

PROVA PRATICA – CLINICA

Aprile - Maggio 1993

Psicologia clinico

1) Dati anamnestici: età 25 anni, figlio unico. Sviluppo psicofisico nella norma. Genitori viventi, entrambi pensionati.

Frequenza scolastica: Terzo anno Istituto Tecnico Industriale. Professione: operaio (industria di Stato).

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 un piano terapeutico che preveda il tipo di intervento, specificando il metodo e gli obiettivi che si ritengono raggiungere.

2) Un ragazzo tossicodipendente di 22 anni si trova in carcere e chiede misure alternative con affidamento al Servizio Sociale e un programma presso il Servizio per le Tossicodipendenze. È lievemente depresso. In carcere non è stato in grado di partecipare in modo continuativo a un gruppo psicopedagogico.

Famiglia: la madre è assente e convive con un altro uomo da circa 10 anni.

Il ragazzo conviveva con il padre sordomuto, la nonna paterna e il fratello minore tossicodipendente.

Il candidato indichi un programma di intervento psicologico e i possibili interventi psicoterapeutici.

3) Un ragazzo di 25 anni presenta i seguenti problemi: timori di malattia, si lava in continuazione, è meticoloso nel fare le cose, è molto angosciato e a tratti molto aggressivo. Non riesce a mantenere un rapporto di lavoro continuativo.

Vive con il padre, la madre è deceduta quando lui aveva 12 anni, epoca in cui ebbero inizio le sue difficoltà.

Il candidato faccia un'analisi della situazione e indichi i possibili interventi con riferimento a una teoria, esponendone a grandi linee gli elementi essenziali.

4) P.S. è primogenito e unico figlio di tre figli: ha 20 anni, le sorelle 18 e 15 anni. Frequenta il quarto anno di scuola superiore, essendo stato ripetutamente bocciato. 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, 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.

Successive informazioni per mettono di evidenziare i seguenti punti:

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 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.

- 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.

- 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.

5) P.M. è figlia unica, ventenne, vive in casa con i genitori (padre 45 anni, madre 42 anni). Il nucleo familiare

è composto dalla nonna paterna, deceduta circa 5 anni fa, dal padre, dipendente di un ente pubblico (uscieri) e dalla madre casalinga. Da circa un anno hanno rilevato un esercizio commerciale in un paese vicino alla città di residenza, dove P., diplomatasi da un anno, collabora con il padre che manda avanti l'attività, dopo il lavoro d'ufficio. La vita familiare è molto isolata, non hanno amici e frequentano molto i parenti. Il padre ha avuto un infarto due anni fa.

P. Viene accompagnata al colloquio con lo psicologo dal padre; con molte difficoltà descrive una sintomatologia presente da circa due anni, che ha come punti principali:

paura di ingrassare;

crisi comportamentali con aggressività verbali e talvolta fisiche, soprattutto nei confronti della madre;

difficoltà di rapporto con gli altri e in particolare con i coetanei, con cui esce raramente.

Presenta inoltre amenorrea da circa un anno e un peso corporeo di 40 kg per 160 cm di altezza.

Un successivo colloquio evidenzia altri elementi. P. M. dice:

- che talvolta il padre nel fare le porzioni dà più cibo alla madre;

- che la difficoltà ad uscire con altri è legata alla preoccupazione di sporcarsi, truccandosi prima di uscire o nel corso delle uscite stesse; la preoccupazione di "sporcarsi" è legata anche, in casa, alla pulizia della propria stanza, che delega alla madre; lei, inoltre, teme di non pulire bene;

- che non può fare a meno di raccontare ai genitori minuziosamente tutto ciò che le accade;

- che ha avuto un ragazzo, due anni fa, ma lo ha lasciato perché si annoiava e perché non andava bene al padre.

Risulta che la madre ha un tono depresso, ma senza manifestazioni cliniche eclatanti; lo stesso dicasi per il padre, che ha sempre fatto una vita molto isolata e che afferma che la figlia gli somiglia in questo tratto di personalità.

Sulla base delle informazioni presentate, il candidato proponga una indicazione diagnostica, suggerendo eventualmente ulteriori approfondimenti; indichi inoltre un piano motivato di intervento, specificandone i possibili obiettivi.

Novembre 1993

Protocollo n.2: psicologia clinica: caso di un adulto senza test

Telefona un signore chiedendo di avere un appuntamento per problemi riguardanti un figlio. Lo psicologo chiede l'età del figlio e viene risposto che ha 16 anni. Viene dato l'appuntamento.

Nel primo colloquio il padre dice che è stato orientato a consultare uno psicologo dal giudice del tribunale dei minori in quanto il figlio ha avuto problemi con la giustizia per aver guidato di notte una macchina in modo spericolato, facendosi inseguire dalla polizia ed arrestare e per aver fatto parte di un gruppo di ragazzi sospettati di spaccio di droga. Come conseguenza era stato inviato in casa di rieducazione, ma era fuggito dopo pochi giorni rientrando a casa.

Il padre descrive poi l'insostenibile situazione creatasi in casa. Ha tre figli, due maschi di 17 e 16 anni ed una femmina di 12. Il maggiore fa oramai vita a sé frequentando però una compagnia di quartiere molto sospetta (spaccio di droga, piccoli furti, bravate varie). Il padre si dice preoccupato per questo figlio, ma ritiene sia in grado di difendersi dalle influenze negative di altri e peraltro va bene a scuola. Ritiene invece il sedicenne meno capace di difendersi dalle influenze esterne, più debole, impulsivo, non controllabile; ha interrotto la scuola, avendo quindi molto tempo libero. Descrive quasi piangendo alcuni drammatici momenti. La sera il figlio ha iniziato a rientrare quando vuole, spesso a notte fonda. Il padre decide allora di porre un limite orario alla mezzanotte, limite che viene regolarmente disatteso spingendolo a impedire del tutto le uscite. Nel frattempo è venuto a sapere che frequenta la poco raccomandabile compagnia del fratello maggiore.

Non avendo successo le raccomandazioni e le imposizioni verbali, il padre interviene fisicamente ponendosi davanti alla porta d'ingresso dell'alloggio in modo da impedire l'uscita serale. Ciò porta ben presto a colluttazioni in cui il figlio, più robusto, ha la meglio e guadagna l'uscita.

Non solo, ma come dimostrazione di forza e reazione all'atteggiamento paterno a volte distrugge mobili e oggetti di casa prendendoli a calci o buttandoli per terra. È a questo punto che sono iniziati i guai giudiziari di cui si è parlato prima.

È molto abbattuto e dichiara che non sa più cosa fare avendo visto l'insuccesso di ogni suo tentativo.

Lo psicologo gli chiede di dire qualcosa della moglie e della figlia.

La figlia al momento non dà problemi e frequenta con profitto la scuola. La moglie soffre della situazione, ma non interviene molto tenendo un comportamento riservato e silenzioso. Le poche volte che interviene fa leva sul dispiacere che producono in lei i loro comportamenti e viene più facilmente ascoltata senza peraltro influenzare i loro comportamenti.

Lo psicologo a questo punto comunica l'impressione che i figli stiano attraversando una crisi adolescenziale in cui taluni aspetti, il distacco dalla famiglia in particolare, sono vissuti in modo esasperato. Anche i genitori

peraltro sono probabilmente in difficoltà a distaccarsi da una certa immagine dei figli che hanno cercato di costruire con successo fino a pochi anni prima generandosi in questo modo una certa intolleranza. Ciò può aver condotto a un progressivo accentuarsi delle trasgressioni. Queste considerazioni consiglierebbero una serie di colloqui con la presenza di tutti i familiari. Il padre ha qualche dubbio su questa possibilità, ma ne parlerà coi suoi familiari. Su questo accordo si chiude il colloquio e ne viene fissato un altro la settimana successiva per valutare i risultati del tentativo.

Nell' incontro concordato il padre comunica che i suoi familiari non sono d' accordo per colloqui in presenza di tutti. È disponibile invece a parlare con lo psicologo il sedicenne e questo coincide anche con il desiderio del padre, il quale spera che i colloqui con lo psicologo producano cambiamenti nel figlio. Viene stabilito un appuntamento per il figlio che lo stesso dovrà confermare.

Il sedicenne conferma l' appuntamento e si presenta incuriosito dal colloquio con lo psicologo, ma precisando subito che ha accettato per far piacere al padre e soprattutto alla madre. Sostiene che il padre soprattutto drammatizza eccessivamente l' accaduto e si preoccupa troppo. Non si rende conto che i tempi sono cambiati. Per quanto lo riguarda ammette di aver esagerato un po' , ma suo padre deve rendersi conto che i tempi sono cambiati e che non può imporgli di tornare a casa quando vuole lui. La scuola (ginnasio) non lo interessava e pensa di poter fare qualche lavoro di artigianato. Non pensa di avere particolari problemi, solo ha bisogno di sentirsi più libero. Suo padre probabilmente è molto amareggiato perché i figli non vanno più in Chiesa come fino a poco tempo prima. Lui e la mamma ci tengono molto alla loro educazione religiosa.

In un secondo colloquio fu discussa la questione della sua intenzione o meno di continuare e di eventuali problemi che fosse interessato a sviluppare. Si giunse alla conclusione che in quel momento non avvertiva problemi che gli interessasse sviluppare e si decise quindi di sospendere.

Si sospesero quindi i colloqui col figlio con l' accordo che avrebbe avvertito il padre dicendogli di mettersi in contatto con lo psicologo. Cosa che avvenne e si prese un ulteriore appuntamento.

Durante il colloquio lo psicologo ricostruì la storia dei colloqui precedenti facendo presente al padre che non essendo possibile un discorso con la presenza di tutta la famiglia, non essendo interessato il figlio l' unica possibilità era che il padre stesso proseguisse i colloqui...

Protocollo n.3: psicologia clinica: caso di un adulto con test

R., 32 anni, chiede una visita psicologica lamentando difficoltà di inserimento, di comportamento e di relazione insorte circa 10 anni orsono e che hanno reso problematica la sua realizzazione personale. Il soggetto soffre da circa dieci anni di una grave insufficienza renale, considerata la vera causa di tutti i suoi problemi e tende a minimizzare il disagio psichico.

Non è sposato, non ha relazioni sentimentali, vive in famiglia con padre e madre ed un fratello minore. Ha conseguito un diploma di scuola media superiore, ma non riesce a trovare una adeguata sistemazione lavorativa, pur accontentandosi di lavori non collegati al suo titolo di studio. Ciò lo ha reso critico ed aggressivo verso la società determinando atteggiamenti di rifiuto, di negatività e di isolamento.

La situazione esistenziale del soggetto è caratterizzata da una accentuata conflittualità con il padre che crea all' interno del nucleo familiare una atmosfera carica di tensioni aggravate da spunti aggressivi e atteggiamenti rivendicativi nei confronti dei genitori e del fratello.

La coppia genitoriale appare in crisi e manifesta da sempre una notevole conflittualità ed incompatibilità di carattere fra i coniugi. I genitori del paziente segnalano nella sua infanzia e adolescenza problemi di fragilità emotiva, difficoltà di rapporto interpersonale e tendenza all' isolamento. Il soggetto non riferisce problemi né di tipo infantile, né di tipo adolescenziale.

Il soggetto viene sottoposto ad una valutazione psicodiagnostica, cui aderisce volentieri, per stabilire una ipotesi diagnostica ed un successivo progetto di intervento.

Presentazione delle risposte del soggetto al test di Rorschach, Matrici Progressive 38 di Raven e profilo MMPI.

(...)

Caso n.2: psicologia clinica

Si presentano al primo colloquio con lo psicologo due coniugi con una delle due figlie gemelle (F1) per un problema di anoressia di F1, che ha cominciato a manifestarsi nell'estate del 1994. Il marito ha 51 anni ed è ragioniere, la moglie 48 ed è casalinga. Sono sposati da 20 anni. Le due gemelle, F1 e F2, hanno 19 anni e sono studentesse.

La coppia è emigrata in Australia, dove sono nate le gemelle, subito dopo il matrimonio. La famiglia è ritornata in Italia da 9 anni e non ha problemi economici.

