

STELLA DI GIORGIO

Aggiornato
al DSM-5-TR

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

Dal DSM-5 al DSM-5-TR

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-TR trattati in questo compendio

2) DISTURBI D'ANSIA

Inquadramento teorico

Disturbo d'ansia generalizzata

Disturbo di panico

Fobia specifica, disturbo d'ansia sociale e agorafobia

Casi clinici

3) DISTURBI DEPRESSIVI

Inquadramento teorico

Disturbo depressivo maggiore

Disturbo depressivo persistente

Disturbo disforico premestruale

Casi clinici

4) DISTURBO BIPOLARE E DISTURBI CORRELATI

Inquadramento teorico

Episodio maniacale, ipomaniacale e depressivo
Disturbo bipolare I e II
Disturbo ciclotimico
Disturbo dell'umore non specificato
Caso clinico

5) DISTURBI DI PERSONALITÀ

Inquadramento teorico
Cluster A. Disturbo paranoide di personalità
Cluster A. Disturbo schizoide di personalità
Cluster A. Disturbo schizotipico di personalità
Cluster B. Disturbo antisociale di personalità
Cluster B. Disturbo borderline di personalità
Cluster B. Disturbo istrionico di personalità
Cluster B. Disturbo narcisistico di personalità
Cluster C. Disturbo evitante di personalità
Cluster C. Disturbo dipendente di personalità
Cluster C. Disturbo ossessivo-compulsivo di personalità

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
Sintesi degli altri disturbi psicotici
Caso clinico

8) DISTURBO OSSESSIVO-COMPULSIVO E DISTURBI CORRELATI

Inquadramento teorico

Disturbo ossessivo-compulsivo

Disturbo di dismorfismo corporeo

Altri disturbi ossessivo-compulsivi

Casi clinici

9) DISTURBI CORRELATI A EVENTI TRAUMATICI E STRESSANTI

Inquadramento teorico

Disturbo da stress post-traumatico e da stress acuto

Disturbi dell'adattamento

Disturbo da lutto prolungato

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

Disturbo da insonnia
Altri disturbi del sonno
DISFUNZIONI SESSUALI
Inquadramento teorico
Sintesi delle disfunzioni sessuali

13) DISFORIA DI GENERE
Inquadramento teorico
Disforia di genere nei bambini, negli adolescenti e negli adulti

14) DISTURBI CORRELATI A SOSTANZE E DA ADDICTION
Inquadramento teorico
Disturbi correlati a sostanze

15) DISTURBI PARAFILICI
Inquadramento teorico
Disturbo pedofilico
Sintesi degli altri disturbi parafilici 149

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 cognitivo
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

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.

3) Disturbi depressivi

Inquadramento teorico

Anche i disturbi depressivi² sono tra i più frequenti nei casi clinici di esami, prove e concorsi per psicologo, nelle comorbidità e nella pratica clinica e valgono gli stessi presupposti già esposti per i disturbi d'ansia, come la necessità di completarli con conoscenze psicologiche e di distinguere il significato scientifico da quello vago del senso comune. Ad esempio, nel senso comune viene spesso confusa la tristezza con la depressione. Nella depressione, la tristezza è presente nella maggior parte del giorno e nella maggior parte dei giorni, dunque è un vissuto grave, pervasivo, persistente, non una reazione transitoria a un evento. Non necessariamente chi è triste è depresso. Affinché ci sia una depressione, occorre una valutazione psicodiagnostica accurata, che procede oltre la constatazione della tristezza.

La tristezza, spesso, si accompagna a sensi di colpa. Le persone che provano tristezza, possono sentirsi responsabili di un evento negativo avvenuto, anche solo perché non hanno saputo evitarlo. Queste persone possono essersi costruite una rappresentazione di loro stesse come “persone non amabili, non degne dell'amore di nessuno”, che può alimentare a sua volta vissuti depressivi e di colpa, fino a favorire anche il rischio di ideazione suicidaria.

