

# RESTITUZIONE E FORMULAZIONE DEL CASO

# LA RESTITUZIONE FINALE PUÒ ESSERE SVOLTA A VOCE E COMPORTA

- ◉ la condivisione dei risultati con tutti coloro che hanno partecipato alla valutazione (il richiedente, il bambino e i genitori, ecc)
- ◉ Durata del colloquio di restituzione: come il primo
- ◉ Modalità di svolgimento del colloquio: prima i genitori poi il bambino; con gli adolescenti: genitori e figlio insieme; con gli adulti: solo il richiedente.

# COME CONDURRE UN INCONTRO DI RESTITUZIONE

- ◉ Usare un linguaggio semplice e un vocabolario comprensibile
- ◉ Descrivere sia le aree di compromissione che le risorse
- ◉ Evitare termini che possano suggerire un giudizio negativo (es. anormale, deviante, patologico, ecc)
- ◉ Riassumere gli aspetti principali e più rilevanti della valutazione senza cercare di essere esaustivi
- ◉ Incoraggiare il paziente a porre domande e a fare una sua sintesi

# LA FORMULAZIONE SCRITTA DEL CASO

E' il resoconto narrativo delle informazioni raccolte nel corso del processo di valutazione diagnostica

**OBIETTIVO:** comunicazione, in forma chiara, precisa e dettagliata, all'inviante e/o a tutti gli “attori” coinvolti nella valutazione di quanto appreso nel corso dell'intero processo.

E' una delle attività tipiche della professionalità psicologico-clinica

# COME?

- ◉ La formulazione del caso può essere effettuata in vari modi differenti per linguaggio (in funzione della figura cui essa è rivolta), formato (schematico o discorsivo), prassi di riferimento (la formulazione del caso segue l'approccio teorico del clinico che la effettua)
- ◉ Deve, però, sempre contenere: →

# SINTESI DELLE INFORMAZIONI RACCOLTE E DELLE CONCLUSIONI TRATTE

- ◉ Cosa ci è stato riferito sul problema nel primo colloquio clinico
- ◉ Cosa abbiamo osservato nel comportamento e/o nelle interazioni
- ◉ Quali informazioni abbiamo dedotto dai colloqui
- ◉ Quali informazioni ci derivano dai test
- ◉ Qual è la diagnosi secondo una prospettiva categoriale ed eventualmente secondo una prospettiva dimensionale (da specificare → ad es. SWAP: i 30 item più descrittivi integrati con i dati anamnestici)
- ◉ Qual è l'esito proposto (presa in carico, invio, ulteriore valutazione, affidamento ecc)

# IL LINGUAGGIO

- ◉ Quando lo scopo è fornire una consulenza diagnostica a uno specialista (p.e. un medico che ha richiesto la consulenza) o ad una struttura (p.e. il tribunale) il linguaggio sarà più tecnico
- ◉ Quando il resoconto è rivolto all'utente (p.e. il genitore nel caso di minori, il paziente) il linguaggio deve essere più semplice, non deve ricorrere a tecnicismi, deve spiegare con parole semplici e comprensibili i concetti e i costrutti che sono stati esaminati senza, nello stesso tempo, banalizzarli

# IL FORMATO

## 1) Esempio di formato schematico



Fig. 5.1. Fac-simile report psicodiagnostico

**Dott. Nome Cognome**  
*Titolo di studio – specializzazione*  
*Indirizzo - telefono - email*

---

**Relazione della valutazione psicodiagnostica  
eseguita su NOME COGNOME**

- ⇨ Nome, cognome, età del paziente
- ⇨ Date degli incontri
- ⇨ Inviante
- ⇨ Motivo invio
- ⇨ Elenco attività svolte (colloquio, osservazione di gioco, ecc.) e indicazione del giorno in cui sono state effettuate
- ⇨ Elenco dei test somministrati (nome per esteso, seguito dall'acronimo)
- ⇨ Nomi e ruolo delle persone che hanno partecipato alla valutazione (es. tirocinanti).

