

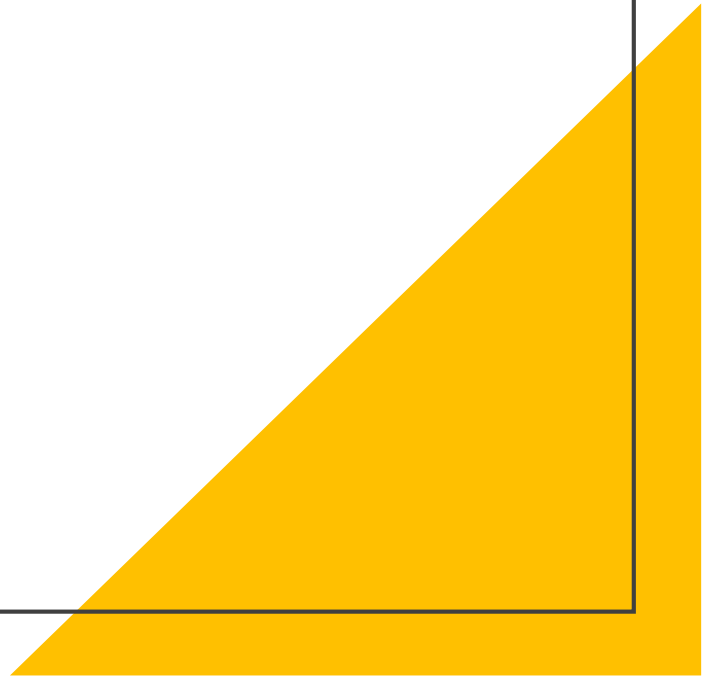
La valutazione in psicologia dello sviluppo



La valutazione in psicologia dello sviluppo

Colloquio Clinico: istruzioni per l'uso.

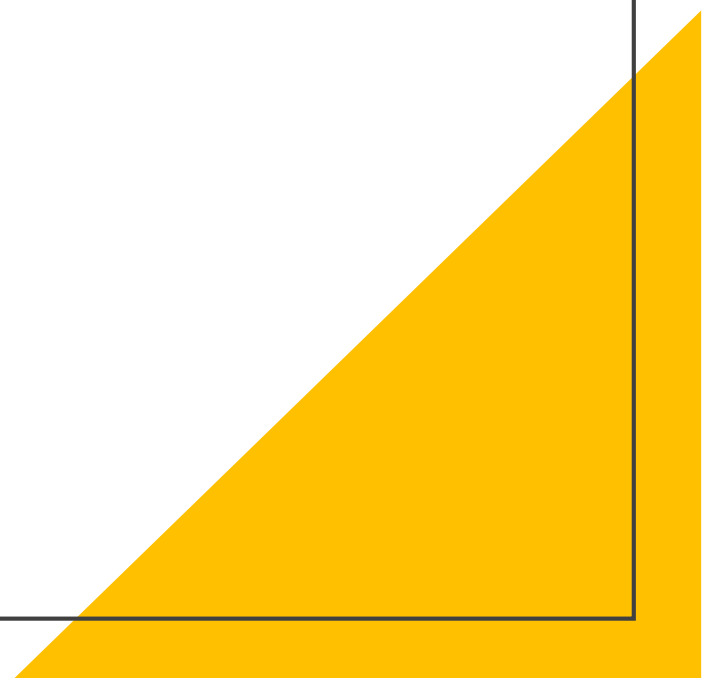
<https://www.youtube.com/watch?v=651jOKyn9eQ>



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



A photograph showing three people in a professional setting. On the left, a man with glasses and a blue shirt is resting his chin on his hand, looking thoughtful. In the center, a woman with blonde hair in a yellow top is looking down at a clipboard. On the right, a woman with glasses in a white top is holding a pen and pointing at the clipboard. The background is a bright, out-of-focus office environment.

Il colloquio di valutazione

Il 1 appuntamento

Il colloquio senza bambino non è necessario ma

- Deve essere fatto quando i genitori 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

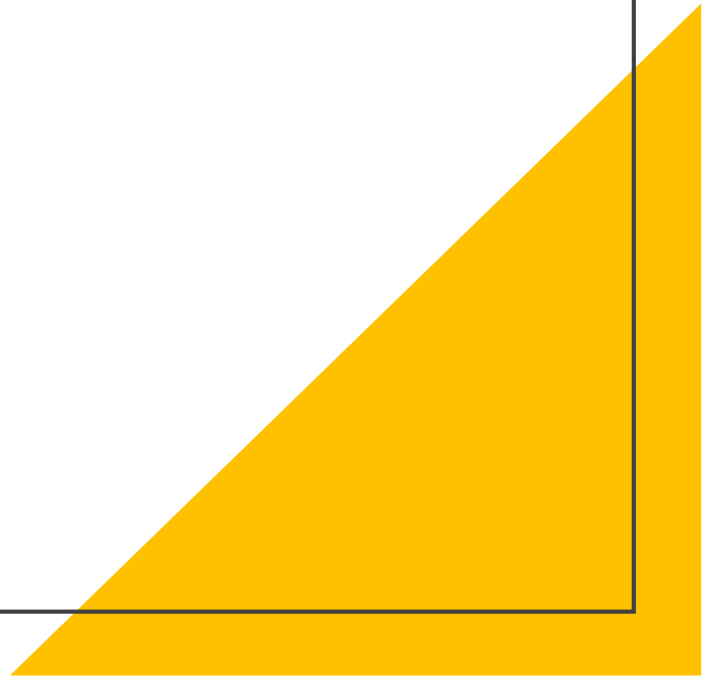
- L'operatore deve essere attento ai diversi livelli della comunicazione
 1. Livello non verbale: suddivisione delle persone nello spazio, verso chi va il bambino, chi parla, gesti e mimica dei partecipanti
 2. Livello verbale: qualità formale e modalità di articolare il discorso