Sul piano educativo, i genitori hanno cercato di differenziare le due sorelle, assecondando anche i due caratteri diversi: F2 è più combattiva, (e un poco invidiosa); F1 è più mite (e un poco remissiva), attaccata particolarmente al padre.

Nella primavera del 1994 F1 ha una crisi scolastica e, durante l'estate, sviluppa dei sintomi anoressici. Si rifiuta di mangiare, forse vomita ciò che mangia. Prima dell'estate pesava 60 kg, alla fine di novembre arriva

a 50 kg. I primi accertamenti medici rilevano carenza di proteine. Nel frattempo, le mestruazioni si interrompono. Alla proposta di una terapia familiare, i genitori si dichiarano disponibili; meno disponibile sembra F1, che preferirebbe essere seguita individualmente.

Il candidato, esplicitando il modello clinico di riferimento, formuli una prima ipotesi diagnostica e indichi le procedure e gli strumenti che ritiene adatti alla formulazione di una diagnosi più approfondita, precisando le finalità specifiche dell'uso degli strumenti e la pertinenza rispetto al caso. Partendo dalle ipotesi diagnostiche formuli, inoltre, delle proposte di intervento, in modo da potere prefigurare i possibili scenari di intervento e le modalità opportune per un positivo aggancio terapeutico.

Aprile - Maggio 1994

Caso n.3: psicologia clinica

Si presenta a consultazione, su invio del ginecologo una giovane donna di 30 anni, per problemi di rapporti sessuali dolorosi. Il soggetto non rivela patologie organiche, ha una cultura media ed un lavoro impiegatizio.

Novembre 1994

Caso n.1: psicologia clinica

Si presenta in consultorio, accompagnata dalla madre 45enne, una ragazza di 14 anni anoressica, inviata allo psicologo dal medico di famiglia. La famiglia, benestante, è composta da: padre 50enne ingegnere; madre; tre fratelli di 20, 18 e 15 anni.

Il candidato esprima la propria valutazione sul caso, individui i principali elementi da osservare per una diagnosi corretta e delinea l'eventuale programma di intervento.

Caso n.2: psicologia clinica

B. è una vedova di 36 anni inviata allo psicologo dal suo medico di base. Ha perso il marito (40 anni) in un incidente sul lavoro 6 mesi fa. Ha una figlia di 7 anni alla quale deve pensare ormai da sola.

La donna riferisce al primo colloquio che, da quando ha perso il marito, è diventata inappetente, si sveglia alle tre di notte e non si riaddormenta nonostante l'uso di tranquillanti o sonniferi.

Tende ad isolarsi, rifiuta le visite delle amiche. Vede quasi quotidianamente la madre, anch'essa vedova, ma questo non pare esserle di aiuto. Si sente infatti, dopo tali visite, ancora più scoraggiata e sola. La donna asserisce che, da quando il marito è morto, la figlia si aggrappa eccessivamente a lei, ha paura di andare a letto la sera e spesso si sveglia spaventata da incubi. Si chiede se anche la figlia ha bisogno dello psicologo.

B. non se la sente di riprendere il lavoro sospeso dalla morte del marito e teme di non farcela. Le capita di pensare al suicidio come liberazione dai suoi problemi.

Sulla base dei dati anamnestici, il candidato indichi gli approfondimenti che ritiene necessari, formuli un'ipotesi diagnostica, ed illustri un piano di intervento in cui specifichi il metodo e gli obiettivi.

Caso n.5: psicologia clinica

Una donna di 28 anni, commerciante, telefona al consultorio chiedendo un appuntamento urgente. Le viene fissato dopo una decina di giorni: se ne lamenta e dice che non sa se riuscirà a sopportare l'ansia. Continua dicendo che attualmente è molto angosciata per una sua relazione con un uomo sposato che non vuole separarsi. Racconta di problemi nella sfera sessuale: è ancora vergine e non riesce ad avere rapporti (contrazioni spasmodiche zona pelvica). Aggiunge che da piccola vomitava di nascosto dopo aver mangiato e dice di aver sempre sofferto, a periodi di "esaurimento e depressione". È riuscita tuttavia ad uscirne "aprendo con sua madre una boutique di abbigliamento". 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 esprima la propria valutazione sul caso, individui i principali elementi da osservare per una diagnosi corretta e delinea l'eventuale programma di intervento.

Aprile - Maggio 1995

Psicologia clinica

Si presenta ad uno psicologo una coppia: lui ha 40 anni, venditore ambulante; lei 30 anni, casalinga. Hanno due figli di 4 e 9 anni. Appena entrati e per il resto del colloquio il marito concentra l'attenzione su sé stesso, mentre la moglie ha l'atteggiamento di chi è venuta solamente per accompagnarlo.

Il marito lamenta difficoltà sessuali, definite poi come assenza o carenza di desiderio sessuale. Precedentemente ha fatto molti accertamenti medici (anche per l' impotenza, problema che in realtà non esiste), che hanno escluso qualsiasi patologia. Ha seguito anche un periodo di psicoterapia con training autogeno, senza però raggiungere risultati apprezzabili. Il marito riferisce che non ha mai avuto un forte desiderio sessuale fin dai tempi del fidanzamento con l' attuale moglie, unica partner della sua vita. Il desiderio è andato calando progressivamente sino ad essere praticamente assente negli ultimi 4 anni circa.

Mentre il paziente parla è visibilmente teso, suda, sembra cercare una soluzione miracolosa perché vive il problema come una grave menomazione.

Dalla raccolta di informazioni del I colloquio emergono come dati importanti una generale difficoltà di concentrazione, disturbi del sonno, ed un' insofferenza per il proprio lavoro che vive come umiliante e che vorrebbe abbandonare in attesa di trovarne un altro.

Ha la tendenza a preoccuparsi per i problemi di salute propri e degli altri, soprattutto delle figlie, anche se sono banali.

La moglie interviene durante il colloquio solo su richiesta: dice di essere preoccupata per l' eccessiva ansia con cui il marito affronta il suo problema e comunque non manifesta una particolare esigenza che il paziente lo risolva. Afferma che loro stanno bene, e che la tranquillità manca solamente perché il marito è troppo preso dal suo problema.

Il candidato, esplicitando il modello clinico di riferimento, formuli una prima ipotesi diagnostica e indichi le procedure e gli strumenti e la pertinenza rispetto al caso. Partendo dalle ipotesi diagnostiche formuli inoltre delle proposte di intervento.

Novembre 1995

Padova. Psicologia clinica

Si presenta ad uno psicologo del Servizio Pubblico un signore di 45 anni; è coniugato, ha due figli di 15 e 9 anni; è in possesso di diploma di scuola media superiore e lavora come capo squadra tecnico in una azienda dello stato.

Gli è stato consigliato di rivolgersi allo psicologo dal medico di famiglia che nella lettera di presentazione del paziente parla genericamente di stato ansioso, escludendo che alcun fattore organico abbia provocato e mantenuto i disturbi.

Circa quattro anni prima della presente consultazione, il paziente si era sottoposto, insieme alla moglie, ad una psicoterapia di coppia per risolvere una situazione di crisi coniugale che aveva portato la moglie a chiedere la separazione.

Il paziente aveva reagito con sintomi depressivi lievi.

La terapia ha permesso alla coppia di superare la fase critica, anche se il rapporto coniugale attualmente viene definito "monotono e poco soddisfacente".

I sintomi depressivi sono stati comunque superati.

Al colloquio il paziente riferisce di essere sempre stato una persona introversa, portata a subire i rapporti con gli altri, ansioso nell'affrontare le situazioni in cui si sente valutato e giudicato. Da 2 anni circa, però, gradualmente, il paziente ha cominciato a vivere sensazioni di forte ansia e preoccupazione, definite da lui stesso irrealistiche ed eccessive, riferite in particolare alla salute dei figli (che però sono sempre stati bene) e alla paura di perdere il lavoro (anche se non esistono effettivi pericoli di licenziamento). Spesso, anche nelle giornate di riposo, lamenta dolenzia muscolare e facile affaticabilità. In alcune situazioni, dopo discussioni con i colleghi di lavoro, ha sofferto di tachicardia, eccessiva sudorazione, nausea, a volte per l'intera giornata ha la sensazione di "nodo alla gola". Generalmente soffre di difficoltà di addormentamento ed è spesso irritabile, tanto che il rapporto con i figli si sta gradualmente deteriorando.

Parlando in generale di sé, il paziente riferisce che, pur essendo capo squadra, non riesce a guidare i colleghi e spesso si trova a fare ciò che questi, che egli dovrebbe coordinare, gli impongono. A suo dire, ciò accade perché nelle situazioni in cui è richiesta la capacità di risolvere un imprevisto, egli fatica a ritrovare una soluzione tecnica; nel pensarci ha la sensazione che la mente si annebbi.

Generalmente nei rapporti interpersonali e più in particolare nelle situazioni di conflitto, assume una posizione passiva. Ciò accade in particolare con la moglie che assume, a suo avviso, modalità di rapporto prevalentemente aggressive.

Alla fine del colloquio lo psicologo decide di programmare altre sedute per raccogliere tutti gli elementi necessari alla formulazione di una diagnosi.

Il candidato, sulla base di quanto riportato sul protocollo, illustri, secondo il seguente schema:

quale potrebbe essere la prima ipotesi diagnostica;

quali strumenti psico diagnostici utilizzerebbe per convalidare o eventualmente smentire la prima ipotesi diagnostica, giustificandone la scelta o evidenziando quali indicatori (indici, livelli di scale, ecc.) dovrebbero emergere nell'applicazione degli strumenti per poter convalidare l'ipotesi formulata;

quali ulteriori notizie anamnestiche ritiene di dover acquisire per completare il quadro dei dati necessari e quali altri aspetti del comportamento del paziente approfondirebbe durante i colloqui diagnostici; se conferma la diagnosi, il candidato indichi cosa proporrebbe al paziente per risolvere la situazione di sofferenza in cui si trova, definendo gli obiettivi di quanto proposto.

Trieste. Psicologia clinica

Si presenta ad uno psicologo una coppia: lui ha 40 anni, venditore ambulante; lei 30 anni, casalinga. Hanno due figli di 4 e 9 anni. Appena entrati, e per il resto del colloquio, il marito concentra l'attenzione su se stesso, mentre la moglie è venuta solamente per accompagnarlo.

Il marito lamenta difficoltà sessuali, definite poi come assenza o carenza di desiderio sessuale. Precedentemente ha fatto molti accertamenti medici (anche per l'impotenza, problema che in realtà non esiste), che hanno escluso qualsiasi patologia. Ha seguito anche un periodo di psicoterapia con training autogeno, senza però raggiungere risultati apprezzabili. Il marito riferisce che non ha mai avuto un forte desiderio sessuale fin dai tempi del fidanzamento con l'attuale moglie, unica partner della sua vita. Il desiderio è andato calando progressivamente sino ad essere praticamente assente negli ultimi quattro anni circa. Mentre il paziente parla è visibilmente teso, suda, sembra ricercare una soluzione miracolosa perché vive il problema come una grave menomazione.

Dalla raccolta di informazioni del primo colloquio emergono come dati importanti una generale difficoltà di concentrazione, disturbi del sonno, e una insofferenza per il proprio lavoro che vive come umiliante e che vorrebbe abbandonare in attesa di trovarne un altro.

Ha la tendenza a preoccuparsi dei problemi di salute propri e degli altri, soprattutto delle figlie, anche se sono banali.

La moglie interviene durante il colloquio solo su richiesta: dice di essere preoccupata per l'eccessiva ansia con cui il marito affronta il suo problema, e comunque non manifesta una particolare esigenza che il paziente lo risolva. Afferma che loro stanno bene, e che la tranquillità manca solamente perché il marito è troppo preso dal suo problema

Il candidato, esplicando il modello clinico di riferimento, formuli una prima ipotesi diagnostica e indichi le procedure e gli strumenti che ritiene adatti alla formulazione di una diagnosi più approfondita, precisando le finalità specifiche dell'uso degli strumenti e la pertinenza rispetto al caso. Partendo dalle ipotesi diagnostiche formuli inoltre delle proposte di intervento.

Aprile - Maggio 1996

Padova. Caso n.4: psicologia clinica

Rita, anni 20, coniugata da sei mesi, operaia, maturità scientifica. È stata inviata allo psicologo del Centro d'Igiene Mentale dal medico di base - che l'aveva sottoposta in precedenza agli esami medici necessari per escludere qualsiasi patologia organica che giustificasse la sua situazione sintomatologica.