Risultati

*Osservazione*

- ⇨ Aspetto fisico e psicologico, tratti salienti
- ⇨ Approccio alla situazione d'esame, all'esaminatore e alle varie prove
- ⇨ Motivazione
- ⇨ Abilità linguistiche (produzione e comprensione)
- ⇨ Livello di attenzione e concentrazione (iniziale, durante lo svolgimento, finale)
- ⇨ Affettività

*Colloquio*

- ⇨ Atteggiamento: disponibilità a parlare di sé nel corso del colloquio
- ⇨ Contenuti: valutazione dei principali temi affrontati e tonalità affettiva delle narrazioni

**Risultati dei test somministrati**

- Test 1 (denominazione, metodo di scoring, punteggi, conclusioni)
- Test 2 (denominazione, metodo di scoring, punteggi, conclusioni)
- Test n (denominazione, metodo di scoring, punteggi, conclusioni)

Conclusioni

- ⇨ Riepilogo dei dati più significativi
- ⇨ Diagnosi
- ⇨ Indicazioni terapeutiche

Luogo, data

*Dott. Nome e Cognome*  
*Firma*

# IL FORMATO

**2)  
Esempio di  
formato  
narrativo  
suggerito da  
Lingiardi  
(2009) e  
Dazzi (2008)**



## **Descrizione di:**

1. Osservazioni sul modo di presentarsi del paziente (cura dell'aspetto fisico, abbigliamento, ecc)
2. Richiesta iniziale e sintomi rilevati
3. Rappresentazione che il paziente ha di sé e degli altri significativi
4. Modalità relazionale adottata con sé (aspettative, desideri, ambizioni, ecc), gli altri (p.e. sentimenti che la persona suscita), il mondo (copioni, credenze patogene)
5. Stile di regolazione affettiva e meccanismi di difesa
6. Standard ideali e valori morali
7. Storia personale

# LA FORMULAZIONE DEL CASO NELLA PRASSI CLINICA COGNITIVISTA (I)

## AREE DI CONTENUTO

- ◉ Dati generali
- ◉ Descrizione della richiesta iniziale
- ◉ Strumenti utilizzati

## Il caso di A.

- ◉ Signora di 41 anni, nubile, vive da sola
- ◉ La paziente riferisce durante il primo colloquio di essersi rivolta al centro per il disagio conseguente alla rottura, avvenuta nel 2003, di un legame sentimentale di durata decennale
- ◉ L'esame psicodiagnostico è stato condotto in 8 colloqui a cadenza settimanale (date) ed ha previsto l'uso di strumenti qualitativi (colloquio e osservazione), strutturati (SCID-I e II) e standardizzati (Batteria CBA-2.0)

# LA FORMULAZIONE DEL CASO NELLA PRASSI CLINICA COGNITIVISTA (II)

## AREE DI CONTENUTO

- ◉ Analisi della domanda
- ◉ Analisi del problema →

### Il caso di A.

- ◉ Approfondimento delle contraddizioni evidenziate con la CBA, analisi della motivazione alla richiesta di aiuto

- Quali sono i sintomi, come si manifestano (frequenza/intensità), cronicità, appraisal, come sono stati affrontati in precedenza (se lo sono stati), diagnosi categoriale

# LA FORMULAZIONE DEL CASO NELLA PRASSI CLINICA COGNITIVISTA (III)

## AREE DI CONTENUTO

- ◉ Specificazione del problema
- ◉ Ricostruzione della storia di vita

- ◉ Fattori **Precipitanti** (esordio o meccanismi di scompenso)
- ◉ Fattori **Perpetuanti** (o di mantenimento)
- ◉ Finalizzata a evidenziare i fattori **Predisponenti** e a individuare i meccanismi di scompenso ma anche le risorse e le credenze (*Beliefs*)

