

Psicodiagnostica Clinica

Lezione 16-17

- Prof. Igor Marchetti
- Anno accademico 2021-2022
- Email: imarchetti@units.it

Cognitive Behavioural Assessment (CBA) 2.0

CASI CLINICI

CASO #1 MICHELE

Scheda 1: DATI GENERALI

Michele di 37 anni

titolo di studio: laurea in scienze politiche

condizione lavorativa e professionale: lavora come libero professionista

cittadinanza: ITALIANA

peso: kg. 75

stato civile: CELIBE

altezza: cm. 175

ITEMS CRITICI

(4.29) Disturbi del sonno: spesso impiego più di 30 minuti per prendere sonno

(4.49) Problemi psicologici attuali: ho problemi gravi

(5.38) Soffro di nervi

(6.3) Quasi sempre mi sento battere forte il cuore

(6.28) Quasi sempre ho le mani sudate

** MOTIVAZIONI PER ESAMI E TRATTAMENTI

(4.57) Ha deciso di sottoporsi a questo esame psicologico da solo, senza consultare nessuno. (4.58) E' disponibile ad un intervento di tipo psicologico anche se fosse lungo e impegnativo.

SCORING		Risposte omesse	Punteggio grezzo	Punti z	Rango Percent.
Scheda 2	(STAI - X1)	0	53	1.41	90
Scheda 3	(STAI - X2)	0	61	2.22	97
Scheda 4	ANAMNESI	0			
Scheda 5	(EPQ / R - E)	0	10	0.74	80
	(EPQ / R - N)	0	10	1.57	95
	(EPQ / R - P)	0	1	-0.86	43
	(EPQ / R - L)	0	3	-1.04	10
Scheda 6	(QPF / R)	0	64	2.13	95
Scheda 7	(IP / R - F)	0	114	2.51	97
	(IP / R - PH)		8	1.97	95
	(IP / R - 1)	0	26	1.85	95
	(IP / R - 2)	0	27	0.94	85
	(IP / R - 3)	0	18	2.23	85
	(IP / R - 4)	0	15	4.43	90
	(IP / R - 5)	0	19	2.36	95
Scheda 8	(QD)	0	11	1.69	95
Scheda 9	(MOCQ / R)	0	6	-0.14	43
	(MOCQ / 1)	0	3	-0.09	48
	(MOCQ / 2)	0	1	-0.76	23
	(MOCQ / 3)	0	2	0.36	73
Scheda 10	(STAI - X1 / R)	0	19	0.09	55
	(STAI - DIFF)	0	-7	-1.50	5
Indice	(STAI - ACC)	0	0		
Indice	IR	0	6		

VALIDITÀ DEL PROTOCOLLO: **SI** NO

accuratezza risposte: non vi sono omissioni di rilievo e gli indici IR e ACC sono nella norma.

interferenza stato d'ansia: non vi sono interferenze dell' ansia nella compilazione del protocollo.

tendenza simulazione e conformismo: non si registra una tendenza a simulare o a porsi in una luce socialmente favorevole.

analisi motivazione: il soggetto ha deciso di sottoporsi a questo esame psicologico da solo, senza consultare nessuno (4.57); è disponibile ad un intervento di tipo psicologico anche se fosse lungo e impegnativo (4.58).

ANALISI SCALE PRIMARIE

Il soggetto riferisce di provare abitualmente un livello d' ansia elevato, nella maggior parte delle situazioni quotidiane.

Il soggetto, nella dimensione introversione-estroversione, mostra una tendenza all' estroversione: si caratterizza quindi per essere una persona che ama le novità, non molto riflessiva e spesso gli altri possono giudicarlo poco affidabile.

Inoltre, mostra scarsa stabilità emozionale: potrebbe perciò sviluppare dei disturbi in situazioni di stress.

Il soggetto lamenta numerosi disturbi somatici e d' altra parte non dichiara di soffrire di malattie fisiche; riferisce difficoltà di addormentamento, di avere quasi sempre le mani sudate e tachicardia.

Il soggetto riferisce di provare un' estrema paura nei confronti di numerosi stimoli. In particolar modo queste si riferiscono a calamità e gravi pericoli personali e a situazioni connesse alla vista del sangue e/o di ferite, iniezioni e interventi chirurgici.

Infine, il soggetto riferisce numerose manifestazioni depressive; dall' analisi della scheda 4 e degli item critici non emergono tentativi di suicidio in passato. Si rende comunque opportuno valutare il rischio attuale di suicidio.

APPROFONDIMENTI CONSIGLIATI

Per la valutazione dello stile comportamentale legato alle caratteristiche di estroversione: Scale for Interpersonal Behaviour.

Per approfondire l'eventuale presenza di un disturbo d'ansia: Beck Anxiety Inventory (componenti somatiche dell'ansia); Penn State Worry Questionnaire (preoccupazioni e rimuginazioni);

Per approfondire l'instabilità emotiva: Coping Orientation to the Problems Experienced (COPE).

Per approfondire la natura dei disturbi somatici lamentati: profilo psicofisiologico di stress; diari e schede di automonitoraggio; Illness Behaviour Questionnaire

Per i problemi di addormentamento: diario del sonno e inventario dei pensieri intrusivi.

Per la valutazione delle paure: Imagery Survey Schedule; procedure di osservazione; prove di evitamento e valutazioni psicofisiologiche.

CASO #2 MONICA

SCHEDA 1: DATI GENERALI

MONICA DI 21 ANNI

TITOLO DI STUDIO: LICENZA MEDIA INFERIORE

CONDIZIONE LAVORATIVA E PROFESSIONALE: STUDENTE

CITTADINANZA: ITALIANA PESO: KG. 55

STATO CIVILE: NUBILE

ALTEZZA: CM. 165

ITEMS CRITICI

(4.29) DISTURBI DEL SONNO: RICORRE AI SONNIFERI PER DORMIRE

(4.49) TENTATIVI DI SUICIDIO: SÌ, UNA SOLA VOLTA

(6.8) HA UNA SENSAZIONE DI PESO E DI STRETTA ALLO STOMACO

(6.11) SUDA FACILMENTE E SENZA MOTIVO

(9.5) QUASI OGNI GIORNO LE VENGONO IN MENTE PENSIERI SPIACEVOLI CONTRO LA SUA VOLONTÀ E NE È TURBATA

** MOTIVAZIONI PER ESAMI E TRATTAMENTI

(4.57) HA DECISO DI SOTTOPORSI A QUESTO ESAME PSICOLOGICO DA SOLA, INCORAGGIATA DAI CONSIGLI DI ALTRI.

(4.58) E' DISPONIBILE AD UN INTERVENTO DI TIPO PSICOLOGICO ANCHE SE FOSSE LUNGO E IMPEGNATIVO.

