

SOMMARIO - TRACCE VARIE ANALISI CASO SVOLTE

INTRODUZIONE.....	2
TRACCE PSICOLOGIA CLINICA ADULTO SVOLTE	2
TRACCE PSICOLOGIA DELLO SVILUPPO/ EVOLUTIVA SVOLTE	26
TRACCE PSICOLOGIA DEL LAVORO/SOCIALE /DI COMUNITÀ SVOLTE	60
TRACCE NEUROPSICOLOGIA/GENERALE SVOLTE.....	80

INTRODUZIONE

Le seguenti analisi di casi sono utili per aiutare il candidato ad esercitarsi in vista della III prova dell'esame di stato in psicologia. Leggendole il candidato potrà conoscere differenti modi di procedere nel loro svolgimento. Per conoscere nel dettaglio tutti i passaggi da seguire per la realizzazione di un'analisi di caso completa e ordinata, si consiglia l'acquisto del manuale specifico per la preparazione della III prova e i riassunti del DSM 5 a disposizione sul sito <http://libro.psicologia-esamedistato.com/>

TRACCE PSICOLOGIA CLINICA ADULTO SVOLTE

1) P. è un uomo di 38 anni che giunge alla consultazione dello psicologo in uno stato di profonda prostrazione psicologica anche se l'aspetto fisico è abbastanza ben curato. P. fa molta fatica ad esprimersi ed, infatti, il colloquio inizia con un silenzio interrotto poi dallo psicologo che gli domanda se desidera dire qualcosa. Con fatica e un pò alla volta P. comincia a dire che si sente molto giù da quasi due mesi e che ormai non riesce ad avere alcun interesse per tutto quello che, invece fino ad ora, di fatto rappresentava la sua vita. P. riferisce di convivere, da 10 anni, cioè da quando è nata sua figlia, con una persona carina ed intelligente con cui va abbastanza d'accordo e di essere molto attaccato alle "due donne della sua vita" anche se ora preferirebbe quasi non farsi vedere più da loro per evitare che scoprano come lui è ridotto. Il soggetto sostiene che anche nel lavoro, dice di essere un muratore che poi è diventato un piccolo imprenditore, le cose vanno molto male perchè "mi rendo conto di avere fatto degli investimenti troppo azzardati e di essermi comprato una casa forse troppo grande, insomma sono pieno di debiti e ora non so come fare a rimediare". Rispetto a come sia andata la sua vita precedentemente P. riferisce che a volte gli capita di vivere situazioni emotive molto diverse da quelle attuali e che anzi, spesso, è incredibilmente pieno di energia "proprio un vulcano di idee e infatti in quei momenti faccio tanti progetti; poi però all'improvviso tutto cambia, forse perchè la vita spesso è crudele e mi manda troppe prove difficili da affrontare, per cui mi ritrovo a sentirmi impotente e sempre più triste e penso che non ce la faccio più". Per quel che riguarda la famiglia di origine P. riferisce di avere una madre con la quale ha un pessimo rapporto e che frequenta poco e che non ha conosciuto il suo vero padre che è andato via di casa quando lui era molto piccolo. P. sostiene di essere venuto alla consultazione perchè la sua compagna minaccia di mandarlo via di casa se non si decide a sentire il parere di un esperto ed eventualmente farsi seguire in qualche modo: "perchè, dottore, lei è convinta che io abbia qualcosa che non va, forse è anche un pò arrabbiata perchè ha scoperto qualche mia scappatella precedente, acqua passata però, ma poi non so se è lei quella strana, infatti già da un anno va da uno psicologo". Sulla base dei dati forniti, il candidato indichi in maniera sintetica: a. quale ipotesi diagnostica

prenderebbe in considerazione, specificando gli elementi ritenuti importanti a giustificazione dell'ipotesi fatta, e di quali altri dati ha bisogno per una diagnosi differenziale; b. di quali strumenti si avvarrebbe; c. in caso di indicazione di trattamento specificare il tipo di orientamento, obiettivi, setting e chiarire le motivazioni della scelta fatta; d. eventuali risorse di rete psico-sociale da attivare. I candidati sono invitati a rispondere a tutti i punti e ad indicare la lettera di risposta per ciascun punto mantenendo l'ordine dato.

RISPOSTA

a. **Diagnosi ipotizzata e aree da approfondire** In questa sede, per le finalità diagnostiche richieste, si farà riferimento al Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali quinta edizione (DSM 5). Si procede innanzitutto svolgendo un'accurata analisi della domanda.

P., 38 anni, non arriva in consultazione tramite autoinvio, ma perché la moglie “lo minaccia di mandarlo via di casa se non si decide a sentire il parere di un esperto”. Inoltre P. riferisce che è la moglie “è convinta che lui abbia qualcosa che non va”. Per questi aspetti si potrebbe ipotizzare che la motivazione di P. a partecipare al colloquio sia di tipo estrinseco e che il disturbo sia egosintonico. Tuttavia il paziente non nega del tutto il suo malessere, infatti dice che “preferirebbe quasi non farsi vedere più dalla sua compagna e da sua figlia per evitare che scoprano come lui è ridotto” e che anche al lavoro le cose vanno male. Per capire meglio se la motivazione a partecipare ai colloqui con lo psicologo sia intrinseca o estrinseca, sarebbe necessario approfondire quali sono l'atteggiamento e le emozioni legate all'incontrarsi con uno psicologo e se vi è un desiderio reale di capire ed affrontare i sintomi. Per capire meglio se il disturbo sia egosintonico o egodistonico, sarebbe necessario approfondire quale è il livello di consapevolezza legato al fatto di stare male e quanto la persona prova disagio. Questi aspetti sono importanti per determinare la costituzione di un'alleanza terapeutica, per capire la disponibilità ad ulteriori accertamenti diagnostici, per la scelta e pianificazione di un possibile intervento.

Si può procedere approfondendo la conoscenza dei sintomi e delle possibili ragioni che hanno portato al disagio.

Innanzitutto si potrebbe indagare ciò che riguarda i life events più significativi del paziente, che, oltre alla convivenza da 10 anni e la nascita della figlia, sono i rapporti particolari con i genitori. Anche se il P. dichiara di aver avuto un pessimo rapporto con la madre, non sono chiari i motivi di tale astio. Il fatto che P. sostenga di non aver conosciuto mai il suo vero padre perché è andato via quando era piccolo fa pensare ad una situazione di fallimento da parte dell'oggetto-Sè paterno di gratificare i bisogni del Sè di rispecchiamento. Bisognerebbe quindi conoscere la qualità delle successive cure materne e indagare le ragioni del loro conflitto. Un'analisi di questo tipo

premetterebbe di capire meglio anche il rapporto di P. con la sua famiglia ed in particolare con sua moglie che sembra essere caratterizzato da ambivalenza: da una parte la figura di sua moglie viene descritta come “carina ed intelligente” e addirittura lui sostiene di non volersi far vedere da lei e sua figlia in questo stato perchè è molto attaccato alle due donne della sua vita, e dall'altro canto si riferisce a lei come “quella strana che già da un anno va da uno psicologo” e che P. ha tradito in passato con “qualche scappatella”. Inoltre è opportuno avere informazioni sulle eventuali relazioni all'esterno della rete familiare per capire quanto il problema sia racchiuso all'interno del sistema. P. sembra oscillare ed essere ambivalente anche nel suo umore, poiché passa da stati emotivi negativi a positivi. Si ritrovano sintomi come la demotivazione, il disinteresse per le attività, l'autocritica e la colpa “mi rendo conto di aver fatto degli investimenti troppo azzardati e di essermi comprato forse una casa troppo grande”, autosvalutazione (preferirebbe non farsi vedere da compagna e figlia per evitare che scoprano come lui è ridotto) che farebbero pensare ad un disturbo depressivo maggiore. Tuttavia il paziente sostiene che, ripensando alla sua vita precedentemente, gli capitava spesso di vivere situazioni emotive diverse da quelle attuali nelle quali si sentiva pieno di energia e aveva mille idee (“proprio un vulcano di idee e infatti in quei momenti faccio tanti progetti”) per poi ripiombare nuovamente nello stato di sconforto, impotenza e tristezza (“forse perchè la vita è spesso crudele e mi manda troppe prove difficili da affrontare”). Dalla traccia non emerge se il paziente si sia precedentemente rivolto ad un medico generico per poter escludere la possibilità che la sintomatologia possa essere correlata a sostanze o la conseguenza di una condizione medica generale. Si potrebbe inviarlo dapprima da un medico per fare i dovuti accertamenti. Se poi sarà possibile escludere che i sintomi riportati siano dovuti agli effetti fisiologici di una sostanza o ad un'altra condizione medica, i sintomi che presenta attualmente potrebbero ricondurre ad un **disturbo bipolare** (dove l'ultimo episodio è rappresentato da un periodo con sintomi depressivi) per l'alternanza di fasi depressive e maniacali. Tuttavia potrebbe anche trattarsi di un **disturbo ciclotimico**: il decorso della sintomatologia è di cruciale importanza per orientarsi verso questa ipotesi, perciò sarebbe utile indagare la durata di queste oscillazioni e la frequenza con cui si sono succedute. Come diagnosi differenziale si può anche ipotizzare di escludere la presenza di un disturbo borderline di personalità, che anche avendo come caratteristica frequenti alterazioni dell'umore si accompagna ad un quadro sintomatologico che qui non è riscontrabile, come gesti suicidari o comportamenti automutilanti, rabbia inappropriata o ideazione paranoide transitoria.

b. Strumenti diagnostici Al fine della raccolta dei dati necessari per un adeguato approfondimento si possono somministrare: SCID per avere un profilo globale del funzionamento del paziente e dei sintomi che presenta; BDI per indagare l'area dei disturbi dell'umore.

c. **Trattamento/intervento proposto** Se le ipotesi diagnostiche fossero confermate, si potrebbe considerare l'invio a un terapeuta per un intervento supportivo-espressivo con il paziente, ad orientamento psicodinamico con setting individuale. Successivamente si potrebbe anche coinvolgere la moglie, se lei ed il paziente concordano, con interventi in setting di coppia. (Si veda qui <http://libro.psicologia-esamedistato.com/> il manuale specifico di preparazione alla III prova per approfondimenti sugli orientamenti, sulle tecniche da utilizzare e sulla natura dei setting da scegliere per l'intervento).

d. **Risorse di rete da attivare** Sulla base delle ipotesi diagnostiche illustrate, si auspica una presa in carico del paziente da parte di un'equipe multidisciplinare, al fine di garantire al paziente un percorso riabilitativo ed una migliore qualità di vita. Oltre all'intervento dello psicologo e dello psicoterapeuta si potrebbe valutare l'invio del paziente ad uno psichiatra al fine di indagare eventuali cause organiche dei sintomi, e ad un educatore che aiuti la coppia nella gestione della relazione la figlia.

2) Una giovane di 25 anni, prossima alla laurea, chiede una consultazione psicologica. Da qualche tempo non riesce a dormire bene, è molto ansiosa e, soprattutto in situazioni di affollamento, ha crisi di sudorazione e tachicardia e senso di soffocamento. Questo la preoccupa molto perché, dopo la laurea, si era indirizzata verso un master all'estero con buone prospettive che si concludesse con un'ottima opportunità lavorativa. Dice di essere libera sentimentalmente perché ha concluso senza apparente sofferenza un rapporto affettivo iniziato quando aveva 18 anni. Racconta diffusamente che il clima sereno che era sempre esistito all'interno del nucleo familiare sembra essersi "spezzato". Padre e madre discutono sempre più spesso e, dopo le liti, la madre, casalinga, passa la giornata a letto, lasciando alla figlia i lavori domestici, mentre il padre si rinchioda nel mutismo e si trattiene sempre più al lavoro. La giovane è anche molto preoccupata per il fratello di 17 anni, che ha iniziato a rincasare tardi e rischia di essere bocciato. Il candidato decida: a quali aree problematiche il colloquio clinico deve porre attenzione e la diagnosi ipotizzata; quali strumenti diagnostici userebbe per approfondire la conoscenza del caso; quale intervento proporrebbe.

RISPOSTA

Diagnosi ipotizzata e aree da approfondire In questa sede, per le finalità diagnostiche richieste, si farà riferimento al Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali quinta edizione (DSM 5).

Si procede innanzitutto svolgendo un'accurata analisi della domanda.

La paziente, 25 anni, sembra arrivare in consultazione tramite autoinvio ed appare preoccupata per il suo malessere (in quanto ha problemi a proseguire i programmi fatti per il suo futuro professionale). Per questi aspetti si potrebbe ipotizzare che la motivazione della paziente a partecipare al colloquio sia di tipo intrinseco e che il suo disturbo sia egodistonico. Per capire meglio se la motivazione a partecipare ai colloqui con lo psicologo sia intrinseca o estrinseca, sarebbe necessario approfondire quali sono l'atteggiamento e le emozioni legate all'incontrarsi con uno psicologo e se vi è un desiderio reale di capire ed affrontare i sintomi. Per capire meglio se il disturbo sia egosintonico o egodistonico, sarebbe necessario approfondire quale è il livello di consapevolezza legato al fatto di stare male e quanto la persona prova disagio. Questi aspetti sono importanti per determinare la costituzione di un'alleanza terapeutica, per capire la disponibilità ad ulteriori accertamenti diagnostici, per la scelta e pianificazione di un possibile intervento.

Si può procedere approfondendo la conoscenza dei sintomi e delle possibili ragioni che hanno portato al disagio.

In base al racconto dalla paziente riguardo alla sua situazione familiare e relazionale dove qualcosa "sembra essersi spezzato" si possono raccogliere maggiori informazioni sui rapporti tra i membri della famiglia. Si dovrebbe cercare di capire che cosa all'improvviso è cambiato e quale sia stato o

quale siano stati gli eventi destabilizzanti. Anche la condizione del fratello sembra essere una reazione diversa ma di analoga natura a questo cambiamento. Dai dati a disposizione sembrerebbe che a monte di tutto ci siano i litigi tra i genitori con una conseguente reazione depressiva da parte della madre che appare troppo coinvolta nel proprio problema per dare di conto alle esigenze dei figli. La paziente si trova all'improvviso ad assumere quasi un ruolo sostitutivo a quello della madre che implica la presa di responsabilità di faccende prettamente concrete come la cura della casa e di altre più serie come la cura del fratello. Si potrebbe quindi ipotizzare la presenza da un lato di una situazione di angoscia abbandonica che avrebbe portato allo smarrimento e al sentire le nuove responsabilità come soffocanti, e dall'altro un'angoscia di inglobamento, di intrusione dei confini di ruolo, dove il suo essere trattenuta all'interno della famiglia con conseguente limitazione al suo processo di autonomia possono aver ostacolato il suo distacco dalla famiglia e compromesso le sue scelte future.

La giovane arriva in consultazione con la seguente sintomatologia: problemi di sonno, ansia (soprattutto in situazioni di affollamento), crisi con sudorazioni, tachicardia e senso di soffocamento.

Dalla traccia non emerge se la paziente si sia precedentemente rivolta ad un medico generico per poter escludere la possibilità che la sintomatologia possa essere correlata a sostanze o la conseguenza di una condizione medica generale. Si potrebbe inviarla dapprima da un medico per fare i dovuti accertamenti. Se poi sarà possibile escludere che i sintomi riportati siano dovuti agli effetti fisiologici di una sostanza o ad un'altra condizione medica, i sintomi che presenta attualmente potrebbero ricondurre ad un disturbo ansioso. La specificazione che la giovane subisce le crisi di sudorazione e tachicardia soprattutto in ambienti affollati farebbe pensare ad **agorafobia**, ma mancano troppi elementi che sarebbe invece opportuno indagare per sostenere questa ipotesi diagnostica. Sarebbe utile conoscere in che misura il problema si verifica in situazioni di affollamento o se l'ansia è più pervasiva. In effetti la paziente riporta sintomi di alterazioni del sonno e ha preoccupazioni sia per il suo futuro che per il comportamento del fratello. In questo caso anche il **disturbo d'ansia generalizzata** può essere preso in considerazione. Inoltre si dovrebbe approfondire se i sintomi si siano presentati anche in situazioni in cui non vi era affollamento, e se ci siano altri sintomi oltre a quelli descritti, come tremori, brividi o vampate di calore, derealizzazione o depersonalizzazione, sensazione di morire: in questo caso l'ipotesi potrebbe essere di **disturbo di panico**. Si può effettuare una diagnosi differenziale con il disturbo d'ansia sociale, in quanto quello che la preoccupa non sembra il senso di imbarazzo provocato dall'essere in mezzo ad altre persone di cui teme il giudizio.

Strumenti diagnostici Al fine della raccolta dei dati necessari per un adeguato approfondimento del caso si possono somministrare: SCID per avere un profilo globale del funzionamento della paziente e dei sintomi che presenta; BAI per indagare l'area dei disturbi d'ansia; Family Life Space per indagare le dinamiche presenti all'interno del nucleo familiare.

Trattamento/intervento proposto Se le ipotesi diagnostiche fossero confermate, si potrebbe considerare l'invio a un terapeuta per un intervento ad orientamento cognitivo-comportamentale di tipo espressivo con setting individuale. (Si veda qui <http://libro.psicologia-esamedistato.com/> il manuale specifico di preparazione alla III prova per approfondimenti sugli orientamenti, sulle tecniche da utilizzare e sulla natura dei setting da scegliere per l'intervento).

Risorse di rete da attivare Inoltre, sulla base delle ipotesi diagnostiche illustrate, si auspica una presa in carico della paziente da parte di un'equipe multidisciplinare, al fine di garantire alla paziente un percorso riabilitativo ed una migliore qualità di vita. Oltre all'intervento dello psicologo e dello psicoterapeuta si potrebbe valutare l'invio della paziente ad uno psichiatra al fine di indagare eventuali cause organiche dei sintomi e per un'eventuale terapia farmacologica per regolare i sintomi ansiosi.

3) Dati anamnestici: età 25 anni, figlio unico. Sviluppo psicofisico nella norma. Genitori viventi, entrambi pensionati. Frequenza scolastica: terzo anno Istituto Tecnico Industriale. Professione: operaio. Abitudini di vita regolari, modico fumatore e bevitore. Prima crisi verificatasi all'età di 19 anni mentre prestava servizio di leva. Sintomi manifestati: allucinazioni visive e uditive, disorientamento spaziale e temporale, attacchi di panico. Il paziente si descrive come tranquillo, un po' introverso, timido e insicuro. Frequenta coetanei con alcuni dei quali ha rapporti di amicizia. Alla visita presenta i seguenti sintomi: inappetenza, disturbi gastrici, cardiopalmo, insonnia, disagio, senso di devalorizzazione. Un tentativo sentimentale fallito di recente riaccutizza idee a contenuto persecutorio; si sente spiato, seguito, calunniato. Ha interrotto il rapporto di lavoro isolandosi anche dagli amici. Sulla base delle informazioni presentate, il candidato formuli una diagnosi clinica e formuli un piano terapeutico che preveda il tipo di intervento.

RISPOSTA

Diagnosi ipotizzata e aree da approfondire In questa sede, per le finalità diagnostiche richieste, si farà riferimento al Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali quinta edizione (DSM 5).

Si procede innanzitutto svolgendo un'accurata analisi della domanda.

È necessario approfondire se il paziente, 25 anni, arriva in consultazione tramite autoinvio o se è stato mandato da terzi, e se prova o meno disagio in relazione ai sintomi riportati nella traccia. Per capire meglio se la motivazione a partecipare ai colloqui con lo psicologo sia intrinseca o estrinseca, sarebbe necessario approfondire quali sono l'atteggiamento e le emozioni legate all'incontrarsi con uno psicologo e se vi è un desiderio reale di capire ed affrontare i sintomi. Per capire meglio se il disturbo sia egosintonico o egodistonico, sarebbe necessario approfondire quale è il livello di consapevolezza legato al fatto di stare male e quanto la persona prova disagio. Questi aspetti sono importanti per determinare la costituzione di un'alleanza terapeutica, per capire la disponibilità ad ulteriori accertamenti diagnostici, per la scelta e pianificazione di un possibile intervento.

Si può procedere approfondendo la conoscenza dei sintomi e delle possibili ragioni che hanno portato al disagio.

Il fatto che il ragazzo abbia interrotto i rapporti sociali e il lavoro sembrano essere segni prognostici negativi, che denunciano un disagio clinicamente significativo, che interferisce con il mantenimento delle precedenti condizioni di vita. È da supporre un ruolo esercitato dalla rottura della relazione sentimentale come fattore psico-sociale stressante nell'esacerbazione della sintomatologia nell'ultimo periodo. Segni prognostici positivi sembrano derivare dalla precedente capacità del ragazzo di stabilire e mantenere alcune relazioni interpersonali (frequentava alcuni coetanei, ha avuto alcune relazioni di amicizia e ha persino avuto una relazione sentimentale) e un lavoro. Non

viene detto nulla riguardo al periodo successivo all'esordio sintomatico, visto che sono passati 6 anni da allora. Dalla traccia non emerge se il paziente si sia precedentemente rivolto ad un medico generico per poter escludere la possibilità che la sintomatologia possa essere correlata a sostanze o la conseguenza di una condizione medica generale. Si potrebbe inviarlo dapprima da un medico per fare i dovuti accertamenti. Se poi sarà possibile escludere che i sintomi riportati siano dovuti agli effetti fisiologici di una sostanza o ad un'altra condizione medica, i sintomi che presenta attualmente potrebbero ricondurre ad un **disturbo schizoaffettivo**, data la copresenza di sintomi depressivi (insonnia, inappetenza, disagio, senso di devalorizzazione), a cui vanno aggiunte le allucinazioni, il disorientamento spazio-temporale e le idee a carattere persecutorio. I sintomi somatici (insonnia e disturbi gastrici) forse sono da ricondurre allo stato depressivo, oppure, se si manifestano in relazione agli attacchi di panico e al cardiopalmo, va approfondito se essi siano una reazione fisiologica ai contenuti delle allucinazioni e ai vissuti persecutori, o se si debba ipotizzare una comorbilità con un **disturbo di panico**. Sembra possibile escludere un disturbo di personalità di tipo paranoide poiché il paziente non mostra diffidenza e sospettosità pervasive già prima dell'età adulta e ha dimostrato di essere in grado di intrattenere rapporti di amicizia e sentimentali nel passato.

Strumenti diagnostici Al fine della raccolta dei dati necessari per un adeguato approfondimento del caso si possono somministrare: SCID per avere un profilo globale del funzionamento del paziente e dei sintomi che presenta; BAI per indagare l'area dei disturbi d'ansia; BDI per indagare l'area dei disturbi dell'umore.

Trattamento/intervento proposto Se le ipotesi diagnostiche fossero confermate, si potrebbe considerare l'invio a un terapeuta per un intervento supportivo-espressivo con il paziente, ad orientamento psicodinamico con setting individuale. (Si veda qui <http://libro.psicologia-esamedistato.com/> il manuale specifico di preparazione alla III prova per approfondimenti sugli orientamenti, sulle tecniche da utilizzare e sulla natura dei setting da scegliere per l'intervento).

Risorse di rete da attivare Sulla base delle ipotesi diagnostiche illustrate, si auspica una presa in carico del paziente da parte di un'equipe multidisciplinare, al fine di garantire al paziente un percorso riabilitativo ed una migliore qualità di vita. Oltre all'intervento dello psicologo e dello psicoterapeuta si potrebbe valutare l'invio del paziente ad uno psichiatra al fine di indagare eventuali cause organiche dei sintomi e per un'eventuale terapia farmacologica (per alleviare i sintomi depressivi e legati alle idee a contenuto persecutorio).

4) Una donna di 28 anni, commerciante, telefona al consultorio chiedendo un appuntamento urgente. Le viene fissato dopo una decina di giorni: se ne lamenta rabbiosamente e dice che non sa se riuscirà a sopportare l'ansia. Continua dicendo che attualmente è molto confusa per una sua relazione con un uomo da cui non riesce a separarsi e con il quale ha problemi nella sfera sessuale: è ancora vergine e non riesce ad avere rapporti (contrazioni spasmodiche zona pelvica). Aggiunge di aver sempre sofferto di periodi di "esaurimento e depressione". È riuscita tuttavia ad uscirne "aprendo con sua madre una boutique di abbigliamento". Nonostante i continui litigi con la madre, la paziente dice che senza di lei non avrebbe concluso nulla nella vita. Riferisce di non aver proseguito una terapia iniziata nel pubblico, perché lo psicologo le avrebbe detto di "lasciare la mamma". Dice che non sopporta di non decidere, deve assolutamente trovare una soluzione a tutto. Lo psicologo deve trovargliela; chiede anche una parola magica, che le permetta di sopportare l'attesa fino all'appuntamento. Il candidato individui i principali elementi da osservare per una diagnosi corretta e delinea l'eventuale programma di intervento.

RISPOSTA

Diagnosi ipotizzata e aree da approfondire In questa sede, per le finalità diagnostiche richieste, si farà riferimento al Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali quinta edizione (DSM 5).

Si procede innanzitutto svolgendo un'accurata analisi della domanda.