La paziente si presenta come una ragazza carina, alla moda. È insofferente per aver dovuto aspettare fuori dallo studio qualche tempo; il contatto con i pazienti psichiatrici l'ha molto disturbata. Durante il colloquio riferisce che da sei anni vomita almeno due volte al giorno, dopo grandi abbuffate, quando nessuno la vede. La paziente è alta m. 1,58 e pesa Kg 48. Il motivo per cui si rivolge ora, dopo il matrimonio, allo specialista, è la paura che il suo sintomo possa essere scoperto dal marito o dai suoceri. La famiglia di origine della paziente si è disgregata: i due genitori sono separati da qualche anno, dopo una relazione caratterizzata da continui e violenti conflitti; il fratello maggiore, affetto da insufficienza mentale media, obeso, vive con la nonna materna: il fratellastro minore (figlio di una relazione extraconiugale del padre) vive con i nonni paterni.

La paziente esprime preoccupazione per la propria madre, che descrive come depressa e affetta da idee di persecuzione.

Alla fine del colloquio lo psicologo decide di somministrare alla paziente il test di Rorschach da cui emerge:

- pensiero di tipo concreto, di buon livello;
- segni di depressione, con scarsa capacità di contatto con le proprie emozioni profonde;
- propensione di tipo decisamente extratensivo;
- forte adeguamento al pensiero di gruppo;
- segni di aggressività;
- difficile relazione con la figura materna.

Utilizzando i dati del colloquio e del Rorschach il candidato illustri distintamente e brevemente ciascuno dei seguenti punti:

- esprima una prima ipotesi diagnostica, indicando quali dati gliela suggeriscono ed esplicitando il quadro di riferimento teorico;

- indichi se utilizzerebbe altri strumenti psicodiagnostici, illustrando quali e perché;
- indichi se sarebbe necessario raccogliere altri dati anamnestici per mettere meglio a punto l'ipotesi diagnostica;
- faccia una ipotesi sulle relazioni tra il sintomo presentato e il quadro di personalità e/o il contesto relazionale della paziente;
- espliciti quali indicazioni darebbe alla paziente alla fine della fase valutativa.

Torino. Caso clinico: adulto senza test

Orazio Y è inviato al servizio dopo dieci anni di malattia e di cure somatiche che lo avevano reso quasi incapace di percepire ed esprimere sentimenti (alesstitimia) e lo costringevano ad un quasi totale isolamento. Nonostante un pronunciato scetticismo il paziente aveva accettato di cercare aiuto per le sue difficili condizioni di vita.

Le alterazioni cutanee che Orazio Y definì eczema cronico nel corso degli anni avevano avuto varie diagnosi dermatologiche, come dermatite seborroica, dermatite eczematoide post essudativa e neurodermatite atopica. Il paziente nascose ai medici i suoi disturbi sessuali (impotenza) e i pensieri compulsivi. Anche gli eventi che scatenarono la malattia non furono menzionati nelle cartelle cliniche della Clinica dermatologica.

Solo dopo dieci anni di malattia il paziente incontrò un dermatologo che gli suggerì una consultazione psicologica.

- **Decorso della malattia**

Il paziente aveva sofferto già durante l'infanzia di ruvidezza e di abrasioni cutanee e tra i 10 e i 17 anni ebbe un esantema nella zona orale, ma queste manifestazioni scomparvero quando si allontanò da casa per il servizio militare.

I genitori ed i fratelli sono sani, non sono noti casi di malattie dermatologiche o di tare costituzionali in famiglia.

All'età di 20 anni Orazio Y ebbe un episodio di vomito e di inappetenza.

Immediatamente dopo la fine dei disturbi si manifestò una infiammazione pruriginosa della cute. Le manifestazioni cutanee si estesero alle braccia, al torace ed alla schiena e lo resero inabile al lavoro.

Fu ricoverato per la prima volta nella Clinica Dermatologica universitaria dove fu diagnosticata una dermatite seborroica e i test appurarono che la causa scatenante era una ipersensibilità verso il sapone.

Trattamenti locali e raggi Roentgen migliorarono i sintomi quanto bastava per dimettere il paziente. In seguito fu affetto da una neurodermatite che a causa di forti esacerbazioni ebbe bisogno di essere trattata ogni volta per parecchie settimane in una Clinica dermatologica. Nel corso di questi trattamenti furono eseguiti esami allergologici, dai quali risultò una ipersensibilità all'uovo, già constatata dal paziente stesso a causa di parestesie orali durante l'ingestione di uova.

- **Elementi anamnestici**

Orazio Y fu educato in modo estremamente rigido in una piccola città di provincia. Le sue prestazioni scolastiche erano al di sopra della media. Rinunciò alla sua prima scelta professionale di diventare pasticciere, perché gli sembrava troppo impegnativa. Dopo aver frequentato le scuole professionali, intraprese il lavoro di venditore e ha lavorato fino ad oggi, eccettuate le parentesi sopra riferite.

È sempre stato una persona particolarmente scrupolosa, avendo ricevuto dalla madre un severo codice morale. Fino a dove arrivano i suoi ricordi e, specialmente dall'epoca della pubertà era una persona timida, inibita ed afflitta da pensati sensi di colpa e la malattia ed i ricoveri lo portarono ad un ulteriore isolamento.

Sotto l'influenza delle massime educative della madre che metteva in guardia il figlio dalle conseguenze di eventuali rapporti sessuali, il paziente era inibito e insicuro nello scambio di tenerezze con la fidanzata e nei rapporti affettivi in generale. A causa della malattia cutanea rinviò i rapporti sessuali ad un lontano futuro, pensando anche di non sposarsi affatto, temeva inoltre che la sua malattia cutanea fosse ereditaria.

Rifiutò fino all'ultimo il matrimonio e si decise solo quando la sua fidanzata lo rassicurò che anche lei non voleva avere figli.

Benché fosse spesso assente dal lavoro e dovesse limitare i contatti con i clienti e con gli altri per il suo esantema pruriginoso, era un collaboratore apprezzato per la sua efficienza.

- **Situazione conflittuale scatenante**

La recente formazione sintomatica è stata preceduta da un conflitto professionale.

Il capo presso il quale aveva fatto l'apprendistato era un uomo particolarmente chiuso e severo che teneva i suoi dipendenti nell'incertezza riguardo ai miglioramenti professionali e salariali, ai cambiati, ecc..

In seguito ad una nuova legislazione in materia salariale il capo non lo aveva informato del miglioramento salariale che gli spettava. Un giorno, finito il suo lavoro, il paziente cercò sulla scrivania del capo la normativa salariale per darvi una occhiata. Il capo lo sorprese, ma egli inventò

subito una scusa: disse che stava cercando una lettera per darla al corriere prima che partisse. Da quel giorno il paziente non andò al lavoro per parecchie settimane a causa di vomito e inappetenza, in seguito ritornò al lavoro tormentato dal dubbio che il capo non avrebbe più avuto fiducia in lui. Finalmente riuscì a parlargli e a dirgli la verità, ma senza che si ripristinasse la precedente relazione. Poiché la malattia cutanea continuava a non guarire, il paziente vide in questo la punizione per le sue masturbazioni.

Se prima di ammalarsi era ancora in grado, nonostante gravi inibizioni ed insicurezze interne, di avere contatti sociali, ora si era totalmente isolato e pensava di ritirarsi dal lavoro e chiedere la pensione di invalidità.

- **Cura della pelle**

La sua cura quotidiana della pelle richiedeva parecchie ore, e durante questa procedura non voleva essere disturbato nemmeno da sua moglie.

Se la moglie entrava in bagno, il paziente non diceva nulla, ma si arrabbiava e la sua critica si spostava su una qualsiasi cosa, magari sul fatto che la sua camicia non era a posto, o qualcosa del genere.

Si era allontanato dalla moglie per avvicinarsi alla pelle, come diceva egli stesso. Tutto ciò si manifestava in vari modi e a vari livelli: "terribile pensiero" che la moglie fosse colpevole del suo male, la pelle serviva come oggetto di ogni possibile stato d'animo.

Novembre 1996

Padova. Psicologia clinica

Si presenta nello studio dello psicologo un signore di 48 anni, seguendo il suggerimento del suo medico di base al quale si era rivolto per una infiammazione di tendini del braccio destro trattata con farmaci e laser-terapia con scarsi risultati.

È coniugato, ha due figli di 20 e 17 anni; la moglie è casalinga. Occupa un posto di caporeparto presso una ditta di servizi della stazione locale, ne è molto soddisfatto anche se esprime il desiderio di essere più tranquillo (cioè senza troppe responsabilità).

Durante il colloquio cita un "esaurimento nervoso" di 11 anni prima, curato con psicofarmaci e risolto in breve tempo.

L'episodio è comparso in concomitanza con lo sfratto, la ricerca di un nuovo alloggio, dopo molte battaglie burocratiche e la sistemazione della nuova casa, a cui aveva provveduto da solo, lavorando anche di notte.

Passato il momento di crisi, il paziente aveva ripreso la sua vita con gli stessi ritmi frenetici di sempre: turni lavorativi, attività sportiva intensa (pratica calcio e soprattutto tennis), lavori manuali pesanti in casa e per parenti. Nell'ultimo periodo, l'infiammazione ai tendini lo ha costretto a sospendere l'attività sportiva e ad una forzata immobilità.

Il paziente associa questa immobilità con sintomi di "sudorazione, panico e fuga", quando deve uscire di casa per recarsi in qualche posto, soprattutto luoghi affollati o quando sa che deve relazionarsi con persone che lo possono giudicare. Utilizza le manifestazioni somatiche di ansia per non affrontare certe situazioni impegnative, una delle quali dovrebbe essere prossimamente la conoscenza dei suoceri della figlia maggiore. Riferisce che sta già immaginando la scena e comincia a sudare.

Dentro casa e a letto si sente a proprio agio. È da notare come i sintomi si attenuino o scompaiano appena il paziente affronta la situazione che ritiene problematica. Di se stesso è soddisfatto perché con la forza di volontà è sempre arrivato dove voleva ed è riuscito a smettere di fumare da un giorno all'altro. Si definisce "aggressivo, iroso, pieno di energia, incapace di star fermo", ma non comprende come possa essere "pauroso e titubante" in certi casi.

Sulla base di questo quadro, ricavato dal primo colloquio, il candidato illustri in maniera chiara e sintetica i seguenti punti:

- Quali ulteriori notizie ritiene di dover acquisire per completare il quadro dei dati necessari;
- Su quali ipotesi diagnostiche terrebbe il successivo colloquio (o colloqui);
- Se sia possibile individuare motivatamente fobie o paure nel quadro presentato;
- Quali possono essere i diversi percorsi di intervento psicologico o psicoterapeutico derivanti dalle ipotesi diagnostiche formulate dopo il primo colloquio.

Aprile - Maggio 1997

Torino. Caso clinico: adulto senza test

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.

Delineare il caso. Cosa ritenete che debba essere approfondito e con quali metodologie, ed indicate se i dati forniti sono sufficienti.

Bologna. Caso n.2: psicologia clinica

Richiesta di consultazione su indicazione del medico curante per un adolescente di 14 anni, S.

Presenta da qualche mese accessi di cefalea frequenti, prolungati e molto dolorosi; sono state effettuate una serie di indagini cliniche approfondite che hanno portato ad escludere cause organiche. A seguito di questo è stata consigliata una valutazione psicologia.

S. viene descritto come un ragazzino assolutamente normale, anzi, come un figlio di cui essere soddisfatti. Precoce in tutte le tappe dello sviluppo, precoce negli apprendimenti strumentali di base: "buono", tranquillo, ha interessi di tipo culturale: il rendimento scolastico è buono, "ma non è un secchione". Non è isolato, ma è interessato alla vita del gruppo. I genitori: il padre è laureato, funzionario di una azienda importante; la madre laureata, libero-professionista. Sono sempre stati soddisfatti di S. di cui si sono occupati "abbastanza, compatibilmente ai propri impegni di lavoro". Di S. si sono occupati la nonna ed una tata, presente in casa sin dalla sua nascita. Quando S. aveva 11 anni è stata adottata una bimba di 4 anni; il suo arrivo è stato impegnativo per la famiglia e lo è attualmente. L'anno successivo è improvvisamente deceduta la nonna. I genitori sono angosciatissimi per i sintomi di S. e come increduli che "una cosa simile sia potuta accadere proprio a lui".

