



Manuale cartaceo, spedito da Amazon,
disponibile sul sito 110eLode.Net



Indice

INTRODUZIONE ALLA TERZA PROVA – INDIRIZZO EVOLUTIVO

Il caso clinico

Struttura del caso clinico – indirizzo evolutivo

Numero di tracce del caso clinico

Quale caso clinico scegliere

Paragrafi principali del caso clinico

Meglio scrivere paziente, cliente o utente?

Lunghezza del compito e durata della prova

Criteri di correzione

IPOTESI DIAGNOSTICA E RAGIONAMENTO CLINICO

Il DSM-5: punti di forza e debolezza

Come formulare l'ipotesi diagnostica - categoriale

Come ricavare la diagnosi differenziale

Come formulare la valutazione dimensionale

Occorre fare una valutazione categoriale o dimensionale?

Avvisi sui disturbi del DSM-5 trattati in questo manuale

I disturbi internalizzanti ed esternalizzanti in età evolutiva

Lo stile educativo genitoriale

DISTURBI DEL NEUROSVILUPPO

Inquadramento teorico

Disabilità intellettiva

Disturbo dello spettro dell'autismo

Disturbo da deficit di attenzione/iperattività

Disturbo specifico dell'apprendimento

Disturbi della comunicazione

Disturbi del movimento

Casi clinici

**DISTURBI DA COMPORTAMENTO DIROMPENDE, DEL CONTROLLO DEGLI
IMPULSI E DELLA CONDOTTA**

Inquadramento teorico

Disturbo oppositivo provocatorio

Disturbo esplosivo intermittente

Disturbo della condotta

Caso clinico

DISTURBI DEPRESSIVI

Inquadramento teorico

Disturbo da disregolazione dell'umore dirompente

Disturbo depressivo maggiore

Disturbo depressivo persistente (distimia)

Caso clinico

DISTURBI D'ANSIA

Inquadramento teorico

Disturbo d'ansia da separazione

Mutismo selettivo

Disturbo d'ansia generalizzata

Fobia specifica, fobia sociale e agorafobia

Caso clinico

DISTURBI DELLA NUTRIZIONE E DELL'ALIMENTAZIONE

Inquadramento teorico

Pica, ruminazione e disturbo evitante/restrittivo dell'assunzione di cib

Anoressia nervosa

Bulimia nervosa

Disturbo da *binge-eating*

Casi clinici

DISTURBI CORRELATI AD EVENTI TRAUMATICI E STRESSANTI

Inquadramento teorico

Disturbo reattivo dell'attaccamento / da impegno sociale disinibito

Disturbo da stress post-traumatico nei bambini sotto i 6 anni e disturbo da stress acuto

Disturbi dell'adattamento

Caso clinico

MALTRATTAMENTI E ABUSI SUI MINORI

Maltrattamenti fisici e psicologici

Patologie della fornitura di cure

L'abuso sessuale

Effetti di maltrattamenti e abusi psicologici, fisici e sessuali

DISTURBI DELL'EVACUAZIONE

Inquadramento teorico

Enuresi ed encopresi

DISFORIA DI GENERE

Inquadramento teorico

Disforia di genere nei bambini e negli adolescenti

AREE DA APPROFONDIRE E STRUMENTI DI VALUTAZIONE

Cosa scrivere nelle aree da approfondire

Quali strumenti di valutazione utilizzare

Colloquio e osservazione

Test per una valutazione sintomatologica globale

Test sul funzionamento cognitivo

Test sul funzionamento emotivo

Test sul funzionamento affettivo (attaccamento)

