

- Modelli integrati di interventi psico-educativi per la Disabilità Intellettiva e dei Disturbi Generalizzati dello Sviluppo



Magritte with Hat
photo by Duane Michaels

Lo sviluppo del pensiero e i disturbi cognitivi

Il disturbo cognitivo (o alterazione cognitiva o insufficienza mentale o ritardo mentale) può essere considerato come il risultato di un processo o di una serie di processi diversi per natura e per origine.

- ✘ *Esso riguarda l'insieme di diverse condizioni determinate da cause organiche (pre, peri e postnatali) caratterizzate da uno sviluppo problematico della psiche e da una conseguente difficoltà adattiva all'ambiente*
- ✘ *Riguarda il soggetto nella sua globalità e non solo l'aspetto intellettuale; riguarda anche la qualità e non solo la quantità della dimensione intellettuale*



Cos'è l'intelligenza?



- Secondo J. Piaget l'**intelligenza** consiste nella capacità di:
 - Immagazzinare l'esperienza (la memoria)
 - Ricostruire con l'immagine mentale le trasformazioni o i fatti avvenuti nella realtà
 - Riorganizzarli con il pensiero operatorio concreto
 - Anticipare con il pensiero formale quelle future

Lo sviluppo dell'intelligenza consiste nella progressiva organizzazione mentale attraverso i meccanismi di **assimilazione** (L'assimilazione è il processo mediante il quale le nuove esperienze e le nuove informazioni vengono assorbite e poi elaborate in modo da adattarsi alle strutture già esistenti.

e **accomodamento** (o è il processo fondamentale che comporta la modificazione delle idee o delle strategie, a seguito delle nuove esperienze.

- Consiste nell'incorporare il mondo esterno nelle strutture o schemi operativi (motori, percettivi, emotivi, mentali) che l'individuo già possiede
- Trasforma gli schemi operativi e li adatta alle nuove necessità per meglio assimilare la realtà. Attraverso l'accomodamento "la vita mentale" tende ad assimilare progressivamente l'ambiente circostante costruendo così strutture via via più complesse

Stadi di sviluppo

- Stadio senso-motorio (0-2 anni)
- Stadio pre-operatorio (2-6 anni)
 - Le caratteristiche dello stadio pre-operatorio sono:
 - l'egocentrismo
 - la concentrazione (una cosa alla volta)
 - l'irreversibilità
 - il ragionamento primitivo o trasduttivo (pensiero magico)
 - l'identità dell'oggetto
 - l'inizio della capacità di classificazione
- Stadio operatorio concreto (6-12 anni)
 - Permanenza dell'oggetto
 - Sé e gli altri (differenziare e comunicare)
 - Classificare, ordinare in serie, discriminare
 - Memoria, concezione del tempo, casualità
 - Moralità della reciprocità (la punizione segue non solo la causa ma anche la motivazione)
- Stadio operatorio formale (da 12 anni in poi)
 - Logica formale
 - Sviluppo della personalità

Analisi delle strutture cognitive e dei processi di apprendimento

- Secondo Bruner, l'apprendimento avviene attraverso la trasmissione di contenuti di conoscenza, proprio all'interno di specifici contesti sociali, come per esempio la scuola;
- i "saperi", vengono dunque acquisiti dal bambino, attraverso le esperienze compiute all'interno del contesto sociale e culturale di appartenenza.
- Secondo lo studioso, i bambini per acquisire adeguatamente i "saperi", necessitano di essere motivati ad apprendere, grazie alla disponibilità dell'insegnante, di creare le condizioni e le situazioni adatte all'apprendimento stesso, nel rispetto e la conoscenza dei ritmi di apprendimento e degli stili cognitivi di ciascun bambino.
- Il pensiero, non può dunque essere considerato né un processo puramente casuale, né solamente adattivo: esso costituisce invece un'attività volta alla soluzione di problemi, alla sistemazione di categorie, e alla definizione di strategie.
- Pensare significa collocarsi in una continuità circolare che lega e connette astrazioni e concretezza, classificando, scegliendo, ordinando, imponendo un sigillo concettuale agli oggetti di esperienza, e dominando una molteplicità di dati secondo un criterio; l'apprendimento è così capace di organizzare l'esperienza e di inserirla in una "struttura" (J. Bruner, *Verso una teoria dell'istruzione*, 1967).
- Per costruire tale struttura, Bruner individua tre fasi attraverso le quali si sviluppa l'apprendimento stesso.

Rappresentazione attiva o operativa dal primo anno di vita

L'identificazione degli oggetti sembra dipendere non tanto dalla natura degli oggetti incontrati quanto dalle azioni evocate da loro (il bambino impara a conoscere un oggetto in funzione del suo utilizzo); l'azione costituisce lo strumento intellettuale essenziale.

Rappresentazione iconica

Il soggetto è in grado di rappresentarsi il mondo mediante un'immagine o uno schema spaziale relativamente indipendente dall'azione (rappresentazione concreta degli oggetti); l'atto intelligente si organizza attraverso l'immagine; la sperimentazione degli oggetti avviene attraverso l'esperienza sensoriale.

Rappresentazione simbolica Dai 2 ai 5 anni

Si organizza partendo da una forma primitiva e innata di attività simbolica e, attraverso l'acculturazione, si specializza in sistemi diversi il più complesso dei quali è il linguaggio (ruolo essenziale svolto dal linguaggio orale e scritto).

Nella seconda infanzia, i tre sistemi di rappresentazione sono presenti ed il bambino è in grado di attivare il più adeguato, in base al contesto d'apprendimento.