Sulla base dei dati proposti, il candidato in forma sintetica individui:

- quali altri elementi si considerano necessari per l'approfondimento dell'anamnesi;
- quale metodologia utilizzerebbe per approfondire il quadro personale e familiare;
- quale possibile intervento terapeutico considererebbe più adatto.

Novembre 1997

Padova. Caso n.2: psicologia clinica

Andrea, 27 anni, studente in psicologia.

Attualmente è in crisi per lo studio.

La crisi si estende anche alla sua piccola attività lavorativa.

Orfano di padre. Quarto di quattro fratelli, con i quali intrattiene dei rapporti saltuari. Si vedono sostanzialmente solo per ricorrenze particolari.

Convive con la sua ragazza con la quale, però, intrattiene un rapporto quasi fraterno.

L'idea di riprendere seriamente a studiare lo spaventa.

Generalizzato senso di vuoto.

È disposto a rivolgersi ad uno psicologo, nutrendo un certo livello di fiducia rispetto al fatto che ciò possa comportare dei miglioramenti.

Esprimere un commento sul caso; indicare secondo quali modalità e per mezzo di quali strumenti ne approfondireste la conoscenza; formulare una ipotesi diagnostica; infine, ipotizzare un eventuale intervento.

Torino. Adulto: caso clinico senza test (anamnesi e primo colloquio)

Il candidato, sulla base del materiale fornito, provi a dare una valutazione della persona in questione evidenziandone le aree conflittuali e i suoi punti di forza, un'ipotesi diagnostica, il percorso di intervento e la possibile diagnosi.

- Filippo T. si rivolge allo psicologo per un colloquio con la richiesta di una psicoterapia. È un uomo di circa 40 anni, molto alto e grasso, alquanto goffo nei movimenti, decisamente trascurato nel vestire, emana un certo odore di sudore; tutto ciò contrasta con un tono di voce piuttosto raffinato, un modo di esprimersi intelligente e colto nonché un certo senso dell'umorismo. È celibe e insegna storia e filosofia in un Liceo Classico. Dichiara di sentirsi particolarmente svuotato, di non riuscire a provare né gioia né interesse per la vita, si sente frustrato nel lavoro che considera un ripiego nei confronti dei propri ideali di insegnamento universitario. Per alcuni anni aveva lavorato come assistente all'università, poi al momento di passare di ruolo come ricercatore, aveva commesso un errore materiale nella presentazione della domanda che lo aveva messo fuori concorso. A questo proposito, aggiunge "in quell'occasione sono passati tutti, cani e porci". Ha poi collaborato a lungo con il proprio docente universitario per la stesura di un testo critico sui Presocratici, ma anche qui è stato "scaricato" all'ultimo momento dal docente. Non sembra, comunque, mentre racconta, avercela in modo particolare con lui e si assume le sue responsabilità in proposito: aveva tirato in lungo la stesura, non si era fatto vivo per parecchio tempo con il docente e l'interesse di quest'ultimo per la cosa era scemato. Alle domande sulla sua vita affettiva, risponde di non averne affatto. Dopo un amore giovanile per una ragazza francese con cui aveva fatto dei tentativi di approccio sessuale piuttosto malriusciti, ma con cui si era sentito vivo ed appassionato, non ha, praticamente, più amato nessuno. Ha avuto, più tardi, sporadiche e brevissime relazioni, quasi esclusivamente a scopo sessuale, tutte fallite miseramente a causa della sua impotenza. Non riesce ad avere l'erezione quando è con una donna, nelle masturbazioni, invece, ha l'erezione e giunge all'orgasmo. Dice di masturbarsi spesso e sembra darne una valutazione negativa, afferma infatti di sentirsi molto solo, in quei momenti, in cui gli pare di non valere niente per nessuno.

Dati anamnestici.

Ha trascorso l'infanzia in un paese di mare, è di famiglia contadina; entrambi i genitori sono morti, ha un fratello più vecchio di lui, sposato e, attualmente, in procinto di separarsi, a cui è molto legato, e da cui si sente piuttosto sovrastato. Il fratello, a differenza di lui, non è laureato, ma sembra fornito di maggiore capacità di cavarsela nella vita. Lui era stato "scoperto" da un insegnante delle medie, che aveva espressamente convocato i genitori pregandoli di fargli proseguire gli studi, in quanto era molto intelligente e dotato. In seguito, questo fatto aveva messo ulteriore distanza fra lui e loro, soprattutto fra lui e il padre da cui si era sentito sempre piuttosto lontano, poco valutato e di cui sospettava di non essere figlio. Descrive la madre come una donna semplice, molto attiva e lavoratrice "grande" (molto alta) sempre occupata nelle varie faccende. Quantunque abbia sempre ritenuto che lei fosse più legata al fratello maggiore, ora pensa che, in fondo, gli abbia voluto bene, anche se aveva poco tempo e scarse capacità di dimostrarglielo. Sembra vivere la coppia dei genitori in modo ambivalente, ora li vede separati fra loro, quando sospetta di non essere figlio di suo padre, ora li sente uniti, ma a scapito dei figli, quando ricorda certi lunghi giri in vespa che essi facevano lasciando a casa lui e suo fratello. Parla di se stesso, da piccolo, come di un bambino incantato dalla natura, isolato e piuttosto trasognato, racconta di giochi con il fratello in cui il fratello lo subissava e lo faceva oggetto di numerose angherie. Peraltro, ha sempre mantenuto con lui un buon rapporto e lo sente amico e protettivo, anche se in certi momenti si sente piuttosto insofferente nei suoi confronti. Dichiara di volere intraprendere una psicoterapia perché, dice, vuole vivere meglio, vorrebbe recuperare quella pienezza che sente perduta da tempo, ma che sa di avere posseduto e spera di risolvere il suo problema di impotenza.

Bologna. Caso n.2: psicologia clinica

Silvia, 18 anni, inviata dal medico curante per una visita psicologica al Servizio di Salute Mentale per sospetta anoressia mentale.

Due anni fa pesava quasi 80 kg, oggi ne pesa 47.

Si presenta al primo incontro col padre (operaio di 42 anni), la madre è al lavoro. La prima parte del colloquio è svolta con entrambi.

Il padre non ha una ipotesi sul malessere della figlia. Adduce la causa, all'inizio, ad una dieta di un anno prima. Si commuove molto e piange durante il racconto delle molte visite specialistiche private effettuate nell'ultimo periodo.

La ragazza è sorpresa del pianto del padre.

Il/la candidato/candidata, in base ai dati proposti:

- dica quali elementi ritiene utili per verificare la correttezza delle diagnosi,
- individui quale percorso di valutazione è necessario onde pervenire ad un eventuale trattamento;
- indichi quale setting di intervento sceglierebbe.

- Il candidato individui e caratterizzi il problema principale.
- Indichi quali approfondimenti non compresi nel protocollo richiederebbe e con quali strumenti.
- Precisi le eventuali ipotesi di intervento.

Aprile - Maggio 1998

Torino. Caso n.2: Psicologia clinica: caso di un adulto senza test

Il candidato commenti il protocollo, indicando gli elementi di rilievo ai fini:

- di una ipotesi diagnostica mettendo in luce congruenze e discrepanze con i quadri clinici di riferimento secondo l'approccio o gli approcci teorici utilizzati;
- della domanda dell'utente;
- di una ipotesi di trattamento.

Caso

Daniele Y soffriva da anni di forti angosce con paure ipocondriache. In modo particolare lo tormentava la paura di diventare pazzo.

Per diversi motivi gli riusciva molto difficile decidersi a consultare uno psicologo. Si era informato su diversi tipi di approccio a problemi simili ai suoi, domandandosi quale fosse maggiormente adatto ai suoi sintomi, pensando specialmente al fatto che non aveva ricordi del periodo precedente alla pubertà.

Dopo l'inizio dei colloqui si era dimostrato molto sorpreso del fatto che non era avvenuto ciò che più temeva e cioè un peggioramento dei sintomi. Aveva sentito dire e aveva anche osservato, nella cerchia dei suoi conoscenti, che all'inizio dei colloqui si hanno oscillazioni negative, e solo dopo diverse fasi di passaggio e dopo la soluzione di alcuni conflitti, si ha un certo miglioramento.

Dimostrò sorpresa di non essere stato lasciato ai suoi monologhi, ma il fatto di essere stato sostenuto in certi momenti del suo percorso, smentì le sue radicate previsioni. Questa situazione permise, di far passare in parole, per la prima volta, il suo stato di impotenza riguardo alle sue impressioni del passato e del presente, e di avere l'impressione di tenerle sotto controllo. Egli manifestava intensità di emozioni ed in particolare passava frequentemente al pianto.

A suo dire la calma dello psicologo contribuì a temperare la sua vergogna rispetto ai vissuti infantili, che erano in forte contrasto con la sua riuscita professionale.

Nei colloqui si era sviluppata una alternanza tra una regressione dei vissuti affettivi ed un dialogo riflessivo.

Le manifestazioni di ansia, sotto forma di attacchi di panico, che comparivano da anni, specialmente in spazi ristretti, erano diventate un tormento nei frequenti viaggi in macchina, in treno o in aereo che Daniele Y doveva fare per motivi di lavoro.

Dopo un certo tempo di colloqui era sorpreso di sentirsi meglio e di poter intraprendere dei viaggi in macchina senza attacchi d'ansia. Egli aveva già avuto modo di sperimentare che, malgrado il ripresentarsi dei vissuti di abbandono e di impotenza, egli non era passivo e impotente di fronte alle sue difficoltà, ma riusciva ad affrontare i traumi del passato ancora allo stato latente, e le situazioni che le potessero riattivare nel presente.

Si prospettò un viaggio aereo transoceanico di otto giorni che Daniele Y non poteva evitare e che considerava con forte inquietudine, poiché negli ultimi anni non c'era stato un solo viaggio aereo senza attacchi di ansia.

In vista dell'imminente viaggio, lo psicologo decise di fare un intervento chiarificatore da cui si riprometteva un effetto di sostegno.

Ricordò quindi all'utente che alcuni viaggi in macchina e in treno erano andati bene. Egli reagì in modo inatteso, non riuscì più a parlare per un improvviso ed intenso scoppio di pianto e fu impossibile qualsiasi verbalizzazione. Lo psicologo, che riteneva sconsigliabile far terminare una seduta in presenza di un affetto intenso non ancora verbalizzato, non si sentì per nulla tranquillo congedandosi da lui.

Daniele Y tornò dal viaggio di buon umore. Durante entrambi i voli, contrariamente alle sue previsioni, non aveva avuto attacchi di panico. Disse che si era meravigliato del fatto che lo psicologo si fosse assunto il rischio di fare una previsione e si chiedeva se la sua fiducia nelle capacità dello psicologo non sarebbe stata seriamente compromessa in caso di ricaduta.

Lo psicologo gli ricordò che si era limitato a fargli presente che alcuni viaggi in macchina non avevano comportato attacchi di ansia.

L'utente, che era un ricercatore scientifico, divenne sempre più interessato a conoscere i meccanismi che possono produrre una remissione dei sintomi.

In una seduta successiva si arrivò ad uno scambio di idee che si concluse con la seguente forte esplosione affettiva:

Daniele Y era agitato perché, a dispetto della sua intelligenza, i motivi per cui la sua ansia non si era manifestata in certe circostanze non avevano accesso alla sua coscienza.

Era suo evidente desiderio conoscere qualcosa sui meccanismi del suo miglioramento, In fin dei conti, anche nel suo lavoro si trattava di acquisire conoscenze o correggere errori o riconoscere delle cause. Sembrava sollevato per il fatto che lo psicologo non colpevolizzasse la sua curiosità per i fattori terapeuticamente efficaci e la considerasse un legittimo diritto.

All'improvviso cadde in uno stato di ansia, di agitazione, di panico.

Daniele Y disse che temeva che lo psicologo fosse in grado di effettuare interventi soltanto casuali, alla cieca.

