



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



Indice

PRESUPPOSTI E METODOLOGIA ADOTTATA NELLO SVOLGIMENTO DEI SEGUENTI CASI CLINICI

- 1. Una ragazza con un trauma cranico**
- 2. Un anziano con emiplegia agli arti**
- 3. Una signora con difficoltà nell'eloquio**
- 4. Un episodio ischemico**
- 5. Un uomo con deficit mnestico e umore depresso**
- 6. Una lesione cerebrale dovuta a un ictus**
- 7. Un paziente con comportamenti "strani"**
- 8. Una farmacista con ictus**
- 9. Una signora anziana confusa**
- 10. Una mamma uscita dal coma**
- 11. Un signore con sintomi motori e cognitivi**
- 12. La vita 7 anni dopo un trauma cranico**
- 13. Difficoltà di lettura dopo un ictus**
- 14. Un uomo con difficoltà di pianificazione**
- 15. Un professionista prossimo alla pensione**
- 16. Una signora ricoverata in neurologia**
- 17. Un giovane con trauma dopo un incidente**
- 18. La richiesta di una compagnia assicurativa**
- 19. Un ragazzo caduto dallo skateboard**
- 20. Il trattamento dell'agnosia**

BIBLIOGRAFIA, CORSI E MATERIALI AGGIUNTIVI

ISBN: 9798847363334

Edizioni 110eLode.Net

Autori: Alessia Molendi - Stella Di Giorgio

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 il caso clinico – indirizzo neuropsicologico, di 120 pagine, per vedere come è impostato.

1. Una ragazza con un trauma cranico

Michela, una ragazza di 22 anni in seguito ad una caduta durante una gara di sci riporta un trauma cranico. Riferisce difficoltà di concentrazione, episodi di cefalea e di doversi appuntare le cose da fare giorno per giorno. Il fidanzato le sottolinea che i suoi attacchi di ira sembrano spesso immotivati, anche a detta degli amici.

Il/la candidato/a indichi: quali aspetti della situazione meriterebbero ulteriori approfondimenti e quali strumenti utilizzerebbe a tal fine, l'eventuale ipotesi diagnostica e l'ipotesi d'intervento.

Nota della tutor

In questo caso, la traccia definisce Michela una “ragazza”: conviene attenersi a questa dicitura, evitando “paziente” o altre denominazioni. La traccia si conclude con una serie di richieste, messe in un ordine diverso da quello consueto. Infatti, generalmente le tracce si concludono chiedendo l'ipotesi diagnostica come primo paragrafo, poi gli aspetti da approfondire, gli strumenti, l'intervento. Non bisogna rimanere aggrappati a questa sequenza: conviene svolgere le richieste, punto per punto, nell'ordine richiesto, mettendo come titolo per ogni blocco proprio le parole della traccia (“ipotesi d'intervento” piuttosto che “trattamento” o simili).

Quali aspetti della situazione meriterebbero ulteriori approfondimenti

Michela, in seguito a una caduta durante una gara di sci, ha subito un trauma cranico, cioè un danno causato da un evento fisico di tipo meccanico, che coinvolge un qualsiasi distretto cranio-encefalico. Le conseguenze del trauma cranico e l'eventuale recupero post-traumatico dipendono da vari fattori, tra cui la perdita di coscienza in seguito al

trauma, la presenza di amnesia post-traumatica, l'età della persona, la presenza di eventuali complicanze o lesioni extra-craniche, la presenza di danno assonale diffuso, che costituisce un indice prognostico negativo, e la sede lesionale, aspetti di cui in questo caso non si possiedono informazioni e che sarà necessario indagare per l'inquadramento diagnostico.

Innanzitutto, lo psicologo deve effettuare l'analisi della domanda, per comprendere le aspettative, i bisogni, le motivazioni e la disponibilità a collaborare, aspetto fondamentale sia per la diagnosi che per l'intervento. Si prosegue poi con l'anamnesi, attraverso cui vengono raccolte informazioni sulla storia personale e clinica della ragazza. È opportuno raccogliere anche dati relativi al trauma, per capire come sia avvenuto, quale fosse lo stato di coscienza della ragazza dopo l'accaduto, se si fosse verificata un'amnesia post-traumatica. Occorre indagare se ci siano state eventuali complicanze, per avere un'idea dell'entità del trauma, anche coinvolgendo i familiari, per ricostruire con precisione l'accaduto. Infatti, Michela potrebbe non riuscire a ricordare queste informazioni. Poi, è importante ottenere informazioni su quando siano comparsi i sintomi, come si presentino, come si siano evoluti, come siano vissuti dalla persona e quali strategie siano state messe in atto per affrontarli.