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 intervento d'urgenza!
- E' uno spazio in cui pensare

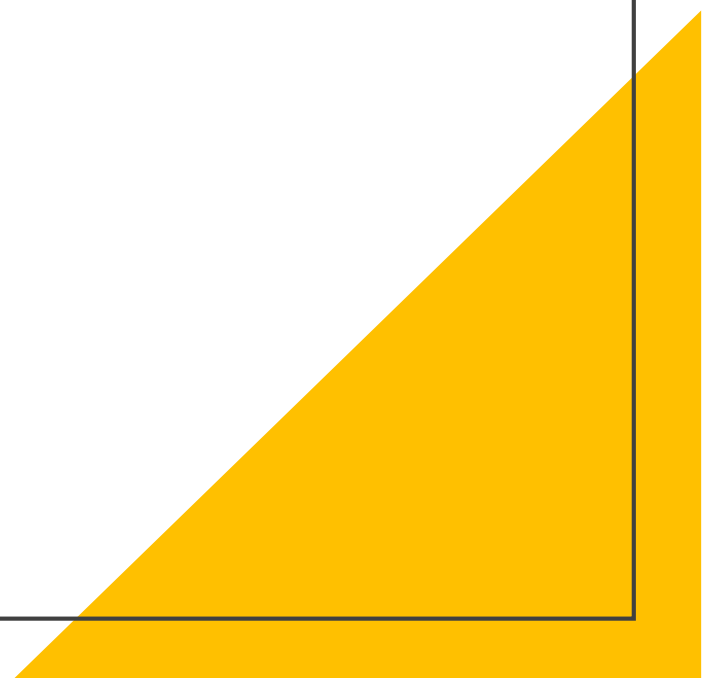


Ipotesi diagnostiche: l'Anamnesi

- 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 di genere)

Test e osservazione clinica

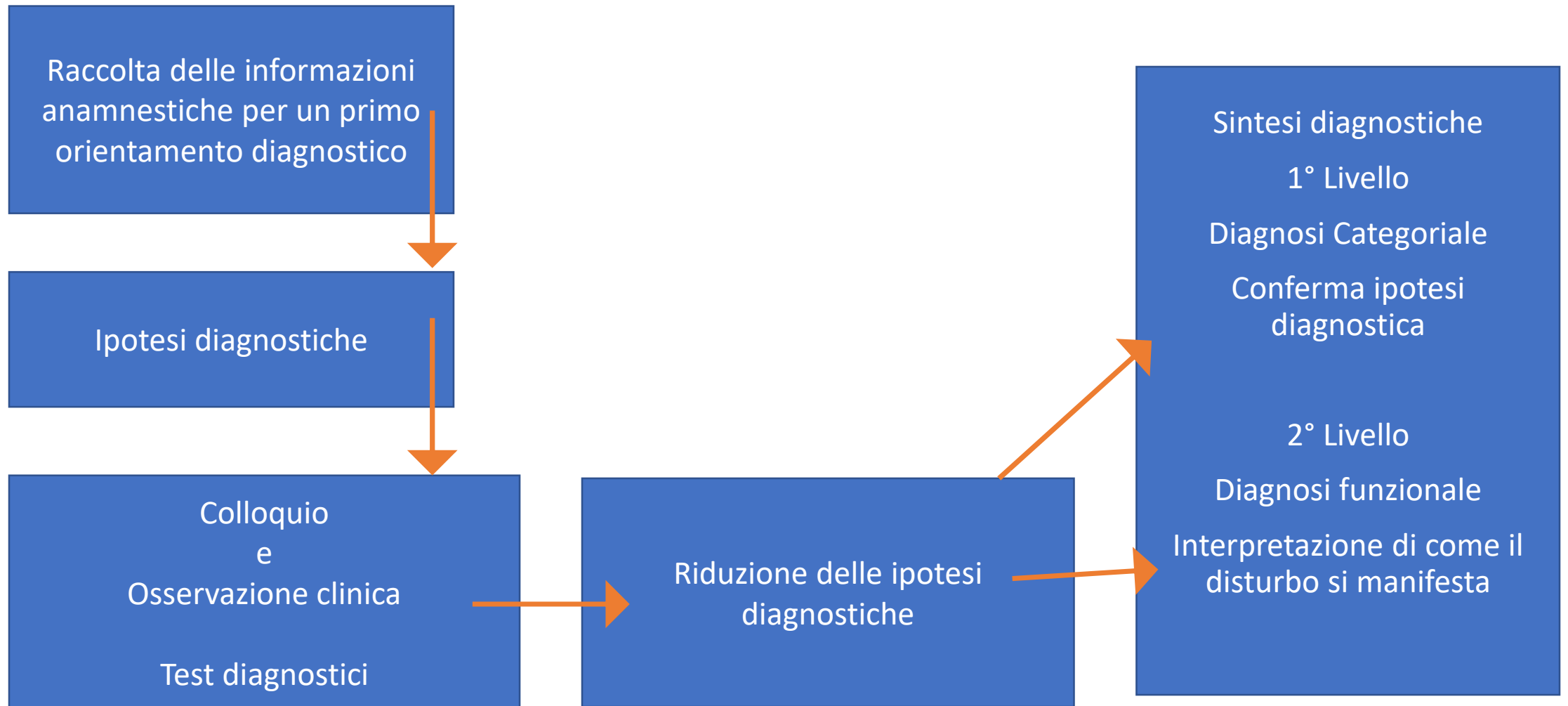
- Osservazione clinica
- Test misurazione oggettiva di alcune ipotesi



