

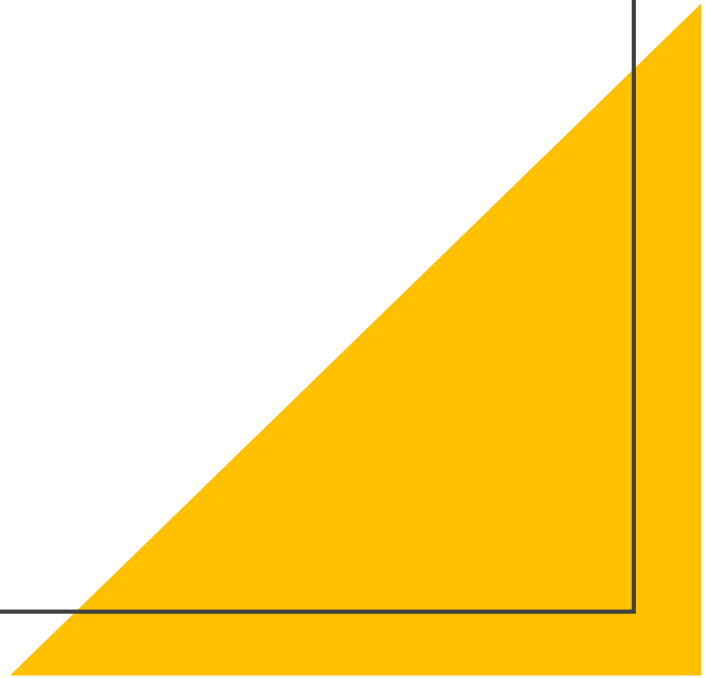
La valutazione in psicologia dello sviluppo



La valutazione in psicologia dello sviluppo

Colloquio Clinico: Colloquio Psicologico : istruzioni per l'uso.

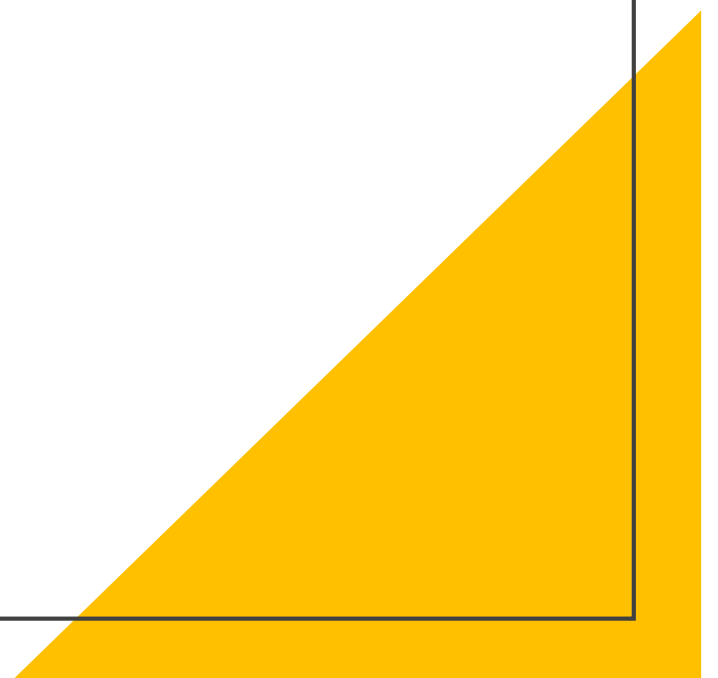
<https://www.youtube.com/watch?v=651jOKyn9eQ>



Il colloquio clinico in età evolutiva: Il 1 appuntamento

Il modo in cui avviene il primo appuntamento è molto informativo

- Chi prende contatto?
- Quali sono le motivazioni che li hanno spinti?



Il colloqui clinico: aspetti materiali

- Il luogo: una stanza è un luogo delimitato da pareti, solitamente caratterizzato da aperture verso l'esterno
- L'arredamento: non si tratta solo di singoli oggetti in una stanza ma della gestalt della stanza (oggetti, illuminazione)
- Il corpo dello psicologo



Il colloqui clinico: aspetti materiali

- Il luogo: una stanza è un luogo delimitato da pareti, solitamente caratterizzato da aperture verso l'esterno
- L'arredamento: non si tratta solo di singoli oggetti in una stanza ma della gestalt della stanza (oggetti, illuminazione)
- Il corpo dello psicologo



Il colloqui clinico: aspetti materiali

- Il luogo: una stanza è un luogo delimitato da pareti, solitamente caratterizzato da aperture verso l'esterno
- L'arredamento: non si tratta solo di singoli oggetti in una stanza ma della gestalt della stanza (oggetti, illuminazione)
- Il corpo dello psicologo






Il colloquio di valutazione

Il 1 appuntamento

Il colloquio senza bambino non è necessario ma

- Deve essere fatto quando essi lo chiedono espressamente
 - Quando il bambino sembra essere la posta in gioco di un conflitto di coppia
 - Quando il bambino sembra essere il sintomo di una patologia genitoriale
 - Il bambino deve essere avvisato che il colloquio si svolgerà senza di lui
- 

Raccolta delle informazioni: il 1 appuntamento

- La durata deve essere di circa 90 minuti e deve intervallare momenti di discorso libero a domande particolari
- L' «interrogatorio» ci fa conoscere i sintomi ma non esaurisce il processo di consultazione
- Il discorso dei genitori fa emergere difese e fantasmi familiari

Raccolta delle informazioni: il 1 appuntamento

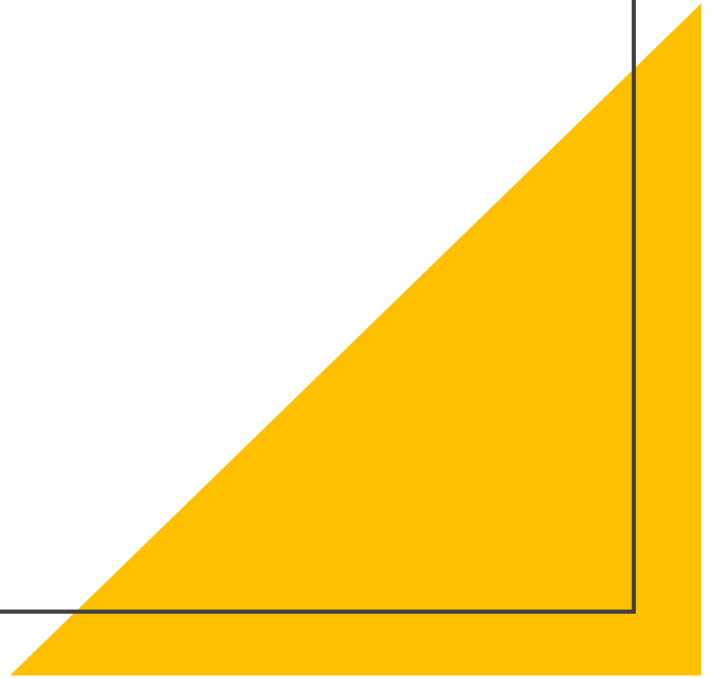
- L'operatore deve essere attento ai diversi livelli della comunicazione
 1. Livello non verbale: suddivisione delle persone nello spazio, verso chi va il bambino, chi parla, gesti e mimica dei partecipanti
 2. Livello verbale: qualità formale e modalità di articolare il discorso

Raccolta delle informazioni: il 1 appuntamento

- Di solito il bambino tace mentre i genitori raccontano la storia del sintomo
- Poi parlano del bambino immaginato e non solo del bambino reale
- E' importante annotare se e quando il bambino interviene

