

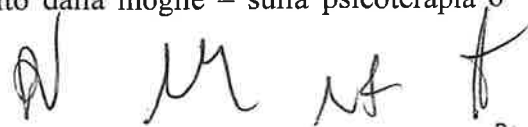


Nicola è un ragazzo di quasi 18 anni, giunto all'osservazione poco dopo il compimento del suo diciassettesimo compleanno per una sintomatologia esordita circa un anno prima. Inizialmente il ragazzo aveva presentato alcune crisi ipotensive con perdita di coscienza che avevano suscitato in lui una crescente preoccupazione, divenuta poi un vero e proprio stato di ansia subcontinuo, talora con picchi di ansia acuta associata a tachicardia, difficoltà respiratorie, tremori generalizzati, pallore e paura di morire. Insieme all'ansia, con il passare dei mesi, è poi sopraggiunto un ulteriore sintomo, che Nicola descrive così: "... è come se sentissi la mente piena di pensieri che non riesco a controllare...". Il ragazzo precisa che si tratta per lo più di immagini mentali caratterizzate da una forte aggressività, che a volte lui subisce altre volte agisce, ad esempio nei confronti dei genitori, dei professori o dei compagni di classe. Questi pensieri ripetitivi di cui non riesce a liberarsi, peraltro assolutamente contrari alla sua indole pacifica e accomodante, suscitano in lui una grande angoscia.

Nicola afferma di sentirsi di sovente triste, apatico, arrabbiato senza un motivo, senza voglia di fare nulla o indifferente alle cose piacevoli. Anche la madre, che lo ha sempre accompagnato ai colloqui, riferisce di vederlo sempre più isolato e chiuso in se stesso. Il ragazzo dice di pensare spesso alla morte come a una possibile soluzione per i suoi problemi, ma non ha mai tentato il suicidio né pensato concretamente di tentarlo. Egli trascorre la maggior parte del suo tempo con un cugino di primo grado, con il quale per lo più gioca con i videogiochi o si allena a giocare a calcio. Infatti, fin da quando aveva dieci anni, Nicola ha frequentato alcune scuole di calcio e per un periodo, quando era più piccolo, il padre, ex-militare in congedo poi assunto in un'azienda privata come impiegato, anch'egli appassionato di calcio, è stato il suo allenatore. Poi, poco prima di iniziare a star male a causa degli svenimenti, ha smesso di allenarsi per la delusione di non essere stato selezionato fra i titolari per giocare le partite della domenica e, successivamente, perché – racconta – ha iniziato a temere di svenire mentre giocava una partita o si allenava (ciò, nonostante tutte le indagini diagnostiche effettuate siano sempre risultate negative). Quando finalmente è giunto all'osservazione, allenarsi con il cugino era l'unica attività collegata al calcio che il ragazzo riusciva ancora a concedersi.

Al momento del primo colloquio, Nicola frequentava il quarto anno dell'ITIS e aveva appena concluso il primo quadrimestre con varie insufficienze perché, a suo dire, non riusciva a concentrarsi nello studio a causa "... dei pensieri di cui non riusciva a liberarsi...". La sua salute è sempre stata buona, ma è stato il ragazzo stesso a segnalare, già in occasione del primo incontro, di presentare una condizione di "pectus excavatum" (malformazione della parete toracica) che, pur non determinando alcun problema sul piano medico, è sempre stato per lui causa di disagio per le inevitabili conseguenze estetiche, soprattutto quando è costretto a spogliarsi in pubblico (ad esempio, in spogliatoio quando ancora frequentava la scuola calcio o al mare).

Per quanto concerne l'anamnesi familiare, si segnala una positività del gentilizio per disturbi d'ansia in entrambe le linee parentali. Nicola ha un fratello, di quattro anni più piccolo, che sta bene e che, a detta della madre, "... ha tutto un altro carattere!..." (cioè – precisa la signora – non è "... sensibile come Nicola..."). La madre del ragazzo, che di lavoro fa l'insegnante di scuola primaria, appare una donna anche lei "sensibile", ma insicura: è impaurita per quello che sta succedendo a Nicola e non sa cosa fare per aiutarlo. Cerca di essergli vicino e di farlo sentire accolto, però il ragazzo reagisce in modo ambivalente: a volte la scaccia, altre volte la ricerca e si comporta come un bambino piccolo (ad esempio, quando è molto in ansia le chiede di dormire con lui e questo un po' lo rasserena). Come Nicola lo è rispetto al fratello, anche la signora è caratterialmente molto diversa dal marito, il padre del ragazzo. I due genitori non vanno molto d'accordo ma la signora non ha la forza emotiva di imporsi sul coniuge. Dall'inizio dell'adolescenza Nicola, che prima vedeva in suo padre un modello da seguire, ha iniziato ad allontanarsi dal genitore e questi, a sua volta, ha iniziato ad allontanarsi da lui e a rivolgere la maggior parte delle sue attenzioni al fratello minore (che da alcuni anni si è anch'egli avvicinato al mondo del calcio). Secondo il padre, che non si è mai presentato ai colloqui anche se espressamente invitato, Nicola ha solo un problema di scarsa autostima e di "carattere debole"; egli inoltre non crede che l'ansia possa impedire al ragazzo di mettersi in gioco e non ripone alcuna fiducia – almeno in base a quanto riferito dalla moglie – sulla psicoterapia o i colloqui psicologici.