# ANALISI E SPECIFICAZIONE DEL PROBLEMA NEL CASO DI A.

- ✓ All'intervista clinica SCID-I la paziente riferisce che nel corso dell'ultimo mese si è sentita depressa o giù di morale per la maggior parte del giorno quasi tutti i giorni con forte perdita di interesse o piacere nel fare le cose per la maggior parte del giorno.
- ✓ Al colloquio, riferisce di trascinare “le sue giornate vuote e pesanti alzandosi tardi, trascorrendo molto tempo a casa da sola, davanti alla televisione o in camera sua a guardare il soffitto”; riferisce, inoltre, che “anche quando guarda la TV non la vede affatto”, segue i suoi pensieri, il cui contenuto è connotato negativamente e riguarda prevalentemente la sua vita relazionale ed affettiva. Pensa, ad esempio, che in 41 anni non ha realizzato niente e quello che aveva realizzato con tanto sacrificio è andato perduto.

# ANALISI E SPECIFICAZIONE DEL PROBLEMA NEL CASO DI A.

- ✓ All'intervista clinica SCID-I conferma quanto riferito nel CBA 2.0 ovvero che i cambiamenti repentini di peso e di appetito, i disturbi del sonno, la mancanza di energia e il rallentamento psicomotorio alternato a irrequietezza e agitazione sono presenti e caratterizzano le due settimane consecutive peggiori nello stato dell'umore.
- ✓ Non viene riportato alcun tentativo precedente di suicidio ma soltanto “desiderio di farla finita”.
- ✓ La paziente riferisce che questo stato generale di tipo depressivo le ha causato problemi sul lavoro.

# ANALISI E SPECIFICAZIONE DEL PROBLEMA NEL CASO DI A.

- ✓ Non risultano presenti sintomi psicotici (deliri e allucinazioni); la negazione del problema lavorativo (evidente quando sostiene che i colleghi e le famiglie dei bambini con cui ha avuto difficoltà non avessero alcuna “**ragione di lamentarsi o protestare**”) sembra più un tentativo consapevole di contenere e ridimensionare le conseguenze sociali del suo disagio piuttosto che un segno di mancanza di insight.
- ✓ Risultano assenti episodi maniacali: prevale un generale senso di inefficacia e di scarso valore personale in assenza di segni di grandiosità e di elevazioni nello stato dell'umore;
- ✓ Non riferisce l'uso di alcool o altre sostanze lecite (fumo di sigaretta) o illecite.

# ANALISI E SPECIFICAZIONE DEL PROBLEMA NEL CASO DI A.

- ✓ Non riferisce (alla SCID-I e al CBA) alcun attacco di panico né fobie o paure specifiche
- ✓ In generale, **il quadro dei sintomi** descritti finora e i punteggi riportati nella scheda 8 (Depressione) della batteria CBA 2.0 (punteggio grezzo= 24; rango percentile=100) sono **compatibili con una diagnosi di disturbo dell'umore di tipo depressivo**, indicato dalla presenza di episodi depressivi di durata maggiore ai due mesi.

# ANALISI E SPECIFICAZIONE DEL PROBLEMA NEL CASO DI A.

- ✓ Alcuni sintomi riferiti dalla paziente (ansia pervasiva per tutti gli ultimi due anni non limitata al contesto lavorativo o affettivo) e i punteggi riportati nella scheda 3 (Ansia di tratto) della CBA 2.0 (punteggio grezzo= 75; rango percentile=99.7) lasciano ipotizzare la presenza di un **concomitante disturbo d'ansia generalizzato**.
- ✓ Pur essendo riferiti pensieri ossessivi che la paziente dice di non riuscire a “scacciare”, il loro contenuto è relativo esclusivamente all'esperienza di separazione dal fidanzato e la tonalità affettiva è prevalentemente depressiva più che ansiosa.
- ✓ Non sono riferite compulsioni o altri comportamenti ritualistici finalizzati a ridurre l'ansia.

