

STELLA DI GIORGIO

COMPENDIO DI PSICOLOGIA CLINICA DELL'ETÀ EVOLUTIVA

Disturbi del DSM-5, diagnosi differenziali, test,
interventi, casi svolti per prove, esami e concorsi



Disponibile su:

amazon

Indice

INTRODUZIONE AL COMPENDIO E ALLA CAPACITÀ DI SINTESI

1) SVOLGIMENTO-TIPO DI UN CASO CLINICO (ORALE O SCRITTO)

Quali sono i paragrafi più richiesti

L'utilizzo del 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?

Meglio chiamarlo paziente, cliente o utente?

I disturbi internalizzanti ed esternalizzanti in età evolutiva

Lo stile educativo genitoriale

Criteri di valutazione delle commissioni

Avviso sui disturbi del DSM-5 trattati in questo compendio

2) 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

3) DISTURBI DA COMPORTAMENTO DIROMPENTE, DEL CONTROLLO DEGLI IMPULSI E DELLA CONDOTTA

Inquadramento teorico

Disturbo oppositivo provocatorio

Disturbo esplosivo intermittente

Disturbo della condotta

Caso clinico

4) DISTURBI DEPRESSIVI

Inquadramento teorico

Disturbo da disregolazione dell'umore dirompente

Disturbo depressivo maggiore

Disturbo depressivo persistente (distimia)

Caso clinico

5) DISTURBI D'ANSIA

Inquadramento teorico

Disturbo d'ansia da separazione

Mutismo selettivo

Disturbo d'ansia generalizzata

Fobia specifica, fobia sociale e agorafobia

Caso clinico

**6) DISTURBI DELLA NUTRIZIONE E
DELL'ALIMENTAZIONE**

Inquadramento teorico

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

Anoressia nervosa

Bulimia nervosa

Disturbo da binge-eating

Casi clinici

**7) 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

8) 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

9) DISTURBI DELL'EVACUAZIONE

Inquadramento teorico

Enuresi ed encopresi

10) DISFORIA DI GENERE

Inquadramento teorico

Disforia di genere nei bambini e negli adolescenti

11) AREE DA APPROFONDIRE E STRUMENTI DI VALUTAZIONE

Cosa descrivere 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

12) INTERVENTI

Interventi per il bambino

Interventi per genitori

Interventi per gli insegnanti

Interventi con il gruppo dei pari

Interventi di inclusione scolastica

Attivazione delle risorse psicosociali

Interventi di mediazione familiare

Invio al neuropsichiatra infantile e ad altri professionisti

La questione aperta della differenza tra psicologo e psicoterapeuta

Invio allo psicoterapeuta e tre principali approcci

13) 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, COMMENTI E APPROFONDIMENTI

Copyright © 110eLode.Net

Tutti i diritti sono riservati. È vietata qualsiasi memorizzazione, riproduzione, rielaborazione, diffusione o distribuzione dei contenuti inseriti nel presente compendio, anche parziale, mediante qualunque piattaforma tecnologica, supporto o rete telematica, a qualsiasi titolo, anche gratuito, senza l'autorizzazione scritta da parte dell'autrice, la dott.ssa Stella Di Giorgio. Le violazioni verranno punite a norma di legge. I compendi sono stati registrati. I contenuti sono frutto di esperienza pluriennale. Ognuno è responsabile dell'applicazione degli stessi. Non si garantisce il raggiungimento degli stessi risultati. Questo compendio non ha scopi clinici o diagnostici e non si sostituisce a consulenze mediche.

ISBN: 9798625719827

Edizioni 110eLode.Net

Autore: Dott.ssa Stella Di Giorgio

Questo file è solo un assaggio!

Introduzione al compendio e alla capacità di sintesi

Questo compendio è uno strumento di sintesi, basato sul principio 80/20 o “Principio di Pareto”, dal nome dell'autore che lo elaborò¹. Secondo questo principio, il 20% degli sforzi genera l'80% dei risultati. Applicato alla preparazione di prove, esami e concorsi di argomento psicologico, ciò implica che il 20% della conoscenza consente di svolgere l'80% delle tracce, purché flessibilmente adattata, esposta in modo ragionato, integrata e non memorizzata in modo meccanico.

Il motto della collana di cui fa parte questo compendio, infatti, è *Back to Basics*, “ritorno alle basi”, perché non c'è una pretesa di esaustività enciclopedica, ma l'intento di rendere sostenibile e inclusivo l'apprendimento, soprattutto per studenti lavoratori che devono ottimizzare tempo, energia e attenzione; per giovani che hanno bisogno di riferimenti chiari, per non perdersi in dettagli secondari; per chi necessita di costruire basi solide, prima di approfondimenti mirati.

La capacità di sintesi, più che il nozionismo, è richiesta in prove, esami e concorsi orali o scritti, dove ci sono limiti di tempo, molti candidati da valutare, necessità di capire se un candidato sa organizzare la conoscenza, focalizzare l'essenziale, rispondere in modo diretto. La selezione dei contenuti di questo compendio deriva da oltre 20 anni di esperienza didattica e rappresenta l'evoluzione del 1° Kit per l'Esame di Stato, introdotto nel 2009, con cui si sono abilitate oltre 10 generazioni di psicologi. Per altre info, visita www.110elode.net.

¹ Vilfredo Pareto (1848-1923) è stato un economista e sociologo italiano, che si è occupato anche di filosofia, matematica e ingegneria. Egli studiò la distribuzione del reddito nella società di fine Ottocento, riscontrando che la maggior parte della ricchezza (l'80%) era nelle mani di pochi (il 20%). Il suo principio 80/20 fu esteso nel tempo a molteplici settori di natura diversa. Ad esempio, nel *social media marketing*, il 20% dei contenuti genera l'80% delle interazioni degli utenti. Nelle attività, l'80% del fatturato proviene dal 20% dei prodotti. In ambito personale, il 20% dei vestiti nell'armadio viene indossato l'80% delle volte. Non è una legge universale, ma un presupposto valido per agire con efficacia ed efficienza.

