



*Aschettino, Baranello, Sabatini*

# IL CASO CLINICO

## NELL'ESAME DI STATO PER PSICOLOGI

guida alla prova clinica all'Esame di Stato per l'Abilitazione all'esercizio della Professione di Psicologo

**Segui Gratuitamente gli Aggiornamenti SRM**

Se vuoi rimanere sempre aggiornato sugli eventi, iniziative, pubblicazioni e attività dell'associazione  
iscriviti gratuitamente alla newsletter > informazioni sul sito [www.srm psicologia.com](http://www.srm psicologia.com)



Scienza, Pubblicazioni, Professione, Salute

[www.srm psicologia.com](http://www.srm psicologia.com) - [www.psyreview.org](http://www.psyreview.org) - [www.professionepsicologo.com](http://www.professionepsicologo.com) - [www.risorsasalute.it](http://www.risorsasalute.it)

## Esame di Stato per Psicologi: Linee Guida per la Stesura del Caso Clinico

La prova clinica (seconda prova di psicologia clinica nel vecchio ordinamento) dell'Esame di Stato per l'abilitazione alla professione di psicologo consta di un caso clinico circa il quale viene richiesto di elaborare un intervento diagnostico ed indicare possibilità di trattamento. È "consuetudine" delle varie commissioni ridurre a due sole pagine di foglio protocollo la stesura del caso. Questo comporta inevitabilmente una scelta rispetto a ciò che vogliamo dire. Occorre pertanto selezionare il materiale a disposizione ed organizzarlo in modo sintetico e puntuale, senza perdersi troppo "in chiacchiere".

Il primo passo consiste in una attenta lettura del testo del caso così come proposto dalla commissione. Chi conosce il modello dell'"analisi della domanda" dovrà utilizzarlo non tanto nella stesura del caso, ma nella lettura stessa del testo! Questo perché il candidato psicologo dovrà comprendere l'orientamento teorico e le posizioni ideologiche e politiche prevalenti di chi ha redatto il testo cioè di coloro che hanno stabilito i criteri di correzione. Per esempio, se nel testo sono presenti i genitori di un ragazzo con problemi "x", forse la commissione si aspetta che il candidato orienti l'intervento sul versante sistemico, relazionale e/o familiare. Inoltre, nonostante le Norme di Legge prevedono che lo psicologo possa curare in ambito psicologico, ricordiamo che molti docenti ed alcuni ordini professionali sono a sostegno delle scuole private di psicoterapia e vorrebbero escludere lo psicologo dall'ambito della cura, purtroppo, se vogliamo superare l'esame, atteniamoci alla "politica" della commissione che valuterà il nostro operato.

Molta attenzione va posta quando emergono sintomi apparentemente eclatanti. Dobbiamo ricordare, e questo vale anche nella relazione clinica reale, che spesso tali sintomatologie non sono il disturbo in sé. Non lasciamoci quindi sedurre da tutto questo e allo stesso tempo evitiamo forme "paranoidi" del tipo "c'è sempre qualcosa sotto". In questo caso il modo migliore di procedere è evitare di pensare a ciò che farebbero altri e limitarsi ad utilizzare le proprie conoscenze. Molte persone tendono a vedere il problema maggiormente evidente come il vero problema soltanto perché sarebbe così per se stessi, ma non è detto che lo sia per chi abbiamo di fronte. Ricordiamo sempre che anche se ci sono sintomatologie evidenti, nella lettura del testo, non possiamo fermarci solo ad esse, esistono infatti criteri di esclusione.