SCORING		Risposte omesse	Punteggio grezzo	Punti z	Rango Percent.
Scheda 2	(STAI - X1)	0	69	2.81	98
Scheda 3	(STAI - X2)	0	70	2.89	99
Scheda 4	ANAMNESI	0			
Scheda 5	(EPQ / R - E)	0	11	0.07	35
	(EPQ / R - N)	0	10	0.93	80
	(EPQ / R - P)	0	4	0.66	98
	(EPQ / R - L)	0	7	0.11	20
Scheda 6	(QPF / R)	0	72	2.48	97
Scheda 7	(IP / R - F)	0	101	1.08	70
	(IP / R - PH)		6	0.24	55
	(IP / R - 1)	0	22	0.68	55
	(IP / R - 2)	0	29	0.56	65
	(IP / R - 3)	0	21	1.29	85
	(IP / R - 4)	0	3	-0.29	35
	(IP / R - 5)	0	16	1.59	85
Scheda 8	(QD)	0	12	1.71	98
Scheda 9	(MOCQ / R)	0	15	2.42	97
	(MOCQ / 1)	0	8	2.52	98
	(MOCQ / 2)	0	4	0.94	70
	(MOCQ / 3)	0	4	2.08	99
Scheda 10	(STAI - X1 / R)	0	27	1.70	95
	(STAI - DIFF)	0	-4	-1.53	25
Indice	(STAI - ACC)	0	0		
Indice	IR	0	3		

VALIDITÀ DEL PROTOCOLLO:

SI NO

accuratezza risposte: non vi sono omissioni di rilievo; l'indice ACC è nella norma, l'indice IR è insufficiente.

interferenza stato d'ansia: non vi sono interferenze dell'ansia nella compilazione del protocollo.

tendenza simulazione e conformismo: non si registra una tendenza a simulare o a porsi in una luce socialmente favorevole.

analisi motivazione: il soggetto ha deciso di sottoporsi a questo esame psicologico da solo, incoraggiato dai consigli di altri (4.57); è disponibile ad un intervento di tipo psicologico anche se fosse lungo e impegnativo (4.58).

ANALISI SCALE PRIMARIE

Il soggetto riferisce di provare abitualmente un livello d' ansia elevato, nella maggior parte delle situazioni quotidiane.

Il soggetto nella dimensione introversione-estroversione si colloca, seppur non decisamente, sul versante dell' introversione: si caratterizza quindi per essere una persona riflessiva, tranquilla e schiva, che viene spesso considerata seria ed affidabile.

Inoltre, si caratterizza per atteggiamenti anticonformistici, scarsa sensibilità sociale, freddezza e rigidità nelle relazioni interpersonali.

Il soggetto lamenta numerosi disturbi somatici: riferisce di provare “una sensazione di peso e di stretta allo stomaco”, di sudare spesso e senza motivo; inoltre, ricorre a sonniferi per dormire.

Il soggetto riferisce numerose manifestazioni disforiche; dall' analisi della scheda 4 e degli item critici emerge un tentativo di suicidio in passato. Si rende opportuno valutare il rischio attuale di suicidio.

Infine, il soggetto lamenta ossessioni e/o compulsioni. In particolare, dichiara di attuare comportamenti volti a controllare più volte la stessa cosa senza alcuna necessità; inoltre, riferisce di avere pensieri intrusivi e sgradevoli contro la propria volontà quasi quotidianamente.

APPROFONDIMENTI CONSIGLIATI

Per la valutazione dello stile comportamentale legato alle caratteristiche di introversione: Scale for Interpersonal Behaviour.

Per approfondire l'eventuale presenza di un disturbo d'ansia: Beck Anxiety Inventory (componenti somatiche dell'ansia); Penn State Worry Questionnaire (preoccupazioni e rimuginazioni).

Per approfondire le caratteristiche di personalità legate all'adattamento sociale: MMPI-2, Big Five Questionnaire.

Per approfondire la natura dei disturbi somatici lamentati: profilo psicofisiologico di stress; diari e schede di automonitoraggio; Illness Behaviour Questionnaire.

Per i disturbi del sonno: diario del sonno e inventario dei pensieri intrusivi.

Per approfondire l'eventuale presenza di un disturbo depressivo: Internal-External Locus of Control Scale; Beck Depression Inventory-2; Hopeless Scale (per valutare i pensieri suicidari).

Per la valutazione di ossessioni e compulsioni: Padua Inventory, Inventario dei pensieri intrusivi.

CASO #3 LORENZA

Modalità di invio. Si presenta di sua spontanea volontà.

Descrizione del disturbo. Il soggetto racconta che il trovarsi in ambienti chiusi con vie di uscita non visibili le provoca sensazione di panico, senso di vertigine, di soffocamento, tachicardia e sudorazione. Le prime sensazioni di disagio risalgono a circa 10 anni fa. Nel 1990 accadde il primo episodio grave con attacco di panico in una stanza d'albergo; seguirono altri episodi in stanze d'albergo, treni, locali pubblici. Ultimamente la sua vita di relazione è molto limitata.

Storia del soggetto. La signorina Lorenza di anni 42, laureata in chimica, abita con i genitori e valuta i rapporti con loro buoni; ultimamente i rapporti con la madre sono tesi perchè la paziente ha espresso il desiderio di andare ad abitare da sola. Malgrado ciò la paziente ha deciso di comprarsi lo stesso una casa.

Ha frequentato la scuola con profitto sufficiente, anche se ha avuto un periodo di difficoltà. Attualmente svolge un'attività lavorativa alle dipendenze, ed è soddisfatta del suo lavoro. Nell'ultimo periodo ha avuto cambiamenti rilevanti nella sua vita in quanto ha perso un familiare a cui era molto affezionata.

Motivazione. Vuole intraprendere un trattamento per risolvere in maniera definitiva i suoi problemi.