1) Svolgimento-tipo di un caso clinico (orale o scritto)

Quali sono i paragrafi più richiesti

Nelle prove, negli esami, nei concorsi in cui si chiede di svolgere un caso clinico oralmente o per iscritto, generalmente è richiesto di sviluppare punti specifici, di seguito denominati “paragrafi” per semplicità didattica. Tali paragrafi possono variare in base al bando o alla commissione, ma spesso sono riconducibili ai seguenti: ipotesi diagnostica², diagnosi differenziale, aree da approfondire, strumenti di valutazione, interventi, risorse della rete psicosociale. Questi paragrafi basilari possono essere denominati in molti modi diversi oppure proposti in un ordine diverso, ma in qualche forma tendono ad essere presenti.

A questi paragrafi si possono affiancare, di volta in volta, richieste ulteriori. Ogni commissione, infatti, è libera di accorpare o scorporare queste richieste, di toglierne alcune, di aggiungerne altre, quindi occorre essere flessibile e adattare ciò che sai alle richieste specifiche di ciascuna commissione.

Tutti questi paragrafi saranno spiegati in questo compendio: prima della trattazione dei disturbi, sarà subito chiarito come fare l'ipotesi diagnostica. Questo è forse il punto più importante di un caso, spesso richiesto per primo, da cui emerge la capacità di ragionamento clinico e la differenza tra chi si prepara in modo mnemonico, meccanico e rigido (ad esempio, memorizzando ossessivamente i criteri diagnostici

² La valutazione diagnostica può essere categoriale, dimensionale o entrambe: nel proseguimento del compendio sarà spiegata la differenza. Si tratta comunque sempre e solo di ipotesi diagnostiche, poiché non è possibile fare diagnosi certe in base a una traccia. Occorre, infatti, mostrarsi prudenti, non affrettati e non categorici.

del manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali, il DSM) e chi studia in modo ragionato e flessibile.

Dopo i disturbi clinici, saranno spiegati gli altri paragrafi, in modo che la scaletta di questo compendio segua la stessa scaletta generalmente richiesta dal caso clinico e affronti gli argomenti secondo lo stesso ordine logico: dall'ipotesi, alle aree da approfondire per comprendere meglio il problema, agli strumenti per misurarlo, fino agli interventi per affrontarlo.

L'utilizzo del DSM-5: punti di forza e debolezza

Per l'inquadramento di un caso clinico, viene generalmente utilizzato un manuale diagnostico. Ne esistono diversi³: in questo compendio si farà riferimento, per la sua diffusione in ambito internazionale, sia clinico che di ricerca, al Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali (in inglese: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – DSM*), redatto dall'*American Psychiatric Association* (APA), di cui nel 2013 è stata pubblicata la Quinta Edizione, tradotta in italiano nel 2014.

Le categorie nosologiche del DSM, ma anche degli altri manuali diagnostici, sono “prototipi”, cioè schematizzazioni di configurazioni patologiche che nella realtà sono molto più complesse e sfumate. Dunque, il clinico valuta la somiglianza del paziente rispetto al prototipo, nella consapevolezza che difficilmente sarà riscontrabile una

³ Ad esempio, l'ICD, sigla di *International Classification of Diseases*, in italiano “Classificazione internazionale delle malattie”, oppure il PDM, sigla di *Psychodynamic Diagnostic Manual*, in italiano Manuale Diagnostico Psicodinamico. Le sigle sono generalmente seguite dal numero dell'edizione vigente, che qui non è stato indicato, perché vengono costantemente pubblicate nuove edizioni. Il PDM non viene accettato da molte commissioni di esami e concorsi, sia perché meno diffuso del DSM e dell'ICF, sia perché legato all'approccio psicodinamico, quindi non ideologicamente “neutro” come il DSM, ma connesso a uno specifico modello in cui non tutti i professori, i ricercatori e i clinici si riconoscono. Sul sito 110eLode.Net puoi comunque trovare descrizioni di questi manuali, se ti interessano o ti servono.

perfetta corrispondenza tra la patologia così come viene descritta nel manuale e così come si presenta nel paziente.

Il DSM-5 è uno strumento di classificazione tipicamente categoriale, come quelli utilizzati in ambito medico, in quanto suddivide le patologie in classi distinte e fornisce una lista di indicatori osservabili per ciascuna di esse. Tali criteri sono di tipo descrittivo e fenomenologico, in quanto costituiscono sintomi manifesti e quantificabili. Se il professionista ne rileva un certo numero, assegna il paziente alla corrispondente categoria.

Non è necessario, infatti, che il paziente presenti l'intera lista di sintomi, ma è sufficiente un numero inferiore, prefissato e riportato di volta in volta nel DSM-5 stesso, nel corso della trattazione di ciascun disturbo, considerando poi anche le caratteristiche specifiche della persona, perché l'obiettivo non è affibbiarle un'etichetta, ma comprendere meglio il suo disagio. Per questo, l'APA raccomanda di utilizzare il DSM in modo flessibile, come un punto di riferimento condiviso, ma non come un testo sacro e assoluto da applicare rigidamente. Altrimenti, si rischia di procedere intuitivamente, caoticamente, proiettando sui dati i propri schemi e i propri *bias*⁴, senza il rigore e la prudenza necessari per effettuare una diagnosi.