Test sul funzionamento scolastico

Test sul funzionamento adattivo

Test sul funzionamento familiare

Test per difficoltà, funzioni e problemi specifici

Test per i genitori

INTERVENTI

Interventi per il bambino

Interventi per genitori

Interventi per gli insegnanti

Interventi con il gruppo dei pari

Interventi di inclusione scolastica

Interventi di mediazione familiare

Attivazione delle risorse psicosociali

Invio al neuropsichiatra infantile e ad altri professionisti

La questione aperta della differenza tra psicologo e psicoterapeuta

Invio allo psicoterapeuta e 3 principali approcci

CASI CLINICI SVOLTI

1. Una procedura diagnostica

2. Alunni aggressivi in classe

3. Un bambino con cefalea

4. Un bambino irrequieto e aggressivo

5. Un bambino apatico

6. Una bambina orfana

7. Una bambina e i punteggi della Wisc

- 8. Un bambino con sindrome di Down: inclusione scolastica**
- 9. Una ragazza e sua madre**
- 10. Ipotesi “valutativa” di un giovane con rettocolite**

BIBLIOGRAFIA, CORSI E MATERIALI AGGIUNTIVI

ISBN: 9798625719827

Edizioni 110eLode.Net

Autore: Dott.ssa Stella Di Giorgio, Psicologa e Tutor

Questo manuale fa parte del Kit di Preparazione 110eLode.Net che include manuali e materiali per tutte le prove d’esame.



Leggi le seguenti pagine tratte dal manuale per la seconda prova di 227 pagine, per vedere come è impostato.

Introduzione alla terza prova – indirizzo evolutivo

Il caso clinico

La terza prova è una prova pratica, in cui viene descritta una situazione problematica, vissuta da un adulto, un bambino, un anziano, una coppia, una famiglia, un'azienda (nel caso di indirizzo Lavoro), ecc. Si chiede al candidato di comprendere la situazione, attraverso tutte le risorse che ha: le conoscenze teoriche sui processi cognitivi, emotivi, sociali e familiari, le conoscenze sui principali disturbi e disagi psicologici, le conoscenze relative agli “attrezzi del mestiere”, come i test per fare una valutazione chiara del problema stesso, le conoscenze sulle modalità per intervenire.

Si tratta di conoscenze già utilizzate per la prima e la seconda prova, che quindi non dovranno essere dimenticate in seguito ad esse, ma serviranno ancora, potranno essere ancora sfruttate e valorizzate, avvicinandoti sempre di più alla pratica e trasformando davvero la tua preparazione all'esame nell'evoluzione da studente a professionista.

Struttura del caso clinico – indirizzo evolutivo

A volte i casi clinici dell'indirizzo evolutivo descrivono un bambino che presenta una serie di sintomi, comportamenti disadattivi e forme di disagio psicologico, scolastico, familiare o. Ci sono casi in cui questi sintomi sono “eclatanti” e ben identificabili, tanto che sembrano ricalcare la descrizione del DSM-5. Questa evenienza, apparentemente facilitante, potrebbe in realtà costituire un trabocchetto, per verificare

se lo studente tenda a “sparare” un’etichetta diagnostica oppure, nonostante la patologia sembri evidente, continui ad essere prudente e a fare ragionamenti clinici, prima di formulare un’ipotesi.

Altre volte le tracce sono più ambigue, non perfettamente riconducibili a una precisa categoria diagnostica o riconducibile a talmente tante categorie che non si sa quale scegliere. Ciò per sollecitare il ragionamento clinico e consentire di formulare più ipotesi diagnostiche.

Altre volte il caso clinico può richiedere un progetto, sia individuale che su gruppi, comunità o istituzioni, come se fosse una seconda prova. Altre volte può presentare richieste specifiche, ad esempio di descrivere una procedura diagnostica per un disturbo a scelta, di effettuare una valutazione delle competenze genitoriali in una coppia di coniugi che vuole adottare un figlio, oppure può trattarsi di un progetto di inserimento sociale di adolescenti che vivono in una casa-famiglia e che ormai sono diventati adulti, ecc.

Raramente, vengono riportati anche i punteggi ad un test e si richiede al candidato di fornire una lettura di questi dati. Questo non implica la necessità di sapere perfettamente come si interpretino tutti i test, ma sicuramente aiuta a possedere un’infarinatura generale sui test principali e sul tipo di risultati che producono. Quando vengono forniti i risultati di un test, generalmente ci sono dati che consentono di fare osservazioni e riflessioni, anche se non si conosce il test specifico.