	Risposte Omesse	Punteggio Grezzo	Punti Z	Rango Percentile
STAI-X1	0	33	-0.76	29
STAI-X2	0	37	-0.57	48
EPQ/R-E	0	5	-0.77	20
EPQ/R-N	0	0	-1.81	1
EPQ/R-P	0	2	-0.23	38
EPQ/R-L	0	0	-4.09	0.2
QPF/R	0	38	-0.88	19
IP/R-F	0	61	-0.50	26
IP/R-PH	-	5	-0.11	47
IP/R-1	0	9	-1.62	5
IP/R-2	0	31	0.94	71
IP/R-3	0	0	-1.51	1
IP/R-4	0	17	2.16	95
IP/R-5	0	0	-1.61	1
QD	0	5	-0.35	55
MOCQ/R	0	2	-1.39	12
MOCQ/1	0	1	-1.09	23
MOCQ/2	0	0	-1.50	5
MOCQ/3	0	0	-1.15	19
STAI-X1/R	0	14	-0.90	27
STAI-DIFF	0	-1	-0.74	61
Indice STAI-ACC	-	2	appropriato	-
Indice IR	-	6	appropriato	-

VALIDITA' DEL PROTOCOLLO

accuratezza risposte: l'indice IR e l'indice STAI-ACC sono nella norma. Non ci sono omissioni di rilievo.

interferenza stato di ansia: l'ansia provata all'inizio e alla fine della prova è nella norma.

tendenza alla simulazione o al conformismo: non si evidenziano tendenze alla simulazione.

analisi motivazione: ha deciso di sottoporsi a questo esame da sola e senza consultare nessuno; è disponibile ad intraprendere un trattamento anche se lungo ed impegnativo.

Prova valida.

ANALISI SCALE PRIMARIE

Il soggetto riferisce reazioni di paura per alcune situazioni stimolo. Si noti che nega di provare le più comuni paure, riferite ad animali repellenti (es. topi, pipistrelli, vermi). Lamenta paure riferite a viaggi, spostamenti, situazioni che comportano allontanamento da casa e/o dai propri familiari. Di conseguenza può avere manifestazioni agorafobiche. Incontra difficoltà interpersonali nell'ambiente di lavoro. Nel corso dell'ultimo anno vi sono stati cambiamenti rilevanti nelle sue abitudini di vita: nella sua famiglia, ha perso una persona molto cara.

APPROFONDIMENTI CONSIGLIATI

Verificare il grado d'interferenza che le paure di allontanamento hanno sull'autonomia del soggetto e precisare eventuali manifestazioni agorafobiche.

Scale secondarie consigliate: INVENTARIO DELLE LIMITAZIONI COMPORTAMENTALI, ASSERTIVENESS SCHEDULE DI RATHUS, EXTERNAL-INTERNAL LOCUS OF CONTROL DI ROTTER.

Studiare le difficoltà interpersonali incontrate nell'ambiente di lavoro, in relazione ad eventuali problemi di ansia sociale o di assertività e alle capacità di problem solving.

COMMENTO

Le scale evidenziano la paura degli spostamenti e dei luoghi chiusi. I bassi punteggi alle scale che indagano le paure più comuni e quelle sanitarie (quest'ultimo dato va di pari passo alla subscala 2 del MOCQ), rivelano in maniera obiettiva, così come verificato dal colloquio clinico, che la paziente non soffre delle seguenti paure: topi, pipistrelli, vermi . Sono presenti tratti di introversione sociale che si riflettono, come si può leggere anche dalla scheda 4, nella sua vita di relazione. Infine viene segnalato qualche problema di rapporto con i suoi colleghi di lavoro.

Coerentemente alle informazioni ottenute dal colloquio, la batteria non segnala altri tipi di problemi.

La paziente è stata trattata mediante desensibilizzazione sistematica in vivo; l'intervento è stato completato con un training di assertività per la gestione dei rapporti sociali.

CASO #4 ELSA

Modalità di invio. Si presenta da sola.

Descrizione del disturbo. Lamenta una fobia specifica per gli uccelli e i colombi in particolare. La paura si è generalizzata a qualsiasi cosa che abbia delle piume, animata o inanimata che sia.

Storia del soggetto. Elsa di anni 40, ha trascorso l'infanzia con entrambi i genitori. I rapporti con questi sono stati sempre difficili in quanto da piccola preferivano lasciarla alla governante; anche con il fratello i rapporti non sono mai stati buoni poichè quest'ultimo cercava sempre di renderle la vita difficile ostacolandola nelle sue scelte e nelle sue amicizie. L'unica persona importante per lei è stata la governante, che le è stata sempre vicino anche dopo sposata. Ha conseguito il diploma di maturità e non ha avuto particolari problemi in campo scolastico; si era iscritta al 1° anno di psicologia e poi ha abbandonato gli studi perchè si è sposata.

Ha sempre avuto delle buone amicizie che dopo sposata non ha potuto più frequentare perchè ostacolata dal marito. Ultimamente ha ricominciato a contattare gli amici e a trovarne di nuovi. Si è sposata a 20 anni, dopo un fidanzamento di 8 mesi, perchè credeva fosse il grande amore. Ora afferma che forse voleva solo andarsene da casa. Adesso lei e il marito stanno insieme soprattutto per amore dei figli. Attualmente lei collabora con un giornale scrivendo articoli.

	Risposte Omesse	Punteggio Grezzo	Punti Z	Rango Percentile
STAI-X1	0	55	1.45	91
STAI-X2	0	56	1.25	88
EPQ/R-E	0	10	0.64	67
EPQ/R-N	0	9	0.76	68
EPQ/R-P	0	6	2.20	98
EPQ/R-L	0	6	-1.04	12
QPF/R	0	51	0.44	70
IP/R-F	0	53	-0.86	14
IP/R-PH	-	6	-0.01	57
IP/R-1	0	15	-2.11	17
IP/R-2	0	16	-0.71	22
IP/R-3	0	5	-1.30	16
IP/R-4	0	4	-0.28	43
IP/R-5	0	4	-1.12	13
QD	0	5	0.07	55
MOCQ/R	1	4.2*	-0.56	31
MOCQ/1	0	1	-0.87	23
MOCQ/2	0	3	0.16	62
MOCQ/3	1	0*	-1	19
STAI-X1/R	0	23	1.16	87
STAI-DIFF	0	-3	-1.27	34
Indice STAI-ACC	0	0	appropriato	-
Indice IR	0	6	appropriato	-

VALIDITA' DEL PROTOCOLLO

accuratezza risposte: l'indice IR e l'indice STAI-ACC sono nella norma. Non vi sono omissioni di rilievo.

interferenza stato di ansia: l'ansia provata all'inizio e alla fine della prova è nella norma. Si nota un abbassamento dell'ansia durante la compilazione della prova.

tendenza alla simulazione o al conformismo: non si evidenziano tendenze alla simulazione.

analisi motivazione: ha deciso di sottoporsi a questo esame incoraggiato da consigli di altri più che per sua convinzione; è disposta ad intraprendere un trattamento anche se fosse lungo ed impegnativo .

Prova valida.

ANALISI SCALE PRIMARIE

Il soggetto può presentare alcuni dei seguenti tratti: anticonformismo ed insensibilità sociale, freddezza e rigidità nelle relazioni interpersonali, desiderio di sperimentare situazioni insolite e pericolose ed emozione violente.

Il soggetto lamenta molteplici forme di dolore che lo limitano nella vita quotidiana. Il dolore più forte e fastidioso è localizzato alla schiena. Il soggetto lamenta spesso mal di testa.

