

STELLA DI GIORGIO

Aggiornato
al DSM-5-TR

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

Dal DSM-5 al DSM-5-TR

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-TR trattati in questo compendio

2) DISTURBI DEL NEUROSVILUPPO

Inquadramento teorico

Disturbo dello sviluppo intellettivo (disabilità intellettiva)

Disturbi della comunicazione

Disturbo dello spettro dell'autismo

Disturbo da deficit di attenzione/iperattività

Disturbo specifico dell'apprendimento

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
Disturbo dell'umore non specificato

5) DISTURBI D'ANSIA

Inquadramento teorico
Disturbo d'ansia da separazione
Mutismo selettivo
Fobia specifica, disturbo d'ansia sociale e agorafobia
Disturbo di panico
Disturbo d'ansia generalizzata
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 89
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 e da stress acuto

Disturbi dell'adattamento

Disturbo da lutto prolungato

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, negli adolescenti e negli adulti

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

BIBLIOGRAFIA, COMMENTI E APPROFONDIMENTI

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.

6) Disturbi della nutrizione e dell'alimentazione

Inquadramento teorico

La nutrizione fa riferimento ai processi biologici di assimilazione del cibo per la sopravvivenza, l'accrescimento e la salute fisica, mentre l'alimentazione include anche atteggiamenti e comportamenti, quindi dimensioni cognitive ed emotive della relazione con il cibo.

I disturbi della nutrizione e dell'alimentazione, definiti dalla letteratura scientifica anche “disturbi del comportamento alimentare” o “disturbi alimentari”, non sono quindi disturbi esclusivamente medico-organici, che si possano risolvere con una dieta, ma sono complessi e costituiti da dimensioni affettive, familiari e sociali. Alcuni di questi disturbi insorgono nei primi 3 anni di vita, mentre anoressia, bulimia e *binge eating* tendono a insorgere dopo lo sviluppo puberale, che quindi è un periodo più critico rispetto alla tarda adolescenza, come emerge da specifici studi (Bakalar, Shank & Vannucci, 2015)².

Dal punto di vista psicologico, lo sviluppo puberale avvia una fase di revisione delle relazioni familiari, che porterà la persona a emanciparsi dalle aspettative e dalle percezioni genitoriali e sociali, per acquisire un'identità autonoma. In alcuni contesti, questa emancipazione può risultare difficoltosa e conflittuale, poiché le aspettative dei genitori appaiono particolarmente rigide ed elevate. Alcuni genitori possono incoraggiare i figli negli studi, nello sport, in altri contesti anche competitivi, in cui desiderano vederli affermarsi, pensando di agire nel loro bene o di dimostrare in questo modo fiducia nelle loro capacità. Ciò può verificarsi soprattutto quando i genitori compiono sacrifici per i figli, quindi tendono a “pretendere” una ricompensa o comunque a considerare il successo dei figli come una

² In questi studi, non viene indicata l'età precisa, perché lo sviluppo puberale varia da persona a persona, in quanto dipende da diversi fattori, anche genetici e ormonali. In alcuni adolescenti è precoce, in altri è tardiva.

forma di riconoscenza, quasi “dovuta”, per quanto hanno fatto per loro. Alcuni figli possono quindi sentirsi sotto pressione, impegnarsi per diventare quello che i genitori vorrebbero, raggiungere anche l'eccellenza nei loro traguardi, ma finendo per sacrificare la loro autenticità e sviluppando un “Falso Sé” su base compiacente (Winnicott, 1965).

Si tratta di una strategia di sopravvivenza affettiva, perché questi adolescenti potrebbero temere di perdere l'affetto e la stima dei genitori, se non si adeguano ai loro obiettivi, essendo cresciuti in una famiglia in cui l'affetto veniva dispensato in base ai risultati raggiunti, non in modo incondizionato (Jeamment, 2006). Se il figlio, anche inconsapevolmente, avverte che i suoi interessi o le sue emozioni possono contrastare gli interessi o le emozioni dei genitori, vi rinuncia, a favore di una sottomissione che garantisca di non perdere il loro affetto. Tuttavia, gradualmente questa repressione inizia ad essere percepita come violazione di sé da parte degli altri, perché cozza contro il desiderio di autonomia che insorge prepotentemente in questa età.