Quindi prima di avanzare qualsiasi ipotesi leggiamo tutto: la prima volta rapidamente e subito dopo, con un seconda lettura, più attentamente. Attenzione va posta ai dettagli. Non esiste nessuna parola scontata. Se sul testo appare una frase del tipo "una signora ben vestita si reca dallo psicologo", quel "ben vestita", dovrà essere sottolineato così come l'intera frase. Il motivo di tutto questo è semplice. **Chi ha redatto il testo ci ha prestato attenzione, altrimenti non lo avrebbe scritto!**

Una volta letto con meticolosità e tenuto in memoria ogni dettaglio del testo, dobbiamo organizzarlo secondo uno schema piuttosto semplice che è il seguente:

**1) apertura:** dichiarare il modello diagnostico utilizzato nella maggior parte dei casi si utilizza il DSM nelle versioni più recenti, attualmente il IV o IV-TR. Così inizieremo a dichiarare "*per le finalità diagnostiche richieste faremo riferimento prevalentemente al manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali quarta edizione text-revision (DSM-IV-TR)*".

**2) ipotesi diagnostiche e diagnosi differenziale.** Ciò che viene richiesto non è "indovinare" una diagnosi. Quello che conta è dimostrare di aver capito il **processo diagnostico**. È come pensare di risolvere una espressione aritmetica, di quelle con parentesi graffe, quadre e tonde tipiche nelle scuole medie inferiori.

Se abbiamo capito il processo è probabile che il risultato sia 99 volte su 100 quello giusto (una volta su cento si può sbagliare!). Mentre se non conoscessimo il processo potremmo solo “indovinare” (99 volte su 100 sarà sbagliato!).

Il *processo diagnostico differenziale* rappresenta la parte sostanziale del nostro elaborato. Dall'analisi attenta del testo emergeranno più possibilità diagnostiche, spesso nessuna di tali possibilità esclude aprioristicamente le altre. Inoltre va ricordato che la qualità di un processo diagnostico non è data dall'indovinare a quale categoria appartengono i sintomi ma soprattutto dalla valutazione dei criteri di esclusione.

Procederemo nel modo seguente:

- 2.1) elencare le sintomatologie descritte;
- 2.2) creare una gerarchia tra i sintomi più evidenti per primi fino a quelli apparentemente meno rilevanti;
- 2.3) associamo ogni sintomo ad uno o più disturbi dei quali il sintomo rappresenti un criterio diagnostico;

*esempio:* "il paziente racconta di sentire spesso il posto dove si trova come estraneo".

Nel nostro esempio questo sintomo può far pensare ad episodi di "derealizzazione" o più in generale ad un sintomo "dissociativo". Non sappiamo nulla di più, quindi ci rendiamo conto che si ha la necessità di altre informazioni. Ma di quali informazioni abbiamo bisogno? Per saperlo occorre procedere con il processo diagnostico differenziale. Il sintomo dissociativo descritto può essere un tratto di più disturbi. Prenderemo in considerazione almeno due-tre ipotesi generali che secondo noi sono principali, descrivendo prima la categoria più ampia in cui i sintomi sono contenuti e successivamente andremo nello specifico dei singoli disturbi.

- a) disturbi dissociativi (amnesia dissociativa, fuga dissociativa, disturbo dissociativo dell'identità);
- b) disturbi d'ansia (disturbo da attacchi di panico, disturbo acuto da stress, disturbo post-traumatico da stress);
- c) disturbi di personalità (disturbo borderline di personalità);
- d) disturbi somatoformi (somatizzazione, ipocondria, conversione)

Ora abbiamo una scaletta da seguire. Dobbiamo quindi fare lo stesso per ogni altro sintomo che emerge nella lettura del testo d'esame. Questa operazione non va scritta immediatamente quindi dovremmo tenerla in memoria. Appena sono stati trovati sia la categoria generale di appartenenza di ogni sintomo descritto che la categoria specifica, andremo semplicemente a sommare stilando una classifica. Ci saranno quindi più sintomi che convergeranno in uno stesso disturbo. Il disturbo in grado di giustificare la maggior parte dei sintomi diverrà l'ipotesi diagnostica principale (ma non quella certa, ricordiamolo sempre) a seguire nella classifica tutte le altre. Prendiamo quindi in considerazione le prime due/tre (comunque mai solo una) ipotesi diagnostiche. A questo punto entrano in gioco i criteri di esclusione (es. non è dovuto ad una condizione medica generale, non è meglio giustificato da un altro disturbo, ecc.). Sono i criteri più importanti in quanto ci permettono di escludere altre diagnosi in grado di giustificare meglio il problema.