Il soggetto riferisce reazioni di paura per alcune situazioni stimolo. Comunque il punteggio all'inventario delle paure è nella norma.

Afferma di avere in passato preso in considerazione il suicidio. E' pertanto opportuno valutare il rischio attuale di suicidio. Riferisce incomprensione e contrasti nell'interazione di coppia.

Il soggetto ritiene insoddisfacenti e/o disturbati i suoi rapporti sessuali.

Dichiara disinteresse per il partner.

Dichiara di trovare sgradevoli alcune richieste sessuali del partner.

Dichiara che il partner non lo soddisfa sessualmente.

Il soggetto è in sovrappeso.

APPROFONDIMENTI CONSIGLIATI

Valutare se il soggetto presenta un rischio di disadattamento sociale e antisocialità. Poichè queste caratteristiche non sono adeguatamente approfondite, si consigliano analisi focalizzate, ad es. : VALUTAZIONE PSICHIATRICA, MMPI, RORSCHACH. Studiare la forma di dolore lamentata e le conseguenti limitazioni comportamentali. Scale secondarie consigliate: MCGILL PAIN QUESTIONNAIRE DI MELZACK, INVENTARIO DELLE LIMITAZIONI COMPORTAMENTALI. Studiare il mal di testa, l'intensità, la frequenza e le situazioni in cui si manifesta, nonché le strategie di coping del soggetto. Scale secondarie consigliate: SCHEDA DI ESAME DEL MAL DI TESTA, MCGILL PAIN QUESTIONNAIRE DI MELZACK. Approfondire i contrasti e le incomprensioni con il partner; analizzare le modalità di comunicazione, quelle con cui vengono prese le decisioni e risolti i problemi comuni, la qualità della relazione di coppia. Scale secondarie consigliate: QUESTIONARIO SULL'INTERAZIONE DI COPPIA, TEST DI DISCRIMINAZIONE TRA COMPORTAMENTI ASSERTIVI E NON ASSERTIVI DI JAKUBOWSKY. Approfondire il comportamento alimentare e i motivi del sovrappeso. Scala secondarie consigliata: QUESTIONARIO SULLE ABITUDINI ALIMENTARI.

COMMENTO ED APPROFONDIMENTI

I tratti di anticonformismo potrebbero essere anche riconducibili alla generale disillusione della paziente nei confronti dei rapporti sociali attinenti alla sfera familiare. Altre aree disfunzionali riguardano il rapporto col marito ed i figli ed un problema di dolore alla schiena. A parte questi ultimi due problemi, segnalati nella scheda 4, la batteria conferma che la paziente ha un problema estremamente specifico. Le sub-scale della scheda 7 infatti sono nella norma, poichè ella soffre solo di una specifica paura. Anche le altre scale sono nella norma.

Il profilo psicofisiologico mostra che la paziente reagisce agli stress ed ha capacità di recupero, evidenziabile dall'andamento degli indici della tensione muscolare (EMG) e della conduttanza cutanea (GSR).

Il trattamento della paziente si è concentrato sulla fobia per i pennuti e le piume, attraverso l'esposizione graduata in vivo a stimoli progressivamente più minacciosi per lei. La paziente ha scelto di non volere affrontare con lo psicologo gli altri problemi segnalati, confermando così i risultati della scala di disadattamento sociale (EPQ/R-P = 99 percentile)

CASO #5 MARA

Modalità di invio. Si presenta lamentando una forte depressione consigliata dallo psichiatra dell'ospedale dove era stata ricoverata per un breve periodo per lo stesso problema.

Descrizione del disturbo. Da un paio di anni lamenta disturbi della memoria. Ha difficoltà a dormire senza farmaci. Si sente confusa, abbandonata e senza affetto.

Storia del soggetto. La signora è nata in Francia ed ha 51 anni, è divorziata dal 1988 ed ha 2 figli: la figlia vive in Olanda, il figlio abita nello stesso paese della madre. Lei abita da sola. Ha frequentato la scuola primaria dai 6 ai 12 anni con buoni risultati, anche se aveva difficoltà di concentrazione. Dai 12 ai 16 anni ha frequentato la scuola secondaria presso un collegio religioso. Dopo una bocciatura, ha lavorato come domestica finché a 19 anni è partita per Londra con l'intento di trovarsi un lavoro ed imparare la lingua. Dopo un periodo di lavoro, conosce il futuro marito e decide di sposarsi perché rimasta incinta. Non molto convinta, ritorna in Francia e si sposa. Il marito, nonostante le condizioni economiche fossero gravi, non le ha mai permesso di lavorare e questo è rimasto per lei un desiderio non realizzato. A 7 anni dal matrimonio si trasferiscono in una città italiana per motivi di lavoro e questo trasferimento per lei è traumatico. Dopo un po' di tempo, a seguito di diverse liti coniugali, viene ricoverata in ospedale per problemi psichiatrici: la cura continua per circa un anno, alternando ricoveri e dimissioni.

Non si considera una buona madre e ritiene che i problemi con il marito siano dovuti ad una totale diversità di interessi. Nel 88 la coppia si separa e lei con la liquidazione di 15 milioni avuti dal marito, cambia modo di vivere: vestiti, divertimenti, amanti. Finiti i soldi chiede aiuto al marito che non la vuole aiutare. Quando scopre che il marito ha una nuova compagna entra in crisi ed inizia una psicoterapia che durerà 5 anni.

Attualmente ha delle storie sentimentali che non la soddisfano. Inoltre non sembra riuscire ad instaurare rapporti di vera amicizia; ultimamente il suo rapporto con i figli è migliorato, in quanto sente che sono in grado di capirla e di prendersi cura di lei.

	Risposte Omesse	Punteggio Grezzo	Punti Z	Rango Percentile
STAI-X1	0	58	1.81	94
STAI-X2	0	61	1.85	94
EPQ/R-E	0	2	-1.74	6
EPQ/R-N	0	10	1.21	78
EPQ/R-P	0	2	-0.23	38
EPQ/R-L	0	8	-0.45	32
QPF/R	0	45	-0.25	49
IP/R-F	1	102,7*	0.78	73
IP/R-PH	-	4	-0.30	38
IP/R-1	1	20*	-0.19	42
IP/R-2	0	36	1.43	95
IP/R-3	0	17	0.72	69
IP/R-4	0	11	0.96	82
IP/R-5	0	10	0.31	48
QD	0	14	1.52	94
MOCQ/R	0	7	0	59
MOCQ/1	0	3	-0.54	54
MOCQ/2	0	2	-0.39	42
MOCQ/3	0	3	1.15	86
STAI-X1/R	0	22	0.70	83
STAI-DIFF	1	-3	-1.27	34
Indice STAI-ACC	0		appropriato	-
Indice IR	6		appropriato	-

VALIDITA' DEL PROTOCOLLO

accuratezza risposte: l'indice IR e l'indice STAI-ACC sono nella norma. Non ci sono omissioni di rilievo.

interferenza stato di ansia: l'ansia provata all'inizio e alla fine della prova è nella norma.

tendenza alla simulazione o al conformismo: non si evidenziano tendenze alla simulazione.

analisi motivazione: ha deciso di sottorsi a questo esame su consiglio di altri più che per sua convinzione; è disponibile ad intraprendere un trattamento anche se lungo ed impegnativo.