La disuguaglianza di situazione (il fatto che lo psicologo sapesse e lui no), avevano attivato vissuti infantili di impotenza e di esclusione. Improvvisamente fu preso da un accesso di odio contro suo "zio", che aveva preso il posto del padre e al quale, per ordine di sua madre, si era dovuto sottomettere. Fu sorpreso dall'intensità del proprio odio e dalla relativa angoscia.

Sebbene a suo tempo avesse vinto contro lo "zio", gli era rimasto un profondo sentimento di incapacità, quasi di avere un difetto fisico, con angosce ipocondriache soprattutto centrate sul cuore.

Dopo un certo tempo fu in grado di superare la sua vergogna e di comunicare che fino alla tardiva manifestazione della sua sessualità si era seriamente preoccupato perché masturbandosi non era mai arrivato alla eiaculazione.

Caso n.3: Tossicodipendenza: caso clinico senza test

Il candidato indichi, alla luce dell'anamnesi, quali sono gli elementi essenziali.

Delinei un'ipotesi diagnostica ed esprima, sulla base della storia clinica un progetto di possibile intervento terapeutico.

Caso clinico

Storia psicoclinica e altre notizie riferite ai primi contatti con il Servizio.

Fabio, 23 anni, lavora come magazziniere in una fabbrica della zona di residenza da quando aveva 17 anni.

Nella sua carriera scolastica non si segnalano particolari problemi, ha terminato le scuole dell'obbligo secondo un iter regolare, non ha mai ripetuto una classe, è sempre andato a scuola volentieri, senza in ogni caso eccellere.

A 16 anni ha cominciato a lavorare.

Dopo alcuni lavoretti saltuari, durati al massimo pochi mesi, (ha lavorato presso un muratore, poi come aiuto magazziniere) ha trovato lavoro presso la fabbrica dove lavora tuttora.

Fabio ha sempre contribuito alle spese familiari con una parte del suo stipendio.

All'età di 19 anni, Fabio ha frequentato per un certo periodo una ragazza, la quale poi si è trasferita in un'altra città e il loro rapporto si è interrotto.

Fabio ricorda con un certo rammarico quel periodo della sua vita. È figlio unico.

La madre, Giovanna, 48 anni, lavora come rammendatrice in un piccolo laboratorio artigianale, mentre il padre, Pietro, è morto improvvisamente un anno fa, all'età di 49 anni, in seguito ad un incidente sul lavoro. Faceva il carpentiere presso una ditta che costruisce tetti.

La notizia della morte viene a conoscenza dello psicologo, in seguito ad una comunicazione, peraltro carica di sofferenza, della madre.

Fabio, dal canto suo, sollecitato dallo psicologo, mostra chiaramente che preferisce non toccare l'argomento, asserisce in silenzio, senza aggiungere altro, cambiando poi rapidamente discorso.

Fabio riferisce di non avere attualmente una compagnia di veri e propri amici: le uniche persone che frequenta ogni tanto la domenica, sono alcuni colleghi di lavoro che condividono con lui la passione per il motocross e che vede a volte il sabato sera per andare a ballare o in birreria.

Fabio però non definisce queste persone come "amici" ma li colloca a rango di "conoscenti", e rileva poi il fatto che non ha con loro un vero rapporto di amicizia, fatto di fiducia e scambio, riferisce che quelle sono semplicemente "le persone con cui esce".

Fabio ha cominciato a fare uso di cannabinoidi a 18 anni, nel periodo in cui era a militare, seguendo un'abitudine piuttosto estesa nella caserma in cui si trovava.

Ha però abbandonato questa abitudine dopo essere rientrato in famiglia, alla fine del periodo militare.

Un anno fa circa ha cominciato per la prima volta a far uso di eroina.

Rapidamente, nel giro di pochi mesi, si è fatto coinvolgere fortemente dall'abuso di stupefacenti, arrivando ben presto ad utilizzare dosi massicce della sostanza, pur continuando tuttavia a mantenere il lavoro.

A proposito dei suoi vissuti rispetto alla sostanza Fabio riferisce che l'eroina non gli interessa, non gli piace, però lo aiuta, gli serve per "non pensare", senza poi dare ulteriori spiegazioni su quali siano i pensieri che vuole cancellare dalla mente.

In seguito all'esordio della tossicomania, Fabio ha cominciato a contribuire sempre meno al ménage familiare, soprattutto da un punto di vista economico, instaurando un rapporto sempre più conflittuale con la madre.

Giovanna, dal canto suo, avanza, nei confronti del figlio richieste di maggiore partecipazione e responsabilità sulla loro situazione, esprimendo anche la sua preoccupazione per la condizione di tossicodipendenza del

figlio e la sua irritazione e rabbia per un comportamento che definisce "da irresponsabile", rilevando come Fabio, prima dell'incontro con la sostanza, sia sempre stato un ragazzo disponibile e attento verso le necessità della famiglia.

Fabio accetta passivamente queste definizioni della madre, affermando che se lui non si bucase "tutto sommato sarebbe meglio" perché così "so di far soffrire chi mi sta intorno".

Nel corso del colloquio emergono con evidenza in Fabio le caratteristiche di un carattere riservato, chiuso, diffidente, poco incline ad aprirsi al dialogo, decisamente solitario.

Pone al Servizio una richiesta esplicita di un trattamento farmacologico di disassuefazione.

Fabio mantiene per tutto il corso del colloquio un atteggiamento misurato, sia nelle parole sia soprattutto nei gesti, un tono monocorde, a voce bassa, lento nell'espressione, rispondendo sinteticamente.

Appare complessivamente poco reattivo.

Bologna. Caso n.4: psicologia clinica e di comunità

Un commerciante sui 40 anni, S.B., si presenta con la moglie ad una consultazione psicologica. È molto teso, sudato, parla a scatti, mentre sua moglie appare tranquilla e silenziosa. L'uomo denuncia insonnia, difficoltà sessuali, agitazione psicomotoria, ansia e preoccupazione per la salute propria, della moglie e dei due figli di sei e otto anni. La moglie, interrogata dallo psicologo, dice che in famiglia va tutto bene, solo che il marito è ansioso in modo sproporzionato alle situazioni.

Il commerciante afferma ancora che si sente umiliato per lo scarso successo nel lavoro, che considera modesto rispetto alle proprie aspettative giovanili.

Il candidato indichi quali aree approfondirebbe nei colloqui successivi, quali strumenti testologici userebbe come supporto dei colloqui clinici, illustrando anche i motivi della scelta e quali ipotesi diagnostiche potrebbe formulare; indichi, inoltre, se ritiene opportuno proseguire, almeno in fase diagnostica, i colloqui solo con S.B. o anche con la moglie.

Padova. Caso n.4: psicologia clinica e di comunità

Un medico di base, escludendo che i disturbi dell'interessato abbiano natura organica, invia Mario, di anni 20, studente lavoratore, per una valutazione psicologica ad un centro di salute mentale.

Mario presenta le seguenti manifestazioni cliniche:

- coscienziosità e scrupolosità esagerate;
- inflessibilità ed ostinazione;
- ingenerosità auto ed etero diretta;
- dedizione eccessiva all'attività lavorativa ed all'accumulo di denaro;
- attenzione smodata all'ordine, all'organizzazione, alle regole ed ai dettagli;
- disinteresse per i sentimenti di amicizia e colleganza, considerati improduttivi.

Il candidato indichi quali informazioni intenda approfondire, quali dati anamnestici reputi necessario raccogliere e quali sintomi ritenga importante indagare al fine di un inquadramento diagnostico.

Descriva in forma sintetica di quali metodi o strumenti intenda avvalersi nell'analisi dei dati clinici.

Precisi in particolare se si proponga di richiedere accertamenti testologici, indicandone i motivi della scelta.

Raggiunta una valutazione definitiva, accenni eventualmente di quali sistemi di classificazione diagnostica internazionale sia a conoscenza e sia in grado di adottare. Quali indicazioni terapeutiche suggerirebbe al paziente?

Novembre 1998

Padova. Caso n.1: psicologia clinica

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, proceda con il seguente ordine:

descriva quali informazioni, dati anamnestici, sintomi, ritenga utile approfondire, o richiedere se mancanti, per poter formulare una prima ipotesi diagnostica;

- Indichi le procedure e gli strumenti che intende adottare per verificare la prima ipotesi;
- segnali quali manifestazioni cliniche reputi importante indagare al fine di un inquadramento diagnostico definitivo;
- elabori delle proposte operative.

Aprile - Maggio 1999

Padova. Caso n. 1: psicologia clinica

Giovane uomo di 23 anni, inviato dal medico di base, al quale si è rivolto ripetutamente nell'arco dell'ultimo mese.

Teme di aver contratto il virus HIV.

Operaio in un mobilificio. Recentemente i dipendenti della sua azienda sono stati sottoposti a degli esami medici. Lui è convinto che il medico abbia usato con lui, per un prelievo di sangue, la stessa siringa utilizzata per un suo collega, il quale poco tempo prima gli aveva confidato di essere stato con delle prostitute. Per questo motivo teme di aver contratto il virus.

Ha la licenza media inferiore, vive con i genitori e una sorella, con i quali riferisce di avere buoni rapporti. Descrive la madre come ansiosa ed invadente con i figli.

Non fuma, non beve, non si droga. Pratica sport a livello agonistico.

Non ha mai avuto una relazione sentimentale, né rapporti sessuali completi.

- Costruire una prima ipotesi diagnostica.
- Specificare quali altri strumenti (test, indici, scale di livello) sarebbero necessari per la validazione dell'ipotesi e perché.
- Specificare quali altre aree del colloquio andrebbero approfondite per il completamento dell'anamnesi.

In base all'ipotesi fatta e alle ulteriori indagini ipotizzare un progetto di intervento.

Protocollo n. 1: psicologia clinica

Il signor Alessandro, nato nel 1966, vive con i genitori. Fino a tre anni fa faceva il magazziniere, lavoro che ha perduto in seguito a problemi di comportamento. Riferisce che sul lavoro metteva e toglieva dagli scaffali più volte ogni cosa che toccava e spingendo il carrello faceva ripetutamente un metro avanti e uno indietro. Riferisce inoltre che a casa, quando deve rifare il letto, lo disfa e lo rifà per esattamente trenta volte.

Attacca e stacca la presa della corrente per venti volte. Accende e spegne la luce per venti volte. Attraversa più volte la strada senza necessità apparente e, dopo aver visto una persona attraverso un vetro, prova il bisogno di vedere la stessa persona direttamente, senza vetri frapposti. Tale impulso è all'origine della sua abitudine di guidare l'auto con la testa fuori dal finestrino.

Descrivi:

- gli obiettivi generali della valutazione;
- le ipotesi diagnostiche che si possono avanzare sulla base delle informazioni fornite;
- i metodi da utilizzare nella valutazione del caso specificando le varie procedure che intendi utilizzare;
- i test idonei a quantificare la presenza di sintomi;
- l'intervento di recupero.

Torino. Protocollo n. 1: psicologia clinica: caso di un adulto senza test)

Anni 44, impiegato, separato legalmente con due figli di 13 e 18 anni.

È ricoverato da circa un mese in una casa di cura privata in seguito ad un grave tentativo anticonservativo, (T.A.) attuato con il gas di scarico dell'auto. È stato trovato casualmente da un parente, privo di conoscenza nella autorimessa della casa dove viveva da solo.

È stato immediatamente ricoverato nel reparto di rianimazione dell'ospedale.

Dopo alcuni giorni, per decisione dei familiari, è stato trasferito presso una casa di cura privata ed è ricoverato da circa un mese.

In previsione della prossima dimissione i familiari richiedono all'ambulatorio del Servizio di Salute Mentale una consulenza psicologica. Viene fissato un appuntamento per il paziente e le informazioni precedenti sono raccolte dall'infermiera del servizio.

Arriva all'appuntamento accompagnato dal padre ma chiede di poter avere un colloquio da solo, la storia clinica è perciò raccolta direttamente dal paziente.

L'inizio della sintomatologia ha coinciso con la crisi matrimoniale e con la separazione avvenuta due anni fa. In quella occasione anche i rapporti con la famiglia d'origine si sono gravemente deteriorati al punto da essere interrotti.