### 3) altri dati e fonti di informazione

Analizziamo tutti gli altri dati del testo che non rappresentano direttamente un sintomo ma che sono rilevanti (almeno per la commissione) per le finalità diagnostiche (es. relazioni del paziente, personaggi implicati e fonti d'informazione, abbigliamento, lavoro, scuola, ecc.). Questi dati dovranno essere quanto più coerenti con i disturbi presi in considerazione. I dati ricavati dal testo daranno quindi conferma di uno o più possibilità diagnostiche. Tra le ipotesi avanzate quella che riesce a spiegare meglio i sintomi e che sia anche coerente con gli altri dati rilevanti sarà la nostra ipotesi principale definitiva (di nuovo non escluderemo le altre). Le altre diagnosi diverranno le possibili comorbilità (o comorbidità) che andranno sempre tenute in considerazione o diagnosi secondarie.

### 4) eventuali test psicodiagnostici

Rispetto all'ipotesi principale quindi dichiareremo quali altri dati sono necessari al fine di confermarla oppure quali test psicodiagnostici potremmo consigliare per risolvere eventuali dubbi diagnostici. Questo è essenzialmente il processo diagnostico-differenziale, che ci permetterà di offrire una diagnosi principale, valutare eventuali comorbidità ed indicare diagnosi secondarie. Ricordiamo che se viene richiesto nel testo d'esame una valutazione diagnostica, noi dobbiamo sempre fornire una risposta adeguata alla domanda posta. Quindi anche nel caso di un elemento sintomatico in un contesto familiare disfunzionale, se nella domanda è richiesta la diagnosi di questo elemento sarà necessario proporla. Mentre il trattamento può seguire le ipotesi che il problema sia di tipo relazionale familiare.

### 5) il trattamento

Ora passiamo all'indicazione del piano di trattamento. Tutto il resoconto sarà descritto con cautela rimanendo sempre possibilisti rispetto ad altre diagnosi. Utilizzeremo quindi, nella stesura del testo, un linguaggio ipotetico ("nel caso in cui fosse dimostrato... allora...", "dai dati emersi sarebbe ipotizzabile...", "sembrerebbe che..."). Una volta concluso il processo diagnostico differenziale e valutati i dati mancanti in grado di migliorare la nostra diagnosi si procede nel definire un breve consiglio di trattamento. Diremo quindi "qualora fosse confermata attraverso ulteriori colloqui ed altri eventuali strumenti diagnostici l'ipotesi principale si potrebbe orientare il paziente verso un tipo di trattamento X..." tutto questo sarà seguito da una brevissima spiegazione degli obiettivi del trattamento indicato. E' consigliabile proporre anche un'alternativa di trattamento, ma molto brevemente visto che lo spazio disponibile sarà praticamente terminato.

**Come citare questa fonte (norme internazionali):**

**Aschettino, F., Baranello, M. (2004)**  
Il caso clinico nell'esame di Stato per psicologi.  
*SRM Psicologia Rivista* ([www.pyreview.org](http://www.pyreview.org)).  
Roma, 25 maggio 2004.

Testo Revisionato il 23.03.2006  
con la collaborazione della Dott.ssa Emanuela Sabatini

## **Esempio di Stesura di un Caso Clinico**

*Tratto dalla prova clinica dell'Esame di Stato per Psicologi svolto a Roma nel novembre 2004*