La paziente, 28 anni, sembra arrivare in consultazione tramite autoinvio ed appare preoccupata per il suo malessere. Per questi aspetti si potrebbe ipotizzare che la motivazione della paziente a partecipare al colloquio sia di tipo intrinseco e che il suo disturbo sia egodistonico. Per capire meglio se la motivazione a partecipare ai colloqui con lo psicologo sia intrinseca o estrinseca, sarebbe necessario approfondire quali sono l'atteggiamento e le emozioni legate all'incontrarsi con uno psicologo e se vi è un desiderio reale di capire ed affrontare i sintomi. Per capire meglio se il disturbo sia egosintonico o egodistonico, sarebbe necessario approfondire quale è il livello di consapevolezza legato al fatto di stare male e quanto la persona prova disagio. Questi aspetti sono importanti per determinare la costituzione di un'alleanza terapeutica, per capire la disponibilità ad ulteriori accertamenti diagnostici, per la scelta e pianificazione di un possibile intervento.

Si può procedere approfondendo la conoscenza dei sintomi e delle possibili ragioni che hanno portato al disagio.

Da un punto di vista familiare non si conosce nulla del rapporto della paziente col padre, tuttavia emerge l'ambivalenza dei rapporti interpersonali con la madre e con l'attuale partner. Compiono dinamiche di sforzi disperati di evitare un reale o immaginario abbandono (la donna non ha proseguito una terapia perché lo psicologo le avrebbe detto di "lasciare la mamma"), e un pattern di

relazioni interpersonali instabili e intense, con alternanza tra iperidealizzazione e svalutazione (nonostante i continui litigi con la madre, la paziente dice che senza di lei non avrebbe concluso nulla nella vita; è molto confusa per una sua relazione con un uomo da cui non riesce a separarsi e con il quale ha problemi nella sfera sessuale). Anche la disfunzione sessuale potrebbe derivare da problemi legati ad un mancato superamento del processo di separazione-individuazione. Ci sono anche elementi indicanti un'identità alterata e instabilità dell'umore (momenti di disforia che si affiancano a quelli di "esaurimento e depressione", indicati come "periodici"). Si ritrovano tratti di impulsività e di rabbia a cui è legata angoscia difficilmente contenibile (l'appuntamento richiesto è urgente e l'attesa non sopportabile e lo psicologo deve "trovarle una soluzione a tutto"). La ricerca di "una parola magica" potrebbe essere sintomatica di un non completamente conservato esame di realtà. Dalla traccia non emerge se la paziente si sia precedentemente rivolta ad un medico generico per poter escludere la possibilità che la sintomatologia possa essere correlata a sostanze o la conseguenza di una condizione medica generale. Si potrebbe inviarla dapprima da un medico per fare i dovuti accertamenti. Se poi sarà possibile escludere che i sintomi riportati siano dovuti agli effetti fisiologici di una sostanza o ad un'altra condizione medica, i sintomi che presenta attualmente potrebbero ricondurre ad un **disturbo borderline di personalità**. Si può effettuare una diagnosi differenziale con un disturbo d'ansia generalizzata, poiché, anche se risulterebbe comunque rilevante la tematica della separazione, non sono note altre possibili fonti di preoccupazione né le manifestazioni fisiche. Si può anche ipotizzare una diagnosi differenziale con un disturbo bipolare, poiché non sono riscontrabili sintomi legati a episodi maniacali o ipomaniacali.

Strumenti diagnostici Al fine della raccolta dei dati necessari per un adeguato approfondimento del caso si possono somministrare: SCID per avere un profilo globale del funzionamento della paziente e dei sintomi che presenta; BAI per indagare l'area dei disturbi d'ansia; BDI per indagare l'area dei disturbi dell'umore.

Trattamento/intervento proposto Se le ipotesi diagnostiche fossero confermate, si potrebbe considerare l'invio a un terapeuta per un intervento supportivo-espressivo con la paziente, ad orientamento psicomotivo con setting individuale. Successivamente si potrebbe anche coinvolgere la famiglia, se la paziente ed i familiari concordano, con interventi in setting familiare. (Si veda qui <http://libro.psicologia-esamedistato.com/> il manuale specifico di preparazione alla III prova per approfondimenti sugli orientamenti, sulle tecniche da utilizzare e sulla natura dei setting da scegliere per l'intervento).

Risorse di rete da attivare Sulla base delle ipotesi diagnostiche illustrate, si auspica una presa in carico della paziente da parte di un'equipe multidisciplinare, al fine di garantire alla paziente un percorso riabilitativo ed una migliore qualità di vita. Oltre all'intervento dello psicologo e dello psicoterapeuta si potrebbe valutare l'invio della paziente ad uno psichiatra al fine di indagare eventuali cause organiche dei sintomi e per un'eventuale terapia farmacologica per regolare gli sbalzi d'umore.

5) Ragazzo di 21 anni, diploma di scuola superiore, figlio unico. Circa un anno fa, mentre era alla guida della sua auto ebbe una crisi improvvisa, con ansia, tachicardia, sudorazione fredda, tremore, forte disagio e paura di morte imminente. Da allora episodi analoghi si sono presentati ad intervalli irregolari e come la prima volta senza motivi apparenti. Da qualche mese si è ritirato in casa, ha lasciato la ragazza, non ha contatti con gli amici e nessun interesse esterno. Il giorno dorme molto e trascorre gran parte della notte al computer o immerso nella lettura di libri di guerra. La madre, già manager di una azienda, viene descritta dal figlio come una donna forte, molto capace ed efficiente e molto protettiva nei suoi confronti. Il padre come un uomo brillante in società e quasi assente in famiglia. Il giovane racconta che ebbe la prima crisi durante il viaggio di ritorno a casa dopo il soggiorno di qualche mese in un'altra città e che durante la sua assenza i genitori avevano avuto una grossa crisi coniugale di cui era stato informato solo qualche giorno prima del suo rientro in famiglia. Si dimostra distaccato da tutto e a tratti aggressivo. I genitori sono preoccupati, la madre tende a proteggerlo, giustificarlo, il padre infastidito dimostra invece una scarsa disponibilità. Il candidato: a. esprima una propria valutazione del caso e formuli una ipotesi diagnostica; b. indichi strumenti di approfondimento; c. indichi un eventuale programma terapeutico; d. indichi eventuali risorse di rete da attivare.

RISPOSTA

a. **Diagnosi ipotizzata e aree da approfondire** In questa sede, per le finalità diagnostiche richieste, si farà riferimento al Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali quinta edizione (DSM 5). Si procede svolgendo un'accurata analisi della domanda.

È necessario approfondire se il paziente, 21 anni, arriva in consultazione tramite autoinvio o se è stato mandato da terzi, e se prova o meno disagio in relazione ai sintomi riportati nella traccia. In tal modo sarà possibile capire se la motivazione del paziente a partecipare al colloquio è di tipo intrinseco o estrinseco, e se il suo disturbo è egodistonico o egosintonico. Per capire meglio se la motivazione a partecipare ai colloqui con lo psicologo sia intrinseca o estrinseca, sarebbe necessario approfondire quali sono l'atteggiamento e le emozioni legate all'incontrarsi con uno psicologo e se vi è un desiderio reale di capire ed affrontare i sintomi. Per capire meglio se il disturbo sia egosintonico o egodistonico, sarebbe necessario approfondire quale è il livello di consapevolezza legato al fatto di stare male e quanto la persona prova disagio. Questi aspetti sono importanti per determinare la costituzione di un'alleanza terapeutica, per capire la disponibilità ad ulteriori accertamenti diagnostici, per la scelta e pianificazione di un possibile intervento.

Si può procedere approfondendo la conoscenza dei sintomi e delle possibili ragioni che hanno portato al disagio.

Il giovane riferisce di aver avuto la prima crisi di panico circa un anno fa durante il viaggio di ritorno a casa, con ansia, tachicardia, sudorazione fredda, tremore, forte disagio e paura di morte imminente. Da allora episodi analoghi si sono presentati ad intervalli irregolari e, come la prima volta, senza motivi apparenti. Da qualche mese si è ritirato in casa, ha lasciato la ragazza, non ha contatti con gli amici e nessun interesse esterno. Il giorno dorme molto e trascorre gran parte delle notti davanti al pc o immerso nella lettura di libri di guerra. Si dimostra distaccato da tutto e a tratti aggressivo. Dalla traccia non emerge se il paziente si sia precedentemente rivolto ad un medico generico per poter escludere la possibilità che la sintomatologia possa essere correlata a sostanze o la conseguenza di una condizione medica generale. Si potrebbe inviarlo dapprima da un medico per fare i dovuti accertamenti. Se poi sarà possibile escludere che i sintomi riportati siano dovuti agli effetti fisiologici di una sostanza o ad un'altra condizione medica, i sintomi che presenta attualmente potrebbero ricondurre ad un **disturbo di panico**. Si può effettuare una diagnosi differenziale con l'agorafobia, in quanto le difficoltà del paziente non sembrano manifestarsi in relazione a situazioni come trovarsi in spazi aperti o in mezzo alla folla, ma appaiono essere in relazione a situazioni di natura differente, maggiormente legate a ciò che sta avvenendo in famiglia. Inoltre si potrebbe anche ipotizzare la comorbidità con un **disturbo depressivo maggiore** suggerito dal ritiro sociale, ipersonnia, distacco da tutto.

Al fine di confermare le ipotesi diagnostiche e di impostare un adeguato piano terapeutico, dato che la prima crisi si è verificata un anno fa durante il viaggio di ritorno a casa dopo essere stato informato di una grossa crisi coniugale dei genitori, sarebbe interessante capire come il ragazzo abbia vissuto tale notizia, se il primo attacco sia collegato ad essa e se la crisi è ancora in atto, considerando anche il fatto che la situazione dei sintomi del ragazzo è andata peggiorando negli ultimi mesi. Sarebbe utile sapere con che frequenza sono avvenute le successive crisi, se si sono ripresentate in determinate circostanze, le strategie fino ad ora utilizzate per fronteggiarle (se presenti), la presenza di eventuali vantaggi secondari (ad es. spostare l'attenzione su di sé per evitare i litigi dei genitori) e come gli altri vi reagiscano.

Si può indagare il rapporto con i genitori per conoscere il tipo di attaccamento e lo stile educativo ricevuto, se le scelte fatte dal ragazzo nella vita siano state autonome o condizionate. La madre, manager in una azienda, viene descritta dal figlio come una donna forte, molto capace ed efficiente, molto protettiva nei suoi confronti. Il padre viene descritto come un uomo molto brillante in società e quasi assente in famiglia.

Sarebbe anche utile esplorare tutta la sfera affettivo-relazionale del giovane: sapere i motivi della rottura con la ragazza, com'era il loro rapporto, come è evoluto nel tempo, come si è giunti alla decisione di rottura, se ciò è accaduto in concomitanza con qualche evento o situazione. Si può

indagare se prima del suo isolamento sociale avesse degli amici ed i rapporti intrattenuti con essi. Non si sa se prima dell'inizio delle crisi il ragazzo studiasse o lavorasse, perciò sarebbe utile raccogliere informazioni anche su questo aspetto, ed approfondire le relazioni che intratteneva con gli eventuali colleghi ed i superiori.

b. **Strumenti diagnostici** Al fine della raccolta dei dati necessari per un adeguato approfondimento del caso si possono somministrare: SCID per avere un profilo globale del funzionamento del paziente e dei sintomi che presenta; BAI per indagare l'area dei disturbi d'ansia; BDI per indagare l'area dei disturbi dell'umore.

c. **Trattamento/intervento proposto** Se le ipotesi diagnostiche fossero confermate, si potrebbe considerare l'invio a un terapeuta per un intervento ad orientamento cognitivo-comportamentale di tipo espressivo con setting individuale. Successivamente si potrebbe anche coinvolgere la famiglia, se i genitori ed il paziente concordano, con interventi ad orientamento sistemico-relazionale di tipo espressivo in setting familiare. (Si veda qui <http://libro.psicologia-esamedistato.com/> il manuale specifico di preparazione alla III prova per approfondimenti sugli orientamenti, sulle tecniche da utilizzare e sulla natura dei setting da scegliere per l'intervento).

d. **Risorse di rete da attivare** Sulla base delle ipotesi diagnostiche illustrate, si auspica una presa in carico del paziente da parte di un'equipe multidisciplinare, al fine di garantire al paziente un percorso riabilitativo ed una migliore qualità di vita. Oltre all'intervento dello psicologo e dello psicoterapeuta si potrebbe valutare l'invio del paziente ad uno psichiatra al fine di indagare eventuali cause organiche dei sintomi e per un'eventuale terapia farmacologica per meglio gestire la sintomatologia ansiosa e depressiva.

6) Donna di 30 anni si rivolge allo psicologo all'insaputa del marito. Riferisce al primo colloquio che dopo la nascita del primo figlio comincia a dubitare di sé, ha crisi d'ansia senza apparente motivo e perde la fiducia in se stessa. Fuori casa spesso ha paura di non essere in grado di rincasare. Ciò l'ha a volte costretta a telefonare al marito che però la rimprovera e non le offre nessun aiuto pratico. Il candidato esprima la propria valutazione sul caso e individui i principali elementi da osservare per una diagnosi corretta, delineando l'eventuale programma d'intervento.

RISPOSTA

Diagnosi ipotizzata e aree da approfondire In questa sede, per le finalità diagnostiche richieste, si farà riferimento al Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali quinta edizione (DSM 5).

Si procede svolgendo un'accurata analisi della domanda.

La paziente, 30 anni, arrivare in consultazione tramite autoinvio all'insaputa del marito ed appare preoccupata per il suo malessere. Per questi aspetti si potrebbe ipotizzare che la motivazione della paziente a partecipare al colloquio sia di tipo intrinseco e che il suo disturbo sia egodistonico. Per capire meglio se la motivazione a partecipare ai colloqui con lo psicologo sia intrinseca o estrinseca, sarebbe necessario approfondire quali sono l'atteggiamento e le emozioni legate all'incontrarsi con uno psicologo e se vi è un desiderio reale di capire ed affrontare i sintomi. Per capire meglio se il disturbo sia egosintonico o egodistonico, sarebbe necessario approfondire quale è il livello di consapevolezza legato al fatto di stare male e quanto la persona prova disagio. Questi aspetti sono importanti per determinare la costituzione di un'alleanza terapeutica, per capire la disponibilità ad ulteriori accertamenti diagnostici, per la scelta e pianificazione di un possibile intervento.

Si può procedere approfondendo la conoscenza dei sintomi e delle possibili ragioni che hanno portato al disagio.

Dopo la nascita del primo figlio la donna accusa crisi d'ansia (dichiarata da lei immotivata), che la fa dubitare di sé e le fa perdere fiducia in se stessa. Spiega che, quando è fuori di casa, spesso ha paura di non essere in grado di rincasare e a volte chiede aiuto al marito, che la rimprovera e non le da nessun aiuto pratico.

Dalla traccia non emerge se la paziente si sia precedentemente rivolta ad un medico generico per poter escludere la possibilità che la sintomatologia possa essere correlata a sostanze o la conseguenza di una condizione medica generale. Si potrebbe inviarla dapprima da un medico per fare i dovuti accertamenti. Se poi sarà possibile escludere che i sintomi riportati siano dovuti agli effetti fisiologici di una sostanza o ad un'altra condizione medica, i sintomi che presenta attualmente potrebbero ricondurre ad un **disturbo d'ansia generalizzata con attacchi di panico**. Si potrebbe ipotizzare anche **agorafobia**, tenendo conto che la donna ha paura di non riuscire a

rincasare. Si può ipotizzare una diagnosi differenziale con un disturbo d'ansia sociale, poiché i sintomi non sembrano essere legati al timore del giudizio degli altri.

Al fine di confermare le ipotesi diagnostiche e di impostare un adeguato piano terapeutico può essere utile chiedere quali sono gli elementi che lei ritiene la facciano dubitare di sé e che le facciano perdere fiducia in se stessa.

Si dovrebbero avere chiare indicazioni sul primo esordio del problema, se è stato graduale o improvviso, quale è stato l'eventuale elemento scatenante: se un trauma o un cambiamento significativo nella vita della paziente.

Sarebbe molto vantaggioso, al fine di una buona valutazione del caso, avere anche qualche informazione sul vissuto della paziente nell'età adolescenziale, i suoi rapporti con i familiari e con i suoi pari, quindi analizzare quali siano stati i suoi vissuti emozionali in quell'epoca.

Si potrebbe procedere analizzando le relazioni all'interno della sua famiglia: rapporti positivi o negativi con il marito e con i membri della famiglia d'origine (madre, padre, fratelli e sorelle) e se la nascita del figlio è stato un evento piacevole o ha procurato dei disagi a lei o alla sua famiglia.

Si potrebbe approfondire il discorso sulla sua vita attuale: per esempio se ha qualche progetto futuro, se ha un lavoro che la gratifica e come tollera le frustrazioni, quali sono i rapporti con i colleghi e i suoi superiori, quali sono le sue amicizie e come organizza il tempo libero.

Strumenti diagnostici Al fine della raccolta dei dati necessari per un adeguato approfondimento del caso si possono somministrare: SCID per avere un profilo globale del funzionamento della paziente e dei sintomi che presenta; BAI per indagare l'area dei disturbi d'ansia.

Trattamento/intervento proposto Considerato il quadro sintomatologico della paziente, si potrebbe considerare l'invio a un terapeuta per un intervento ad orientamento cognitivo-comportamentale di tipo espressivo con setting individuale. (Si veda qui <http://libro.psicologia-esamedistato.com/> il manuale specifico di preparazione alla III prova per approfondimenti sugli orientamenti, sulle tecniche da utilizzare e sulla natura dei setting da scegliere per l'intervento).

Risorse di rete da attivare Sulla base delle ipotesi diagnostiche illustrate, si auspica una presa in carico della paziente da parte di un'equipe multidisciplinare, al fine di garantire alla paziente un percorso riabilitativo ed una migliore qualità di vita. Oltre all'intervento dello psicologo e dello psicoterapeuta si potrebbe valutare l'invio della paziente ad uno psichiatra al fine di indagare eventuali cause organiche dei sintomi e per un'eventuale terapia farmacologica per meglio gestire i sintomi ansiosi.

7) Una donna di 38 anni (aspetto triste ed affranto) si presenta allo psicologo accompagnata dal marito, su consiglio del neuropsichiatra poiché la colite spastica di cui soffre da tempo non ha base neurologica. Si era sottoposta ad un trattamento psicoterapeutico, concluso per sua volontà dopo due anni perché riteneva di non aver più nulla da dire. Lavora in un asilo nido, come insegnante di sostegno per bambini con problemi linguistici, le piace molto lavorare con i bambini anche se non ne ha. Ama accudire gli animali, soprattutto gatti abbandonati. I primi sintomi appaiono a 18 anni, in occasione del primo rapporto sessuale, avuto con il marito, in seguito al quale era preoccupata di rimanere incinta. Ha rapporti sessuali scarsi. I sintomi si riacutizzano perché il marito, una volta materno, inizia a stancarsi (esce con gli amici, fa lunghe passeggiate in bicicletta). Sintomi correlati sono: abbassamento della vista, herpes e stomatiti (i sintomi riguardano soprattutto la zona orale); si calmano quando è al lavoro. È stata allevata dai nonni perché i genitori si sono separati quando lei era molto piccola; vedeva il padre solo durante le vacanze e nei giorni prefissati dal giudice e, nonostante i rari momenti di incontro con lui, non riusciva a dirgli nulla. Aveva un buon rapporto con la nonna che viveva come figura positiva. Quando si è sposata, il padre voleva portarla all'altare, ma lei ha preferito che questo ruolo fosse rivestito dal nonno; in seguito a questo rifiuto, percepito come un affronto, il padre è sparito, e lei non l'ha più cercato. Ritiene la madre intrusiva, ma la usa per i lavori domestici e si fa contenere quando l'assale la paura di avere un cancro. Passa molto tempo in bagno poiché la colite spastica le impedisce di defecare, e riesce ad evacuare solo aiutandosi con le mani. Il candidato delinea il caso, che cosa debba essere approfondito e con quali metodologie.

RISPOSTA

Diagnosi ipotizzata e aree da approfondire In questa sede, per le finalità diagnostiche richieste, si farà riferimento al Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali quinta edizione (DSM 5).

Si procede svolgendo un'accurata analisi della domanda.

La paziente, 38 anni, arriva in consultazione tramite l'invio del neuropsichiatra (per una colite spastica che non ha base neurologica e di cui la donna soffre da tempo). Emerge dalla traccia che la donna aveva già avuto un trattamento psicoterapeutico, concluso per volontà della paziente, la quale riteneva di non avere più nulla da dire. Per capire meglio se la motivazione a partecipare ai colloqui con lo psicologo sia intrinseca o estrinseca, sarebbe necessario approfondire quali sono l'atteggiamento e le emozioni legate all'incontrarsi con uno psicologo e se vi è un desiderio reale di capire ed affrontare i sintomi. Per capire meglio se il disturbo sia egosintonico o egodistonico, sarebbe necessario approfondire quale è il livello di consapevolezza legato al fatto di stare male e quanto la persona prova disagio. I sintomi della donna le impediscono di condurre una vita normale

e risultano invalidanti sul piano fisico, perciò si può ipotizzare che il disturbo sia egodistonico. Questi aspetti sono importanti per determinare la costituzione di un'alleanza terapeutica, per capire la disponibilità ad ulteriori accertamenti diagnostici, per la scelta e pianificazione di un possibile intervento.

Si può procedere approfondendo la conoscenza dei sintomi e delle possibili ragioni che hanno portato al disagio.

Oltre alla colite spastica, ulteriori sintomi (abbassamento della vista, stomatiti ed herpes) sembrano collocarsi prevalentemente a livello della zona orale. Da una prima lettura del caso la sintomatologia riferita sembrerebbe collocarsi sul piano somatico. Dalla traccia emerge che la paziente si è precedentemente rivolta ad un neuropsichiatra, dove è stato possibile escludere che i sintomi riportati siano dovuti ad un'altra condizione medica e presumibilmente anche agli effetti fisiologici di una sostanza. Essi potrebbero ricondurre ad un **disturbo da sintomi somatici**, attraverso il quale la donna utilizzerebbe il proprio corpo come luogo e mezzo di espressione delle proprie difficoltà psicologiche e relazionali, e dove i timori di malattia sarebbero indicativi dell'impossibilità per la paziente di simboleggiare i propri conflitti inconsci. Si può proporre una diagnosi differenziale con un disturbo da ansia di malattia, poiché, oltre ai timori di contrarre una malattia, sono presenti sintomi somatici evidenti e di grave entità.

Al fine di confermare le ipotesi diagnostiche e di impostare un adeguato piano terapeutico può essere utile approfondire ulteriormente gli elementi forniti dal protocollo per comprendere quale sia il conflitto sottostante alle difficoltà della paziente. Si potrebbe inizialmente ipotizzare l'esistenza di difficoltà legate all'area comunicativa e relazionale: in particolare modo la signora sembrerebbe avere difficoltà ad esprimersi, come testimoniavano l'interruzione del precedente trattamento psicoterapeutico perché "non aveva più nulla da dire" e le difficoltà con il padre al quale "non riusciva a dire nulla". Anche la scelta lavorativa della paziente sembrerebbe inserirsi in questo quadro: ella infatti si occupa, come insegnante di sostegno, di bambini con difficoltà linguistiche.

Un'area da approfondire dovrebbe essere la storia della paziente: particolare attenzione dovrebbe essere attribuita alle sue relazioni con gli adulti significativi (madre, padre, nonni che l'hanno allevata) e degli adulti tra di loro; sarebbe inoltre utile esplorare come ella abbia vissuto la separazione dei genitori, con i quali i rapporti appaiono difficoltosi (la madre è vissuta come intrusiva, ma viene per così dire sfruttata per i lavori domestici e per il contenimento delle proprie angosce di malattia, mentre i rapporti con il padre si sono addirittura interrotti a partire dal rifiuto della paziente a farsi accompagnare all'altare).

Relativamente all'attuale sintomatologia la paziente riferisce che i primi sintomi si sono manifestati all'età di 18 anni in occasione del suo primo rapporto sessuale, in seguito al quale temeva una

gravidanza. Si dovrebbe cercare di appurare se in precedenza ella avesse già manifestato altri segnali di disturbi da sintomi somatici e, in tal caso, in quali occasioni; inoltre, sarebbe importante esplorare con la paziente il significato che ella attribuisce alla sua attuale malattia e, più in generale, all'essere malata, nonché al grado di compromissione del suo funzionamento quotidiano che ne deriva. La consultazione con lo psicologo viene richiesta in seguito al riacutizzarsi della sintomatologia di fronte ad un cambiamento nell'atteggiamento del marito che diviene meno disponibile nei suoi confronti, meno “materno” (esce con gli amici, fa lunghe passeggiate in bicicletta). Sarebbe opportuno approfondire le circostanze che hanno portato a tale cambiamento ed i significati che entrambi vi attribuiscono. Si potrebbe ipotizzare che la paziente traesse un “utile secondario” dai suoi disturbi: probabilmente, il suo essere malata le consentiva di ottenere quelle cure e quelle attenzioni che probabilmente le erano mancate (o non erano state sufficienti) durante l'infanzia. Dalla lettura del protocollo sembrerebbero tuttora presenti delle difficoltà nella sfera sessuale che andrebbero meglio approfondite: in linea generale infatti, un disturbo a livello del desiderio sessuale è indice di problematiche psicopatologiche più profonde rispetto alle difficoltà legate alla realizzazione dell'atto sessuale ed al raggiungimento dell'orgasmo. A questo proposito sarebbe opportuno esplorare i vissuti della paziente relativi alla maternità: la signora, che ama il proprio lavoro con i bambini piccoli, all'età di 38 anni e dopo una relazione ventennale con il marito non ha figli; ci si potrebbe pertanto domandare se questo fatto sia per lei fonte di sofferenza o se, al contrario sia il frutto di una sua scelta e, in tal caso, in che misura condivisa dal marito.

