

NON SOTTEGGIATO

Valeria Costelli



## CASO CLINICO 1.

Sebastiano è un bimbo di 36 mesi, inviato al Servizio Età Evolutiva dalla pediatra per difficoltà di alimentazione, linguaggio infantile, difficoltà motorie (impaccio nel fare le scale).

I genitori si dicono preoccupati quasi esclusivamente per le difficoltà motorie. La mamma riferisce di riuscire a comprendere il linguaggio del bambino e di non evidenziare particolari difficoltà espressive; nemmeno l'alimentazione è considerata particolarmente problematica. Il papà, pur in linea con la descrizione del figlio, sottolinea un rapporto privilegiato di Sebastiano con mamma che comporta difficoltà di separazione significative (in presenza della mamma, Sebastiano non entra in relazione col papà) e si riconosce preoccupato anche per il linguaggio e per l'alimentazione (ritiene che talvolta Sebastiano scelga il cibo per il colore).

Il bambino mangia esclusivamente pizza, frittata, pasta con pesto, a volte minestrone, impasti di pesce a forma di dinosauro, patatine. Infastidito dal cane di famiglia. Non riferite altre responsabilità atipiche a stimoli sensoriali. A casa ha un gioco preferito: i dinosauri; I genitori dicono che s'ingaggi anche in giochi con macchinine, cucinetta e animaletti. Cerca quasi esclusivamente la mamma per condividere il gioco.

Frequenta l'asilo nido dai due anni, viene riferito buon adattamento generale tranne durante il pasto (alimentazione selettiva: pane o pizza). Al nido riferita interazione con i pari: Sebastiano utilizza i dinosauri per giocare con i pari.

Anamnesi: nato da parto eutocico alla 38<sup>a</sup> settimana di gravidanza dopo gestazione decorsa con minaccia di parto pretermine alla 28<sup>a</sup> e alla 32<sup>a</sup> settimana di gestazione. Peso alla nascita 2,850 kg, indice Apgar 9-10- 10. Perinatalità in norma. Allattamento al seno tutt'ora in essere. Ritmo sonno-veglia regolarizzato fin dai primi mesi. Sviluppo psicomotorio: posizione seduta acquisita a 5 mesi, non ha gattonato, marcia autonoma 15 mesi. Prime parole a 8 mesi. Attualmente produce solo parole singole, alcune in inglese. Non ha ancora acquisito il controllo sfinterico.

All'osservazione Sebastiano non si separa dal genitore, mostra all'adulto i giochi d'interesse e ciò che desidera condividere, ma non risponde alle richieste seppur attinenti alle attività in corso o risponde con un "no" o un urlo. Si gira se chiamato dopo qualche tentativo (se impegnato non risponde). Presenta il contatto di sguardo finalizzato alla richiesta. Produce circa una decina di vocaboli, conosce il verso di alcuni animali e riproduce alcuni suoni onomatopeici. Indica ciò che gli interessa. Predilige il gioco con i dinosauri, dal quale si riesce a distoglierlo per proporre altre attività. Si osserva gioco funzionale ed esplorativo. I tempi di attenzione appaiono ridotti per le attività proposte dall'adulto. Non tollera le frustrazioni.

Familiarità: è figlio unico; il padre ha avuto una figlia dal precedente matrimonio. Entrambi i genitori lavorano. Il nonno paterno presenta caratteristiche personologiche peculiari (difficoltà di relazione e ambiti in cui eccelle). Zio paterno affetto da Sindrome di Asperger. Papà si descrive come preciso, curioso, con molte conoscenze e si riconosce un lieve impaccio motorio. La figlia del papà ha ricevuto diagnosi di disturbo di disattenzione e iperattività a 9 anni.

L'esame neurologico rileva: marcia priva di caratteri patologici, possibile sulle punte e talloni, difficoltà nei passaggi posturali, lieve impaccio motorio globale (sale le scale solo con appoggio); forza, tono e trofismo conservati. ROT normoevocabili. Nervi cranici in norma. L'attività grafica si colloca a livello di scarabocchio.