Raccolta delle informazioni

- Non è un interventi d'urgenza!
- E' uno spazio in cui pensare

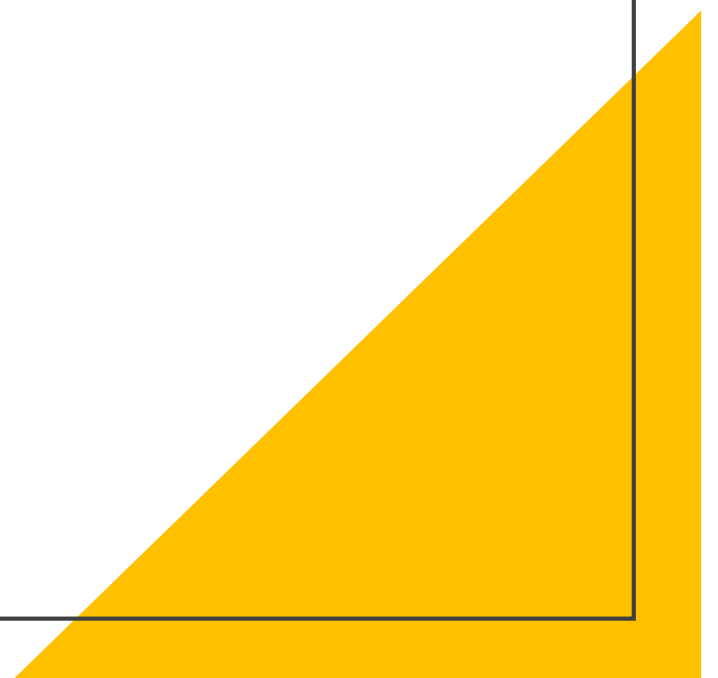


Ipotesi diagnostiche: l'Anamnesi

- Storia dei disturbi (sintomi attuali e passati)
- Composizione della famiglia e condizioni di vita
- Avvenimenti importanti nella vita del bambino (malattie, interventi chirurgici, lutti, separazioni)
- Gravidanza e parto
- Sviluppo nella prima infanzia (motorio, linguistico, cognitivo)
- Evoluzione delle relazioni con l'ambiente e scambi affettivi (alimentazione, ritmo sonno-veglia condotte ed interessi sessuali)

Test e osservazione clinica

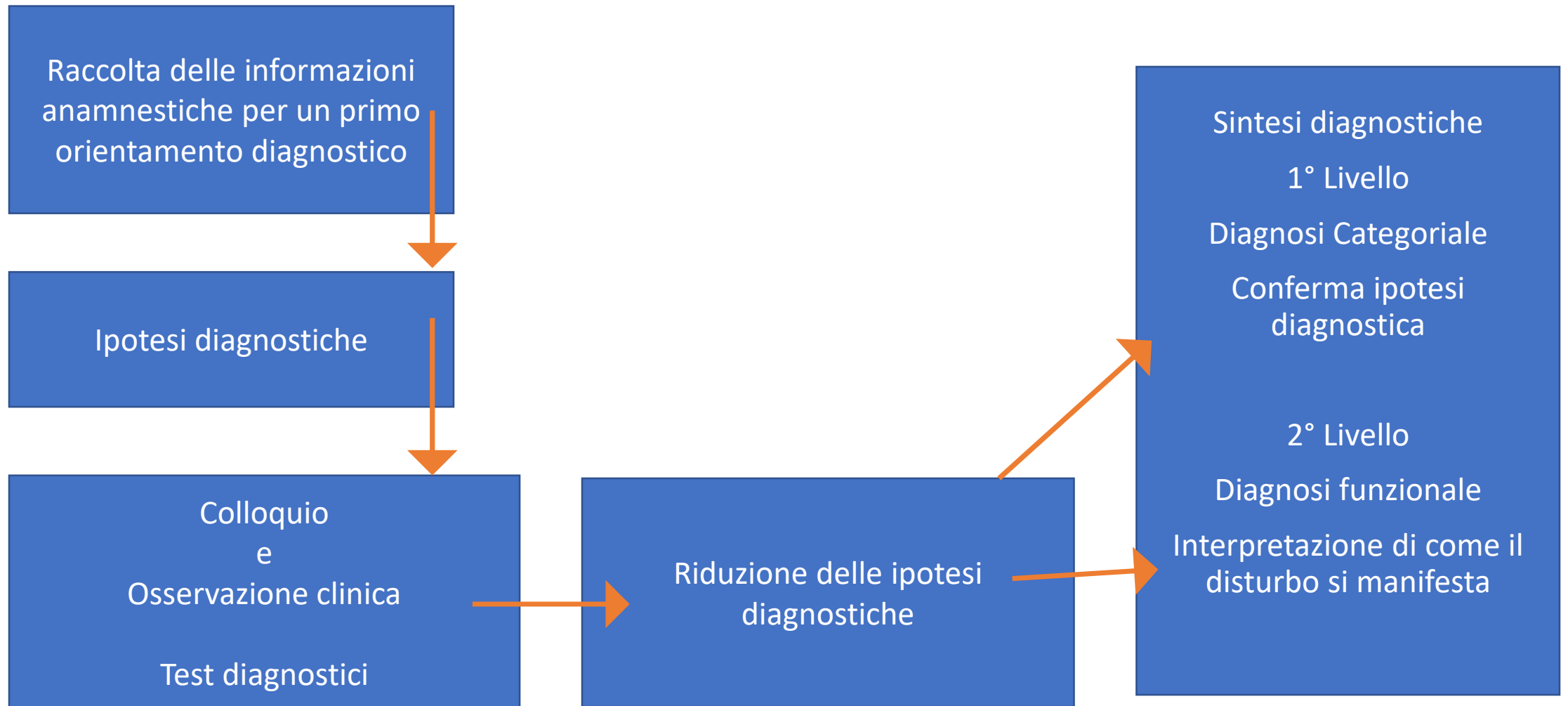
- Osservazione clinica
- Test misurazione oggettiva di alcune ipotesi