Prova valida.

ANALISI SCALE PRIMARIE

Nella dimensione introversione-estroversione il soggetto si colloca decisamente in direzione dell'introversione. Può essere descritta come persona tranquilla e schiva, fredda e riservata con gli altri. Diffida dell'impulso momentaneo ad agire e viene considerata persona seria ed affidabile. Il soggetto riferisce di provare abitualmente un livello d'ansia abbastanza elevato (infatti, l'indice è al limite della significatività). Il soggetto lamenta una forma specifica di dolore che lo limita nella vita quotidiana. Il dolore è localizzato alla schiena. L'intensità è media. Tale dolore si presenta solo in certi periodi. Il soggetto lamenta spesso mal di testa. Il soggetto riferisce di dormire poco e/o male. Il soggetto riferisce reazioni di paura per alcune situazioni stimolo. Lamenta paure riferite ad una pluralità di eventi e di situazioni di rilievo sociale, nelle quali teme di essere rifiutato e fatto oggetto di critiche severe (verificare se queste paure sono associate ad uno stile comportamentale di tipo passivo). Il soggetto riferisce manifestazioni depressive (infatti, l'indice è al limite della significatività). Afferma di avere in passato preso in considerazione il suicidio. Il soggetto ritiene insoddisfacenti e/o disturbati i suoi rapporti sessuali. Riferisce rapporti sessuali troppo brevi. Dichiara una diminuzione del desiderio sessuale. Dichiara di trovare sgradevoli alcune richieste sessuali del partner. Dichiara che il partner non lo soddisfa sessualmente. Dichiara di non provare alcun piacere durante il rapporto sessuale. Nel corso dell'ultimo anno vi sono stati cambiamenti rilevanti nelle sue modalità di vita e in particolare nella sua salute. Il soggetto può essere interessato ad intraprendere un trattamento per smettere di fumare.

APPROFONDIMENTI CONSIGLIATI

L'ansia può essere ulteriormente valutata attraverso: registrazioni psicofisiologiche (LINEA DI BASE, PROFILO DI STRESS), diari e schede di automonitoraggio, osservazioni dei familiari, osservazione diretta, role-playing. Studiare il mal di testa, l'intensità la frequenza e le situazioni in cui si manifesta, nonché le strategie di coping del soggetto. Scale secondarie consigliate: SCHEDE DI ESAME DEL MAL DI TESTA, MC GILL PAIN QUESTIONNAIRE DI MELZACK. Indagare lo specifico disturbo del sonno. Scale secondarie consigliate: DIARIO DEL SONNO, INVENTARIO DEI PENSIERI INTRUSIVI. Controllare se le paure sociali che il soggetto riferisce sono legate ad uno stile comportamentale di tipo passivo. Scale secondarie consigliate: ASSERTIVENESS SCHEDULE DI RATHUS, ASSERTION INVENTORY DI GAMBRILL E RICHEY. Approfondire le manifestazioni depressive . Scale secondarie consigliate: DEPRESSION INVENTORY DI BECK, CES-D. Studiare i cambiamenti verificatisi nell'ultimo anno, la loro rilevanza, in che misura siano stati desiderati e siano sotto controllo del soggetto. Valutare il loro carico stressante utilizzando la SCALA DI PAYKEL

COMMENTO ED APPROFONDIMENTI

L'ansia di stato cala durante la compilazione della batteria.

L'ansia di tratto è abbastanza alta. L'alto livello di introversione della paziente trova riscontro sia nella sua freddezza nei rapporti interpersonali sia nella mancanza di vere amicizie. La paura del rifiuto sociale segnalata dalla batteria si ritrova nella preoccupazione della paziente di essere abbandonata. La depressione, che è il motivo per cui la paziente chiede aiuto, è confermata sia dalla scala apposita che dalle considerazioni riguardo al suicidio e ai disturbi del sonno. Per ulteriore documentazione dello stato depressivo della paziente abbiamo somministrato il Beck Depression Inventory che evidenzia la presenza di un episodio depressivo di una certa entità. I problemi della paziente sono invariabilmente preceduti da eventi percepiti da lei fortemente stressanti. A questa percezione sono probabilmente da ricollegare i disturbi psicofisiologici lamentati dalla paziente.

A seguito dell'assessment si è deciso di sottoporre la paziente a terapia cognitiva per la depressione e per la gestione delle situazioni da lei ritenute stressanti; problem solving per fornire alla paziente abilità di fronteggiamento dei problemi; training di assertività per migliorare le relazioni interpersonali.

CASO #6 NICOLA

Modalità di invio. Si presenta di propria iniziativa.

Descrizione del disturbo. Si definisce persona timida e vergognosa, senza personalità: non è contenta nè del suo aspetto fisico, nè del suo modo di pensare e parlare. Riferisce che non è mai riuscito a socializzare, si considera totalmente inadeguato nei rapporti con l'altro sesso e non ha mai avuto una relazione affettiva. Infine riferisce di sentirsi privo di identità, di stimoli e di voglia di fare.

Dall'età di 20 anni soffre di disturbi d'ansia che sovente si somatizzano; l'ansia si manifesta in occasione di rapporti interpersonali e in situazioni di esami scolastici. Questi problemi gli hanno impedito di frequentare l'università.

Storia del soggetto. Il paziente di anni 32, vive con i genitori e un fratello di anni 26. Fino all'età di 11 anni il padre ha vissuto in Germania per motivi di lavoro e ha avuti scarsi contatti con i figli. Dopo gli 11 anni entra in seminario e vi rimane fino ai 14, quando si trasferisce con la famiglia in un'altra città, dove completa gli studi.

I rapporti in famiglia sono sempre stati freddi e distaccati e inoltre la madre ha sofferto e soffre di ansia.

Attualmente vive da solo, non ha amici, si sente triste e scoraggiato pur non manifestando sintomi depressivi.

Motivazione. Vuole sottoporsi al trattamento anche se non sa cosa aspettarsi.