Inoltre, è importante ottenere informazioni sul funzionamento della ragazza nei diversi ambiti, come quello personale, sociale, familiare, formativo e lavorativo, poiché, come indica il DSM-5 (APA, 2013), un disagio è " clinicamente significativo " quando compromette più ambiti di funzionamento della persona.

Infine, è necessario richiedere eventuali esami strumentali, come la Tomografia Assiale Computerizzata (TAC) o la Risonanza Magnetica per Immagini (RMI), oltre a visionare eventuali lettere di dimissioni e referti di specialisti, per comprendere ciò che è stato valutato fino a quel momento e indagare quali siano stati gli esiti del trauma a livello cerebrale. Infatti, se gli esami strumentali evidenziano un danno organico, si potrebbe escludere l'ipotesi della sindrome soggettiva da

cranioleso e sarebbe possibile individuare la sede e l'entità del danno, permettendo di ipotizzare quali siano le funzioni compromesse. Ciò sempre tendendo in considerazione che il cervello è dotato di plasticità e che le varie funzioni sono mediate da circuiti che interessano più aree.

Un altro approfondimento utile è di tipo psicologico, sia cognitivo che emotivo, relativo allo stato di vigilanza di Michela, all'orientamento spazio-temporale, all'integrità del pensiero, alla produzione e comprensione del linguaggio, alla consapevolezza dei sintomi e all'eventuale presenza di altre condizioni psicopatologiche, come ansia o depressione, che potrebbero interferire con le prestazioni cognitive. È opportuno effettuare un colloquio anche con un familiare, dato ciò che è stato riportato dal fidanzato, poiché in alcune condizioni le persone non sono consapevoli della patologia, oppure possono intenzionalmente sottostimare le difficoltà e l'impatto che essa può avere sulla vita quotidiana e sovrastimare le proprie capacità di gestirla. Inoltre, il colloquio clinico con il familiare permette anche di valutare il grado di sovraccarico emozionale dovuto all'assistenza, aspetto fondamentale per un'eventuale riabilitazione, poiché la persona deve essere sostenuta anche nel contesto di vita quotidiana.

Strumenti

È possibile effettuare una valutazione neuropsicologica con strumenti validati. La scelta degli strumenti si basa sui dati raccolti durante l'anamnesi e il colloquio clinico. È opportuno partire da una valutazione del funzionamento cognitivo globale, somministrando, ad esempio, l'*Esame Neuropsicologico Breve-2* (ENB-2; Mondani *et al.*, 2011), che è una batteria, composta da 16 prove per lo *screening* delle principali funzioni cognitive quali memoria, attenzione, funzioni esecutive, prassie, capacità di ragionamento e comprensione, così da individuare gli aspetti da approfondire ulteriormente.

Per la valutazione dell'attenzione si può somministrare la *Batteria di test per l'Esame dell'Attenzione* (TEA; Zimmermann & Fimm, 2002),

costituita da 12 prove che valutano i processi coinvolti nell'attenzione, quali vigilanza, attenzione selettiva, attenzione divisa, memoria di lavoro, flessibilità della risposta, in modo da identificare quali componenti siano compromesse, dato che l'attenzione è una funzione che media l'efficacia di tutte le altre funzioni cognitive.

Per quanto riguarda la memoria, l'*Esame Neuropsicologico Breve-2* (ENB-2; Mondani *et al.*, 2011) contiene il test *Digit span* per la valutazione della memoria a breve termine, un test di memoria con interferenza in cui la persona deve memorizzare triplette di lettere per valutare la memoria di lavoro e un test di memoria di prosa per la valutazione della memoria a lungo termine verbale. È possibile effettuare un'ulteriore valutazione somministrando il *Test Comportamentale di Rivermead* (Brazelli, Della Sala & Laiacona, 1993), composto da 12 prove che valutano le componenti della memoria. La scelta è ricaduta su questo test perché è un test ecologico, quindi potrebbe ovviare al problema che hanno i pazienti con lesione alla corteccia prefrontale: essi ottengono prestazioni nella norma ai test neuropsicologici, ma questo non si accompagna alla fluidità nello svolgimento delle attività quotidiane. In più, questo test permette di valutare anche la memoria prospettica, un aspetto che sembrerebbe essere deficitario nella ragazza, costretta ad annotarsi le attività da svolgere ogni giorno.