Subito dopo il T.A. c'è stato un grande coinvolgimento della famiglia d'origine ed un temporaneo ravvicinamento della moglie.

Parlando del periodo precedente al T.A. lo descrive come una situazione intollerabile e senza via di uscita in cui la sensazione di solitudine ed abbandono era così dolorosa da coinvolgere anche il versante somatico. Forti dolori al petto, malori. Nonostante la prolungata condizione di sofferenza dice di non essere stato capace di trovare alcun aiuto perché non sapeva a chi rivolgersi e soprattutto non era in grado di spiegare il suo malessere.

Il paziente si descrive come chiuso, introverso, soggetto a frequenti sbalzi di umore, impulsivo, con frequenti crisi di collera, portato ad ingigantire i problemi e con una grande difficoltà ad esprimere i propri stati d'animo.

Si colpevolizza rispetto alla crisi matrimoniale per questa sua difficoltà a comunicare e per l'imprevedibilità del suo comportamento.

Si giudica inadeguato anche come padre, incapace di occuparsi dei problemi dei figli.

Anche nell'ambiente di lavoro ha avuto gravi difficoltà di tipo relazionale: si sentiva continuamente giudicato e criticato dai colleghi, ed anche in quel contesto ha spesso reagito in modo impulsivo litigando per ragioni a suo dire futili.

Tutto il racconto che fa della sua vita è pervaso da un pesante senso di fallimento.

Durante il colloquio ha un atteggiamento depresso, parla a fatica, appare angosciato e incapace di fare progetti per il futuro e dice di non essere pentito del tentato suicidio e che, se la situazione resterà immutata, cercherà nuovamente di uccidersi perché non vede soluzione al suo star male.

Protocollo n.2: caso clinico di un adulto con test

Donna 36 anni.

Osservazione, colloquio, WAIS, Questionario Irritabilità/Dissipazione, Questionario delle tendenze patologiche, Test di Rorschach (siglatura Klopfer).

G. è inviata dallo psichiatra curante per un esame psicologico finalizzato alla valutazione dell'attitudine genitoriale. Già soggetta ad oscillazioni del tono dell'umore, dopo il matrimonio.

Si sono verificate crisi che sono state diagnosticate come espressione di "disturbo bipolare". Il curante giudica ottimale la compliance e la risposta alla terapia farmacologica, ma attribuisce anche il merito di un più generale recupero del benessere alla separazione dal coniuge.

Dopo qualche tempo dalla separazione (con sentenza provvisoria) il coniuge ha chiesto ed ottenuto dal Tribunale Civile l'affidamento della figlia di 5 anni, sostenendo che i disturbi gastrointestinali della bimba erano dovuti ad uno stato d'ansia correlato alle condizioni mentali della madre. All'epoca della mia valutazione, gli accertamenti gastroenterologici avevano invece identificato un agente infettivo all'origine dei disturbi della piccola.

Osservazione e colloqui

La signora G. si presenta sempre puntuale, curata e sobria nell'aspetto, la facies è ipomimica, lo sguardo è opaco, ma si anima quando vengono toccate le questioni che le procurano rabbia, l'eloquio è fluido ma lento. Il linguaggio adeguato al livello culturale, nel discorso non compaiono disturbi del contenuto o della forma del pensiero. Nei colloqui l'espressione e altri segni non verbali tradiscono emozione quando parla delle vicissitudini della sua unione e dell'allontanamento della figlia.

Sembra comunque sforzarsi di mantenere una certa oggettività, non minimizza periodi in cui ricorda di essersi sentita confusa, oppositiva, non nel pieno possesso del controllo della sua emotività, tanto da passare dall'apatia più totale alle "scenate".

Narra che il matrimonio non è stato consumato per un paio di anni, in quanto, a suo dire, il marito non manteneva l'erezione fino alla penetrazione. Riferisce che di fronte alle sue insistenze per poter diventare madre, il marito avrebbe cercato ausilio nella visione di una cassetta pornografica e l'avrebbe costretta ad un rapporto che le ha lasciato un vissuto di stupro. In quell'occasione sarebbe stata concepita la figlia. In seguito le cose si sarebbero trascinate per anni nella reciproca indifferenza fino alla richiesta di separazione da parte di lui.

Rispetto alla storia precedente, narra di una infanzia serena, di una adolescenza vissuta nella sfera della protezione familiare durante la quale ha conseguito il diploma magistrale e ha poi cominciato a lavorare nell'impresa di famiglia, dove ancora opera.

Dopo la separazione è tornata a vivere coi genitori. Al primo colloquio l'accompagnava la madre che, figlia di genitori separati, si manifesta molto identificata coi bisogni della nipotina.

La madre narra che lei e il marito, insieme alla famiglia dei consuoceri, hanno cercato di favorire l'unione, solida, dal punto di vista economico, ma alla quale, si rendono conto ora, nessuno dei due partner era preparato, nonostante l'età già matura. Si mostra molto critica verso il proprio atteggiamento di quel tempo.

WAIS

Punteggio verbale 50 QI 90

Punteggio di performance 37 QI 88

Punteggio Scala Totale 87 QI 89

Il calcolo per la valutazione del deterioramento mentale è negativo.

Le prestazioni nei limiti inferiori alla media non fanno osservare oscillazioni significative tra i risultati ai vari subtest, salvo un lieve picco negativo alla prova di memoria.

QUESTIONARIO P.N.P.

Il Dépistage delle tendenze patologiche di P. Pichot, risulta attendibile in base all'indice di insincerità. Tutti i punteggi riguardanti le tendenze patologiche si mantengono al di sotto della soglia critica per tendenze nevrotiche, paranoiche e psicopatiche di rilievo.

QUESTIONARIO I.R. (Caprara-Barbanelli-Pastorelli-Perrugini)

Il questionario per gli indicatori della condotta aggressiva evidenzia:

Punteggio 20, ai limiti inferiori della media (39,150 +/- 11,494 alla Scala di Irritabilità. Punteggio compatibile con bassa propensione a reagire impulsivamente, polemicamente, offensivamente a provocazioni e conflitti.

Punteggio 58, più elevato della media (37,974 +/- 13,496) alla Scala di Ruminazione/Dissipazione, il che deporrebbe per la propensione a superare lentamente la sofferenza legata a vissuti di minaccia e offesa.

TEST DI RORSCHACH - DURATA 15'

Tav. I - Gira più volte la tavola, n, 15" -

Una farfalla, mi sembra. (inch.) Tutta la macchia.

W, F, A, P, 1,0

(incertezza).

Tav. II - n U, 8" -

Dei fiori, gerani. (inch.) (utilizza metà della tavola, indicando D centrale come foglie e fiori, fiori nei dettagli rossi) Una parte di un geranio.

D-, CF-, Pt, -2,0

(choc).

Tav. III - n 14" -

Il femore (inch.) Tutta la tavola (non considera i colori laterali). Osso del femore, ... no volevo dire il bacino, dalla forma che ha.

W- (tagliata), F-, Anat/sex, -1,5

U 30" Basta

(choc)

Prova limiti: (Non riesce a vedere le figure umane). Per me era difficile vedere 2 uomini o 2 donne perché hanno il seno, mi sembra un cucinino.

Tav. IV - U 10"

Un pipistrello (inch.) Lo vedo tutto. Me lo vedo davanti. Le vedo girate, le ali. Sono piegate all'interno.

W, Fc, A, 1, 0

(ripiegamento)

20" - (silenzio)

(choc)

Tav. V - n 45"

Questo ancora di più mi sembra un pipistrello. (inch.) Le ali sono belle aperte. Secondo me è un volo mentre l'altro no. Non vedo gli occhi qui.

W, FM, A, P, 1,0

(perseverazione)

Due piccioni vicini. (inch.) Gabbiani ravvicinati. Uno vicino all'altro. Li vedo di profilo e non sono in volo, vedo solo un'ala per ognuno.

W-, F-, A, -1,0

Posso dire la stessa cosa? (commento d'incertezza)

Tav. VI - U 8"

Una foglia. (inch.) Con le frastagliature, è rotta all'inizio, manca la parte superiore. Tutta la macchia.

W, F, Pt, 1,5

(deterioramento)

35" - Basta

Prova limiti: "Di solito quei tappeti hanno le macchie. Ce l'aveva mia suocera: lo odiavo proprio. No, non mi sembra proprio un tappeto" (autoriferimento)

Tav. VII - n 15"

Un soprammobile con due coniglietti (inch.) Può essere un carillon, che gira con i coniglietti che si inseguono.

W, m, Obj, (A), 2,5

(Gira più volte la tavola) 45" Basta

Tav. VIII - U 25"

Un'orchidea. (inch.) Dalle sfumature del colore.

W, FC, Pt, 1,5

Gira lentamente la tavola. Silenzio

Prova limiti: No non vedo gli animali, se lei non me lo diceva. Boh! Forse criceti.

Tav. IX - (gira più volte la tavola) U 20" -

Una composizione di fiori. (inch.) Vedrei un vaso con dei fiori secchi, una composizione. Sembra una composizione di casa mia.

W, CF, Obj, 0,5

n 50" - Posso dire quello che vedo io? Quello che mi sembra? (commento di incertezza)

Tav. X - n 10"

Un quadro ... con un campo di fiori, di erba ... (inch.) Un quadro di casa mia, un enorme prato verde con dei fiori. È per via dei colori.

W, Cf, quadro, 0,5

Scelte tavole: Gradevoli: VII e X

Sgradevoli: V, I

Protocollo n.4: psicologia clinica

Giovane adulta, 19 anni, contenuti dei primi tre colloqui diagnostici.

Caso di R.

Quando R. telefona per prenotare un appuntamento, è indecisa e confusa rispetto allo specialista a cui rivolgersi (psichiatra o psicologo).

Al primo incontro vedo una ragazza alta, molto obesa, infagottata in una tuta con un bel viso deturpato dall'acne. R. ha 19 anni. Mi dice che da tempo le è stato consigliato dal Centro per la cura delle amenorree del Sant'Anna di rivolgersi ad uno psicologo.

Non solo ha rimandato a lungo di farlo, ma, poiché non riesce a perdere peso, ha rinunciato a recarsi a quel centro, dove le sembra di essere giudicata e colpevolizzata per la sua obesità. Si esprime con lucidità e proprietà di linguaggio.

Si è decisa ora perché da quando ha iniziato a lavorare come analista contabile in una amministrazione pubblica, soffre di crisi d'ansia e di sintomi somatici (nausea, vomito, sensazione di svenimento senza perdita di coscienza) che attribuisce alla cattiva accoglienza delle colleghe. Dal colloquio emerge che, brillante negli studi, ha assunto, contro voglia, l'impiego, vinto in un concorso con un ottimo punteggio, in base alla supposizione che i familiari, soprattutto i fratelli, l'avrebbero giudicata male se non l'avesse fatto. Avrebbe preferito proseguire gli studi e, anzi, già inizialmente si sarebbe orientata verso la formazione all'insegnamento. Narra di essere la terzogenita di tre figli, i primi, maschi, sono sposati. Emerge in seguito un rapporto molto conflittuale con il secondogenito che giudica rigido, rozzo, poco sensibile, un po' ottuso, si scontra spesso con lui per divergenze politiche. (Lui leghista, lei di sinistra).

Quando R. aveva 16 anni, la madre, cinquantenne, impiegata in una amministrazione pubblica, è morta in un incidente d'auto. Erano andate a nuotare insieme, solo casualmente R. non si trovava in auto con lei.

Racconta di vedere ancora l'immagine della madre morente che la chiama, "Solo lei e non i fratelli", la cosa sembra turbarla, dice che ha a che fare con il "né viva né morta", da morta non l'ha più impressionata.

La morte è avvenuta dopo un viaggio a Lourdes in cui "per la prima volta ha la mamma tutta per sé" dice che prima del viaggio aveva sognato che la Madonna le avrebbe portato via la madre. In seguito alla morte della madre è comparsa amenorrea (menarca a dieci anni) e bulimia (la mamma si preoccupava di aiutarla nella cura dell'aspetto). Ora vive sola con il padre con cui descrive un rapporto caldo ed armonioso, in cui condividono anche gli impegni domestici, ha "scoperto" il valore del padre da quando la madre non c'è, prima egli era meno presente nella sua vita.