Questo per ribadire che occorre prepararsi a qualsiasi evenienza, senza lasciarsi “spiazzare” se si presentano “sorprese”, perché non sempre e non necessariamente il caso clinico è quello classico, che descrive un paziente con dei sintomi. Comunque, imparando i punti principali e i punti ulteriori che generalmente vengono richiesti e che saranno spiegati in questo manuale, con la giusta flessibilità, avrai gli strumenti per affrontare anche i casi “non convenzionali”.

Ipotesi diagnostica e ragionamento clinico

Occorre fare una valutazione categoriale o dimensionale?

Le commissioni sono sempre tutte diverse: alcune vogliono soltanto l'ipotesi categoriale, ritenuta più "oggettiva". Altre vogliono sia l'ipotesi categoriale che quella dimensionale, per bilanciare le categorie psichiatriche con commenti psicologici qualitativi, che dimostrino sensibilità verso le peculiarità del caso e consentano di esibire le conoscenze psicologiche.

Altre commissioni vogliono soltanto una valutazione dimensionale, basata su conoscenze psicologiche, bocciando chi fa riferimento ai manuali diagnostici, trattandosi di un esame di abilitazione come psicologi e non come psichiatri.

Altre vogliono anche commenti psicoterapeutici, legati ad approcci, perché magari i commissari provengono da una cultura che considerava la scuola di psicoterapia come un proseguimento necessario dopo la laurea in psicologia e quindi non concepiva uno psicologo non psicoterapeuta. Tracce di questa cultura ancora diffusa si possono rilevare in molti programmi universitari, dove vengono trattati interventi psicoterapeutici più che psicologici.

Altre commissioni, invece, bocciano compiti con riferimenti ad approcci psicoterapeutici, perché li considerano "inquinati", mentre le conoscenze psicologiche sono "neutre" (non legate ad approcci o scuole), oltre che ritenerli prematuri, dato che per apprendere davvero un approccio, occorre frequentare una scuola di psicoterapia e non basta aver superato esami che lo descrivono.

Tra l'altro, all'interno della stessa commissione, anche i singoli commissari possono avere aspettative o richieste diverse, e alcuni di loro potrebbero anche non porsi il problema, lasciando che il candidato scelga in autonomia come valutare il caso e quali risorse mettere in campo.

Non è possibile prevedere le preferenze della commissione che sarà in carica quando sosterrai l'esame e del commissario che correggerà il tuo compito. Per questo, è importante padroneggiare sia i ragionamenti psichiatrici, basati su conoscenze dei principali disturbi, sia quelli psicologici, basati sulle teorie già studiate per la prima prova, sia un approccio psicoterapeutico, nel caso venisse richiesto.

Se la commissione non esprime preferenze, è opportuno fare sia commenti psichiatrici che psicologici, per avere un compito bilanciato, non solo in vista dell'esame, ma anche della professione, abituandosi così a relazionarsi anche con altri professionisti.

Disturbi da comportamento dirompente, del controllo degli impulsi e della condotta

Inquadramento teorico

Questa categoria include i disturbi esternalizzanti, caratterizzati da disregolazione degli impulsi, delle emozioni e del comportamento, nonché da "labilità emozionale" (*Emotional Lability*, EL)¹.

¹ Qui non verranno trattati i disturbi inclusi in questa categoria, ma riferiti all'età adulta, come il disturbo antisociale di personalità, la piromania e la cleptomania, benché queste ultime due possano presentarsi anche in adolescenza.