Classificazione dei disturbi cognitivi:

Le alterazioni organiche delle funzioni cognitive sono complesse e poliformi, e vanno da un livello minimo (minimal brain damage o danno cerebrale non rilevabile) a lesioni molto gravi

Insufficienza mentale grave:

Il soggetto non va oltre il **limite di 2/3 anni di età**.

- Tutto è parziale compresa l'autonomia della vita quotidiana:
 - pulizia, alimentazione, controllo sfinterico
 - il linguaggio è quasi inesistente o ridotto a qualche fonema.
 - Spesso è associata a alterazioni neurologiche o crisi epilettiche

Classificazione dei disturbi cognitivi:

Insufficienza mentale severa e moderata:

- ✘ Le funzioni mentali e personali di questi soggetti non superano il **livello di 6/7 anni di età**.
- ✘ Sussistono ritardi nello sviluppo psicomotorio, nel linguaggio e/o ideativi.
 - + Tuttavia è possibile riscontrare una certa autonomia nelle condotte sociali della vita quotidiana, specialmente se il soggetto vive in un ambiente familiare ricco di stimolazioni affettive e relazionali.
 - + Il linguaggio rimane a livello asintattico, il pensiero rimane a livello preoperatorio

Classificazione dei disturbi cognitivi:

Insufficienza mentale lieve e/o “limite”:

- A questo livello sarebbe **erroneo parlare di età con cui comparare le capacità cognitive**
 - Il linguaggio è abbastanza ricco e ben organizzato, maggiori difficoltà sono riscontrabili nella produzione scritta.
 - Lo sviluppo motorio, prassico e soprattutto quello ritmico non raggiungono un buon livello.
 - Il pensiero formale o non viene raggiunto o viene usato nelle forme più vicine all'esperienza personale e quotidiana.
 - Molti di questi soggetti presentano un buon inserimento sociale e lavorativo

Classificazione “osservativa” (approccio qualitativo)

- ✘ **Attenzione e concentrazione:** capacità di uscire dal proprio stato emotivo per porsi su un piano fenomenologico in cui l’atto percettivo tende a divenire puro atto intellettuale
- ✘ **L’organizzazione mentale:** capacità di decodifica degli stimoli che passa attraverso adattamenti senso-motori, formazione dell’immagine mentale, pensiero intuitivo, pensiero operatorio concreto, pensiero operatorio formale
- ✘ **La comprensione e l’intuizione:** scelta dei significati emergenti di una situazione data, in grado di far afferrare l’intima essenza di un problema
- ✘ **La fluidità verbale:** capacità che rispecchia il livello culturale, familiare e scolastico. Ma è anche un tratto personale legato all’essere verbalmente adeguati ad una situazione. Essa è strettamente legata alla memoria oltre che dalla corretta strutturazione dell’apparato uditivo e fonatorio
- ✘ **La creatività:** libertà di invenzione legata sia all’intelligenza che alla personalità del soggetto, ovvero alla fiducia nelle proprie possibilità, all’allenamento all’autonomia e all’iniziativa

Peculiarità generali dell'approccio psicopedagogico ai disturbi cognitivi

- ✘ Dedicare attenzione non solo alla componente intellettuale ma anche a tutte le altre che definiscono l'assetto globale della persona
- ✘ Considerare i disturbi cognitivi non come una mancanza quantitativa di conoscenze e competenze, bensì qualitativamente determinata
- ✘ Prevenire e gestire la frustrazione da insuccesso scolastico, evitando di sottoporre il soggetto alla reiterazione di situazioni frustranti legate alla ripetizione tecnicistica del compito
- ✘ Progettare interventi educativi che puntino non solo al raggiungimento di obiettivi declinati in termini di contenuti disciplinari, ma anche a competenze trasversali di tipo affettivo e socio-relazionale
- ✘ Lavorare sui pre-requisiti e sul consolidamento delle capacità mentali esistenti al fine di promuoverne (quando possibile) altre di livello più elevato

Disturbi Generalizzati dello Sviluppo



Gourmet evening at the Princess, 1944
Joan Miro

Disturbi Pervasivi dello Sviluppo (DPS), rappresentano i quadri psicopatologici più gravi e invalidanti dell'età evolutiva. La precocità dell'esordio (già presenti nei primi anni di vita), la compromissione contemporanea di più aree della vita mentale del bambino, la profonda alterazione dei processi di attaccamento, l'impatto traumatico e la pressoché inevitabile distorsione delle risposte ambientali rendono questa patologia nel suo progressivo instaurarsi, una patologia a costi sociali elevatissimi.

- I criteri per la diagnosi riguardano la presenza di un disturbo nell'area della comunicazione e dell'interazione, nell'area dello sviluppo sociale e nell'area delle attività e degli interessi. Per il DSMIV infatti i Disturbi Pervasivi dello Sviluppo sono caratterizzati da compromissione grave e generalizzata in diverse aree dello sviluppo: capacità di interazione sociale reciproca, capacità di comunicazione, o presenza di comportamenti, interessi e attività stereotipate.

tipologie

- 1. Il disturbo autistico (o autismo)
- 2. L'autismo atipico
- 3. La sindrome di Rett
- 4. Il disturbo disintegrativo dell'infanzia
- 5. La sindrome di Asperger
- 6. Il disturbo pervasivo di sviluppo non altrimenti specificato (PDD-NOS).

Sindrome di Rett

La **sindrome di Rett** è una grave patologia neurologica, che colpisce nella maggior parte dei casi soggetti di sesso femminile.

