

ESAMI DI SPECIALIZZAZIONE

TERMINI DI PRENOTAZIONE E CONSEGNA MATERIALE D'ESAME:

1. **60 giorni prima dell'esame** gli allievi devono prenotarsi, inviando una mail alla segreteria della sede in cui hanno frequentato il corso di specializzazione.

2. Dal momento della prenotazione gli allievi hanno **15 giorni di tempo** per trasmettere tramite e-mail i **libretti di tirocinio** in formato pdf alla c.a. del dr. Matteo Evangelisti attestatotirocini@apc.it

MODALITÀ DI PRESENTAZIONE DEL LIBRETTO DI TIROCINIO:

Il file dovrà essere inviato in formato PDF (NO FOTO) per ogni singolo libretto. Tutti i libretti dovranno essere compilati in ogni parte: data di svolgimento dell'attività (gg/mm/aa), attività svolta, firme del tutor, timbro dell'ente ospitante su ogni pagina, relazione finale del tutor con data e relativo timbro e firma. I libretti incompleti non verranno validati e andranno quindi perfezionati.

3. Qualora il candidato non intenda partecipare più alla sessione d'esame per la quale si è prenotato, può darne comunicazione alla segreteria d'esame.

4. **30 giorni prima dell'esame :**

è indispensabile:

- inviare , presso la segreteria della sede in cui si sosterrà l'esame, **n° 1 copia cartacea** del relativo materiale consistente in:
 - * stesura di due casi clinici
 - * trascrizione di un primo colloquio
 - * una tesina teorica
- inviare il materiale d'esame anche via posta elettronica all'attenzione di Ilaria Chiatante (chiatante@apc.it) secondo le modalità indicate di seguito
- essere in regola con la seguente documentazione (per informazioni contattare Ilaria Chiatante 06/44704193 chiatante@apc.it):
 - certificato di laurea (in originale o copia conforme all'originale)
 - certificato esame di stato (in originale o copia conforme all'originale)
 - certificato di iscrizione all'Albo (in originale o copia conforme all'originale)
 - libretto di tirocinio

SI CONSIDERERANNO PRENOTATI PER L'ESAME I CANDIDATI CHE AVRANNO INVIATO IL MATERIALE NEI TEMPI STABILITI.

Gli stessi riceveranno conferma scritta della regolarità della documentazione presentata e della prenotazione alla sessione d'esame

NB: è possibile che il candidato richieda di partecipare alla sessione di esame di una sede diversa dalla sede di appartenenza. In questo caso la prenotazione per l'esame va sempre effettuata (nei modi e con le scadenze già indicati) presso la Sede di appartenenza dove si è frequentato il quarto anno; mentre i documenti richiesti e il materiale d'esame, vanno inviati o consegnati alla Sede in cui si sosterrà effettivamente l'esame. Il libretto di tirocinio invece, dovrà essere consegnato o spedito presso l'Ufficio Tirocini alla c.a. del Sig. Franco Cicaloni in Viale Castro Pretorio, 116 – 00185 Roma.

Per ulteriori informazioni contattare la Dr.ssa Chiatante (chiatante@apc.it, oppure 06/44704193 dal lunedì al venerdì 15.00 - 19.00)

[Per visionare le date delle sessioni d'esame di tutte le sedi](http://www.apc.it/specializzazione-in-psicoterapia/date-delle-sessioni-desame) digitare
<http://www.apc.it/specializzazione-in-psicoterapia/date-delle-sessioni-desame>

Alle dottoresse e ai dottori dei 4° anni delle Scuole APC-SPC,

vi chiediamo gentilmente di considerare le seguenti avvertenze per la presentazione dei casi clinici all'esame finale di diploma di specializzazione:

- 1) nel frontespizio del caso clinico stesso, specificate il vostro nome e cognome, anno accademico d'esame, nomi dei didatti, sede.
Scrivete anche che avete omesso tutto ciò che avrebbe potuto facilitare l'identificazione del paziente ("Sono state omesse tutte le informazioni che avrebbero potuto rendere identificabile il paziente")
- 2) specificate, sempre nel frontespizio, anche la diagnosi, o le diagnosi in caso di comorbidità, secondo il DSM 5, se applicabili; indicare altrimenti "diagnosi categoriale non applicabile"
- 3) eliminate dal testo tutti i riferimenti che potrebbero consentire l'identificazione dei pazienti e dei curanti; pertanto nomi, cognomi, età, professioni, date e luoghi, andranno eliminati o indicati in forma generica ed assolutamente non riconducibile a persona accertabile. Per i nomi è meglio usare nomi di fantasia piuttosto che le iniziali.