Questa espressione non equivale all'alternanza di fasi depressive e maniacali tipiche del disturbo bipolare, che invece costituisce una categoria clinica a sé stante, ma consiste nella difficoltà a modulare l'intensità delle emozioni e a stabilizzare il proprio umore, che infatti risulta molto suscettibile. Ciò significa che non vi è un'oscillazione tra due poli opposti, ma una continua riconfigurazione dell'umore, a causa di molteplici stimoli, anche lievi, che però portano a una notevole variabilità anche giornaliera (Sobanski *et al.*, 2010).

La labilità emotiva si accompagna anche a irritabilità, frequente anche nei bambini con ADHD e a difficoltà nella gestione di alcune emozioni potenzialmente distruttive come la rabbia. Questa categoria di disturbi prevale nelle famiglie in cui l'accudimento del bambino è turbato dal susseguirsi di diversi *caregiver* o in cui sono diffuse pratiche educative rigide, incoerenti o negligenti.

Disturbo oppositivo provocatorio

Sintomatologia. Questo disturbo è caratterizzato da modalità comportamentali ostili, negativistiche, provocatorie nei confronti delle autorità. Questo negativismo è fisiologico nei primi anni di vita e si intensifica a 2 anni, tanto che da alcuni studiosi i 2 anni d'età sono definiti *terrible two* (Brazelton & Sparrow, 2005) e assimilati ad una "prima adolescenza", in cui il bambino inizia a percepirsi come un soggetto autonomo, distinto dalla madre, impegnato ad affermare sé stesso anche ripetendo parole come "No!" oppure "Io!". Dunque, spesso è difficile distinguere un sano processo di separazione e individuazione da un comportamento patologico.

La distinzione si può effettuare attraverso un'approfondita valutazione del bambino e dei contesti in cui vive, valutando anche la gravità e persistenza della sua oppositività e l'interferenza con il

funzionamento nei contesti stessi. Il disturbo inizia a manifestarsi in modo evidente verso i 3 anni, nel momento dell'ingresso nella scuola materna, che costituisce uno stress per il bambino, in quanto richiede uno sforzo di adattamento, di regolazione del suo comportamento, di interazione continuativa con i pari.

I bambini con disturbo oppositivo spesso non riescono ad adattarsi e ad integrarsi. Hanno frequenti scoppi d'ira, non rispettano le regole, sono irritati dalla presenza degli altri. Provocano stanchezza, scoraggiamento e frustrazione in chi cerca di relazionarsi con loro. L'aggressività di questi bambini non è solo reattiva, poiché non solo reagiscono con ostilità, ma tendono a provocare intenzionalmente, anche se non violentemente, per destabilizzare l'adulto. Resistono ai suoi ordini, assumono atteggiamenti di derisione, facendo smorfie, compiendo il contrario di quanto gli venga ordinato.

Boicottano gli adulti e i compagni, cercando di portare scompiglio nei giochi, tentano di mettere alla prova i limiti degli adulti, ignorando gli ordini, litigando e non accettando i rimproveri, e hanno atteggiamenti di fierezza e orgoglio quando constatano il loro "potere", ma in realtà questo può nascondere una bassa autostima e svalutazione di sé, o il fatto di considerarsi indegni di affetto.

Prima dell'adolescenza, il disturbo sembra essere più frequente nei maschi che nelle femmine. I primi sintomi appaiono solitamente durante l'età prescolare e raramente oltre la prima adolescenza. Il disturbo oppositivo provocatorio spesso precede lo sviluppo del disturbo della condotta, soprattutto in coloro i quali manifestano un disturbo della condotta del tipo con esordio nell'infanzia. A questo disturbo si associa anche il rischio di sviluppare disturbi d'ansia e disturbo depressivo maggiore.

Diagnosi differenziale. Il disturbo oppositivo provocatorio si distingue dal disturbo della condotta perché entrambi portano l'individuo a entrare in conflitto con gli adulti e le figure che rappresentano l'autorità. Tuttavia, i comportamenti del disturbo oppositivo provocatorio sono tipicamente di natura meno grave di quelli del disturbo della condotta e non comprendono l'aggressione a persone o animali, la distruzione di proprietà o modalità di furto e frode. Il disturbo oppositivo provocatorio può presentare iperattività e disattenzione, come nell'ADHD, ma nell'ADHD non è presente il senso di sfida verso l'autorità.