Discutono solo quando le sembra che prenda le parti dei fratelli. Non vede di buon occhio l'attuale partner del padre "con cui lui non si sposa per non dispiacerle". Lei non ha mai avuto una relazione sentimentale.

Nel secondo colloquio emerge "voracità" e bisogno di piacere in tutti gli ambiti di vita.

Emerge che si fa accompagnare ovunque dal padre, narra il sintomo agorafobico in termini egosintonici.

Nel terzo colloquio mi parla del suo oscillare tra disordine e precisione, euforia e depressione, è ossessionata dalla puntualità, ma perde o dimentica l'orologio, salta i pasti o si abbuffa. Vorrebbe tornare bambina ed essere già in pensione. Dai dieci, undici anni ha goduto di quella che giudica una libertà esagerata, a cui poi ha rinunciato, perché dice di essersi spaventata per i rischi corsi (allude vagamente a quelli che sembrano rischi sessuali, ma anche di uso di sostanze).

Roma. Psicologia clinica

A uno psicologo privato viene inviato da parte del medico curante un uomo di 32 anni, G. La richiesta è di aiutarlo a gestire un "momento di crisi" successivo alla morte della madre, avvenuta recentemente. Nella richiesta viene segnalato come fatto accessorio che G. è ex-tossicodipendente, HIV positivo.

Al colloquio, più che parlare della madre, G. parla soprattutto della sua incapacità a comunicare il suo stato di sieropositività alla partner, con cui sta da diversi mesi. Qualche volta i rapporti sessuali sono protetti, magari con la motivazione di evitare una gravidanza, qualche volta no. La partner in realtà ha qualche dubbio, dato il passato di tossicodipendenza di G., qualche volta gli fa delle domande, cui G. risponde evasivamente. La motivazione che G. porta per questo suo comportamento è che la partner è terrorizzata dalle malattie e se sapesse una cosa del genere entrerebbe in uno stato di agitazione incontenibile.

Si scopre anche che G. omette di comunicare la sua condizione in altre situazioni, ad esempio sanitarie, dove potrebbero esserci altri rischi di contagio. Anche la famiglia di origine non sa nulla. In pratica il medico curante è in realtà l'unica persona al mondo a sapere finora della sieropositività di G..

Il candidato dovrà:

- formulare ipotesi circa la dinamica dell'invio da parte del medico allo psicologo;
- formulare ipotesi rispetto all'atteggiamento di G.;
- formulare ipotesi rispetto alle possibili linee di risposta/intervento, ritenute sia corrette che erranee, fornendo adeguate motivazioni.

Novembre 1999

Padova. Compito 2: psicologia clinica

Giovane donna di 26 anni, coniugata, con un bambino di 4 anni viene inviata dal medico di base. La signora lamenta paura di rimanere a casa da sola con il bambino e fargli male con un coltello. Ha altresì molta paura di guidare la macchina perché teme che potrebbe fermarsi e suicidarsi, inoltre ha paura di andare in un terrazzo perché potrebbe avere l'impulso di buttarsi giù. Ha paura di trovarsi sola in mezzo a tanta gente e mettersi ad urlare. I problemi sono iniziati due anni fa con la paura di fare del male al proprio bambino ma da alcuni mesi vi è stato un vero peggioramento perché le paure si stanno "allargando". La signora si è sposata dopo pochi mesi di fidanzamento perché era rimasta incinta. Qualche mese prima era morto il suocero e la madre di suo marito era molto contrariata che l'unico maschio rimasto in famiglia uscisse di casa. La famiglia di origine del marito è composta da quattro donne (suocera e tre cognate) che sono molto unite mentre il soggetto non si sente accettato.

Il candidato, a seconda dell'orientamento acquisito e sulla base di quanto riportato nel protocollo, illustri secondo il seguente schema:

- Quale potrebbe essere la prima ipotesi diagnostica e come potrebbe essere inquadrata secondo il profilo clinico.
- Gli strumenti che sceglierebbe per convalidare o eventualmente smentire la prima ipotesi diagnostica ed evidenzia quali indicatori (indici, livelli di scale, ecc.) dovrebbero emergere dall'applicazione degli strumenti per convalidare l'ipotesi formulata.
- Se conferma la diagnosi cosa proporrebbe al paziente per risolvere la situazione di sofferenza.

Torino. Caso clinico: adulto senza test

Ragazza di 18 anni.

Accusa attacchi d'ansia e conseguenti svenimenti.

Inviata dal medico, le vengono effettuati numerosi accertamenti clinici che escludono una eziologia organica per il senso di svenimento e di soffocamento che ogni tanto la affligge.

Viene così inviata dallo psicologo, al quale lei non conferma l'ipotesi che i suoi sintomi si associno ad un'ansia in specifiche situazioni (per esempio: a scuola - frequenta il liceo con buon profitto - durante i compiti in classe, rimane tranquilla).

Secondo lei la prima crisi si è verificata in seguito ad una intossicazione alimentare, verificatasi tempo fa, per la quale era stata anche ricoverata in ospedale.

Ha un fratello. Dichiara di non aver mai avuto particolari problemi familiari o personali.

Lo psicologo la invita allora a parlare della sua situazione affettiva.

Dice allora di essere fidanzata da due anni con un ragazzo di tre anni più grande di lei, descritto come molto protettivo, ma nello stesso tempo con l'abitudine di criticarla, di dirle cosa deve fare e come deve comportarsi, anche in presenza di altre persone.

Questo atteggiamento la fa sentire sovente inadeguata.

Lei riconosce che la situazione è soffocante.

Le vengono più tardi in mente due episodi particolari in occasione dei quali ha accusato questo senso di soffocamento:

a cena dai suoi genitori con il suo fidanzato; ad un certo momento nasce una discussione fra loro... lei vomita;

era in discoteca, esce per prendere una boccata d'aria, vede due ragazze, una delle quali era stata insieme con il suo ragazzo in un periodo di crisi fra loro due e sviene.

Il candidato formuli una ipotesi diagnostica, facendo una lettura dei dati, indicando quali approfondimenti conoscitivi effettuerebbe, specificando con quali metodi, e preveda un primo possibile intervento.

Roma. Psicologia clinica

Una donna di 35 anni si presenta ad un colloquio da uno psicologo privato. La signora A. è una donna di aspetto piacevole, di buona cultura, ha un aspetto curato ed espone con sufficiente chiarezza i suoi problemi. A. riferisce che recentemente il suo matrimonio, contratto a 22 anni con un uomo molto più grande di lei, si è concluso con una separazione in seguito ai numerosi conflitti che lo affliggevano, separazione richiesta dalla paziente stessa.

Il suo stato d'animo, prevalentemente triste ed irritabile, non ha subito i miglioramenti che lei si aspettava; in seguito alla separazione, al contrario, la signora A. riferisce di non avere più fiducia in sé e negli altri e di sentirsi pervasa da una sensazione di fallimento totale della sua vita. Si mostra in particolar modo stupita e preoccupata della sua reazione alla separazione dal marito. L'unica attività che svolge ancora con una discreta efficienza è il suo lavoro di insegnante, anche se a volte le riesce faticoso persino prepararsi per recarsi a scuola. Tra le righe accenna che ha difficoltà a dormire, mangiare e si mostra molto angosciata per una vecchia forma di gastrite che è peggiorata negli ultimi tempi, sa che dovrebbe sottoporsi ad una serie di accertamenti diagnostici tra cui la gastroscopia, ma afferma di essere totalmente terrorizzata all'idea di sottoporsi a tale esame e che inoltre non nutre molta fiducia nei medici in generale.

Il candidato proponga delle ipotesi diagnostiche circa le cause che generano e mantengono tale stato di disagio nella paziente, e delinea un possibile piano di trattamento in non più di due pagine.

Bologna. Indirizzo prevalente: psicologia clinica e di comunità

L.M. ha 21 anni, maschio, studente universitario, vive con la madre.

Da quasi due anni ha una relazione con una sua coetanea, della quale si dice molto innamorato anche se, racconta in modo profondamente angosciato e dopo molte incertezze, non riesce ad avere con lei rapporti sessuali completi. Anche nella sua adolescenza, pur avendo avuto alcuni flirt non ha mai avuto rapporti sessuali. Si descrive come un po' introverso, senza molti amici, ma fondamentalmente ottimista e fiducioso nel suo futuro.

Denuncia problemi di insonnia e lamenta di avere molto spesso incubi notturni che lo spaventano profondamente. Soffre con una certa frequenza di mal di testa che possono durare anche alcuni giorni.

In tre occasioni, che ricorda in maniera particolareggiata, ha avuto l'impressione di svenire e questa sensazione gli ha provocato molta angoscia.

Il suo rendimento scolastico è molto buono, anche se per raggiungere questo risultato L.M. dice di dovere studiare ed impegnarsi molto. I genitori hanno divorziato quando lui aveva 16 anni e nelle sue parole, dopo un periodo di difficoltà, la situazione è stata vissuta in modo non traumatico. Il padre si è risposato e dal nuovo matrimonio ha avuto una figlia che adesso ha 3 anni. Ammette di avere migliori rapporti con il padre che vede una volta alla settimana e con il quale trascorre parte delle vacanze estive, compiendo lunghe escursioni in montagna. La madre viene descritta come molto presa dal suo lavoro di avvocato, spesso assente da casa per impegni, ma attenta a non fare mancare nulla al figlio.

L.M. dice di essere certo che se riuscirà ad avere una vita sessuale felice con la sua partner, tutte le sue difficoltà si risolveranno e chiede se esistano tecniche psicologiche o medicine che possano risolvere il suo problema.

Il/La candidato/a descriva quali strumenti utilizzerebbe per giungere ad una valutazione diagnostica e quale tipologia di trattamento suggerirebbe.

Prova clinica

I disturbi si sono presentati circa due anni fa, e la Sig. S.TT. descrive il forte disagio che tali disturbi le provocano, lamentandosi di essersi sottoposto ad un numero molto elevato di accertamenti presso diversi specialisti senza aver potuto appurare le cause.

Descrive la sua vita come normale, senza problemi particolari che non siano quelli di tutte le famiglie, aggiungendo che semmai, da quando non deve occuparsi più dei figli ha conquistato del tempo libero da trascorrere con suo marito. Esprime perplessità sulla possibilità che la psicologia abbia qualcosa a che fare con la sua malattia.

Il/La candidato/a descriva quali strumenti utilizzerebbe per giungere a una valutazione diagnostica e quale tipologia di trattamento suggerirebbe.

Indirizzo prevalente: Psicologia clinica e di comunità

Su segnalazione di un Suo collega, e dopo aver preso un appuntamento telefonico, Lei riceve nel Suo studio i genitori di un ragazzo di 15 anni, preoccupati per alcuni comportamenti del figlio.

Lamentano che da circa 6 mesi, Roberto si sente obbligato a pulire accuratamente e personalmente tutti gli

oggetti con cui viene a contatto e in particolare le posate e i piatti usati per il pranzo. Nonostante abbia potuto sempre verificare la cura con cui la madre si occupa dell'igiene domestica, Roberto esprime un'ansia particolarmente accentuata in tutti i casi nei quali viene in contatto con oggetti dei quali non abbia verificato personalmente la pulizia.

I genitori riferiscono, inoltre, che ogni sera Roberto, per riuscire ad addormentarsi, deve collocare oggetti e soprammobili della sua camera da letto in un ordine prestabilito, assolutamente identico.

Tutto ciò provoca nel ragazzo grande disagio che si manifesta nella riduzione del rendimento scolastico ed in un progressivo allontanamento dal suo gruppo di amici.

La candidata indichi:

- procedure diagnostiche finalizzate alla definizione e inquadramento della possibile patologia;
- linee generali di un possibile trattamento.

Ulteriori prove pratiche. Psicologia clinica

Un signore di 65 anni, diplomato, di professione impiegato, dopo il pensionamento ha iniziato a sviluppare una sintomatologia depressiva. Si è chiuso in se stesso, presenta una riduzione dell'eloquio, disturbi di memoria, e ha smesso l'attività di giardinaggio che era il suo hobby. La moglie, dopo circa quattro mesi dall'insorgenza dei primi sintomi ha interpretato il problema come conseguente al pensionamento. A distanza di ulteriori quattro mesi la moglie ha condotto il marito dal neurologo in quanto i sintomi tendevano ad accentuarsi invece che a ridursi. Il neurologo ha inviato il paziente da uno psicologo per una valutazione e ha richiesto una TAC. L'esame psicologico di base ha evidenziato un Mini Mental State con punteggio pari a 22/30, eloquio ridotto, incapacità di copiare un disegno o di disegnare a memoria (prova Ray figurata complessa) deficit mnestico, umore depresso.