Inoltre, sarebbe opportuno valutare anche le funzioni esecutive, attraverso test specifici, come la *Torre di Londra* (TOL; Vio, Fancello & Cianchetti, 2006), per la capacità di pianificazione e il *problem solving*; il *Wisconsin Card Sorting Test* (WCST; Heaton *et al.*, 2000), per la flessibilità cognitiva e l'*Elithorn Perceptual Maze Test* (Spinnler & Tognoni, 1987) per il ragionamento visuo-spaziale. Per la valutazione dei sintomi emotivi e comportamentali si può somministrare la versione italiana della *Brain Injury Rehabilitation Trust* (BIRT; Basagni *et al.*, 2015), che permette di effettuare un'analisi globale di motivazione, impulsività, disinibizione, cognizione sociale e regolazione emotiva. Questa batteria comprende due versioni, una per il paziente e una per il *caregiver*, per

ricavare anche un indice sull'eventuale anosognosia, cioè sulla mancata consapevolezza circa il proprio disturbo. In presenza di anosognosia, il paziente potrebbe essere fermamente convinto di possedere ancora la funzione cognitiva che, in realtà, è stata compromessa dalla lesione.

Ipotesi diagnostica

Michela lamenta difficoltà di concentrazione e di memoria, con episodi di cefalea. Questi sintomi fanno ipotizzare la presenza di una sindrome soggettiva del cranioleso. Questa sindrome si verifica soprattutto in seguito a un trauma cranico lieve ed è caratterizzata da una sintomatologia poco evidente, perché i sintomi vengono riportati solo dal soggetto, ma non c'è un riscontro oggettivo. Questa sindrome comprende anche vertigini, alterazioni dell'affettività e disturbi del sonno. Tali sintomi, tuttavia, sono percepiti dalla persona e non ritrovano un riscontro oggettivo tramite esami strumentali che documentino un danno organico o tramite test neuropsicologici.

Un'altra ipotesi è che la difficoltà di concentrazione e la necessità di doversi appuntare le cose da fare ogni giorno potrebbero essere indice di un deficit d'attenzione e/o di memoria, legato alla presenza di un danno organico a carico del lobo frontale o temporale, aree che risultano essere quelle maggiormente colpite in seguito a un trauma cranico. Generalmente, infatti, i pazienti con lesioni frontali, oltre ad avere deficit delle funzioni esecutive e di memoria di lavoro, presentano anche deficit attentivi, come distraibilità e difficoltà di concentrazione, come avviene anche nel caso di questa ragazza.

Per quanto riguarda il disturbo di memoria, esso potrebbe essere legato a una sindrome amnesica di natura frontale, che si esprime in disfunzioni dovute a un deficit attentivo e di tipo strategico. In questo caso, la persona incontra difficoltà a selezionare in modo efficace le informazioni da acquisire, a ricercare in memoria le tracce da recuperare e ad acquisire e rievocare informazioni.

La difficoltà di memoria potrebbe essere anche dovuta ad amnesia legata a lesioni alle aree medio-temporali, compreso l'ippocampo, che svolge un ruolo importante nei processi di memoria. In caso di danno in queste aree, infatti, la memoria a breve termine e la componente semantica e procedurale della memoria a lungo termine restano generalmente preservate, mentre la memoria episodica viene compromessa, quindi la persona ha difficoltà a recuperare informazioni contestualizzate, solitamente recenti, e ad acquisire nuove informazioni.

Nel caso specifico di Michela, la necessità di doversi appuntare le cose potrebbe essere legata anche a un problema di tipo strategico o a un disturbo mnesico puro. Inoltre, in base a quanto riferito dal fidanzato e dagli amici, la ragazza mostra attacchi d'ira improvvisi e immotivati che potrebbero essere ricondotti a una pseudo-psicopatia che insorge solitamente in seguito a un danno a carico della corteccia orbito-frontale laterale, spesso compromessa dopo un trauma cranico. Tale sindrome è caratterizzata da aggressività, impulsività e atteggiamenti socialmente inadeguati, di cui spesso la persona non è consapevole. Tuttavia, i dati disponibili non sono sufficienti per stabilire quale delle ipotesi formulate sia la più corretta, ma sono necessari ulteriori approfondimenti.