Il bisogno di difendere il proprio spazio, la propria autonomia e il proprio sé, può essere espresso con il rifiuto del cibo, che rappresenta il rifiuto di elementi esterni dentro di sé. Se queste dinamiche vengono estremizzate, il rifiuto del cibo può esitare nel desiderio di dimagrire fino a scheletrirsi, per liberarsi delle sovrastrutture e apparire nella propria essenzialità (Delogu, 2009). L'apparente pacatezza e sottomissione degli adolescenti con anoressia, può celare aggressività repressa, dovuta alla frustrazione per il conflitto tra il “dovere” essere “bravi bambini” e “brave bambine”, come i genitori vogliono, e voler essere autonomi e autentici.

Queste dinamiche ricorrono soprattutto nella relazione tra madre e figlia (Cooley, Toray, Wang & Valdez, 2008). Riguardo al padre degli adolescenti con disturbi alimentari, egli risulta spesso periferico, anaffettivo o assente, sottomesso alla moglie, lasciando che madri e

figli mantengano un legame invischiato, preferendo egli investire su altri ambiti extrafamiliari, come il lavoro (Cotugno, 1999)³.

Complessivamente, le persone con disturbi alimentari provengono quindi da contesti familiari in cui i genitori sono preoccupati del loro funzionamento meccanico, piuttosto che delle loro emozioni. Le preoccupazioni per il comportamento alimentare inducono poi i genitori a rivolgersi a medici e dietologi, per “riparali”, confermando nei figli l’idea di dover funzionare in modo efficiente come una macchina, piuttosto che essere apprezzati nella loro autenticità. Per questo, il clinico non deve colludere con l’ansia, pur comprensibile, dei genitori, spingendo la persona a “mangiare” e a riassumere peso (per quanto sia importante per scongiurare il rischio di morte), senza prima accogliere il disagio affettivo e le emozioni intense che ella cerca di regolare con il cibo.

Occorre sottolineare come i disturbi alimentari non siano esclusivamente femminili, anzi sono in aumento i casi maschili. Nei ragazzi, l’insorgenza di questi disturbi si colloca generalmente in adolescenza, per motivazioni psicologiche, relazionali e familiari analoghe a quelle femminili, ma spesso declinate in riferimento a timori che, in molte culture, sono considerati prevalentemente maschili, quali la percezione di un fisico troppo gracile, che spesso spinge a frequentare assiduamente palestre per potenziare la muscolatura oppure a sovralimentarsi, tanto che dall’anamnesi si rilevano spesso precedenti problemi di sovrappeso. A questo proposito, talvolta si fa distinzione tra anoressia e vigoressia (una sorta di anoressia maschile). Le persone con anoressia si percepiscono come enormi e inguardabili, mentre le persone con vigoressia si sentono piccole e gracili.

³ In ogni caso, non si può generalizzare, poiché ogni situazione familiare può essere diversa, in quanto questi disturbi possono insorgere anche in famiglie affettuose, dove il padre è centrale o la madre non è invischiata. Allo stesso modo, padre assente e madre invischiata non comportano necessariamente l’insorgenza di questi disturbi, poiché non c’è una relazione univoca, rigida e deterministica tra causa ed effetto.

Anoressia nervosa

Sintomatologia. Il sintomo principale dell'anoressia è il rifiuto ostinato del cibo, che provoca un'estrema magrezza, fino a causare amenorrea (sospensione del ciclo mestruale nelle donne) e, nei casi più gravi, anche la morte. La persona persegue una caparbia restrizione alimentare, non perché non avverta lo stimolo della fame, come erroneamente farebbe presupporre l'etimologia della parola "anoressia", proveniente dal greco *ανορεξία*, (*anorexia*) che significa "mancanza di appetito", ma per la ferma intenzione di dimostrarsi capace di resistere al bisogno di nutrimento e di riuscire a dominare sé stessa. Anzi, dal compiacimento per aver controllato il bisogno fisiologico, deriva uno speciale godimento definito "orgasmo della fame" (Kestemberg, Kestemberg & Decobert, 1972).