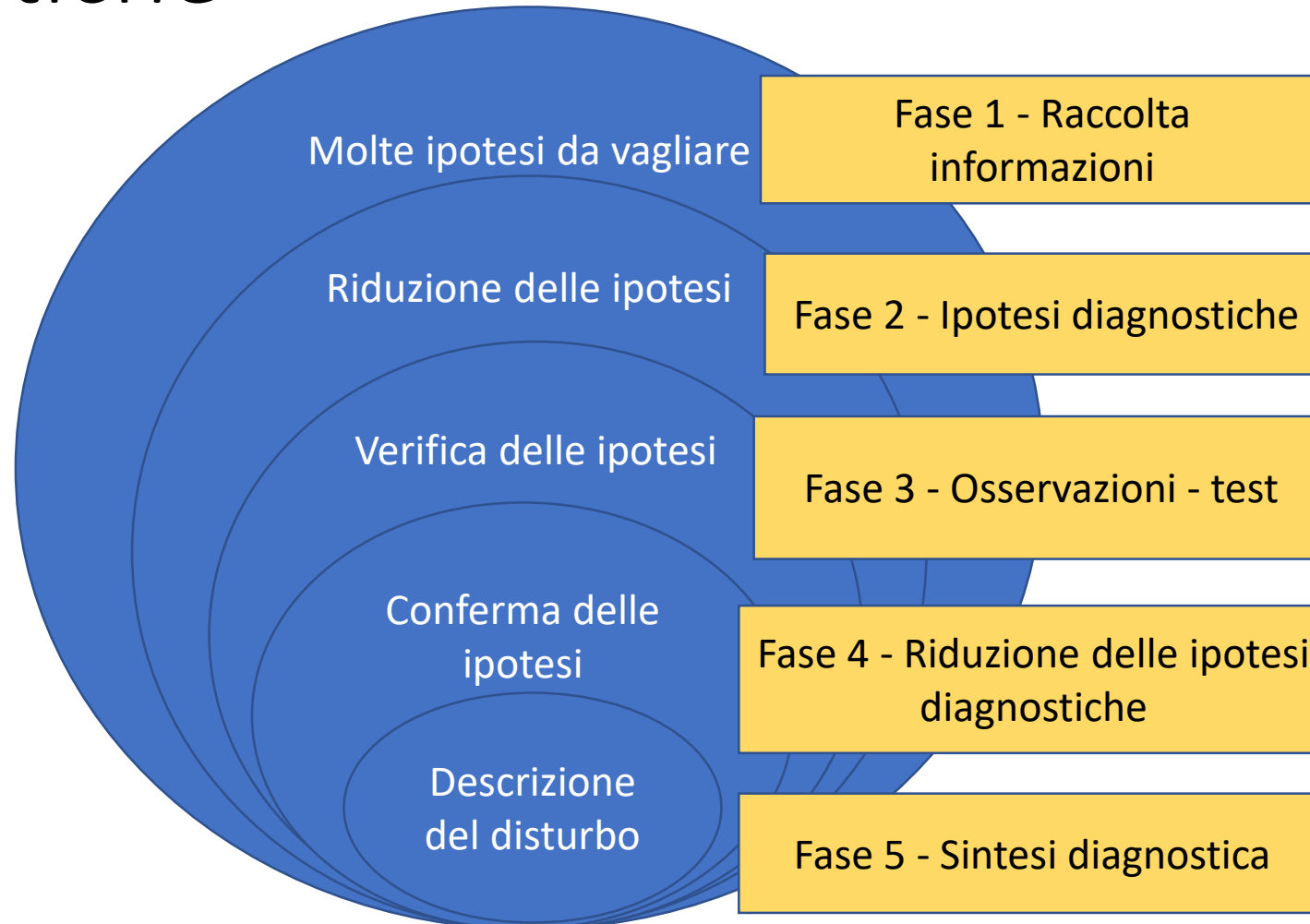
Obiettivi generali dell'attività di valutazione

- Identificare il problema;
- Spiegare il fenomeno in esame;
- Prevedere il decorso del problema;
- Modificare il decorso del problema.

Il percorso diagnostico (Vio & Lo Presti, 2014)



Riduzione delle ipotesi diagnostiche




Sintesi diagnostica

- Diagnosi di 1 livello (nosografica)
- Diagnosi di 2 livello (funzionamento adattivo)
- Restituzione riguardante aspetti qualitativi delle prestazioni, aree deficitarie, livello di funzionamento adattivo

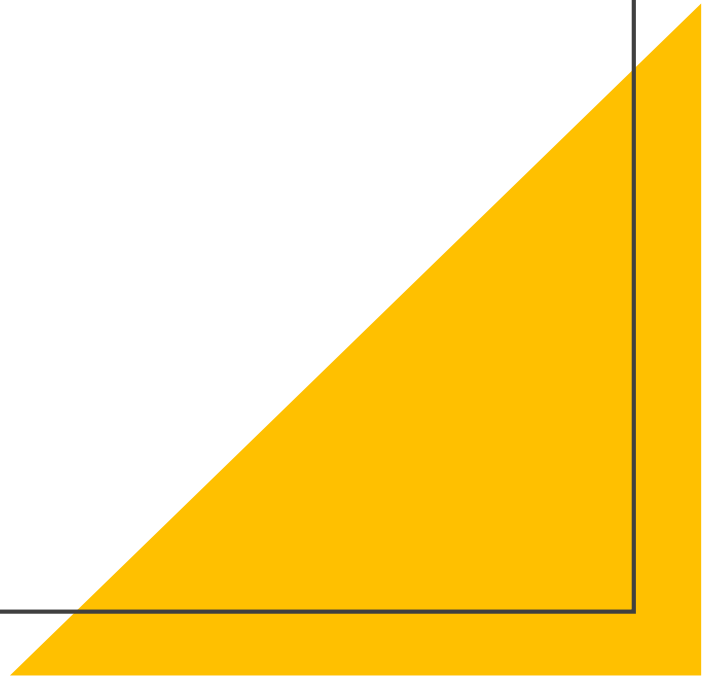


Classificazione dei disturbi

- D.S.M. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders espressione dell'American Psychiatric Association
 - I.C.D. International Classification of Diseases espressione dell'Organizzazione Mondiale della sanità
 - D.C. 0-5 Diagnostica Classificazione 0-5
- 
- A large yellow triangle is positioned in the bottom right corner of the slide, pointing towards the top right.

Classificazioni dei disturbi mentali

- 1952 DSM I (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders)
- 1967 ICD 8 (International Classification of Disorders)
- 1978 ICD 9
- 1980 DSM III
- ICD 10 1994
- 1994 DSM IV e CD 0-3
- 2005 CD 0-3R
- 2013 DSM V



Il percorso dei DSM

- Malattia separata dalla salute;
- Ogni disturbo (categoria) è nettamente separato dall'altro. Le forme intermedie, la quota di realtà che non riesco a collocare nelle categorie occupano uno spazio a parte, che diventa una nuova categoria (NAS , Non Altrimenti Specificato). La coerenza formale sembra salva, ma ...
- Implica un maggiore livello di astrazione e la concezione di "prototipi", difficilmente osservabili, ma utili nell'incontro con la grande variabilità dei fenomeni clinici
- Modello dimensionale: Individua diverse dimensioni. Ogni fenomeno clinico varia quantitativamente su un continuum di valori ordinati (*come su una retta*). Ad esempio i tratti della dell'umore, le abilità cognitive ecc.

Sistema multiassiale

- Asse I Sindromi Cliniche: sindromi acute che necessitano trattamento (e.g. depressione, attacchi di panico ecc)
- Asse II Disturbi della personalità e ritardo mentale (disturbo di personalità paranoide schizoide antisociale ecc)
- Asse III Condizioni Fisiche (e.g. disturbi cardiaci)
- Asse IV Stressors psicologici: problema psicosociale o ambientale può corrispondere a un evento negativo, una difficoltà o una carenza ambientale, uno stress familiare o interpersonale, alla inadeguatezza del supporto sociale o delle risorse personali
- Asse V Livello di funzionamento una scala che valuta il funzionamento globale dell'individuo

Dal DSM IV al DSM 5

Rielaborazioni formali:

- Nuova struttura del manuale
- Abolizione del Sistema multiassiale
- Assessment dimensionale

Struttura: nuova organizzazione dei capitoli

- Il DSM-5 ha modificato l'organizzazione dei capitoli al fine di riflettere un approccio basato sull'arco di vita;
- il Manuale inizia con i disturbi maggiormente diagnosticati nelle prime fasi della vita (Disturbi del neurosviluppo) e termina con quelli pertinenti all'età avanzata (Disturbi neurocognitivi).
- Nel DSM è abolita la divisione tra disturbi dell'infanzia e dell'età adulta

Sistema multiassiale

- Una considerevole modifica riguarda l'abbandono del sistema di valutazione multiassiale, al quale eravamo abituati dal DSM-III, in quanto giudicato come

“non necessario al fine di effettuare una diagnosi di disturbo mentale”



Categoria N.A.S.

- Con l'intento di aumentare la specificità diagnostica la designazione di Disturbo **NAS (Non Altrimenti Specificato)** è stata sostituita con due opzioni:
- *Disturbo con altra specificazione e Disturbo senza specificazione*, per consentire al clinico di specificare o meno le caratteristiche di un disturbo che non corrisponde appieno alla sintomatologia necessaria per entrare nella categoria diagnostica corrispondente.

Assessment dimensionale

All'interno del Manuale viene promossa un approccio dimensionale:

- 1) l'accorpamento di più disturbi in una categoria più ampia, come è ad esempio avvenuto per i "disturbi dello spettro dell'autismo";
- 2) gli specificatori quantitativi di gravità dei sintomi elencati all'interno di alcuni disturbi.
- 3) I paragrafi «sviluppo e decorso» possono darci indicazioni di come le manifestazioni si differenziano nell'arco della vita

Esempio: Da Disturbi pervasivi dello Sviluppo (DSM 4) a Disturbi dello Spettro dell'autismo

- La diagnosi di **disturbi dello spettro autistico** è diventata unica, e tutti i sottotipi che prima erano presenti nel DSM-IV (Sindrome di Asperger, Disturbo disintegrativo dell'infanzia e Disturbo Pervasivo della Sviluppo Non Altrimenti Specificato) sono stati eliminati.
- Rispetto alla diagnosi, ora i domini considerati sono solo due e non tre: «Deficit Socio-Comunicativi» (criterio A) e «Interessi Ristretti e Comportamenti Ripetitivi (RRB)» (criterio B).
- Viene specificato che il disturbo è presente precocemente ma può pienamente manifestarsi in diverse età a seconda delle richieste sociali (criterio C).
- Indicazione del livello di gravità dei sintomi (criterio D) in base al quale è possibile identificare il soggetto come bisognoso di aiuto in modo molto significativo, significativo o modesto (Santocchi e Muratori, 2012).

Implicazioni cliniche 1

- il processo **diagnostico sarà più semplice**, in quanto i clinici non dovranno più spendere troppe risorse (anche in termini di tempo) per individuare i suddetti sottotipi.
- Grazie alla maggiore snellezza del processo diagnostico, i bambini potranno entrare in trattamento in tempi più brevi.

Implicazioni cliniche 2

E' ormai appurato che le strategie e gli obiettivi di trattamento non devono basarsi su un'etichetta diagnostica, quale era quella dei sottotipi, ma devono essere pianificati sulla base del **profilo individuale** e sui punti di forza e di debolezza del bambino.

Le linee-guida del DSM-5 invitano infatti ad utilizzare un approccio diagnostico più descrittivo, indicando le caratteristiche cliniche rilevanti, il livello di gravità dei sintomi e le abilità cognitive e verbali associate.

Implicazioni cliniche 3

Una diagnosi di Asperger, potrebbe essere formulata come una diagnosi di «**Disturbo dello Spettro Autistico** con buone abilità linguistiche e intelligenza elevata, richiedente supporto per la comunicazione sociale e richiedente molto supporto per i suoi comportamenti ristretti e stereotipati» (Vivanti et al., 2013).

DSM 5 e psicopatologia dello sviluppo: implicazioni generali

Il sintomo è sempre meno determinante nel formulare una diagnosi ma ha un valore all'interno dell'associazione con un pattern clinico distintivo.

- «Disturbi d'ansia»,
- «Disturbi Ossessivi Compulsivi e correlati»,
- «Disturbi relativi a Trauma ed elementi di stress»

confermando il fatto che l'ansia non è il sintomo determinante ma fa parte di una configurazione clinica.

DSM 5 e psicopatologia dello sviluppo: implicazioni generali

La gravità e la disabilità derivante da ciascun disturbo diventano sempre più un criterio diagnostico fondamentale, con la conseguenza che il problema non viene riportato all'individuo per sé, ma ai bisogni adattivi che esso rappresenta.

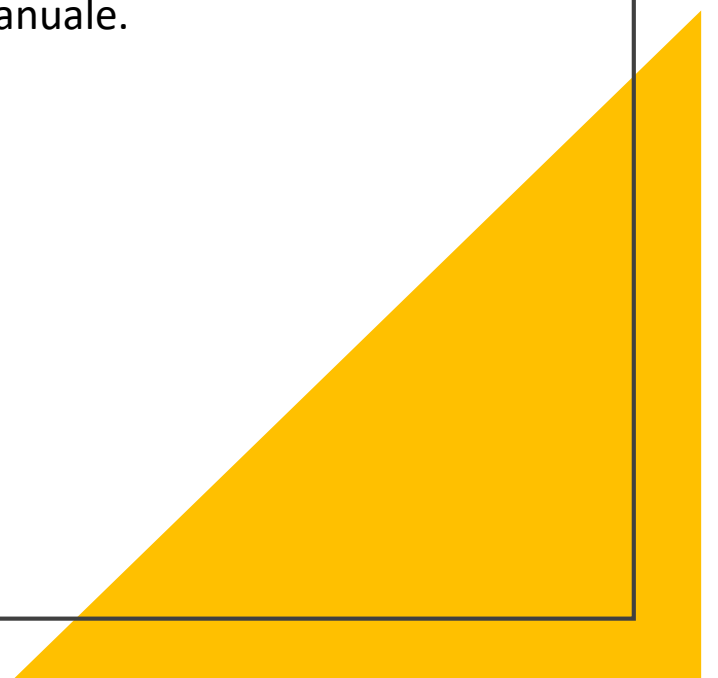
- L'indicazione di un livello di gravità suggerisce che ogni disturbo possa essere presente anche in forma lieve e che non ci sia soluzione di continuità fra tipicità e disturbo.
- Minor medicalizzazione per patologie con basso impatto disfunzionale

DSM 5 e psicopatologia dello sviluppo: implicazioni generali

Alcune condizioni cliniche, che per essere riconosciute formalmente come disturbi necessitano di una conferma scientifica, sono state raccolte nella sezione III del manuale.

- Disturbo del comportamento suicidario;
- Autolesionismo non suicidario;
- Disturbo da gioco su internet.

Ci indicano maggiore attenzione ai comportamenti autolesivi



DSM 5 e psicopatologia dello sviluppo: implicazioni specifiche

- **Il concetto di specificità:** È noto che una delle preoccupazioni del DSM-5 è stata quella di interrompere il processo di inflazione delle categorie diagnostiche che, dalle prime edizioni del DSM fino all'ultima, aveva visto raddoppiarsi il numero di disturbi.
- Visione dello sviluppo più plastica, soprattutto per l'ambito evolutivo, le singole componenti della mente risultano solo in parte dissociate.

DSM 5 e psicopatologia dello sviluppo: implicazioni specifiche

La comorbidità: «sebbene il DSM-5 rimanga una classificazione categoriale di disturbi distinti, siamo consapevoli che i disturbi mentali non sempre rientrano completamente all'interno dei confini di un singolo disturbo. Alcuni domini sintomatologici, come l'ansia e la depressione, coinvolgono molteplici categorie diagnostiche e possono riflettere una vulnerabilità di base per un più ampio gruppo di disturbi. Nel riconoscere questa realtà, i disturbi inclusi nel DSM-5 sono stati riordinati all'interno di una struttura organizzativa concepita per stimolare nuove prospettive cliniche» (Autismo e ADHD)