	Risposte Omesse	Punteggio Grezzo	Punti Z	Rango Percentile
STAI-X1	0	48	1.31	89
STAI-X2	0	62	2.78	98
EPQ/R-E	0	1	-2.16	3
EPQ/R-N	0	11	1.85	95
EPQ/R-P	0	1	-1.13	16
EPQ/R-L	0	5	-1.20	10
QPF/R	0	47	0.67	79
IP/R-F	0	53	-0.15	46
IP/R-PH	-	0	-0.71	19
IP/R-1	0	13	-0.33	37
IP/R-2	0	26	0.70	73
IP/R-3	0	3	-0.59	35
IP/R-4	0	1	-0.70	27
IP/R-5	0	5	-0.44	38
QD	0	14	3.23	99
MOCQ/R	0	9	0.87	76
MOCQ/1	0	6	1.32	83
MOCQ/2	0	1	-0.78	21
MOCQ/3	0	3	1.75	91
STAI-X1/R	0	23	1.72	94
STAI-DIFF	0	1	0.74	74
Indice STAI-ACC	0	0	appropriato	-
Indice IR	0	6	appropriato	-

SCHEDA 4

Il soggetto lamenta una forma specifica di dolore che lo limita nella vita quotidiana. Il dolore si presenta solo in certi periodi. Il soggetto riferisce di dormire poco e/o male.

Nel corso dell'ultimo anno vi sono stati cambiamenti rilevanti nelle sue modalità di vita e in particolare: ha cambiato casa, ha cambiato città.

Il soggetto è in sovrappeso, ritiene di mangiare troppo. Ha tentato di seguire una dieta senza riuscirci.

VALIDITA' DEL PROTOCOLLO

accuratezza risposte: l'indice IR e l'indice STAI-ACC sono nella norma. Non ci sono omissioni di rilievo.

interferenza stato di ansia: l'ansia provata all'inizio e alla fine della prova è nella norma.

tendenza alla simulazione o al conformismo: non si evidenziano tendenze alla simulazione.

analisi motivazione: ha deciso di sottoporsi a questo esame da solo e incoraggiato da consigli di altri; è disponibile ad intraprendere un trattamento anche se lungo ed impegnativo.

Prova valida.

ANALISI SCALE PRIMARIE

Il soggetto riferisce di provare abitualmente un livello d'ansia elevato.

Nella dimensione introversione-estroversione il soggetto si colloca decisamente in direzione dell'introversione. Può essere descritto come persona tranquilla e schiva, "fredda" e riservata con gli altri ed affidabile. Scarsa stabilità emotiva. Il soggetto presenta un rischio elevato di sviluppare disturbi sotto stress.

Il soggetto riferisce numerose manifestazioni depressive.

APPROFONDIMENTI CONSIGLIATI

L'elevato livello di ansia può essere valutato attraverso: registrazioni psicofisiologiche (LINEA DI BASE, PROFILO DI STRESS), diari e schede di automonitoraggio, osservazioni dei familiari, osservazioni dirette, role-playing.

Indagare lo specifico disturbo del sonno.

Scale secondarie consigliate: DIARIO DEL SONNO, INVENTARIO DEI PENSIERI INTRUSIVI

Approfondire le manifestazioni depressive

Scale secondarie consigliate: DEPRESSION INVENTORY DI BECK, CES-D

Studiare i cambiamenti verificatisi nell'ultimo anno, la loro rilevanza, in che misura siano stati desiderati e siano sotto il controllo del soggetto.

Valutare il loro carico stressante utilizzando la SCALA DI PAYKEL.

Approfondire il comportamento alimentare e i motivi del sovrappeso.

Scala secondaria consigliata: QUESTIONARIO SULLE ABITUDINI ALIMENTARI.

COMMENTO ED APPROFONDIMENTI

L'ansia di tratto è particolarmente elevata e conferma lo stato di disagio quasi permanente del paziente. La sua condizione esistenziale si riflette nei punteggi delle seguenti scale: EPQ/ R-E, EPQ/R-N; in sostanza si tratta di una persona fortemente chiusa all'ambiente esterno sia per la presenza di tratti di introversione sia presumibilmente a causa del timore che incutono i rapporti sociali. Occorre verificare se la depressione è primaria o causata dall'ansia sociale del paziente (in particolare dalla mancanza di rinforzi sociali) o da altri disturbi. All'MMPI-2, le scale confermano la presenza di depressione, ansia e tratti di introversione e chiusura al mondo esterno. L'interpretazione per codice sottolinea soprattutto il quadro depressivo. Al paziente è stato anche somministrato il questionario di Gambrill e Richey sull'assertività; i punteggi a tale questionario sono nella norma o prossimi alla norma (vedi il Gambrill & Richey allegato). I risultati di tali approfondimenti indirizzano verso problematiche sia di tipo cognitivo che di tipo comportamentale.

In effetti il paziente è stato trattato con terapia cognitiva e training assertivo.

CASO #7 FILIPPO

Modalità di invio. Si rivolge al servizio di psicologia clinica dell'ULSS su consiglio del medico di base.

Descrizione del disturbo. Lamenta problemi di sonno, sentimenti di abbandono e numerose manifestazioni di tipo depressivo: il problema principale risulta essere la sua preoccupazione per la critica sociale. Dice di avere la tendenza a scaricare le proprie colpe sugli altri e di sentirsi da questi abbandonato. Inoltre dice di avere dei tremori soprattutto in presenza degli altri e per questo motivo prende dei farmaci; afferma anche che l'ansia diminuisce quando fa amicizia con qualcuno.

Storia del soggetto. Il signor Filippo di anni 28, vive in famiglia con i genitori e un fratello (gli altri 3 sono sposati). Il soggetto ha un diploma di scuola media inferiore; si era iscritto ad una scuola professionale, che lascia dopo un anno. Riferisce di aver avuto dei problemi con i compagni sia delle medie inferiori che superiori, ma non con quelli delle elementari. Riguardo ai rapporti con i compagni delle scuole medie inferiori, riferisce che era vittima di scherzi e lo prendevano spesso in giro. Il rapporto con le insegnanti era normale, non ha avuto nessun tipo di problema. Il rendimento scolastico è stato ottimo all'elementari e scarso alle scuole medie.

Il soggetto attualmente svolge un'attività lavorativa alle dipendenze (in un maglificio) ma non è molto soddisfatto del lavoro che ha.

Attualmente è costretto a prestare molta attenzione a come spende i suoi soldi perchè deve estinguere un mutuo che aveva contratto precedentemente per avviare un'attività di parrucchiere che poi è fallita. Prima di tutto ciò, aveva lavorato per 6 anni come parrucchiere in diversi posti.

E' fidanzato da quasi 10 anni e definisce la sua relazione discreta, anche se la sua ragazza non ha un carattere facile.