Strumenti diagnostici Al fine della raccolta dei dati necessari per un adeguato approfondimento del caso si possono somministrare: SCID per avere un profilo globale del funzionamento della paziente e dei sintomi che presenta; TAS per rilevare eventuali problematiche legate ai disturbi da sintomi somatici.

Trattamento/intervento proposto Se le ipotesi diagnostiche fossero confermate, si potrebbe considerare l'invio a un terapeuta per un intervento supportivo-espressivo con la paziente, ad orientamento psicodinamico con setting individuale. Successivamente si potrebbe anche coinvolgere il marito, se lui e la paziente concordano, con interventi in setting di coppia. (Si veda qui <http://libro.psicologia-esamedistato.com/> il manuale specifico di preparazione alla III prova per approfondimenti sugli orientamenti, sulle tecniche da utilizzare e sulla natura dei setting da scegliere per l'intervento).

Risorse di rete da attivare Sulla base delle ipotesi diagnostiche illustrate, si auspica una presa in carico della paziente da parte di un'equipe multidisciplinare, al fine di garantire alla paziente un percorso riabilitativo ed una migliore qualità di vita. Oltre all'intervento dello psicologo e dello psicoterapeuta si potrebbe valutare l'invio della paziente ad uno psichiatra per un'eventuale prescrizione di farmaci.

8) Si presenta ad uno psicologo del Servizio pubblico una signora di 40 anni; è coniugata e ha un bambino di 8 anni; è laureata ed insegna materie letterarie in una scuola media. Consegna una lettera di presentazione del medico di famiglia che accenna genericamente ad una sindrome ansiosa, escludendo che i disturbi dell'interessata abbiano natura organica. La paziente dice di considerarsi una persona chiusa, pensierosa, fin dalla più tenera età pervasa da un certo grado di inibizione e timidezza, incline ad evitare situazioni relazionali che implicino valutazioni e giudizi personali. Gli esami scolastici e quelli universitari in particolare hanno rappresentato eventi carichi di ansia prestazionale molto elevata. Conseguita con profitto ma anche con molta sofferenza la laurea si è dedicata all'insegnamento sopportando con intenso disagio le situazioni relazionali con il preside e con i colleghi. Cosa questa che non le ha impedito di svolgere adeguatamente per anni la propria professione. Ma di recente avverte una forte ansia e preoccupazione per i necessari momenti sociali della vita scolastica quali le sessioni di esame, i colleghi docenti. Giudica questo suo comportamento eccessivo ed irragionevole. Purtroppo palpitazioni, tremori, sudorazione ed arrossamento del viso concorrono a rendere sempre più imbarazzante il contatto sociale intervenendo in modo severo con il funzionamento lavorativo, che ritiene essere sempre più compromesso. Il candidato, in base ai dati riferiti: descriva quali informazioni, dati anamnestici, sintomi, ritenga utile approfondire, o richiedere se mancanti, per poter formulare una prima ipotesi diagnostica; indichi gli strumenti che intende adottare per verificare la prima ipotesi; elabori delle proposte operative.

RISPOSTA

Diagnosi ipotizzata e aree da approfondire In questa sede, per le finalità diagnostiche richieste, si farà riferimento al Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali quinta edizione (DSM 5).

Si procede svolgendo un'accurata analisi della domanda.

La paziente, 40 anni, arriva in consultazione tramite invio del medico di famiglia, come riportato su una lettera che la paziente presenta allo psicologo e che parla genericamente di una sindrome ansiosa. Per capire meglio se la motivazione a partecipare ai colloqui con lo psicologo sia intrinseca o estrinseca, sarebbe necessario approfondire quali sono l'atteggiamento e le emozioni legate all'incontrarsi con uno psicologo e se vi è un desiderio reale di capire ed affrontare i sintomi. Per capire meglio se il disturbo sia egosintonico o egodistonico, sarebbe necessario approfondire quale è il livello di consapevolezza legato al fatto di stare male e quanto la persona prova disagio. La donna ritiene che il funzionamento lavorativo sia "sempre più compromesso" a causa dei sintomi, perciò si potrebbe ipotizzare che il suo disturbo sia egodistonico. Questi aspetti sono importanti per determinare la costituzione di un'alleanza terapeutica, per capire la disponibilità ad ulteriori accertamenti diagnostici, per la scelta e pianificazione di un possibile intervento.

Si può procedere approfondendo la conoscenza dei sintomi e delle possibili ragioni che hanno portato al disagio.

La paziente si presenta come chiusa e pensierosa, timida e inibita in situazioni relazionali. Ha conseguito con molta fatica emotiva la laurea ed ha lavorato per alcuni anni come insegnante di materie letterarie sopportando con grosso disagio i momenti che presuppongono confronto e scambio con i colleghi, ma recentemente la situazione si è fatta più difficile fino a compromettere, secondo la signora, il funzionamento lavorativo.

Bisognerebbe indagare in particolare sui fatti, gli eventi particolari o le persone che determinano maggiormente la difficoltà della signora e in particolare che cosa sia avvenuto di recente che possa essere messo in relazione con l'acutizzarsi della sintomatologia.

Occorre indagare sull'infanzia della signora ed in particolare sul rapporto con le figure genitoriali: bisognerebbe capire se i genitori sono stati esigenti, se hanno valorizzato le prestazioni della figlia, se hanno incoraggiato o scoraggiato l'esibizione in pubblico. Sarebbe opportuno capire come la bambina abbia vissuto e superato la fase del timore verso l'estraneo e le fasi di distacco e quali siano state le reazioni dei genitori alla crescita e al conseguente allontanamento della figlia.

La signora è sposata ed ha un figlio di 8 anni. Riguardo ai rapporti attuali sarebbe utile raccogliere informazioni circa il rapporto con il marito e con il figlio, sapere quale sia la reazione del marito alle ansie della moglie, quali i rapporti tra i due.

Molto importante è anche capire quale sia la reazione dei ragazzi alle ansie della loro professoressa; come si sa ai ragazzi non sfuggono queste situazioni e talora sono impietosi di fronte ad una persona adulta che mostra la propria vulnerabilità.

Dalla traccia emerge che la paziente si è precedentemente rivolta ad un medico, dove è stato possibile escludere che i sintomi riportati siano dovuti ad un'altra condizione medica (o presumibilmente anche agli effetti fisiologici di una sostanza). Quindi potrebbe essere ipotizzata una diagnosi di **disturbo d'ansia sociale**, avvalorata dal fatto che la signora è "incline ad evitare situazioni relazionali che implicano valutazioni e giudizi personali". Si può ipotizzare di escludere un disturbo evitante di personalità, poiché vi è una consapevolezza del problema da parte della signora, i sintomi sembrano riguardare solo l'area lavorativa (e non svariati contesti), e le attività che implicano un significativo contatto interpersonale non vengono evitate dalla paziente (considerata la sua carriera lavorativa).

Strumenti diagnostici Al fine della raccolta dei dati necessari per un adeguato approfondimento del caso si possono somministrare: SCID per avere un profilo globale del funzionamento della paziente e dei sintomi che presenta; BAI per indagare l'area dei disordini di tipo ansioso.

Trattamento/intervento proposto Se le ipotesi diagnostiche fossero confermate, si potrebbe considerare l'invio a un terapeuta per un intervento ad orientamento cognitivo-comportamentale di tipo espressivo con setting individuale. Quando la donna avrà preso maggiore consapevolezza delle sue ansie e sarà più in grado di tollerare il potenziale giudizio altrui, si potrebbe metterla alla prova in un setting di gruppo. (Si veda qui <http://libro.psicologia-esamedistato.com/> il manuale specifico di preparazione alla III prova per approfondimenti sugli orientamenti, sulle tecniche da utilizzare e sulla natura dei setting da scegliere per l'intervento).

Risorse di rete da attivare Sulla base delle ipotesi diagnostiche illustrate, si auspica una presa in carico della paziente da parte di un'equipe multidisciplinare, al fine di garantire alla paziente un percorso riabilitativo ed una migliore qualità di vita. Oltre all'intervento dello psicologo e dello psicoterapeuta si potrebbe valutare l'invio della paziente ad uno psichiatra per un'eventuale terapia farmacologica per meglio gestire la sintomatologia.

TRACCE PSICOLOGIA DELLO SVILUPPO/ EVOLUTIVA SVOLTE

1) Giovane ragazza di 14 anni viene inviata allo psicologo da un medico endocrinologo per un sintomo di amenorrea secondaria. Alta, ben vestita, molto magra. Padre imprenditore, madre casalinga, un fratello e una sorella più piccoli. Scrupolosa, perfezionista, competitiva, molto brillante negli studi. Non ha mai avuto un fidanzato. Preoccupata dall'aspetto fisico si impegna molto in attività sportive e nella cura del corpo. Il corpo è rigido, il tono della voce è aggressivo. Descrive il padre come un uomo mite, un pò debole, affettuoso. La madre come severa, fredda, preoccupata dal rispetto delle regole sociali. Presenta disturbi del comportamento alimentare, mangia molto poco e in genere non mangia a tavola con la famiglia e non mangia il cibo preparato dalla madre. Ha avuto periodi in cui è stata in lieve sovrappeso. Le capita di abbuffarsi di dolci e cioccolatini la sera tardi. L'azienda florida fino a poco tempo fa, sta ora attraversando un periodo di crisi. È preoccupata per questa situazione ed è molto critica nei confronti delle scelte del padre. Si rifiuta all'idea di lavorare con lui in futuro. Il candidato formuli una ipotesi diagnostica e indichi ulteriori aree da indagare, indichi strumenti di approfondimento e indichi un eventuale programma terapeutico.

RISPOSTA

Diagnosi ipotizzata e aree da approfondire In questa sede, per le finalità diagnostiche richieste, si farà riferimento al Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali quinta edizione (DSM 5).

Si procede innanzitutto svolgendo un'accurata analisi della domanda.

La paziente, 14 anni, arriva in consultazione tramite l'invio dell'endocrinologo per un sintomo di amenorrea secondaria e non appare preoccupata per il suo malessere, quanto piuttosto del suo aspetto fisico e della situazione dell'azienda familiare. Per questi aspetti si potrebbe ipotizzare che la motivazione della paziente a partecipare al colloquio sia di tipo estrinseco e che il suo disturbo sia egosintonico. Per capire meglio se la motivazione a partecipare ai colloqui con lo psicologo sia intrinseca o estrinseca, sarebbe necessario approfondire quali sono l'atteggiamento e le emozioni legate all'incontrarsi con uno psicologo e se vi è un desiderio reale di capire ed affrontare i sintomi. Per capire meglio se il disturbo sia egosintonico o egodistonico, sarebbe necessario approfondire quale è il livello di consapevolezza legato al fatto di stare male e quanto la persona prova disagio. Questi aspetti sono importanti per determinare la costituzione di un'alleanza terapeutica, per capire la disponibilità ad ulteriori accertamenti diagnostici, per la scelta e pianificazione di un possibile intervento.

Si può procedere approfondendo la conoscenza dei sintomi e delle possibili ragioni che hanno portato al disagio.

La giovane si descrive perfezionista, scrupolosa e competitiva, mentre la madre, casalinga, viene descritta come severa e fredda, invece il padre, imprenditore, una persona mite, debole e affettuosa. Aggiunge che critica le sue scelte lavorative riguardanti la loro azienda, che sta attraversando un periodo di crisi, e che la giovane non ha intenzione di lavorarvi in futuro. Ha inoltre un fratello e una sorella più piccoli dei quali dal colloquio non emerge nessun particolare.

La ragazza è preoccupata per il suo aspetto fisico, riferisce di svolgere attività fisica costante. Non ha mai avuto un fidanzato. Ha avuto problemi di sovrappeso, attualmente mangia poco, non mangia in presenza dei familiari e se il cibo è stato preparato dalla madre. Aggiunge inoltre che le capita di abbuffarsi la sera con dolci e cioccolatini.

Dalla traccia non emerge se la paziente si sia precedentemente rivolta ad un medico generico per poter escludere la possibilità che la sintomatologia possa essere correlata a sostanze o la conseguenza di una condizione medica generale. Si potrebbe inviarla dapprima da un medico per fare i dovuti accertamenti. Se poi sarà possibile escludere che i sintomi riportati siano dovuti agli effetti fisiologici di una sostanza o ad un'altra condizione medica, i sintomi che presenta attualmente potrebbero ricondurre ad un **disturbo di anoressia nervosa, tipo con abbuffate/condotte di eliminazione**. Potrebbe inoltre essere opportuno indagare sulla possibilità che altre caratteristiche della giovane, come il suo essere perfezionista, scrupolosa e competitiva, rientrino in comorbidità nel quadro clinico tipico del **disturbo ossessivo compulsivo di personalità**.

Al fine di confermare le ipotesi diagnostiche e di impostare un adeguato piano terapeutico può essere utile soffermarsi sui disturbi di sovrappeso che la ragazza dice di aver avuto in passato: si può indagare sulla loro insorgenza, come la ragazza ne è uscita, essendo oggi magra, se ha seguito delle diete mediche, se ha preso farmaci, quanto il ricordo di quel periodo possa attualmente influenzarla. Potrebbe essere utile infine capire le circostanze delle abbuffate che le capita di fare, informandosi sulla loro frequenza, sulle eventuali seguenti modalità di eliminazione, sui suoi vissuti prima e dopo, se i familiari ne sono a conoscenza.

Sarebbe opportuno raccogliere informazioni anche sulla storia personale della giovane: partendo dalle prime fasi dello sviluppo, si può indagare sul sistema familiare rilevando regole, stile educativo, alleanze familiari, rapporto tra coniugi e con i fratelli, tipo di comunicazione.

Importante potrebbe essere valutare anche la sfera affettiva della giovane: la ragazza riferisce di non aver mai avuto un ragazzo, quindi potrebbe essere utile indagare quanto e come le preoccupazioni che ella ha del suo aspetto possano influire su tale scelta.

È utile indagare sulle ambizioni della ragazza, che riferisce di non aver intenzione di rimanere nell'azienda del padre in quanto critica le sue scelte, potrebbe essere utile indagare in particolare il

rapporto col padre, che da un lato definisce affettuoso e dall'altro però lo critica non volendo più lavorare con lui. E la madre invece che ruolo ha in questa dinamica.

Strumenti diagnostici Al fine della raccolta dei dati necessari per un adeguato approfondimento del caso si possono somministrare: SCID per avere un profilo globale del funzionamento della paziente e dei sintomi che presenta; Rorschach per studiare la rappresentazione di sé e delle relazioni oggettuali e per indagare le relazioni con l'ambiente evidenziando eventuali stili difensivi o turbamenti affettivi; BUT o EDI per rilevare eventuali problematiche legate alle condotte alimentari.

Trattamento/intervento proposto Se le ipotesi diagnostiche fossero confermate, si potrebbe considerare l'invio a un terapeuta per un intervento sulla paziente, ad orientamento psicodinamico con setting individuale, che evolve dal polo supportivo al polo espressivo. Successivamente si potrebbe anche coinvolgere la famiglia, se la paziente ed i familiari concordano, con interventi in setting familiare. (Si veda qui <http://libro.psicologia-esamedistato.com/> il manuale specifico di preparazione alla III prova per approfondimenti sugli orientamenti, sulle tecniche da utilizzare e sulla natura dei setting da scegliere per l'intervento).

Risorse di rete da attivare Sulla base delle ipotesi diagnostiche illustrate, si auspica una presa in carico della paziente da parte di un'equipe multidisciplinare, al fine di garantire alla paziente un percorso riabilitativo ed una migliore qualità di vita. Oltre all'intervento dello psicologo e dello psicoterapeuta si potrebbe valutare l'invio della paziente ad un medico psichiatra al fine di indagare eventuali cause organiche dei sintomi e per un'eventuale terapia farmacologica per meglio gestire la sintomatologia.

2) P.S. è primogenito e unico figlio di tre figli: ha 15 anni, le sorelle 13 e 11 anni. Frequenta la scuola superiore ed è stato bocciato, poichè era svogliato, aveva rapporti instabili con i compagni; gli insegnanti dicevano che “con poco sforzo avrebbe potuto fare di più”. La madre, 43 anni, è operaia; il padre, 46, è bidello. Ha avuto in passato alcuni colloqui con uno psicologo, dietro invio di un neurologo, per una sintomatologia di balbuzie e di tic. Il padre contatta telefonicamente lo stesso psicologo e descrive l'attuale situazione del figlio caratterizzata da assunzione di hashish da circa un anno; a detta del ragazzo la cosa era tollerata dai genitori. I genitori erano a conoscenza del fatto che il ragazzo assumeva saltuariamente eroina. La scoperta di tale situazione sarebbe avvenuta in particolare da parte della madre, che avrebbe rinvenuto una bustina di sostanza in tasca del ragazzo, inducendolo successivamente a dare delle spiegazioni in merito. C'è stato un cambiamento di comportamento alla nascita della secondogenita. Il padre, benché avesse del tempo libero, non si è mai molto occupato dei figli piccoli: ha avuto una certa predilezione per l'ultima nata. Attualmente c'è un atteggiamento sostanzialmente significativo da parte della madre che, pur essendo molto preoccupata del comportamento del figlio, continua a dargli credito, pur continuando quest'ultimo a fare uso di sostanze stupefacenti. C'è un atteggiamento del padre di sostanziale impotenza: malgrado le intenzioni espresse di controllare il figlio, questi riesce ad eludere il controllo continuando nel suo comportamento. C'è un legame inesistente tra i fratelli che, malgrado la vicinanza di età, soprattutto tra i primi due, non hanno alcun rapporto significativo tra di loro. Durante il periodo estivo il comportamento del ragazzo, controllato da vicino dai genitori che tra l'altro lo sottopongono a un controllo bisettimanale delle urine, sembra modificarsi ma, al ritorno degli amici dalla vacanze, esce con uno di essi, “fidato” a detta dei genitori, assume eroina, ha un collasso, viene portato al pronto soccorso e segnalato come consumatore. Sulla base dell'informazione presentata il candidato proponga una diagnosi e un piano motivato di intervento specificandone gli obiettivi.

RISPOSTA

Diagnosi ipotizzata e aree da approfondire In questa sede, per le finalità diagnostiche richieste, si farà riferimento al Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali quinta edizione (DSM 5).

Si procede svolgendo un'accurata analisi della domanda.

Il paziente, 15 anni, arriva in consultazione tramite l'invio di terzi, dapprima del neurologo (per una sintomatologia di balbuzie e di tic) e poi dal padre (che ha scoperto che il ragazzo fa uso di hashish da circa un anno). Il ragazzo non appare preoccupato per il suo malessere (“a detta del ragazzo la cosa era tollerata dai genitori”). Per questi aspetti si potrebbe ipotizzare che la motivazione della paziente a partecipare al colloquio sia di tipo estrinseco e che il suo disturbo sia egosintonico.

Tuttavia prima di arrivare a questa conclusione è necessario tenere in considerazione vari aspetti. È essenziale innanzitutto capire quali reali motivazioni hanno spinto il padre a contattare lo psicologo e che cosa si aspetti da un intervento: si tratta di una domanda legata alla segnalazione del figlio, e quindi alle possibili conseguenze penali, o di una preoccupazione più profonda rispetto la salute dello stesso e il suo futuro? Quale è l'atteggiamento del ragazzo, le emozioni e le motivazioni legate all'incontrarsi con uno psicologo? Vi è in lui un desiderio di capire le motivazioni che lo spingono ad assumere droga e un desiderio di cambiamento? Si tratta di un desiderio di far contento il padre? O di tutelarsi di fronte alla legge? Questi aspetti sono importanti per determinare la costituzione di un'alleanza terapeutica, per capire la disponibilità ad ulteriori accertamenti diagnostici, per la scelta e pianificazione di un possibile intervento.

Si può procedere approfondendo la conoscenza dei sintomi e delle possibili ragioni che hanno portato al disagio.

È risaputo che il ragazzo fa uso di hashish e di eroina, ma durante i successivi colloqui bisognerà indagare se egli consuma anche altre sostanze e con quale frequenza. La situazione di assunzione di droga è correlata dai genitori del ragazzo alla frequenza di determinati amici. Considerando che il medico neurologo ha ritenuto opportuno inviare il ragazzo dallo psicologo, possiamo ipotizzare che i sintomi non siano dovuti ad un'altra condizione medica. Essi potrebbero ricondurre ad un **disturbo da uso di sostanze** (hashish ed eroina), o ad un **disturbo da intossicazione da sostanze** (la balbuzie e i tic potrebbero esserne gli effetti, quindi è possibile ipotizzare una diagnosi differenziale con i disturbi da tic), che con ogni probabilità nascondono un disagio psicologico più profondo del ragazzo, a cui egli sta cercando di far fronte in modo disfunzionale. Infatti il ragazzo sta vivendo in modo problematico la tarda adolescenza ed assume atteggiamenti autolesionistici, mostrando scarse capacità di autocontrollo, disimpegno, incapacità progettuale.

Al fine di confermare le ipotesi diagnostiche e di impostare un adeguato piano terapeutico sarebbe importante capire come vive la sua situazione scolastica, quale scuola frequenta, con che motivazioni ed interessi, perché abbia scelto quella scuola e quali siano i motivi dei ripetuti insuccessi. È opportuno valutare quali siano le prospettive e i progetti di vita, come viva la completa dipendenza economica dai genitori, quale disponibilità di denaro abbia e quali ne siano le fonti.

Pare di percepire una situazione familiare in cui vi siano legami preferenziali tra alcuni componenti: madre/ figlio, padre/ultimogenita. Bisognerebbe capire come si è creata tale situazione. In genere si parla di rapporto madre/bambino nella prima fase della vita, cui viene sostituito un rapporto a tre padre/madre /bambino, per passare infine alla famiglia come costituita da due gruppi: il gruppo genitoriale e il gruppo dei fratelli. In questa famiglia pare che i rapporti interpersonali siano bloccati alla fase madre/bambino, forse anche per l'assenza del padre. Sembra anche di non vedere da parte

dei genitori comportamenti atti a sviluppare l'autonomia del ragazzo che frequenta senza un adeguato impegno le scuole superiori; pare di cogliere un atteggiamento passivo in questo senso quasi i genitori avessero paura che questo ragazzo cresca e si stacchi dalla famiglia.

Strumenti diagnostici Al fine della raccolta dei dati necessari per un adeguato approfondimento del caso si possono somministrare: SCID per avere un profilo globale del funzionamento del paziente e dei sintomi che presenta; Family Life Space per indagare le dinamiche presenti all'interno del nucleo familiare.

Trattamento/intervento proposto Se le ipotesi diagnostiche fossero confermate, si potrebbe considerare l'invio a un terapeuta per un intervento ad orientamento cognitivo-comportamentale di tipo supportivo con setting individuale. Successivamente si potrebbe anche coinvolgere la famiglia, se i genitori ed il paziente concordano, con interventi ad orientamento sistemico-relazionale di tipo supportivo in setting familiare. (Si veda qui <http://libro.psicologia-esamedistato.com/> il manuale specifico di preparazione alla III prova per approfondimenti sugli orientamenti, sulle tecniche da utilizzare e sulla natura dei setting da scegliere per l'intervento).

Risorse di rete da attivare Sulla base delle ipotesi diagnostiche illustrate, si auspica una presa in carico del paziente da parte di un'equipe multidisciplinare, al fine di garantire al paziente un percorso riabilitativo ed una migliore qualità di vita. Oltre all'intervento dello psicologo e dello psicoterapeuta si potrebbe valutare l'invio del paziente ad un SerT (Servizio per le Tossicodipendenze).

3) Elena ha 7 anni, è in seconda elementare e vive con la madre. Un anno fa il padre è deceduto per un incidente stradale. La bambina viene presa in carico da una psicologa infantile, su segnalazione dell'insegnante, preoccupata per il cambiamento che ha visto in Elena nel corso dell'ultimo anno. La bambina manifesta problemi di disattenzione, isolamento dai compagni, scarsa applicazione nei compiti a casa. L'insegnante segnala anche che il tentativo di comunicare con la madre sui problemi della figlia è risultato insoddisfacente perché la signora appariva poco coinvolta ma anche rigida, come sulla difensiva. In particolare si è dimostrata molto laconica in riferimento alla morte del marito. Anche in questo caso l'insegnante vede un cambiamento di comportamento rispetto a come conosceva la signora l'anno precedente, in cui la vedeva presente ed affettuosa. Il candidato indichi le aree che indagherebbe ai fini della formulazione di ipotesi psicodiagnostiche e gli strumenti che utilizzerebbe per il caso scelto con una proposta d'intervento.

RISPOSTA

Diagnosi ipotizzata e aree da approfondire In questa sede, per le finalità diagnostiche richieste, si farà riferimento al Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali quinta edizione (DSM 5).

Si procede svolgendo un'accurata analisi della domanda.