Il disturbo oppositivo provocatorio condivide con il disturbo da disregolazione dell'umore dirompente i sintomi di un cronico umore negativo e gli scoppi di collera. Tuttavia, la gravità, la frequenza e la cronicità degli scoppi di collera sono maggiori negli individui con disturbo da disregolazione dell'umore dirompente. Anche nel disturbo esplosivo intermittente sono presenti elevati livelli di rabbia. Tuttavia, gli individui con questo disturbo mostrano una grave aggressività verso gli altri, che non fa parte della definizione di disturbo oppositivo provocatorio.

Il disturbo oppositivo provocatorio deve essere distinto dal disturbo del linguaggio e da un'incapacità nel seguire le indicazioni derivante da compromissione della comprensione del linguaggio o da una disabilità intellettiva. Il disturbo oppositivo provocatorio deve essere anche distinto dalla provocatorietà dovuta al timore di una valutazione negativa, associata al disturbo d'ansia sociale.

Comorbidità: Questo disturbo spesso precede un esordio di disturbo della condotta. Questi individui sono anche a maggior rischio di disturbi d'ansia e disturbo depressivo maggiore e ciò sembra in gran parte attribuibile alla presenza dei sintomi di umore collerico e

irritabile. Adolescenti con disturbo oppositivo provocatorio mostrano anche un più alto tasso di disturbi da uso di sostanze.

Caso clinico

Esempio di caso clinico di disturbo della condotta

Un direttore didattico vi segnala il caso di Mario, un bambino di 7 anni, seconda elementare, che disturba la classe, non riesce ad apprendere con la velocità degli altri, non riesce a concentrarsi nei compiti, è aggressivo con i compagni e sembra non seguire le regole. È stato spesso sorpreso a minacciare i compagni, per questioni banali, come farsi dare la loro merenda, farsi prestare matite, ecc. Se i compagni non obbediscono ai suoi ordini, li aspetta fuori dalla scuola per picchiarli.

La famiglia è composta dal padre e dalla madre che si stanno separando in via giudiziale e dall'altra figlia di tre anni. Vi viene chiesto di pianificare un intervento. Cosa osservereste e come? Con chi parlereste? eventualmente quali strumenti diagnostici utilizzereste e quali diagnosi differenziale potrebbero porsi? Senza entrare in ambito psicoterapeutico, che non vi compete, quale potrebbe essere, per sommi capi un modello di intervento?

Aree da approfondire e strumenti di valutazione

Test sul funzionamento familiare

Dato che il bambino dipende dalla sua famiglia e ne viene influenzato, è opportuno valutare anche diversi aspetti del funzionamento familiare. Non è necessario somministrare i seguenti test tutti insieme. Occorre selezionare, di volta in volta, quello più opportuno. I seguenti test si possono però anche abbinare tra loro.

Opzione 1: FRT. Il *Family Relations Test* (FRT; Bene & Anthony, 1991) consente di rilevare i vissuti provati da ciascun componente della famiglia nei confronti degli altri. Il test consiste in 20 figure di cartone che rappresentano i componenti di una famiglia qualunque, in modo vago, per permettere alla persona di scegliere le figure che ricordano i componenti della sua famiglia. Vi è una versione per i figli, per le coppie, per individui adulti e coppie rispetto alla famiglia di origine.

Opzione 2: Disegno della famiglia. Per la valutazione della famiglia, si può usare anche il *Disegno della famiglia* (Corman, 1967). Il disegno viene analizzato in base ai criteri (formali e contenutistici) adottati anche per il *Disegno della figura umana* della Machover (1951) e ad ulteriori aspetti, indicati dalla Corman: composizione della famiglia reale (valutando se ci siano membri omessi o aggiunti), posizione in cui si colloca il soggetto in relazione agli altri familiari (al centro, ai confini del gruppo, distaccato, ecc.), valorizzazione/svalorizzazione dei personaggi (valutando se ci siano membri disegnati molto piccoli, molto grandi, molto confusi, per ultimi, ecc.). Dopo il disegno, segue un'inchiesta, in cui il bambino specifica, sotto ogni figura, il nome e le caratteristiche del familiare, quindi si approfondisce il disegno e il vissuto che lo ha motivato.

