

UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DELL'AQUILA  
CLM in Psicologia Applicata, Clinica e della Salute  
AA 2021-2022\_I semestre



## LA FORMULAZIONE DEL CASO

MATERIALE AD ESCLUSIVO USO DIDATTICO



Prof.ssa Laura Giusti  
Ricercatore in Psicologia clinica  
Psicoterapeuta cognitivo-comportamentale  
DIPARTIMENTO DI MEDICINA CLINICA, SANITÀ PUBBLICA,  
SCIENZE DELLA VITA E DELL'AMBIENTE  
laura.giusti@univaq.it



1

### I PRIMI COLLOQUI UTILI ALL'ASSESSMENT COMPLETO : DURATA MEDIA 3-5 SEDUTE

- Raccolta informazioni biografico-anamnestiche
- Problema presentato dal paziente
- Analisi sincronico - diacronica
- Eventuali problemi collegati al problema principale
- Strumenti psicodiagnostici
- Analisi funzionale e cognitivo-comportamentale delle situazioni problematiche
- Formulazione del caso (ipotesi diagnostica-disturbo/problema)
- Formulazione piano terapeutico
- Colloquio di restituzione (con esposizione di ipotesi e proposta di intervento)

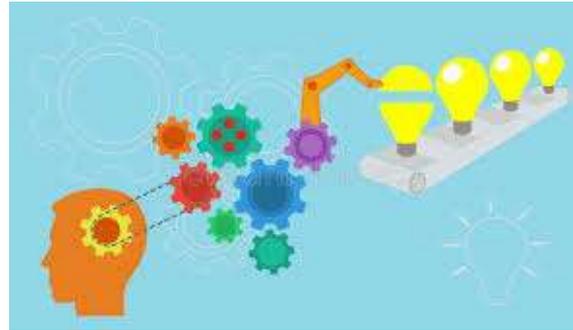
2/3  
sedute

3/5 sedute

2

## STEP SUCCESSIVI

- Individuazione delle problematiche e sintomatologia riportate dalla paziente
- Ipotesi diagnostica
- Concettualizzazione o formulazione del caso del caso



3

### STEP 1 \_SCHEMA PROBLEMATICHE E SINTOMATOLOGIA RIPORTATE DAL P.

<b>DIMENSIONE FISIOLÓGICA</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Insonnia</li> <li>• Battito cardiaco accelerato</li> <li>• Mancanza d'aria</li> <li>• Costrizione sul petto</li> <li>• Senso di oppressione generale</li> <li>• Mancanza di appetito</li> <li>• Stanchezza</li> <li>• Crisi di pianto</li> </ul>
<b>DIMENSIONE COGNITIVA</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sono incompresa</li> <li>• Nessuno sa confortarmi</li> <li>• Il mondo è pieno di gente inaffidabile</li> </ul>
<b>DIMENSIONE EMOTIVA</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ansia</li> <li>• Arrendevolezza</li> <li>• Rabbia</li> <li>• Angoscia</li> <li>• Vissuti di colpa</li> <li>• Irritabilità</li> </ul>
<b>DIMENSIONE COMPORMENTALE</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Evitamento situazioni che procurano sofferenza</li> <li>• Tendenza all'isolamento</li> <li>• Relazioni interpersonali anassertive</li> </ul>

4

## LA FORMULAZIONE DEL CASO

- Ha lo scopo di **descrivere i problemi presentati da un paziente** e di fare inferenze, sulla base di una teoria, circa le sue **cause e i suoi fattori di mantenimento al fine di progettare gli interventi psicoterapici** (Kuyen et al, 2005).
- Saper formulare un caso clinico, dunque, è peculiare del lavoro dello psicoterapeuta e fa parte delle competenze di base che devono essere garantite dal training, dal momento che solo una buona formulazione del caso (FC) consente :
  - **la pianificazione di un trattamento strategicamente orientato,**
  - **l'efficacia del trattamento**



5

## FORMULAZIONE DEL CASO –SCHEMA GENERALE

1. DESCRIZIONE DEL PROBLEMA, O DEI PROBLEMI, DEL PAZIENTE NEGLI ASPETTI QUANTITATIVI E QUALITATIVI ED EVENTUALI INTERAZIONI TRA DI LORO
2. PROFILO INTERNO DEL DISTURBO
3. FATTORI E PROCESSI DI MANTENIMENTO
4. SCOMPENSO
5. VULNERABILITÀ

6

- **A. DESCRIZIONE DEL PROBLEMA, O DEI PROBLEMI, DEL PAZIENTE NEGLI ASPETTI QUANTITATIVI**

(intensità e frequenza, ad esempio quante volte al mese il paziente ha un attacco di panico, quanti evitamenti mette in atto) **E QUALITATIVI ED EVENTUALI INTERAZIONI TRA DI LORO** (che siano o meno inquadrabili come disturbo).

- In questo punto è compresa anche la formulazione di una diagnosi secondo gli attuali criteri di classificazione dei disturbi mentali utilizzando, quindi, come riferimento il DSM 5.

7

- **B. PROFILO INTERNO DEL DISTURBO**

- Quali sono le variabili indipendenti che regolano la sintomatologia presentata? Ad esempio, per un terapeuta cognitivista, quali sono gli stati mentali, le credenze, gli scopi che rendono ragione del funzionamento del problema presentato?
- In terapia cognitiva questo si traduce generalmente nella ricostruzione degli ABC, o sequenza dei pensieri di disfunzionali identificati.

8

### • C. FATTORI E PROCESSI DI MANTENIMENTO

- Descrivere tutti i fattori che contribuiscono al mantenimento e all'aggravamento del disturbo, o che comunque ostacolano una risoluzione spontanea, ovvero i processi ricorsivi intrapsichici o interpersonali.
- Cosa impedisce una remissione spontanea? Quali processi o meccanismi (individuali e/o interpersonali) che prevengono la risoluzione del problema e della sofferenza del paziente?
- In che modo eventuali tentativi di soluzione alimentano il problema? In che modo le reazioni e i cicli interpersonali contribuiscono alla stabilizzazione del disturbo?

9

### • C. SCOMPENSO

- Descrivere cosa è accaduto nella vita del paziente che ha mandato in crisi (o aggravato) il precedente funzionamento psicologico.
- Quali condizioni di vita presenti al momento dell'esordio hanno favorito l'esordio del problema?
- Quali variabili psicologiche sono state alterate dagli eventi scompensanti? Quale significato hanno avuto per il soggetto?

10

## VULNERABILITÀ

- Sulla base della storia di vita si possono fare ipotesi, da sottoporre a verifica (es. chiedendo al pz chiarificazioni, ulteriori esempi, ecc.) sui fattori predisponenti allo scompenso e al disturbo
- presentato: esperienze di vita, eventi, rapporti significativi, fattori interni, quali ad esempio temperamento o condizioni di salute, che possono mediare l'effetto delle esperienze. Lo scopo non è la dettagliata descrizione della storia di vita ma solo degli elementi plausibilmente associati allo sviluppo dello specifico problema presentato e, anche, dei fattori che rendono il paziente vulnerabile a ulteriori ricadute del disturbo.
  - **Vulnerabilità storica:** Quali elementi della storia di vita del paziente hanno favorito la nascita, l'insorgenza del problema? Nella storia di vita è possibile rintracciare la costruzione delle variabili che regolano il soggetto? E' possibile rintracciare le esperienze e i fattori predisponenti allo specifico disturbo/problema presentato?
  - **Vulnerabilità attuale:** che cosa c'è oggi che nella mente del paziente o nel suo ambiente (es. crisi coniugale) che lo rende vulnerabile a una ricaduta nel disturbo?
  - **ANCHE EVENTUALI PUNTI DI FORZA** (RISORSE DEL PZ ES BUONA FLESSIBILITA' COGNITIVA, BUONA RETE SOCIALE)

11

## IPOSTESI DIAGNOSTICA : il caso di M.

- Sulla base dei dati raccolti durante i colloqui e **la somministrazione dei test**, ponendo inoltre l'enfasi su una vulnerabilità pregressa di Maria alla quale hanno contribuito i diversi eventi di vita traumatici da lei vissuti con uno scarso sostegno sociale e familiare, si può formulare un'ipotesi diagnostica di **Disturbo dell'Adattamento con sintomi ansiosi e depressivi**



12

## CONCETTUALIZZAZIONE DEL CASO- Il caso di A.

- Allo stato attuale, A. presenta un disagio emotivo caratterizzato da ansia, tristezza, affaticabilità, agitazione, stanchezza, perdita d'interessi e scarsa capacità di concentrazione. Il suo disagio si è acuito in seguito alla perdita del lavoro, che ha determinato un cambiamento nell'immagine di sé rendendola incapace di adattarsi alle nuove richieste esterne. Sotto l'aspetto comportamentale, presenta una passività nelle relazioni interpersonali, che determina un'incapacità di rifiutare le richieste esterne. Tuttavia, a causa di questa modalità di comportamento, vive frequenti stati di rabbia, che non riesce a esprimere e/o verbalizzare. Il suo sistema familiare presenta delle dinamiche disfunzionali e invischianti che rendono difficile la gestione dei rapporti e acuiscono il suo disagio. Sono presenti, altresì, dinamiche conflittuali, con le famiglie di origine, che non rendono sereno alcun tipo di rapporto.
- Nel rapporto di coppia, tende a comportarsi in maniera aggressiva, poiché considera il marito, una persona debole che non sa far valere i suoi diritti nei confronti della famiglia di origine.
- Dall'analisi della sua storia di vita si può rilevare che la paziente ha vissuto un evento traumatico che ha determinato l'insorgenza del suo disturbo emotivo. In particolare, A. si ritrova da sola, in giovane età, a dover affrontare la perdita della sorella. Dopo aver superato lo sconforto iniziale, inizia ad attivarsi per affrontare la situazione. Si prende in carico l'intero nucleo familiare e inizia a ricevere l'approvazione di tutti, si sente utile e apprezzata e sente che gli altri la giudicano in maniera positiva. Dentro di lei si forma il binomio *valore = fare*, ossia se Antonella fa qualcosa per gli altri si sente utile e apprezzata, in caso contrario, si sente una persona inutile. Nel corso degli anni, questo meccanismo di funzionamento si è esteso in altre situazioni, rendendola una persona passiva, che, spesso, antepone i bisogni degli altri ai suoi.
- Inoltre, allo stato attuale, Antonella vive in un sistema familiare invischiante in cui i confini interni sono lassi e quelli esterni molto rigidi, c'è una confusione, una sovrapposizione e un ipercoinvolgimento tra i membri. A volte, appare ferma nella sua visione disfunzionale della realtà e non riesce a metterla in discussione. Questo meccanismo lo utilizza, in particolare, nei confronti della nuora, con la quale ha un rapporto improntato alla passività. Al momento, A., pur presentando una rigidità di pensiero, ha delle adeguate capacità introspettive e una buona disponibilità al cambiamento, che rendono possibile il lavoro terapeutico. Infatti, sente il bisogno di *"chiudere i conti con il passato e dare un senso diverso alla sua vita"* che la **spinge ad impegnarsi davvero per cambiare aspetti di sé e del suo comportamento.**

13

## RIASSUMERE LE PROBLEMATICHE TARGET DELL'INTERVENTO

- Sulla base della concettualizzazione clinica esposta, è possibile schematizzare la seguente lista dei problemi (esempio)
  - ✓ Stati d'ansia.
  - ✓ Scarsa capacità di adattamento.
  - ✓ Scarsa assertività.
  - ✓ Difficoltà nella gestione delle dinamiche relazionali.

14

**[laura.giusti@univaq.it](mailto:laura.giusti@univaq.it)**

Nb. Si ricorda che tutto il materiale prodotto è ad esclusivo uso didattico. E' vietata la riproduzione, distribuzione, pubblicazione, copia, trasmissione, adattamento dei contenuti