La paziente, 7 anni, arriva in consultazione tramite l'invio dell'insegnante, che è preoccupata per il cambiamento che ha visto in Elena nel corso dell'ultimo anno a seguito della morte del padre in un incidente.

Si può procedere approfondendo la conoscenza dei sintomi e delle possibili ragioni che hanno portato al disagio.

Sia Elena sia sua madre stanno attraversando un momento emotivamente delicato, difficile e complesso, dovuto alla morte del padre per incidente stradale. Questo evento può configurarsi come un trauma, poiché sconvolge improvvisamente le relazioni affettive, la struttura familiare, le stesse abitudini di questa famiglia, che è chiamata a ristrutturarsi e riorganizzarsi. A scuola, Elisa risulta disattenta, non riesce a svolgere i compiti a casa, sembra non riuscire più a socializzare con i compagni.

Dalla traccia non emerge se le insegnanti e i genitori si siano precedentemente rivolti ad un medico generico per poter escludere la possibilità che la sintomatologia possa essere correlata a sostanze o la conseguenza di una condizione medica generale. Si potrebbe inviarla dapprima da un medico per fare i dovuti accertamenti. Se poi sarà possibile escludere che i sintomi riportati siano dovuti agli effetti fisiologici di una sostanza o ad un'altra condizione medica, i sintomi che presenta attualmente potrebbero ricondurre ad un **disturbo da stress post-traumatico**. Nonostante ci siano calo dell'attenzione e difficoltà nei compiti, si può effettuare una diagnosi differenziale con il disturbo

da deficit di attenzione e iperattività, in quanto le motivazioni di tali sintomi sembrano ragionevolmente essere una delle conseguenze della perdita improvvisa del padre. Per gli stessi motivi si può anche effettuare una diagnosi differenziale con un disturbo depressivo (che è anch'esso caratterizzato da una sensazione di impoverimento di risorse cognitive ed emotive, di affaticamento, di demotivazione). Questi sintomi comportano difficoltà a pianificare e svolgere attività complesse che richiedano un impegno e un'attenzione prolungati, come quelle scolastiche. La bambina sembra dunque essersi ritirata dagli impegni scolastici e sociali, chiusa in se stessa, destinando tutte le risorse che ha alla rielaborazione dei cambiamenti e delle difficoltà.

Al fine di confermare le ipotesi diagnostiche e di impostare un adeguato piano terapeutico può essere utile soffermarsi sulla madre, che sembra ancora molto colpita dall'evento, non riesce a parlarne quando insegnante le chiede informazioni, liquida l'argomento senza troppi dettagli, come se non volesse riviverne il dolore. Il suo atteggiamento rigido e laconico potrebbe essere una difesa dall'angoscia che ancora prova e che non è ancora riuscita ad affrontare. Può essere utile approfondire la storia della madre, per valutare se anche lei presenta sintomi depressivi più gravi e persistenti rispetto a quelli dovuti ad un lutto, poiché l'evento può aver aggravato un disagio pre-esistente. È importante comprendere meglio lo stato d'animo della madre, poiché la relazione con lei media anche le reazioni e le percezioni della bambina. Se la madre è presa dal lutto, dall'elaborazione dell'evento, non riesce a fornire alla figlia una base sicura, proprio in un momento in cui la figlia ne avrebbe più bisogno.

Oltre a valutare l'attaccamento della bambina alla madre, può essere utile comprendere anche la relazione con il padre, per capire cosa effettivamente sia venuto a mancare alla bambina, quali funzioni esercitava il padre, quali riferimenti offriva.

Riguardo alla bambina, occorre approfondire la sua storia, le sue tappe di sviluppo, l'inserimento a scuola, l'attuale funzionamento scolastico, emotivo, sociale, visto che sembra piuttosto compromesso. Inoltre, sarebbe utile comprendere come la bambina abbia interpretato l'evento, come le sia stata comunicata la notizia della morte del padre, che reazioni abbia avuto e che pensieri abbia generato, poiché può accadere che i bambini si colpevolizzino, si sentano responsabili della perdita del padre perché pensano di non essersi comportati bene.

Occorre valutare anche l'ampiezza della rete di supporto sociale della famiglia, poiché se sono presenti altre figure affettive, sociali e istituzionali che possano aiutare la relazione madre-bambina, anche la bambina indirettamente beneficia di tale supporto. Infatti, per comprendere l'impatto specifico di un evento traumatico su un bambino occorre fare una ricognizione dei fattori di rischio e dei fattori di protezione presenti nel suo contesto di vita.

Strumenti diagnostici Al fine della raccolta dei dati necessari per un adeguato approfondimento del caso si possono somministrare: CBCL per avere un profilo globale del funzionamento del paziente e dei sintomi che presenta; osservazione se il bambino non riesce a verbalizzare i suoi pensieri; Family Life Space per indagare le dinamiche presenti all'interno del nucleo familiare; TAD per indagare i sintomi ansiosi e depressivi.

Trattamento/intervento proposto Se le ipotesi diagnostiche fossero confermate, si potrebbe considerare l'invio a un terapeuta per un intervento ad orientamento cognitivo-comportamentale di tipo supportivo-espressivo con setting individuale (con la bambina) e familiare (coinvolgendo la madre). Nello specifico nell'intervento con la bambina si può effettuare, con incontri individuali (dopo il consenso della madre e un primo incontro con la bambina), un contenimento dei pensieri colpevolizzanti, catastrofici e disfunzionali eventualmente presenti. Riguardo alla madre può essere fornito un sostegno sia psicologico, per superare il lutto, sia l'attivazione di una rete di sostegno per consentirle di riorganizzarsi e rafforzare le sue competenze genitoriali eventualmente indebolite da questo momento di difficoltà. (Si veda qui <http://libro.psicologia-esamedistato.com/> il manuale specifico di preparazione alla III prova per approfondimenti sugli orientamenti, sulle tecniche da utilizzare e sulla natura dei setting da scegliere per l'intervento).

4) Gli insegnanti di una scuola secondaria di primo grado lamentano da diverso tempo alcuni problemi nella conduzione di ore di lezione, dovuti a frequenti comportamenti di disturbo da parte di alcuni alunni della classe nei confronti di altri compagni. L'insegnante di italiano, in particolare, riporta alcuni episodi in cui un'alunna della sua classe è stata presa in giro ed aggredita da alcuni compagni durante l'ora di intervallo. Questa situazione viene confermata anche dall'insegnante di educazione motoria. Egli ha ripetutamente notato la difficoltà di integrazione di due alunni, i quali sembrano non avere amici, vengono solitamente esclusi dalle attività del gruppo classe per vengono scelti sistematicamente per ultimi nei giochi di squadra. Il candidato descriva gli ambiti di approfondimento e le modalità di valutazione della situazione in questa classe e specifichi in che modo imposterebbe un eventuale intervento.

RISPOSTA

Diagnosi ipotizzata e aree da approfondire In questa sede, per le finalità diagnostiche richieste, si farà riferimento al Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali quinta edizione (DSM 5).

Si procede innanzitutto svolgendo un'accurata analisi della domanda.

Gli insegnanti segnalano disturbi dei singoli alunni, ma anche relativi al quadro generale del gruppo-classe. Per quanto riguarda gli alunni problematici, in questa classe di scuola secondaria di primo grado sembrano compromesse le dinamiche di gruppo, oltre a quelle didattiche e di apprendimento: poiché le difficoltà rilevate dagli insegnanti e attribuite al comportamento di alcuni alunni non sono soltanto di iperattività e disattenzione, ciò porterebbe ad escludere la diagnosi primaria di **disturbo di deficit di attenzione/iperattività**, anche se non è da escludersi in comorbilità. Inoltre, tali difficoltà non sembrano di natura prevalentemente cognitiva e strutturale, poiché non si sottolineano le difficoltà circoscritte alle abilità strumentali e di studio, dunque potrebbe escludersi in tali alunni, come diagnosi primaria, un **disturbo specifico dell'apprendimento**, anch'esso da tener presente però come comorbilità. Le difficoltà rilevate dagli insegnanti sembrano di tipo prevalentemente relazionale e sociale: alcuni alunni in particolare si mostrano aggressivi, prepotenti, si rendono protagonisti di probabili episodi di bullismo verso altri compagni, come è avvenuto nell'intervallo, quando forse la sorveglianza degli insegnanti potrebbe essere minore poiché si sospende l'attività didattica. Questi alunni inoltre non sembrano particolarmente graditi agli altri compagni, che infatti li isolano dalle attività di gruppo e loro stessi sembra che non si integrino e non abbiano molti amici. Il loro comportamento di sfida non sembra rivolto prevalentemente all'autorità, non sembra tradursi in un atteggiamento di sfida e rivolto a irritare gli altri, e ciò potrebbe far escludere una diagnosi primaria di **disturbo oppositivo-provocatorio**: data l'aggressività, il voler esercitare un potere sui pari, si potrebbe pensare ad un **disturbo della**

condotta, dove è presente soprattutto un compromissione delle abilità sociali. Il loro profilo sembra assomigliare a quello tipico del bullo delineato da Olweus: bambini impopolari, poco integrati, che tendono a prevaricare gli altri, sia in modo apertamente aggressivi, sia più subdoli, come la presa in giro a cui hanno sottoposto la loro compagna di classe. Occorre inoltre porre attenzione alla bambina che ha subito la presa in giro e ad altre eventuali “vittime” della prepotenza di questi alunni per prevenire sindromi ansiose e depressive e un abbassamento dell’autostima e dell’autoefficacia.

Al fine di confermare le ipotesi diagnostiche e di impostare un adeguato piano terapeutico può essere utile soffermarsi sugli insegnanti per avere un’anamnesi di questi bambini, individuando le tappe del loro sviluppo, le loro modalità di regolazione affettiva, le loro abilità sociali, chiedendo ad esempio come si sono inseriti nei precedenti cicli di istruzione, quale sembra essere il loro comportamento con i pari al di fuori della scuola.

Si può approfondire anche la loro situazione socio-economica, per comprendere se vi è uno svantaggio socioculturale, se vivono in una zona in cui hanno assorbito modelli di comportamento antisociali.

Si può discutere con i genitori per cercare di capire il loro stile educativo, le loro reazioni ai comportamenti aggressivi dei figli, poiché uno stile incoerente, oppure eccessivamente rigido o eccessivamente permissivo può aver disorientato i figli.

Inoltre si può cercare di ascoltare individualmente i bambini segnalati come problematici, per capire come valutano il loro comportamento, come lo giustificano e come lo verbalizzano.

Strumenti diagnostici Attraverso test grafici i bambini possono esprimere i loro stati d’animo.

Potrebbe essere utile fare un colloquio individuale proprio per allontanarli momentaneamente dal gruppo e dai “complici” e vedere come si comportano da soli.

Per quanto riguarda il gruppo classe, si può realizzare un sociogramma di Moreno per avere più chiare le dinamiche relazionali, la presenza di eventuali sottogruppi di alunni dominanti, di alunni marginali e di dinamiche di potere che possono essersi instaurate: l’output del sociogramma è infatti un grafico che consente di distinguere relazioni forti e deboli e di collocare ciascun soggetto all’interno della trama di relazione per vedere se si colloca al centro oppure in periferia. Infatti, generalmente, nel caso di bullismo, si stabiliscono delle gerarchie di relazioni, dove il bullo è il nodo principale di una rete e intorno a sé ha dei complici nonché eventuali osservatori, che non partecipano direttamente ma lo incoraggiano e lo sostengono nei suoi propositi aggressivi. Questo output potrebbe essere anche discusso con gli alunni e-o con gli insegnanti.

Trattamento/intervento proposto L'intervento può essere basato sull'approccio-cognitivo comportamentale.

Gli interventi specifici sugli alunni problematici (gli eventuali "bulli") possono prevedere training delle abilità sociali, per apprendere a comunicare, a provare empatia e a integrarsi con il gruppo, diventando cooperativi. Si può proporre anche una tecnica di autoistruzione per apprendere a controllare i propri comportamenti aggressivi, per monitorare i propri comportamenti e apprendere a verbalizzare i propri pensieri invece di agirli direttamente.

A questo proposito potranno essere coinvolti sia i genitori che gli insegnanti in programmi di parent training e teacher training per sostenerli nella gestione dei comportamenti problematici, procedere ad una ristrutturazione cognitiva riguardo alle attribuzioni e alle possibilità di modificare questi comportamenti e per discutere sull'utilizzo di rinforzi differenziali per premiare i comportamenti funzionali e socialmente adattivi ed estinguere quelli disfunzionali.

Si può pensare anche a lavori di gruppo, per rafforzare la coesione della classe: ad esempio, organizzando circle time o role-playing sulle emozioni, per apprendere e rinforzare la abilità sociali e di cooperazione, eventualmente integrando nel gruppo quegli alunni che dal sociogramma di Moreno sono risultati marginali.

Si può pensare anche a interventi sulla scuola poiché episodi di questo tipo possono essersi verificati anche in altre classi, dunque può essere utile un progetto più ampio di formazione degli insegnanti e di prevenzione, come teacher training per trasmettere abilità di gestire comportamenti problematici, creare un clima di cooperazione e segnalare eventuali dinamiche disfunzionali, utilizzando il questionario di Olweus come forma di "screening" e poi circle time e lavori di gruppo con gli alunni sulle abilità sociali e sulla gestione delle emozioni.

(Si veda qui <http://libro.psicologia-esamedistato.com/> il manuale specifico di preparazione alla III prova per approfondimenti sugli orientamenti, sulle tecniche da utilizzare e sulla natura dei setting da scegliere per l'intervento).

5) L. è una ragazzina di 11 anni adottata da una famiglia dall'età di 6 mesi e frequentante le scuole medie. Quest'anno è stata bocciata. All'inizio del nuovo anno scolastico, trovandosi in una classe diversa come ripetente, ha iniziato a manifestare comportamenti di disturbo in classe e di furto di oggetti vari dalle cartelle dei nuovi compagni. La scuola ha convocato i genitori prospettando la sospensione se il comportamento della ragazzina non fosse cambiato. Anche fuori dalla scuola L. ha comportamenti disadattivi: per esempio ha preso un passeggino di una signora all'uscita della messa e lo ha portato a casa dicendo alla madre che l'aveva fatto per fare un favore e che lo avrebbe restituito: ripresa duramente dai genitori una sera è uscita per strada andando a suonare i campanelli dei vicini gridando aiuto. Qualche mese fa, in seguito ad una lite con la migliore amica, L. passava il suo tempo in casa nella sua stanza e rifiutava di frequentare chiunque. I genitori allarmati ed esasperati da queste situazioni vissute in modo molto imbarazzante, contattano lo psicologo per chiedere una consultazione. Il candidato, alla luce dei dati sopra esposti, indichi: quali aspetti dell'anamnesi occorrerebbe approfondire per giungere ad una diagnosi; quali strumenti diagnostici più adatti al caso sceglierebbe; che tipi di intervento sarebbe opportuno mettere in pratica.

RISPOSTA

Diagnosi ipotizzata e aree da approfondire In questa sede, per le finalità diagnostiche richieste, si farà riferimento al Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali quinta edizione (DSM 5).

Si procede svolgendo un'accurata analisi della domanda.

La paziente, 11 anni, arriva in consultazione tramite l'invio dei genitori, allarmati dei comportamenti disadattivi della figlia.

Si può procedere approfondendo la conoscenza dei sintomi e delle possibili ragioni che hanno portato al disagio.

La paziente mostra sintomi, quali furto, disobbedienza e ribellione, comportamenti molesti, ritiro sociale. Innanzitutto occorre valutare gli eventuali vantaggi di questi sintomi, poiché potrebbero essere un modo di richiedere attenzione e sostegno, come se la paziente non si sentisse accettata (sentimento forse scaturito dalla condizione di adottata) e volesse ribadire la sua presenza. Dunque occorre valutare in che misura i suoi sintomi abbiano un significato evolutivo e in che misura patologico e se tale patologia sia individuale o relazionale, legata alla sua storia.

Dalla traccia non emerge se i genitori si siano precedentemente rivolti ad un medico generico per poter escludere la possibilità che la sintomatologia possa essere correlata a sostanze o la conseguenza di una condizione medica generale. Si potrebbe inviarla dapprima da un medico per fare i dovuti accertamenti. Se poi sarà possibile escludere che i sintomi riportati siano dovuti agli effetti fisiologici di una sostanza o ad un'altra condizione medica, i sintomi che presenta

attualmente potrebbero ricondurre ad un **disturbo da stress post-traumatico**. Infatti dopo ogni evento traumatico la paziente reagisce con comportamenti di ritiro o con esplosioni di rabbia, come se non sapesse come affrontarli e come se perdesse momentaneamente l'esame di realtà. Inoltre furto e violazione di regole, sebbene siano presenti, non sono ripetitivi e persistenti, ma si presentano soprattutto dopo esperienze traumatiche (bocciatura, delusione relazionale). Questi motivi portano anche ad ipotizzare una diagnosi differenziale con un disturbo della condotta. Si può ipotizzare anche una diagnosi differenziale con un disturbo psicotico, poiché anche se ci sono comportamenti e ragionamenti bizzarri, non sembrano essere presenti sintomi come deliri e allucinazioni. I comportamenti alterati della paziente sembrerebbero invece ricondurre alle alterazioni dell'arousal e alle alterazioni negative di pensieri e di emozioni tipiche del disturbo da stress post-traumatico.

Al fine di confermare le ipotesi diagnostiche e di impostare un adeguato piano terapeutico può essere utile ripercorrere la storia dell'adozione, l'inserimento della bambina in famiglia, le sue tappe di sviluppo, il modo in cui è stata gestita la condizione di "adottata" della bambina, se le è stata comunicata la sua "condizione" e in che modo e occasione, se le è stata nascosta oppure se è venuta a scoprirla causalmente e da altre fonti, e come eventualmente ha reagito.

Occorre ripercorrere anche la loro storia familiare, il percorso di adozione, con le sue difficoltà, motivazioni ed aspettative. Si possono indagare le motivazioni della scelta di adozione (se causata da sterilità, poiché in questo caso i genitori provengono da un "lutto" e occorre valutare se sono stati sostenuti nell'elaborarlo, poiché potrebbe aver condizionato le pratiche di accadimento). Si può valutare l'attaccamento della ragazza verso di loro e di loro verso la ragazza.

Si può cercare di raccogliere dati anche sulla relazione con la famiglia naturale.

Si può focalizzare l'attenzione sul passaggio dall'infanzia all'adolescenza, l'inserimento delle scuole superiori e lo stile di vita attuale dell'adolescente, per valutare in quale fase del processo di separazione-individuazione si trovi e se i genitori siano supportivi o invischiati. Sembra che il loro stile educativo si basi su interventi punitivi verso il comportamento della ragazza.

Si può discutere anche sulle motivazioni della bocciatura, si può chiedere come è avvenuta la scelta della scuola superiore, quali motivazioni hanno spinto la ragazza a scegliere quell'indirizzo e se si sia trattato di una scelta autonoma, poiché esplorando tali motivazioni è possibile trarre indicazioni sulla sua autonomia, sull'eventuale influenza o interferenza dei genitori, dei compagni o di altre figure, valutando quali siano i punti di riferimento della ragazzina.

Si possono esplorare eventuali conflitti della ragazzina con i compagni, nonché il suo comportamento in classe, sia di tipo sociale (come trascorre la ricreazione, come sono le relazioni con i compagni) sia di tipo cognitivo (quali sono le sue prestazioni nei compiti scritti, nelle

interrogazioni ecc...), sia emotivo (come gestisce l'ansia da interrogazione, gli eventuali brutti voti ecc...).

Strumenti diagnostici Al fine della raccolta dei dati necessari per un adeguato approfondimento del caso si possono somministrare: CBCL per avere un profilo globale del funzionamento della paziente e dei sintomi che presenta; osservazione se la paziente non riesce a verbalizzare i suoi pensieri; Family Life Space per indagare le dinamiche presenti all'interno del nucleo familiare; TAD per indagare i sintomi ansiosi e depressivi.

Trattamento/intervento proposto Se le ipotesi diagnostiche fossero confermate, si potrebbe considerare l'invio a un terapeuta per un intervento ad orientamento cognitivo-comportamentale di tipo supportivo-espressivo con setting individuale (con la ragazzina) e per intervento ad orientamento sistemico-relazionale con setting familiare (coinvolgendo i genitori). Nello specifico si potrebbero valutare i confini tra i sottosistemi familiari, perché la loro confusività o chiarezza può essere una risorsa o un ostacolo per il processo di individuazione della ragazzina e per la gestione delle sue problematiche comportamentali. (Si veda qui <http://libro.psicologia-esamedistato.com/> il manuale specifico di preparazione alla III prova per approfondimenti sugli orientamenti, sulle tecniche da utilizzare e sulla natura dei setting da scegliere per l'intervento).

Risorse di rete da attivare Sulla base delle ipotesi diagnostiche illustrate, si auspica una presa in carico della paziente da parte di un'equipe multidisciplinare, al fine di garantire al paziente un percorso riabilitativo ed una migliore qualità di vita. Oltre all'intervento dello psicologo e dello psicoterapeuta si potrebbero valutare colloqui con le assistenti sociali (visto che le procedure di adozione sono seguite dalla ASL) e con le insegnanti (per approfondire come la ragazzina abbia reagito alla bocciatura e come interagisca con i nuovi compagni di classe).

6) Da un centro ospedaliero specializzato per il trattamento delle cefalee in età pediatrica viene richiesta una consulenza psicologica per un bambino di 7 anni che presenta una cefalea che non ha base organica e che, da circa un anno, non risponde al trattamento farmacologico tradizionale. Il bambino si presenta ad un primo colloquio accompagnato dalla madre. Indicare: a) Come viene impostato il primo colloquio od intervista, tenendo conto della presenza sia della madre che del bambino? b) Quali aree del disturbo individuale e relazionale ritiene utile indagare? c) Riferendosi all'osservazione dell'aspetto e del comportamento del paziente durante il primo colloquio quali elementi ritiene che possano essere utili alla diagnosi? d) Quali informazioni vanno richieste (se non fornite) dal medico inviante? e) In una seconda seduta diagnostica si procede alla valutazione più approfondita tramite questionari e test. Quali ambiti psicologici del paziente ritiene opportuno testare e attraverso quali strumenti?

RISPOSTA

Diagnosi ipotizzata e aree da approfondire In questa sede, per le finalità diagnostiche richieste, si farà riferimento al Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali quinta edizione (DSM 5).

Si procede innanzitutto svolgendo un'accurata analisi della domanda.

Il bambino ha una cefalea, per questo è stato preso in carico da un centro ospedaliero specializzato: ciò può fornire indicazioni sulle eventuali credenze eziologiche e terapeutiche dei genitori o di chi ha inviato il bambino, poiché può trattarsi di credenze basate sul modello medico, quindi di tipo biologico e organicistico, che non valuta altrettanto la dimensione psicologica e sociale dei sintomi. Da un anno, il trattamento farmacologico sembra non portare benefici, poiché la cefalea sembra permanere: può essere utile capire quanto è durato questo trattamento, quando il bambino ha iniziato a lamentare la cefalea, poiché può avere un'origine affettiva e relazionale, scaturire da percezioni di sé in ambito familiare, scolastico o sociale, da un disagio non verbalizzato, ma somatizzato, stress, ecc. Quali "vantaggi secondari" porta la cefalea? Tiene unito forse un sistema disfunzionale? Infatti il sintomo del bambino in realtà è anche un sintomo del sistema familiare.

a) Come viene impostato il primo colloquio od intervista, tenendo conto della presenza sia della madre che del bambino? Il primo colloquio è preferibile affrontarlo soltanto con i genitori, per consentire una comunicazione più aperta, che in assenza del bambino può essere inibita: la madre, ad esempio, può evitare di esprimere emozioni negative davanti al bambino. In questo caso, il bambino si presenta con la madre, dunque il clinico deve porre particolare attenzione ed eventualmente riservare un colloquio più approfondito con i genitori e separatamente con il bambino ad un successivo appuntamento, proprio per garantire un setting più protetto, garantendo

alla madre una maggiore possibilità di esprimere i suoi vissuti e al bambino di non “temere” il giudizio dei genitori ed evitare di sentirsi valutato, inibito o spinto a dire cose che compiaccono il genitore. Eventualmente questo primo incontro può aiutare a preparare i successivi incontri “separati”, può servire a stabilire una prima alleanza, raccogliere dati molto generali e soprattutto osservare la relazione, a partire dai dati non verbali come la posizione, la postura, ecc, fino allo stile di comunicazione e di interazione. Si può osservare la relazione tra madre e bambino, le modalità di regolazione reciproca del comportamento, dunque considerarli come una diade. Farli familiarizzare con l’ambiente, esplorare le loro aspettative e i vissuti relativi al percorso terapeutico compiuto fino ad allora. Però è opportuno rinviare approfondimenti a seduta successiva “separata”.

b) Quali aree del disturbo individuale e relazionale ritiene utile indagare? È opportuno effettuare una classica anamnesi ripercorrendo la storia dello sviluppo del bambino (tappe di acquisizione del linguaggio, della motricità, ecc...), ponendo attenzione agli aspetti regolativi come sonno, alimentazione, per vedere se il bambino ha acquisito capacità di autoregolazione o la regolazione è sempre stata prevalentemente eterodiretta. È opportuno approfondire anche l’inserimento e il funzionamento scolastico: ci sono state difficoltà strutturali che possono far ipotizzare un **disturbo specifico dell’apprendimento**? Difficoltà relazionali che possono far pensare a un **disturbo depressivo maggiore** o a **disturbo d’ansia sociale** o scolastica? Difficoltà di separarsi dalla madre che possono far pensare a un **disturbo d’ansia di separazione**? Sarebbe opportuno esplorare anche la struttura familiare: come mai il padre non è venuto, che rapporto hanno i genitori con il bambino, ci sono fratelli, qual è lo stile di accudimento, qual è la rete di relazioni in cui è inserito il bambino? Si può approfondire anche la vita extrascolastica del bambino, quali relazioni ha con i pari, se frequenta attività, se le sue autonomie sono promosse o ostacolate. Infine, l’ambito scolastico: le insegnanti che cosa pensano? Sanno del problema della cefalea?

c) Riferendosi all’osservazione dell’aspetto e del comportamento del paziente durante il primo colloquio quali elementi ritiene che possano essere utili alla diagnosi? In questo primo colloquio il “paziente” non è il bambino con cefalea, ma la relazione madre-bambino, quindi si potrebbe osservare la comunicazione, l’interazione, il linguaggio non verbale, ecc... e valutare la vicinanza alla madre, la sintonizzazione emotiva e la regolazione diadica, la gestione di eventuali momenti di distacco e di riunione, che possono essere indicazioni utili per una prima comprensione generale dell’attaccamento.

d) Quali informazioni vanno richieste (se non fornite) dal medico inviante? Occorre valutare: qual è la compliance della madre e del bambino alla terapia farmacologica, l'atteggiamento generale verso i sintomi e la terapia, le ipotesi eziologiche "ingenua" della madre e del bambino, le loro aspettative verso la terapia, chi li ha inviati, quando e perché, se abbiano opposto resistenza, se siano stati fatti altri tentativi terapeutici prima della farmacologia, se era già stato proposto prima l'incontro con lo psicologo ma la madre non lo aveva accettato, oppure se è stato proposto solo ora e quale reazione ha avuto la madre.

e) In una seconda seduta diagnostica si procede alla valutazione più approfondita tramite questionari e test. Quali ambiti psicologici del paziente ritiene opportuno testare e attraverso quali strumenti? Nelle successive sedute, si possono utilizzare questionari e test: ad esempio, i test grafici per il bambino (figura umana, famiglia, casa), oppure test per valutare l'organizzazione affettivo-relazionale del bambino, ad esempio quelli proiettivi, come il CAT, oppure i test grafici, anche se le informazioni devono essere integrate dall'osservazione, dal gioco, dal disegno libero, dai colloqui con i genitori, poiché questi test hanno una validità ridotta. Eventualmente si potrebbe somministrare anche il TMA, per valutare l'autostima del bambino nei vari settori, oppure la Child Behaviour Checklist per un inquadramento più completo.