Ipotesi di intervento

L'intervento può essere svolto in un'ottica multimodale, che non è centrata solo sulla persona, ma prevede anche il coinvolgimento dei familiari e l'attivazione di risorse di rete a sostegno di entrambi. In base all'ipotesi confermata dalle indagini strumentali, da un punto di vista cognitivo, lo psicologo può predisporre un intervento di riabilitazione cognitiva, il cui obiettivo è quello di recuperare o sostenere una o più funzioni compromesse dopo il trauma cranico, che in questo caso possono essere attenzione, memoria e funzioni esecutive, per garantire il miglior livello di vita possibile.

Gli interventi possono essere “restitutivi” o “compensativi”.

Gli interventi sono restitutivi quando, attraverso *training* neuropsicologici individualizzati, si stimola la funzione deficitaria, sfruttando il meccanismo di plasticità corticale. Invece, gli interventi “compensativi” sono quelli in cui il paziente impara a utilizzare altre funzioni cognitive o tecniche facilitanti o alternative per compensare il deficit. Tutti gli interventi devono essere svolti in un ambiente tranquillo, sobrio e isolato, per ridurre al minimo ogni fonte di distrazione. Data la difficoltà di concentrazione della ragazza e l'importanza che l'attenzione riveste per tutte le altre funzioni cognitive, è opportuno iniziare con il trattare questa funzione.

Un esempio di intervento riabilitativo di tipo restitutivo per l'attenzione è l'*Attention Process Training* (ATP; Sohlberg & Mateer, 1987), in cui la persona si cimenta, in modo ripetitivo e frequente, in una serie di esercizi gerarchicamente strutturati, per stimolare le varie componenti dell'attenzione: sostenuta, selettiva, alternata e divisa. Questo intervento prevede anche il coinvolgimento dei *caregiver*, che vengono addestrati a seguire la persona nello svolgimento delle attività quotidiane, per favorire la generalizzazione di quanto appreso durante il *training*.

Per quanto riguarda la memoria, gli interventi sono di tipo compensativo e variano in base alla gravità del deficit e al tipo di risorse cognitive disponibili. Nel caso specifico di Michela, si potrebbe pensare di utilizzare le “mnemotecniche”, cioè strategie per ricordare informazioni specifiche attraverso metodi di facilitazione che potenziano la fase di codifica dello stimolo da memorizzare¹, come la tecnica dei *loci*.

¹ Facendo riferimento alla “classica” distinzione basilare del processo di memoria in fase di codifica, ritenzione e recupero, la fase di codifica è quella in cui lo stimolo viene percepito, per essere inserito in archivio. Ovviamente, la memoria non è propriamente un “archivio” di stoccaggio, in cui affastellare contenuti, come spesso viene rappresentata nel senso comune, ma la suddivisione nella sequenza di codifica, ritenzione e recupero, ancora presente nella maggior parte dei manuali di Psicologia generale, seppur con varie denominazioni, è una metafora per

Questa mnemotecnica consiste nell'immaginarsi all'interno di un luogo, come un castello o una casa e di associare ogni stanza che viene visitata a una parola o a un'informazione da ricordare.

Data la giovane età della ragazza, è possibile effettuare anche *training* per promuovere l'utilizzo di strumenti computerizzati, come il *Neuropage*, che si basa sull'invio di messaggi di testo attraverso un dispositivo che segnala alla persona la necessità di iniziare un'azione predefinita, come fosse un'agenda elettronica con un sistema di allerte. Inoltre, è opportuno che lo psicologo effettui un intervento di sostegno psicologico alla ragazza, per aiutarla a migliorare la consapevolezza, il senso di autoefficacia e per supportarla nella regolazione delle emozioni, incrementando l'autostima e l'immagine che ha di sé.

Riguardo ai comportamenti inefficaci, con particolare riferimento agli attacchi d'ira, è possibile predisporre programmi di rinforzo differenziale che permettono di riconoscere le azioni inefficaci e di rafforzare un comportamento alternativo efficace, favorendo la pianificazione dell'azione e l'adattamento al contesto. Infine, è necessario effettuare anche colloqui di consulenza psicoeducativa con i familiari e con il fidanzato, per fornire loro informazioni sui disturbi e sulle loro conseguenze e insegnare strategie da adottare per la gestione delle problematiche nei vari contesti di vita quotidiana.

semplificare la complessità del processo di memorizzazione e indicare, in questo caso, l'operazione specifica su cui interviene la tecnica dei *loci*.



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>