La malattia è congenita, anche se non subito evidente, e si manifesta durante il secondo anno di vita e comunque entro i primi quattro anni. Colpisce circa una persona su 10.000.

Si possono osservare gravi ritardi nell'acquisizione del linguaggio e nell'acquisizione della coordinazione motoria. Spesso la sindrome è associata a ritardo mentale grave o gravissimo. La perdita delle capacità di prestazione è generalmente persistente e progressiva.

La sindrome di Rett provoca gravi disabilità a molti livelli, rendendo chi ne è affetto dipendente dagli altri per tutta la vita.

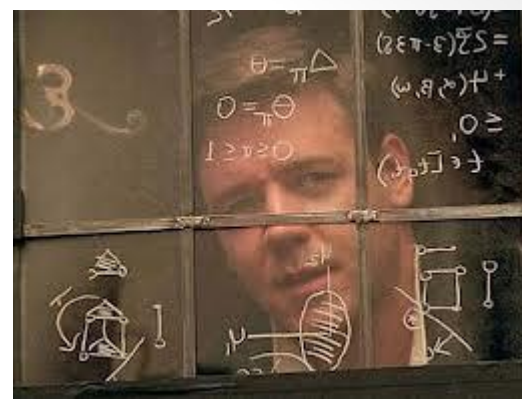
sintomatologia

- Dopo una fase iniziale di sviluppo normale, si assiste ad un arresto dello sviluppo e poi ad una regressione, o perdita delle capacità acquisite. Si osserva un rallentamento dello sviluppo del cranio (di grandezza normale alla nascita) rispetto al resto del corpo tra i primi 5 e i 48 mesi di vita; uno sviluppo psicomotorio normale entro i primi 5 mesi di vita, con successiva perdita delle capacità manuali precedentemente sviluppate e comparsa di movimenti stereotipati delle mani (torcerle, batterle, morderle, strizzarle). Si assiste anche ad una progressiva perdita di interesse per l'ambiente sociale, che tuttavia in alcuni casi ricompare con l'adolescenza.
- Possono essere anche presenti: irregolarità nella respirazione; epilessia (oltre il 50% delle persone affette ha avuto almeno una crisi epilettica); aumento della rigidità muscolare con l'età, che può anche provocare deformità e atrofie muscolari; deambulazione a base allargata (in circa il 50% dei soggetti); ritardo della crescita.

Disturbo disintegrativo dell'infanzia

- Il **disturbo disintegrativo dell'infanzia** viene anche chiamato **sindrome di Heller, demenza infantile o psicosi disintegrativa**.
- Il bambino colpito da questa sindrome va incontro, dopo i primi 2 anni di vita ma sempre prima dei 10, ad una perdita significativa di capacità acquisite in precedenza in almeno due delle seguenti aree:
 - linguaggio
 - relazioni sociali
 - controllo degli sfinteri
 - capacità motorie
- Il disturbo disintegrativo dell'infanzia spesso è associato al ritardo mentale grave.

Sindrome di Asperger



- La **Sindrome di Asperger** è comunemente considerata una forma dello spettro autistico "ad alto funzionamento". Il termine "Sindrome di Asperger" venne coniato dalla psichiatra inglese Lorna Wing in una rivista medica del 1981; la chiamò così in onore di Hans Asperger, uno psichiatra e pediatra austriaco il cui lavoro non venne riconosciuto fino agli anni novanta.
- Gli individui portatori di questa sindrome (la cui eziologia è ancora ignota) sono caratterizzati dall'aver una persistente compromissione delle interazioni sociali, schemi di comportamento ripetitivi e stereotipati, attività e interessi molto ristretti. Diversamente dall'autismo classico, non si verificano significativi ritardi nello sviluppo del linguaggio o dello sviluppo cognitivo.
- Alcuni sintomi di questa Sindrome sono correlati ad altri disturbi, come ad esempio il disturbo dell'apprendimento non-verbale (Nonverbal learning disorder), la fobia sociale o il disturbo schizoide di personalità. La Sindrome di Asperger non viene diagnosticata solo con le proprie caratteristiche, ma anche con una vasta gamma di condizioni di comorbidità (disturbi non dovuti alla Sindrome), come depressione, ansia, disturbo ossessivo-compulsivo.

sintomatologia

1. Esordio nell'infanzia
2. Limitate relazioni sociali, isolamento
 1. Nessuna o poche relazioni durature; relazioni che variano da troppo distanti a troppo intense.
 2. Interazioni con i coetanei difficili, goffe o sgraziate.
 3. Egocentrismo inusuale, con una mancanza di attenzione verso gli altri e i loro diversi punti di vista; scarsissima empatia o sensibilità.
 4. Mancanza di conoscenza delle convenzioni sociali; predisposizione a infrangere le regole sociali.
3. Problemi di comunicazione
 1. Una voce strana, monotona, magari in un volume insolito.
 2. Parlare *verso* (piuttosto che *con*) gli altri, con poca preoccupazione circa la loro reazione di risposta.
 3. Linguaggio buono superficialmente, ma troppo formale/ampollosa/pedante; difficoltà ad afferrare un senso diverso oltre quello letterale.