- Formula le ipotesi che si possono avanzare sulla base delle informazioni riportate.
- Identifica le informazioni aggiuntive che devono essere raccolte a sostegno o a disconferma delle suddette ipotesi.
- Identifica le metodologie più idonee a raccogliere queste informazioni (quali test, che informazioni raccogliere al colloquio, con chi condurre il colloquio ecc.).
- Imposta una breve relazione da inviare al neurologo che ha inviato il caso.

Aprile - Maggio 2000

Padova. Caso di psicologia clinica

Giovanna, 27 anni, chiede un appuntamento al Consultorio Familiare.

È sposata da 4 anni ed ha una figlia di 2 mesi.

Il pediatra le ha consigliato di chiedere aiuto ad uno psicologo perché l'accudimento di Elena è diventato molto difficile da quando, soprattutto di notte, la bambina, preda di coliche, piange per lunghe ore.

Giovanna si sente impotente e ha anche accessi di rabbia che cerca di controllare.

Giovanna racconta di essere stata molto contenta della sua gravidanza anche se era forte la preoccupazione di giungere in buone condizioni al parto.

Giovanna, con gli occhi pieni di lacrime, dice di aver perso il suo primo figlio al 5° mese di gravidanza, circa un anno fa.

Descrivere:

- la possibile area di sofferenza;
- la conseguente pianificazione dei colloqui;
- una plausibile modalità di restituzione comprensiva anche delle indicazioni di un eventuale successivo intervento.

Roma. Psicologia clinica

F. è una ragazza di 27 anni, vive con la famiglia d'origine, è iscritta alla facoltà di giurisprudenza ed ha insegnato matematica nella scuola media. Di chiara di aver vissuto negli ultimi tempi una serie di episodi negativi (morte di una amica per droga, di cui per altro F. non ha mai fatto uso; trasferimento di sede scolastica). Di fronte all'impossibilità di modificare la situazione, F. ha abbandonato il lavoro, si è allontanata dagli amici, isolandosi anche dalla sua famiglia. Rifiuta il cibo ed ha accusato molti disturbi fisici che secondo il medico non hanno una base organica. F. sente poche speranze per il futuro ed ha aspettative negative nei confronti di qualsiasi forma di aiuto.

- Il candidato dichiara quale modello teorico di riferimento adotta e indichi:
 - Le aree di indagine in cui ritiene necessario indagare per la formulazione di una diagnosi;
 - Le procedure e gli strumenti che ritiene più adatti a tal fine, specificandone le finalità;
- Proponga almeno una ipotesi di intervento di aiuto.

Bologna. Indirizzo prevalente: psicologia clinica e di comunità

Soggetto maschile di 40 anni, impiegato, si presenta raccontando che da alcuni anni non riesce più a dormire bene, si agita per ogni piccolo stress e perfino gli eventi positivi, come la nascita di una figlia, lo mettono in ansia.

L' anamnesi rivela che il paziente, figlio unico, ha goduto di uno stato di " assoluto benessere" fino alla morte dei genitori, scomparsi a distanza di un anno l' uno dall' altro, prima il padre per una malattia cardiaca (all' età di 57 anni) e poi la madre per un cancro (all' età di 52 anni).

La sua compagna, che ha sposato da poco, l' ha aiutato moltissimo in questo periodo e spesso ha pensato che senza di lei non ce l' avrebbe fatta.

Si è deciso a chiedere aiuto solo ora perché ha notato qualcosa di nuovo: gli capita da qualche mese di sentire come una strana paura che gli possa capitare qualcosa di brutto come una grave malattia fisica o di perdere il controllo e impazzire.

Finora ha utilizzato su consiglio del suo medico dei tranquillanti minori che hanno alleviato la sua ansia, ma si chiede se non si debba fare qualcos' altro soprattutto per rassicurarsi che non avvenga ciò che teme di più: che i suoi problemi incrinino il rapporto che ha con la sua compagna e che non corra il rischio di trasmettere la sua ansia e le sue paure alla figliuola.

Il/La candidato/a illustra gli strumenti diagnostici che impiegherebbe e i percorsi di valutazione che intraprenderebbe per formulare un progetto terapeutico adeguato al caso.

Novembre - Dicembre 2000

Padova. Caso n. 1: psicologia clinica

Enrico, (anni 37) chiede un appuntamento ad uno psicologo di un servizio pubblico per adulti. Al primo colloquio Enrico descrive uno stato di acuta sofferenza che lo sta attanagliando da qualche mese e che di giorno e di notte non lo lascia mai, impedendogli anche il riposo. Ha un buon lavoro impiegatizio. È sposato da 17 anni con Laura, sua coetanea. Il matrimonio è stato allietato dalla nascita di due figlie adesso adolescenti, anzi, Enrico e Laura si sono sposati molto giovani proprio a causa del concepimento della prima figlia, Margherita. Enrico stava frequentando il biennio di ingegneria ed era in pari con gli esami; ma in seguito al matrimonio ha trovato un posto da geometra in Comune e ha rinunciato ai suoi studi universitari. Elena, la seconda figlia è nata a distanza di un anno e mezzo e la moglie si è dedicata a tempo pieno all'accudimento delle figlie, che sembrano essere cresciute abbastanza bene.

"In questi anni il mio primo pensiero è sempre stato per la mia famiglia, per mia moglie e per le bambine. Adesso loro stanno crescendo, la domenica si rifiutano di venire in montagna con noi, hanno i loro amici, mi sembra che non abbiano più bisogno di noi, di me. Mia moglie Laura, ha avviato, da circa due anni, con buon successo, insieme ad una sua amica, un negozio di abbigliamento per bambini. Laura ha raggiunto la sua indipendenza economica, anzi, attualmente il suo contributo finanziario alla famiglia è più consistente del mio. In alcuni momenti ho l'impressione di non aver vissuto la mia vita, di non essere riuscito a costruire qualcosa di importante con le mie mani. Perfino le mie figlie mi sembrano un merito soprattutto di Laura. Mi sembra di aver perso anche l'interesse verso mia moglie, che pure da qualche tempo si cura molto di più e comunque è sempre stata una donna affettuosa e piena di attrattive. Mio padre è mancato un anno e mezzo fa, dopo una lunga malattia invalidante. Al funerale ero così impietrito che non sono riuscito a piangere. Può darsi che questo fatto abbia un qualche collegamento con il mio soffrire. Mi aiuti, per favore!"

Quali sono le possibili aree di sofferenza di Enrico, quale la sequenza e la modalità di conduzione dei colloqui, quale il plausibile profilo psicodiagnostico e la restituzione con la eventuale proposta di successivo intervento?

Torino. Psicologia clinica: caso di un adulto senza test

(Il protocollo vale anche per il caso dell'adulto con test, a cui sono allegati i risultati ai test di Rorschach, TAT, WAIS)

Situazione familiare:

S. 24 anni, figlia unica con genitori viventi;

I nonni paterni sono morti quando lei era molto piccola e non se li ricorda, con i nonni materni ha avuto sempre un legame molto stretto, quando il nonno materno è morto, ha sofferto molto la sua mancanza.

Anamnesi:

S., 24 anni, vive a Torino, racconta dei suoi rapporti con la madre all'epoca dell'asilo, quando la mamma, insegnante nella stessa scuola materna di S., giocava sempre con gli altri bambini e quando tornava a casa era troppo stanca per giocare con lei. Poi, all'epoca della scuola elementare, la mamma lascia il lavoro per avere più tempo da dedicare alla figlia. S. ricorda questo periodo facendo riferimento alla pressante

presenza della madre, *che forse era meglio se continuava a lavorare.*

La madre è sempre stata una presenza ingombrante e intrusiva, ha sempre preso decisioni al posto della figlia, fin dal periodo della scelta della scuola superiore. Anche in seguito si è sempre messa in mezzo alle vicende e ai rapporti di S. con amici e ragazzi.

S. ha sposato un ragazzo, di poco più grande di lei, conosciuto a 15 anni durante le vacanze estive trascorse con la sua famiglia. Il futuro marito era figlio di amici di famiglia e fu la madre che li fece conoscere, frequentare e poi sposare.

Con il marito le cose non sono andate molto bene e dopo un paio di anni si sono separati. S. lamenta che il loro rapporto non funzionava e c'erano dei problemi anche a livello sessuale, tanto che non riuscivano ad avere relazioni intime (*lei, racconta S., del resto non lo amava, ma lo aveva sposato solo per fare piacere alla madre*).

La famiglia di origine di S. è sempre stata una famiglia molto chiusa, con pochi conoscenti ed amici, con una scarsa vita sociale; anche S. da piccola non frequentava molto i suoi coetanei.

Le difficoltà erano anche aggravate dal fatto che il padre di S. soffriva di un disturbo psichico e gli avevano diagnosticato un disturbo di personalità multipla.

S. riporta grosse difficoltà nel rapporto con la madre da cui non è mai riuscita a staccarsi; l'unico caso in cui ha fatto un tentativo di opposizione fu quando non accettò l'uomo che la madre gli aveva presentato e con cui desiderava che S. iniziasse una nuova relazione ma che a S. non piaceva per nulla. In questa fase della sua vita sono comparsi i primi sintomi di ansia e grande preoccupazione.

S. lamenta disturbi d'ansia.

Esame obiettivo:

S. risponde in modo adeguato ai test, con una certa tranquillità, dimostrando di non avere compromissione sul piano dei processi di pensiero e di avere un adeguato esame della realtà.

Il tono dell'umore è adeguatamente oscillante, senza evidenziare polarizzazioni; presenta solo una tendenza ad evitare contenuti emotivamente significativi.

A conclusione di uno dei colloqui, si presenta la madre di S. per accompagnarla a casa e S. esprime disagio riportando di non sentirsi ancora pronta nel suo sentirsi adulta.

Alla luce delle informazioni presentate il candidato:

- Formuli una ipotesi diagnostica;
- Indichi eventuali approfondimenti che ritiene importanti per precisare l'ipotesi diagnostica formulata;
- Formuli il trattamento che ritiene adeguato.

Nota: È da tenere presente che le informazioni illustrate nel protocollo originale sono molto più dettagliate di quanto è riportato in questo riassunto (soprattutto l'anamnesi era in realtà più particolareggiata), la qualità delle informazioni contenute in questo riassunto è simile a quella riportata nel protocollo che non conteneva informazioni di alcun tipo né sui sintomi (se non un generico disturbo d'ansia), né sulla storia attuale della paziente.

Bologna. Argomento 4 (in prevalenza in ambito clinico e di comunità)

B. è una vedova di 36 anni inviata allo psicologo dal suo medico di base. Ha perso il marito (40 anni) in un incidente sul lavoro 6 mesi fa. Ha una figlia di 7 anni alla quale deve pensare ormai da sola.

La donna riferisce al primo colloquio che, da quando ha perso il marito, è diventata inappetente, si sveglia alle tre di notte e non si riaddormenta nonostante l'uso di tranquillanti o sonniferi. Tende ad isolarsi, rifiuta le visite delle amiche. Vede quasi quotidianamente la madre, anch'essa vedova, ma questo non pare esserle d'aiuto. Si sente infatti, dopo tali visite, ancora più scoraggiata e sola. La donna asserisce che, da quando il marito è morto, la figlia si aggrappa eccessivamente a lei, ha paura di andare a letto la sera e spesso si risveglia spaventata da incubi. Si chiede se anche la figlia ha bisogno dello psicologo.

B. non sa se sente di riprendere il lavoro sospeso alla morte del marito e teme di non farcela. Le capita di pensare al suicidio come liberazione dai suoi problemi.

Sulla base dei dati anamnestici, il candidato indichi gli approfondimenti che ritiene necessari, formuli un'ipotesi diagnostica, ed illustri un piano d'intervento in cui specifichi il metodo e gli obiettivi.