### **Testo del Caso**

Francesca C. è una ragazza di 25 anni che si presenta al primo colloquio con lo psicologo della sua A.S.L. di appartenenza, dopo aver fatto esplicita richiesta di un "sostegno psicologico" per il difficile periodo che sta attraversando. Durante il colloquio F. sembra agitata, ha lievi tremori alle mani e suda in modo eccessivo. E' seduta sulla sedia con una postura rigida, con le gambe unite e le mani sulle ginocchia e occupando solo la punta della sedia. Dopo pochi minuti di conversazione, in cui l'eloquio di F. risulta un po' accelerato ma comunque sempre fluido e il suo pensiero sempre attinente ad un piano di realtà, la ragazza riferisce di sentirsi "continuamente preoccupata", tutti i giorni e per quasi tutto l'arco della giornata. In particolare, il suo pensiero "fisso" è la paura di non riuscire a finire gli ultimi esami mancanti per laurearsi in Medicina. E' all'ultimo anno di corso e da circa tre mesi accusa, oltre a quanto appena riferito, una scarsa capacità di concentrarsi nello

studio, facile affaticamento, insonnia e tachicardia. Detto ciò, F. inizia a muovere ininterrottamente le gambe e a fare respiri profondi, riferendo allo psicologo di sentirsi un "nodo alla gola". Dice di essere sempre stata una persona "agitata", sin da piccola, ma mai a questi livelli e che ora questa sua condizione le sta creando non pochi problemi nella vita di tutti i giorni. Riferisce di essere fortemente preoccupata del proprio stato di salute e che le possa venire un infarto. F. vive con la madre, che sembra essere poco presente nel rapporto con la figlia e che lei stessa definisce una persona sulla quale non poter fare troppo affidamento perché anziana e con alcuni problemi di salute. Il padre è morto quando lei aveva otto anni. E' figlia unica. Sulla base dei dati forniti, il candidato indichi in maniera sintetica:

- Quale ipotesi diagnostica prenderebbe in considerazione specificando gli elementi ritenuti importanti a giustificazione dell'ipotesi fatta
- La diagnosi differenziale e gli altri eventuali dati da elaborare
- Di quali strumenti psicodiagnostici si avvarrebbe
- Se ritiene necessario un trattamento
- In caso di indicazione di trattamento specificare il tipo di orientamento, obiettivi, setting
- Eventuali risorse di rete psico-sociale da attivare

## Stesura del Caso Clinico

Per le finalità diagnostiche richieste faremo riferimento al Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali, IV edizione Text-Revision (DSM-IV-TR).

Alcuni sintomi dichiarati dalla ragazza (insonnia, agitazione, tachicardia, scarsa capacità di concentrazione, preoccupazioni, paura di non superare gli esami) e osservati direttamente dal clinico (rigidità nella postura, tremori, sudorazione, ecc.) potrebbero orientare la nostra attenzione verso almeno due principali gruppi diagnostici sull'asse I: i Disturbi d'Ansia ed i Disturbi dell'Umore. La paura dell'infarto e la sensazione di nodo alla gola sono sintomi che potrebbero far pensare anche all'ambito dei disturbi somatoformi; i sintomi comunque non sono di per sé sufficienti ad orientare la scelta del clinico verso tale diagnosi ma li terremo comunque in considerazione per finalità diagnostiche differenziali in sede di approfondimento durante lo svolgimento dei successivi colloqui psicologici.

Per il momento delimitaremo l'attenzione clinica ai principali ambiti sopra indicati ovviamente rimandando ad altre professionalità l'esclusione di condizioni mediche o di effetti di sostanze

Per quanto riguarda l'area dei Disturbi d'Ansia, alcuni sintomi potrebbero essere comuni ad episodi di panico (tremori, tachicardia, sudorazione...) e al Disturbo d'Ansia Generalizzata ma non abbiamo dati sufficienti per sapere se ci sono stati episodi di panico ricorrenti ed inaspettati e se l'agitazione si riferisce a situazioni specifiche oppure è generalizzata. Sarebbe quindi opportuno approfondire tali aspetti attraverso il colloquio psicologico, infatti la scelta autonoma della ragazza nel chiedere un sostegno psicologico ed il fatto che il suo pensiero sia su un piano di realtà, ci potrebbe aiutare nella raccolta delle informazioni in quanto ci si potrebbe aspettare una collaborazione diretta della paziente. Per quanto riguarda la diagnosi di Disturbo d'Ansia Generalizzata sembrerebbero presenti criteri sufficienti per una diagnosi in tal senso salvo il fatto che per le finalità diagnostiche è richiesto un periodo di presenza dei sintomi di almeno 6 mesi mentre la ragazza riferisce un'esacerbazione da soli tre mesi. Andremo quindi ad approfondire anche tale aspetto.