1. Anomalie del comportamento comunicativo non verbale; in apparenza impassibile e con poca gestualità.
 2. Anomalie dello sguardo e delle espressioni facciali; contatto visivo assente o troppo intenso.
 3. Postura e linguaggio del corpo strano, goffo o sgraziato.
1. Attività particolari
 1. Interessi perseguiti con ossessione.
 2. Circoscritti interessi che contribuiscono poco per un'aspettativa di vita più ampia, come collezionare fatti e dati di poco valore pratico o sociale.
 3. Routine o rituali inusuali; i cambiamenti spesso sono sconvolgenti.
 2. Alcuni sintomi fisici
 1. Difficoltà motorie nell'infanzia.
 2. Goffaggine.
 3. Andature bizzarre o anomale, movimenti strani o impacciati.
 4. Anomalie di locomozione, di equilibrio, di destrezza manuale, di scrittura a mano.
 5. Movimenti rapidi, ritmici e di imitazione

Autismo Cenni Storici

- Bleuler (1911) nell'ambito della schizofrenia per indicare un comportamento rappresentato da chiusura, evitamento dell'altro ed isolamento
- Kanner (1943) descrizione di un'entità nosografica – Autismo infantile –
 - Etiologia sconosciuta
 - Insorgenza precoce
 - Tendenza all'isolamento
 - Bisogno di immutabilità
 - Assenza di segni neurologici
 - Genitori “freddi”(“genitori frigorifero”)

Cenni storici

- Modello psicomodinamico (negli anni successivi)
 - L'autismo rappresentava una difesa contro l'angoscia derivante da un fallimento delle prime relazioni oggettuali
- Negli ultimi anni questo tipo di approccio è stato oggetto di numerose valutazioni critiche
 - Il riscontro di alterazioni organiche in numero sempre maggiore di bambini autistici
 - La def. Di modelli neuropsicologici sempre più convincenti (human information processing, Teoria della Mente, ecc.)

Da cui deriva che le cause del disturbo autistico sono da ricercare all'interno del bambino e non più all'esterno

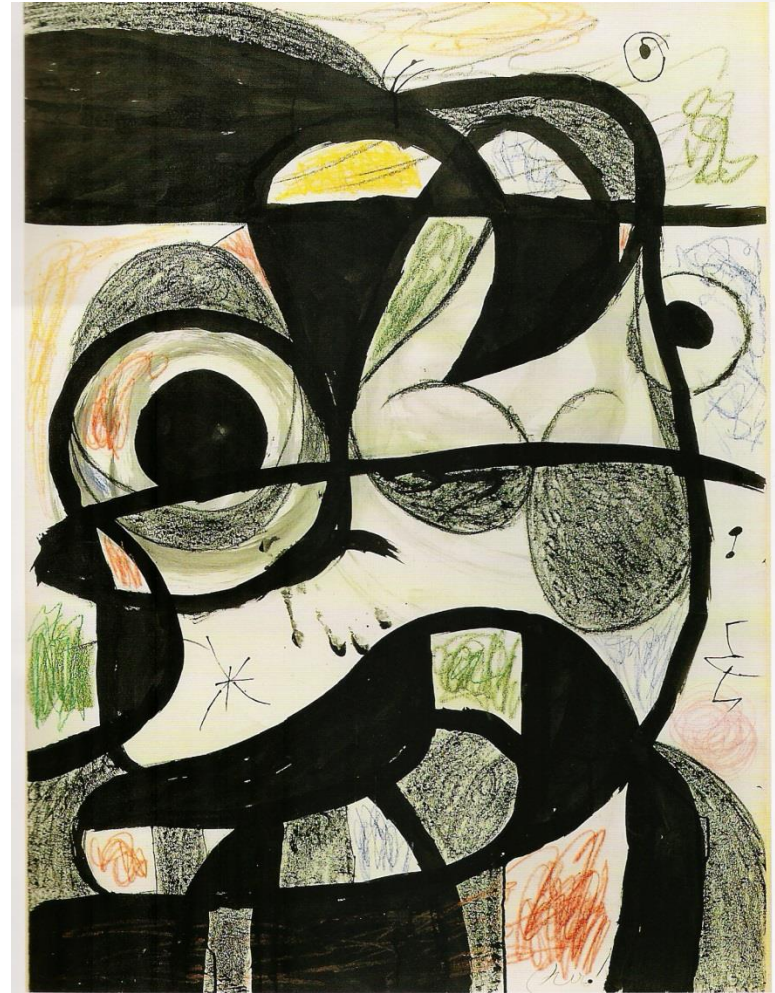
Definizione, classificazione e quadro clinico

- Il Disturbo Autistico (dal greco autòs, che significa “sé”) è uno dei più gravi disturbi psichiatrici dell’età evolutiva. Con il termine Autismo si intende “il restringimento delle relazioni con le persone e con il mondo esterno, un restringimento talmente estremo da escludere qualsiasi cosa eccetto il proprio sé”.
- Le cause risultano attualmente sconosciute. Esso rientra nell’ambito dei Disturbi Pervasivi dello Sviluppo, termine utilizzato dai due principali sistemi di nosografia codificata, il DSM-IV e l’ICD-10. [Militelli Roberto, 2003, p.247]
- Il Disturbo Autistico viene detto anche Autismo Infantile, Autismo di Kanner o Sindrome Autistica.

DISTURBO AUTISTICO (o autismo infantile)

Le caratteristiche generali di questa patologia sono:

1. una menomazione qualitativa (significativa per l'età cronologica) **nell'interazione sociale;**
2. una menomazione qualitativa (significativa per l'età cronologica) **nella comunicazione verbale e non verbale e nell'attività immaginativa;**
3. una marcata limitazione del repertorio di attività e di interessi.