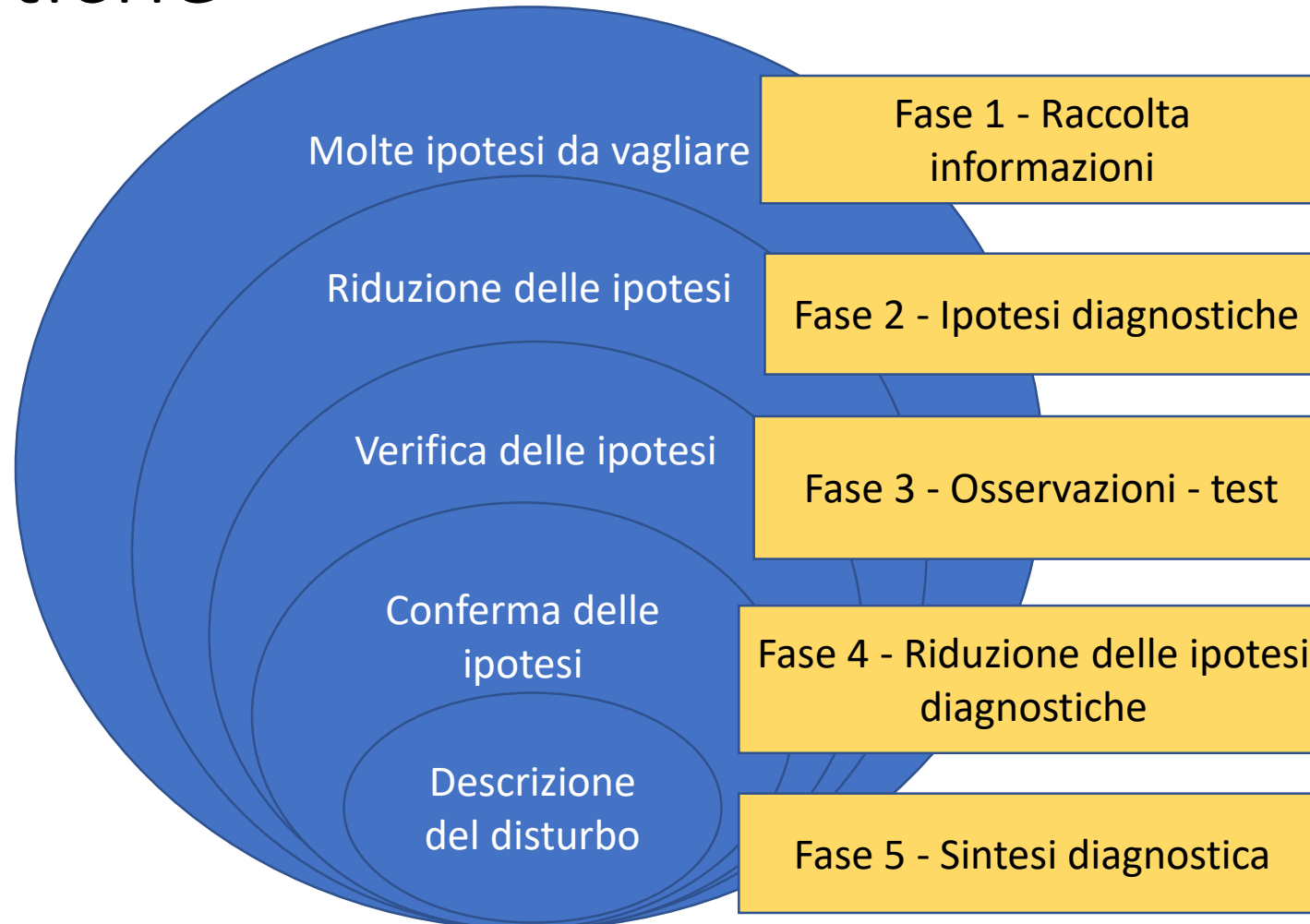
Obiettivi generali dell'attività di valutazione