Per quanto riguarda l'ambito dei Disturbi dell'Umore, molti sintomi quali insonnia, agitazione, affaticamento, preoccupazione quasi quotidiana, difficoltà di concentrazione potrebbero far pensare ad un episodio depressivo, confermato anche dalla durata dei sintomi; anche in questo caso però non sappiamo se i sintomi producano umore realmente depresso o solamente una diminuzione dell'interesse e pertanto dovremo procedere ad ulteriori approfondimenti.

Vista l'incertezza diagnostica tra Disturbi d'Ansia e Disturbi dell'Umore è possibile ipotizzare quale diagnosi principale un Disturbo d'Ansia Non Altrimenti Specificato come ad esempio il disturbo ansioso-depressivo. Ovviamente tale diagnosi andrebbe confermata attraverso ulteriori indagini o altrimenti disconfermata.

Vista la capacità della paziente di adesione ad un piano di realtà potremmo pensare al colloquio psicologico come strumento sufficiente per la raccolta di ulteriori informazioni per finalità diagnostiche. Come strumento ausiliario, in virtù di quanto affermato e relativamente all'uso del DSM-IV-TR come manuale di riferimento, possiamo suggerire la somministrazione della SCID-I per accertare ed eventualmente escludere la presenza dei disturbi di asse I ipotizzati.

Dal punto di vista delle relazioni, ovvero del rapporto della paziente con gli altri, sia che si tratti di relazioni sociali che di quelle familiari, abbiamo pochissimi dati.

Approfondiremo il tipo di rapporto con la madre, la situazione familiare e le relazioni con eventuali altre figure di riferimento all'interno del sistema familiare in senso più allargato (parenti) valutando anche il tema della morte del padre di cui ci sono per ora informazioni carenti.

La carenza di dati sullo stato di salute della madre suggerisce anche approfondimenti in tale senso.

Allo stesso tempo sarebbe utile conoscere eventuali relazioni affettive personali e relazioni della sfera delle amicizie come anche i rapporti con eventuali colleghi di studio, dati questi completamente assenti nel resoconto clinico.

Qualora quindi, attraverso le dovute indagini, fosse confermata l'ipotesi diagnostica principale di Disturbo d'Ansia NAS, ed in riferimento alle evidenze in termini di prove di efficacia della terapia riportate da Fonagy in "Psicoterapia e prove di efficacia" potremmo suggerire un intervento specialistico di tipo cognitivo-comportamentale con l'obiettivo di una riduzione dei sintomi ansioso-depressivi ed un ripristino delle normali funzionalità psico-sociali della paziente. Qualora emergesse che la relazione con la madre fosse un fattore rilevante per il trattamento del disturbo, si potrebbe suggerire un intervento di tipo familiare parallelo teso al riequilibrio del sistema familiare.

La carenza di informazioni sullo stato di salute della madre e la dichiarazione della paziente della poca affidabilità della stessa ci impediscono al momento di considerarla una effettiva risorsa.

Qualora si evidenziasse una carenza nei legami affiliativi e parentali si potrebbe suggerire anche l'inserimento della paziente in un gruppo di sostegno al fine di favorire un maggiore confronto ed scambio oppure suggerire l'inserimento in gruppi di pari (attività ricreative, gruppi sportivi, ecc.).

A tal proposito sarà necessario valutare le risorse presenti sul territorio a cui la paziente potrebbe effettivamente accedere.