I deficit sociali

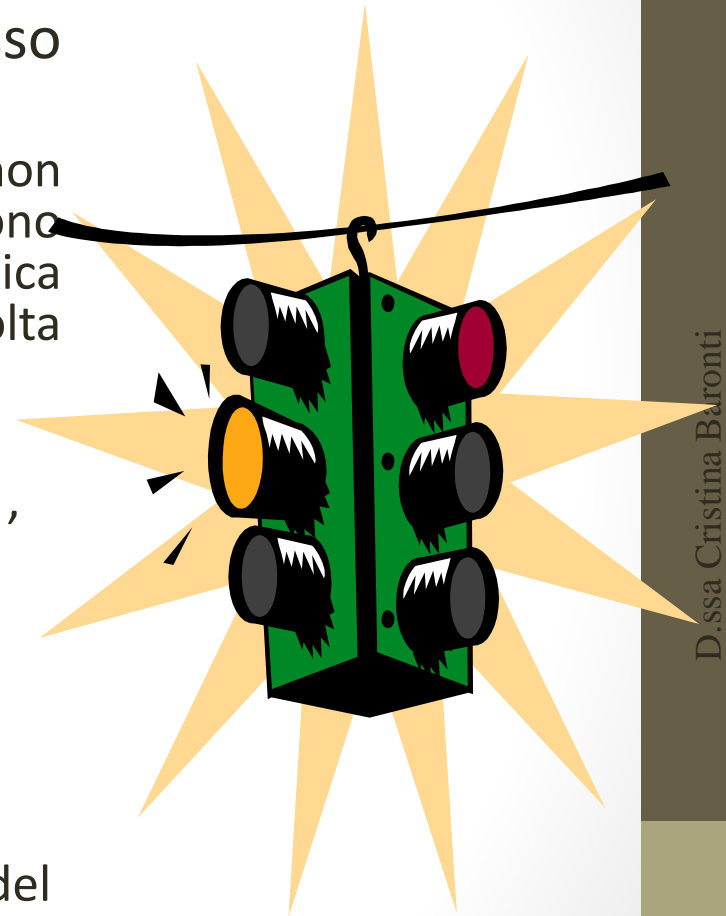
- In particolare i deficit sociali si possono manifestare nella mancanza di consapevolezza dell'esistenza dei sentimenti e degli stati mentali degli altri, cosicché il soggetto può trattare l'altro come se fosse un oggetto inanimato;
- nell'incapacità di cercare aiuto o sollievo in modo adeguato;
- nell'incapacità o nella ridotta capacità di imitazione;
- nell'assenza o nella forte anomalia del gioco sociale e delle abilità di fare amicizia con i coetanei;
- in una mancanza di reciprocità socio emozionale



I deficit comunicativi

I deficit comunicativi, invece, si esprimono generalmente nell'assenza - spesso anche totale

- di capacità di comunicazione (anche di tipo non verbale), al punto che al soggetto possono mancare le espressioni del viso e la mimica necessarie a un minimo di espressività rivolta verso il mondo esterno.
- E' presente un'anomala comunicazione non verbale, come la mancanza di contatto oculare, di sorriso, di posture di preparazione al momento di essere presi in braccio;
- un'assenza di attività immaginative adeguate all'età;
- anomalie di produzione verbale, che possono riguardare il ritmo, la cadenza, la forza, il volume, il tono oppure la forma e il contenuto del discorso.



- La limitazione di attività e di interessi si caratterizza per
 - movimenti stereotipati del corpo;
 - persistente interesse verso parti di oggetti;
 - attaccamento eccessivo a oggetti inusuali per l'età;
 - gravi disagi e reazioni emotive negative in occasione di cambiamenti d'ambiente o rottura di attività routinarie;
 - un'attrazione molto marcata per azioni semplici, irrilevanti per l'età e stereotipate (far girare una rotella, giocare con uno spago, allineare oggetti) .



Disturbi del comportamento

- Già nel primo anno di vita è possibile individuare segni tipici del handicap quali:
 - la mancanza dello scambio/aggancio visivo;
 - anomalie nelle posture corporee;
 - successivamente il bambino non partecipa e non interagisce con “l’altro”, oppure questi comportamenti sono anomali e inappropriati.

I sintomi si fanno più evidenti intorno al 2/3 anno di vita, il bambino non si volta se chiamato;

- l’attenzione visiva è manifesta ma guarda con l’angolo dell’occhio con uno sguardo periferico quando non viene osservato;
- il contatto fisico viene rifiutato o utilizzato come strumento per soddisfare un proprio bisogno;
- non manifesta reazioni d’ansia o pianto quando i genitori si allontanano e di gioia quando li rivede.

Disturbi del comportamento

- **Molto difficile si presenta il rapporto con i coetanei, in quanto il bambino autistico si mostra indifferente ai giochi di finzione e d'imitazione e se coinvolto può manifestare reazioni violente.**
- **Il mondo degli oggetti che lo circonda deve essere immutabile, altrimenti può reagire negativamente se si accorge di una minima variazione dell'ambiente**

Interessi ristretti e ripetitivi

- Sono disturbi relativi a movimenti, a gesti e ad azioni che vengono ripetuti con insistenza ossessiva, si rilevano:
 - Stereotipie motorie (cioè movimenti ripetuti, rigidi, perseveranti)
 - Routine e rituali quasi ossessivi (le routine quotidiane devono svolgersi sempre nello stesso modo tramite sequenze rigide, ad esempio il bambino vuole mangiare sempre la stessa cosa, nella stessa stanza e nello stesso posto)
 - Preoccupazioni anomale
 - Risposte idiosincratiche a stimoli sensoriali





Sono abili nel cogliere anche minime variazioni dell'ambiente abituale (set percettivo) ciò gli crea un grande disagio che può sfociare in reazioni di rabbia, di aggressività auto o eterodiretta.