PROVA PRATICA 1

NON SORTEGGIATA

**DOMANDA 1**

1) Considerando la sintomatologia clinica riportata, quale possibile diagnosi psicopatologica può essere formulata per la situazione descritta secondo un inquadramento di tipo prettamente nosografico?

2) Qual è la sua diagnosi di funzionamento? 3) Quali sono i fattori evolutivi che hanno determinato in lui un blocco evolutivo? 4) Quali i compiti evolutivi non sono stati assolti?

**DOMANDA 2**

A quali obiettivi dovrebbe mirare e a chi dovrebbe essere rivolto l'intervento psicoterapico?

## PROVA PRATICA 2

NON SORTEGGIATA



La minore in oggetto M. giunge al Servizio per l' Età Evolutiva su invio del Pediatra per "disturbi legati alla separazione": i genitori sono separati dal 2016 con affidamento congiunto della figlia ma la bambina non vede il padre da più di un anno.

La scuola, soprattutto, segnala difficoltà di comportamento e di rispetto delle regole comunitarie. Poiché si verifica che il padre non è al corrente della richiesta di valutazione sulla bambina, si invita la madre a renderlo partecipe, ad acquisirne il consenso alle valutazioni e possibilmente a farlo pervenire al Servizio per alcuni colloqui; gli operatori rimangono pertanto in attesa di indicazioni da parte dei genitori.

La bambina ritorna successivamente in Età Evolutiva su segnalazione della scuola che richiede un eventuale rilascio di certificazione L.104/92, cui il padre acconsente.

M. frequenta il quinto anno della Scuola Primaria e risulta iscritta a tempo pieno, orario che tuttavia la bambina ha sempre faticato a sopportare: si stanca facilmente, rifiuta di svolgere i compiti assegnati, cerca le attenzioni delle insegnanti ma non accetta di essere ripresa da loro; in classe, anche senza motivo apparente, diventa aggressiva verbalmente e fisicamente.

Pratica pallavolo, dopo aver cambiato numerose attività sportive, con le stesse modalità comportamentali.

La signora riferisce che la bambina ha svolto un percorso di psicomotricità privata nel secondo e terzo anno della scuola dell'infanzia, poi interrotto. In Quarta primaria ha svolto privatamente un ciclo di potenziamento della lettura.

## VALUTAZIONE PSICOLOGICA E NEUROPSICHIATRICA

Dall'indagine anamnestica emerge: parto eutocico, a termine, non segni di sofferenza perinatale. Ritmo sonno veglia disturbato da frequenti risvegli fino al terzo anno di vita. La mamma riferisce che dai 3 anni e mezzo dorme con la nonna per riferite paure. Tappe evolutive in norma.

Al colloquio M. si presenta imbronciata, accetta malvolentieri le proposte, nega colpe che le vengono attribuite in classe, smentisce la madre nei racconti che la riguardano tentando di apparire più adeguata. Mette in atto comportamenti regressivi e/o oppositivi, si sdraia a terra facendo a finta di dormire; la madre tenta di richiamarla, ma senza successo. Emerge che nel contesto scolastico la bambina presenta una importante compromissione del funzionamento adattivo poiché sono presenti difficoltà marcate di autoregolazione con importante impulsività e passaggi all'atto che risultano pericolosi per sé e per gli altri. Anche a casa emerge una discreta difficoltà di autoregolazione, iper-attivazione, difficoltà attentive durante lo svolgimento dei compiti pomeridiani, scarsa autonomia, tendenza a non ascoltare. Inoltre sono presenti sentimenti di bassa autostima e umore tendenzialmente deflesso in entrambe gli ambienti.

Di seguito alcune delle prove somministrate durante la valutazione :

WISC IV :

Comprensione= 86 (SO=7;VC=8;CO=8)

Ragionamento visuo-percettivo=102 (DC=10;CI=10;RM=11)

Memoria di lavoro = 94 (MC=9;LN=9)

Velocità di elaborazione = 91 (CR=9;RS=8)

Totale (QI)= 91

PROVE DI LETTURA MT3 classe Quinta Primaria. Testo "il bumerang".