Opzione 3: CLES. Per bambini e adolescenti, vi sono anche le *Coddington Life Events Scales* (CLES) (Coddington, 2009),

questionari autosomministrati per rilevare gli eventi che comportano cambiamenti all'interno delle dinamiche familiari, come quelli connessi a una separazione definitiva o temporanea dal genitore o gli eventi relativi al rendimento scolastico e al funzionamento sociale. Il risultato ottenuto dallo *scoring* automatizzato fornisce 4 punteggi denominati *Life Change Unit* (LCU), cioè unità di cambiamento di vita.

Casi clinici svolti

Ogni caso clinico si può svolgere in mille modi diversi. Quelli che seguono sono solo esempi, senza la pretesa di essere esaustivi o di fornire un modello assoluto. Inoltre, i seguenti casi sono svolti in modo assolutamente neutro, non inquinati da approcci psicoterapeutici, a meno che non siano richiesti, come succede se le tracce sono formulate da psicoterapeuti della vecchia guardia. Anche in questi casi, nei commenti vengono sempre prima quelli diagnostici e quelli psicologici, e solo in terza battuta quelli legati a un approccio. Anche negli interventi, viene sempre prima offerto sostegno, poi abilitazione, solo alla fine avviene l'invio a uno psicoterapeuta.

Durante le tue esercitazioni, può essere utile prima dare una lettura del caso, appuntando commenti che ti vengono in mente, sia categoriali che dimensionali; poi fare una seconda lettura, sottolineando i sintomi che “concordano” tra loro, cioè possono essere ricondotti a un disturbo, che diventerà poi la tua ipotesi diagnostica principale. Questo è solo un suggerimento, perché ci sono mille altri modi per esercitarsi e ognuno troverà quello adatto a sé.

Ogni svolgimento sarà preceduto da una “nota della tutor” con spunti di osservazione e riflessione sulla scaletta o sullo svolgimento. Alcuni dei seguenti casi sono lunghi, per offrire spunti di riflessione e

approfondimento, ma nel compito d'esame dovranno essere molto sintetici.

8. Un bambino con sindrome di Down: inclusione scolastica

In una classe vi è un bambino, Marco, di 9 anni, con sindrome di Down. Il/la candidato/a formuli un'ipotesi di valutazione più approfondita al fine di facilitare l'inserimento nella classe, indicando le procedure e gli strumenti che ritiene adatti.

Nota della tutor

In questo caso, si richiedono due punti da sviluppare: una valutazione più approfondita e le procedure di inclusione scolastica. Queste ultime non dovrebbero coinvolgere solo il bambino con sindrome di Down, ma l'intera classe, in modo che tutti percepiscano la diversità come una risorsa e apprendano a rispettarla e a valorizzarla.

Ipotesi di valutazione più approfondita

Per una valutazione più approfondita dei punti di forza e debolezza di Marco, è possibile procedere con una valutazione del livello intellettivo, attraverso la WISC-IV, dato che spesso la sindrome di Down si accompagna alla disabilità intellettiva, e una valutazione del comportamento adattivo. La valutazione diagnostica sarà svolta al Centro di Neuropsichiatria infantile della ASL.