#### Valutazione cognitiva (sintesi):

Somministrata la Scala Leiter-R

sono stati necessari due incontri per labilità attentiva e oppositività (presumibilmente legata all'aumentare delle difficoltà della richiesta). Collaborante nelle prove Figure Ground e Form completion; non ha eseguito le prove necessarie per valutare il Ragionamento fluido (Sequential order e Repeated patterns). Non è stato, pertanto, possibile ricavare un QI breve.

Si riportano punteggi ponderati nelle due prove eseguite dal bambino:

Figure Ground PP:12;

Form completion PP:9

Somministrate scale VINELAND II:

Scala composta QI dev.= 107

Le sottoscale presentano I seguenti punteggi:

Comunicazione QI dev.=78

Abilità del vivere quotidiano QI dev.= 104

Socializzazione QI dev.= 93

Abilità motorie QI dev.= 101

#### Valutazione logopedica (sintesi)

Osservazione informale delle attuali competenze comunicative del bambino in presenza della madre. Si rilevano atti comunicativi intenzionali con lo scopo di richiedere aiuto o per avere un gioco attraverso l'utilizzo del canale gestuale (pointing). Il canale verbale è stato utilizzato per denominare spontaneamente alcune figure od oggetti. Lo sviluppo del linguaggio espressivo risulta in ritardo rispetto a quanto atteso per l'età anagrafica. La comprensione è risultata adeguata al contesto in atto.

#### Valutazione neuropsicomotoria (sintesi)

Cerca l'adulto per lo più in situazioni senso-motorie e su oggetti di suo interesse (dinosaurio). Presente divertimento condiviso e iniziativa esclusivamente nei giochi senso-motori. Si osserva la tendenza a tornare al gioco causa-effetto e a schemi ripetitivi. Mantiene l'attenzione e la collaborazione nei primi minuti, quindi Sebastiano rifiuta le proposte e mette in atto alcuni comportamenti oppositivi. Punti di forza del bambino sono le competenze logiche in attività visuo-spaziali, punti di fragilità, oltre all'area del linguaggio, l'area della motricità sia fine che globale.

#### Il candidato descriva:

- l'ipotesi diagnostica con gli approfondimenti testistici necessari;
- le traiettorie evolutive;
- brevi ipotesi di intervento.



## CASO CLINICO 2.

Maria donna di 32 anni primipara, di professione avvocato, si trasferisce nel territorio circa un anno fa per andare a convivere con il compagno del quale rimane incinta, uomo divorziato con figli adolescenti che stanno a casa del padre a weekend alternati.

La donna non ha relazioni significative in questo territorio, solo rapporti di vicinato, la sua famiglia d'origine è rimasta nella Capitale.

Maria decide di farsi seguire durante la gravidanza dal Consultorio Familiare di residenza, viene seguita da una ostetrica in quanto si tratta di una BRO, con consulti e visite ginecologiche come da protocollo. Viene agganciata al CPN al quale partecipa con regolarità senza mai esporsi troppo, manifesta discreto interesse e curiosità.

Maria partorisce presso il Nosocomio della città un neonato maschio 3,930 Kg, viene segnalata al Consultorio di competenza con apposita modulistica da parte dell'Ospedale per fragilità ostetriche, ginecologiche. Parto cesareo, emorragia post parto con perdite emetiche superiori a 2000 cc, necessità di emotrasfusione per Hb minore 7.0 gr/dl, distress respiratorio alla nascita con punteggio Apgar 3, 5, 7 e conseguente ricovero in TIN per osservazione di 24H. Maria, alle dimissioni, si dimostra preoccupata per il figlio chiedendo con insistenza rassicurazioni su come stia ma non sembra accogliere tali rassicurazioni dai medici.