Oltre ad essere categoriale e descrittivo, il DSM-5, come le precedenti edizioni di questo manuale, è ateoretico (o "a-teorico"), in quanto la sua stesura si è proposta di essere il più possibile imparziale, cioè indipendente da approcci teorici e clinici specifici quali possono essere quello psicodinamico, cognitivo-comportamentale, sistemico, ecc. L'essere ateoretico rende il DSM trasversale, utilizzabile da professionisti appartenenti a diversi orientamenti, superando i conflitti tra "scuole" nel superiore interesse del paziente, della ricerca e della clinica.

Un punto di forza del DSM-5 è la possibilità, per gli psichiatri, gli psicologi e gli altri professionisti di area clinica, sanitaria o socio-

⁴ Distorsioni cognitive.

sanitaria, di condividere lo stesso strumento e lo stesso linguaggio, confrontandosi tra loro e comunicando con chiarezza.

Inoltre, questo manuale ha ancorato la diagnosi a costrutti statistici come media, frequenza, moda, mediana, varianza, correlazione, sottraendola all'arbitrio dei singoli professionisti e conferendo, per quanto possibile, "oggettività" ad una dimensione, come quella psicologica, che storicamente è stata criticata dagli scienziati, poiché svalutata come ineffabile, non misurabile e non scientifica. Tuttavia, questo manuale presenta anche punti di debolezza. La standardizzazione rischia, infatti, di omologare l'espressività di un disturbo, non considerando che il funzionamento complessivo può variare sia da persona a persona sia nella stessa persona, nel tempo o nei diversi contesti in cui è inserita.

L'approccio complementare a quello categoriale, che è basato su manuali diagnostici come il DSM-5, che attribuiscono importanza agli aspetti oggettivi, è quello dimensionale, basato sulle teorie psicologiche, che attribuiscono importanza agli aspetti soggettivi. In realtà, lo stesso DSM-5, pur essendo fondamentalmente categoriale, è meno rigido rispetto alle precedenti edizioni, più aperto a una valutazione dimensionale e compatibile con un percorso psicodiagnostico flessibile.

Ciò perché attualmente gli scienziati e i clinici, a prescindere dall'approccio specifico a cui aderiscono, adottano il "paradigma della complessità", che abbandona i nessi esplicativi lineari e causali per assumere una visuale ampia e integrata, dove i confini tra le patologie non sono né troppo rigidi, né troppo porosi, in quanto entrambe queste condizioni sono estremizzazioni difficilmente riscontrabili nella realtà. L'apertura dell'attuale psichiatria verso la valutazione dimensionale è rilevabile nel DSM-5 da alcuni cambiamenti rispetto alle precedenti edizioni. Uno di questi è il concetto di "spettro", che si applica, ad esempio, ai disturbi autistici e a quelli psicotici, ora racchiusi in un'unica categoria, data la diversa espressività con cui si presentano nei pazienti.

Il ritardo mentale è stato ridenominato “disabilità intellettiva”, conferendo centralità non al QI, che è un’indicazione numerica fredda dell’intelligenza, ma al funzionamento adattivo, che invece è un costrutto qualitativo che valuta le autonomie e le competenze della persona, importanti ai fini del suo sviluppo e della sua inclusione sociale, più dell’intelligenza intesa astrattamente e misurata quantitativamente.

Un altro indicatore dell’apertura alla valutazione dimensionale del DSM-5 è l’abbandono della suddivisione in assi, che isolava artificialmente componenti che nell’esperienza sono compresenti e commisti. Infine, nel DSM-5 vengono prese in considerazione le differenze di genere e cultura, che possono influenzare l’esordio e il decorso di un disturbo. Tuttavia, per quanto queste novità possano ammorbidire la rigidità di un approccio sintomatologico e descrittivo, nel DSM-5, per sua natura, predomina la dimensione psichiatrica e categoriale.

2) Disturbi del neurosviluppo

Inquadramento teorico

I disturbi del neurosviluppo insorgono nelle prime fasi dello sviluppo, generalmente prima dell'ingresso nella scuola primaria e si riflettono su molti ambiti di funzionamento come quello cognitivo, emotivo, sociale, scolastico o lavorativo. Questi disturbi sono caratterizzati da azioni in eccesso, ma anche in ritardo o da deficit, spesso su base genetica o neurostrutturale.

Disabilità intellettiva

Sintomatologia. Nella disabilità intellettiva (o “disturbo dello sviluppo intellettivo”, precedentemente chiamata “ritardo mentale”) risultano compromessi il funzionamento intellettivo generale e il funzionamento adattivo. L'esordio è prima dei 18 anni.

Il funzionamento intellettivo si può valutare attraverso uno o più test di intelligenza standardizzati e somministrati individualmente, come la Scala di Intelligenza Wechsler per i Bambini (WISC) o la WIPPSI per i bambini prescolari (età inferiore a 6 anni).

Tuttavia, nel DSM-5 si sottolinea come la misura del quoziente di intelligenza (QI) non sia oggi il criterio di riferimento più importante per diagnosticare la disabilità intellettiva e che occorra procedere oltre una misura quantitativa e numerica dell'intelligenza, preferendo una valutazione più qualitativa del funzionamento intellettivo globale e di tutti gli specifici processi cognitivi di cui si compone, poiché ciascuno di essi può presentare un livello diverso dagli altri.

Inoltre, attualmente si dà maggiore importanza al funzionamento adattivo, tramite una valutazione dell'efficacia con cui vengono affrontati i compiti di autonomia e cura di sé previsti per una fascia d'età in uno specifico contesto socio-culturale. I compiti di autonomia

includono le abilità di cura della propria igiene, l'abilità di vestirsi, di mangiare, di spostarsi nella propria città, di eseguire piccole commissioni e compiti quotidiani.