Stesura del Testo Curata da  
**Dott.ssa Emanuela Sabatini**  
**e Dott. Marco Baranello**  
*psicologo e scienziato italiano*  
*fondatore teoria emotocognitiva*

Il testo è originale e proprietà della SRM Psicologia, distribuito gratuitamente su  
[www.srm psicologia.com](http://www.srm psicologia.com) - [www.psyreview.org](http://www.psyreview.org) - [www.professionepsicologo.com](http://www.professionepsicologo.com)  
*il lavoro intellettuale dei colleghi che hanno contribuito alla stesura del testo va tutelato,*  
*contrasta gli abusi, contrasta il plagio intellettuale... consulta le fonti ufficiali.*  
*Rispettare il lavoro di una persona, di un tuo collega, significa rispettare prima di tutto te stesso e la tua libertà*



## la tua associazione di psicologia

SRM Psicologia, dal 1 marzo 2000 associazione per la promozione, lo sviluppo e la tutela delle scienze e delle professionalità psicologiche e la tutela della salute in ambito psicologico. Già On-Line dal 1998.

### **Siamo Psicologi, Professionisti della Salute, Rilasciamo Prestazioni Sanitarie di Cura! Perché l'Ordine vorrebbero ridurci a counsellor?**

La SRM Psicologia è l'unica associazione italiana impegnata concretamente, anche con azioni legali dei propri rappresentanti, nel valorizzare le attività sanitarie svolte dallo psicologo nell'ambito della diagnosi, della cura e della riabilitazione in ambito psicologico e contrastare le azioni di alcuni ordini professionali che vorrebbero ridurre lo psicologo ad un mero counsellor ed impedire allo psicologo professionista in ambito clinico di poter trattare disturbi mentali per finalità di cura. Ci vorrebbero mettere contro i counsellor o i pedagogisti clinici cercando di farci credere che ci "rubano il mestiere"... sei sicuro che tutto questo sia vero? Sei sicuro che dietro non ci siano altri interessi. La maggior parte delle scuole di psicoterapia, tutte private, tutte sostenute da docenti universitari spesso collegati agli ordini degli psicologi, formano anche "counsellor"! Molti accademici universitari sembrano indirizzare gli studenti di psicologia, i futuri psicologi, che desiderano lavorare in ambito clinico, soltanto verso le proprie scuole di specializzazione in psicoterapia, dichiarando che lo psicologo non potrebbe curare e che solo lo psicoterapeuta cura! Ma sei sicuro anche in questo caso che sia proprio così? La legge dice cose diverse! In pratica vorrebbero accaparrarsi tutta la formazione, lo psicologo è il loro target, il loro business! E' un processo "mediatico" portato avanti da molti docenti e ordini che vorrebbe impedire allo psicologo di curare per riservare tale diritto esclusivamente alla psicoterapia che, come sappiamo, è una specializzazione aperta anche a medici. Non andiamo contro i counsellor ma tuteliamo il nostro diritto di curare come psicologi! Gli ordini devono rappresentarci non andare contro gli psicologi! Oggi possiamo cambiare le cose... insieme.

### **LO PSICOLOGO CURA! Non lasciarti ingannare da chi ti dice il contrario... pensa con la tua testa, leggi le Norme!**