Dopo la segnalazione una ostetrica si reca in visita domiciliare.

Durante la visita domiciliare, Maria viene visitata e si rileva un buon decorso. Tuttavia, Maria appare in difficoltà a separarsi dal figlio rispetto al quale continua a manifestare preoccupazioni in merito al suo stato di salute. Rivolge numerose domande sull'allattamento perché non si sente sufficientemente preparata e teme di sbagliare. Viene rilevato un senso di solitudine e di smarrimento di Maria tanto che con tono rassegnato, la puerpera riporta all'ostetrica di non poter contare sul sostegno della propria madre in questa fase delicata poiché vive molto distante e non le è fonte di aiuto nella gestione del piccolo. Essendo presente anche il compagno, si osservano delle tensioni a livello relazionale tra loro: da una parte, Maria si dimostra molto richiestiva verso il compagno sia per se stessa che per l'accudimento del piccolo, dall'altra parte, Maria presenta momenti rappresentati da instabilità emotiva e irritabilità se il compagno non appare solerte a soddisfare le sue richieste.

L'ostetrica fissa una visita di monitoraggio in Consultorio Familiare.

Durante la visita, Maria continua ad avere preoccupazioni per il piccolo, riferisce di avere momenti in cui si sente intensione e fa fatica a gestire il bambino, durante la notte dorme pochissimo e di giorno ha dei momenti in cui sente la necessità di uscire di casa con il bambino perché si sente soffocare. Ne ha parlato col compagno che pare abbia minimizzato la situazione. Viene proposto un colloquio con la Psicologa del Servizio anche se Maria accetta con reticenza e scarsa motivazione.

Al colloquio Maria si presenta con un atteggiamento dimesso, poco curata sia nell'abbigliamento che nella cura di se stessa. Il tono dell'umore è in flessione e fin dall'inizio Maria si abbandona ad un pianto incontenibile. Afferma singhiozzando che la gravidanza non era programmata in quanto si era trasferita da circa un anno nella casa del nuovo compagno. Descrive con tono triste che si sente inadeguata in relazione al suo ruolo di madre verbalizzando continua stanchezza e perdita di appetito, un vissuto di disperazione associato a pensieri negativi e di autosvalutazione di sé. Quella sensazione di voler scappare continua perché si sente incapace a gestire la quotidianità familiare. Inoltre, riferisce di rinunciare alle passeggiate che durante la gravidanza le davano piacere perché si sente spossata e priva di energia. La psicologa propone la somministrazione dell'EPDS in cui si registra un punteggio positivo al cut-off anche se non è significativa la risposta all'item 10. Pertanto, considerato il permanere di questo disagio, la psicologa propone un intervento psicologico.



Considerando la sintomatologia clinica descritta, il candidato illustri:

- l'ipotesi diagnostica della paziente riportando eventuali strumenti di approfondimento e ulteriori elementi di indagine;
- un'ipotesi di breve progetto di intervento.



### CASO CLINICO 3.

Cinzia ha 14 anni, frequenta la 1° classe di una scuola superiore, è secondogenita in una fratria con due fratelli di cui uno maggiorenne. I genitori sono sposati da molti anni, la madre svolge una professione sanitaria, il padre operaio.

Si inizia la valutazione psicologica su invio del neuropsichiatra, dopo un ricovero di Cinzia per ideazione e progetto anticonservativo. Da alcuni mesi, aveva definito una data precisa e il metodo per attuare il suicidio. La ragazza riesce a parlarne solo con un'insegnante privata (che la segue a casa per lo svolgimento dei compiti) che informa quindi la madre.

