ed empatica con lo psicologo, aiuta a vivere una "esperienza emozionale correttiva" (Alexander & French, 1946). In questo modo può sviluppare la funzione riflessiva, perché spesso il deficit di funzione riflessiva contribuisce a generare disturbi, ma grazie alla base sicura costituita dallo psicologo, la persona ha un'altra opportunità per svilupparla.

In questo modo si interviene secondo teorie scientifiche che non evocano approcci psicoterapeutici che potrebbero infastidire qualcuno (tipo i pensieri distorti del cognitivo-comportamentale, i conflitti rimossi degli psicodinamici, ecc.). Tutte le teorie che hai già studiato per la prima prova e che hai imparato a mettere in pratica attraverso l'ambito applicativo del primo manuale, si possono riutilizzare in terza prova per i commenti psicologici e per gli interventi di abilitazione.

In caso di schizofrenia e psicosi, questi interventi vengono generalmente svolti nelle comunità terapeutico-riabilitative, dove i

pazienti gravi possono essere seguiti giorno e notte anche da infermieri, psichiatri, tecnici della riabilitazione psichiatrica e assistenti sociali.

[continua]

18) 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 nello svolgimento per esami, concorsi o prove varie, dovranno essere molto sintetici, dato che spesso impongono un limite di spazio o di tempo e i commissari devono potersi fare un'idea chiara del candidato in poco tempo perché ne hanno molti da valutare. Quindi è importante la capacità di sintesi.

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 contro voglia 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 inconsce, 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

umentare 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.