Il Disturbo Autistico, caratterizzato dal quadro clinico suddetto, può presentare altri sintomi quali: il ritardo mentale e l'epilessia.

Che noi si scriva, si parli o si sia visti
Rimaniamo evanescenti. E tutto il nostro essere
Non può in parola o in volto giammai trasmutarsi.
L'anima nostra è da noi immensamente lontana:
Per quanta forza si imprima in quei nostri pensieri,
Mostrando l'anime nostre con far da vetrinisti,
Indicibili i nostri cuori pur sempre rimangono.
Per quanto di noi si mostri continuiamo ignoti.
L'abisso tra anime non può esser collegato
Da un miraggio della vista o da volo del pensiero.
Nel profondo di noi stessi restiamo ancora celati
Quando al nostro pensiero dell'essere nostro parliamo.
Siamo i sogni di noi stessi, barlumi di anime,
E l'un per l'altro resta il sogno dell'altrui sogno
(F.Pessoa)

APPROCCIO PSICOEDUCATIVO

- Insegnare abilità per ridurre la disabilità e migliorare la qualità della vita, modificare l'ambiente per aiutare la persona disabile a viverci, insegnare strategie di coping
- insegnare abilità relative alla vita quotidiana, funzionali per prendersi cura di sé stessi e condurre una vita il più possibile indipendente
- abilità di carattere sociale, cioè comportamenti da tenere nelle varie situazioni di vita
- abilità di lavoro, utilizzando supporti visivi, procedendo a piccoli passi e lavorando sulla generalizzazione dei contenuti.
- insegnamento strutturato che consiste nell'adeguatezza delle richieste fatte al bambino, chiarezza e stabilità dei messaggi e una strutturazione concreta di tempo, spazio e attività, in modo che l'ambiente di lavoro risulti il più possibile prevedibile

Comportamenti problema

- Atti autolesionistici
- Atti aggressivi
- Stereotipie
- Opposizione
- Reazioni emozionali eccessive
- Comportamenti sociali inadeguati
- Comportamento sessuale inadeguato
- Bizzarrie

Decisione di reale problematicità

VERI

creano disagio al soggetto stesso

FALSI

creano disagio a chi sta accanto al soggetto,
ma non costituiscono un reale problema per lui

OGGETTIVI

prospettiva neutrale, che ha a cuore esclusivamente il benessere, lo sviluppo e la liberazione del soggetto dalle gabbie dei suoi comportamenti

Tre criteri per una valutazione oggettiva: **DANNO** **OSTACOLO** **STIGMASOCIALE**

Gli interventi

- Descrizione operativa del comportamento (“come”):

aspetti qualitativi  osservazione

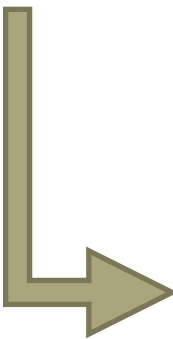
- Linea di base (“quanto”):

aspetti quantitativi  strumenti standardizzati

- Analisi Funzionale (“perchè”):

valore funzionale  **Alleanza Psicoeducativa**

(con la funzione del comportamento, ma non la forma)

- 
- Effetto arricchimento di stimoli sociali positivi
 - Effetto allontanamento delle situazioni avverse
 - Effetto stimolazione sensoriale

- Individuazione dell’intervento più adatto

L'intervento deve essere

PROATTIVO POSITIVO SOSTITUTIVO

Operazioni di base:

- Entrare in situazione, introducendo gradualmente nella situazione che gli crea lo stimolo antecedente per il comportamento problema;
- Definizione degli specifici comportamenti positivi sostitutivi;
- Accompagnamento, guida e aiuto al comportamento positivo;
- Valorizzazione del comportamento positivo (con rinforzo verbale);
- Frustrazione del comportamento problema, fare in modo che non ottenga gli effetti che l'analisi funzionale aveva evidenziato;
- Estensione e generalizzazione dell'intervento, modificando progressivamente le condizioni in cui sta avvenendo

Nel caso di comportamenti problema complicati e resistenti

INTERVENTO POSITIVO limitante (non sostituisce l'intervento positivo, ma aggiunge qualcosa ad esso)

- «PUNIZIONE»: evento psicologicamente negativo che viene fatto seguire a un comportamento con l'obiettivo di farlo cessare o diminuire.
- Per essere positivo non deve ricorrere a stimolazioni spiacevoli, ma sospendere temporaneamente una situazione positiva
 - Time out
 - Costo della risposta
 - Ipercorrezione
 - Blocco fisico

Funzione comunicativa

Necessità di insegnare una nuova forma di comportamento che porti al successo

- della richiesta che il soggetto vuole esprimere
- quanto quello problematico.