Il funzionamento intellettivo è più difficile da modificare, in quanto tende a rimanere un attributo più stabile, invece il funzionamento adattivo può essere migliorato, poiché è influenzato da fattori come l'istruzione, la motivazione, la struttura di personalità, le prospettive sociali e professionali, i disturbi mentali e le condizioni mediche generali. Intervenendo su questi fattori, è possibile aumentare l'adattamento dei bambini con basso QI, attraverso progetti di riabilitazione e integrazione sociale.

Dal punto di vista comportamentale, alcuni bambini con disabilità intellettiva sono passivi, tranquilli e dipendenti, mentre altri possono essere aggressivi e impulsivi, anche perché possono essere privi di strumenti di comunicazione e di linguaggio evoluti e dunque ricorrere a comportamenti dirompenti e aggressivi per sostituire la comunicazione verbale.

Occorre specificare se la disabilità intellettiva è lieve, moderata, grave, estrema. Generalmente, come da consuetudini cliniche⁵, si distinguono: disabilità intellettiva lieve, con un QI da 70 a 55⁶; disabilità intellettiva moderata, con un QI da 50-55 a 35-40; disabilità intellettiva grave, con un QI da 35-40 a 20-25; disabilità intellettiva estrema (o gravissima) con un QI al di sotto di 20 o 25. Si tratta di intervalli orientativi, perché occorre valutare caso per caso. Per i bambini con età inferiore a 5 anni, per i quali non è possibile valutare la gravità del

⁵ Tali consuetudini sono connesse però a una vecchia concezione di disabilità, più legata al QI che al funzionamento adattivo. In molti ambulatori è ancora prevalente, in altri c'è maggiore apertura verso il funzionamento adattivo rispetto al QI.

⁶ I punteggi vengono qui inseriti "a scalare", perché il QI medio è di 100, ma fino a 2 deviazioni standard al di sotto della media si rientra nell'intervallo della "normalità". Una deviazione standard è pari a 15 punti. Quindi si inizia a "classificare" la disabilità a partire da $100 - 30 = 70$, in giù. Ogni deviazione standard (cioè 15 punti) si scende di uno scalino di gravità.

disturbo, si pone la diagnosi di “ritardo globale dello sviluppo”, che deve essere rivista successivamente, non appena è possibile sottoporre il bambino a una procedura di valutazione standardizzata.

Disabilità intellettiva lieve. Quando la disabilità intellettiva è lieve, spesso il bambino può acquisire competenze cognitive sufficienti ad affrontare il normale percorso scolastico, seppur con qualche sostegno, e a trovare un’occupazione da adulto, integrandosi socialmente e raggiungendo un buon livello di autonomia.

Questo livello di disabilità intellettiva, infatti, non preclude una piena realizzazione lavorativa, affettiva e sociale, soprattutto se il bambino viene opportunamente stimolato. Può rendere più faticoso e lento l’apprendimento scolastico, ma al di fuori della scuola può non comportare gravi problemi. Si tratta di una disabilità intellettiva generalmente individuata più tardi rispetto a quella grave, che invece viene riconosciuta e segnalata più precocemente.

Disabilità intellettiva moderata. I bambini con disabilità intellettiva moderata possono ottenere benefici dall’addestramento professionale supervisionato, possono provvedere alla cura della propria persona, ma difficilmente progrediscono oltre il livello della seconda elementare nelle materie scolastiche. Durante l’adolescenza, possono avere difficoltà a rispettare le regole sociali e a relazionarsi con i coetanei. Da adulti, la maggior parte di loro riesce a svolgere lavori non specializzati o semi-specializzati, sotto supervisione in ambienti di lavoro protetti o normali.

Disabilità intellettiva grave. I bambini con disabilità intellettiva grave, durante la prima infanzia, talvolta acquisiscono un minimo di linguaggio comunicativo e di capacità di leggere e scrivere, talvolta invece non vi riescono, ma possono imparare a riconoscere “a vista” alcune parole, attraverso il “metodo della lettura funzionale” (Snell & Ianes, 2016), che non è basato sulla decodifica delle lettere, ma sulla

visualizzazione della parola e sulla sua associazione ad un comportamento: ad esempio, il bambino può imparare a fermarsi quando riconosce la parola “Stop”. In età adulta, possono svolgere compiti semplici in ambienti protetti. La maggior parte di essi si adatta bene alla vita in comunità, ad esempio in comunità alloggio, gruppi appartamento, ma anche rimanendo nella propria famiglia, qualora si organizzino per sostenerlo e facilitarlo.

Disabilità intellettiva estrema. I bambini con disabilità intellettiva estrema (o gravissima) durante la prima infanzia mostrano una considerevole compromissione del funzionamento in diverse aree. Uno sviluppo ottimale può verificarsi in un ambiente altamente specializzato con assistenza e supervisione costante e soprattutto in presenza di una figura stabile e preferenziale che si occupa di loro e che costituisca un punto di riferimento affettivo e pratico, ma non sempre essi riescono a raggiungere un livello minimo di autonomia e possono richiedere un’assistenza continua anche per la cura della propria persona.

Diagnosi differenziale. La disabilità intellettiva si distingue innanzitutto dal disturbo specifico dell’apprendimento. Una prima differenza è relativa al funzionamento intellettivo, identificato dal quoziente di intelligenza (QI), misurato attraverso uno o più test di intelligenza standardizzati e somministrati individualmente, come la WISC per i bambini in età scolare o la WIPPSI-III in età prescolare. Infatti, i bambini con DSA hanno un QI nella norma, anzi spesso al di sopra della norma, ma la loro architettura neurologica non si presta all’espressione di abilità strumentali specifiche come lettura, scrittura o calcolo.