7) Giovanni ha terminato di frequentare la quarta elementare. Viene accompagnato al servizio di Neuropsichiatria Infantile da entrambi i genitori perché le insegnanti segnalano marcata irrequietezza, episodi di aggressività nei confronti di alcuni compagni dello stesso sesso e difficoltà ricorrenti nel portare a termine le attività che richiedono concentrazione ad esempio comprensione di testi. Il suo rendimento scolastico è in generale appena sufficiente. I genitori sono un po' sorpresi dalla segnalazione perché a casa non rilevano particolari difficoltà educative anche se giudicano G. piuttosto vivace. Riferiscono che questa vivacità è sempre stata presente sin dai primi anni di vita, ma per loro non ha mai costituito un problema. Non vengono riferiti ritardi nella acquisizione delle principali tappe linguistiche e motorie né problemi di salute particolari, salvo episodi di allergia ai pollini tenuti sotto controllo con farmaci prescritti dal pediatra. Il candidato indichi almeno due ipotesi diagnostiche e definisca procedure e strumenti per verificarle o falsificarle.

RISPOSTA

Diagnosi ipotizzata e aree da approfondire In questa sede, per le finalità diagnostiche richieste, si farà riferimento al Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali quinta edizione (DSM 5).

Si procede svolgendo un'accurata analisi della domanda.

Giovanni viene segnalato dalle insegnanti poiché irrequieto, mostra aggressività verso i compagni e incapacità di concludere le attività che richiedano concentrazione. L'irrequietezza è una motricità eccessiva rispetto a quella funzionale allo svolgimento di un'attività; abbinata alla difficoltà di attenzione focalizzata e sostenuta come quella richiesta dai compiti scolastici potrebbe far ipotizzare un **disturbo da deficit di attenzione/iperattività**, con sintomi che provocano una compromissione della funzionalità in ambito scolastico. Inoltre, le insegnanti registrano episodi di aggressività, che sono un sintomo di **disturbo della condotta**, anche se insufficienti per diagnosticarlo: tra l'altro, tale aggressività è specificatamente rivolta a compagni dello stesso sesso, come se i problemi relazionali fossero circoscritti a specifici, tuttavia si potrebbe approfondire questa difficoltà, per valutare se invece non sia più generale rispetto alle rilevazioni delle insegnanti. Il rendimento scolastico appena sufficiente e la difficoltà a portare a termine compiti come la comprensione del testo, potrebbe far ipotizzare una difficoltà di apprendimento, che potrebbe risultare da un disturbo dell'apprendimento, che eventualmente potrebbe anche spiegare i sintomi di disattenzione e di aggressività, poiché non riuscendo a concludere queste attività, pur impegnandosi, può generare frustrazione che esprime attraverso l'aggressività, dunque questi sintomi potrebbero essere secondari ad un **disturbo specifico dell'apprendimento**, essere la reazione ad un'esperienza di apprendimento frustrante.

Al fine di confermare le ipotesi diagnostiche e di impostare un adeguato piano terapeutico può essere utile un colloquio anamnestico con i genitori, per ripercorrere le sue tappe di sviluppo motorio, linguistico, sociale, la sua organizzazione affettivo-relazionale, il suo percorso scolastico, in particolare indagando l'inserimento nei vari cicli di istruzione. Si possono approfondire gli aspetti della regolazione, come il ciclo sonno-veglia, l'alimentazione, per valutare se il temperamento fosse già difficile e irregolare dalla nascita. Nonostante i genitori non lamentino disfunzioni e comportamenti non gestibile, è possibile che ciò sia una difesa o semplicemente ci sia stata una bontà di adattamento poiché, pur avendo un temperamento difficile, aver trovato un ambiente regolare abbia consentito al bambino di modulare la sua irrequietezza: in questo caso, il bambino si mostra plastico e ricettivo verso gli stimoli ambientali e dunque lo stesso risultato di modulazione si può ottenere a scuola, predisponendo un ambiente che lo regolarizzi e lo aiuti a organizzarsi. Se però si tratta di una difesa dei familiari, che si mostrano stupiti della segnalazione degli insegnanti, e dunque risulta compromessa anche la funzionalità familiare, potrebbe essere una prova a favore dell'ipotesi di disturbo da deficit di attenzione/iperattività.

Strumenti diagnostici Al fine della raccolta dei dati necessari per un adeguato approfondimento del caso occorre fare dei test per ottenere misurazioni più affidabili, ad esempio dell'attenzione, come il Test delle Campanelle, oppure delle funzioni esecutive, come il Test della Torre di Londra, per valutare la sua capacità di pianificare ed attuare una sequenza di comportamenti finalizzata. Se si ottiene esito negativo, e dunque queste funzioni risultano integre, le difficoltà e l'agitazione potrebbero essere secondarie ad un DSA. Per valutarlo, occorre approfondire anche con le insegnanti l'apprendimento delle abilità strumentali, a partire dai pregrafismi. Si può somministrare un test intellettuale come la WISC e una batteria di valutazione dei DSA come quella di Job, Tressoldi e Sartori, oppure le prove MT, poiché il QI risulta nella norma e ci sono cadute circoscritte nelle abilità strumentali. Ciò potrebbe avvalorare l'ipotesi di DSA ed eventualmente ricondurre l'irrequietezza e la difficoltà ad esso, come sintomi secondari. Può essere utile un'analisi funzionale per vedere quando si verificano gli episodi aggressivi. Si potrebbe approfondire lo stato di salute, ad esempio se per curare l'allergia ai pollini sia stato sottoposto allo stress di esami e analisi cliniche o se si tratta di sintomi collaterali ai principi attivi del farmaco.

Trattamento/intervento proposto L'intervento può essere multimodale, rivolto sia al bambino che alla famiglia e impostato su tecniche cognitivo-comportamentali.

Riguardo al bambino, occorre intervenire sia sul piano cognitivo che comportamentale. Sul piano cognitivo, occorre aiutare il bambino a controllare i suoi pensieri e a non interpretare in modo ostile

le comunicazioni a lui rivolte, insegnando tecniche di automonitoraggio, autoistruzione e autorinforzo. Si può fare anche un'analisi funzionale, per valutare gli antecedenti che provocano una risposta aggressiva, così da modificarli oppure da modificare le conseguenze per evitare che risultino rinforzanti. Sul piano comportamentale, può essere utile effettuare un training delle abilità sociali, comunicative e di problem solving, sia attraverso forme di modelling, quindi offrendo modelli da imitare, sia predisponendo un piano di rinforzi differenziali, per rinforzare i comportamenti funzionali ed estinguere quelli disadattivi. Si possono rinforzare i comportamenti funzionali anche attraverso la "token economy", che si traduce "economia a gettoni" ed è analoga ad una "raccolta punti", nel senso che ogni comportamento funzionale dà diritto ad una ricompensa, indicata con un simbolo da apporre su una cartella. Quando il bambino colleziona un certo numero di "punti", ha diritto ad un premio, precedentemente scelto e concordato con i genitori.

Riguardo ai genitori, si possono predisporre parent training basati sulla modifica di stili attributivi e comunicativi disfunzionali. Ad esempio, si possono aiutare i genitori a porre poche regole chiare, a dare più comandi alfa che comandi beta: i comandi alfa sono indicazioni chiare, precise, date una sola volta con fermezza, aspettando 5 secondi prima che venga emesso il comportamento. I comandi beta sono flussi inutili assillanti di parole, concatenazioni verbali vaghe e confuse, come ad esempio "Quante volte ti ho detto... esci da lì... non so come farò a controllarmi, sto per picchiarti... sai che ho avuto una giornataccia al lavoro, con quel problema con il direttore, e poi la televisione è rotta... ma guarda che hai combinato, già devo andare a fare quella commissione, invece di smetterla subito altrimenti sai che sono guai!". I comandi alfa sono specifici e chiari, sono dati chiamando il bambino per nome e guardandolo negli occhi. I genitori non vanno colpevolizzati, ma sostenuti, eventualmente attivando anche servizi assistenziali e svolgendo un intervento di rete, poiché spesso si tratta di famiglie multiproblematiche, con difficoltà coniugali, economiche e sociali.

Anche a scuola si possono attivare programmi di teacher training e di cooperative learning per aiutare i bambini a interagire efficacemente con i pari.

(Si veda qui <http://libro.psicologia-esamedistato.com/> il manuale specifico di preparazione alla III prova per approfondimenti sugli orientamenti, sulle tecniche da utilizzare e sulla natura dei setting da scegliere per l'intervento).

8) Il/la candidato/a indichi gli ambiti di approfondimento nel corso di una serie di colloqui psicodiagnostici finalizzati all'esame del caso descritto di seguito, motivando l'utilizzo di eventuali test psicologici e formulando, infine, un'ipotesi diagnostica all'interno della cornice teorica prescelta. Nicola frequenta la seconda elementare. Viene accompagnato al servizio di Neuropsichiatria Infantile da entrambi i genitori perché le insegnanti segnalano apatia, tendenza all'isolamento, pianto ed un rendimento scolastico complessivamente insufficiente. Nel corso del primo colloquio Nicola appare molto a disagio e si nasconde frequentemente tra le braccia della madre. Inoltre, prima di rispondere alle domande, cerca sempre lo sguardo del padre che sembra temere. I genitori non sembrano sorpresi dalla segnalazione e, tra i due, è il padre quello visibilmente preoccupato. Riferiscono che da qualche mese il bambino è diventato sfuggente e mostra comportamenti regressivi (succhia il dito in solitudine, chiede giochi della prima infanzia e ha avuto alcuni episodi di enuresi). Non vengono riferiti ritardi nella acquisizione delle principali tappe linguistiche e motorie né problemi di salute particolari negli anni precedenti. Da circa sei mesi la madre ha ricominciato a lavorare a tempo pieno come impiegata e il bambino durante il pomeriggio resta a diversi estranei. Il padre alla fine del colloquio dichiara di avere tentato il suicidio durante il servizio militare.

RISPOSTA

Diagnosi ipotizzata e aree da approfondire In questa sede, per le finalità diagnostiche richieste, si farà riferimento al Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali quinta edizione (DSM 5).

Si procede svolgendo un'accurata analisi della domanda.

È possibile identificare un fattore sociale potenzialmente stressante per il bambino, come il rientro della madre al lavoro, a tempo pieno: questo ha comportato probabilmente l'interruzione di una routine, la mancanza di un punto di riferimento stabile e sicuro, l'alternarsi di figure di accudimento estranee, e ciò può aver suscitato una reazione di disadattamento. L'ipotesi di un **disturbo dell'adattamento** può essere sostenuta dall'esordio della reazione, entro tre mesi dall'evento stressante. Il disagio sembra significativo poiché incide sul funzionamento scolastico e sulle relazioni sociali, rendendo il bambino apatico, con tendenza a isolarsi, pianti. Inoltre, appare insicuro, timoroso, si rifugia tra le braccia della madre e guarda il padre che sembra suscitargli timore. Questi sintomi fanno ipotizzare un **sottotipo con ansia e umore depresso misti**. Il bambino sembra anche essere regredito a comportamenti di una fase di sviluppo precedente, come il succhiarsi il dito, enuresi, giochi infantili.

Al fine di confermare le ipotesi diagnostiche e di impostare un adeguato piano terapeutico sarà opportuno approfondire:

- analisi funzionale dei comportamenti regressivi, per comprendere quando si manifestano e a che scopo, individuando gli antecedenti e le conseguenze. Questi comportamenti possono avere un valore di comunicazione, esprimere un bisogno di ricevere maggiori attenzioni da parte dei genitori assenti per lavoro. Occorre esplorare anche le reazioni dei genitori: se il bambino, mostrandosi più piccolo e più bisognoso, ottiene un accudimento più intensivo, questa risposta può agire da rinforzo indurre il bambino a ripetere quei comportamenti, al contempo potrebbe confermare come effettivamente il suo bisogno sia di avere più vicino le figure di accudimento. Se invece i genitori reagiscono punendo il bambino, egli può persino intensificare le reazioni, dopo averle temporaneamente soppresse, come avviene spesso con le punizioni.

- organizzazione familiare: può essere opportuno indagare la situazione familiare, la relazione tra i coniugi, poiché sembrano avere atteggiamenti diversi nei confronti del figlio, la madre di accoglienza e protezione, il padre gli suscita timore. Può essere utile esplorare da quanti membri è composta la famiglia, se ci sono altri fratelli ed eventualmente che rapporto hanno con Nicola, altre figure familiari che si occupano di lui, chi sono infine le figure che accudiscono il bambino nei pomeriggi e come si comporta con loro, se manifesta gli stessi sintomi, se chiede della mamma, come si spiega il cambiamento di routine avvenuto quando la madre è rientrata al lavoro. Si può esplorare quale sia il sostegno su cui la famiglia può contare, se dispone di una rete di servizi e persone che consentano alla madre di riprendere il lavoro con serenità oppure la famiglia si trovi da sola e priva di risorse esterne a gestire e conciliare il menage familiare con quello lavorativo. Il disagio di Nicola può essere il sintomo di un disfunzionamento familiare più ampio: i genitori sembra che si aspettassero una segnalazione: perché? Era successo qualcos'altro?

- può essere utile comprendere come il bambino reagisca al ritorno della madre e capire che tipo di attaccamento ha stabilito con lei, se ad esempio la ignora, continuando a giocare, oppure si mostra ambivalente, poiché è contento, ma anche arrabbiato per essere stato "abbandonato".

- può essere utile un colloquio con i genitori, per esplorare le loro attribuzioni, capire come spiegano il comportamento del figlio, fare un'anamnesi per valutare se vi è stato qualche altro fattore stressante e come è stato gestito. Si può comprendere come gestiscono questi comportamenti e che accordi hanno con le figure che si prendono cura di Nicola di pomeriggio - colloquio con ciascun genitore: con il padre approfondire suicidio, eventuali sindromi depressive, problematiche familiari, ecc..., che possono avergli trasmesso uno schema di relazione che poi ha riapplicato con il figlio, ecc...

- colloquio con le insegnanti per approfondire i sintomi a scuola, il rendimento insufficiente, se ad esempio si è verificato un calo e quale sembra loro l'approccio del bambino allo studio e alle relazioni con i compagni

Strumenti diagnostici Al fine della raccolta dei dati necessari per un adeguato approfondimento del caso si può somministrare la Child Behaviour Checklist per avere un profilo globale del funzionamento del bambino e dei sintomi che presenta, così da valutare anche eventuali comorbidità. Si possono somministrare i test grafici, far esprimere le emozioni attraverso il gioco, utilizzare l'osservazione se il bambino non riesce a verbalizzare i suoi pensieri. Si può somministrare il Family Relations Test per valutare le relazioni familiari. I test specifici per la depressione in età evolutiva sono il Test dell'ansia e depressione nell'infanzia e adolescenza e la Scala di Valutazione degli Stati Depressivi per valutare il comportamento depressivo, fornendo allo stesso tempo anche un'indicazione sul tipo di relazioni che il soggetto ha con genitori, pari, insegnanti, ecc... Questa scala ha un linguaggio semplice, chiaro e facilmente comprensibile per bambini e adolescenti, poiché cerca di utilizzare gli stessi termini utilizzati dai bambini.

Trattamento/intervento proposto L'intervento potrà essere multimodale e prevedere un percorso per il bambino, un training per i genitori, interventi con i pari nel contesto scolastico ed extrascolastico. Per quanto riguarda il bambino, se i suoi pensieri sono colpevolizzanti, negativi, catastrofici, assoluti, si può intervenire con la ristrutturazione cognitiva, per modificarli e sostituirli con pensieri funzionali. Con il modello ABC, il bambino può individuare gli eventi che suscitano in lui tristezza, il tipo di pensieri formulati, le conseguenze e motive, così da mettere in discussione i pensieri stessi. Si può prevedere anche un training per le abilità sociali, poiché questo bambino tende a isolarsi, sembra presentare comportamenti molto ritirati, inibiti, coartati: può dunque essere stimolato a interagire efficacemente, per superare le sue inibizioni e ricevere rinforzi che sostengano anche la loro autostima.

Si può pensare anche a lavori di gruppo con i pari, per offrire al bambino occasioni di interazioni positive: ad esempio, organizzando circle time o role-playing sulle emozioni, per apprendere e rinforzare la abilità sociali e di cooperazione. L'intervento con i pari anche a scuola può essere utile per aprire uno spazio in cui eventuali disagi emotivi possano esprimersi, e quindi essere affrontati in tempo, per prevenire il loro strutturarsi e per comprendere le forme in cui tale disagio può essere vissuto e comunicato, altrimenti il bambino può vivere con eccessivo disagio le prestazioni scolastiche, le pressanti richieste di rendimento, inibendo ancora di più la sua emotività.

Si possono coinvolgere genitori e insegnanti in programmi di parent training e teaching training per sostenergli nella gestione dei comportamenti inibiti e ritirati, motivando i bambini all'interazione, fornendo occasioni di ricevere rinforzi positivi che possano sostenere la loro fiducia e autostima. Si

può procedere ad un programma di rinforzi differenziali per premiare i comportamenti funzionali e socialmente adattivi ed estinguere quelli disfunzionali.

(Si veda qui <http://libro.psicologia-esamedistato.com/> il manuale specifico di preparazione alla III prova per approfondimenti sugli orientamenti, sulle tecniche da utilizzare e sulla natura dei setting da scegliere per l'intervento).

9) Giovanna è una bambina di quasi 7 anni. La famiglia viene inviata a rivolgersi al Servizio per l'età evolutiva. Dallo psicologo viene evidenziato un discreto ritardo nello sviluppo del linguaggio (povertà lessicale, errori di strutturazione logico temporale dell'enunciato). La bambina parla un dialetto stretto e ha difficoltà nella comprensione delle consegne verbali, anche se semplici e ripetute, non appare in grado di organizzarsi nel lavoro scolastico, non ha maturato una conoscenza adeguata dello schema corporeo e non riesce a rappresentare graficamente una figura umana. Non conosce e non denomina i colori, si dimostra disorientata di fronte all'uso di concetti spazio-temporali anche elementari, la sua capacità attentiva è molto labile e il tempo di applicazione su di un compito è ridotto. Non è in grado di procedere autonomamente in una attività scolastica. La WISC-R presenta i seguenti valori: QIV 68; QIP 68; QI 66. I subtest ottengono i seguenti punteggi: Informazioni 3; Somiglianze 6; Aritmetica 4; Vocabolario 6; Comprensione 3; Memoria di cifre 2; Completamento di figure 5; Storie figurate 4; disegno con i cubi 10; Ricostruzione di oggetti 2; Cifrario 4. Dall'anamnesi fisiologica non emerge alcun dato di rilievo; in anamnesi familiare si evidenzia una situazione socio-ambientale difficile; tre figlie che trascorrono molto tempo a casa da sole; genitori che non danno adeguata rilevanza agli ambienti scolastici, assenza di regole educative. Il candidato formuli un'ipotesi diagnostica e proponga delle modalità di intervento volte a favorire l'inserimento scolastico di Giovanna.

RISPOSTA

Ipotesi diagnostiche e aree da approfondire In questa sede, per le finalità diagnostiche richieste, si farà riferimento al Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali quinta edizione (DSM 5). Si procede svolgendo un'accurata analisi della domanda.

La famiglia è stata inviata al Servizio per l'Età Evolutiva, quindi potrebbe presentarsi con timori, diffidenze, e persino sensi di colpa, perché potrebbero pensare di essere sottoposti ad una valutazione che decreterà il loro fallimento come genitori, che li riterrà incapaci di educare un figlio. La fase di accoglienza della famiglia dovrà dunque essere empatica, non giudicante, motivando i genitori a collaborare, senza timori di essere criticati o valutati, ma soltanto con l'obiettivo di sostenere Giovanna nella sua crescita. Il primo incontro sarà dunque dedicato sia ad esplorare i loro timori, aspettative ed eventuali pregiudizi sulle attività del Servizio, sia a costruire un'alleanza funzionale alla riuscita di tutto il percorso, dall'inquadramento della problematica, fino all'eventuale intervento. La bambina sembra avere ritardi nel linguaggio, sia nell'espressione, poiché ha un vocabolario ristretto e sintatticamente non corretto e organizzato, sia nella ricezione, poiché sembra non comprendere le consegne, anche se semplici e ripetute. Ella parla un dialetto molto stretto. Questi elementi potrebbero far pensare ad un ambiente socio-familiare povero

culturalmente. È tipico di questi ambienti poveri utilizzare un codice ristretto nella comunicazione, cioè rivolgersi gli verso gli altri con concretezza, per dare ordini e nominare oggetti, a differenza di situazioni culturalmente più ricche, dove il linguaggio viene utilizzato con un codice aperto, per confrontarsi, riflettere sulle emozioni e fare ragionamenti astratti. Il ritardo di Giovanna potrebbe dunque essere una conseguenza degli stimoli scarsi ricevuti, e non trattarsi di disturbi organici o strutturali. Anche i suoi ragionamenti sembrano molto rudimentali, mancano alcuni schemi di riferimento come quello corporeo, l'orientamento spazio temporale, e alcune conoscenze elementari che si riscontrano nei bambini della sua età e spesso anche più piccoli, come la conoscenza dei colori. Risulta inoltre disorganizzata, non riesce a svolgere i compiti, a mantenere l'attenzione, a impegnarsi per completare un compito. Queste caratteristiche potrebbero far ipotizzare una possibile **disabilità intellettiva**, ma non è da escludere che questi aspetti siano una conseguenza dello svantaggio culturale: è importante comprendere l'origine, poiché se si tratta di difficoltà strutturali, esse risulteranno più difficilmente colmabili o modificabili, se invece sono dovuti a svantaggio e scarsa stimolazione, la prognosi è più favorevole.

Al fine di confermare le ipotesi diagnostiche e di impostare un adeguato piano terapeutico può essere utile ripercorrere la storia della bambina le sue tappe di sviluppo, l'inserimento all'asilo e a scuola, ma anche l'attuale funzionamento emotivo e sociale, ad esempio la relazione con le sorelle, i giochi da loro svolti e la presenza in essi di aspetti simbolici, la relazione con i genitori o con altre figure di riferimento, le relazioni con i suoi pari.

Si può esplorare come la bambina trascorra il suo tempo, quali attività svolga insieme alle sorelle visto che trascorrono molto tempo insieme, qual è lo stile educativo dei genitori. Occorre capire dove vivono, in che contesto sociale, quali strutture siano presenti. Occorre inoltre comprendere meglio l'autonomia della bambina, l'adattamento della bambina e la gestione di sé.