COMUNICAZIONE

DIMENSIONE PRESTAZIONALE

LINGUAGGIO

- CANALE COMUNICATIVO

DIMENSIONE INTERNA

PROCESSI DI PENSIERO

- ARGOMENTI PER LA COMUNICAZIONE

DIMENSIONE SOCIALE

INTERAZIONE CON L'ALTRO

MOTIVAZIONE A COMUNICARE

COMUNICAZIONE - ELEMENTO CENTRALE DELL'INTERVENTO PSICOEDUCATIVO

Ritardo sviluppo del linguaggio

+

difficoltà cognitive e di apprendimento

+

difficoltà comunicative



NECESSITA' DI SISTEMI ALTERNATIVI E INTEGRATIVI
(mimico-gestuali e simbolico-figurative)

- verifica e/o insegnamento di competenze basilari e del significato di causa /effetto dei suoi atti comunicativi

PRECURSORI COMUNICATIVI:

- contatto di sguardo,
- comunicazione gestuale,
- indicare dichiarativo, attenzione congiunta
- utilizzo delle immagini come strumento di comunicazione
- impostare e sostenere i concetti spazio- temporali
- schema visivo della giornata

Alleanza educativa

Il processo educativo

- offrire un sistema di comunicazione per affrontare il mondo “degli altri”, senza sentirlo sconosciuto, ostile, insignificante
- Solo una alleanza educativa che investe tutte le figure principali che ruotano intorno ai le figure principali soggetti con autismo, può permettere che crescano attraverso la relazione.

Vivere con un'incapacità autistica di Gunilla Gerland

breve estratto del discorso alla riunione annuale dell'Associazione Autismo Mondiale – svizzera Agosto 1999

Non c'è nessuna zebra con le strisce esattamente uguali alle altre

Vivere con un'incapacità autistica

Il mio nome è Gunilla Gerland ed ho 36 anni. Sono stata diagnosticata con autismo ad alto livello/sindrome di Asperger all'età di 29. Oggi sono una ricercatrice ma ho avuto delle grandi difficoltà quando ero più giovane. Cominciando dall'inizio, i miei genitori pensarono che fossi difficile da trattare; loro non riuscirono a trovare un vero contatto con me. Per esempio; spesso non rispondevo se mi chiamavano per nome. Ma non c'era nulla di sbagliato nel mio udito (come loro pensarono inizialmente). Dal mio punto di vista, non ritenevo che fosse così importante guardare le persone o rispondere quando loro parlavano.

Periodicamente avevo delle grandi collere; queste spaventavano mia madre perché non avevo limiti sociali al mio comportamento. Potevo gettare cose e dare calci e morsi se qualcuno tentava di venirmi vicino. Dicevano sempre che non c'era "ragione" per queste collere o che erano provocate da piccole cose. C'era comunque praticamente sempre una ragione per me, solo che gli altri non lo capivano. Potevo per esempio essere molto spaventata da un suono o da persone che facevano cose che non capivo.

Ero molto sola da bambina; non avevo amici. Anche se questo non mi infastidiva molto.

Avevo difficoltà a capire il mondo, e questo era molto frustrante. Il linguaggio, per esempio; le persone sembravano sempre voler dire qualche cosa'altro rispetto a quello che dicevano, ed io non capivo mai niente realmente. Tutte le parole e le espressioni vaghe erano molto difficili da afferrare per me, e, molte volte, incomprensibili.

Avevo molti problemi di percezione; ero molto sensibile al tocco ed ai suoni. Questo era molto difficile per me. Le mie abilità motorie erano molto cattive ed io inciampavo, cadevo, ed ero sempre per terra. L'Educazione fisica a scuola era un inferno; ero la peggiore di tutti.

La scuola era una tortura per me; nessuno capiva i miei problemi e pensavano solo che fossi malata e, naturalmente, viziosa e maleducata. Sentii sempre che ero una bambina difficile e diversa. Gli altri bambini si divertivano di me o mi colpivano ed io ero veramente angariata a scuola.

Ero molto brava in alcune materie ed avevo grande difficoltà con altre; ancora oggi la mia intelligenza è molto disuguale. Sono estremamente brava a fare delle cose e totalmente persa in altre. Le mie abilità e i talenti per il linguaggio, la scrittura e la lettura, convincevano le persone che ero una bambina brillante. Quindi, quando facevo malamente le altre cose, erano sicuri che fossi pigra, malata e, naturalmente, maleducata. Queste cose mi furono dette durante tutta la mia infanzia.

Il mio scarso senso d'orientamento mi rese difficile la scuola; non sapevo trovare la sala di pranzo o tornare indietro in classe. Se tentavo di dire ai miei insegnanti che non sapevo trovare la strada loro dicevano solo "chiaramente conosci la strada; l'hai fatta cento volte". Quindi dovetti sviluppare delle strategie; come seguire alcuni miei compagni di classe. Questo era un problema così come la prosopagnosia, ossia la difficoltà nel riconoscimento dei volti.

Come ho già detto, l'educazione fisica era terribile, ed io mi sentivo umiliata a partecipare quando non riuscivo in niente. Desideravo che mi negassero la partecipazione. Gli insegnanti erano molto frustrati dal mio comportamento.

Ciò che provocò grandi problemi a scuola ed anche qualche tempo fa, è quello che chiamerei la mia mancanza assoluta e genuina di senso d'autorità; con questo voglio dire che io non ho mai capito che qualcuno può avere diritto a decidere quello che dovrei fare. Sento che nacqui senza questo senso, che veramente non capii che i miei genitori o gli altri adulti avevano diritto a dirmi cosa fare, ma agli altri apparivo sempre come un provocatore consapevole.