I bambini con disabilità intellettiva invece hanno un funzionamento cognitivo e un QI al di sotto della norma, che richiede generalmente una stimolazione cognitiva e un programma di apprendimento differenziato, tenendo conto dei limiti strutturali, che tendono a

impedire alcuni apprendimenti, come quelli concettuali, e a preservare invece gli apprendimenti di abilità.

Per quanto riguarda il funzionamento adattivo, i bambini con DSA hanno un funzionamento adattivo preservato, mentre i bambini con disabilità intellettiva hanno un funzionamento adattivo compromesso, il cui livello varia in base al fatto che si tratti di ritardo lieve, medio, grave. La disabilità intellettiva si distingue dai disturbi della comunicazione, dove è compromesso lo sviluppo di un'area specifica, quella del linguaggio, ma dove manca una compromissione generalizzata dello sviluppo intellettivo e del funzionamento adattivo, che invece è presente nella disabilità intellettiva.

La disabilità intellettiva si distingue dalla demenza (o “disturbo neurocognitivo maggiore”), perché quest'ultima ha un esordio più tardivo e richiede anche la compromissione della memoria e la presenza di altri deficit cognitivi che costituiscono un declino significativo rispetto ad un precedente livello di funzionamento.

Comorbidità. I disturbi concomitanti con la disabilità intellettiva sono il disturbo da deficit di attenzione/iperattività, il disturbo depressivo e bipolare, il disturbo del controllo degli impulsi, il disturbo da movimenti stereotipati, i disturbi d'ansia, il disturbo autistico. Inoltre, gli individui con disabilità intellettiva grave possono manifestare aggressività e comportamenti dirompenti. Al contempo, l'ingenuità e la mancanza di consapevolezza del pericolo possono portare gli individui con disabilità intellettiva ad essere sfruttati e/o derisi dagli altri o ad essere vittime di abusi sessuali.

11) Aree da approfondire e strumenti di valutazione

Cosa descrivere nelle aree da approfondire

Dopo aver sviluppato l'inquadramento diagnostico e la diagnosi differenziale, nelle scalette dei casi clinici compare spesso un paragrafo, che può essere denominato in modi diversi, che riguarda le aree da approfondire o gli elementi mancanti necessari per comprendere meglio il problema. Questi elementi sono abbastanza standardizzati, quindi una volta che li hai imparati, puoi riutilizzarli molto spesso, ovviamente adattandoli sempre alla traccia e inserendo riferimenti alla tematica e al disturbo in esame. In nessun caso va fatto un copia-incolla delle seguenti aree, che verranno esposte solo come suggerimento.

Alcuni approfondimenti che generalmente si possono indicare nello svolgimento di questo paragrafo del caso clinico sono, ad esempio, relativi all'**analisi della domanda**. La richiesta di intervento, nel caso dell'età evolutiva, spesso è posta dai genitori o dalle insegnanti del bambino, quindi occorre comprendere le loro motivazioni, le loro aspettative, la loro disponibilità a collaborare, visto che gli interventi sui bambini è opportuno farli in rete, attivando più professionisti che sostengano l'intera famiglia.

L'analisi della domanda è importante soprattutto quando nel caso è scritto che il bambino è stato "segnalato" dalle maestre, poiché i familiari potrebbero non "accettare" tale segnalazione, contestare gli insegnanti ed essere poco collaborativi nel "sottoporre" i loro figli ad un iter di accertamenti. Se dunque i genitori sono stati "**inviati**" ad uno psicologo per una valutazione del figlio, occorre costruire con loro un'alleanza, riconoscere e comprendere eventuali rifiuti e timori.

I genitori possono aver paura di essere giudicati come cattivi educatori o possono negare la necessità di portare il figlio dallo psicologo, interpretando il suo intervento in modo stereotipato o

esagerato. Occorre rassicurarli, accoglierli e creare una relazione di empatia e collaborazione.

Purtroppo, molti dei bambini con difficoltà o disturbi giungono all'osservazione clinica piuttosto tardi, spesso dopo molto tempo che sono comparsi i sintomi, anzi talvolta non vengono diagnosticati fino all'adolescenza e all'età adulta. Questo proprio perché spesso le famiglie sono reticenti a portare il figlio da uno specialista, temendo che possa etichettarlo come "malato", "pazzo" o "disturbato".

Occorre quindi parlare con i genitori senza colpevolizzarli, comunicare eventualmente la diagnosi con estrema delicatezza, con parole comprensibili, sostenendo le famiglie nell'accettare e nell'affrontare la problematica e cercando di rinforzare le loro risorse, piuttosto che concentrarsi soltanto sulla patologia.

Poi sarà utile valutare anche se prima di rivolgersi (o doversi rivolgere) allo psicologo, la famiglia abbia contattato **altri professionisti**, ad esempio i medici, poiché questo può suggerire ipotesi sulle aspettative, sul loro modo di intendere e di affrontare la patologia, sulle cause che ritengono possibili: ad esempio contattare subito il medico può lasciar intendere che forse la famiglia ha una concezione organica della patologia e delle difficoltà del figlio e pensa che possa essere guarito con una medicina, magicamente.

Ciò può anche suggerire che forse la famiglia non si sente una concausa delle difficoltà del figlio, invece spesso i sintomi del figlio sono sintomi di disfunzionamento di tutto il sistema familiare e delle relazioni. A questo proposito, è utile anche indagare se il bambino sta assumendo **farmaci** o sta facendo **terapie mediche**, poiché i sintomi potrebbero anche essere attribuibili agli effetti fisiologici di una sostanza. Lo stesso DSM raccomanda di indagare questo aspetto, proprio per escludere che i farmaci e i loro possibili effetti collaterali siano all'origine dei sintomi.