# ANALISI E SPECIFICAZIONE DEL PROBLEMA NEL CASO DI A.

## Trattamenti precedenti:

- ✓ Riferisce che, subito dopo il trasferimento a Roma aveva iniziato a presentare problemi di sonno che si erano aggravati con la morte del padre; per questi si era rivolta al suo medico di famiglia che le aveva consigliato un ipnotico che continua ad assumere quando ne sente il bisogno; riferisce, però, che il farmaco non è sempre efficace
- ✓ Riferisce, inoltre, che quando ha iniziato ad avere problemi a scuola si è rivolta sempre al medico di famiglia che le ha prescritto un antidepressivo, che la paziente riferisce di assumere in modo non sistematico (“a cosa serve in fondo?”)

# RICOSTRUZIONE DELLA STORIA DI VITA

(1)

- ✓ Ha trascorso l'infanzia e l'adolescenza con i genitori. Riferisce che i rapporti fra i suoi genitori erano “non buoni, c'erano poco affetto e frequenti contrasti”.
- ✓ Ha frequentato la scuola con profitto senza avere mai difficoltà
- ✓ Dopo aver conseguito un diploma magistrale ha superato l'esame di abilitazione e iniziato a lavorare quasi subito. All'inizio della sua carriera di maestra di scuola elementare è stata una persona energica ed attiva. Ha vissuto per vari anni in vari paesini del Nord, cambiando spesso sede e stabilizzandosi, finalmente, nel 2001 nella sua città di origine: Roma.

## ... (2)

- ◉ Ha sempre lavorato con entusiasmo, senza mai risparmiarsi, con grande soddisfazione personale.
- ◉ Nel 2003 il fidanzato, con cui aveva una relazione “a distanza” da oltre dieci anni, la lascia per un’altra con la quale aveva già da tempo una relazione a insaputa della paziente.
- ◉ L’anno successivo, quando ancora non si era ripresa dalla separazione, ha avuto molti problemi a scuola: un gruppo di genitori hanno più volte protestato con la direttrice riguardo i metodi educativi da lei adottati in classe. In particolare veniva accusata di non gestire adeguatamente la classe, di lasciare i bambini allo sbando e di alternare a momenti di mancanza di controllo su di loro scatti improvvisi di ira che “terrorizzavano” i bambini.
- ◉ Da allora ha chiesto il congedo per malattia.

... (3)

- ⊙ Al momento della valutazione vive da sola: la madre soffre del morbo di Alzheimer ed è ricoverata in una struttura assistenziale; il padre è morto improvvisamente di infarto nel 2002.
- ⊙ Riferisce di pensare in continuazione al suo ex-fidanzato, pensa di avere sbagliato tutto con lui, di essere una fallita e che alla sua età non avrà più modo di farsi una famiglia.

... (4)

Credenze, schemi cognitivi, errori di pensiero

◉ Visione negativa di sé (non valgo niente; sono una fallita; chi mai potrà provare interesse per una nullità come me?)

◉ Visione negativa degli altri e del mondo (in fondo tutti si preoccupano di curare i loro interessi, sono meschini ed egoisti; Questo mondo non merita di essere vissuto)

◉ Visione negativa del futuro (ormai per me, a questa età, non c'è più speranza: perderò il lavoro, morirò da sola)

Gli schemi sono filtri che guidano l'attribuzione di senso alla realtà e i comportamenti

Possono non essere consapevoli

Tendono ad essere stabili

# I PENSIERI AUTOMATICI NEGATIVI:

- Schemi e credenze negative attivano in modo automatico **pensieri negativi** (Es. Niente funzionerà mai per me; Sono una persona sfortunata; Sono una persona di poco valore; Tutte a me dovevano capitare?)

## Inoltre

- Guidano l'appraisal della realtà portando a rilevare solo ciò che è coerente con essi
- Favoriscono la stabilizzazione dell'umore -
- Favoriscono il recupero di ricordi coerenti e negativi relativi al proprio passato
- Sottraggono risorse cognitive ad altri compiti