Un altro problema che ho avuto ed ho ancora è con l'automatismo. Questi problemi non sono ben descritti nella letteratura sull' autismo, anche se non penso di essere la sola. Ho dovuto programmare di fare molte cose che gli altri "ottengono liberamente " dai loro sistemi nervosi. Imparare a nuotare e ad andare in bicicletta mi richiese molto più tempo e sforzo che per un bambino medio. Alcune cose, come spazzolarmi i denti sono ancora un movimento non automatico per me. Le mie scarse abilità negli automatismi motori è rilevata anche nei test, e vedere i risultati dei test mi fece realmente capire meglio perché ho delle difficoltà così grandi. La cosa divertente è che quando uno fa tutto come se fosse la prima volta (quale è il caso di chi ha scarse abilità motorie ed automatiche) di solito migliora o è più pulito di altre persone - questo rende anche più duro per gli altri capire chi ha un problema come questo.

Dopo la scuola ho tentato di lavorare. Non avevo idea di come comportarmi socialmente nel lavoro, così non duravo a lungo. Mi affaticai anche molto sul lavoro, e non capii perché non riuscissi a mantenere un lavoro. Avevo permessi di malattia per periodi a lungo termine ed ero in contatto con gli psichiatri. Nessuno mi diagnosticò o seppe dirmi quelli che erano i miei problemi, mi suggerirono la terapia. Fui in psicoterapia psicodinamica per molti anni e non mi aiutò, al contrario mi sentii offesa dall'incapacità dei terapeuti di ascoltare quello che percepivo come i miei veri problemi. Il terapeuta avrebbe voluto spiegare tutto come risultato di una disfunzione di crescita familiare.

Casualmente scoprii il mio vero problema, e fu diagnosticato. Quella fu una delle migliori cose che mi siano accadute. La diagnosi mi mise anche in contatto con molte persone aventi diagnosi all'interno dello spettro autistico ed alcuni di loro sono divenuti miei amici.

Ritengo importante dire alle persone che ci sono molti miti sull'autismo, e sull'idea di cosa l'autismo "realmente sia ". La verità è che l'autismo è quello che è definito nei criteri diagnostici e che le persone con l'autismo possono essere molto diverse l'una dall'altra, noi siamo persone del tutto diverse, con personalità diverse, con storie ed esperienze diverse e questo dovrebbe essere capito e rispettato da tutti.

<http://www.asperger.it/?q=node/109>

Sull'attenzione congiunta (appendice)

- Verso i nove mesi fa la sua comparsa il co-orientamento visivo o monitoraggio dello sguardo (gaze monitoring) in cui il bambino segue spontaneamente la linea dello sguardo dell'adulto quando questa cambia direzione; il bambino dunque guarda ciò che l'adulto sta guardando.
- Poco dopo, tra i nove e i dodici mesi, si sviluppa un'altra capacità: la comprensione e la produzione del gesto di indicare con il dito gli oggetti (pointing), allo scopo di attirare l'attenzione dell'altro (baron cohen, 1995). Questi due comportamenti sono espressione dell'acquisita capacità di attenzione congiunta, termine con il quale si intendono diversi comportamenti, tra i quali, oltre al coorientamento visivo e il gesto di indicare vi sono lo sguardo referenziale e gesti come il dare e il mostrare.
- La sguardo referenziale è la capacità del bambino di capire dove qualcuno sta guardando e di usare la direzione dello sguardo per dirigere l'attenzione dell'altro su qualcosa.
- Baron cohen distingue il gesto di indicare in proto-imperativo, che viene definito come l'indicare al fine di ottenere un oggetto per mezzo di qualcuno e l'indicare proto-dichiarativo, che viene definito come l'indicare al fine di commentare o fare osservazioni sulla realtà esterna.
- L'indicare proto-dichiarativo implicherebbe il prendere in considerazione gli stati mentali dell'altro, poiché comporta il tentativo di attirare e quindi condividere l'attenzione con l'altro su un oggetto per lui interessante, piuttosto che ottenerlo. Questo comportamento che si sviluppa spontaneamente nei bambini normodotati ha scopi comunicativi e richiede capacità attentive e motivazionali.

Esistono due tipi di attenzione congiunta:

- Rispondere all'attenzione congiunta:
 - Seguire la linea di direzione dello sguardo (lo sguardo e indicare) di un partner sociale (es: guardare dove gli altri stanno guardando)
- Iniziare l'attenzione congiunta:
 - Utilizzare gli indizi non verbali (contatto oculare, gesti) per dirigere l'attenzione altrui verso gli eventi e/o gli oggetti di interesse

L'acquisizione di queste abilità consente al bambino di regolare le interazioni sociali con il mondo esterno.

- Diversi studi dimostrano che impegnarsi in attività di attenzione congiunta contribuiscono allo sviluppo delle
- abilità simboliche nei bambini, importanti per lo sviluppo del linguaggio e del gioco simbolico (Mundy et al., 1993; Hobson, 1993).
- I bambini con autismo presentano deficit di attenzione congiunta, sebbene meno nello sviluppo dell'indicazione proto-imperativo (con lo scopo di richiedere)

Metodi di trattamento diffusi

- Metodo Etodinamico, A.E.R.C.
- Il Programma T.E.A.C.C.H.
- La Therapie d'Exchange et Developpement
- La psicoanalisi e la terapia delle psicosi infantili
- La terapia familiare sistemica
- Le terapie farmacologiche

- Metodo A.B.A. (Applied Behavior Analysis) Analisi comportamentale applicata

- Metodo Delacato
- Comunicazione facilitata
- Training uditivo
- Intervento comportamentale precoce di Lovaas
- Floortime di Greenspan
- Natural Aided Language di Cafiero
- La terapia logopedica
- La terapia psicomotoria
- Musicoterapia
- Animal Assisted Therapy