- 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

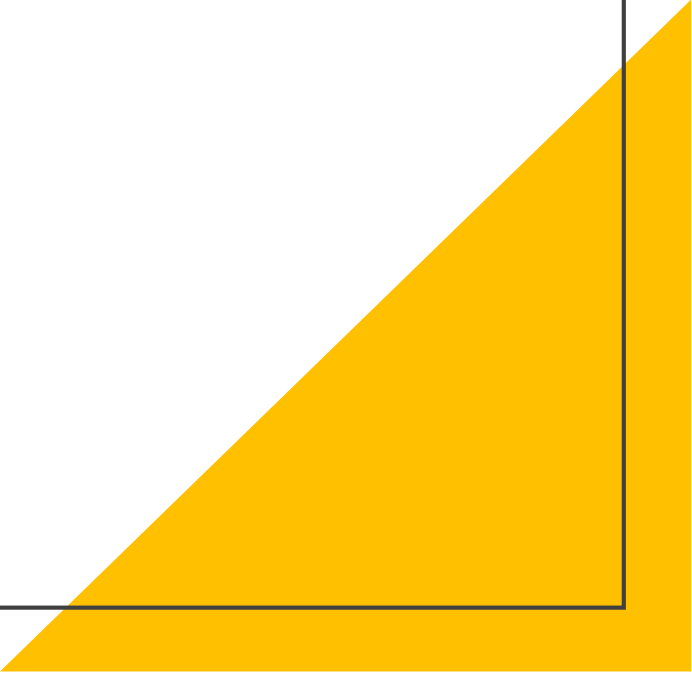
- Diagnosi di 1 livello (nosografica)
- Diagnosi di 2 livello (funzionamento adattivo)
- Restituzione riguardante aspetti qualitativi delle prestazioni, aree deficitarie, livello di funzionamento adattivo



Classificazione dei disturbi

- D.S.M. *TR* (2023) Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders espressione dell'American Psychiatric Association -
I.C.D. 11 (2022) International Classification of Diseases
espressione dell'Organizzazione Mondiale della sanità
- D.C. 0-5 (2018) Diagnostica Classification 0-5
- PDM-2 (2022) Manuale diagnostico Psicodinamico

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
 - 1994 ICD 10
 - 1994 DSM IV e CD 0-3
 - 2005 CD 0-3R
 - 2013 DSM V
 - 2018 ICD 11
 - 2022 DSM V-tr
- 

Dal DSM IV al DSM 5

Rielaborazioni formali:

1. Nuova struttura del manuale
2. Abolizione del Sistema multiassiale
3. Assessment dimensionale
4. Il sintomo e il suo valore clinico

1. 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 5 è abolita la divisione tra disturbi dell'infanzia e dell'età adulta;
- I paragrafi «**sviluppo e decorso**» possono darci indicazioni di come le manifestazioni si differenziano nell'arco della vita

2. Abolizione 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”

2. Sistema multiassiale

dei precedenti DSM

- 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

3. Assessment dimensionale

Per molte diagnosi la valutazione viene completata con la richiesta di indicare la gravità (specificatori quantitativi).

- *Lieve*
- *Moderato*
- *Grave*

Assessment dimensionale: implicazioni

- Questo consente una minor medicalizzazione di quadri sfumati a basso impatto disfunzionale
- Il disturbo non viene rimandato all'individuo in sé ma ai bisogni adattativi che esso richiede
- l'accorpamento di più disturbi in una categoria più ampia, come è ad esempio avvenuto per i "disturbi dello spettro dell'autismo" diminuisce i tempi di definizione;

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 (es. *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).

DSM-5: Severità del disturbo

Severità	Comunicazione sociale	Comportamenti ripetitivi e ristretti
Livello 1 – richiesta di supporto	Difficoltà ad iniziare interazioni sociali. Ridotto interesse per le interazioni sociali	Scarsa flessibilità nei comportamenti che causa interferenze significative in uno o più contesti. Difficoltà ad intraprendere attività nuove. Problemi di pianificazione e organizzazione.
Livello 2 – richiesta di supporto consistente	Marcati deficit nella comunicazione verbale e non-verbale. Difficoltà di interazione con gli altri anche con supporto.	Resistenza al cambiamento, comportamenti ripetitivi e ristretti che appaiono di frequente ed interferiscono nel funzionamento dell'individuo in più contesti. Disagio al cambiamento.

DSM-5: Severità del disturbo

Severità	Comunicazione sociale	Comportamenti ripetitivi e ristretti
Livello 3 – richiesta di supporto molto consistente	Deficit severi nella comunicazione verbale e non-verbale che causano difficoltà nel funzionamento dell'individuo. Risposte minime alle interazioni sociali.	Estrema resistenza al cambiamento, comportamenti ripetitivi e ristretti che interferiscono nel funzionamento dell'individuo in tutti i contesti. Forte disagio al cambiamento

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

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).

Implicazioni cliniche 3

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.

4. Il sintomo e il suo valore clinico

- 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.