Lo psicologo in ambito clinico è un professionista della salute le cui prestazioni sono state riconosciute con Decreti Ministeriali (1994 e 2002) di tipo sanitario, ovvero di diagnosi cura e riabilitazione. Il tariffario degli psicologi, alla voce "abilitazione e riabilitazione" riconosce alle tecniche psicologiche "finalità terapeutico-riabilitative" il che fa della riabilitazione una vera e propria attività terapeutica e sancisce che il termine "terapia" non è quindi esclusivo della sola psicoterapia. Lo stesso tariffario non indica mai il termine "counselling" come prestazioni cliniche dello psicologo, non indica mai il termine "terapia" nella ristretta area di "psicoterapia", indica che il "colloquio psicologico clinico" è una prestazione dello psicologo e non dello psicoterapeuta in quanto tale, inoltre che il colloquio psicologico clinico non sia soltanto diagnostico, di sostegno o riabilitativo è chiaro dal fatto che le voci sostegno, diagnosi e riabilitazione sono voci diverse dal "colloquio psicologico clinico". Il termine clinico si riferisce, nella lingua italiana, al rapporto con il paziente e con la patologia. In psicologia quindi si riferisce al rapporto con il paziente, con la sua salute mentale e quindi con i disturbi mentali. Che lo psicologo dell'indirizzo clinico si occupi di salute mentale è palese e quindi è lapalissiano che si occupi del ripristino di tutto ciò che disturba tale salute che, appunto, chiamiamo "disturbi mentali". Insomma, lo psicologo, in ambito psicologico, usa tutti gli strumenti conoscitivi e d'intervento (art. 1 L. 56/89) per finalità sanitarie in ambito psicologico ovvero diagnosi, cura e riabilitazione (DM 1994 e 2002). Ricorda inoltre che la professione regolamentata è quella di psicologo non di per sé quella di psicoterapeuta. Non esiste l'ordine degli psicoterapeuti! Infatti se lo psicoterapeuta può curare è soltanto perché già possono curare, per legge, lo psicologo e il medico. Se il medico non potesse curare, non potrebbe farlo neanche se specializzato. Così per lo psicologo. Se di dichiarasse che lo "psicologo non cura" allora nessuno psicologo potrebbe curare, quindi neanche lo psicologo-psicoterapeuta. Esistono verità che qualcuno, in posizione dominante, cerca di nasconderti.

Insieme alla SRM Psicologia possiamo oggi far valere i nostri diritti, sanciti dalla Norma dello Stato, di cura in ambito psicologico e contrastare quei docenti e quegli ordini degli psicologi che vorrebbero impedire a noi psicologi di elargire cure psicologiche per impedirci di seguire una formazione personalizzata, variegata e basata su nuove scoperte, e costringerci a frequentare soltanto le loro scuole private di psicoterapia. Dove lo psicologo del lavoro può esercitare con l'abilitazione nel suo ambito, come lo psicologo che si occupa di educazione e orientamento, come quello che si occupa di psicologia generale e sperimentale, non si capisce perché allo psicologo dell'indirizzo clinico, regolarmente abilitato, si vuole impedire di svolgere la propria attività sanitaria di cura, non ci capisce perché, se non per interesse politico-economico, si vuole ridurlo ad un semplice counsellor dove il counselling, per il legislatore, non è una prestazione sanitaria, mentre sono SANITARIE le prestazioni svolte dallo psicologo, indipendentemente dall'essere psicoterapeuta. La SRM ha sempre auspicato che tutti i professionisti della salute, psicologi, medici, anche quando psicoterapeuti, fossero uniti per la tutela della salute, ma molti psicoterapeuti, soprattutto accademici o membri degli ordini, hanno dichiarato "guerra" a noi psicologi, ai loro stessi colleghi, spesso svalutandone il ruolo sanitario di cura, troppo spesso elargendo sanzioni! E' ora di dire basta ai possibili abusi dei soliti baroni, di chi crede che per il solo fatto di rivestire cariche istituzionali possa fare ciò che vuole! **Diamo valore alla psicologia come scienza e professione.**

**Denuncia gli Abusi!** Se hai subito pressioni per iscriverti ad una scuola di psicoterapia da parte di docenti, se ti senti minacciato nella tua autonomia scientifica e/o professionale da accademici o ordini professionali, se ti hanno impedito di inserire nella bibliografia della tua tesi autori a loro scomodi... **invia la tua testimonianza, segnala il fatto alla SRM Psicologia.** Tuteliamoci contro possibili attacchi alla nostra libertà di scelta.

**Unisciti a Noi, sottoscrivi la tua SRM CARD > [www.srm psicologia.com/tessera/](http://www.srm psicologia.com/tessera/)**