Un discorso a parte merita la depressione con esordio nel *peripartum*. La maternità comporta una trasformazione della propria

² Qui non saranno trattate teorie appartenenti ad approcci psicoterapeutici, perché molti commissari di esami e concorsi per psicologi, in particolare nelle prove pratico-valutative per l'abilitazione come psicologo, in tutte le forme in cui vengono svolte, ribadiscono che si tratta di prove per psicologi, non per psicoterapeuti. Si eviterà quindi di assimilare la depressione a una “distorsione cognitiva” come negli approcci cognitivo-comportamentali, a un “lutto” come negli approcci psicodinamici, ecc. Inoltre, non sarà trattato il disturbo da disregolazione dell'umore dirompente, perché esposto nel compendio sui disturbi in età evolutiva.

identità, richiede un grande sforzo di adattamento psicologico e sociale, oltre che pratico. Se la donna non è sostenuta e presenta una serie di fattori di rischio individuale e sociale, lo sforzo intenso di adattamento richiesto dalla maternità può esporla al rischio di quadri clinici, soprattutto depressivi.

Il livello di gravità del disagio post-partum può essere lieve e corrispondere ad una forma transitoria di flessione dell'umore definita nella letteratura clinica come "*baby blues*", oppure configurarsi come una vera e propria depressione, con i sintomi appena elencati, infine può presentare caratteristiche "psicotiche", come deliri e allucinazioni, che possono indurre anche all'infanticidio.

In letteratura clinica vi sono anche dibattiti sulla specificità della depressione maggiore rispetto alla depressione post-partum, visto che la sintomatologia è la stessa, così come la frequenza presso la popolazione, tuttavia nella depressione post-partum, la madre in più ha l'incombenza di accudire il figlio e l'accudimento può essere un'ulteriore circostanza che aggrava i sintomi, per l'impegno che comporta, sia di giorno che di notte e che può affaticare la neomamma, soprattutto se deve procedere da sola, senza un sostegno familiare e sociale (Righetti & Casadei, 2005).

Disturbo depressivo maggiore

Sintomatologia. Il disturbo depressivo maggiore è caratterizzato da diversi sintomi in quattro principali ambiti (umore, funzionamento emotivo, cognitivo, motorio e neurovegetativo), ma almeno uno dei sintomi deve essere l'umore depresso o la perdita di interesse o piacere. I sintomi devono persistere per almeno 2 settimane e costituire un cambiamento rispetto al precedente funzionamento.

Per quanto riguarda il funzionamento emotivo, nel disturbo depressivo maggiore l'intera esperienza emotiva della persona viene connotata da tristezza, angoscia e disperazione. La persistenza di

questa tonalità provoca anedonia, cioè perdita della capacità di provare piacere, con un conseguente senso di vuoto, noia e distacco dagli altri. Queste emozioni, a loro volta, generano sensazioni di indegnità, bassa autostima, profonda inadeguatezza, che portano anche al ritiro sociale.

Per quanto riguarda il funzionamento cognitivo, le prestazioni sono inefficienti a causa delle difficoltà di memoria e concentrazione. Sono frequenti pensieri negativi, pessimismo, ansia, e soprattutto svalutazione di sé. L'ideazione può diventare delirante e dare luogo ad allucinazioni uditive di tipo denigratorio.

Per quanto riguarda la motricità, essa è rallentata, poiché i movimenti diventano lenti ed esitanti. L'aspetto tende ad essere trasandato, stanco e invecchiato. Il tono di voce è monotono e lo sguardo sembra spento. Il rallentamento generale del funzionamento provoca anche disturbi di memoria, di attenzione e della percezione del tempo, che sembra scorrere lentamente.

Per quanto riguarda i sintomi neurovegetativi, il ritmo circadiano si alterna, poiché compare insonnia oppure ipersonnia e risvegli precoci. L'appetito si riduce, porta spesso al dimagrimento e nei casi più gravi alla malnutrizione. In molte persone con disturbo depressivo maggiore sono presenti ideazioni suicidarie, spesso seguite da tentativi di suicidio. Nei casi più gravi, le persone arrivano a fare testamento e ad organizzare tutto per la loro morte, nella convinzione che gli altri starebbero meglio senza di loro.