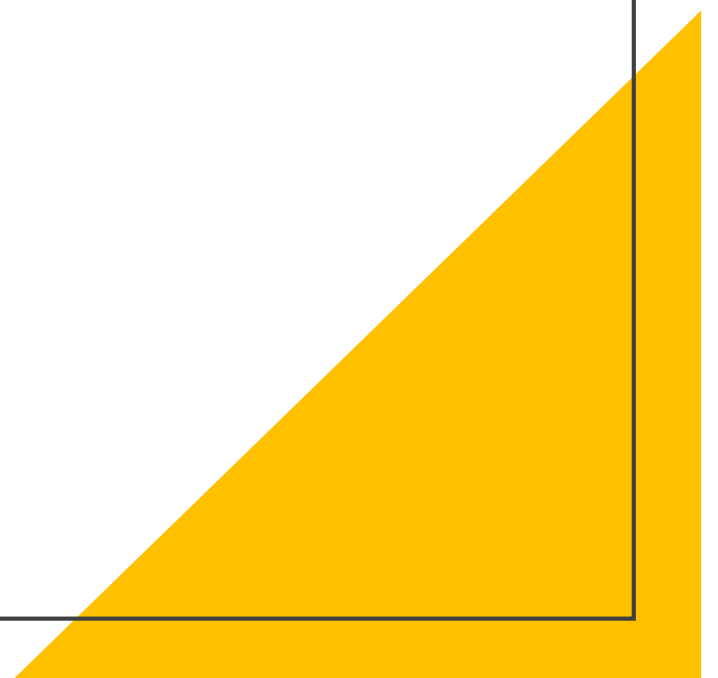
DSM 5 e psicopatologia dello sviluppo: implicazioni specifiche

Gravità: viene maggiormente riconosciuto che un disturbo possa presentare vari livelli di gravità (autismo, ritardo mentale) con il velato suggerimento che ogni disturbo possa essere presente anche in forma lieve e non ci sia soluzione di continuità tra tipicità e disturbo (approccio dimensionale vs categoriale)



DSM 5 e psicopatologia dello sviluppo: implicazioni specifiche

Rischio di sovradiagnosi: l'inclusione di casi anche lievi all'interno della stessa categoria diagnostica (si pensi all'autismo) rischia di aumentare i casi diagnosticati



DSM 5 e psicopatologia dello sviluppo: implicazioni specifiche

Continuità fra psicopatologia dello sviluppo e dell'adulto con riferimento al fatto che un disturbo presente nello sviluppo non può non lasciare traccia nell'adulto.

In ogni capitolo si affrontano diversi disordini dello sviluppo sottolineandone le caratteristiche evolutive e le condizioni evidenti nell'infanzia

«La modifica dell'organizzazione dei capitoli riflette meglio l'approccio basato sull'arco di vita, con disturbi maggiormente diagnosticati nelle prime fasi della vita (neurosviluppo) presenti all'inizio del manuale e i disturbi della fase più avanzata dell'età (es. disturbi neurocognitivi) alla fine del manuale

Disturbi del neurosviluppo

Questo capitolo racchiude le seguenti macrocategorie diagnostiche:

Disabilità intellettive,

Disturbi della comunicazione,

Disturbi dello spettro dell'autismo,

Disturbo da deficit di attenzione/iperattività,

Disturbo specifico dell'apprendimento,

Disturbi del movimento,

Altri Disturbi del neurosviluppo.

Il termine *Ritardo mentale* utilizzato nel DSM-IV-TR è stato sostituito da *Disabilità intellettiva*, più comunemente in uso fra pubblico, associazioni e professionisti.

PTSD – DSM 5

I criteri del **DSM-5** per il disturbo da stress post-traumatico sono:

A. Essere esposti ad un **evento traumatico** che ha messo in pericolo la propria vita, oppure un grave infortunio o un abuso sessuale in uno dei seguenti modi:

- Avere fatto una esperienza **traumatica** diretta
- Avere assistito ad una esperienza **traumatica** di qualcun altro
- Essere venuto a conoscenza di un evento **traumatico** accaduto ad un familiare o ad un amico
- Essere esposti più volte o in modo estremo a dettagli sgradevoli di un evento **traumatico** (questo criterio non si applica ad eventi o dettagli conosciuti attraverso televisioni, giornali o altro media)

PTSD – DSM 5

B. La presenza di uno o più tra i seguenti **sintomi intrusivi**:

- Ricorrenti, involontarie ed intrusive memorie disturbanti dell'evento **traumatico (osservati nel gioco dei bambini)**
- Ricorrenti incubi in cui il contenuto è legato al **trauma (nei bambini sogni spaventosi senza contenuto riconoscibile)**
- Reazioni dissociative (come i flashback) che portano il soggetto a sentire e comportarsi come se stessero rivivendo il **trauma (osservati nel gioco dei bambini)**
- Stati intensi e prolungati di disagio psicologico che si attivano da stimoli interni o esterni (ad esempio sentendo un particolare odore) che sono collegate al **trauma**
- Reazioni fisiologiche marcate che si attivano da stimoli interni o esterni collegati al **trauma (osservati nel gioco dei bambini)**

PTSD – DSM 5

C. Evitamento costante di stimoli associati agli **eventi traumatici**. Tale evitamento deve essere iniziato a seguito dell'evento **traumatico** e può essere di due tipo:

- Evitamento o sforzi per evitare ricordi, pensieri o sensazioni collegate all'evento **traumatico**.
- Evitamento o sforzi per evitare persone, luoghi, conversazioni, attività, oggetti e situazioni che ricordano l'evento **traumatico** e che scatenano pensieri, ricordi e sensazioni sgradevoli.

PTSD

D. Alterazioni nel pensiero o nell'umore che iniziano o peggiorano a seguito dell'evento **traumatico**. Per soddisfare il criterio sono necessari almeno due sintomi tra questi indicati:

- Incapacità a ricordare un aspetto importante del **trauma**.
- Pensieri e credenze esageratamente negative e persistenti che riguardano se stessi, gli altri e il mondo.
- Persistenti cognizioni distorte sulle cause e le conseguenze dell'evento **traumatico** che portano l'individuo ad incolparsi dell'accaduto.
- Uno stato emotivo negativo persistente (ad es. costante sensazione di colpa, vergogna, ansia, terrore)
- Marcata diminuzione di interessi e partecipazione alle attività quotidiane
- Sensazione di distacco o straniamento dagli altri.
- Persistente incapacità a sentire emozioni positive

PTSD

E. Marcate alterazioni nell'arousal e nella reattività associati all'evento **traumatico** che iniziano o peggiorano dopo l'evento traumatico. Sono necessari almeno due dei seguenti sintomi:

- Umore irritabile e scatti di rabbia espressi con aggressioni verbali o fisiche verso oggetti o persone
- Comportamenti spericolati o auto-distruttivi
- Ipervigilanza
- Reazioni di trasalimento esagerate
- Problemi di concentrazione
- Disturbi del sonno
- Il disturbo post-traumatico da stress può essere diagnosticato ad un mese dall'evento. Inoltre il disturbo deve causare un significativo disagio o disabilità in ambito sociale, lavorativo in altre importanti aree del funzionamento.

PTSD

La diagnosi di **disturbo da stress post-traumatico** può essere meglio specificata se sono presenti **depersonalizzazione** e **derealizzazione**.

La **depersonalizzazione** è la costante sensazione di non essere in contatto con se stessi, come se ci si guardasse da fuori (ad esempio avere un alterato senso del sé o del proprio corpo).

La **derealizzazione** invece è la sensazione di irrealtà del mondo circostante, come se ciò che viene percepito fosse irreali, distante o distorto.

Classificazione diagnostica 0-5



Classificazione diagnostica

1977 si costituisce il Centro Nazionale Statunitense per i Programmi di Clinica Infantile, che si chiamerà successivamente “ZERO TO THREE”

1987 si costituisce l'Unità Operativa formata da clinici e ricercatori, nel campo della salute mentale del bambino piccolo, di diverse professionalità e provenienza (Stati Uniti Canada e Europa)



Classificazione diagnostica 0-5

Categorizza i pattern emotivi e comportamentali che rappresentano le deviazioni più significative dello sviluppo “normale” nei primi anni di vita.

Le categorie diagnostiche sono di tipo descrittivo, cioè registrano pattern di sintomi e di comportamenti presenti nel bambino.

Alcune categorie implicano la presenza di potenziali fattori etiologici (es. il disturbo post-traumatico da stress), altre la presenza di processi disfunzionali (es. il disturbo della regolazione)

Classificazione diagnostica 0-5

La classificazione è basata sulla discussione di dati relativi a casi clinici e sull'accordo tra esperti in materia.

Essa costituisce una prima guida nella formulazione delle diagnosi e nella pianificazione degli interventi, oltre a rappresentare un quadro di riferimento per le comunicazioni scientifiche (linguaggio comune) e per la progettazione di future ricerche.



Classificazione diagnostica 0-5

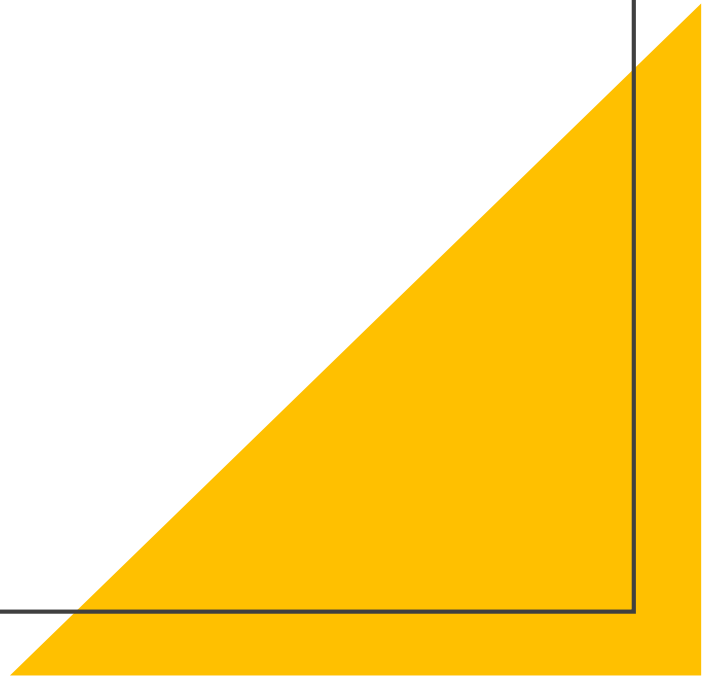
Raccoglie tutte le scoperte del processo diagnostico in un mosaico ideale

- Comprende l'esame dei problemi del bambino in termini di vulnerabilità organica,
- storia di sviluppo,
- dinamiche familiari o di problemi relazionali

rappresenta un tentativo di riconoscere e di descrivere i sintomi dei disturbi mentali, di ricostruirne la loro evoluzione, di spiegarne i molteplici aspetti cognitivi e affettivi della specifica situazione del singolo individuo

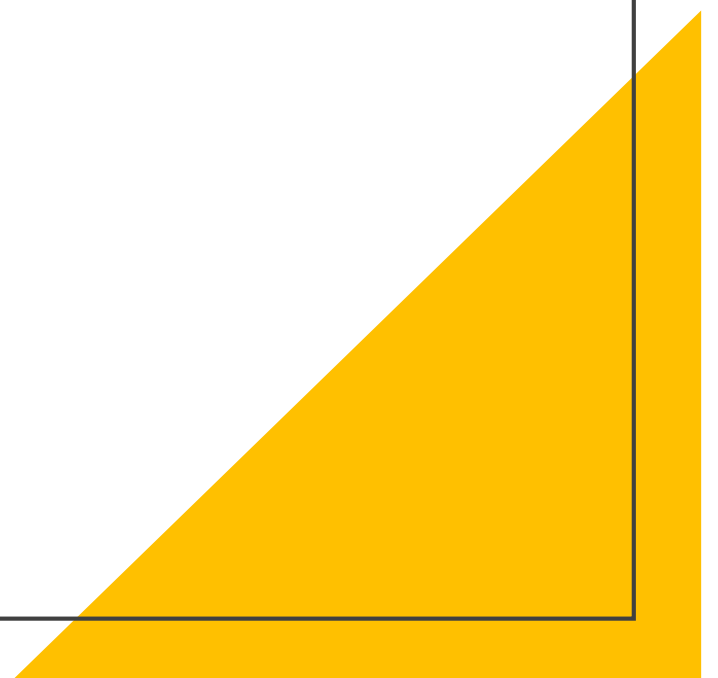
Classificazione diagnostica 0-5

- Asse I Diagnosi Primaria
- Asse II Classificazione della relazione
- Asse III Disturbi e condizioni fisiche
- Asse IV agenti psicosociali di stress
- Asse V livello di funzionamento emotivo



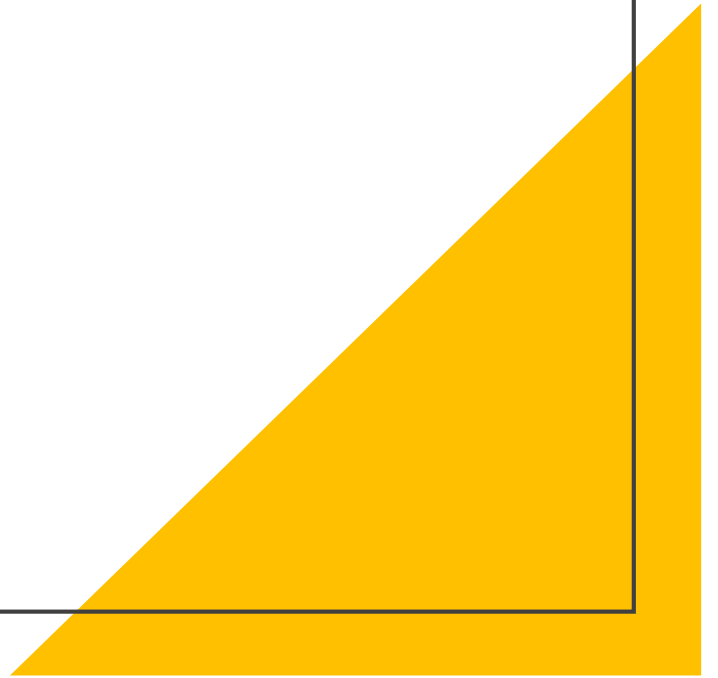
Asse I: Diagnosi primaria

- Disturbi del neurosviluppo
 - Disturbi dello spettro dell'autismo
 - Disturbo dello Spettro dell'autismo Atipico Precoce
 - Disturbo da deficit di Attenzione/Iperattività
 - Disturbo da ipertattività del Toddlerhood
 - Ritardo Globale di Sviluppo
 - Disturbo dello Sviluppo del linguaggio
 - Disturbo dello sviluppo della coordinazione
 - Altro



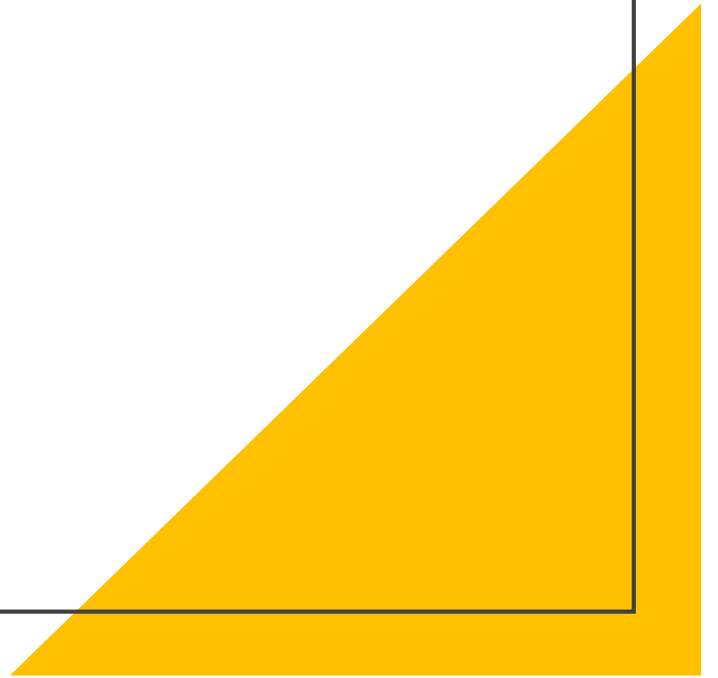
Asse I: Diagnosi primaria

- Disturbi del processamento sensoriale
 - Disturbo da Iper-responsività sensoriale
 - Disturbo da Ipo- responsività sensoriale
 - Altro disturbo della processazione sensoriale