Cinzia è di statura bassa, leggermente in sovrappeso, indossa una felpa molto larga e scura non particolarmente femminile, appare impacciata e intimidita inizialmente. Scruta la stanza attentamente, ma poi gradualmente riesce a parlare del motivo della consultazione e del ricovero. Il contatto oculare con l'operatore, si interrompe quando sente dei rumori provenienti dall'esterno dell'ambulatorio, infatti, sobbalza e gira lo sguardo verso la porta. La reattività ai rumori è aumentata da quando, circa 6 mesi prima, il padre ha cercato di forzare la porta della sua stanza dove era sempre più ritirata: lei si era barricata e cercava di contrastare l'accesso spingendo fisicamente, si è creata una situazione di altissima tensione lei da una parte e i genitori dall'altra arrabbiati. Temeva gravi ripercussioni e conseguenze da parte del padre. Riferisce ipereattività e spavento anche quando sente urla o qualcuno alza troppo il tono di voce. La chiusura nella sua stanza era iniziata progressivamente in preadolescenza. Il ritiro si era accentuato l'anno precedente durante il lock down nel periodo di emergenza pandemica: con la famiglia condivideva i pasti mal volentieri, era sempre più sfuggente, al pomeriggio dormiva, faceva i compiti e utilizzava molto il cellulare per distrarsi e non pensare (visionava video sui social, chattava con le amiche). Lamenta difficoltà nell'addormentamento, ma anche interruzioni del sonno per risvegli notturni dovuti a incubi ricorrenti. Al mattino fatica ad andare a scuola: ha nausea, mal di testa, ansia per le interrogazioni, ma il più delle volte la madre riesce a convincerla, inoltre, da poco si è creato un gruppetto di compagne che praticano anche loro self cutting. Cinzia è preoccupata per il suo rendimento scolastico non positivo, sia in ambito domestico che scolastico ha paura di sbagliare, fatica a concentrarsi, talvolta, dice di avere "la testa da un'altra parte". Ha ricevuto la diagnosi di un Disturbo misto delle abilità scolastiche a 10 anni. Ai tempi della scuola secondaria di primo grado si era sentita presa in giro e criticata dai compagni di classe per il programma differenziato e semplificato adottato nei suoi confronti.

L'impulso a farsi del male si presenta dopo crisi emotive connotate da scoppi di pianto, tremori, fiato corto e talvolta si taglia quando prova vissuti di noia e vuoto, sente la "testa scollegata dal corpo", si sente confusa, è in preda ad emozioni che inizialmente fatica a nominare e non sa gestire, ad es. vorrebbe rompere oggetti per scaricare la tensione, ma non lo fa perchè desterebbe l'attenzione dei genitori, pertanto, mette in disordine i vestiti nella stanza, si taglia gli avambracci e le gambe (nel tempo ha creato una collezione di lamette e taglierini). Si vergogna dei tagli, li nasconde allo sguardo altrui soprattutto da quando un suo amico l'anno prima l'avrebbe presa in giro pubblicamente e minacciata via chat di divulgare foto dei tagli. Da allora evita i luoghi in cui teme di incontrare il compagno e ha sviluppato maggior diffidenza verso i coetanei con un restringimento della rete delle sue amicizie. Cinzia pensa di essere sbagliata, teme di fallire e di deludere i suoi genitori, non le piace il suo corpo in sovrappeso. Le crisi sopra descritte erano frequenti, prima del ricovero, si presentavano quasi tutti i giorni, così si era consolidato il pensiero di morire/sparire. Nei colloqui successivi, descriverà un "omino nero" che talvolta compariva alla sera, la denigrava e le diceva di uccidersi.

Cinzia rispetto alle sue relazioni familiari si descrive come la sorella di mezzo, quella "non vista" dai genitori, che a suo dire avevano preferenze per i fratelli. Da bambina aveva sempre il "sorriso stampato", anche quando era stressata ed in tensione, non chiede mai aiuto se è in difficoltà emotiva. Era legata alla madre che si faceva carico di seguirla nello svolgimento dei compiti, tuttavia, quello era



anche un momento di forte stress e urla. Il padre è descritto come un uomo impulsivo: negli ultimi anni minacciava spesso di volersi separare dalla moglie ed abbandonare tutta la famiglia anche sul piano economico. Lo diceva in assenza della moglie, quando si innervosiva per il disordine e la scarsa collaborazione dei figli. Cinzia si sentiva in colpa per le tensioni tra i genitori e non sapeva cosa dire alla madre. Rispetto al futuro Cinzia è molto confusa, sente possibile una bocciatura al liceo, ma non sa cosa vuole fare da grande.