Strumenti diagnostici Per avere una visione più precisa del funzionamento della bambina, soprattutto quello scolastico, che sembra compromesso sia negli aspetti cognitivi che comportamentali, si può somministrare una WISC. Si tratta di un test che valuta il funzionamento cognitivo globale del bambino, è suddiviso in scala verbale, con 6 subtest, e scala di performance, con 5 subtest, e può dar luogo sia a punteggi differenziati per le due scale, sia ad un punteggio unitario globale, il Quoziente Intellettivo. La bambina ottiene lo stesso punteggio, pari a 68, in entrambe le scale, ed un punteggio globale di 66, che corrisponde ad un ritardo mentale lieve. Tuttavia, non basta fermarsi a questa "etichetta", è opportuno analizzare i punteggi dei singoli sub test, per comprendere meglio il quadro, trarre più indicazioni sui punti di forza e debolezza della bambina. Ad esempio, si può vedere che il punteggio del sub test Informazioni è molto basso, pari a

3: questo subtest richiede conoscenze di carattere generale che si possono apprendere in famiglia, dunque potrebbe indirettamente avvalorare un'ipotesi di ambiente scarsamente stimolante. I punteggi forniti si presumono già standardizzati. I punteggi grezzi vengono infatti standardizzati per poter essere confrontati tra loro. Nel test WISC, standardizzando i punteggi, si assume come media 10 e deviazione standard 3. I punteggi risultati sono piuttosto bassi, tranne il punteggio relativo al disegno con i cubi, che è il più elevato, pari a 10, quindi nella media. Si tratta di una prova che richiede di ricostruire un disegno su un cartoncino usando dei cubetti e valuta la coordinazione oculomotora, percezione degli stimoli visivi e organizzazione di un'immagine in base ad essi. In questa prova si ottiene una valutazione dell'intelligenza generale, che quindi nella bambina non risulta completamente compromessa. Il punteggio più basso è relativo alla memoria di cifre e alla ricostruzione di oggetti, che è pari a 2, e poco più alti sono i punteggi per il test di informazioni e comprensione, pari a 3. In questi casi, si tratta di punteggi sotto la media, di ben 2 deviazioni standard, quindi indicano cadute clinicamente significative. Questi subtest richiedono ragionamento astratto, capacità simboliche e concettualizzazione, spesso poco sviluppate in ambienti culturalmente poveri, dove il bambino spesso è portato ad agire, più che pianificare, riflettere ed esprimersi con ragionamenti e lessico più ricco. Il punteggio alla prova di vocabolario, che misura la competenza lessicale e risulta di 6, sembra in contrasto con lo scarso risultato alle prove di comprensione e con quanto riferiscono sulle difficoltà espressive e recettive della bambina. Per questo occorrerebbe approfondire ulteriori aspetti, anche emotivi, con altri test e colloqui.

Oltre alla WISC, per misurare il funzionamento adattivo della bambina con presunto ritardo sono state predisposte diverse scale, come le Scale Vineland per il Comportamento Adattivo o la Scala per il Comportamento Adattivo dell'Associazione Americana per il Ritardo Mentale. Poi occorre integrare i dati clinici con quelli di provenienza pediatrica e medica. Può essere utile anche fare osservazioni. L'obiettivo dell'approfondimento testistico, soprattutto in questo caso, è quello di pervenire ad una diagnosi funzionale, di stilare un profilo completo del bambino, qualitativo più che quantitativo, corredato dall'indicazione delle risorse e non soltanto dei deficit. La diagnosi funzionale è più ampia, include l'esplorazione di abilità linguistiche, percettive, prassiche, visuomotorie, attentive, mestiche, dei fattori ambientali e delle condizioni emotive e relazionali ed è utile per la presa in carico globale e per la definizione di un PEI (Piano Educativo Individualizzato).

Trattamento/intervento proposto Poiché in questo caso potrebbe trattarsi di svantaggio socioculturale, un intervento potrebbe essere quello di fornire più stimolazioni alla bambina, facendole frequentare centri, doposcuola, attività sportive o extrascolastiche che le diano occasione di apprendere, socializzare, comunicare in modo chiaro e comprensibile, sviluppare le sue

potenzialità, eventualmente anche coinvolgendo le sorelle. Infatti, più che sottoporre la bambina ad un intervento logopedico e meccanico, di addestramento linguistico, può essere utile agire sulla comunicazione, arricchire le sue interazioni, fornire opportunità per sollecitare tipi di versi di comunicazione, anche attraverso il modellamento di comportamenti comunicativi e il rinforzo.

Si possono insegnare anche strategie di problem-solving, cioè tecniche per affrontare specifiche difficoltà.

Occorre valutare, anche con la collaborazione dei Servizi Sociali, da quali difficoltà ha origine lo svantaggio della famiglia, così da intervenire per colmarlo.

Occorre però anche un sostegno ai genitori, affinché le stimolazioni che le bambine ricevono fuori, non vengano poi vanificate in famiglia, dove persiste un contesto di assenza di regole e trascuratezza. I genitori possono essere sostenuti attraverso parent-training che li aiutino a organizzare la vita familiare ed educativa.

(Si veda qui <http://libro.psicologia-esamedistato.com/> il manuale specifico di preparazione alla III prova per approfondimenti sugli orientamenti, sulle tecniche da utilizzare e sulla natura dei setting da scegliere per l'intervento).

10) Il/la candidato/a descriva come imposterebbe un'attività di assessment per un soggetto di quarta elementare che, a detta degli insegnanti, presenta difficoltà nell'apprendimento della lettura, illustrando nel dettaglio gli strumenti e le metodologie impiegate.

RISPOSTA

Diagnosi ipotizzata e aree da approfondire In questa sede, per le finalità diagnostiche richieste, si farà riferimento al Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali quinta edizione (DSM 5).

I disturbi specifici dell'apprendimento sono compromissioni specifiche e significative dell'abilità di scrittura, lettura e calcolo, presenti in soggetti con adeguate abilità cognitive, visive e uditive e non dipendenti da deficit neurologici o sensoriali. La loro caratteristica principale è la "specificità", intesa come un disturbo che compromette significativamente uno specifico dominio di abilità, lasciando intatto il funzionamento intellettivo generale. Questi disturbi non sono conseguenza di una mancanza di opportunità di apprendimento o di un metodo di insegnamento carente, né sono dovuti ad una patologia cerebrale acquisita, ma scaturiscono da anomalie nell'elaborazione cognitiva dovute ad una disfunzione neurobiologica. In particolare, la dislessia, o disturbo della lettura, è una compromissione significativa nell'apprendimento della lettura, nonostante istruzione adeguata, in assenza di deficit intellettivi, neurologici e sensoriali e con adeguate condizioni socioculturali. I problemi presenti sono la capacità di comprensione della lettura, il riconoscimento delle parole nella lettura, la capacità di leggere ad alta voce. Spesso dalle maestre che non possiedono adeguate conoscenze su questo disturbo, la dislessia viene confusa con la negligenza, con lo scarso impegno, inducendo a etichettare come "svogliato" un alunno che invece si sforza di leggere, ma non riesce ad automatizzare i processi di lettura che gli consentirebbero di apprendere velocemente. Dovendo porre attenzione anche a tali procedure di decodifica di base, l'intera sessione di lettura risulta più faticosa e frustrante. I **disturbi specifici dell'apprendimento** sono dunque strutturali, modulari e dunque difficilmente riabilitabili in misura completa, a causa dell'architettura neurologica stessa, tuttavia ci si chiede se attivando le opportune strategie dispensative e compensative in tempo si possano ottenere risultati positivi per l'esperienza di apprendimento di tali studenti, quantomeno impedendo la comparsa di disturbi dell'umore come ansia e depressione, scaturiti dal susseguirsi di feedback talvolta stigmatizzanti ricevuti nei diversi cicli di istruzione, che contribuiscono al delinarsi di un'immagine di sé negativa, di persona incapace e negligente.

Per procedere ad una valutazione completa (assessment), occorre attuare un procedimento clinico che documenti la presenza di un deficit in grado di spiegare le problematiche dello studente. Quando un bambino non riesce a leggere, scrivere, apprendere in ambito scolastico, occorre

innanzitutto distinguere se si tratti di difficoltà o di disturbo. Con il termine “difficoltà”, si fa riferimento a una problematica generica, vissuta in ambito scolastico, che impedisce, ostacola o rallenta il processo di apprendimento. Secondo Tressoldi e Vio (2007), vi sono 3 criteri che distinguono difficoltà e disturbo: condizione innata, resistenza all'intervento, resistenza all'automatizzazione.

Innato versus non innato. Il disturbo specifico dell'apprendimento, a differenza della difficoltà, deriva da una condizione innata: molti studi hanno confermato l'ipotesi che i disturbi specifici dell'apprendimento presentano caratteristiche neurofunzionali specifiche sin dalla nascita. In particolare, per quanto riguarda la lettura, si è individuata una familiarità del disturbo, poiché i figli di genitori con disturbo della lettura hanno presentato analoghe difficoltà nella discriminazione uditiva di fonemi simili come /b/ e /d/ o /p/ e /b/, rilevabili già dopo pochi mesi dalla nascita.

Resistenza all'intervento. Si tratta probabilmente di un disturbo quando la risposta di un bambino a un insegnamento generalmente efficace (insegnamento a cui la maggior parte degli alunni risponde), è particolarmente inferiore a quella dei suoi pari. Infatti, se la difficoltà esiste laddove la didattica produce risultati sulla maggioranza degli alunni oppure persiste anche dopo il modificarsi delle condizioni didattiche, sociali o emotive, ciò implica che non era dovuto a tali influenze.

Resistenza all'automatizzazione. Quando la prestazione di un bambino nella lettura è particolarmente carente, si procede a personalizzare la didattica, ma se anche in questo modo non si ottengono risultati, si può parlare di resistenza al cambiamento e si può quindi ipotizzare con più probabilità la presenza di un disturbo, procedendo ad una valutazione con strumenti clinici, che richiede un intervento specialistico. Infatti, dopo questa fase, si può sospettare che non si tratti di difficoltà, ma di disturbo, prendendo in considerazione l'ipotesi per cui la funzionalità neurobiologica non sia adatta all'espressività di una o più specifiche abilità di apprendimento.

Oltre a questo aspetto preliminare, è opportuno fare l'anamnesi del bambino, ripercorrendo le sue tappe di sviluppo linguistico, emotivo, cognitivo, sociale, motorio; l'anamnesi familiare, per valutare se vi siano stati problemi nella gravidanza e nel periodo perinatale e per comprendere la composizione della famiglia, se vi sono fratelli, figure di , ecc.

Si può esplorare la struttura della famiglia e la rete di relazioni, per individuare le risorse da attivare sia all'interno che all'esterno del nucleo familiare, per valutare se il bambino viene sostenuto o se i genitori hanno difficoltà ad accettare una diagnosi che accerta un disturbo.

È opportuno indagare anche se ci sono familiarità con il disturbo, dunque altri casi in famiglia, anche nel passato.

Si può ripercorrere poi la storia del disturbo, quando si sono manifestati i primi sintomi, come sono stati affrontati, se sono stati già consultati altri specialisti. In particolare, nel caso dei disturbi

specifici dell'apprendimento, è importante ripercorrere gli ultimi periodi di asilo e i primi periodi della scuola primaria, quando si manifestano i requisiti cognitivi e motori che il bambino potrebbe non aver sviluppato, ad esempio la motricità fine, il controllo della motricità grossa, la coordinazione occhio-mano, le competenze metafonologiche.

Occorre inoltre approfondire altri aspetti del comportamento, poiché insieme ai disturbi dell'apprendimento possono essere presenti anche problemi associati al disturbo specifico, riguardanti l'autoregolazione, la percezione e l'interazione sociale, l'autostima.

Strumenti diagnostici Per confermare l'ipotesi di disturbo specifico dell'apprendimento, in linea con le Raccomandazioni per la pratica clinica per i DSA (2007), e rilevare dunque la presenza di una resistenza alla modificabilità, può essere utile prevedere prima una fase di insegnamento uguale per tutti gli alunni; se un bambino differisce dai risultati ottenuti dalla maggioranza dei pari, occorre individualizzare l'insegnamento, offrendogli ulteriori opportunità per esercitarsi, per almeno 2-3 mesi, infine valutare il livello di prestazione raggiunto. Se risulta ancora carente, si procede ai colloqui di approfondimento e alla somministrazione di test. La prima fase consiste nell'anamnesi, nella somministrazione di test per l'individuazione del livello cognitivo generale e di test specifici per l'accertamento di un disturbo dell'apprendimento. I dati ottenuti si integrano con quelli di provenienza pediatrica, come i bilanci di salute, giungendo alla formulazione di un'ipotesi diagnostica. Nella seconda fase vengono predisposte indagini cliniche per confermare tale ipotesi, escludendo la presenza di patologie o anomalie sensoriali, neurologiche, cognitive e di gravi psicopatologie. Il tutto viene esposto in un referto scritto. Oltre alla diagnosi categoriale, con il DSM, è opportuna la diagnosi funzionale, che è invece una procedura volta a delineare un profilo completo del paziente, qualitativo, corredato dall'indicazione delle risorse e non soltanto dei deficit; è più ampia, include l'esplorazione di abilità linguistiche, percettive, prassiche, visuomotorie, attentive, mestiche, dei fattori ambientali e delle condizioni emotive e relazionali. Inoltre è utile per la presa in carico globale e per la definizione di un PEI (Piano Educativo Individualizzato) o un progetto riabilitativo. In tutto il percorso di assessment, l'approccio interdisciplinare è la prassi clinica maggiormente auspicabile date le caratteristiche dei DSA e delle loro implicazioni sul funzionamento scolastico, affettivo, sociale. Nella procedura diagnostica occorre, come nei precedenti due DSA, somministrare prove standardizzate ed applicare il criterio di $-2ds$ dai valori medi attesi per l'età e/o classe frequentata nelle prove specifiche. La batteria di test può includere: un test di intelligenza, poiché in genere il Quoziente Intellettivo dei bambini con DSA è nella media, escludendo così che le loro difficoltà siano dovute ad un ritardo mentale; batterie specifiche per la valutazione dei DSA, come le prove del Gruppo di esperti MT di Padova (Cornoldi, Colpo e

Gruppo MT, 1981) oppure la Batteria per la valutazione della dislessia e della disortografia evolutiva (Sartori, Job, Tressoldi, 1995), la Batteria per la valutazione della scrittura e della competenza ortografica nella Scuola dell'Obbligo (Cornoldi, Tressoldi, 2000) e per la discalculia l'ABCA, che è il Test di abilità calcolo aritmetico; un test di valutazione dell'autostima come il TMA (Test di Valutazione dell'Autostima), poiché in genere questi bambini presentano anche cadute circoscritte dell'autostima scolastica, a differenza dell'autostima in ambito sociale, che si attesta su buoni livelli, rilevando come il disagio sia strettamente legato al funzionamento scolastico.

Le Prove MT di Cornoldi e la batteria di Sartori sono prove standardizzate di lettura che includono lettere, parole, non-parole, brani, per valutare la difficoltà su più livelli di lettura. Valutano anche la rapidità, l'accuratezza, la comprensione della lettura. Infine, stabiliscono un indicatore psicometrico di riferimento: la performance è indicativa di un disturbo se si discosta significativamente dai valori medi attesi per la classe frequentata dal bambino: convenzionalmente la soglia di disturbo è fissata a -2ds dalla media per la velocità e al di sotto del 5° percentile per l'accuratezza.

Per quanto riguarda il disturbo della scrittura, si condivide la ripartizione del compito in una componente di natura linguistica, identificata nel deficit nei processi di cifratura, e in una di natura motoria, consistente nel deficit nei processi di realizzazione grafica. Occorre somministrare prove standardizzate e valutare, per la disortografia il criterio di correttezza, costituito dal numero di errori e dalla relativa distribuzione percentilare (al di sotto del 5° centile), mentre per la disgrafia, valutare la fluenza (-2 dev. stand) e l'analisi qualitativa delle caratteristiche del segno grafico. Queste prove possono essere costituite dalla Batteria per la valutazione della scrittura e della competenza ortografica nella Scuola dell'Obbligo di Cornoldi e Tressoldi, composta da 2 prove di dettato (di brani e di frasi con parole omofone), 2 prove di scrittura spontanea (narrazione e descrizione) e una prova di velocità di scrittura; la batteria per la scuola secondaria di I grado è rappresentata da un dettato di un brano differente per ogni classe, più un quarto trasversale comune a tutte le classi.

Per quanto riguarda la discalculia, si somministra il test ABCA, uno è uno strumento diagnostico che permette di valutare l'efficienza delle principali componenti di elaborazione cognitiva del sistema dei numeri e del calcolo. La batteria comprende prove per bambini di 3a, 4a e 5a elementare, da somministrare alla fine dell'anno scolastico (da aprile in poi) o all'inizio dell'anno scolastico successivo (da settembre a novembre).

Infine, il TMA valuta tutte le sei aree in cui l'autostima generale viene tipicamente suddivisa: area interpersonale (come il soggetto valuta i suoi rapporti sociali, con i pari e con gli adulti), area scolastica (i successi o i fallimenti sperimentati nella classe), area emozionale (la vita emotiva, la capacità di controllare le emozioni negative), area familiare (le relazioni nella famiglia, il grado in

cui si sente amato e valorizzato, ecc.), area corporea (il suo aspetto, le capacità fisiche e sportive, ecc.), area della padronanza sull'ambiente (la sensazione di essere in grado di dominare gli eventi della propria vita).

Trattamento/intervento proposto Il trattamento dei disturbi specifici dell'apprendimento include modalità di abilitazione, riabilitazione, compensazione (Stella, 2007). Dunque l'intervento prevederà non solo esercitazioni mirate, frequenti e costanti, che sfruttino la plasticità neurale, ma anche l'attivazione di strumenti compensativi e dispensativi, poiché la funzionalità neurobiologica oppone resistenza al cambiamento.

L'abilitazione è l'insieme degli interventi volti a favorire l'acquisizione ed il normale sviluppo e potenziamento di una funzione.

La riabilitazione è un processo di soluzione dei problemi e di educazione nel corso del quale si porta una persona a raggiungere il miglior livello di vita possibile sul piano fisico, funzionale, sociale ed emozionale, con la minor restrizione possibile delle scelte operative. Gli obiettivi della riabilitazione sono: la promozione dello sviluppo di una competenza non comparsa, rallentata o atipica; il recupero di una competenza funzionale che per ragioni patologiche è andata perduta; la possibilità di reperire formule facilitanti e/o alternative.

La compensazione è l'attivazione di strumenti alternativi per raggiungere un obiettivo di apprendimento. Al momento della presa in carico, può risultare opportuno includere in varia misura queste tre modalità di intervento, individuando gli obiettivi con chiarezza e stilando un "programma riabilitativo" che espliciti i tempi e le modalità degli interventi, nonché le figure professionali coinvolte e le tipologie di verifiche dell'efficacia (AID, 2007). Il trattamento deve, inoltre, basarsi su evidenze scientifiche. Nel trattamento della dislessia, gli interventi risultati più efficaci sembrano essere quelli finalizzati al recupero della correttezza e della automatizzazione del riconoscimento delle parole, invece i trattamenti quelli per il recupero degli altri disturbi di apprendimento sono attualmente meno supportati da evidenze scientifiche. Questo non vuol dire che non esista un trattamento, ma attualmente si procede nell'attivazione di strumenti compensativi più che di terapie orientate alla completa remissione del disturbo, data anche la sua origine neurostrutturale.

(Si veda qui <http://libro.psicologia-esamedistato.com/> il manuale specifico di preparazione alla III prova per approfondimenti sugli orientamenti, sulle tecniche da utilizzare e sulla natura dei setting da scegliere per l'intervento).

TRACCE PSICOLOGIA DEL LAVORO/SOCIALE /DI COMUNITÀ SVOLTE

1) Siete interessati dalla direzione di un'importante clinica privata al caso di numerosi dipendenti della stessa, soprattutto infermieri, che hanno fatto registrare negli ultimi tempi un aumento delle assenze e un generalizzato calo della produttività. Si richiede il vostro intervento per cercare di comprendere le cause del fenomeno e per prospettare alcune possibili soluzioni.

RISPOSTA

Diagnosi ipotizzata e aree da approfondire In questa sede, per le finalità richieste, si procede innanzitutto svolgendo un'accurata analisi della domanda.

Una clinica privata famosa consulta lo psicologo in quanto negli ultimi tempi è stato registrato un aumento delle assenze e un calo della produttività diffuso soprattutto tra gli infermieri.

Si può procedere approfondendo la conoscenza dei nuclei problematici che hanno portato alla consultazione dello psicologo, con riferimento al modello biopsicosociale di Engel, che permette di tenere in considerazione la possibile influenza sia di variabili esterne che interne al personale.

Variabili esterne: le condizioni di lavoro e i sistemi di ricompensa sono potenziali aree capaci di creare stress e demotivazione tra il personale. Quindi andrebbe approfondito se nell'ultimo periodo ci siano state **variazioni** di orari e di paga volute dalla clinica, con quali modalità siano state comunicate ai dipendenti e se tali scelte abbiano reso il personale scontento e contrariato. Inoltre bisognerebbe indagare se ci sono state variazioni del personale e che tipo di rapporti si siano instaurati tra i vecchi e i nuovi lavoratori.

Variabili interne: è noto che gli infermieri ricoprono un'occupazione particolarmente dura sul piano umano e anche sul piano dei ritmi lavorativi: essi rientrano in quella categoria di persone che svolgono una professione di aiuto e che è quindi particolarmente esposta al rischio di sviluppare sintomi di **burnout** (Maslach).

Strumenti Al fine della raccolta dei dati necessari per un adeguato approfondimento si possono utilizzare: Organigramma per rappresentare graficamente la struttura dell'organizzazione della clinica ed avere un quadro più chiaro sulle posizioni lavorative; MBI per la valutazione dei sintomi di burnout; Job analysis per l'analisi dei requisiti e delle componenti per le posizioni lavorative tramite l'impiego di: intervista semistrutturata col direttore della clinica per raccogliere dati sulle variabili organizzative (orari lavorativi, livelli retributivi, sistemi di incentivazione), focus group con il personale per capire le cause del problema e le proposte per eventuali soluzioni, osservazione dei comportamenti del personale in reparto.

Intervento proposto Si possono ipotizzare diversi interventi a seconda di quanto emerge.

Variabili esterne: se ci fosse un problema negli orari lavorativi, nelle retribuzioni o relativamente al cambio del personale, si potrebbe suggerire una loro modifica: attraverso incontri di gruppo si potrebbero mettere al corrente i dipendenti sui motivi delle scelte della direzione, e allo stesso tempo si potrebbe mettere al corrente la direzione delle opinioni dei dipendenti. Si potrebbero proporre orari lavorativi meno logoranti e paghe in linea con quelle nazionali. Nel caso in cui fossero stati inseriti nuovi dipendenti, si potrebbero proporre incontri conoscitivi e formativi per i nuovi assunti, in modo tale da renderli più partecipi alla vita lavorativa della clinica e in modo tale da favorirne l'inserimento e l'integrazione nell'organico.

Variabili interne: se il problema fosse legato ad una riduzione dell'autoefficacia percepita e ad una difficoltà a fronteggiare il maggiore stress in clinica, potrebbe essere proposta ai dipendenti e soprattutto agli infermieri una serie di incontri periodici educativi in cui si spiegano i sintomi del burnout, per riconoscerli in tempo e per saperli prevenire ed affrontare correttamente, per far acquisire sensazione di controllo sul proprio lavoro, per ridurre lo stress e per aumentare la motivazione.

Inoltre si potrebbe rendere fruibile un servizio di counseling a cui il personale potrà accedere liberamente in caso di difficoltà.

Lo psicologo contatta il capo del personale dopo 6 mesi per valutare l'efficacia dell'intervento.

2) Una azienda della grande distribuzione sta svolgendo una selezione per 3 tecnici informatici. Ha messo un annuncio sul giornale e ha ricevuto 287 CV. Come psicologi vi è richiesto di esplicitare le caratteristiche del candidato ideale e in quale modo procederete alla selezione.

RISPOSTA

Diagnosi ipotizzata e aree da approfondire In questa sede, per le finalità richieste, si procede innanzitutto svolgendo un'accurata analisi della domanda.

L'azienda, che fa parte della grande distribuzione, consulta lo psicologo in quanto sta effettuando una selezione per 3 tecnici informatici tramite annuncio sul giornale.

Si può procedere approfondendo la conoscenza dei nuclei problematici che hanno portato alla consultazione dello psicologo, con riferimento alle Linee guida per le attività di valutazione e selezione del personale, approvate nel 2005 dal Consiglio Nazionale dell'Ordine degli Psicologi.

Dalla traccia emerge che l'azienda ha già ricevuto 287 CV, e sembra che lo psicologo sia chiamato solo dal momento dell'esame dei CV in poi, e che quindi sarà lo psicologo a contribuire ad elaborare il profilo del candidato ottimale. Per definire le caratteristiche del candidato ideale, è innanzitutto necessario approfondire quale sia la cultura aziendale. L'analisi della cultura aziendale sarà fatta sulla base di una intervista col direttore del personale dove si cercherà di esplicitare i valori e i comportamenti valutati positivamente nell'impresa. Le caratteristiche ottimali del candidato infatti sono normalmente definite attraverso una job analysis condotta dallo psicologo assieme al capo del personale e/o persone che già ricoprono quel ruolo. Ci sono poi una serie di variabili da considerare, a cui seguono caratteristiche personali assai diverse. Ipotizzando che i neoassunti lavoreranno presso la sede centrale, fra le loro caratteristiche personali dovranno figurare flessibilità, capacità di collaborare e anche di lavorare in autonomia. Se si tratta di candidati che devono essere immediatamente operativi, si darà la preferenza a persone che hanno già svolto identiche mansioni in imprese dello stesso tipo e nel processo di selezione avrà un peso maggiore l'intervista tecnica. Fatte queste premesse, il profilo del candidato ottimale può essere immaginato come: età 25-35 anni, residenza nella stessa provincia dove si trova la sede, precedente esperienza di programmazione (meglio se in imprese di grande distribuzione), valori coerenti con quelli dell'impresa, flessibilità, leadership e capacità di collaborare, motivazione ad apprendere.

Strumenti e intervento proposto Una volta raccolti i CV, la selezione può proseguire in questo modo. Visto il numero elevato delle risposte pervenute, se alcune candidature hanno CV lacunosi o poco chiari vengono scartate da subito. Sulla base dell'analisi dei CV, vengono dapprima selezionati 40 candidati. Poi vengono organizzate sedute di gruppo (4 gruppi da 10 persone l'uno),

da cui vengono selezionati i 4 candidati che in ogni gruppo si sono contraddistinti per capacità di leadership, di problem solving e di lavorare in gruppo. I 16 candidati così individuati vengono sottoposti al Big Five Questionnaire, da cui vengono valutati positivamente e selezionati i 10 candidati che hanno ottenuto i punteggi più elevati sulle dimensioni di amicalità, coscienziosità, stabilità emotiva, estroversione, apertura mentale. Questi 10 candidati sono sottoposti ad un'intervista tecnica con un tecnico informatico dell'impresa, dove devono risolvere alcuni problemi proposti dall'azienda. Vengono così selezionati i 5 candidati che hanno ottenuto i punteggi più elevati al test. L'ultimo step consiste in un'intervista del capo del personale con ciascuno dei 5 candidati, dove viene fatto un colloquio motivazionale e dove si discuterà delle modalità di assunzione e dell'inquadramento economico. Da questa intervista sono scelti i 3 candidati ideali.

In seguito viene fatto un programma di inserimento in azienda, con colloqui mensili e coaching (ognuno dei 3 tecnici viene assegnato a un collega supervisore che si preoccupa di facilitarne l'inserimento sia da un punto di vista tecnico che relazionale).

Lo psicologo contatta il capo del personale dopo 6 mesi per valutare l'efficacia della selezione.

3) L'azienda X produce beni con il petrolio e sta aprendo un nuovo stabilimento con mezzi tecnologici avanzatissimi. In questo nuovo stabilimento manderanno il personale che arriva da una fusione di tre aziende che avevano avuto difficoltà nel mercato e che erano state fuse in una. Il Management con il Direttore Generale sta già provvedendo a fare una sistemazione del personale ma è ben cosciente delle problematiche del caso e allora chiama uno psicologo del lavoro per chiedere una consulenza. Il candidato esponga le principali problematiche del caso, gli strumenti e le modalità di intervento.

RISPOSTA

Diagnosi ipotizzata e aree da approfondire In questa sede, per le finalità richieste, si procede innanzitutto svolgendo un'accurata analisi della domanda.

L'azienda X, che produce beni con il petrolio, consulta lo psicologo in quanto sta effettuando una sistemazione di nuovo personale in un nuovo stabilimento dotato di mezzi e tecnologie molto avanzate. Dalla traccia emerge che il Management con il Direttore Generale sembrano coscienti delle problematiche legate a tali cambiamenti (“è ben cosciente delle problematiche del caso”).

Si può procedere approfondendo la conoscenza dei nuclei problematici che hanno portato alla consultazione dello psicologo, con riferimento alla teoria dell'identità sociale di Tajfel e della teoria di campo di Lewin.

Dalla traccia emerge che l'azienda “sta già provvedendo a fare una sistemazione del personale”, quindi è probabile che allo psicologo non venga solamente richiesto di fare una valutazione del potenziale dei nuovi assunti, ma che egli debba anche fare un intervento che miri a ridurre i possibili effetti negativi della fusione. Va tenuto presente che ogni impresa ha una propria cultura che aiuta a stabilire regole di condotta e assicura sicurezza ai dipendenti. L'impresa in questione è appena costituita, e i dipendenti hanno una precisa identità dovuta all'appartenenza a una precedente organizzazione. Non è chiaro se la forza lavoro sarà costituita anche da dipendenti reclutati ad hoc, esterni alle tre aziende che sono state fuse. Tuttavia c'è il rischio che le culture non si amalgamino, cioè che continuino a esserci 3 nuclei di dipendenti distinti. In più i dipendenti vengono da imprese che sono state chiuse, dunque hanno probabilmente un vissuto di fallimento e autostima ridotta.

Strumenti Al fine della raccolta dei dati necessari per effettuare una valutazione del personale si possono utilizzare: Organigramma per rappresentare graficamente la struttura dell'organizzazione dell'azienda ed avere un quadro più chiaro sulle posizioni lavorative da attribuire; Job analysis per l'analisi dei requisiti e delle componenti per le posizioni lavorative, tramite l'impiego di interviste

per valutare le competenze, per concordare l'assegnazione a un determinato ruolo (incluso livello retributivo e incentivi) e gli eventuali fabbisogni formativi.

Al fine della raccolta dei dati necessari per effettuare una valutazione degli effetti negativi della fusione osservazione in reparto si possono utilizzare: TCI e focus group per rilevare e valutare il clima aziendale e la sua evoluzione; colloqui periodici per valutare l'andamento delle prestazioni e proporre soluzioni alle difficoltà.

Intervento proposto In relazione a ciò si può ipotizzare che lo psicologo debba intervenire aiutando l'impresa ad amalgamare i dipendenti, a creare un senso di appartenenza alla nuova impresa, a rassicurare i dipendenti e dare senso alla loro attività indicando precise linee di azione e modalità di svolgimento dei compiti, ad aiutare a sviluppare una cultura aziendale coerente con i valori dell'azienda incorporante. Per fare ciò è fondamentale avere un sistema di comunicazione interno efficace. Il sistema gestito dalla direzione del personale in collaborazione con l'ufficio relazioni esterne e con lo psicologo si avvarrà dei seguenti mezzi: bacheca elettronica collocata in uno dei locali dell'impresa che riporta le iniziative e il calendario aziendale, convention per illustrare obiettivi e risultati dell'attività aziendale, newsletter a domicilio, portale aziendale sul web, family day per dare la possibilità di visitare l'azienda in occasioni particolari, libro aziendale che riporta la storia dell'impresa.

Inoltre potrebbe essere messo a punto di un programma di formazione sulle modalità di funzionamento e sulle procedure richieste dal nuovo impianto. Il programma, differenziato per reparti e livelli, può prevedere un intervento iniziale e poi incontri di verifica in itinere. Visto che è necessario un apprendimento di tutti gli addetti, e ammettendo che la maggior parte degli addetti dispongono a casa di un collegamento a internet e di un pc, all'interno del portale aziendale una sezione potrebbe essere strutturata come una comunità di pratica con materiali relativi alle procedure e forum di discussioni per reparti. L'impresa potrebbe inoltre fornire un contributo per l'acquisto di un pc a quanti ne sono sprovvisti.

Inoltre si potrebbe dare la possibilità di avere incontri di counseling con lo psicologo, per quei dipendenti che manifestano difficoltà significative di livello personale.

Lo psicologo contatta il capo del personale dopo 6 mesi per valutare l'efficacia dell'intervento.

4) Il caso da analizzare fa riferimento ad un reparto di una fabbrica di dolci. Il reparto produce e impacchetta varie linee di dolci con un sistema di produzione a forni. È organizzato in due aree adiacenti, una per la produzione composta da uomini, l'altra per l'imballaggio composta da donne. Le aree sono separate da una barriera fisica, in modo che la sala di imballaggio sia protetta dall'umidità che si forma nell'area della produzione. Ogni sala ha un capo-reparto e un direttore che risponde al dirigente di settore e al dirigente dell'impresa. Nel complesso, 37 persone lavorano nel reparto (25 in produzione e 12 all'imballaggio). Il ruolo del direttore dell'area produzione è di allocare le persone ai vari compiti, fissare la velocità delle macchine e i ritmi di lavoro, organizzare i cambi e le pause, verificare l'igiene, la sicurezza e gli standard di qualità e mantenere la disciplina. La direttrice dell'area imballaggio ha il compito di far imballare i prodotti seguendo il ritmo della produzione e di allocare le lavoratrici in altre mansioni (pulizie, altri reparti) nelle fasi di bassa produzione. Il lavoro nel reparto è altamente interdipendente ma anche abbastanza semplice. Nonostante ciò, si sperimentano acuti problemi che si manifestano in un elevato turnover fra i dirigenti, in livelli di produzione al di sotto dei parametri standard, in elevati livelli di scarti. Il reparto è conosciuto come il peggiore dell'azienda. I lavoratori (area produzione) lamentano di svolgere un lavoro noioso e faticoso, di avere poche responsabilità nel prendere decisioni, soprattutto sui ritmi di lavoro, di ricevere poche informazioni sulla prestazione lavorativa e di avere livelli retributivi poco graduati in funzione della qualità della prestazione. Le lavoratrici (area imballaggio) lamentano invece di dover lavorare duro quando il reparto è sotto pressione per poi essere trasferite altrove nei momenti stagnanti e di avere il ritmo di lavoro determinato dalla velocità degli uomini in produzione, senza alcuna possibilità di controllo. I dirigenti ritengono che i dipendenti abbiano bassa motivazione, e che ci siano problemi di relazioni interpersonali tra i/le lavoratori/lavoratrici delle due aree (produzione e imballaggio). Inoltre, si sono registrate difficoltà di accordo e di comunicazione fra i due dirigenti circa i ritmi di lavoro da seguire. Sulla base delle informazioni contenute nella descrizione del caso: a. si delinei una metodologia di lavoro (strumenti diagnostici, modalità di raccolta delle informazioni) per meglio conoscere e affrontare i problemi posti dall'organizzazione del lavoro nel reparto; b. si definiscano le linee guida dell'intervento psicologico nel reparto volto a migliorare la prestazione dei lavoratori e delle lavoratrici e il morale del reparto.

RISPOSTA

Diagnosi ipotizzata e aree da approfondire In questa sede, per le finalità richieste, si procede innanzitutto svolgendo un'accurata analisi della domanda.

Le **condizioni di lavoro** e i **sistemi di ricompensa** in due aree dello stesso reparto dell'impresa sono tali da creare stress e demotivazione. Inoltre le procedure di lavoro e/o la tecnologia utilizzata hanno creato conflittualità fra il personale delle due aree. L'identificazione col proprio gruppo di lavoro (e perciò l'antagonismo verso il gruppo dell'altra area - Tajfel) è accentuata dal fatto che gli addetti alle due aree sono selezionati per sesso, non ci sono scambi di lavoratori fra le due aree e le due aree sono topograficamente chiaramente delimitate.

Costrutti o teorie di riferimento:

1. Tajfel: per quel che riguarda la costituzione e modifica dello spirito di appartenenza a un gruppo
2. Selye e il costrutto dello stress: in particolare le mansioni svolte nel reparto maschile sono noiose, faticose, il ritmo di lavoro è imposto e nel reparto donne il ritmo di lavoro è imposto
3. Maslach e il burnout: c'è un elevato turn over fra dirigenti e anche alcuni dipendenti potrebbero sperimentare una condizione di burnout
4. McClelland, Herzberg, Maslow, le teorie della motivazione e le tecniche di incentivazione: i dipendenti hanno una bassa motivazione e le retribuzioni non sono paramtrate ai risultati
5. Lewin e la ricerca azione: nel caso proposto questa metodologia sembra particolarmente utile

Strumenti e intervento proposto Per quanto riguarda la modalità di raccolta delle informazioni, il caso è presentato in maniera chiara e dettagliata. Ai dati già disponibili è possibile aggiungere:

1. job analysis delle diverse posizioni del reparto
2. una intervista semistrutturata col direttore dell'impresa per raccogliere una serie di dati sulle variabili organizzative: storia dell'impresa (anche con una matrice date/eventi), sua posizione competitiva, organigramma, livelli retributivi e sistemi di incentivazione, modalità di selezione del personale, livelli di turn over e assenteismo, storia e causa del problema, soluzioni tentate finora, possibili soluzioni
3. intervista semistrutturata ai responsabili di ciascuna area per raccogliere informazioni relative a storia e causa del problema, soluzioni tentate finora, possibili soluzioni
4. analisi del clima aziendale delle due aree utilizzando MDOQ10

Una parte dell'intervento dovrebbe essere volto a modificare le procedure e la tecnologia, anche se questo richiede una serie di conoscenze che non sono quelle dello psicologo. Ad esempio alcune fasi del ciclo potrebbero essere meccanizzate, andrebbe creato un 'polmone' dove depositare il prodotto finito in attesa dell'imballaggio fra le due aree, andrebbe studiata la possibilità di eliminare la barriera fra le due aree.

Per quanto riguarda gli interventi in ambito psicologico si potrebbe proporre:

1. scambio dei dipendenti fra le due aree e adozione di reparti misti (per ridurre l'identificazione con un gruppo specifico)
2. costituzione di una commissione con rappresentanti delle due aree volta a individuare, con incontri periodici, modalità per migliorare la collaborazione fra i due reparti con le modalità della ricerca azione (per ridurre l'identificazione con un gruppo specifico e far acquisire sensazione di controllo sul proprio lavoro-riduzione dello stress e aumento motivazione). Partecipano come osservatori anche i due responsabili
3. studio e avvio di un sistema di incentivi legato alla produttività (per aumentare la motivazione)
4. costituzione di due commissioni (una per ciascuna area) per discutere modalità di miglioramento delle procedure (riduzione stress e aumento motivazione), con la partecipazione, nel ruolo di osservatori, dei due responsabili
5. rotazione, allargamento o approfondimento delle mansioni all'interno di ciascuna area e fra aree diverse
6. eventuale scambio fra i due capiarea (cioè per un determinato periodo di tempo ognuno dirige il reparto dell'altro) o alcune giornate in affiancamento l'uno con l'altro (cioè per una o due giornate il responsabile dell'area A affianca il responsabile dell'area B per rendersi conto di come funziona l'area, e viceversa).

5) Un'amministrazione comunale vi chiede, in quanto psicologo del lavoro, di redigere un piano formativo per il personale della polizia municipale addetto al controllo del traffico. Si tratta di un reparto di circa trenta persone. Nel passato, la formazione per questi operatori si è svolta soprattutto mediante conferenze-seminari di natura tecnico-giuridica, tenuti da esperti del settore (come ad esempio dirigenti pubblici, ingegneri e ufficiali della polizia urbana). Il dirigente che vi ha contattato vi riferisce testualmente che l'amministrazione comunale vuole "fare un investimento in risorse umane, valorizzando un settore che è divenuto sempre più cruciale e che non sta dando i risultati desiderati. In particolare, ci sono problemi notevoli per la qualità del rapporto con l'utenza e per le resistenze del personale ad accettare la necessaria flessibilità nei turni orari e nell'assegnazione alle diverse mansioni. Questo piano di formazione deve diventare il primo passo per un processo di cambiamento e di sviluppo dell'intero settore della polizia urbana". Si è pensato di incaricare uno psicologo del lavoro – aggiunge – anche perché l'amministrazione comunale si attende che l'attività di formazione possa far cambiare atteggiamento al personale, rendendolo non solo più competente nel rapporto con il pubblico, ma anche più disponibile ad accettare un'organizzazione del lavoro più flessibile. Egli vi chiede dunque di preparare un documento sintetico che presenti i passi da fare, secondo il vostro punto di vista, per avviare un programma formativo che sia in armonia con gli obiettivi dell'amministrazione. Il/la Candidato/a indichi: quali ritiene essere i nuclei problematici del caso; quali strumenti o osservazioni ulteriori ritiene utili per un adeguato approfondimento; quali indicazioni operative suggerirebbe all'amministrazione, per rispondere alle richieste da questa formulate.

RISPOSTA

Diagnosi ipotizzata e aree da approfondire In questa sede, per le finalità richieste, si procede innanzitutto svolgendo un'accurata analisi della domanda.

I nuclei problematici del caso sono evidenziati dal dirigente stesso: **cattivi rapporti col personale** e **scarsa flessibilità**. Il gruppo di polizia municipale si è costituito come una controcultura (oppure è rimasto a una cultura del servizio pubblico atavica, mentre la cultura del resto del Comune si è nel frattempo modificata) con atteggiamento ostile nei confronti del pubblico e di chiusura rispetto alle richieste di flessibilità della dirigenza. Si può leggere la richiesta di intervento allo psicologo come un riconoscimento da parte della dirigenza della propria incapacità di far progredire la situazione, e perciò una buona occasione per far uscire le due parti da una situazione di stallo. Per questo si può rivolgere l'intervento a rimettere in moto il cambiamento e a far comunicare e negoziare meglio i due soggetti (vigili e dirigenti). Questa impostazione richiede un preventivo accordo da parte del committente e una parziale riformulazione della sua domanda. La richiesta del committente è infatti

per un corso di formazione, mentre invece si tratta di un classico intervento sull'organizzazione. La formazione può essere utile, anche se sembra solo una parte secondaria del problema. In questo caso dovrebbe essere una formazione sull'importanza e le modalità dell'orientamento al cliente, ma da attivarsi solo dopo che le due parti abbiano trovato un accordo.

Strumenti Al fine della raccolta dei dati necessari per un adeguato approfondimento del caso si possono somministrare i seguenti strumenti.

1. Intervista semistrutturata col dirigente: da quali indicatori rileva che il rapporto dei vigili col pubblico è problematico, quali sono le richieste di flessibilità che i vigili hanno rifiutato, se i vigili sono organizzati sindacalmente e più in generale come sono organizzate le relazioni sindacali all'interno del comune, come è andato evolvendosi il rapporto col corpo dei vigili, come funzionano e grazie a quali iniziative gli altri servizi a contatto col pubblico hanno modificato (se l'hanno modificato) il proprio atteggiamento, quali proposte in passato la dirigenza ha rivolto ai vigili e con quali risultati.

2. A questo punto, se non emergono elementi particolari, il dirigente potrebbe informare l'organizzazione dell'intervento dello psicologo, per avere due colloqui col capo dei vigili e, se esiste, col rappresentante sindacale.

3. Analisi del clima organizzativo nel reparto vigili tramite MDOQ10.

4. Focus group dividendo in 4 il gruppo dei 30 vigili, in maniera casuale. Il motivo di questa suddivisione è evitare che, svolgendo attività col gruppo dei vigili nel suo insieme, si accentui una polarizzazione fra vigili e dirigenza. Inoltre la suddivisione del gruppo dei 30 in gruppi più piccoli permette l'esplicitazione di un maggior numero di informazioni. Si può impostare il focus group su tre temi: risultati dell'analisi del clima (ma selezionando i dati da fornire), miglioramento del clima, del servizio e dei rapporti con l'amministrazione, richieste all'amministrazione. In secondo luogo si potrebbe dirigere la discussione sui motivi per cui la dirigenza è insoddisfatta dell'attività del corpo dei vigili e su quanto ritengono ci sia di vero. In terzo luogo si potrebbe dirigere la discussione su ipotesi e condizioni di miglioramento. Le tracce di discussione sono qui solo ipotizzate ma andranno poi messe a punto definitivamente sulla base del risultato dei colloqui individuali preliminari. Sulla base dei focus group si redige un documento che riporta gli elementi emersi.

Intervento proposto Si propongono le seguenti indicazioni operative.

1. Consegna e discussione del documento col dirigente ed eventualmente col capo dei vigili. La prima indicazione è di aprire un tavolo fra vigili e amministrazione per la discussione delle ipotesi di miglioramento emerse.

Altre indicazioni operative dipendono dagli elementi emersi nell'indagine sul campo e nella trattativa fra i due soggetti.

2. Corso di formazione sull'orientamento al cliente, anche tramite una ricerca azione che preveda lo studio e l'avvio di un sistema per la rilevazione della soddisfazione dei cittadini.

3. Job analysis per ristrutturazione delle posizioni lavorative e dei turni di lavoro, anche tramite facilitazione di un gruppo di lavoro composto da vigili e rappresentante dell'amministrazione.

6) Alla società di consulenza in cui il candidato lavora come psicologo, si rivolge il Direttore Generale dell'azienda X. Questa è una struttura di medie dimensioni, competitiva nella fascia di mercato, operante nel settore manifatturiero, in un'area tecnologicamente avanzata, dotata di un management dinamico e di buone prospettive di sviluppo. L'azienda X ha ricevuto nell'ultimo anno un numero insolitamente alto di dimissioni di giovani quadri intermedi (12), tecnicamente preparati ed apparentemente bene inseriti nell'azienda, assunti meno di otto anni fa, sulla base di un'accurata selezione. Il Direttore si chiede se la sua azienda non stia perdendo elementi preziosi, "i suoi esperti di domani", e in caso affermativo, quali possano essere le cause. Il candidato dica, in modo sintetico, come sarebbe possibile dare una risposta a questa domanda, indicando quali indagini e quali approfondimenti ritiene che dovrebbero essere svolti, specificando metodologie e teorie di riferimento, e suggerendo un possibile intervento.

RISPOSTA

Diagnosi ipotizzata e aree da approfondire In questa sede, per le finalità richieste, si procede innanzitutto svolgendo un'accurata analisi della domanda.

Gli appartenenti a un gruppo specifico di persone (giovani quadri intermedi) hanno iniziato a dimettersi all'impresa. Probabilmente sono tutti soggetti a una medesima condizione insoddisfacente (potrebbe trattarsi ad esempio di scarse possibilità di carriera, retribuzioni inferiori alla media, pressione da parte dei superiori, ecc...) o a una condizione maggiormente soddisfacente offerta da altre imprese (ad esempio migliori retribuzioni, oppure potrebbero aver deciso di mettersi in proprio). In più sembra che questa condizione sia sorta o si sia accentuata nell'ultimo anno. La gestione delle risorse umane non sembra ottimale, in particolare non sono state fatte interviste in uscita con i dimissionari, né sembra essere presente un piano di valutazione delle prestazioni che permette periodicamente di rilevare anche i livelli di soddisfazione dei dipendenti. In una prospettiva più generale lo scopo dell'intervento dovrebbe essere non tanto individuare il problema, quanto adottare delle misure per far sì che le dimissioni si arrestino, e sostituire coloro che si sono dimessi.

Strumenti e intervento proposto Per intervenire, si farà riferimento alle Teorie della motivazione (Maslow, Herzberg, McClelland). Dal direttore si potrebbero ottenere una serie di dati per sapere come si colloca l'impresa rispetto alle principali variabili organizzative. In particolare: obiettivi e storia, struttura (modalità produttive e organigramma), tecnologia, politiche del personale e retributive, nonché accadimenti che possono essere collegati alle dimissioni, motivi delle dimissioni e possibili contromisure. Al colloquio col direttore possono seguire:

- colloquio col diretto superiore dei dimissionari
- colloqui con alcuni dei colleghi dei dimissionari
- esame del clima aziendale nei reparti a cui appartenevano i dimissionari (e eventualmente a campione in altri reparti), utilizzando ad esempio il MDOQ10
- questionario o colloqui individuali con le persone che si sono dimesse
- analisi del clima organizzativo

Per quanto riguarda gli abbandoni, in generale sembra che l'impresa abbia mancato di canali di comunicazione coi dipendenti; sarà perciò opportuno stabilire nuovi canali quali ad esempio un piano di valutazione delle prestazioni con colloqui almeno semestrali.

Se si ammette che le dimissioni siano dovute ai carichi di lavoro divenuti eccessivi, sarà opportuno procedere a Job analysis e riprogettazione delle mansioni.

Se si tratta di un problema retributivo sarà necessario rivedere le politiche retributive e di incentivazione, introducendo ad esempio strumenti come il MBO (management by objectives).

Se si tratta di un problema di mancati sbocchi di carriera sarà necessario introdurre un sistema di pianificazione di carriera, con tecniche quali BDC (bilancio delle competenze).

Utile in ogni caso è avviare un piano di sviluppo di carriera del personale esistente e/o di selezione di nuovo personale per creare nuovi quadri di cui l'impresa si trova sguarnita.

Qualunque siano le misure adottate, si consiglia un incontro di verifica col direttore a distanza di almeno 6 mesi per la verifica di come si è evoluta la situazione, con eventuali nuovi colloqui con altri dirigenti, colleghi e risomministrazione del MDOQ10.

