

**ESEMPIO DI REPORT:
VALUTAZIONE PAZIENTE
BIANCHI M.**

Luca Morselli

Psicologo

Cell: 3391751888

P.iva: 03790911204

C.F.: MRSLCU76S09F240Y

Iscrizione Albo Psicologi Emilia Romagna n. 9339

Bologna, .././....

OGGETTO: VALUTAZIONE DIAGNOSTICA

SIG. M. BIANCHI

Il sign. Bianchi giunge alla mia attenzione per eseguire un'indagine psicodiagnostica sintomatologica e personologica come da Lui richiesto. La valutazione si è concretizzata in 4 incontri di circa 60 minuti, comprensiva degli strumenti di seguito riportati. L'atteggiamento nei confronti della valutazione è stato di apertura, collaborazione e disponibilità.

SCHEMA 4 CBA

M. ha 36 anni , vive con la moglie di 35 anni e ha un figlio di 4. Attualmente lavora presso un'azienda tessile.

Dichiara di aver trascorso tutta l'infanzia e l'adolescenza con entrambi i genitori. In generale, valuta come buona la qualità dell'educazione ricevuta sia da parte della madre che dal padre, con i quali i rapporti vengono definiti buoni; c'è affetto, comprensione e abbastanza serenità. Oltre ai genitori, riferisce che anche i nonni hanno avuto un ruolo importante nella sua educazione, specialmente la nonna materna.

In ambito scolastico descrive come sufficiente il proprio rendimento, non riportando difficoltà specifiche.

Rispetto all'area degli affetti dichiara di avere con la moglie una relazione affettiva importante e stabile, valutata come buona, abbastanza serena e affettuosa, non ci sono litigi importanti mentre riguardo alla sfera sessuale riporta di avere solo rapporti saltuari, riportando una diminuzione del desiderio sessuale. Non riferisce esperienze sessuali con persone del suo stesso sesso.

Attualmente sul lavoro si ritiene abbastanza soddisfatto. Riferisce di mantenersi in disparte ed evita, quando può, i rapporti con i colleghi. Dal punto di vista economico spiega che attualmente è abbastanza tranquillo.

Rispetto allo stile di vita afferma di non aver mai subito procedimenti giuridici, di non aver mai fumato e di bere alcolici solo in occasioni particolari.

Non riporta l'uso di sostanze psicoattive. Descrive il suo appetito come nella norma, con abitudini che rispettano i pasti principali. Per quanto riguarda i ritmi e la qualità del sonno, afferma che abitualmente dorme meno di 6 ore per notte. Riferisce di impiegare talvolta più di 30 minuti per prendere sonno; ha talvolta difficoltà in fase di addormentamento e spesso risvegli notturni o precoci al mattino. Riporta delle criticità da un punto di vista organico come gastrite ricorrente e tensione muscolare a carico di spalle e collo.

Rispetto alle attività svolte nel tempo libero afferma di non praticare sport con regolarità, individuando tra i suoi passatempi preferiti i seguenti: guardare partite di calcio, leggere e uscire a cena con la moglie e il figlio.

Dall'indagine anamnestica non si rilevano tentativi auto-soppressivi; non riporta alcuna esperienza negativa saliente avvenuta nella sua vita. Riferisce di non avere pensieri sgradevoli di cui non riesce a sbarazzarsi, tuttavia si considera una persona tesa e nervosa con frequenti sbalzi d'umore.

Non fornisce né una valutazione dei suoi attuali problemi psicologici, né una descrizione di essi.

Dichiara di aver non aver mai fatto in passato visite psichiatriche, di non aver intrapreso trattamenti psicologici o psicoterapie; non assume in questo momento terapia farmacologica. Ha deciso di consultare uno specialista perché non riesce più a funzionare bene a causa di un'ansia troppo elevata.

SCID-5-CV

Dalla valutazione sintomatologica secondo i criteri del DSM-5 emergono criteri sufficienti per formulare la seguente diagnosi:

- **Disturbo d'Ansia generalizzata attuale** (300.02; F41.1);
- **Disturbo Depressivo maggiore attuale** (296.22; F32.1).

In anamnesi il paziente riferisce la presenza di un altro Episodio Depressivo che ha comportato l'insorgenza di un Disturbo in quest'area, risalente a 4 anni fa e durato circa due mesi. L'esordio è stato concomitante alla nascita del figlio.

All'età di 30 anni, inoltre, M. inizia a soffrire di attacchi di panico, che si strutturano in un Disturbo di Panico, attualmente in remissione. Gli attacchi si sono manifestati per circa un anno e per 2 mesi con insorgenza nelle ore notturne. Da allora non riporta attacchi di panico.

Relativamente all'indagine per gli episodi traumatici, si riscontrano i seguenti eventi. Alla nascita del figlio scopre che il piccolo ha dei problemi di salute che lo tratterranno in ospedale per 6 mesi. Circa un anno fa la madre sviluppa un carcinoma e muore in breve tempo. Non sussistono tuttavia gli elementi per effettuare una diagnosi di Disturbo Post-Traumatico da Stress.

SCID-5-PD

M. si descrive come leale, disponibile, responsabile, pessimista, con idee precise su come dovrebbero essere il mondo e gli altri. Sostiene che gli altri lo descriverebbero nello stesso modo, aggiungendo molto testardo e che lavora troppo. Tra le figure importanti della sua vita riconosce la madre, la moglie, la nonna materna (venuta a mancare nel 2015) e il fratello di 30 anni. Descrivendo i rapporti

con gli altri, afferma: *con mia moglie ci ho messo un po' a fidarmi, ma ora la relazione è buona e mi supporta molto. Con mio padre e mio fratello sono continui litigi, perché pretendono e non fanno, non aiutano e mi stressano. La nonna materna era molto affettuosa, facevamo tante cose insieme, mi voleva molto bene; tutto il contrario dei nonni paterni che erano rigidi e poco affettuosi; non ho rapporti con loro.* In merito agli aspetti del suo carattere che crede gli abbiano creato dei problemi nelle relazioni con gli altri, individua: *o gli altri danno il massimo nella relazione che hanno con me oppure per me non è un rapporto vero.* Rispetto alla valutazione del grado di successo sostiene di sentirsi mediocre per la carriera lavorativa.

Nell'ultimo anno anche la relazione sentimentale è peggiorata e manca spesso un aspetto di intimità. *Nelle amicizie faccio molta fatica a fidarmi ed è in parte il motivo per cui sono anche qua.* Se potesse cambiare qualche aspetto della propria personalità vorrebbe essere più libero e sereno, avere meno ansia opprimente, godersi la vita, *mi sento già vecchio. Vorrei riuscire a smettere di pensare a scopi, doveri e responsabilità.*

Dalla valutazione personologica secondo la SCID-5-PD emergono criteri sufficienti per effettuare diagnosi di **Disturbo Ossessivo Compulsivo di Personalità (F60.5; 301.4)** e **Disturbo Paranoide di Personalità (F60.0; 301.0)**. Di seguito, si riportano le aree che hanno evidenziato la presenza di tratti caratteristici della persona, che potrebbero essere utili per una migliore comprensione del funzionamento psicosociale.

AREA	CRITERI
Evitante	<ul style="list-style-type: none"> • Si preoccupa di essere criticato o rifiutato in situazioni sociali; • È inibito in situazioni interpersonali nuove per sentimenti di inadeguatezza.
Ossessivo-compulsivo	<ul style="list-style-type: none"> • È preoccupato per i dettagli, le regole, le liste, l'ordine, l'organizzazione o i programmi, al punto che va perduto lo scopo principale dell'attività • Mostra un perfezionismo che interferisce con il completamento dei compiti • È eccessivamente dedito al lavoro e alla produttività, fino all'esclusione delle attività di svago e delle amicizie; • È eccessivamente coscienzioso, scrupoloso e intransigente in tema di moralità, etica o valori • È riluttante a delegare compiti o a lavorare con altri, a meno che gli altri non si sottomettano completamente al suo modo di fare le cose • Manifesta rigidità e testardaggine.
Paranoide	<ul style="list-style-type: none"> • Sospetta, senza fondamento, di essere sfruttato, danneggiato o ingannato dagli altri • Dubita, senza giustificazione, della lealtà o affidabilità di amici o colleghi • È riluttante a confidarsi con gli altri a causa del timore ingiustificato che le informazioni possano essere usate contro di lui • Porta costantemente rancore.
Schizoide	<ul style="list-style-type: none"> • Prova piacere in poche o nessuna attività
Borderline	<ul style="list-style-type: none"> • Sentimenti cronici di vuoto.

LIBET

TEMI		SCALA DI VALUTAZIONE TEMI	PUNTEGGIO
1 (estremamente doloroso)	INADEGUATO	Condizionamento dei temi	26/30
2 (molto doloroso)	ABBANDONATO	Dolorosità/intollerabilità	22,5/30
3 (abbastanza doloroso)	COLPA	Dolorosità/intollerabilità	20/30

		SCALA DI VALUTAZIONE PIANI	
1 (sempre)	CONTROLLARE	Condizionamento	34/40
2 (spesso)	RIMUGINARE	Utilità	33/40
3 (qualche volta)	EVITARE	Controllo	28/40

Il paziente riporta stati d'animo che rimandano ad un tema nucleare di **Inadeguatezza** (Inadeguato), di **Disamore** (abbandonato) e **Indegnità** (colpa) e riferisce strategie di gestione degli stati emotivi che si configurano su un piano **Prescrittivo** (controllare, rimuginare) e **Prudenziale** (evitare).

SCALE CLINICHE

Test	Punteggio	Range di normalità	Cut off patologici	Alterazioni significative	Indicazioni
ACQ-SC	1		> 8		Controllo Emotivo
	20		> 13	*	Controllo della minaccia
	9		> 9	*	Controllo dei livelli di stress
ASQ	25	30-38		*	Fiducia
	40	23-46			Disagio nelle relazioni intime
	21	9-20		*	Relazioni considerate come secondarie
	22	21-32			Preoccupazioni per relazioni intime
	31	11-36			Bisogno di approvazione
ARS	39		>24	*	Ruminazione eccessiva con contenuti rabbiosi
BAI		0-7			Sintomatologia ansiosa assente/sottosoglia
			8-15		Ansia Lieve
			16-25		Moderata
	27		26-30	*	Grave
BDI		0-10			Assenza sintomi depressivi
			11-16		Lievi sintomi depressivi
			17-20		Sintomi depressivi clinicamente non invalidanti
	25		21-30	*	Depressione moderata
			31-40		Depressione severa
		>40		Depressione estrema	
DERS		0-90			Assenza difficoltà di regolazione emotiva
			90-105		Moderata difficoltà di regolazione emotiva
	117		>105	*	Forte difficoltà nella regolazione emotiva
EDI	2	F 0-11 M 0-5	F> 11 M>5		Tendenza a dimagrire
	0	F 0-8 M 0-3	F> 8 M>3		Bulimia
	11	F 0-15 M 0-5	F> 15 M>5		Insoddisfazione corporea
LOSCS	63	0-42	>42	*	Criticismo Verso se stessi
	39	0-41	>41		Criticismo Verso gli altri
IUS		0-65			Assenza di tendenza a non tollerare l'incertezza
			65-80		Lieve tendenza a non tollerare l'incertezza
	91		81-108	*	Moderata tendenza a non tollerare l'incertezza
			>108		Forte tendenza a non tollerare l'incertezza
MCQ30-1	9	0-12	>12		Credeenze sui vantaggi del pensiero rimuginativo
MCQ30-2	21	0-13	>13	*	Credeenze di minaccia e incontrollabilità del pensiero rimuginativo
MCQ30-3	21	0-13	>13	*	Bassa fiducia nelle proprie capacità di gestione dei pensieri
MCQ30-4	13	0-10	>10	*	Bisogno di controllare i pensieri
MCQ30-5	11	0-15	>15		Tendenza a monitorare i propri pensieri
MCQ30-T	72	0-61	>61	*	TOTALE
MPS	18	16-28	>28		Perfezionismo negli obiettivi personali
	13	12-22	>22		Timore di poter compiere errori
	7	5-13	>13		Critiche subite dai genitori
	14	10-18	>18		Aspettative avvertite su di sé da parte dei genitori
	19	5-11	>11	*	Dubbi sulle proprie azioni
	20	19-27	>27		Eccessiva attenzione verso l'organizzazione
OQ-45	67	0-64	>64	*	Funzionamento psicosociale globale
	38	0-36	>36	*	Sintomi che influiscono sul funzionamento globale
	20	0-15	>15	*	Difficoltà nelle relazioni interpersonali che compromettono il funzionamento globale
	17	0-12	>12	*	Compromissione della definizione di sé nel funzionamento sociale
PADUA	32	0-38		*	Assenza sintomi Ossessivo Compulsivi
			> 38		Presenza Sintomi Ossessivo Compulsivi
			> 54		Sintomi Ossessivo Compulsivo moderati
			> 72		Sintomi Ossessivo Compulsivo gravi
PSS	23	0-22	>22	*	Valore patologico di stress percepito
PSWQ		0-55			Assenza Tendenza al pensiero rimuginativo
			55-66		Moderata tendenza al rimuginio
	72		>66	*	Forte tendenza al rimuginio
RAS	80	0-99			Assenza tendenza alla responsabilità patologica
			99-120		Moderata tendenza alla responsabilità patologica
			>120		Forte tendenza alla responsabilità patologica
RRS		0-52			Assenza ruminazione
	63		> 52	*	Ruminazione eccessiva
GAD 7	9	0-4			Minimal Anxiety
	9	5-9			Mild Anxiety
	9	10-14			Moderate Anxiety
	9	15-21		*	Severe Anxiety
SIAS	28		> 34		Fobia Sociale
	28		>43		Ansia Sociale

RAPPORTO CONCLUSIVO

Dall'analisi delle scale e cliniche e dall'approfondimento diagnostico secondo la SCID-5 CV del DSM-5 (APA, 2013), emergono sintomi depressivi moderati e sintomi ansiosi gravi, sostenuti da difficoltà nel tollerare condizioni di incertezza, e forte difficoltà nella regolazione emotiva (Disturbo d'ansia generalizzata e disturbo depressivo maggiore). Tali criticità potrebbero essere sostenute da una forte tendenza a utilizzare uno stile di pensiero ciclico e ripetitivo rivolto al futuro (Rimuginio), considerato dalla paziente come minaccioso e difficilmente controllabile, nonché dalla percezione di non controllo sulle proprie reazioni di ansia. Emerge, inoltre, la presenza di una tendenza eccessiva alla ruminazione, specialmente a contenuto rabbioso. Al momento attuale tale sintomatologia sembra avere un impatto significativo sul funzionamento psicofisico e sul benessere soggettivo percepito dalla paziente.

L'analisi degli aspetti personologici secondo la SCID-5-PD ha permesso di evidenziare alcuni dei tratti più rappresentativi del funzionamento di M.; in particolare emerge una visione di sé come personalmente non di valore e inferiore agli altri, al punto da rinunciare ad assumere rischi personali o a impegnarsi in qualsiasi nuova attività, in quanto non si sente all'altezza e potrebbe non riuscire. Emerge una forte dedizione al lavoro e alla produttività, che in alcuni momenti può determinare la compromissione del tempo dedicato allo svago o alle amicizie. Si manifestano aspetti di rigidità e testardaggine e la necessità di porsi standard elevati di comportamento e di prestazione. Nell'ambito delle relazioni interpersonali, la mancata adesione delle altre persone a tali standard e i sentimenti di sospettosità, possono determinare un disingaggio dalle relazioni. Si denota, infine, una tendenza a portare rancore nei confronti degli altri, con difficoltà a perdonare torti subiti.

Il paziente riporta, infine, stati d'animo che rimandano ad un tema nucleare di Inadeguatezza (Inadeguato), di **Disamore** (abbandonato) e **Indegnità** (colpa) e riferisce strategie di gestione degli stati emotivi che si configurano su un piano **Prescrittivo** (controllare, rimuginare) e **Prudenziale** (evitare).

Gli elementi emersi sono sensibili ai limiti degli strumenti utilizzati e vanno necessariamente integrati con i dati ricavati dai colloqui clinici.

Resto a disposizione per eventuali chiarimenti.

Cordiali Saluti

Lo Psicologo
Dr. Luca Morselli