Sempre nel "paragrafo" delle aree da approfondire, si può scrivere anche che è opportuno fare un'accurata **anamnesi**, ripercorrendo le tappe dello sviluppo del bambino, dallo sviluppo linguistico, motorio,

sociale, affettivo fino alla carriera scolastica, per valutare come sono stati affrontati l'inserimento all'asilo e a scuola e la socializzazione. È opportuno anche ottenere informazioni sulla storia della famiglia, se ci sono state separazioni, lutti, eventi traumatici, ecc.

È opportuno, inoltre, approfondire da quando sono comparsi i **sintomi**, quando si presentano, come vengono gestiti dal bambino e dagli adulti che sono con lui, ecc. Ad esempio, quando un bambino è molto vivace, come reagiscono le maestre o i familiari? Anche sgridarlo o punirlo può essere un rinforzo per il bambino, dimostrando che quel comportamento riceve l'attenzione degli adulti e quindi motivandolo a ripeterlo.

È utile poi indagare il **funzionamento del bambino nei diversi ambiti**: familiare, affettivo, sociale, scolastico, poiché generalmente una psicopatologia si diagnostica soprattutto quando si rileva un peggioramento del funzionamento globale della persona rispetto ad un precedente periodo di equilibrio.

Inoltre, una valutazione globale del funzionamento consente di verificare anche quanti ambiti sono compromessi, poiché se i sintomi compromettono solo un ambito, è possibile predisporre un intervento di sostegno, più breve e circoscritto, se invece sono compromessi diversi ambiti e in modo grave, è possibile ipotizzare un disturbo, che richiede anche l'invio ad un altro professionista (pediatra, neurologo, neuropsichiatra infantile, ecc.).

Infatti, generalmente, anche nel DSM-5, nella quasi totalità delle categorie diagnostiche, è scritto che per formulare una diagnosi occorre valutare quanti ambiti di funzionamento siano compromessi, poiché per considerare clinicamente significativo un disagio, quindi riconducibile a una psicopatologia, occorre che comprometta 2 o più ambiti di funzionamento.

Infine, occorre riflettere sul contesto in cui avviene la consultazione, se nel consultorio familiare, nel centro di neuropsichiatria infantile, in uno studio privato, ecc. Si può rilevare

anche chi accompagna il bambino, se soltanto la madre, se è presente anche il padre e quale sia il suo grado di coinvolgimento nel problema.

Occorre tener presente che, appunto, quando si tratta di problematiche infantili occorre coinvolgere la famiglia più che patologizzare il bambino, senza però colpevolizzare i genitori.

Bisogna quindi conoscere la **composizione della famiglia**, la presenza di fratelli, altre figure affettive di riferimento. Infine, quando si procede alla valutazione del problema di un bambino, è utile attivare una **rete di sostegno** e affrontare le problematiche da un punto di vista multidisciplinare, attraverso la collaborazione tra più professionisti. In particolare, si può approfondire la relazione di **attaccamento** tra il bambino e i suoi *caregiver*, poiché un attaccamento sicuro è un fattore di protezione dal rischio di strutturare una patologia.

[continua]

12) Interventi

Nel paragrafo degli interventi dei casi clinici di età evolutiva, occorre precisare che l'intervento sarà multidimensionale, poiché coinvolge genitori, insegnanti, bambini, gruppo dei pari, risorse della rete psicosociale previa autorizzazione di entrambi i genitori (anche se divorziati), come indicato dall'art. 31 del *Codice Deontologico degli Psicologi*⁷.

⁷ L'articolo 31 del Codice Deontologico degli Psicologi enuncia: "Le prestazioni professionali a persone minorenni o interdette sono, generalmente, subordinate al consenso di chi esercita sulle medesime la potestà genitoriale o la tutela. Lo psicologo che, in assenza del consenso di cui al precedente comma, giudichi necessario l'intervento professionale nonché l'assoluta riservatezza dello stesso, è tenuto ad informare l'Autorità Tutoria dell'instaurarsi della relazione professionale. Sono fatti salvi i casi in cui tali prestazioni avvengano su ordine dell'autorità legalmente competente o in strutture legislativamente preposte".

La firma del consenso al trattamento non è un mero adempimento burocratico, ma sancisce l'alleanza e lo spirito di collaborazione tra lo psicologo e i genitori per il benessere del bambino. In particolare, lo psicologo può impostare interventi di consulenza, sostegno, abilitazione e riabilitazione, in conformità con la Legge 56/89 che ha istituito la professione di psicologo e che, all'art. 1, riporta questi interventi, presenti anche nel *Nomenclatore delle prestazioni dello psicologo*.

Nel proseguimento di questa sezione, saranno descritte le attività che si possono svolgere, senza pretesa di esaurirle o di scendere in tecnicismi, ma per fornire una base applicabile a tutti i disturbi, da adattare in base alla traccia.

Interventi per il bambino

Per quanto riguarda il bambino, lo psicologo, dopo la diagnosi, può impostare percorsi di psicoeducazione, abilitazione e riabilitazione, finalizzati a promuoverne il benessere, attivare risorse e acquisire abilità (*skill*) psicosociali. Prima di attuare questi percorsi, può essere utile, con genitori e/o insegnanti, effettuare osservazioni guidate dalle schede ABC, che sono uno strumento osservativo ed educativo, per ricostruire con precisioni i comportamenti problematici, individuando Antecedenti, Comportamenti e Conseguenze (*Antecedent- Behaviour - Consequences = ABC*)⁸. Tale approfondimento deve avvenire senza colpevolizzare gli adulti che sono stati a contatto con il bambino e soltanto con l'obiettivo di ottenere quante più informazioni possibili per un intervento mirato, perché per poter cambiare un

⁸ Le schede ABC sono utilizzate anche nell'approccio cognitivo-comportamentale, ma non sono una sua prerogativa. Si tratta di uno strumento osservativo, usato anche in ambito educativo. Inoltre, esistono diverse varianti per sciogliere l'acronimo ABC sia in inglese che in italiano. Quella seguita in questo compendio deriva da Celi & Fontana (2010) ed è una delle varie opzioni traduttive possibili.

comportamento, occorre prima capirlo, descriverlo concretamente e misurarlo.