spedite i casi clinici e la tesina di specializzazione:

- su supporto cartaceo (1 copia) presso la segreteria della sede in cui si sosterrà l'esame, in un unico plico rilegato e comprensivo dei frontespizi (vedi [frontespizi APC](#) e [frontespizi SPC](#))
- in formato Word o PDF, tramite posta elettronica all'attenzione di Ilaria Chiatante: chiatante@apc.it, quattro file separati denominati come segue e tutti comprensivi di frontespizio (nel caso dell'invio dei file non è necessario allegare il frontespizio generale):
 - *vostro cognome_caso1_diagnosi;
 - *vostro cognome_caso2_diagnosi;
 - *vostro cognome_colloquio;
 - *vostro cognome_tesina

Esempio: rossi_caso 1_disturbo ossessivo compulsivo; rossi_caso2_fobia sociale; rossi_colloquio; rossi_tesina)

Per qualsiasi dubbio potete contattare Ilaria Chiatante allo 06/44704193 o scrivere a chiatante@apc.it

**L'ESTENSIONE OTTIMALE RACCOMANDATA DEL CASO CLINICO
E' DI 5 PAGINE (o 3000 parole)**

IMPORTANTE:

Sul sito psicoterapeuti in formazione trovate un numero monografico riguardante la formulazione del caso

(<http://www.psicoterapeutiinformazione.it/rokdownloads/Schema%20formulazione%20del%20caso%20oper%20PiF.pdf>).

Schema per la presentazione dei casi clinici

La presentazione ha lo scopo di consentire a chi la legge di farsi un'idea chiara:

- 1) del caso
 - 2) di come è stato trattato
 - 3) del perché è stato trattato in quel modo
 - 4) di come è andato a finire e perché.
-

La formulazione del caso

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 (ove possibile) secondo gli attuali criteri di classificazione dei disturbi mentali, utilizzando quindi, come riferimento il DSM 5 e una VGF (o comunque indicazioni sul funzionamento globale).

B. PROFILO INTERNO DEL DISTURBO

Domande guida:

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? Per un terapeuta comportamentista, quali sono le relazioni funzionali che descrivono il problema presentato? In terapia cognitiva questo si traduce generalmente nella ricostruzione degli ABC, o sequenza dei pensieri di disfunzionali di Beck o, anche, per esempio i CEPA.

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.
- Domande guida:
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?

D. SCOMPENSO

- Descrivere cosa è accaduto nella vita del paziente che ha mandato in crisi (o aggravato) il precedente funzionamento psicologico.
- Domande guida:
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?

E. 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 scompensamento 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 (es. anxiety sensitivity) o nel suo ambiente (es. crisi coniugale) che lo rende vulnerabile a una ricaduta nel disturbo?
-

La terapia

- A. Contratto e scopi del trattamento
- B. Razionale, strategie e tecniche di cambiamento per ciascuna delle eventuali aree problematiche oggetto di trattamento (esponendo come le tecniche impiegate sono correlate alla strategia: in che modo e perché concorrono alla sua attuazione)
- C. Descrizione della terapia: la durata; come concretamente si è operato al fine di raggiungere gli scopi, come sono state perseguite le strategie e come sono state applicate le tecniche selezionate (comprendendo in questo gli aspetti che attengono alla relazione terapeutica); descrizione degli ostacoli e di eventuali riformulazione del contratto o della strategia terapeutica (soffermando l'attenzione sul rationale delle scelte terapeutiche: quali cambiamenti si sono resi necessari in corso di terapia e come mai si sono resi necessari).
- D. Valutazione di esito (anche parziale se la terapia non è conclusa), esplicitando quali cambiamenti sono stati raggiunti e i relativi indicatori; eventuali riflessioni sulle difficoltà, errori o ipotesi di spiegazione del mancato raggiungimento degli obiettivi concordati.