	Risposte Omesse	Punteggio Grezzo	Punti Z	Rango Percentile
STAI-X1	0	64	3.21	99
STAI-X2	0	68	3.47	99
EPQ/R-E	0	10	0.66	68
EPQ/R-N	0	11	1.85	95
EPQ/R-P	0	2	-0.47	39
EPQ/R-L	0	0	-3.20	0.4
QPF/R	0	58	2.08	96
IP/R-F	0	89	1.26	86
IP/R-PH	-	10	2.14	95
IP/R-1	0	14	-0.18	42
IP/R-2	0	44	2.68	99
IP/R-3	0	8	0.32	69
IP/R-4	0	8	1.35	88
IP/R-5	0	11	0.89	81
QD	0	13	2.94	98
MOCQ/R	0	14	2.26	96
MOCQ/1	0	7	1.77	91
MOCQ/2	0	4	1.09	84
MOCQ/3	0	4	2.58	97
STAI-X1/R	0	32	3.97	99
STAI-DIFF	0	1	0.74	74
Indice STAI-ACC	0	2	appropriato	-
Indice IR	0	6	appropriato	-

SCHEDA 4

Il soggetto lamenta molteplici forme di dolore che lo limitano nella vita quotidiana. Il dolore più forte e fastidioso è localizzato in quasi tutte le parti del corpo. L' intensità è media. Tale dolore si presenta solo in certi periodi.

Il soggetto lamenta mal di testa.

Il soggetto riferisce di dormire poco e/o male.

Afferma di avere in passato preso in considerazione il suicidio.

Riferisce rapporti sessuali troppo brevi.

Nel corso dell'ultimo anno vi sono stati cambiamenti rilevanti nelle sue modalità di vita e in particolare: nelle sue abitudini di vita, nella sua salute, ha cambiato città.

Dichiara episodi di bere eccessivo ed ebbrezza.

ANALISI SCALE PRIMARIE

Il soggetto riferisce di provare abitualmente un livello d'ansia elevato. Scarsa stabilità emotiva. Il soggetto potrebbe sviluppare dei disturbi in situazioni di stress. Il soggetto lamenta molteplici forme di dolore che lo limitano nella vita quotidiana. Il dolore più forte e fastidioso è localizzato in quasi tutte le parti del corpo. L'intensità è media. Tale dolore si presenta solo in certi periodi. Il soggetto lamenta mal di testa. Il soggetto riferisce di dormire poco e/o male. Il soggetto riferisce numerose reazioni di paure. Lamenta paure riferite ad una pluralità di eventi e di situazioni di rilievo sociale, nelle quali teme di essere rifiutato e fatto oggetto di critiche severe (verificare se queste paure sono associate ad uno stile comportamentale di tipo passivo). Afferma di avere in passato preso in considerazione il suicidio. E' pertanto opportuno valutare il rischio attuale di suicidio. Il soggetto lamenta ossessioni/compulsioni. Riferisce preoccupazioni e comportamenti di controllo e ricontrollo senza necessità. Potrebbe mettere in atto rituali di pulizia e decontaminazione. Riferisce dubbi e scrupoli ossessivi, pensieri intrusivi sgradevoli. Riferisce rapporti sessuali troppo brevi. Nel corso dell'ultimo anno vi sono stati cambiamenti rilevanti nelle sue modalità di vita e in particolare: nelle sue abitudini di vita, nella sua salute, ha cambiato città. Dichiara episodi di bere eccessivo ed ebbrezza.

APPROFONDIMENTI CONSIGLIATI

Studiare la forma di dolore lamentata e le conseguenti limitazioni comportamentali.

Scale secondarie consigliate: MCGILL PAIN QUESTIONNAIRE DI MELZACK, INVENTARIO DELLE LIMITAZIONI COMPORTAMENTALI

Indagare lo specifico disturbo del sonno.

Scale secondarie consigliate: DIARIO DEL SONNO, INVENTARIO DEI PENSIERI INTRUSIVI.

Studiare le reazioni di paura attraverso procedure di osservazione, prove di evitamento e valutazioni psicofisiologiche.

Scale secondarie consigliate: IMAGERY SURVEY SCHEDULE DI RATHUS.

Controllare se le paure sociali che il soggetto riferisce sono legate ad uno stile comportamentale di tipo passivo.

Scale secondarie consigliate: ASSERTIVENESS SCHEDULE DI RATHUS, ASSERTION INVENTORY DI GAMBRILL E RICHEY.

Verificare se i comportamenti di controllo hanno carattere compulsivo e interferiscono con la vita pratica.

Scale secondarie consigliate: PADUA INVENTORY, YALE-BROWN OBSESSIVE-COMPULSIVE SCALE

Approfondire pensieri intrusivi: contenuto tematico, frequenza, grado di invasività, capacità di allontanamento volontario, livello di critica.

Scale secondarie consigliate: INVENTARIO DEI PENSIERI INTRUSIVI, YALE-BROWN OBSESSIVE-COMPULSIVE SCALE.

Studiare in modo approfondito il comportamento sessuale e la possibilità di disfunzioni psicosessuali

Studiare i cambiamenti verificatisi nell'ultimo anno, la loro rilevanza, in che misura siano stati desiderati e siano sotto il controllo del soggetto. Valutare il loro carico stressante utilizzando la SCALA DI PAYKEL.

Approfondire l'uso di sostanze stupefacenti nel passato e nel presente.

COMMENTO ED APPROFONDIMENTI

Anche se il procollo CBA non è valido, consideriamo ugualmente il caso a fini didattici.

L'alto punteggio nell'ansia di tratto conferma la sua difficoltà a vivere serenamente il quotidiano; a questo si aggiunge la condizione di instabilità emotiva (EPQ/R-N).

Il problema principale lamentato dal paziente è confermato dalla scala delle paure e in particolare dalla sub-scala che riguarda il rifiuto sociale. Il paziente lamenta pensieri intrusivi collegabili al suo problema principale e non certamente ad una condizione ossessiva. Dal CBA risulta che il paziente in passato ha fatto uso di sostanze stupefacenti ed emerge anche qualche episodio di abuso di alcool. E' opportuno approfondire se si tratta di singoli episodi (come in realtà è stato poi verificato) o di più radicate abitudini.

Il trattamento consigliato e messo in atto consiste in un pacchetto terapeutico comprendente una ristrutturazione cognitiva, un training di assertività', un training di rilassamento e un training di desensibilizzazione sistematica per le situazioni sociali.

CASO #8 ALBERTO

Modalità di invio. Si presenta alla visita psicologica inviato da uno psicologo responsabile di una comunità terapeutica.