Nel passaggio dal DSM-5 al DSM-5-TR, è stato parzialmente modificato il criterio D, che prima enunciava che “il verificarsi dell'episodio depressivo maggiore” non è meglio spiegato da disturbi dello spettro della schizofrenia e da altri disturbi psicotici, mentre ora enuncia che “almeno un episodio depressivo maggiore” non è meglio spiegato da disturbi dello spettro della schizofrenia e da altri disturbi psicotici. Quindi, se compaiono più episodi depressivi maggiori (ciascuno dei quali dura almeno 2 settimane), e uno è riconducibile ai disturbi psicotici, si può porre lo stesso la diagnosi di disturbo

depressivo maggiore. Il requisito è che, tra i vari episodi, almeno uno non sia riconducibile ai disturbi psicotici.

Specificatori. Occorre specificare se il disturbo si presenta con ansia, con caratteristiche miste, melancoliche, atipiche, psicotiche congruenti o non congruenti all'umore, con catatonia, con esordio nel *peri-partum*, con andamento stagionale. Si può specificare anche la gravità (lieve, moderata o grave) e se l'episodio è singolo o ricorrente. In base alla combinazione tra gravità ed episodio singolo/ricorrente, differiscono i codici ICD-10 (riportati alla fine di questa categoria diagnostica).

Diagnosi differenziale. Il disturbo depressivo maggiore si distingue dalla distimia (o “disturbo dell'umore persistente”), perché i sintomi sono gli stessi, ma nella distimia sono meno intensi e diluiti in almeno 2 anni, inoltre si distingue dai disturbi bipolari, perché privo di episodi maniacali o ipomaniacali. Il disturbo depressivo maggiore si distingue anche dal disturbo dell'adattamento con umore depresso perché in quest'ultimo non vengono pienamente soddisfatti tutti i criteri per il disturbo depressivo maggiore, inoltre è possibile risalire ad un episodio stressante che possa essere considerato come la principale causa dei sintomi.

Questo è il motivo per cui il disturbo depressivo maggiore si distingue anche dalla tristezza o da una “fisiologica” reazione ad un lutto. Il disturbo schizoaffective si distingue dal disturbo depressivo maggiore con manifestazioni psicotiche, perché nel disturbo schizoaffective devono essere presenti almeno 2 settimane di deliri o allucinazioni in assenza di sintomi depressivi rilevanti.

Comorbidità. Il disturbo depressivo maggiore si presenta spesso associato a disturbi d'ansia, disturbo ossessivo-compulsivo, disturbi alimentari e disturbi di personalità.

Aspetti diagnostici correlati alla cultura di appartenenza, al sesso e al genere, associazione con pensieri o comportamenti suicidari. Il disturbo depressivo maggiore si riscontra presso numerose culture, seppur con variazioni nelle manifestazioni cliniche di tipo emotivo, cognitivo, sociale e somatico. Spesso, la diffusione di questo disturbo è maggiore in contesti caratterizzati da disuguaglianza di reddito; negli Stati Uniti, è maggiore presso afroamericani e neri caraibici rispetto ai bianchi non latini, probabilmente come conseguenza di razzismo, discriminazione e difficoltà di accesso all'assistenza sanitaria. Per quanto riguarda la variabilità rispetto al sesso, le donne tendono a sperimentare più disturbi dell'appetenza, del sonno, più sintomi gastrointestinali e difficoltà interpersonali, mentre gli uomini diventano più inclini all'uso di alcool o sostanze, comportamenti a rischio e scarso controllo degli impulsi.

Le persone con disturbo depressivo maggiore, in base alle statistiche degli Stati Uniti degli ultimi venti anni, presentano un rischio di suicidio 17 volte maggiore rispetto alla popolazione generale. Le probabilità che l'ideazione suicidaria si trasformi in atto aumenta nel corso dell'episodio depressivo maggiore, soprattutto in presenza di precedenti tentativi di suicidio senza esito fatale o di minacce di suicidio.

Ulteriori fattori di rischio sono l'anedonia, essere single, vivere da soli, accedere facilmente a dispositivi potenzialmente letali come armi da fuoco, aver vissuto precoci avversità nella vita, presentare disfunzioni nei processi cognitivi e decisionali e sentimenti di disperazione, nonché le comorbidità con altri disturbi clinici o di personalità, soprattutto borderline.

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. [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 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.

[continua...]

Disponibile su:

