

PROVA NON ESTAVITA fare bene

**DOMANDE CONCORSO PUBBLICO, PER TITOLI ED ESAMI, PER LA COPERTURA A TEMPO PIENO E INDETERMINATO DI N. 15 POSTI DI DIRIGENTE PSICOLOGO - DISCIPLINA PSICOTERAPIA, PER LE SOLE ESIGENZE DELL'ASL ROMA 5 - PROVA PRATICA - BUSTA 2**

1) Alice, 16 anni, viene portata in consultazione presso il Servizio di Neuropsichiatria Infantile per difficoltà comportamentali. La madre riferisce che dal passaggio al liceo Alice fatica a raggiungere voti sufficienti e a concentrarsi nelle attività di studio. Dimentica inoltre gli appuntamenti presi e sembra sempre di fretta. Negli ultimi mesi la situazione sembra peggiorata, Alice appare particolarmente irritabile e scontrosa e alterna momenti di grande attività, specie nello sport, a momenti di grossa chiusura e ritiro con accessi di rabbia nei confronti dei genitori. Ha trascorso un giorno chiusa in camera a dormire. Questi comportamenti rischiano di farle perdere sia l'anno scolastico – numerose assenze – che le qualificazioni sportive. Il padre aggiunge che, dallo scorso anno, Alice alterna momenti in cui appare più triste e ritirata a periodi di grande socialità con aumento delle uscite, dello sport e ridotto bisogno di sonno. I genitori non concordano sulla natura del suo malessere. Per la madre questi comportamenti sono riconducibili alle nuove amicizie di Alice. Riferiscono un episodio grave in cui la ragazza si è allontanata di casa per diverse ore senza dare sue notizie ed essere rientrata il giorno dopo sotto effetto di sostanze stupefacenti. Dal punto di vista scolastico, gli insegnanti confermano la presenza di un peggioramento del suo rendimento a causa di una scarsa capacità di organizzazione, ma riportano anche momenti in cui la ragazza appare molto motivata e desiderosa di prendere bei voti. La descrivono però come una allieva scontrosa e polemica, che facilmente "parla senza pensare alle conseguenze". Dalla raccolta anamnestica emergono diversi cambi di scuola durante la primaria per difficoltà relazionali e lievi difficoltà di concentrazione che tuttavia non inficiavano sul suo rendimento. La madre riferisce familiarità per disturbo depressivo (ava materna). All'esame clinico, Alice risulta poco collaborativa e assume spesso un atteggiamento sfidante rispetto all'operatore. Il suo eloquio è a volte difficile da seguire perché ricco di dettagli, l'umore appare disforico mentre attenzione e concentrazione appaiono variabili. Non emergono sintomi psicotici. Ritmo sonno veglia irregolare per addormentamento ritardato. Alimentazione selettiva con significativa riduzione dell'introito calorico. Uso sporadico di sostanze stupefacenti. Sulla base delle informazioni in tuo possesso quale delle seguenti opzioni diagnostiche è meritevole di essere approfondita?

RISPOSTA SINGOLA

- A I sintomi suggeriscono un disturbo da dipendenza da sostanze su pregressa vulnerabilità umorale
- B Il disturbo si configura esclusivamente come un disturbo del neurosviluppo e andrebbe approfondito attraverso test neuropsicologici
- C Il disturbo potrebbe essere meglio interpretato come un disturbo dell'umore su pregressa vulnerabilità del neurosviluppo
- D È diagnosticabile un disturbo del comportamento alimentare

2) Quale strumento risulterebbe più utile per integrare la valutazione clinica?

RISPOSTA SINGOLA

- A Test cognitivo e di apprendimento scolastico
- B Osservazione del comportamento in ambiente scolastico
- C Scale di valutazione dell'umore per adolescenti (self-report e parent-report)
- D Questionari per ADHD compilati esclusivamente dagli insegnanti

3) Quale caratteristica clinica permette di differenziare maggiormente il quadro clinico di Alice?

RISPOSTA SINGOLA

- A Difficoltà di concentrazione
- B Fluttuazioni dell'umore
- C Atteggiamento scontroso
- D Disorganizzazione nello studio

4) Dalla somministrazione del PAI-A emergono punteggi elevati alla scala BOR e alla scala RXR (Treatment Rejection) che suggeriscono:

RISPOSTA SINGOLA

- A Disturbo dell'umore attivo e bassa alleanza terapeutica con rischio di resistenza al trattamento
- B Buona capacità di insight e alta motivazione al trattamento
- C Quadro psicotico in fase attiva
- D Instabilità emotiva e impulsività associate a scarsa motivazione e possibile resistenza al trattamento, con

rischio di acting-out

- 5) L' MMPI-A di Alice presenta scala F elevata e scala K bassa, associato a punteggi clinici nelle scale DEP, ANX, il che suggerisce:

RISPOSTA SINGOLA

- A Disturbo ansioso-depressivo con acting-out prevalente
- B Profilo normativo senza significato clinico
- C Funzionamento difensivo elevato e significativa negazione dei sintomi ansioso-depressivi
- D Vissuto di sofferenza soggettiva intensa con scarse risorse difensive e limitata capacità di modulazione emotiva

- 6) Luca ha nove anni e frequenta la classe quarta della scuola primaria. Gli insegnanti riferiscono di trovarsi in difficoltà nella gestione del bambino in quanto i suoi comportamenti risultano spesso impulsivi, mentre la difficoltà di autoregolazione lo porta a litigare sistematicamente con i compagni. Anche il rispetto delle regole appare deficitario, così come la costante labilità attentiva si ripercuote sugli apprendimenti. I genitori confermano che anche a casa Luca fatica a controllarsi, è sempre in movimento, risponde male e si irrita per nulla.

Dall' anamnesi si evince: gravidanza e parto nella norma, sviluppo psicomotorio regolare così come l'acquisizione del linguaggio. Nessuna patologia organica di rilevanza.

Il padre racconta di avere avuto anche lui una storia scolastica difficile, caratterizzata da impulsività, disattenzione e rendimento scarso.

Dall' osservazione clinica viene confermata l'irrequietezza, Luca si alza spesso, interrompe l'adulto con considerazioni fuori contesto, fatica ad eseguire le consegne e si mostra reattivo se non gradisce le richieste.

Appare collaborante solo in attività molto

brevi e da lui considerate gratificanti.

Somministrazione test : WISC-V

QI Totale = 93

Comprensione Verbale = 98

Visuo-Spaziale = 95

Ragionamento Fluido = 96

Memoria di Lavoro = 78

Velocità di Elaborazione = 74

Quali aree cognitive risultano maggiormente compromesse ?

RISPOSTA SINGOLA

- A Comprensione Verbale
- B Velocità di Elaborazione e Memoria di Lavoro
- C Ragionamento Fluido
- D Visuo-Spaziale

- 7) NEPSY-II  
ATTENZIONE E FUNZIONI ESECUTIVE

Subtest

Inibizione-Tempo = 6

Inibizione-Errori al Percentile 4

Flessibilità = 7

Attenzione Uditiva = 8

Memoria narrativa = 10

Quale risultato NEPSY appare più indicativo di impulsività?

RISPOSTA SINGOLA

- A Inibizione-Errori (Percentile 4)
- B Memoria Narrativa
- C Flessibilità
- D Attenzione Uditiva

- 8) CBCL 6-18 (genitori)  
Internalizzante: T = 62  
Esternalizzante: T = 74  
Problemi di Attenzione: T = 70  
Comportamento Aggressivo: T = 72  
Violazione delle regole: T = 69  
Quale Scala CBCL comporta una criticità significativa?

RISPOSTA SINGOLA

- A Somatizzazioni
- B Internalizzante
- C Esternalizzante

D Comportamenti sociali

---

9) Considerando tutti gli elementi a disposizione: quale è l'orientamento diagnostico coerente

RISPOSTA SINGOLA

- A Disturbo Oppositivo-Provocatorio
  - B Disturbo da Deficit di Attenzione/Iperattività
  - C Disturbo d' Ansia Generalizzato
  - D Disturbo della Condotta
- 

10) Che tipo di trattamento suggeriresti a questo paziente?

RISPOSTA SINGOLA

- A Approccio multimodale con terapia cognitivo comportamentale, interventi psicoeducativi per bambino e genitori, nei casi di maggiore gravità valutazione di intervento farmacologico
- B Psicoterapia familiare e psicoterapia di gruppo
- C Terapia ABA, erogata da personale formato con la presenza di un supervisore
- D Terapia farmacologica

A handwritten signature in black ink is written over a circular official stamp. The signature is stylized and appears to be 'L. L. L.'. The stamp is partially obscured by the signature.