La persona, infatti, si compiace dei risultati raggiunti sia in termini di dimagrimento, sia nell'esercizio di autocontrollo, e la soddisfazione sperimentata funge da incoraggiamento per continuare ad astenersi dal cibo (Costantino, 2008). Ulteriori manifestazioni associate all'anoressia sono i sentimenti di inadeguatezza, il bisogno di tenere sotto controllo l'ambiente circostante, la rigidità mentale, la ridotta spontaneità nei rapporti interpersonali.

Specificatori. Occorre specificare se il disturbo è di tipo con restrizioni o con abbuffate/con condotte di eliminazione; se in remissione parziale o completa; se lieve, moderato, grave o estremo.

Diagnosi differenziale. Nei disturbi alimentari, le preoccupazioni sul proprio aspetto fisico, la fobia di ingrassare, i pensieri intrusivi sul cibo e sui modi di controllarlo, evocano i comportamenti ritualistici e compulsivi delle persone con disturbo ossessivo-compulsivo, ma in questi ultimi le ossessioni e le compulsioni non sono correlate al cibo o comunque non solo ad esso. La diagnosi differenziale si effettua

anche tra i disturbi alimentari stessi. Ad esempio, nella bulimia, il peso corporeo resta nella norma, perché sovralimentazione e ipoalimentazione si bilanciano. Invece, nell'anoressia predomina l'ipoalimentazione, che stabilizza il peso su livelli significativamente inferiori alla norma.

Inoltre, anche nell'anoressia, come nella bulimia, possono esserci le abbuffate, ma si configurano come “abbuffate da deprivazione”, che si scatenano quando una persona adotta un regime dietetico restrittivo, ad esempio inizia una dieta rigida o un digiuno, nel tentativo di dimagrire velocemente. Riducendo le calorie al di sotto di quelle richieste dal metabolismo basale e privandosi dei nutrienti indispensabili, l'organismo finisce per “reclamarli” e recuperarli tutti insieme, scatenando un'abbuffata. In questi casi, quindi, l'abbuffata non ha le stesse motivazioni psicologiche ed emotive alla base della bulimia e del *binge-eating*, ma è una conseguenza fisiologica della prolungata restrizione alimentare, cioè un tentativo estremo del corpo di ripristinare un'omeostasi (Hubert & Webb, 2010).

Comorbidità. I disturbi più frequentemente associati a quelli alimentari sono ansia e depressione. Spesso, infatti, le persone con questi disturbi presentano umore depresso, ritiro sociale, irritabilità, agitazione, insonnia e diminuito interesse sessuale. Inoltre, risulta frequente l'associazione tra disturbi alimentari e di personalità: nell'anoressia è spesso presente un disturbo ossessivo-compulsivo di personalità, a causa dei tratti perfezionistici e dell'iper-controllo.

Aspetti diagnostici correlati alla cultura di appartenenza, al sesso e al genere, associazione con pensieri o comportamenti suicidari. Le preoccupazioni per il proprio peso e aspetto variano in base alle culture. In Asia, è diffusa la “fobia per il grasso”, correlata però anche alla diffusione del disagio gastrointestinale. La diffusione dell'anoressia nervosa è superiore in paesi post-industrializzati ad altro reddito, come i paesi europei, l'Australia, il Giappone, gli Stati Uniti,

ma in questi ultimi il tasso è ridotto nei gruppi socialmente svantaggiati e discriminati, in particolare tra i latinx e i neri. Inoltre, si tratta di un disturbo a prevalenza femminile, associato a un rischio suicidario 18 volte maggiore rispetto alla popolazione generale, soprattutto se in comorbidità con disturbi depressivi, autolesionismo e storie di abusi.

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.

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 compiacciono 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.

[continua...]

Disponibile su:

