

Da bruco a farfalla: il caso di Roberto

Liana La Gioia*, Carlotta De Chirico**,
Maria Grazia Foschino Barbaro***



*Ricevuto il 3 giugno 2023
accettato il 12 novembre 2023*

Sommario

Il lavoro espone e sintetizza l'intervento psicoterapeutico di Roberto, un bambino con un Disturbo Specifico dell'Apprendimento con compromissione del calcolo e della scrittura, in comorbidità con Disturbo d'Ansia Generalizzato. A seguito della valutazione si è ritenuto opportuno iniziare una psicoterapia e impostare un intervento sulle difficoltà di apprendimento con lo scopo di far acquisire al bambino un metodo di studio idoneo a compensare le sue problematiche. Data la presenza in comorbidità, di un disturbo d'ansia generalizzato, si inizia un trattamento psicoterapeutico attraverso il protocollo "Cool Kids" per il trattamento dei disturbi d'ansia.

L'intervento si è focalizzato sulla riduzione dei sintomi ansiosi e l'accettazione di possibili fallimenti scolastici e relazionali. Nella prima fase di psicoeducazione, è stato spiegato al bambino come funziona l'ansia, come si attiva e il suo circolo vizioso.

Il miglioramento dei sintomi è stato osservato in fase di condivisione del profilo interno in seguito, si è intervenuti attraverso la ristrutturazione cognitiva, sulla paura di essere inadegua-

* Psicologa, Psicoterapeuta, Centro Clinico, Scuola di Specializzazione in Psicoterapia Cognitiva AIPC-BARI; Viale Borsellino e Falcone, 2 – 70125 Bari; e-mail: lagioialiana@libero.it.

** Psicologa, Psicoterapeuta in formazione 1° anno Scuola di Specializzazione in Psicoterapia Cognitiva AIPC BARI; Via Bengasi, 19 – 70124 Bari; e-mail: dechirico.carlotta1@gmail.com.

*** Psicologa, Psicoterapeuta, Centro Clinico, Scuola di Specializzazione in Psicoterapia Cognitiva AIPC-BARI; Viale Borsellino e Falcone, 2 – 70125 Bari; mariagraziafoschinobarbaro@gmail.com.

Quaderni di Psicoterapia Cognitiva (ISSN 1127-6347, ISSN e 2281-6046), n. 53/2023
DOI: 10.3280/qpc53-2023oa16933

to e giudicato. Ci si è focalizzati anche sulla scoperta dei propri interessi e valori. Roberto ha imparato, nonostante l'ansia, ad affrontare situazioni che riteneva difficili da vivere.

Parallelamente si è svolto un lavoro di *parent training* finalizzato ad aiutare il loro figlio a gestire meglio la sua ansia, lavorando sul loro senso di competenza e sul modificare il loro comportamento al fine di evitare l'escalation che si produce nei momenti di ansia.

Per Roberto è stato anche previsto un ciclo di intervento di potenziamento sulle difficoltà di apprendimento svolto da uno specialista. Nel corso dei trattamenti, si sono osservati dei miglioramenti nelle performance scolastiche, nelle relazioni sociali e con i familiari.

Parole chiave: Disturbo di Apprendimento, Disturbo d'Ansia Generalizzata, Terapia cognitivo-comportamentale, metodo di studio.

From caterpillar to butterfly: Roberto's story

Abstract

The paper presents and synthesizes the psychotherapeutic intervention with Robert, a child with Specific Learning Disorder characterized by impairments in calculation and writing, and the comorbidity of Generalized Anxiety Disorder. Following the assessment, psychotherapy treatment was started and an intervention targeting the learning difficulties was implemented to equip the child with a suitable study method to compensate for his difficulties. Due to the comorbidity of Generalized Anxiety Disorder, a psychotherapeutic treatment using the Cool Kids protocol for anxiety disorders was selected.

The intervention aimed at reducing anxious symptoms and accepting possible academic and interpersonal failures. In the initial phase of psychoeducation, the child was explained how anxiety works, how it is activated, and its vicious cycle. Improvement in symptoms was observed during the sharing of the internal profile. Subsequently, cognitive restructuring was employed to address the fear of inadequacy and judgment. Attention was also given to explore interests and values. Despite the feeling of anxiety, Roberto learned to face situations he believed being difficult to experience. Simultaneously, parent training was conducted to support to better manage their child's anxiety, working on their sense of competence, and modifying their behavior to avoid escalation during moments of anxiety.

A specialized intervention was also planned to help Roberto with his learning difficulties. Throughout the treatments, improvements were observed in academic performance, social relationships, and family interactions.

Keywords: Learning disorder, Generalized Anxiety Disorder, Cognitive-Behavioral Therapy, study method.

Introduzione

Con l'acronimo DSA (Disturbi Specifici dell'Apprendimento) si intende una categoria diagnostica, relativa ai Disturbi Evolutivi Specifici di Apprendimento che appartengono ai disturbi del neurosviluppo (DSM-5, 2014). Le

ricerche hanno messo in luce che i DSA si presentano associati a disturbi emotivi e comportamentali che, se sottovalutati, possono costituire un fattore di rischio per il futuro benessere psicologico dell'individuo (Mugnaini *et al.*, 2008).

L'esperienza clinica e i dati riportati da numerose ricerche suggeriscono che si presentano frequentemente associati a disturbi emotivi e comportamentali. La comorbidità fra i DSA e i disturbi di tipo internalizzanti o esternalizzanti è tra il 25-50%. Le categorie diagnostiche maggiormente riscontrate riguardano il deficit di attenzione e iperattività; il disturbo oppositivo-provocatorio; i disturbi della condotta; il disturbo depressivo e i disturbi di ansia. I DSA comportano conseguenze, tra cui risultati scolastici inadeguati, frustrazioni, elevati tassi di abbandono scolastico e bocciature (Stella & Biancardi, 1992). Le difficoltà inducono scarsa fiducia nelle proprie capacità e la credenza "non posso farcela".

L'anticipazione del fallimento diminuisce la motivazione, l'impegno e la persistenza nel compito (Bandura, 1997; Lau & Chan, 2003), e può anche indurre a evitare i contesti di apprendimento. Tutti questi vissuti potrebbero aumentare le probabilità d'insuccesso e rafforzano ulteriormente la credenza di non essere capaci. Di conseguenza appare evidente come un DSA possa rappresentare un potenziale elemento di rischio psicopatologico. La comorbidità tra dislessia e disturbi psicologici è infatti molto alta, con percentuali che arrivano anche al 72% (Backer & Neuhauser, 2003).

L'Organizzazione Mondiale della Sanità definisce la discalculia un disturbo a base organica, geneticamente determinato ed espressione di una disfunzione cerebrale (OMS, 1992). La disgrafia è un disturbo specifico di scrittura che si manifesta in difficoltà nella realizzazione della stessa; per disortografia si intende un disturbo specifico di scrittura che si manifesta in difficoltà nei processi linguistici di transcodifica (Legge 8 ottobre 2010, n. 170, "Nuove norme in materia di disturbi specifici di apprendimento in ambito scolastico", GU n. 244 del 18-10-2010, e successive disposizioni legislative). Secondo l'OMS il disturbo d'ansia generalizzato si caratterizza per la presenza, eccessiva e prolungata nel tempo, della sintomatologia ansiosa frutto dell'attività mentale di *worry* (rimuginio).

A differenza degli altri disturbi d'ansia, ha come tema della preoccupazione un'ampia gamma di stimoli e situazioni che non possono essere definite e raggruppate all'interno di un'unica categoria, come nel caso di una fobia specifica o disturbo da attacco di panico. Il contenuto delle preoccupazioni si estende a diverse aree tematiche: famiglia, lavoro, salute, relazioni. Il disturbo d'ansia generalizzata (GAD) è un disturbo psichiatrico inserito, nel DSM-5, all'interno del capitolo dei disturbi d'ansia ed è caratterizzato dalla

presenza di sintomi ansiosi (sia psichici che fisici) che non sono legati a una causa specifica ma sono appunto “generalizzati”. Lo stato d’ansia è cronico anche se è alternato da momenti di aumento dell’intensità, il paziente tende a essere costantemente in allerta, a preoccuparsi eccessivamente per qualsiasi cosa, evidenziando nel tempo una riduzione significativa della qualità di vita.

I sintomi ansiosi tendono a essere presenti per tutta la giornata, per tutti i giorni, e le preoccupazioni riguardano temi della vita quotidiana del paziente come la famiglia, la situazione economica, il lavoro e la salute personale. Chi soffre di disturbo d’ansia generalizzata riferisce inoltre uno stato di costante preoccupazione nei confronti del futuro, insieme a uno stato di tensione e di inquietudine diffusa che non è in grado di controllare. Alcuni studi sostengono che i sintomi di ansia e depressione sono più frequenti nei bambini con DSA proprio perché sono bambini consapevoli delle proprie difficoltà, sperimentano spesso vissuti fallimentari, e mostrano livelli più bassi di autostima rispetto ai bambini senza DSA. Questo perché sviluppano meno strategie per affrontare le difficoltà emotive che si possono verificare durante le lezioni. Spesso, infatti, gli studenti con problemi di apprendimento presentano sintomi internalizzanti (il 26% secondo Porter & Rourke, 1985), come ansia e depressione. Tuttavia, non mancano risultati contrastanti. Heiervang, Stevenson, Lund e Hugdahl (2001) hanno riscontrato che i bambini dislessici hanno la stessa probabilità dei normolettori a sviluppare problemi internalizzanti.

Caso clinico

Roberto è un bambino di 9 anni che frequenta la quarta elementare. La coppia genitoriale chiede una consulenza per le difficoltà nell’ambito degli apprendimenti e il persistere di episodi in cui il piccolo è in ansia.

Unigenito, di un nucleo familiare, trasferitosi da un’altra città, per problemi lavorativi dei genitori, a casa dei nonni materni. Quando Roberto aveva 4 anni, il nonno materno, a cui era molto legato, si ammala e successivamente subisce un intervento. Il bambino vive tutto il periodo di malattia del nonno con grande preoccupazione partecipando alle cure che gli fornivano la mamma e la nonna. Rispetto a questo periodo le insegnanti riferivano ai genitori facile distraibilità e difficoltà nel seguire le lezioni. All’età di 6 anni, vive la malattia della zia materna, la quale si trasferisce nella casa dei nonni – dove la famiglia di Roberto viveva – e dopo un anno viene a mancare. All’età di 7 anni il piccolo viene ricoverato per un’infezione, in tale occasione verrebbe sottoposto ad accertamenti invasivi segue assenza da scuola per quasi due mesi. Durante il periodo di degenza riferiva alla mamma “*Non voglio più*

stare qui in ospedale, mi mancano i nonni e voglio giocare con i miei amici”, “Sono preoccupato per i nonni che sono soli a casa”.

La famiglia riporta questo periodo molto stressante per il piccolo in cui è particolarmente preoccupato per i nonni soli a casa e per il rendimento scolastico date le numerose assenze.

Secondo la madre i suddetti eventi stressanti avrebbero generato in Roberto delle ansie, spesso è preoccupato per la salute sua e dei familiari e lamenta dei dolori.

Nel colloquio vengono riportati dai genitori episodi di ansia in cui Roberto riferisce di avere la tachicardia e chiede alla madre “*Mamma vedi mi batte il cuore*”, la madre puntualmente gli controlla il battito al fine di rassicurare il figlio. I genitori ogni volta che il bambino chiede rassicurazioni sono pronti a fornirle.

All’età di 7 anni frequenta lezioni di nuoto per circa un anno, abbandona questo sport perché inizia a temere che in acqua potrebbe accadergli un incidente. Dopo qualche mese, decide di iniziare lezioni di muay thai per 2-3 volte a settimana. La famiglia riporta che il primo giorno, al termine della lezione, non vedendo il padre, inizia a preoccuparsi chiedendo aiuto alla segreteria della palestra. Da quel giorno comincia il timore di non essere più ripreso vivendo così con ansia il momento della lezione; se lo accompagna la mamma controlla continuamente dal vetro se è fuori ad aspettarlo.

Nel corso di un’uscita scolastica, la maestra riferisce ai genitori che il bambino richiedeva la vicinanza dell’adulto, non si allontanava da lei seppur incoraggiato a raggiungere i compagni, domandava di essere messo in contatto con i genitori perché preoccupato per loro.

Per quanto riguarda il profitto scolastico, la madre riferisce che Roberto si distrae frequentemente durante i compiti, mostra difficoltà in matematica soprattutto nelle operazioni, nelle tabelline, nella risoluzione dei problemi e nello svolgimento dei temi. Ha voti bassi nello scritto (ad esempio nei testi – riferisce – “*Non so che scrivere*”); la grafia sembra essere peggiorata rispetto agli anni scorsi. Nei dettati di brano errori tipici sono omissione di parole e doppie; inoltre emergerebbe difficoltà a copiare dalla lavagna. Per quanto riguarda le materie orali, ha bisogno nello studio del supporto di un adulto che gli spieghi la lezione.

Vengono riportati dalla famiglia altri episodi di ansia, in particolare un episodio che sembra aver parecchio spaventato Roberto; di ritorno da scuola, mentre era sull’autobus, un bambino che frequenta la sua stessa scuola, lo avrebbe minacciato con dei gesti. Da allora, prova ansia ogni qualvolta deve prendere l’autobus. Se deve recarsi nel bagno della scuola teme di incontrarlo nei corridoi.

La madre lo descrive sensibile e affettuoso; il padre lo descrive come un bambino buono, sensibile, a volte immaturo, ad esempio litiga con la cuginetta di due anni ed è geloso dei suoi giochi. Roberto ha come *hobby* il disegno, riproduce quadri di artisti famosi.

Dal colloquio con le insegnanti, emerge che Roberto è un bambino che vuole stare spesso al centro dell'attenzione. Nel gruppo deve decidere lui l'attività da svolgere e se inserito nel gruppo da lui gradito si distrae facilmente senza lavorare. A dire delle insegnanti commette parecchi errori di ortografia e ha difficoltà in matematica.

Nell'esposizione orale invece ha un'ottima proprietà di linguaggio ed è capace di fare collegamenti.

I genitori riportano episodi in cui il bambino manifesta sintomatologia ansiosa in vari contesti, difficoltà di gestione della rabbia e nelle relazioni interpersonali. Dopo una serie di eventi stressanti e malattie di alcuni familiari, tra le varie ansie, sviluppa preoccupazione per la salute sua e dei familiari.

Roberto si trovava a trascorrere i pomeriggi in preda al pensiero delle circostanze catastrofiche e negative che sarebbero potute accadere ai familiari in ritardo dall'orario in cui avrebbero dovuto far ritorno in casa, potrebbero aver subito incidenti e ogni altro tipo di catastrofe.

Il bambino non riusciva a intravedere altra possibilità se non l'attività mentale di rimuginio e la richiesta di continue rassicurazioni e conferme da parte dei nonni.

Tale atteggiamento, si tratta di uno stile (il rimuginio) che il bambino riteneva utile per gestire al meglio le circostanze negative immaginate. Ogni qualvolta i genitori tornavano a casa sani e salvi, e il bambino aveva trascorso l'intero pomeriggio a preoccuparsi, questa combinazione evento-gestione mentale dell'evento, agiva rinforzando l'atteggiamento di Roberto, il quale era spinto ad agire nuovamente allo stesso modo quando i genitori si trovavano nelle stesse circostanze.

Il bambino credeva di "far qualcosa, di occuparsi del problema" e questo gli restituiva la percezione di un certo livello di controllo sulle situazioni. Alla lunga, tale atteggiamento ha cominciato ad avere conseguenze e ripercussioni sul suo benessere e quello dell'intera famiglia (genitori e nonni).

Così facendo, le attività pomeridiane di Roberto si riducevano al minimo, tendeva a distrarsi dai compiti e dall'attività sportiva praticata.

Dopo una valutazione neuropsicologica di cui di seguito si espongono i risultati, si fa diagnosi di Disturbo Specifico dell'Apprendimento con compromissione del calcolo 315.1 (F81.81) e della scrittura 315.2 (F81.81) in comorbidità con Disturbo d'Ansia Generalizzato 300.02 (F41.1) (DSM-5).

Funzionamento cognitivo

Dalla somministrazione della Scala d'Intelligenza WISC-IV (Wechsler, 2012) risulta quanto di seguito riportato.

Tabella 1 – Indici e QI

Scale	Indici
Indice di comprensione verbale (ICV)	94
Indice di ragionamento visuo percettivo (IRP)	87
Indice di memoria di lavoro (IML)	76
Indice di velocità di elaborazione (IVE)	74
Indice di abilità generale (IAG)	89
Totale Quoziente Intellettivo (QI)	79

Si somministrano le prove di *lettura 2-3* della *DDE-2 (Batteria per la Valutazione della Dislessia e Disortografia Evolutiva)* (Sartori *et al.*, 1995). Dalle quali emerge una prestazione nella norma in velocità nella lettura di parole e non parole. Nella correttezza in entrambe le prove risulta una prestazione al di sotto del range di variazione normale.

Dalla somministrazione delle *prove di scrittura 6-7-8 3* della *DDE-2 (Batteria per la Valutazione della Dislessia e Disortografia Evolutiva)* (Sartori *et al.*, 1995) nelle prove di scrittura di parole e dettato di frasi omofone risultano prestazioni carenti, nella prova di scrittura di non parole risulta una prestazione al di sotto del range di variazione normale.

Dalla prova di *lettura del brano MT-3-Clinica* (Cornoldi, 2017) emerge una prestazione sufficiente sia in rapidità che in correttezza.

Alle prove di *comprensione dei brani MT-3-Clinica* Roberto nel brano di cronaca si colloca nella fascia di prestazione “Sufficiente”.

Nel brano informativo si colloca nella fascia di prestazione “Richiesta di attenzione”. Complessivamente nella prova di comprensione si colloca nella fascia di prestazione “Richiesta di attenzione”.

Si somministra *BVSCO-3 (Batteria per la valutazione della scrittura e della competenza ortografica)* (Cornoldi *et al.*, 2022). Nella scrittura dettata di un testo rientrano in:

- “Richiesta di intervento immediato”: errori fonologici, errori accenti-doppie, errori minori ed errori totali;
- “Richiesta di attenzione”: omissioni e parole inappropriate.

Per quanto riguarda la velocità di scrittura, le tre prove (scrittura di “le”, di “Uno”, di “Numeri”) rientrano nella prestazione normale. Nella prova copia di brano la prestazione è sufficiente per il numero di parole ma per gli errori rientra nella fascia richiesta di intervento immediato.

Nelle Prove di valutazione della capacità di produzione del testo scritto emerge che Roberto produce una storia breve senza descrivere l’immagine; presenta un’aderenza alle consegne poco adeguata. Il testo a livello strutturale è formato da due frasi molto lunghe senza l’utilizzo della punteggiatura. La struttura lessicale risulta non adeguata all’età, e caratterizzata da una terminologia poco variabile. La capacità di produzione del testo scritto risulta limitata nella componente espressiva.

Il testo narrativo presenta una parziale aderenza alle consegne, è composto da un’unica frase priva di punteggiatura. La consequenzialità delle immagini risulta corretta. Sono presenti errori ortografici (omissione di doppie, fusione illegale). La struttura lessicale è caratterizzata da poca variabilità terminologica.

Per la valutazione della scrittura viene somministrata la Scala sintetica – *BHK (Scala sintetica per la valutazione della scrittura in età evolutiva)* (Di Brina & Rossini, 2011) dalla quale emerge un punteggio nettamente deficitario sia in velocità che nel livello qualitativo.

Per la valutazione del calcolo viene somministrata *BDE 2 (Batteria Discalculia Evolutiva. Test per la diagnosi dei disturbi dell’elaborazione numerica e del calcolo in età evolutiva)* (Biancardi *et al.*, 2016) relativa alla classe frequentata, emergono i seguenti punteggi:

- *Area del numero*: nella norma le prove di scrittura e ripetizione di numeri, sotto la norma la prova di conteggio e nella fascia clinica la prova di lettura di numeri.
- *Area del calcolo*: tutte le prove rientrano nella fascia clinica (moltiplicazioni a mente, calcolo rapido e a mente, e tabelline dirette).
- *Area del senso del numero*: nella norma la prova inserzioni, sotto la norma le prove di triplette e linea dei numeri, in fascia clinica la prova di calcolo approssimativo.
- *Soluzione di problemi aritmetici*: punteggio sotto la norma.

In conclusione, nella fascia clinica rientrano il quoziente numerico, di calcolo e il totale e il quoziente del senso del numero sotto norma.

Date le difficoltà riportate sia dalla famiglia che dagli insegnanti, si approfondisce l’area relativa all’attenzione. Si decide di somministrare *Test delle Campanelle Modificato* (Biancardi, 1997).

Dalla somministrazione risultano punteggi al di sotto della media sia in rapidità che in accuratezza. Per approfondire ulteriormente l'attenzione si somministrano prove della *Batteria BIA (Batteria Italiana per l'ADHD)* (Marzocchi *et al.*, 2010).

- *Test di attenzione uditiva (TAU)*: la prova misura l'attenzione uditiva sostenuta e attiva altri processi cognitivi, tra cui la memoria di lavoro per il trattenimento dell'informazione uditiva, il recupero fonologico della stringa di fonemi corrispondente al numero da ricordare, l'updating per far avanzare il conteggio dei suoni. Risultano valori patologici. Ottiene un punteggio indicativo di media-alta difficoltà.
- *Test di Stroop Numerico*, per la valutazione dei processi inibitori in accesso, da cui risulta. Dal test si evince che Roberto compie errori di identità (interferenza) e di conteggio. Il tempo di interferenza rispecchia l'efficienza con cui il bambino riesce a inibire una risposta automatica (leggere l'identità del numero) e attivare la risposta controllata (contare il numero di elementi). Tale valore risulta di media alta-gravità; emerge difficoltà a controllare le informazioni interferenti.
- *Test di Memoria Strategica Verbale (TMSV)*: valuta diversi aspetti della memoria episodica: la capacità di ricordo totale, l'elaborazione semantica delle informazioni e l'uso delle strategie di apprendimento. Da cui risulta che: la capacità di ricordo totale risulta compromessa, Roberto fa fatica a organizzarle probabilmente per la mancanza di un'adeguata strategia di categorizzazione semantica. Il numero totale di parole rievocate e le parole in cluster risultano influenzati dalla memoria a breve termine e dalla padronanza lessicale. Le conseguenze di questa difficoltà di organizzazione del materiale non risultano particolarmente evidenti nei compiti di libera rievocazione, bensì nelle attività cognitive e scolastiche ove è richiesto di organizzare materiale e soprattutto nello studio di materie quali storia, geografia o scienze, dove le informazioni necessitano di essere memorizzate in maniera strutturata. Roberto ottiene un punteggio indicativo di media-alta difficoltà.
- *Test CP*, per la valutazione dell'attenzione visiva sostenuta, da cui risulta che Roberto ha difficoltà nel mantenere l'attenzione costante per un periodo di tempo prolungato. Il punteggio ottenuto è indicativo di media-alta difficoltà.
- Alle scale *SDAG* e *SDAI* (Scale per la disattenzione e iperattività somministrate a genitori e insegnanti) (Cornoldi *et al.*, 1996), per la rilevazione dei comportamenti di disattenzione e iperattività/impulsività somministrate rispettivamente la prima ai genitori e la seconda alle insegnanti emergono i seguenti risultati:

- SDAG: punteggi deficitari in disattenzione, nella norma nella scala iperattività.
- SDAI: punteggi deficitari per la disattenzione e ai limiti inferiori della norma per l'iperattività.
- Al test *SAFA (Scale psichiatriche di autosomministrazione per fanciulli e adolescenti)* (Cianchetti, 2001), emergono punteggi patologici nelle scale totali Ansia e Depressione e nelle sotto scale: ansia generalizzata, ansia sociale, da separazione, umore depresso, anedonia disinteresse, umore irritabile, paura della maturità, ipocondria. Punteggi borderline nelle sotto scale: ansia relativa alla scuola, senso di inadeguatezza-bassa autostima.
- Al *TMA (Valutazione multidimensionale dell'autostima)*, (Bruce, Bracken, 2004) emergono punteggi molto negativi nell'area interpersonale, emozionale; lievemente negativa l'area della competenza scolastica; nella media l'autostima familiare e corporea. Complessivamente il punteggio dell'autostima risulta lievemente negativa.
- Alla *CBCL (Questionario sul comportamento del bambino)* (Achenbach, 2001), somministrato ai genitori, emergono punteggi che superano il *cut-off* per problemi internalizzanti ansioso/depressivi; raggiunto ma non superato il *cut-off* per problemi di attenzione.

Profilo interno del disturbo

I sintomi d'ansia di Roberto sembrano emergere in situazioni in cui valuta ci possa essere un esito catastrofico sia per sé che per gli altri, in particolare per i suoi genitori e per i nonni. Tale ansia e attesa apprensiva è presente per la maggior parte del giorno.

Roberto mostra difficoltà a controllare le sue preoccupazioni. L'ansia è associata a irrequietezza e irritabilità visibili sia dai genitori nell'ambito del contesto familiare, che dalle insegnanti a scuola. Inoltre, è presente facile affaticamento, difficoltà a concentrarsi e vuoti di memoria durante lo studio. I genitori evidenziano difficoltà nell'addormentamento e sonno inquieto.

Tale sintomatologia impedisce a Roberto di svolgere compiti velocemente e in maniera efficiente, aumentando la sua irritabilità.

Nell'ambito del contesto scolastico è presente la credenza di essere inadeguato sul piano intellettuale, di non essere competente quanto i suoi compagni di classe. Tale disagio si manifesta con ansia da prestazione, momenti di inibizione nel contesto scolastico durante le interrogazioni, blocco e rinuncia dinanzi a compiti in cui valuta di non essere capace a sostenere le prove allo stesso modo degli altri.

Fattori e processi di mantenimento

Roberto è iperfocalizzato sulle sensazioni corporee, questo lo induce a sviluppare un'attenzione selettiva rispetto alle manifestazioni somatiche che altrimenti non verrebbero notate. Inoltre, i comportamenti protettivi (far controllare il proprio battito cardiaco ai genitori, ricerca continua e costante della presenza degli stessi) non gli permettono di sperimentare che gli stati ansiosi sono transitori.

Gli evitamenti delle situazioni che potrebbero generargli ansia e preoccupazione (trovarsi da solo alla lezione di muay thai) mantengono intatta la credenza che qualora dovesse sentirsi male ci sarebbero esiti catastrofici. Infine, sono presenti pensieri secondari di autocritica rispetto alla propria condizione attuale (*“Non sono più bravo a rimanere da solo a lezione di muay thai”*) che gli mantengono un'idea di sé come debole e non più in grado di gestire le situazioni problematiche. Questo aumenterebbe il senso di minaccia percepito, in quanto le sue risorse nella situazione attuale non sembrerebbero sufficienti per fronteggiare l'evento e questo genera in Roberto maggiore preoccupazione e ansia. I Fattori individuali osservati nel caso di Roberto sono:

- Il pensiero di Roberto *“Sono stupido e non so fare niente”* è mantenuto dall'inefficacia scolastica; di conseguenza a scuola il bambino non faceva uso degli strumenti compensativi e dispensativi previsti tentava di farcela da solo (tentativo di soluzione) sperimentando così insuccessi.
- Roberto mette in atto degli evitamenti: spesso si assenta dalla palestra come tentativo di restare con i genitori e timore di sperimentare sintomi ansiosi e si assenta da scuola per restare a casa con i nonni.

I Fattori interpersonali riscontrati nel caso di Roberto sono: In classe le insegnanti non tenevano conto del Piano Didattico Personalizzato stilato in base al suo profilo neuropsicologico; lo interrogavano senza programmare l'interrogazione, i compiti a casa assegnati erano molti e non adeguati alle sue difficoltà, questo aumentava la sua percezione di non essere adeguato e di avere un problema che gli altri non hanno. Si continuava a ripetere *“Sono diverso dai miei compagni, loro sono più intelligenti di me”*.

Il modello cognitivo per l'ansia e il DAG

I pazienti affetti da DAG (Disturbo d'Ansia Generalizzato) appaiono cronicamente ansiosi e apprensivi, vivono in uno stato di eccessiva preoccupa-

zione per le circostanze quotidiane, questo comporta una condizione di allarme e ipervigilanza. Seppur in assenza di gravi ma realistiche motivazioni, riferiscono apprensione per la salute fisica dei familiari e le capacità di rendimento lavorativo o scolastico.

La componente somatica associata è costituita da sintomi del sistema neurovegetativo, tra cui respiro affannoso, palpitazioni, sudorazione, secchezza delle fauci, sensazione di nodo alla gola o di testa vuota, vampate di caldo; frequenti sono i disturbi della serie gastroenterica (meteorismo, nausea e diarrea). I sintomi legati a tensione muscolare, capo, collo, dorso sono responsabili dei dolori diffusi e delle cefalee. Talvolta il coinvolgimento della sfera muscolare comporta tremore e/o contrazioni e irrigidimenti degli arti superiori.

Sono infine presenti sintomi della sfera cognitiva (ridotta concentrazione, facile distraibilità, disturbi della memoria) e della vigilanza (irrequietezza, irritabilità, nervosismo, facilità a sussultare, stato di allarme). I disturbi del sonno si manifestano sotto forma di insonnia iniziale, centrale o di sonno interrotto da frequenti risvegli.

L'elemento qualificante il disturbo d'ansia generalizzato è il "rimuginio" ("worry"), attività mentale ripetitiva e pervasiva i cui contenuti consistono in previsioni essenzialmente negative. In questo disturbo dominante è il tema del controllo; il paziente è convinto che il completo controllo degli eventi, possa consentirgli di evitare la catastrofe temuta, per tale motivo è ipervigile verso gli stimoli minacciosi sia interni che esterni.

Secondo Wells (Wells, 1997), esistono due tipi di preoccupazioni che vivono le persone con questa problematica, l'autore le definisce di tipo 1 e tipo 2.

Le preoccupazioni di tipo 1 riguardano fatti e circostanze ritenuti pericolosi e che la persona ritiene di poter controllare mediante strategie verbali, rimuginio, utili a passare in rassegna ogni aspetto e particolare della situazione al fine di individuare una via d'uscita al problema. Tentativo infruttuoso, ogni tentativo finisce col far emergere aspetti ancora più negativi e incontrollabili della situazione i quali, inoltre, danno origine a un grave stress dovuto alla presenza di pensieri negativi ed emozioni intense e difficili da gestire. Quest'ultimo aspetto è alla base delle preoccupazioni di tipo 2. La stessa persona si rende conto di aver perso il controllo di quella strategia (rimuginio) che riteneva utile e sviluppa una forte apprensione nei confronti di tutti quei pensieri che arrecano stress e disagio.

Crede di stare per impazzire e che per via di questi pensieri ne avrà un danno ulteriore alla sua salute mentale. La persona agisce un'ampia gamma di comportamenti protettivi, prevalenti sono gli evitamenti esperienziali e le continue richieste di rassicurazioni agiti prevalentemente a persone di fidu-

cia e a lui vicine. Molto spesso è proprio l'atteggiamento delle figure di riferimento, con le continue rassicurazioni e azioni protettive (tra queste, per esempio, accompagnare la persona nei suoi spostamenti o sostituirsi a lei in attività e circostanze ritenute pericolose) a favorire il mantenimento del problema nel tempo.

Il trattamento cognitivo del disturbo d'ansia generalizzato prevede che da un evento scatenante abbia origine una preoccupazione di tipo 1, legata a credenze positive relative al rimuginio; successivamente, si innescerebbero preoccupazioni di tipo 2, collegate alle credenze negative inerenti le rimuginazioni di tipo 2, collegate alle credenze negative relative le rimuginazioni, susseguenti a sensazioni di mancanza di controllo delle stesse e vissuti di disagio, in risposta alle quali vengono messi in atto comportamenti di evitamento e ricerca continua di rassicurazioni. L'evitamento consiste nell'evitare stimoli esterni valutati dal paziente come minacciosi; la ricerca delle rassicurazioni ha lo scopo di interrompere le preoccupazioni. Il paziente capita spesso che tenta di respingere le preoccupazioni con l'effetto paradossale di aumentare intensità e frequenza; ricerche dimostrano che il tentativo di non pensare a qualcosa ha il risultato opposto.

In una review di Caselli e collaboratori sull'efficacia della Terapia cognitivo-comportamentale nei disturbi d'ansia, gli autori affermano che il processo di cambiamento avviene attraverso un circuito che prevede: l'identificazione dei timori nucleari e dei comportamenti di evitamento/controllo, la disputa verbale delle credenze che sostengono la risposta ansiosa, l'esposizione a situazioni temute con la riduzione di evitamento e controllo, l'uso di esperimenti comportamentali per acquisire nuove conoscenze (Caselli *et al.*, 2016).

Trattamento psicoterapeutico

La terapia con Roberto è durata circa un anno e mezzo. Sono state svolte sedute a cadenza settimanale con il bambino e in parallelo si è svolto un lavoro di *parent training* con la famiglia con incontri a cadenza quindicinale, di tanto in tanto sono stati programmati degli incontri con genitori e bambino.

Nel percorso con Roberto sono state utilizzate tecniche cognitive affiancate a esercizi comportamentali (Deacon & Abramowitz, 2004) per questo disturbo che ha come caratteristiche preoccupazioni generalizzate e relative a diversi ambiti della vita quotidiana. È stato utilizzato il programma "Cool Kids" (Rapee, 2014).

Il "Cool Kids" è un programma di trattamento per l'ansia rivolto specificamente ai bambini, che rientrano nei criteri per una diagnosi primaria di

qualunque disturbo d'ansia. È basato sulla Terapia cognitivo-comportamentale (CBT) e mira ad aiutare i bambini a gestire e superare l'ansia in modo efficace.

Il programma "Cool Kids" si sviluppa in diversi moduli che affrontano specifici problemi. È progettato per essere adattabile alle esigenze individuali dei bambini, tenendo conto del loro livello di sviluppo e delle loro particolari preoccupazioni. L'obiettivo principale è quello di insegnare abilità e strategie che possono utilizzare per gestire l'ansia in modo efficace.

Il programma "Cool Kids" si concentra sull'insegnamento di competenze specifiche, tra cui:

- *Identificazione dei sintomi di ansia*: ai bambini viene insegnato a riconoscere i segnali fisici e emotivi dell'ansia.
- *Pensieri ansiosi e negativi*: i bambini imparano a identificare e affrontare i pensieri ansiosi irrealistici. Vengono introdotte tecniche per sostituire i pensieri negativi con pensieri realistici e positivi.
- *Gestione dei sintomi fisici*: i bambini imparano a rilassarsi e ad affrontare i sintomi fisici dell'ansia attraverso tecniche di respirazione e rilassamento muscolare.
- *Risoluzione dei problemi*: vengono insegnate abilità di *problem solving* per affrontare le situazioni.
- I bambini vengono incoraggiati a impegnarsi in comportamenti positivi che contrastano l'ansia ed esposti gradualmente alle situazioni temute.

Il programma "Cool Kids" utilizza anche il coinvolgimento dei genitori per sostenere il trattamento dell'ansia dei bambini. I genitori vengono formati per comprendere l'ansia dei loro figli, fornire supporto e incoraggiamento e implementare le strategie apprese durante le sessioni di terapia.

La Terapia cognitivo-comportamentale mira a eliminare i timori esagerati e i comportamenti di controllo ed evitamento che mantengono i Disturbi d'Ansia (Beck, 1976; Wells, 1997), nel tentativo di riacquisire un senso di sicurezza e di confidenza nelle attività della vita quotidiana. Per l'intervento terapeutico sono state utilizzate strategie di intervento di derivazione CBT:

- *Interventi psicoeducativi* sulla natura dell'ansia, al bambino è stato spiegato il funzionamento dell'ansia a livello fisiologico e dei circoli viziosi correlati, in tale occasione sono state fornite nuove modalità di lettura di pensieri e stati d'animo.
- *Individuazione e riduzione* dei comportamenti protettivi;
- *Esercizi di auto-monitoraggio*, annotazione giornaliera degli episodi visuti durante la giornata poi trascritti nello schema ABC dove in bambino

doveva indicare le situazioni, con pensieri ed emozioni e comportamenti associati. Tale tecnica ha aiutato Roberto a riconoscere i pensieri e le emozioni correlate alle situazioni in cui provava ansia. Una volta condivisi accuratamente quali fossero gli effetti fisiologici di questa emozione, con il bambino abbiamo condiviso l'importanza di ridurre i comportamenti protettivi;

- *Esercizi di esposizione*, in vivo e in immaginazione, dopo aver individuato con il bambino le situazioni che gli provocavano l'ansia, sono state classificate in ordine gerarchico da quella che gli faceva provare meno ansia a quella più temuta. Si sono così stabiliti con il paziente graduali step per affrontare l'evento o la situazione temuti, in modo da confrontarsi con le paure in diversi contesti, solitamente da quello meno fastidioso al più spaventoso.

Nel percorso di *parent training* con i genitori è stato utilizzato il programma "Cool Kids"; nella fase iniziale è stato previsto un intervento psicoeducativo sull'ansia, in tale percorso i genitori hanno imparato le stesse tecniche insegnate al bambino in modo da essere in grado di supportarlo nel mettere in pratica le abilità acquisite. Si è lavorato ricostruendo di volta in volta gli episodi che accadevano a Roberto allo scopo di migliorare potenziare e valorizzare le risorse individuali dei genitori.

Intervento sulle difficoltà di apprendimento

Si è ritenuto opportuno procedere con un tutoraggio specializzato, con lo scopo di far acquisire al bambino un metodo di studio idoneo a compensare le difficoltà di apprendimento. Roberto, a seguito di una diagnosi di disturbo del calcolo e dell'espressione scritta, in comorbidità con il disturbo dell'attenzione selettiva e sostenuta, si reca presso l'associazione culturale per delle ripetizioni specialistiche e un percorso di potenziamento cognitivo, con il fine di acquisire un metodo di studio adeguato alle sue esigenze scolastiche e personali. Si è quindi imparata la strutturazione di mappe mentali (Buzan, 2018) per lo studio orale di materie umanistiche e scientifiche; ci si è focalizzati sugli aspetti potenzianti e la buona riuscita di un compito attraverso rinforzi positivi e infine si è sfruttato ampiamente l'utilizzo di colori, disegni e tecniche di memorizzazione efficace PAV (Paradosso, Azione, Vivido).

Inizialmente si è scelto di intervenire sulle difficoltà di attenzione, in cui si osservano comportamenti come:

- difficoltà nel mantenere l'attenzione sui compiti o su singole attività;
- difficoltà nel portare a termine le attività scolastiche;
- difficoltà nello svolgimento di attività quotidiane;
- difficoltà di pianificazione delle attività quotidiane e delle attività scolastiche.

Per il potenziamento delle abilità di calcolo si è partiti dalla strutturazione di un obiettivo determinato dal grado di competenza di Roberto, come punto di partenza iniziale. Per il bambino è stato svolto un intervento di 4 mesi con cadenza bisettimanale, della durata di circa 60 minuti.

Gli obiettivi sono stati i seguenti:

- potenziare la conoscenza e la competenza dell'area del senso del numero, in particolare per ciò che concerne la sua conoscenza lessicale, sintattica e posizionale;
- migliorare la capacità e l'autonomia del calcolo a mente e di calcoli veloci e automatizzati;
- migliorare l'autostima di Roberto, relativa alla matematica e al successo scolastico.

Le sedute erano così strutturate: prima parte iniziale di 5/10 minuti circa in cui si chiedeva a Roberto come fossero andate le sue giornate e se ci fossero novità dal punto di vista scolastico, qualche minuto dedicato al ripasso dell'appuntamento precedente e si chiedeva se ci fossero domani applicative o come fosse andata l'applicazione durante la settimana. Questo seguito dalla spiegazione di una nuova strategia, un'applicazione guidata e un'applicazione autonoma della stessa sul suo materiale scolastico, in modo tale da elicitare eventuali dubbi o domande in sede.

Si sono utilizzati strumenti come la calcolatrice, la tavola pitagorica, schede preparate ad hoc per Roberto, e un quaderno in cui poteva scrivere tutte le regole apprese, in modo tale da poterle consultare all'occorrenza. Si è infine cercato di introdurre quanto appreso anche all'interno della vita quotidiana, in modo da automatizzare il processo.

Valutazione di esito

Dopo un periodo di circa un anno e mezzo di trattamento psicoterapeutico e di *parent training* con i genitori, Roberto ha imparato a monitorare il suo stato ansioso, riconoscendolo a livello fisiologico e individuando i pensieri

correlati. I genitori hanno imparato a gestire le loro ansie e a supportare il figlio durante gli episodi in cui era presente la sintomatologia ansiosa. Nel corso della terapia riferivano avere maggiore dialogo con il figlio; osservando che il figlio non metteva più in atto gli evitamenti che prima dell'inizio della terapia erano sistematici. Per quanto riguarda i compiti, Roberto con il supporto del tutor specialistico ha iniziato a pianificare lo studio pomeridiano mettendo in campo le strategie suggeritegli dall'operatore.

Nel complesso, ha consolidato abitudini più adeguate alla sua organizzazione quotidiana (es. preparare il materiale scolastico e lo zaino la sera prima di andare a dormire, mentre prima lo faceva o la mamma o lui stesso in modo frettoloso dimenticando puntualmente materiale a casa).

I voti risultano migliorati, il bambino ha accettato di utilizzare gli strumenti compensativi e dispensativi, questo ha permesso di collezionare successi e di accettare gli insuccessi normalizzandoli.

Dopo aver effettuato le valutazioni post trattamento, si sono potuti riscontrare minori livelli di ansia e un miglioramento dei livelli di autostima soprattutto in ambito scolastico. Roberto ha sviluppato un proprio metodo di studio che lo ha fatto sentire competente. Migliorate risultano anche le relazioni interpersonali sia con i pari che con gli adulti. È in grado di riconoscere i propri modi di pensare abituali, individuando il rapporto tra pensieri-emozioni. Migliorate risultano anche le abilità di autoregolazione del proprio comportamento, R. affronta paure e ansie, attraverso strategie di coping funzionali.

Nell'intervento sulle difficoltà di apprendimento, Roberto è stato inserito in un piccolo gruppo di coetanei, si sono riscontrati problemi di comunicazione poiché si mostrava spaventato e chiuso; presentandosi abbracciato al suo zaino, da cui non c'era modo di staccarlo.

Inizialmente è stato impegnativo entrare nel suo mondo; strategia utilizzata è stata inizialmente la scrittura: è stato utilizzato un diario nel quale riportava i propri pensieri e stati d'animo poiché aveva difficoltà a parlare sia con l'operatore che con i compagni di gruppo.

Pian piano si è cercato di stabilire un rapporto di complicità, utilizzando i suoi interessi (disegni, il lettering e il materiale di cartoleria).

Nelle sedute di psicoterapia mostrava le stesse difficoltà su descritte. Durante le prime sedute era lento e taciturno, dimenticava spesso di fare gli *homework* assegnati, a volte si distraeva e c'era la necessità di riportarlo sul compito.

Molte volte chiedeva la possibilità di rappresentare i suoi stati d'animo e gli episodi accaduti a scuola o a casa in cui sperimentava l'ansia, disegnando e osservando la rappresentazione gli era più facile esporre i pensieri e ricostruire gli episodi. Non ha mai saltato una seduta, riconoscendo l'importan-

za del nostro spazio; tale importanza veniva riportata in seduta dai genitori durante gli incontri di *parent training*. Dopo un anno di trattamento ha imparato a monitorare il suo stato ansioso, a riconoscerlo a livello fisiologico individuando i pensieri correlati. Ha iniziato a esporsi alle situazioni che valutava come pericolose accettando tutti i possibili rischi. Nel gruppo studio si espone, e ha stretto rapporti di amicizia con alcuni ragazzi con i quali si frequenta, ha valutato che l'amicizia è un valore importante per lui, per cui si è impegnato a perseguirlo nonostante l'ansia che non gli permetteva di chiedere all'altro di uscire. I genitori riferiscono che con loro riesce ad avere un dialogo, hanno osservato che Roberto non ricorre agli evitamenti, nell'ambiente scolastico normalizza l'utilizzo degli strumenti compensativi in classe (*"Sono stanco di tener nascosto il mio DSA e ho deciso di dirlo ai miei compagni spiegando loro le difficoltà che incontro nello studio"*).

Attualmente si sta monitorando con sedute mensili l'andamento delle possibili ricadute seppure Roberto risulti consapevole dei suoi pensieri e distorsioni cognitive tali da poterle riconoscere in autonomia per affrontare le possibili situazioni ansiose in maniera più funzionale. Gli incontri con i genitori attualmente con cadenza mensile si stanno focalizzando sulla valutazione dei cambiamenti dei sintomi d'ansia di Roberto, sui cambiamenti dell'atteggiamento degli stessi e sulle abilità che hanno appreso. Tali valutazioni sono fondamentali per il mantenimento dei progressi e per affrontare le possibili eventuali ricadute.

Bibliografia

- Achenbach T.M. & Rescorla L.A. (2001). *Manual for the ASEBA School-Age Forms & Profiles*. Burlington: University of Vermont, Research Center for Children, Youth & Families.
- American Psychiatric Association – APA (2013). *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali (DSM-5)*. Milano: Raffaele Cortina, 2014.
- Backer A. & Neuhauser G. (2003). Internalizing and externalizing syndrome in reading and writing disorders. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 52(5): 329-337.
- Bandura A. (1997). *Autoefficacia. Teoria e applicazioni*. Trento: Erickson.
- Beck A.T. (1976). *Cognitive therapy and emotional disorders*. New York: Meridian (trad. it.: *Principi di terapia cognitiva*. Roma: Astrolabio, 1984).
- Biancardi A., Bachmann C. & Nicoletti C. (2016). *BDE 2. Batteria Discalculia Evolutiva. Test per la diagnosi dei disturbi dell'elaborazione numerica e del calcolo in età evolutiva – 8-13 anni*. Trento: Erickson.
- Bracken B.A. (2004). *Test TMA – test di valutazione multidimensionale dell'autostima*. Trento: Erickson.
- Buzan T. (2018). *Mind Map Mastery: The Complete Guide to Learning and Using the Most Powerful Thinking Tool in the Universe* (Illustrated). Watkins Publishing.

- Caselli G., Manfredi C., Ruggiero G.M. & Sassaroli S. (2016). La Terapia Cognitivo-Comportamentale dei Disturbi d'Ansia: una revisione degli studi di efficacia. *Psicoterapia Cognitiva e Comportamentale*, 22(1): 81-101.
- Cianchetti C. & Sannio Fascello G. (2001). *Scale Psichiatriche di Autosomministrazione per Fanciulli e Adolescenti (SAFA)*. Firenze: Organizzazioni Speciali.
- Cornoldi C., Ferrara R. & Re A.M. (2022). *BVSCO-3. Batteria per la Valutazione clinica della Scrittura e della Competenza Ortografica*. Firenze: Giunti.
- Cornoldi C., Gardinale M., Masi A. & Petternò L. (1996). *Impulsività e autocontrollo*. Trento: Erickson.
- Deacon B.J. & Abramowitz J.S. (2004). Cognitive and behavioral treatment for anxiety disorders: A review of meta-analytic findings. *Journal of Clinical Psychology*, 60: 429-441. DOI: 10.1002/jclp.10255.
- Di Brina C. & Rossini G. (2011). *BHK. Scala sintetica per la valutazione della scrittura in età evolutiva*. Trento: Erickson.
- Di Pietro M. (2015). *L'abc delle mie emozioni. Giochi e attività per l'educazione razionale-emotiva*. Trento: Erickson.
- Di Pietro M. & Kendall P. (1995). *Terapia scolastica dell'ansia. Guida per psicologi e insegnanti* (XI ed.). Trento: Erickson.
- Lyneham H. (2014). *Il programma Cool Kids. Manuale del terapeuta, del bambino e del genitore*. Istituto di Scienze Cognitive Editore.
- Fisher P.H., Masia-Warner C. & Klein R.G. (2004). Skills for Social and Academic Success: A School-Based Intervention for Social Anxiety Disorder in Adolescents. *Clinical Child & Family Psychology Review*, 7: 241-249. DOI: 10.1007/s10567-004-6088-7.
- Heiervang E., Stevenson J., Lund A. & Hugdahl K. (2001). Behaviour problems in children with dyslexia. *Nordic journal of psychiatry*, 55(4): 251-256. DOI: 10.1080/080394801681019101.
- Lau K.-I. & Chan D.W. (2003). Reading strategy use and motivation among Chinese good and poor readers in Hong Kong. *Journal of Research in Reading*, 26(2): 177-190. DOI: 10.1111/1467-9817.00195.
- Mifsud C. & Rapee R.M. (2005). Early Intervention for Childhood Anxiety in a School Setting: Outcomes for an Economically Disadvantaged Population. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 44(10): 996-1004. DOI: 10.1097/01.chi.0000173294.13441.87.
- Marzocchi G.M., Re A.M. & Cornoldi C. (2010). *Batteria Italiana per l'ADHD per la valutazione dei bambini con deficit di attenzione/iperattività*. Trento: Erickson.
- Mugnaini D., Chelazzi C. & Romagnoli C. (2008). Correlati psicosociali della dislessia: Una rassegna. *Dislessia*, 5(2): 195-210.
- Porter J.E. & Rourke B.P. (1985). Socioemotional functioning of learning-disabled children: A subtypal analysis of personality patterns. In Rourke B.P. (ed.). *Neuropsychology of learning disabilities: Essentials of subtype analysis* (pp. 257-279). New York: Guilford Press.
- Rapee R., Wignall A., Abbott M. & Lyneham H. (2014). *Il programma Cool Kids. Manuale del terapeuta, del bambino e del genitore*. Istituto di Scienze Cognitive Editore.
- Sartori G., Job R. & Tressoldi P.E. (1995). *DDE-2. Batteria per la Valutazione della Dislessia e della Disortografia Evolutiva-2*. Firenze: Giunti.
- Sassaroli S., Lorenzini R. & Ruggiero M.G. (2006). *Psicoterapia cognitiva dell'ansia*. Milano: Raffaello Cortina.
- Stella G. & Biancardi A. (1992). Competenze lessicali e abilità di letto-scrittura nei bambini Down. *Psichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza*, 59: 589-597.

Liana La Gioia, Carlotta De Chirico, Maria Grazia Foschino Barbaro

- Wechsler D. (2012). *WISC-IV. Wechsler Intelligence Scale for Children – Quarta edizione. Contributo alla taratura italiana*, adattamento italiano di A. Orsini, L. Pezzuti e L. Picone. Firenze: Giunti.
- Wells A. (1997). *Cognitive Therapy of Anxiety Disorders: A practice manual and conceptual guide*. Chichester: Wiley (trad. it.: *Trattamento cognitivo dei disturbi d'ansia*. Milano: Mc-Graw-Hill, 1999).
- World Health Organization (1990). *International Classification of Diseases ICD-10*. Geneva: WHO (trad. it. *ICD-10: Classificazione Statistica Internazionale delle malattie e dei problemi sanitari correlati della decima previsione*. Milano: Masson 1992).