Dal colloquio anamnestico con i genitori emerge la descrizione di una bambina che non aveva mai creato problemi, con un temperamento mite, molto autonoma, sorridente. Rispetto alla scuola, Cinzia era vista come una bambina svogliata, distratta, poi, quando ha ricevuto la diagnosi di Dist. Misto delle abilità scolastiche hanno attivato l'insegnante privata a domicilio per aiuto compiti. La scelta di iscriversi al liceo era stata molto sostenuta dalla madre, sig.ra cresciuta in una famiglia con problemi di alcolismo da cui lei stessa si era emancipata grazie ai suoi studi. I genitori confermano le difficoltà coi compagni di classe alle scuole medie, poi al liceo, si sono accorti dei tagli, di qualche comportamento trasgressivo (ad es. contro il parere dei genitori si era fatta fare un piercing in un giardino pubblico da una ragazza più grande conosciuta a scuola). Il progetto autolesivo ed il ricovero hanno costretto i genitori a scoprire un disagio prima celato. Il ricovero ha permesso a Cinzia una nuova vicinanza esclusiva con la madre che l'aveva assistita durante i giorni di ricovero. Il padre era invece angosciato: in ospedale fa una sola visita perché il tema del suicidio riattivava in lui angosce legate al lutto del proprio padre morto 10 anni prima.

Si somministrano inizialmente: i questionari di Achenbach (2007) autocompilati dalla ragazza, Youth Self Report (YSR) e dalla madre, CBCL. Tra la documentazione fornita dalla madre in merito alla certificazione di Dist. Misto delle abilità scolastiche vi è il profilo intellettivo su WISC IV.

#### MATERIALE TESTISTICO

**YSR/11- 18 di Achenbach (2007):** Punteggi T

**Competence Scale** score for Girls: Activities: 25, Social: 30, Total competence: T 22.

**Syndrome Scale Score for Girls** using T score for Italy: Anxious/ Depressed: 88 Withdrawn/ Depressed: 65, Somatic Complaints: 73, Social Problems: 79, Thought Problems: 63, Attention Problems: 63, Rule-Breaking Behavior: 56, Behavior Aggressive Behavior: 59

**DSM oriented scale:** Affective Problems: 85, Anxiety Problems: 77, Somatic Problems: 70, Attention Deficit/Hyperactivity problems: 62, Oppositional defiant problem: 61, Conduct problem: 63.

Internalizing Problems: 85, Externalizing Problem: 58, Total Problems: 79

Obsessive – Compulsive Problems: 74, Post-traumatic Stress Problems: 83, Positive Qualities: 33.

#### **WISC IV**

ICV = 98 (somiglianze PP = 13, vocabolario PP = 10, comprensione PP = 6)

IRP = 104 (Cubi PP = 12, Concetti Illustrati PP = 8, Matrici PP = 12)

Memoria di lavoro = 91 (memoria di cifre PP = 8, Lettere e numeri = 9)

VE = 103 (cifrario PP = 11, simboli PP = 10)

QIT = 99, IAG = 101, ICC = 96

Considerando la sintomatologia clinica descritta, il candidato illustri:

- l'ipotesi diagnostica della paziente illustrando gli approfondimenti necessari anche con l'uso di strumenti di valutazione;
- il bilancio evolutivo dell'adolescente, evidenziando i compiti evolutivi bloccati secondo l'approccio dell'Istituto Minotauro.