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»

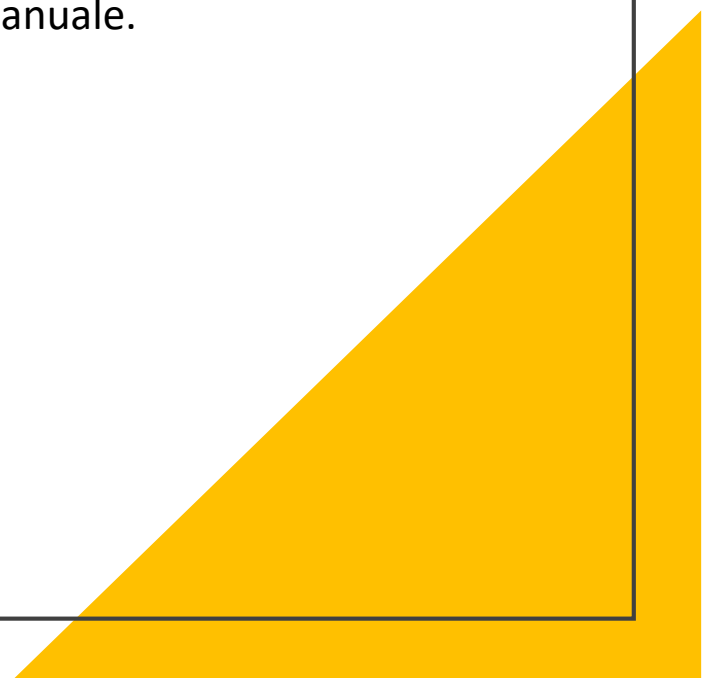
confermando il fatto che l'ansia non è il sintomo determinante ma fa parte di una configurazione clinica.

DSM 5 e psicopatologia dello sviluppo: implicazioni generali

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.

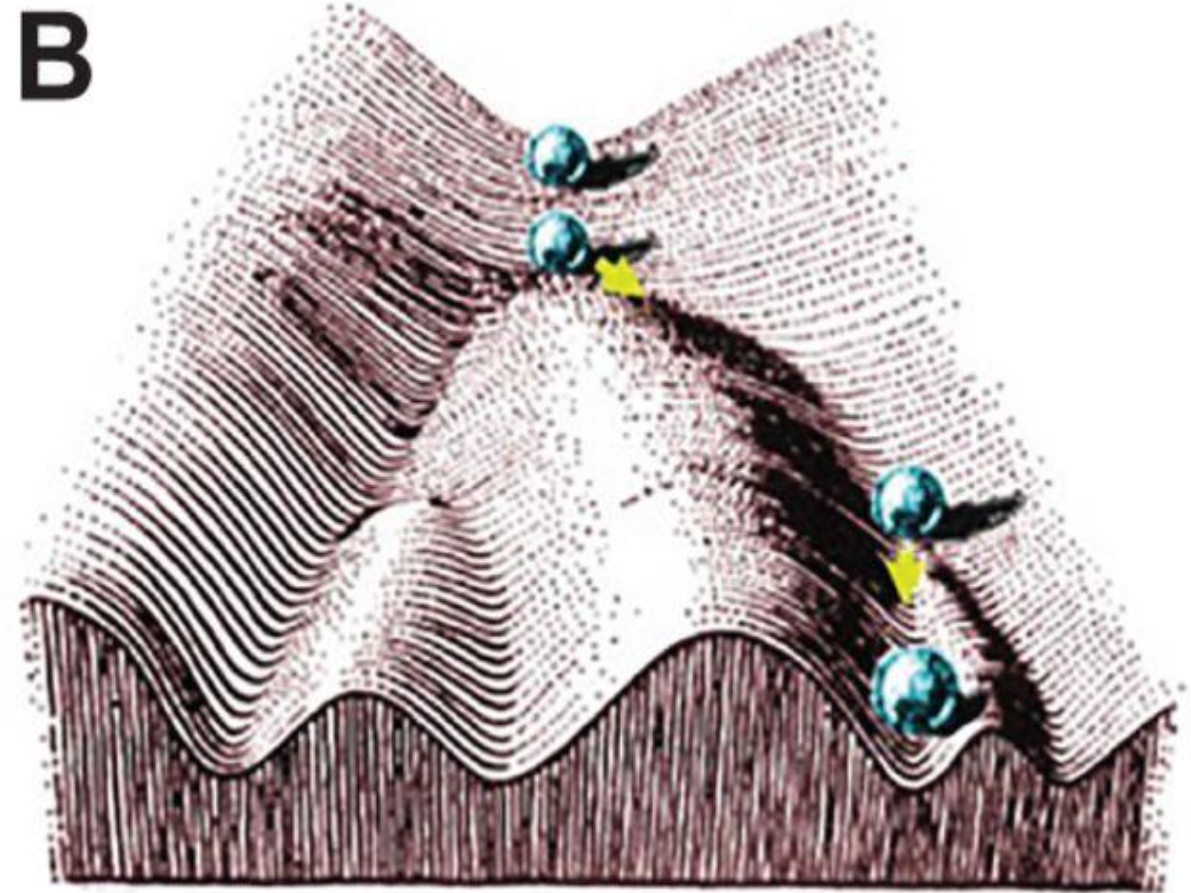
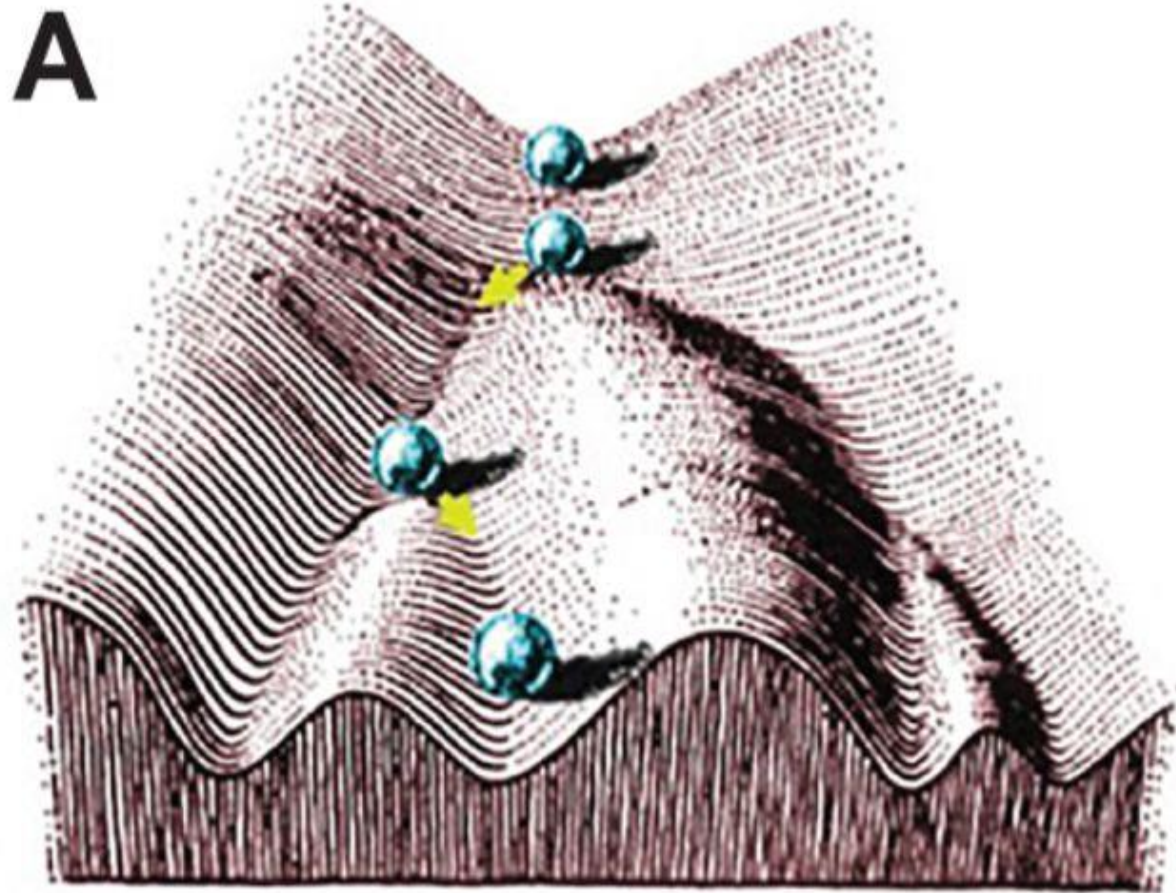
Ci indicano maggiore attenzione ai comportamenti autolesivi



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 (visione modulare di Fodor).

La prospettiva neurocostruttivista: Annette Karmiloff-Smith



La prospettiva neurocostruttivista: Annette Karmiloff-Smith

Un bambino, all'età di sei anni, mostra scarse abilità comunicative e linguistiche, in particolar modo un lessico molto povero rispetto ai coetanei e problemi a livello fonologico e sintattico.

Non risulta avere problemi a livello uditivo e possiede un QI nella norma.

Con questo quadro sintomatologico è molto probabile che al bambino venga diagnosticato un disturbo specifico del linguaggio.

Ci si chiede: **può un disturbo dello sviluppo linguistico essere ricondotto ad una disfunzione del modulo del linguaggio così come prevede l'ipotesi modulare della mente (Fodor, 1983)?**

La prospettiva neurocostruttivista: Annette Karmiloff-Smith

- La **neuropsicologia** classica interverrebbe solo dopo una diagnosi attivando una riabilitazione del modulo disfunzionale senza prevedere nessun intervento sui moduli preservati.
- La **prospettiva neurocostruttivista** invece è totalmente differente: ricerca delle atipie nella traiettoria evolutiva in fase molto precoce. Si va a cercare la “deviazione” dal percorso tipico in un momento maggiormente plastico nel quale è possibile fornire dei supporti che possano limitare un decorso atipico.

La prospettiva neurocostruttivista: Annette Karmiloff-Smith

Dove è possibile osservare queste atipie? Ad esempio, in alcuni meccanismi cognitivi di base quale il focus attentivo (si veda lo studio di **A. Karmiloff-Smith “Development itself is the key to understanding developmental disorders”, 1998**), oppure nella postura (si veda lo studio di Lindsay e collaboratori **“Posture Development in Infants at Heightened versus Low Risk for Autism Spectrum Disorders”, 2013**), e in altri possibili “marcatori” o “campanelli d’allarme” che possano segnalare la presenza di una piccola deviazione dalla traiettoria tipica dello sviluppo.