Di seguito sarà descritto un *training* di base, che rientra nelle attività di abilitazione, perché finalizzato a promuovere l'acquisizione di abilità o a potenziare le abilità che il bambino possiede, in modo che queste abilità possano innescare un cambiamento nei comportamenti problematici. Il *training* per il bambino (*child training*) può essere utilizzato per qualsiasi ipotesi diagnostica, con i dovuti adattamenti, dato che nulla si può generalizzare. Poi saranno riportati protocolli specifici per l'autismo.

***Child training* (per qualsiasi disturbo).** Il *Child training* è un percorso individuale o di gruppo di tipo psicoeducativo per apprendere strategie di *problem-solving*, *decision-making*, regolazione delle emozioni, autocontrollo e gestione dell'impulsività. Al bambino viene insegnato a orientare le proprie azioni, divenendo consapevole dei propri bisogni e imparando a esprimerli e comunicarli, piuttosto che “agirli” impulsivamente.

Per l'apprendimento di tali strategie, è possibile ricorrere a diverse tecniche psicoeducative, tra cui, ad esempio, il *modeling*, la *token economy*, il *prompting* o il *fading*. Il modellamento o *modeling* (anche scritto *modellng*) 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.

⁹ In italiano, agire non è un verbo transitivo e non regge il complemento oggetto, ma nel linguaggio psicologico specialistico, viene usato anche come verbo transitivo. Un termine tecnico frequente è “l'agito impulsivo” oppure “sospendere l'agito per riflettere su di esso”.

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.

In base all'ipotesi diagnostica, occorre soffermarsi di volta in volta sulla specifica abilità che serve al bambino. Ad esempio, un bambino con depressione avrà bisogno di acquisire abilità di regolazione delle emozioni; un bambino iperattivo ha bisogno di strategie di regolazione dell'attenzione, di organizzazione e di controllo del comportamento; un bambino con disturbo specifico dell'apprendimento avrà bisogno di gestire ansia e depressione che spesso si associano a questo disturbo, ma anche potenziare la metacognizione, per sviluppare strategie di apprendimento individualizzate¹⁰.

Attenzione! Se si attua questo *training* per un adolescente, è possibile ridenominarlo *soft skill training* o *life skill training*. A questo proposito si possono riutilizzare le conoscenze già apprese dal compendio sul progetto.

[continua]

¹⁰ L'intervento di potenziamento della metacognizione è stato descritto nel compendio sul progetto.

13) 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.

3. Un bambino con cefalea

Da un centro ospedaliero specializzato per il trattamento delle cefalee in età pediatrica viene richiesta una consulenza psicologica per un bambino di 7 anni che presenta una cefalea che non ha base organica e che, da circa un anno, non risponde al trattamento

farmacologico tradizionale. Il bambino si presenta ad un primo colloquio accompagnato dalla madre. Indicare:

- 1) Come viene impostato il primo colloquio od intervista, tenendo conto della presenza sia della madre che del bambino?
- 2) Quali aree del disturbo individuale e relazionale ritiene utile indagare?
- 3) Riferendosi all'osservazione dell'aspetto e del comportamento del paziente durante il primo colloquio, quali elementi ritiene che possano essere utili alla diagnosi?
- 4) Quali informazioni vanno richieste se non fornite dal medico inviante?
- 5) In una seconda seduta diagnostica si procede alla valutazione più approfondita tramite questionari e test. Quali ambiti psicologici del paziente ritiene opportuno testare e attraverso quali strumenti?

Nota della tutor

Il caso verrà svolto sviluppando tutte le domande richieste, punto per punto. Le richieste sono un po' diverse da quelle classiche e stimolano il ragionamento, piuttosto che i soliti contenuti. Soltanto la 4 e la 5 sono riconducibili alle classiche richieste delle aree da approfondire e degli strumenti diagnostici. Non sono richiesti gli interventi.

1) Come viene impostato il primo colloquio od intervista, tenendo conto della presenza sia della madre che del bambino?

Il primo colloquio è preferibile affrontarlo soltanto con i genitori, per consentire una comunicazione più aperta, che in presenza del bambino può invece essere inibita: la madre, ad esempio, può evitare di esprimere emozioni negative davanti al bambino.

In questo caso, il bambino si presenta con la madre, dunque il clinico deve porre particolare attenzione ed eventualmente riservare un colloquio più approfondito con i genitori e separatamente con il bambino ad un successivo appuntamento, proprio per garantire un

setting più protetto, offrendo alla madre una maggiore possibilità di esprimere i suoi vissuti e al bambino di non “temere” il giudizio dei genitori ed evitare di sentirsi valutato, inibito o spinto a dire cose che compiaccono il genitore.

Eventualmente questo primo incontro può aiutare a preparare i successivi incontri “separati”, può servire a stabilire una prima alleanza, raccogliere dati molto generali e soprattutto osservare la relazione madre-bambino, a partire dai dati non verbali come la posizione, la postura, ecc., fino allo stile di comunicazione e di interazione. Si possono inoltre osservare le modalità di regolazione reciproca del comportamento, dunque considerare madre e bambino come una diade, farli familiarizzare con l’ambiente, esplorare le loro aspettative e i vissuti relativi al percorso terapeutico compiuto fino ad allora. Occorre però rinviare ulteriori approfondimenti a una seduta successiva, “separata”.