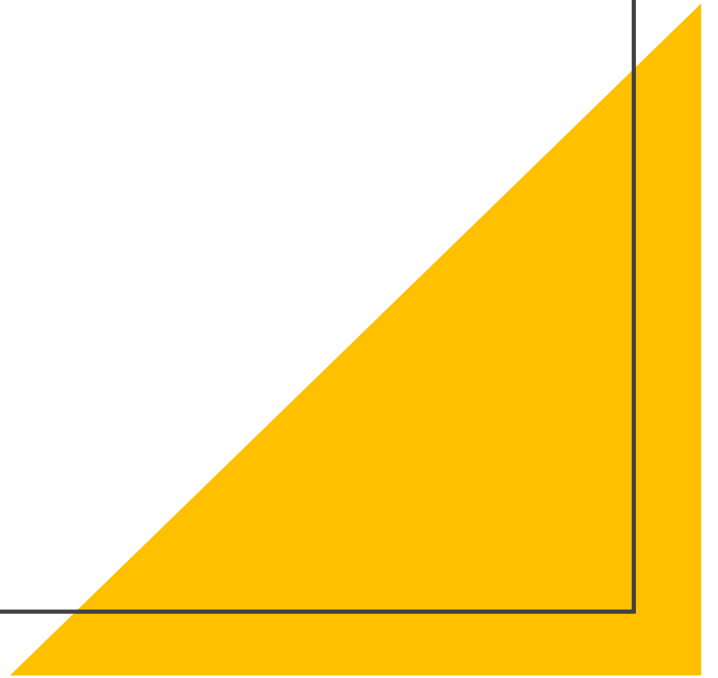
Disturbi d'ansia

- Disturbi d'ansia da separazione
- Disturbo d'ansia sociale
- Disturbo d'ansia generalizzato
- Mutismo selettivo
- Disturbo d'inibizione per le novità
- Altro disturbo d'ansia nell'infanzia



Disturbo ossessivo compulsivo e disturbi collegati

- Disturbo ossessivo compulsivo
- Sindrome di Tourette
- Disturbo da Tic motori e Vocali
- Tricotrillomania
- Disturbo da grattamento di pelle nell'infanzia
- Altro disturbo ossessivo compulsivo e disturbi collegati



Disturbi del sonno, dell'alimentazione e del pianto

Disturbi del sonno

- Disturbo dell'addormentamento
- Disturbo da risveglio notturno
- Disturbo del sonno da Arousal Parziale
- Disturbi da incubi notturni

Disturbo dell'alimentazione

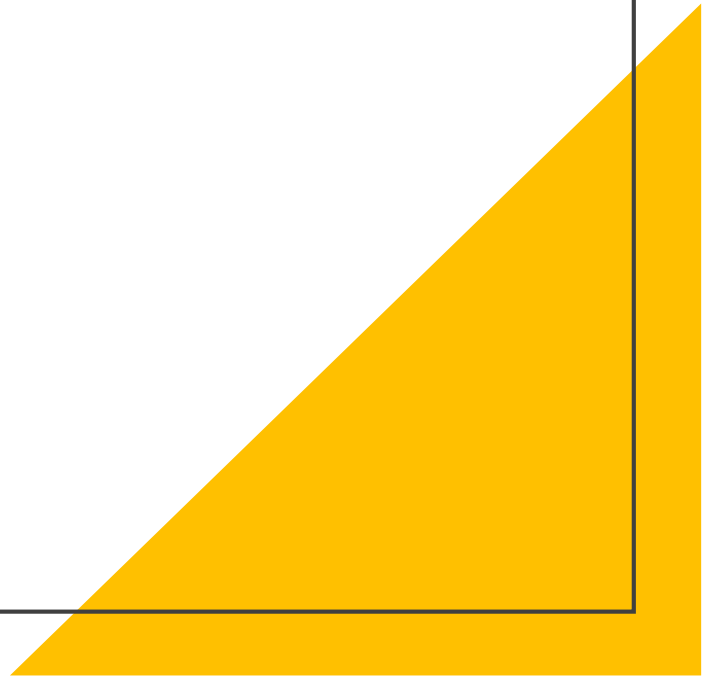
- Disturbo da iper alimentazione
- Disturbo da ipo alimentazione
- Disturbo dell'alimentazione atipico

Disturbi del pianto nell'infanzia

- Disturbo da pianto eccessivo

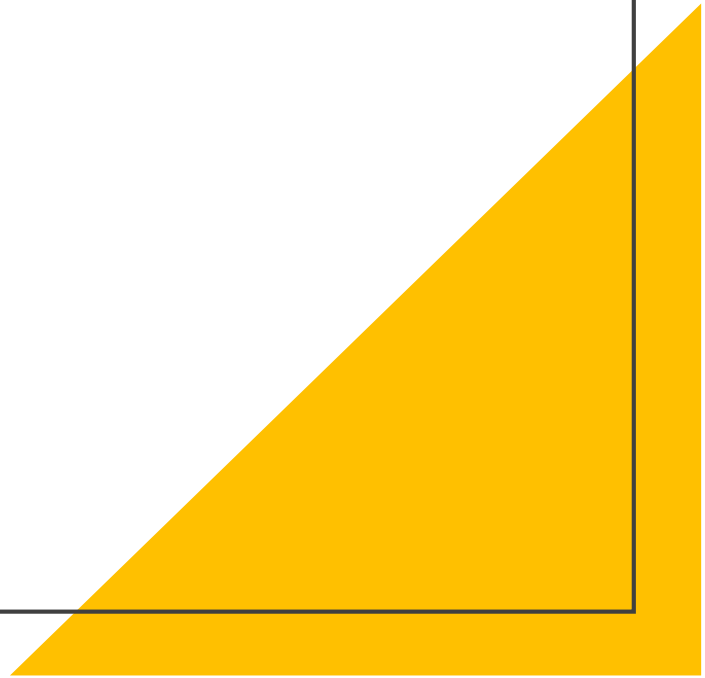
Disturbi da trauma, stress e deprivazione

- Disturbo da stress post traumatico
- Disturbi dell'adattamento
- Disturbo da lutto complicato dell'infanzia
- Disturbo reattivo dell'attaccamento
- Disturbo da comportamento sociale disinibito



Asse II: Classificazione della relazione

- Relazioni ben adattate e sufficientemente buone;
- Relazioni da tese ad ansiose;
- Relazioni da compromesse a disturbate;
- Relazioni disorganizzate e pericolose.



Asse II: Classificazione della relazione

- **RELAZIONE ANSIOSA-TESA** Il genitore ha una sensibilità estremamente alta ai segnali del bambino, è spesso iperprotettivo, tocca il b. in modo goffo e teso, c'è scarsa sincronia tra genitore e bambino, ha umore ansioso e sbaglia ad interpretare il comportamento e lo stato emotivo del b. rispondendo in modo inadeguato. Sia il genitore, sia il b. sono iper-reattivi l'uno nei confronti dell'altro. Il b. può essere molto accondiscendente o ansioso nei confronti del genitore.
- **RELAZIONE ARRABBIATA/OSTILE** Il genitore può essere insensibile al b., può toccarlo in modo brusco, può schernirlo o prenderlo in giro. La relazione trasmette al clinico un senso di rabbia e di ostilità. Il genitore può percepire la dipendenza del figlio come una richiesta eccessiva e irritarsi per i bisogni espressi dal bambino. Il b. può essere pauroso o aggressivo o avere comportamenti di evitamento verso il genitore; può avere preferenza per i comportamenti concreti piuttosto che per quelli che sviluppano la fantasia.

Asse III: Disturbi e Condizioni Fisiche e Mentali associati

E' possibile includere in questo asse le diagnosi effettuate utilizzando altri sistemi classificativi quali il DSM IV o l'ICD 10 o altre classificazioni specifiche utilizzate da Logopedisti/e, Fisioterapisti/e o Psicomotricisti/e o insegnanti di sostegno o altro personale sanitario. Lo scopo è quello di annotare ogni caratteristica si utile a disegnare il quadro complessivo del mondo vitale e relazionale del bambino.

Asse IV: Agenti psicosociali di stress

L'impatto dell'evento traumatico dipende da 3 fattori:

La severità dello stress (intensità e durata, l'esordio improvviso, la frequenza e l'imprevedibilità della ricorrenza)

Il livello di sviluppo del b. (età cronologica, storia socio emozionale, vulnerabilità biologica allo stress, la resistenza dell'io)

La disponibilità e la capacità dell'adulto nel dare protezione e nell'aiutare il b. a fronteggiare il fattore stressante

Asse V: Livello di sviluppo e funzionamento emotivo

- Si utilizzano 2 parametri:
- 1) valutazione della qualità di gioco del bambino e della sua relazione con ciascuna delle persone che hanno un ruolo significativo nella sua vita (caregiver) e poi con l'esaminatore.
- 2) valutazione del livello di funzionamento globale del bambino. Per fare tale valutazione si deve utilizzare l'osservazione diretta del bambino e della sua relazione con gli adulti, ma si devono anche raccogliere informazioni sul suo funzionamento a casa e in contesti differenti.

PTSD confronto DSM – CD 05: criterio A

A. I criteri del **DSM-5** per il disturbo da stress post-traumatico sono:

A. Essere **esposti ad un evento traumatico** che ha messo in pericolo la propria vita, oppure un grave infortunio o un abuso sessuale in uno dei seguenti modi:

- Avere fatto una esperienza **traumatica** diretta
- Avere assistito ad una esperienza **traumatica** di qualcun altro (in particolare i caregiver primari)
- Essere venuto a conoscenza di un evento **traumatico** accaduto ad un familiare o ad un amico

A. I criteri del **CD-05** per il disturbo da stress post-traumatico sono:

A. Essere **esposti ad una grave minaccia di lesioni, incidenti, malattie, traumi medici, perdite significative, disastri**, violenze, abusi fisici o sessuali in uno o più dei seguenti modi:

- Avere fatto una esperienza **traumatica** diretta
- Avere assistito ad una esperienza **traumatica** di qualcun altro
- Essere venuto a conoscenza di un evento **traumatico** accaduto ad una persona significativa nella sua vita

PTSD: criterio B

B. La presenza di uno o più tra i seguenti **sintomi intrusivi**:

- Ricorrenti, involontarie ed intrusive memorie disturbanti dell'evento traumatico (osservati nel gioco dei bambini)
- Ricorrenti incubi in cui il contenuto è legato al trauma (nei bambini sogni spaventosi senza contenuto riconoscibile)
- Reazioni dissociative (come i flashback) che portano il soggetto a sentire e comportarsi come se stessero rivivendo il trauma
- Stati intensi e prolungati di disagio psicologico che si attivano da stimoli interni o esterni (ad esempio sentendo un particolare odore) che sono collegate al trauma
- Reazioni fisiologiche marcate che si attivano da stimoli interni o esterni collegati al trauma (osservati nel gioco dei bambini)

B. Il bambino mostra in modo evidente di **rivivere l'evento traumatico** attraverso uno dei seguenti sintomi:

- Gioco o comportamento che rimette in scena alcuni aspetti del trauma
- Preoccupazione inerenti l'evento traumatico espresse da ripetute affermazioni o domande riguardo alcuni aspetti dell'evento. Il disagio non è necessariamente evidente
- Incubi ripetuti, il cui contenuto può essere o non essere collegato all'evento traumatico
- Significativo disagio al ricordo dell'evento traumatico
- Marcate reazioni fisiologiche (sudorazione, cambio di colorito ecc.) al ricordo dell'evento
- Episodi in cui il bambino, dopo l'evento, si blocca, si ferma o si fissa e non è responsivo agli stimoli ambientali per diversi secondi o minuti al ricordo dell'evento traumatico

PTSD: Criterio C

C. Evitamento costante di stimoli associati agli eventi traumatici. Tale evitamento deve essere iniziato a seguito dell'evento traumatico e può essere di due tipi:

Persistente evitamento degli stimoli:

- Evitamento o sforzi per evitare ricordi, pensieri o sensazioni collegate all'evento traumatico.
- Evitamento o sforzi per evitare persone, luoghi, conversazioni, attività, oggetti e situazioni che ricordano l'evento traumatico e che scatenano pensieri, ricordi e sensazioni sgradevoli.

Alterazioni cognitive della cognitività:

- Sostanziale aumento degli stati emotivi negativi
- Marcata diminuzione di interesse o partecipazione ad attività significative, inclusa la limitazione nel gioco
- Comportamento socialmente ritirato
- Persistente riduzione dell'espressione di emozioni positive

C. Il bambino cerca ripetutamente di evitare gli stimoli associati al trauma attraverso tentativi di evitare persone, luoghi, attività, conversazioni o situazioni interpersonali che gli ricordino il trauma

PTSD: criterio D

D. Alterazioni nel pensiero o nell'umore che iniziano o peggiorano a seguito dell'evento **traumatico**. Per soddisfare il criterio sono necessari almeno due sintomi tra questi indicati:

- Comportamento irritabile ed esplosioni di rabbia
- Ipervigilanza
- Esagerata risposta di allarme
- Problemi di concentrazione
- Difficoltà relative al sonno

D. Il bambino sperimenta una diminuzione della responsività emozionale positiva che compare o si intensifica dopo il trauma e si manifesta attraverso uno dei seguenti sintomi:

- Aumento del ritiro sociale
- Ridotta espressività delle emozioni positive
- Importante diminuzione dell'interesse o della partecipazione ad attività come il gioco o le interazioni sociali
- Aumento della paura o della tristezza

PTSD: Criterio E

E. Marcate alterazioni nell'arousal e nella reattività associati all'evento **traumatico** che iniziano o peggiorano dopo l'evento traumatico. Sono necessari almeno due dei seguenti sintomi:

- Umore irritabile e scatti di rabbia espressi con aggressioni verbali o fisiche verso oggetti o persone
- Comportamenti spericolati o auto-distruttivi
- Ipervigilanza
- Reazioni di trasalimento esagerate
- Problemi di concentrazione
- Disturbi del sonno
- Il disturbo post-traumatico da stress può essere diagnosticato ad un mese dall'evento. Inoltre il disturbo deve causare un significativo disagio o disabilità in ambito sociale, lavorativo in altre importanti aree del funzionamento.

E. I sintomi del disturbo, o l'adattamento dei caregiver ai sintomi, compromettono significativamente il funzionamento del bambino e della famiglia in uno o più dei seguenti modi:

- Causano disagio al bambino
- Interferiscono con le relazioni del bambino
- Limitano la partecipazione della famiglia alle attività o alle routine quotidiane
- Limitano la capacità del bambino di imparare o sviluppare nuove abilità o interferiscono con i processi di sviluppo