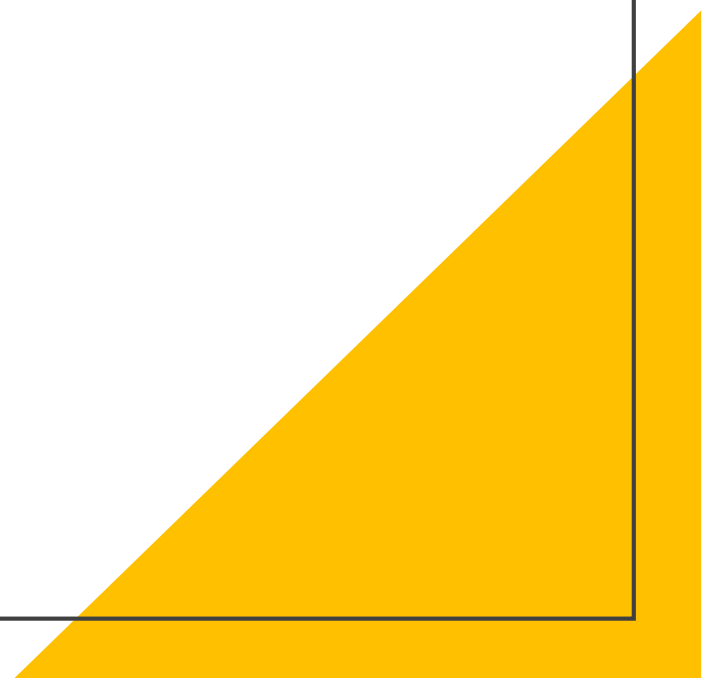
DSM 5 e psicopatologia dello sviluppo: implicazioni specifiche

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»

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



ICD 11

- L'ICD (International Classification of Disease), espressione della WHO (World Health Organization), è attualmente nella sua undicesima revisione, terminata nel 2018, e approvata dall'Assemblea Generale della WHO nel 2019. Il manuale è in fase di traduzione nelle diverse lingue e in via di acquisizione sull'intero Servizio Sanitario Nazionale.

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

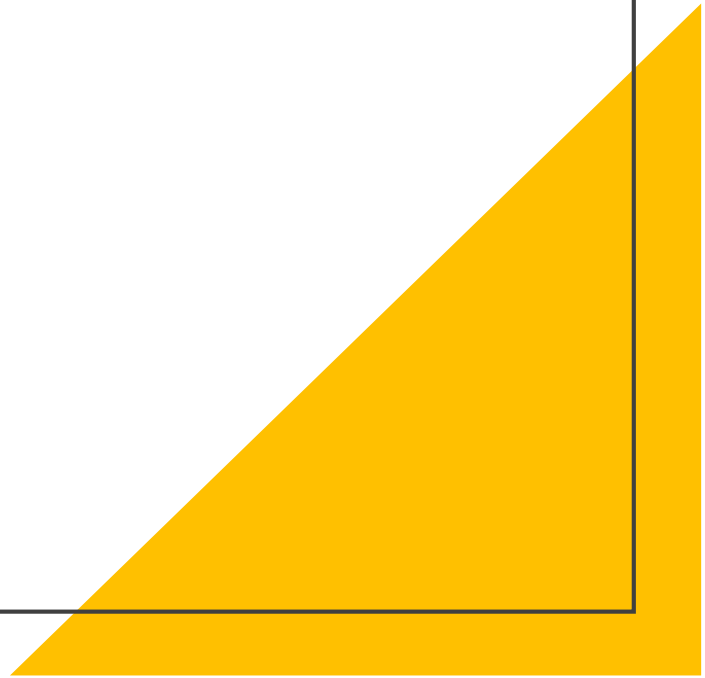
Raccoglie tutte le scoperte del processo diagnostico in un mosaico ideale