Velocità:2,48 sill/sec; z= -1,36 ds

Correttezza: n.3,5 errori; 40°-50 percentile

Letture di parole DDE-2

velocità :1,9 sill/sec; z= -1,63 ds

correttezza:n.6 errori; 15° percentile

Letture non parole DDE-2

Velocità:0.85 sill/sec; z= -1,92 ds

Correttezza:n.6 errori; > 15° percentile

Comprensione di omofone non omografe DDE-2

Correttezza: n.15 errori; < 5° percentile

DETTATO: BVSCO-II

Correttezza: n. 15 errori totale;< 5° percentile; z > 3ds

Tipo di errori: Fonologici :5,3%; z=2,9; Richiesta Intervento Immediato

Non fonologici:3,6%; z= > 3ds; Richiesta Intervento Immediato

Accenti/Doppie:5,3%; z=2,6 ds; Richiesta Intervento Immediato

DETTATO NON PAROLE: DDE-2

Errori=10; < 5° percentile

La bambina si è dimostrata fortemente oppositiva nelle prove di dettato.

*Handwritten signatures and initials:* A, M, N, f

## PROVA PRATICA 2

### PRASSIE: BVSCO-II:

Prova di le :60 grafemi;  $z=-1,54$  ds

Prova di uno: 87 grafemi;  $z=-0,4$  ds

Prova di numeri:78 grafemi;  $z=-1,29$  ds

Dal punto di vista qualitativo tratto a volte indecifrabile.

### COMPRESIONE DEL TESTO

La comprensione del testo scritto è sufficiente nella prova di brano di cronaca, fragile nel brano informativo

### COMPRESIONE DA ASCOLTO

Brano Co-tt: "i gladiatori": risposte corrette 3/12; richiesta intervento immediato

Prove di comprensione fortemente influenzate dallo stato di compliance: non utilizzo di strategie metacognitive, frettosità.

### BATTERIA BDE2-Biancardi et al.

In ambito logico-matematico le prestazioni sono deficitarie : due prove su quattro sono sotto il cut-off clinico mentre la terza è in area di fragilità: difficoltà nel recupero dei fatti numerici e negli automatismi in generale .

### Questionario CBCL/6-18 compilato dalla madre

Le competenze totali, le attività, la socialità, le abilità scolastiche si situano nella norma. Le problematiche di tipo esternalizzante si situano in area clinica mentre quelle internalizzanti in area borderline :critiche le aree legate a problematiche del pensiero e comportamenti aggressivi , borderline i problemi di tipo attentivo.

Alla scala DSM orientata risulta in norma solo l'area relativa alle problematiche di tipo somatico mentre tutte le altre aree risultano borderline.

### Scale CONNERS 3-P

Scala Inattenzione : 98°percentile

Scala Iperattività/Impulsività: 89° percentile

Scala Problemi di apprendimento: 70° percentile

Scala Funzionamento esecutivo: 70° percentile

Scala Provocazione/Aggressività: 93° percentile

Scala Relazione con i pari: 99° percentile

### TEST delle Campanelle Modificato (TCM)

Punteggio rapidità:  $z+0,38$

Punteggio Accuratezza  $Z+0,64$

13 errori

Al termine del percorso valutativo il neuropsichiatra ravvede la necessità di prescrivere una terapia farmacologica che possa contribuire a migliorare il funzionamento adattivo, la integrazione scolastica e la motivazione agli apprendimenti. Al colloquio è presente solo la madre.

### DOMANDA 1

-Esplicitare un' ipotesi diagnostica

-Indicare altri possibili strumenti utili alla diagnosi

### DOMANDA 2

-Proporre un progetto di intervento e motivarne le scelte

-Definire come è più opportuno procedere al fine di attivare la progettualità proposta



## PROVA PRATICA 3

## SORTEGGIATA



## Caso clinico

La Sig.ra M.B. tre mesi orsono ha perso un figlio (Giorgio) dell'età di 25 anni in un incidente stradale. Giorgio era il terzo di quattro figli, unico figlio maschio, descritto come sportivo, single, economicamente e abitativamente autonomo –(domiciliato a qualche chilometro dalla residenza dei genitori), entrambi in vita. Madre e padre lo descrivono come persona molto presente e affettiva nella loro vita ma nel contempo autonomo e capace di avere relazioni affettive e di amicizia. Dalla data della morte di Giorgio la sig.ra M.B. manifesta pianto, disperazione, tristezza, polarizzazione del pensiero sul defunto e sul ricordo della sua vita, distacco e disinteresse per l' ambiente circostante.

La madre ha una intensificazione sintomatologica di natura ansiosa con ricadute somatiche e per questo condotta dal Pronto Soccorso al reparto di Neurologia per accertamenti.

Viene successivamente attivata la consulenza da parte dello Psicologo operante presso la psicologia Ospedaliera per sospetto Disturbo da Stress Post-traumatico.

## DOMANDA 1

Quali sono i principali nodi tematici da approfondire per effettuare una diagnosi e le indicazioni di trattamento psicologico clinico ?

## DOMANDA 2

Quali strumenti di valutazione si potrebbero usare?  
Quali percorsi e/o eventuali trattamenti integrativi

AV M MF