2) Quali aree del disturbo individuale e relazionale ritiene utile indagare?

È opportuno effettuare una classica anamnesi ripercorrendo la storia dello sviluppo del bambino (tappe di acquisizione del linguaggio, della motricità, ecc.), ponendo attenzione agli aspetti regolativi, come sonno e alimentazione, per vedere se il bambino ha acquisito capacità di autoregolazione o la regolazione è sempre stata prevalentemente etero-diretta. È opportuno approfondire anche l’inserimento e il funzionamento scolastico, per capire se ci siano state difficoltà strutturali che possono far ipotizzare un DSA.

Le difficoltà relazionali possono far pensare a un disturbo dell’umore o a fobia sociale o scolastica, le difficoltà di separarsi dalla madre invece possono far pensare a un disturbo d’ansia da separazione. Occorre quindi esplorare anche la struttura familiare, per capire come mai il padre non sia venuto, esplorare che rapporto abbiano i genitori con il bambino, se ci siano fratelli, quale sia lo stile di accudimento e la rete di relazioni in cui è inserito il bambino. Si può approfondire anche

la vita extrascolastica del bambino, quali relazioni abbia con i pari, se frequenta attività, se le sue autonomie siano promosse o ostacolate nel suo contesto. Infine, occorre coinvolgere gli insegnanti per avere la loro valutazione del problema e sapere se siano al corrente della cefalea.

3) Riferendosi all'osservazione dell'aspetto e del comportamento del paziente durante il primo colloquio, quali elementi ritiene che possano essere utili alla diagnosi?

In questo primo colloquio ciò che viene focalizzato non è il bambino con cefalea, ma la relazione madre-bambino, quindi occorre osservare la comunicazione, l'interazione, il linguaggio non verbale, valutare la vicinanza alla madre, la sintonizzazione emotiva e la regolazione diadica, la gestione di eventuali momenti di distacco e di riunione, che possono essere indicazioni utili per una prima comprensione generale dell'attaccamento.

4) Quali informazioni vanno richieste se non fornite dal medico inviante?

Il bambino ha una cefalea, per questo è stato preso in carico da un centro ospedaliero specializzato: ciò può fornire indicazioni sulle eventuali credenze eziologiche e terapeutiche dei genitori o di chi ha inviato il bambino, poiché può trattarsi di credenze basate sul modello biomedico, quindi di tipo biologico e organicistico, che non valuta altrettanto la dimensione psicologica e sociale dei sintomi.

Da un anno, il trattamento farmacologico sembra non portare benefici, poiché la cefalea sembra permanere: può essere utile capire quanto è durato questo trattamento, quando il bambino ha iniziato a lamentare la cefalea, poiché può avere un'origine affettiva e relazionale, scaturire da percezioni di sé in ambito familiare, scolastico o sociale, da un disagio non verbalizzato, ma somatizzato, da stress, ecc. Può essere utile indagare quali "vantaggi secondari" porti la cefalea, perché potrebbe servire a tenere unito un sistema familiare disfunzionale, in

quanto il sintomo del bambino in realtà potrebbe essere anche un sintomo del sistema familiare.

Occorre valutare quale sia la *compliance* della madre e del bambino alla terapia farmacologica, l'atteggiamento generale verso i sintomi e la terapia, le ipotesi eziologiche "ingenua" della madre e del bambino, le loro aspettative verso la terapia, chi li ha inviati, quando e perché, se abbiano opposto resistenza, se siano stati fatti altri tentativi terapeutici prima della farmacologia, se era già stato proposto prima l'incontro con lo psicologo, ma la madre non lo aveva accettato oppure è stato proposto solo ora e quale reazione ha avuto, in questo caso, la madre.

5) In una seconda seduta diagnostica si procede alla valutazione più approfondita tramite questionari e test. Quali ambiti psicologici del paziente ritiene opportuno testare e attraverso quali strumenti?

Nella seduta successiva, è possibile somministrare innanzitutto la versione italiana della *Child Behavior Checklist* di Achenbach, che permette di ottenere informazioni sulle caratteristiche del bambino attraverso il report da parte dei *caregiver* e degli insegnanti. Poi occorre ricostruire il funzionamento globale. Quello intellettuale si può ottenere con la WISC-IV (O WIPPSI per bambini prescolari), con 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 approfondire il funzionamento emotivo, si può somministrare il *Test di comprensione delle emozioni* che valuta la regolazione emotiva, con 23 tavole, che rappresentano figure umane o personaggi di fantasia, ritratti nell'atto di esprimere emozioni che poi il bambino è sollecitato a riconoscere e a discutere. Infatti, il bambino potrebbe avere difficoltà a elaborare le emozioni, somatizzandole con la cefalea. È possibile arricchire la valutazione del funzionamento emotivo con il *Disegno della*

Figura Umana, una tecnica grafica che stimola una raffigurazione dell'immagine di sé, dell'autostima, delle relazioni sociali.

Dato che la famiglia è importante, si può somministrare il *Family Relations Test* per rilevare i vissuti provati da ciascun componente della famiglia nei confronti degli altri, con 20 figure di cartone che rappresentano i componenti di una famiglia qualunque, in modo vago, per permettere alla persona di scegliere le figure che le ricordano i componenti della sua famiglia.

Per l'attaccamento, si può somministrare il SAT, costituito da vignette i cui protagonisti hanno espressioni del volto neutre, per facilitare l'esternazione dei vissuti. In particolare, tre vignette evocano separazioni brevi, definite da Bowlby "situazioni moderate", mentre le altre rappresentano separazioni più lunghe, definite "severe".