- 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

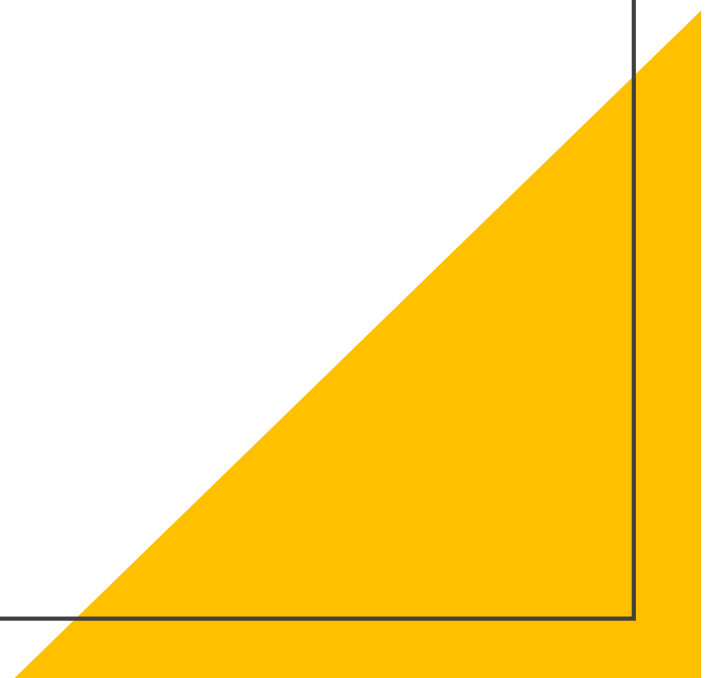


Asse I: Diagnosi primaria

- 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

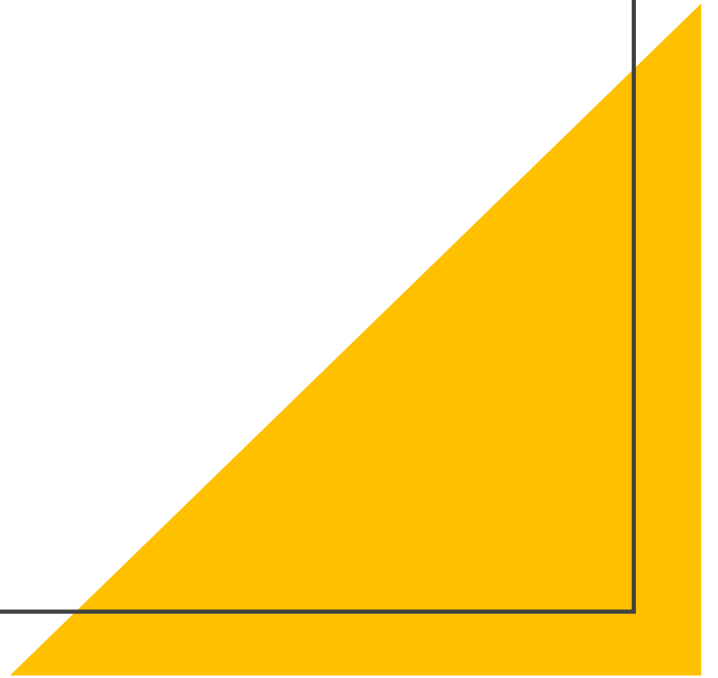
Asse I: Diagnosi primaria

- 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 abreazione (grattamento) di pelle nell'infanzia
 - Altro disturbo ossessivo compulsivo e disturbi collegati
- 
- A large yellow triangle is positioned in the bottom right corner of the slide, pointing towards the top right.

Disturbi del sonno, dell'alimentazione e del pianto

Disturbi del sonno

- Disturbi da attacchi di sonno
- Disturbo dell'addormentamento
- Disturbo da risveglio notturno
- Disturbi da incubi notturni

Disturbo dell'alimentazione

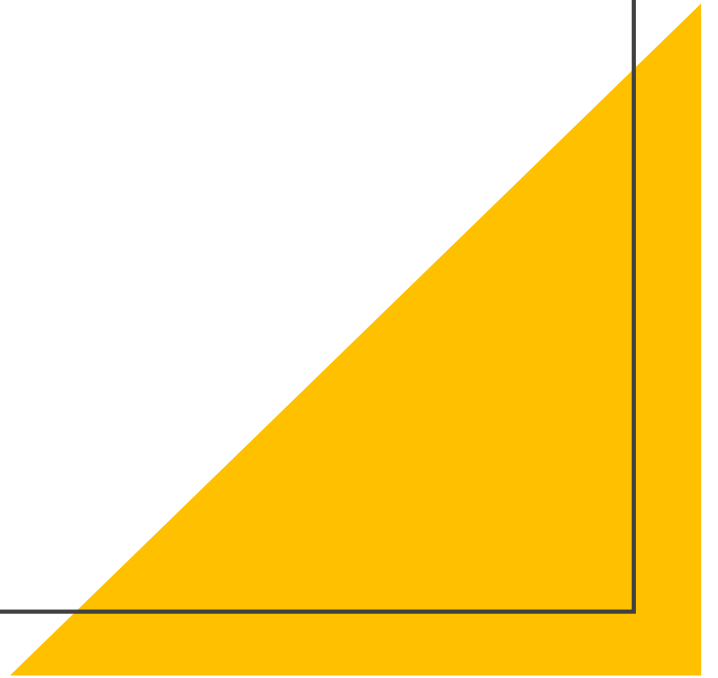
- Disturbo da iper alimentazione
- Disturbo da ipo alimentazione
- Disturbo dell'alimentazione atipico

Disturbi del pianto nell'infanzia

- Disturbo da pianto eccessivo

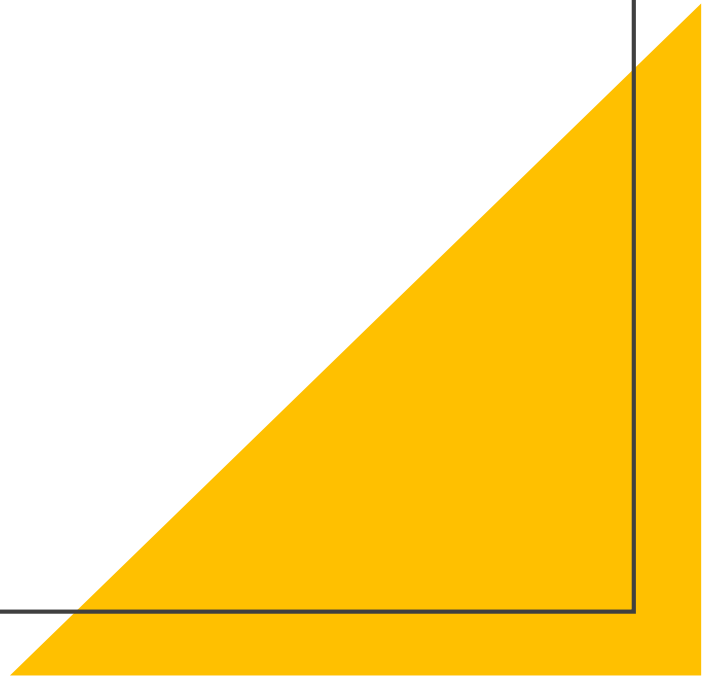
Disturbi da trauma, stress e deprivazione

- 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:

- 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