Descrizione del problema. Dice di essersi sempre sentito depresso e insoddisfatto, che ci sono state diverse crisi ed adesso ne sta passando una un po' più grave delle altre. Lo stato depressivo si è manifestato con dimagrimento, sensazione di vuoto, incapacità di lavorare e pensieri autosvalutativi. Riferisce anche difficoltà nei rapporti con persone di sesso femminile.

Storia del soggetto. Alberto di anni 34, ha un fratello gemello e una sorella di qualche anno più giovane. I rapporti con la madre sono sempre stati difficili; ricorda che era spesso punito dalla madre. Durante l'adolescenza i rapporti in famiglia diventano più difficili e sono caratterizzati dalla quasi assenza di dialogo e di affetto. Durante le superiori (liceo Scientifico) non si trova molto bene, forse perchè incomincia una vita un po' trasgressiva (uso di droga, attività politica). infine si iscrive alla facoltà di filosofia ma non sostiene alcun esame. Nel periodo adolescenziale e post-adolescenziale Alberto dice di voler distruggere la sua famiglia e la società e sente di raggiungere il suo obiettivo facendo parte attivamente dell'estrema sinistra. Inizialmente la sua vita viene influenzata dall'attività politica poi passa alla dipendenza da pastiglie. Un primo tentativo di disintossicazione avviene quando suo padre lo manda in una comunità. Uscito dalla comunità ricade nella dipendenza. Un secondo tentativo di disintossicazione ha esito positivo (circa 8-9 anni fa). Successivamente resta ospite della zia materna.

Attualmente vive ancora con la zia anche se il rapporto è un po' difficile. I rapporti con i genitori sono limitati a qualche telefonata e così anche con la sorella. Con il fratello invece c'è un buon rapporto. I genitori si sono separati e vivono entrambi in città diverse

Solo intorno ai 20 anni ha avuto qualche amicizia profonda, dopo ha avuto solo conoscenze; si sente attratto soprattutto da donne più vecchie di lui e soprattutto professoresse o maestre. Attualmente non ha molti amici. In passato ha cambiato molti lavori di diverso genere; adesso ha uno studio come grafico pubblicitario, aperto grazie ai soldi della zia.

SCHEDA 4

non dichiara di soffrire di malattie fisiche.

Il soggetto riferisce un dolore specifico all'addome. L'intensità è moderata. Tale dolore si presenta solo in certi periodi.

Il soggetto riferisce di dormire poco e/o male.

Il soggetto manifesta dei tic.

Afferma di avere in passato preso in considerazione il suicidio.

Il soggetto presenta frequenti episodi di balbuzie (verificare se la balbuzia è associata a paure sociali).

Nel corso dell'ultimo anno vi sono stati cambiamenti rilevanti nelle sue modalità di vita e in particolare: nelle sue abitudini di vita.

Dichiara episodi di bere eccessivo ed ebbrezza.

Il soggetto può essere interessato ad intraprendere un trattamento per smettere di fumare.

	Risposte Omesse	Punteggio Grezzo	Punti Z	Rango Percentile
STAI-X1	0	66	3.45	99
STAI-X2	0	67	3.36	99
EPQ/R-E	0	1	-2.16	3
EPQ/R-N	0	11	1.85	95
EPQ/R-P	0	4	0.87	83
EPQ/R-L	0	4	-1.60	6
QPF/R	0	64	2.85	99
IP/R-F	0	106	1.93	95
IP/R-PH	-	8	1.57	92
IP/R-1	0	24	1.24	86
IP/R-2	0	38	2.02	97
IP/R-3	0	10	0.68	78
IP/R-4	0	10	1.94	93
IP/R-5	0	17	2.22	97
QD	0	17	4.12	99
MOCQ/R	0	16	2.82	99
MOCQ/1	0	7	1.77	91
MOCQ/2	0	6	2.34	96
MOCQ/3	0	4	2.58	97
STAI-X1/R	0	30	3.47	99
STAI-DIFF	0	0	-0.47	58
Indice STAI-ACC	0	2	appropriato	-
Indice IR	0	6	appropriato	-

ANALISI SCHEDE PRIMARIE

Il soggetto riferisce di provare abitualmente un livello d'ansia elevato. Nella dimensione introversione-estroversione il soggetto si colloca decisamente in direzione dell'introversione. Può essere descritto come persona tranquilla e schiva, "fredda" e riservata con gli altri. Diffida dell'impulso momentaneo ad agire e viene considerato persona seria ed affidabile. Scarsa stabilità emozionale. Il soggetto presenta un rischio elevato di sviluppare disturbi sotto stress. Lamenta numerosi disturbi somatici e, dall'altra parte non dichiara di soffrire di malattie fisiche. Qualora la valutazione medica non spieghi i numerosi lamenti, è possibile che il problema riguardi piuttosto una eccessiva attenzione e preoccupazione per le sensazioni somatiche e la propria salute. Il soggetto riferisce un dolore specifico all'addome. L'intensità è moderata. Tale dolore si presenta solo in certi periodi. Il soggetto riferisce numerose reazioni di paura. Lamenta paure riferite ad una pluralità di eventi e di situazioni di rilievo sociale, nelle quali teme di essere rifiutato e fatto oggetto di critiche severe (verificare se queste paure sono associate ad uno stile comportamentale di tipo passivo). Riferisce paure connesse alla vista del sangue e/o di ferite, iniezioni ed interventi chirurgici. Il soggetto riferisce numerose manifestazioni depressive. Afferma di avere in passato preso in considerazione il suicidio.

COMMENTO

Si tratta di un'altro caso abbastanza complesso. La generale elevazione di quasi tutte le scale del CBA ci suggerisce alcune ipotesi: a) il soggetto enfatizza la propria condizione di disagio; b) il soggetto è gravemente disturbato. L' MMPI e il Beck Depression Inventory allegati non ci permettono di escludere nessuna delle due ipotesi. Inoltre, tenendo conto della storia del paziente (in particolare della tossicodipendenza) possiamo ipotizzare uno stile cognitivo volto ad aggravare le proprie problematiche; d'altra parte tutte le indagini effettuate successivamente hanno indicato la presenza di una elevata depressione. Vengono anche confermati tratti di introversione sociale, disadattamento, ostilità, desideri di suicidio. Le paure e le preoccupazioni riportate al CBA, potrebbero anche essere collegate alla forte depressione presente.

Il paziente è stato provvisoriamente affidato alle cure di uno psichiatra per un intervento farmacologico con antidepressivi: infatti persone troppo depresse non hanno le risorse per iniziare un training di terapia cognitiva. Con la diminuzione della depressione si è ritenuto opportuno iniziare una terapia cognitiva per attaccare i presupposti che mantengono la depressione stessa.