Per valutare il funzionamento intellettivo e l'eventuale livello di disabilità, è possibile somministrare la WISC-IV, che fornisce un QI globale, ma anche 5 punteggi: un Quoziente Intellettivo Totale (QIT), che esprime le capacità cognitive complessive e 4 punteggi aggiuntivi:

l'Indice di Comprensione verbale (ICV), l'Indice di Ragionamento visuo-percettivo (IRP), l'Indice di Memoria di lavoro (IML), l'Indice di Velocità di elaborazione (IVE). Per aggiungere una dimensione qualitativa alla valutazione effettuata con la WAIS o la WISC, prevalentemente quantitativa, si può adottare l'approccio "Boston", utilizzato nei test neuropsicologici e sviluppato da Kaplan, che prevede l'analisi degli errori, dei limiti e di altri aspetti qualitativi della prestazione.

Per valutare il comportamento adattivo, l'autonomia personale e la responsabilità sociale, soprattutto in caso di disabilità o sospetto di autismo, si possono utilizzare le *Vineland - Adaptive Behavior Scales*, comunemente definite "scale Vineland", relative a soggetti dai primi mesi di vita ai 18 anni. Si tratta di un'intervista semi-strutturata, rivolta ai genitori, articolata in 4 scale (Comunicazione, Abilità quotidiane, Socializzazione, Abilità motorie) e 11 sub-scale. Per somministrarla non è richiesta la presenza diretta del bambino, ma di una persona che lo conosca approfonditamente, come un genitore o un operatore di sostegno e che quindi provveda a compilare i materiali forniti dall'intervistatore.

Si aggiungeranno poi osservazioni e colloqui con bambino e genitori. Alla fine della valutazione, la ASL provvederà ad una diagnosi categoriale, ma anche funzionale. Quest'ultima è più ampia, include l'esplorazione di abilità linguistiche, percettive, prassiche, visuo-motorie, attentive, mnestiche, dei fattori ambientali e delle condizioni emotive e relazionali ed è utile per la presa in carico globale e per l'inclusione scolastica. In base alla diagnosi categoria e funzionale, l'alunno potrà essere certificato secondo la Legge 104/92, avere diritto a un'insegnante di sostegno e alla stesura di un Piano Educativo Individualizzato (PEI).

Le procedure e gli strumenti adatti a facilitare l'inserimento nella classe

L'inserimento del bambino con Sindrome di Down a scuola non è più definito "integrazione", ma "inclusione". "Integrare" implica adattare il bambino al sistema scolastico, "normalizzarlo", facendo in modo che assimili quanto il sistema ha previsto. L'integrazione si basa su una distinzione tra alunno disabile e alunno non disabile. Invece, l'inclusione è un concetto più ampio, che considera le differenze individuali come uno spettro in cui non è possibile tracciare categorie nette. A scuola, l'inclusione fa riferimento a una prospettiva in cui gli alunni apprendono e compiono esperienze tutti insieme, condividendo obiettivi e strategie.

Dunque, l'inclusione di Marco non è soltanto di tipo didattico, ma è soprattutto emotiva e sociale. Essa può essere facilitata sia attraverso tecniche psicoeducative per il bambino, inseriti nel PEI, sia attraverso interventi che coinvolgano la classe.

Per quanto riguarda le tecniche psicoeducative per il bambino, esse possono essere attuate dall'insegnante di sostegno, ma anche dagli altri insegnanti curricolari, previo *teacher training* in cui possano apprendere e sperimentarle. Si tratta di tecniche di *problem-solving*, *decision-making*, regolazione delle emozioni, autocontrollo e pianificazione. Al bambino viene insegnato a orientare le proprie azioni, divenendo consapevole dei propri bisogni e imparando a esprimerli e comunicarli efficacemente.

Per l'apprendimento di tali strategie, è possibile ricorrere a diverse tecniche psicoeducative, tra cui il *modeling*, la *token economy*, il *prompting* o il *fading*. Il modellamento o *modeling* si basa sull'osservazione e l'imitazione di un modello da parte del bambino, che consente in questo modo di apprendere sequenze di comportamento e modalità di reazione a situazioni. La *token economy* consiste in un sistema di rinforzo

attraverso gettoni che poi danno luogo a un premio, allo scopo di gratificare il bambino quando emette comportamenti positivi, disincentivando ed estinguendo quelli negativi o indesiderati.