7) Il gruppo dirigente di un'azienda di medie dimensioni chiede l'intervento di un consulente psicologo. Il direttore di produzione e l'amministratore delegato delineano la seguente situazione. Un gruppo di quadri intermedi presenta grossi problemi individuali e di gestione del personale a loro affidato. Hanno la responsabilità operativa della produzione ma si dimostrano incapaci, in quanto hanno delle personalità disturbate, non sanno farsi obbedire e non seguono le direttive aziendali. Sono loro la causa del calo di produzione. Durante il colloquio con la direzione il consulente ipotizza che, in seguito alla ristrutturazione del ciclo produttivo, l'azienda si trovi in un momento critico per la definizione e l'organizzazione dei ruoli. Il gruppo sotto accusa sembra non avere funzioni chiaramente definite; è poco coeso al suo interno e non si identifica con la nuova realtà aziendale. Inoltre, la comunicazione tra tutti i dipendenti appare carente. A conclusione del colloquio i dirigenti chiedono, in primo luogo una diagnosi di personalità per ogni individuo del gruppo dei quadri intermedi e, in secondo luogo, un "addestramento" a comandare gli operai e a seguire le direttive aziendali. Il candidato esprima la propria valutazione sul caso e delinea l'eventuale programma di intervento.

RISPOSTA

Diagnosi ipotizzata e aree da approfondire In questa sede, per le finalità richieste, si procede innanzitutto svolgendo un'accurata analisi della domanda.

Non ci sono elementi per ipotizzare che le condizioni mentali di una parte dei dipendenti dell'impresa siano improvvisamente peggiorate, mentre l'unico evento collegabile al calo della produzione è la **ristrutturazione del ciclo produttivo**. Entrambe le richieste della direzione (diagnosi di personalità e addestramento al comando) sembrano pertanto fuori bersaglio. Nella presentazione del caso, non sembra chiaro il senso dell'affermazione che "Il gruppo sotto accusa sembra non avere funzioni chiaramente definite; è poco coeso al suo interno e non si identifica con la nuova realtà aziendale. Inoltre, la comunicazione tra tutti i dipendenti appare carente", vale a dire se questo è affermato dal titolare o dallo psicologo e in questo caso su quale base. La domanda della direzione, che appare adottare modalità di gestione basate su uno stile autoritario, andrà pertanto ristrutturata.

Strumenti e intervento proposto I campi di intervento sembrano piuttosto due: uno, più immediato, volto a definire meglio problemi e modalità di miglioramento del nuovo ciclo produttivo. L'altro, ipotetico e più a lungo termine, è volto invece a un cambiamento dello stile di direzione in senso più aperto e partecipativo. Per intervenire, dal direttore si potrebbero ottenere una serie di dati per sapere come si colloca l'impresa rispetto alle principali variabili organizzative. In

particolare obiettivi e storia, struttura (modalità produttive e organigramma), tecnologia, politiche del personale e retributive, assenteismo e turn over, nonché come è stata disegnato e introdotto il nuovo ciclo produttivo e caratteristiche socio anagrafiche dei quadri dell'impresa e loro modalità di selezione. Viste le caratteristiche della direzione, una grossa attenzione va posta nel processo di ristrutturazione della domanda, che, se mal gestito, può portare alla revoca dell'incarico. La ristrutturazione della domanda può avvenire indagando i profili di personalità dei quadri (ipotesi A) che, se l'ipotesi è giusta, non dovrebbero mostrare condizioni particolari, oppure presentando al committente la nostra diagnosi e proponendo un intervento diverso da quello richiesto (ipotesi B).

Ipotesi A: si può iniziare somministrando il Big Five Questionnaire ai quadri incriminati e a un pari numero di loro colleghi scelti a caso. Se non emergono differenze significative di personalità fra i quadri incriminati e i loro pari grado, e la direzione accetta la diagnosi, è possibile proseguire nell'intervento come indicato di seguito.

Ipotesi B: si può svolgere una serie di colloqui individuali con i quadri incriminati e con alcuni dei loro colleghi, volti ad approfondire le caratteristiche, i limiti e le modalità di miglioramento del nuovo ciclo produttivo e i motivi di insoddisfazione della direzione. Dalla informazioni raccolte nei colloqui possono derivare varie ipotesi di intervento.

Se il nuovo ciclo produttivo tutto sommato ha pochi limiti e il problema è che i dipendenti non si sono ancora abituati al nuovo è possibile proporre una attività di focalizzata su aspetti tecnici e operativi legati al funzionamento dell'impianto.

Se il ciclo produttivo tecnicamente funziona bene ma il problema è l'assegnazione delle mansioni e dei carichi di lavoro è possibile ipotizzare una riprogettazione delle mansioni tramite una Job analysis.

Se il ciclo produttivo ha problemi sostanziali è possibile proporre una serie di focus group con dipendenti e quadri intermedi volti a individuare possibilità di miglioramento nell'ottica della qualità totale. Per migliorare l'assertività di tutti i quadri intermedi si può proporre una formazione alle abilità sociali basata su alcune prove dell'AC e sulla base dei risultati si può proporre la definizione di progetti di sviluppo delle abilità sociali personalizzati.

L'obiettivo di più lungo periodo di migliorare le relazioni aziendali va valutato sulla base di elementi che nella traccia non sono noti. Potrebbe richiedere un'assistenza continuata dello psicologo al titolare o l'assunzione di un responsabile del personale professionista.

8) La direzione del personale di un importante istituto di credito ha notato da tempo che una delle sue più importanti filiali (circa 200 dipendenti) presenta dei problemi, in particolare la bassa qualità delle prestazioni degli impiegati e il livello di turnover e di assenteismo decisamente superiore alle altre filiali comportano dei costi di gestione troppo elevati. Il risultato di una indagine svolta da una società di consulenza sul clima organizzativo della filiale conferma la situazione: il rapporto consiglia di approfondire l'analisi verificando i livelli di stress lavorativo presenti. Il candidato esponga a grandi linee il modello teorico di stress lavorativo che ritiene utile per guidare l'indagine. Descriva gli strumenti che utilizzerebbe e quali aspetti valuterebbe. Predisponga un progetto di intervento che preveda obiettivi, temi di applicazione, modalità operative e risultati previsti da sottoporre alla direzione del personale.

RISPOSTA

Diagnosi ipotizzata e aree da approfondire In questa sede, per le finalità richieste, si procede innanzitutto svolgendo un'accurata analisi della domanda.

Nella filiale in questione c'è qualcosa di diverso rispetto alle altre. Potrebbe trattarsi ad esempio di un particolare **stile di direzione** del direttore o di poco personale rispetto ai compiti richiesti. Un elemento che merita la massima attenzione in un intervento come è questo è che l'intervento non è stato richiesto dal direttore di filiale, ma dal suo superiore. Il direttore e i quadri della filiale possono perciò vivere l'intervento come una indagine. Su questo punto è necessario avere una forte legittimazione dalla direzione del personale e rassicurare e coinvolgere direttore e quadri.

Secondo il modello teorico di Selye le cause dello stress possono essere divise in esterne e interne. Secondo il modello teorico di Maslach è importante intervenire sullo stress prima che si trasformi in burnout.

Strumenti e intervento proposto Le cause di stress possono essere rilevate attraverso interviste ai dipendenti e questionari, quali ad esempio l'OSI (Organizational Stress Indicator). Poiché il clima è un importante fattore di stress, per indagare le cause dello stress potrebbe anche essere utile condurre una analisi del clima aziendale utilizzando l'MDOQ10 (Majer-D'Amato Organizational Questionnaire).

Per intervenire si possono utilizzare:

1. colloquio individuale col responsabile del personale, per capire come si colloca l'impresa rispetto alle principali variabili organizzative. In particolare obiettivi e storia, struttura (modalità produttive e organigramma), tecnologia, politiche del personale e retributive, assenteismo e turn over, accadimenti che possono essere collegati all'alto turn over.

2. interviste individuali: col direttore della filiale, con 3 quadri intermedi, col rappresentante sindacale e con 5 dipendenti degli uffici che hanno avuto maggior numero di dimissioni. Le interviste sono volte ad avere un'idea dei motivi dell'elevato turn-over.

3. lettura della relazione sul clima aziendale preparato dalla società di consulenza. Se la relazione è più vecchia di un anno, può essere opportuna una nuova rilevazione strutturata del clima aziendale utilizzando il questionario MDOQ10.

4. Realizzazione di un report con le informazioni raccolte e presentazione del report (colloquio individuale) al direttore del personale e accordo con lui su come proseguire il progetto. Tempo necessario (escluso questionario): 3 settimane. Per interviste individuali: 2 ore a intervista (1 ora di intervista più 1 ora per trascrizione punti salienti e analisi), totale 10 ore. 5 ore per lettura e analisi vecchia ricerca. 15 ore per analisi dati raccolti e scrittura report, 4 ore per due interviste col responsabile del personale. Il lavoro può essere fatturato a ore oppure a giornate; una variabile da considerare è se la filiale si trova vicino o lontano dalla sede di lavoro del consulente e se le varie interviste vengono raccolte nelle stesse giornate.

Sulla base degli elementi emersi, il direttore del personale ha varie opzioni, quali ad esempio: rimuovere il direttore della filiale, inviare personale aggiuntivo, rivedere le procedure, ridefinire le mansioni in uno o più reparti, ecc...

Nel caso il direttore intenda utilizzare il nostro aiuto per capire come risolvere alcuni dei problemi evidenziati si può intervenire con vari strumenti, che dipendono dalle cause individuate come fonte di stress: ad esempio ulteriori colloqui individuali, focus group, job analysis, analisi del potenziale dei quadri, training individuale e coaching alla gestione dei collaboratori e/o alla gestione del tempo per il responsabile di filiale. Trascorsi almeno 6 mesi/1 anno dall'intervento è possibile condurre una nuova analisi del clima.

9) Dovete collaborare ad un programma di prevenzione infortuni sul lavoro in uno stabilimento di prodotti dolciari. Vi viene messa a disposizione un'ampia casistica di incidenti che l'azienda ha dovuto registrare negli ultimi dieci anni e che interessa i vari reparti: dalla produzione al confezionamento. Le notizie che riuscite ad acquisire sono però molto scarse e non vi aiutano a ricostruire gli avvenimenti che hanno portato agli incidenti. In che modo procedereste per ricavare le informazioni che ritenete necessarie? Quali strumenti di indagine e quali strumenti diagnostici proporreste alla direzione dell'azienda? Delineate infine un programma di prevenzione facendo riferimento ad una tipologia di incidenti immaginaria, che permetta di controllare il "fattore umano" nell'insorgenza di situazioni rischiose.

RISPOSTA

Diagnosi ipotizzata e aree da approfondire In questa sede, per le finalità richieste, si procede innanzitutto svolgendo un'accurata analisi della domanda.

C'è un problema (gli infortuni), ma a prima vista non è possibile sapere esattamente da quali impianti, lavorazioni o procedure sono provocati. È necessario inoltre delineare un programma di prevenzione. Va tenuto presente che il programma di prevenzione va messo a punto e concordato col responsabile aziendale della sicurezza e in collaborazione col rappresentante dei lavoratori per la sicurezza. In un intervento reale andrà perciò data grande importanza al raccordo con queste due figure. Come è noto la normativa italiana relativa alla prevenzione degli infortuni è stata modificata dalla legge 626/1994. La legge ha segnato il passaggio da una politica di interventi frammentari contro gli infortuni alla promozione di una cultura della sicurezza da ottenersi con la partecipazione dei dipendenti, della direzione, dell'ergonomo e con la formazione continua. A questo scopo sono state anche introdotte le figure del Rappresentante dei lavoratori per la sicurezza e quella del Responsabile del sistema di prevenzione degli infortuni. Esistono vari approcci sulle cause e la prevenzione degli infortuni. La **diffusione di una cultura della sicurezza** deve inoltre basarsi su due elementi: su programmi di incentivazione dei comportamenti sicuri (invece che di sanzione di quelli insicuri) e su misure che rovescino la convenienza ai comportamenti rischiosi (ad esempio chi lavora senza protezioni in alcuni casi produce di più) da individuare caso per caso a seconda del processo produttivo. La metodologia della ricerca-azione (teorizzata da Lewin) si presta molto bene per interventi sulla sicurezza perché tali interventi sono efficaci solo se riescono a coinvolgere profondamente tutti gli attori aziendali.

Strumenti Al fine della raccolta dei dati necessari per un adeguato approfondimento del caso si possono somministrare:

1. Un colloquio iniziale approfondito col titolare per ottenere una serie di dati per sapere come si colloca l'impresa rispetto alle principali variabili organizzative. In particolare obiettivi e storia, struttura (modalità produttive e organigramma), tecnologia, politiche del personale e retributive, assenteismo e turn over. Inoltre sue idee rispetto alla strutturazione di un programma di prevenzione e disponibilità al coinvolgimento dei dipendenti.
2. studio dei report sugli infortuni elaborati dall'azienda per verificare se è possibile individuare alcune costanti (reparti col maggior numero di infortuni, tipi di infortuni più ricorrenti, ecc...).
3. interviste approfondite con il rappresentante dei lavoratori per la sicurezza, con il responsabile del servizio di prevenzione e con i capireparto, per raccogliere informazioni su cause infortuni, principali punti di criticità nelle procedure e nei diversi reparti, politiche della prevenzione condotte in precedenza, loro idee su come strutturare un programma di prevenzione.
4. Una intervista approfondita con ciascuno di dipendenti ancora in forza dell'impresa che hanno avuto infortuni nell'ultimo anno.
5. Un questionario tramite cui si verifica la conoscenza da parte dei dipendenti delle normative contro gli infortuni e si richiede la segnalazione dei principali elementi di criticità, inclusi i quasi incidenti.
6. Vari focus group con gruppi di dipendenti dei reparti col maggior numero di infortuni recenti e quasi incidenti per analisi delle possibili cause e dei rimedi.
7. Oltre al focus group e alle interviste semistrutturate, si può misurare lo stress e la disaffezione al lavoro, costrutti entrambi collegati agli infortuni, tramite OSI e MDOQ10.

Intervento proposto Il riferimento al fattore umano va interpretato nel senso di porre l'attenzione sugli elementi propri della prestazione degli addetti. Si può immaginare che sia emerso che il numero più elevato di infortuni avviene in un reparto dove gli addetti devono supervisionare in contemporanea l'attività di più macchinari. Il programma di prevenzione potrebbe essere articolato in questo modo:

1. consegna a tutti i dipendenti di materiale informativo sulla normativa di prevenzione
2. vari focus group coi dipendenti del reparto (o con un campione, se i dipendenti sono numerosi) su come ridurre le criticità del reparto
3. discussione con la direzione, il rappresentante dei lavoratori, il responsabile della prevenzione quali dei suggerimenti emersi nei focus group adottare
4. supporto all'adozione delle misure concordate. A seconda dei casi può trattarsi di svolgere job analysis, di riprogettare alcune mansioni, di progettare o svolgere un'attività formativa, e di monitoraggio dell'efficacia delle misure adottate.

TRACCE NEUROPSICOLOGIA/GENERALE SVOLTE

1) Il candidato descriva i possibili deficit cognitivi e comportamentali che possono manifestarsi nelle varie forme di demenza, e delinei un intervento volto al recupero funzionale e al reinserimento sociale di un paziente con demenza frontotemporale.

RISPOSTA

Diagnosi ipotizzata e aree da approfondire In questa sede, per le finalità diagnostiche richieste, si farà riferimento al Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali quinta edizione (DSM 5). Demenza frontotemporale (DFT) è un termine generico usato per indicare tutte quelle malattie degenerative che colpiscono i lobi cerebrali frontale e temporale. Essenzialmente esistono tre forme di demenza frontotemporale: la DFT in senso stretto, detta anche malattia di Pick, che provoca problemi comportamentali e disturbi della personalità; la demenza semantica che causa deficit di riconoscimento e di comprensione del linguaggio; l'afasia primaria progressiva che compromette la fluenza o la capacità di reperimento della parola. Le cause di queste tre forme di demenza sono ancora ignote. Nel 50% dei casi è stata osservata una spiccata familiarità. La DFT colpisce indistintamente uomini e donne e insorge per lo più tra i 45 e i 60 anni. È più rara della malattia di Alzheimer, tranne che nei soggetti di età inferiore a 65 anni.

I sintomi della DFT variano a seconda di quale parte della corteccia cerebrale è interessata dal processo degenerativo. In quasi tutti i casi si manifestano alterazioni della personalità e del comportamento interpersonale. Questi i sintomi più frequenti: ridotto autocontrollo, aggressività, irritabilità, agitazione, disinibizione sessuale, trascuratezza dell'igiene, tendenza a parlare di continuo e a dire cose oscene o imbarazzanti, smoderatezza nel bere e nel mangiare, scarsa empatia, appiattimento delle esternazioni emozionali, mancanza di tatto, irragionevolezza, scarsa concentrazione, distrazione, mancanza di uno scopo, apatia, manie di persecuzione, tendenza a compiere azioni rischiose e a prendere decisioni avventate, compulsione all'acquisto, avarizia, inconsapevolezza della malattia.

Questi sintomi si manifestano, sebbene in misura più lieve, anche nelle forme più rare della demenza semantica e dell'afasia primaria progressiva, maggiormente caratterizzate dai disturbi del linguaggio. Le persone affette da demenza semantica parlano, leggono e scrivono fluentemente e correttamente da un punto di vista grammaticale ma non sanno più chiamare le cose col loro nome, non afferrano il significato delle parole e non riconoscono più rumori e oggetti. Le persone affette da afasia primaria progressiva, invece, comprendono ciò che sentono o leggono, ma parlano in modo stentato e sgrammaticato, usano parole sbagliate, magari in assonanza con quelle che vorrebbero pronunciare, e si esprimono con un vocabolario ristretto.

Nei primi stadi di tutte le forme di DFT la memoria a breve termine e la capacità di orientarsi nello spazio sono essenzialmente meno compromesse che nella malattia di Alzheimer. Aggravandosi, le persone affette da DFT perdono autonomia relativamente in fretta e diventano sempre più demotivate, apatiche e taciturne. Allo stadio avanzato subentrano l'incontinenza e i problemi di deambulazione e deglutizione. Infine, insorgono diverse malattie fisiche. Spesso, tuttavia, non è chiaro quale sia la vera causa del decesso. La malattia dura generalmente dai 5 ai 10 anni, sebbene in alcuni casi possa protrarsi anche per più di 20 anni.

Strumenti diagnostici Le persone affette da DFT solitamente non si rendono conto di essere malate. Ecco perché spesso tardano a sottoporsi ai necessari accertamenti. Talvolta persino i medici confondono la malattia con un disturbo psichico o con un problema relazionale. Una diagnosi sbagliata può avere gravi conseguenze sia per il diretto interessato sia per chi gli sta intorno. È importante quindi ascoltare i familiari e rivolgersi quanto prima a una clinica della memoria. Spesso una descrizione dettagliata delle alterazioni comportamentali del malato da parte dei suoi parenti più stretti dice molto di più di un referto di neuroimaging.

Trattamento/intervento proposto e risorse di rete da attivare Seguire, assistere, curare e assistere una persona affetta da DFT è estremamente impegnativo e stressante. Per garantire una qualità di vita accettabile sia alla persona malata sia a coloro che la curano, vanno insegnate ai caregiver tre regole generali da osservare. Evitare le situazioni stressanti e favorire l'autonomia: spesso le persone affette da DFT sono estremamente sensibili alle situazioni inattese e reagiscono male quando si rendono conto di non essere più in grado di decidere autonomamente o di non essere all'altezza di un determinato compito. Essere previdenti e agire tempestivamente: la DFT può portare con sé problemi e rischi molto gravi proprio perché spesso chi ne è affetto è ancora relativamente giovane, fisicamente in forma e ostinatamente sordo alle raccomandazioni dei familiari. Per questo motivo, si deve essere previdenti e pronti a prestare aiuto e supporto. Non imputare le conseguenze della malattia alla persona che ne è colpita: parole e azioni offensive e sconvenienti sono sintomi e non dipendono dalla volontà del malato.

Per la vita quotidiana ai caregiver vanno insegnati comportamenti per attenuare i tipici problemi comportamentali derivanti dalla DFT: creare un ambiente tranquillo ed evitare distrazioni e troppi stimoli, organizzare le giornate, attenersi a un programma ben preciso e routinario da decidere insieme, parlare lentamente formulando frasi semplici, non cercare di cambiare il comportamento della persona affetta da DFT ed evitare le situazioni potenzialmente conflittuali, conservare le

provviste fuori dalla sua vista per evitare che mangi troppo, supervisionarli nella cura dell'igiene personale.

È utile trovare delle attività che possano suscitare l'interesse della persona malata, soprattutto quelle ripetibili, e adeguatele alle sue possibilità. Le attività fisiche e il movimento in tutte le sue forme, specie all'aria aperta, favoriscono la distensione e la motivazione. Lo stesso dicasi per le attività artistico-espressive come la pittura, la musica e la danza. Per motivi di sicurezza, è bene prendere determinate precauzioni: le persone affette da DFT non dovrebbero mettersi al volante ed anche oggetti potenzialmente pericolosi dovrebbero essere tenuti fuori dalla loro portata.

Per quanto riguarda gli interventi medici, la DFT non è curabile e il suo decorso non può essere rallentato né bloccato. I medicinali usati per curare la malattia di Alzheimer sono inefficaci se non addirittura controproducenti per la DFT. Talvolta i problemi comportamentali e i sintomi emozionali possono essere leniti con gli antidepressivi. I neurolettici, invece, possono essere utili per calmare una forte agitazione o aggressività.

Sulla base di tali aspetti si auspica una presa in carico dei pazienti da parte di un'equipe multidisciplinare, al fine di garantire al paziente e ai caregiver una migliore qualità di vita. Oltre all'intervento del neuropsicologo e dello psicoterapeuta (in caso di burnout nei caregiver) si potrebbe valutare il coinvolgimento di un assistente socio sanitario che aiuti i caregiver nella gestione del malato.

2) Il/la candidato/a, con riferimento all'amnesia globale transitoria, ne illustri le caratteristiche e proponga strumenti di indagine adatti ad indagare tale problematica ed eventuali interventi.

RISPOSTA

Diagnosi ipotizzata e aree da approfondire In questa sede, per le finalità diagnostiche richieste, si farà riferimento al Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali quinta edizione (DSM 5). L'amnesia globale transitoria è un episodio improvviso di temporanea perdita di memoria. Gli episodi sono solitamente di breve durata senza conseguenze nel lungo termine. L'amnesia globale transitoria è identificata dal suo sintomo principale, che è l'incapacità di formare nuovi ricordi e ricordare il passato recente. Una diagnosi di amnesia globale transitoria si basa sui seguenti segni e sintomi: improvvisa comparsa di perdita di memoria, mantenimento di identità personale nonostante la perdita di memoria, cognizione normale (ad esempio la capacità di riconoscere e denominare oggetti familiari e seguire le semplici istruzioni), assenza di segni che indicano danni ad una particolare area del cervello (come la paralisi degli arti, movimenti involontari o riconoscimento delle parole alterato), durata di non più di 24 ore, graduale ritorno della memoria, nessuna evidenza di convulsioni durante il periodo di amnesia, nessuna storia di epilessia attiva o recente trauma cranico. Insieme a questi segni e sintomi, una caratteristica comune di amnesia globale transitoria include domande ripetitive, di solito la stessa domanda, per esempio: "Che cosa sto facendo qui?" o "Come siamo arrivati qui?".

I fattori di rischio più evidenti per l'insorgenza di un episodio di amnesia globale transitoria comprendono l'età (sopra i 50 anni) e l'aver avuto una storia passata di emicrania. Alcuni eventi comunemente riportati che possono scatenare l'amnesia globale transitoria sono: improvvisa immersione in acqua fredda o calda, intensa attività fisica, procedure mediche (ad esempio l'angiografia o l'endoscopia), lieve trauma cranico, acuto stress emotivo (come potrebbe derivare da una notizia o un evento altamente stressante o traumatico).

La condizione di amnesia globale transitoria va distinta da altre fatali malattie che possono causare la perdita improvvisa di memoria. In effetti, l'amnesia improvvisa è molto più probabile che sia causata da un ictus o una crisi epilettica, perciò è importante effettuare una diagnosi differenziale.

Strumenti diagnostici Al fine della raccolta dei dati necessari per un adeguato approfondimento si può dapprima effettuare un esame fisico neurologico, verificando riflessi, tono muscolare, forza muscolare, funzione sensoriale, andatura, postura, coordinazione ed equilibrio. Si possono anche fare domande per testare il pensiero, il giudizio e la memoria.

Si possono svolgere i seguenti esami radiografici. La risonanza magnetica (MRI) utilizza un campo magnetico e onde radio per creare dettagliate immagini in sezione trasversale del cervello. La macchina MRI permette di produrre immagini 3D che possono essere viste da diverse angolazioni. L'elettroencefalogramma (EEG) registra l'attività elettrica del cervello tramite elettrodi apposti al cuoio capelluto. La tomografia computerizzata (TAC) può rivelare anomalie nella struttura del cervello.

Trattamento/intervento proposto Innanzitutto è necessario consultare immediatamente un medico. Se la persona che sperimenta la perdita di memoria è troppo disorientata per chiamare un'ambulanza, altre persone devono farlo per lui e portarla in ospedale. In genere l'amnesia globale transitoria si risolve da sola e non ha postumi. L'amnesia globale transitoria non ha quindi complicazioni dirette, ma può comprensibilmente causare stress emotivo. Infatti se si dispone di un episodio di amnesia, il divario nella memoria può essere inquietante, ed è probabile che possa creare preoccupazione. Inoltre lo stesso stress può esserne stato la causa di insorgenza. Perciò si auspica l'assistenza del paziente e dei caregiver da parte di un neuropsicologo, al fine di garantire un adeguato sostegno professionale.