Il *prompting* consiste nel fornire suggerimenti, istruzioni verbali, guide gestuali che accompagnano il bambino verso il comportamento da acquisire. Il *fading* è un processo di graduale riduzione dell'intensità e del numero di stimoli supplementari, che vengono sfumati in modo da insegnare al bambino ad emettere i comportamenti anche in assenza dell'aiuto.

Per quanto riguarda gli interventi che coinvolgano la classe, è possibile svolgere un progetto di educazione socio-affettiva, che può prevedere una fase di alfabetizzazione affettiva, poi *circle-time*, poi un laboratorio creativo. Infatti, è importante che anche gli altri bambini sappiano relazionarsi efficacemente con Marco e considerino la presenza del compagno come una risorsa per sviluppare e potenziare empatia, capacità di supporto e valorizzazione delle differenze insite in ciascuno, non soltanto in bambini che hanno una sindrome accertata.

L'alfabetizzazione emotiva è un'attività che promuove la consapevolezza delle emozioni, la capacità di riconoscerle negli altri e di esprimerle, ampliando il vocabolario emotivo e il repertorio di emozioni e delle diverse sfumature che si possono provare. Si può stimolare il riconoscimento delle emozioni in modo ludico, ad esempio invitando i partecipanti a portare ritagli di giornale, foto o filmati che ritraggano persone che provano un'emozione. Insieme, si può individuare l'emozione espressa nelle foto, ricostruirne le caratteristiche e discuterne.

Il *circle-time* è il "tempo del cerchio", un'attività di gruppo in cui i partecipanti e lo psicologo, che ha un ruolo di facilitatore, si dispongono in cerchio, per rompere il *setting* scolastico formato da banchi allineati e sospendere la routine fatta di spiegazioni e

interrogazioni, facendo sperimentare una modalità di comunicazione empatica, non basata sul giudizio, bensì sull'astensione dal giudizio stesso, per immedesimarsi negli altri, comprenderli e confrontarsi.

Quest'attività restituisce spazio alle emozioni che generalmente, durante l'attività didattica, vengono "sacrificate" a favore della cognizione. Durante il *circle-time*, si sceglie su quale emozione soffermarsi. Il facilitatore sollecita gli interventi, la condivisione di risorse e la riflessione sull'emozione o sul comportamento scelto dai partecipanti (o proposto dal facilitatore stesso) attraverso spunti e domande aperte che stimolano il racconto di esperienze, l'ascolto e le risposte empatiche.

Il laboratorio creativo è un'esperienza di apprendimento creativo di strategie di gestione delle relazioni, delle emozioni e del comportamento, che lo psicologo, insieme a un educatore, può predisporre attraverso lavori di gruppo, proprio perché queste abilità si acquisiscono e si applicano interagendo con gli altri. Questo laboratorio può consistere nella creazione di *collage*, giornalini, spettacoli teatrali e altre manifestazioni creative, importanti non per il risultato artistico, quanto per il processo creativo e cooperativo attraverso cui vengono realizzate, che sollecita comunicazione, negoziazione, *problem-solving*, empatia e cooperazione.

Un parametro da considerare per la valutazione dell'inclusione scolastica di Marco potrebbe essere non tanto il raggiungimento di obiettivi didattici, ma anche il livello di accettazione sociale e l'evoluzione nel percorso di crescita psicosociale della classe, grazie all'acquisizione di abilità psicosociali. Questi aspetti si possono valutare somministrando, prima e dopo il percorso di educazione socio-affettiva, il questionario *La mia vita a scuola* di Sharp e Smith, che permette di analizzare il rapporto tra pari e con gli insegnanti.



Ti auguro che il tuo percorso di preparazione sia sereno e che sia un momento di crescita personale e professionale. In bocca al lupo! Stella Di Giorgio, Psicologa e Tutor. <https://www.110elode.net>

