



AZIENDA U. S. L. 6 LIVORNO
Zona Livornese
DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE
Unita' Funzionale Salute Mentale Infanzia
Adolescenza

Ospedale di Livorno Tel. 0586 - 223160
Resp. dr.ssa M.T. Toler



Livorno, febbraio 2015

HANDICAP: PROBLEMI COGNITIVI
E
SOCIO-AFFETTIVI LEGATI
ALL' APPRENDIMENTO E
ALL' INSERIMENTO SCOLASTICO

DEFINIZIONI

- **MENOMAZIONE**
- **DISABILITA'**
- **HANDICAP**

OMS (Organizzazione Mondiale della Sanita') 1980

- **MENOMAZIONE:**

perdita o cattivo funzionamento a carico di un organo o di una funzione psicologica

- **DISABILITA':**

limitazione o perdita (conseguente alla limitazione) della capacità di compiere una attività

- **HANDICAP:**

condizione di svantaggio e/o di disagio sociale che deriva dalla menomazione/disabilità

Fondamentali tipologie di handicap

- Disabilità mentale
- Disabilità motoria
- Disabilità psicopatologica
- Disabilità visiva
- Disabilità uditiva

PSICOLOGIA DELLO SVILUPPO

- Sequenza ordinata di mutamenti comportamentali, che procede verso una maggiore differenziazione e complessità
- Lo sviluppo psicologico di un individuo è il risultato della interazione continua tra fattori genetici e fattori ambientali
- I comportamenti che sono normali ad una età sono anormali ad un' altra

- La struttura della personalità di una persona adulta, sebbene soggetta a mutamenti per tutta la vita, raggiunge un equilibrio che è il risultato delle diverse linee di sviluppo, le quali si sono più o meno armonizzate tra loro
- L' individuo adulto è la risultante dell' intreccio continuo tra lo sviluppo affettivo, cognitivo, neuropsicologico, sociale

Lo sviluppo affettivo

- Lo studio dello sviluppo dell' **apparato psichico** del bambino è stato affrontato da più punti di vista, che si intrecciano tra loro
- Teoria psicanalitica: S. Freud, A. Freud, M. Klein, R. Spitz, M. Malher, D. Winnicott, W. Bion
- Teoria dell' attaccamento: J. Bowlby
- Teoria della mente: U. Frith, A. Leslie

Lo sviluppo cognitivo

- Sviluppo delle attività intellettive, quindi dell' **intelligenza**
- Modello psicogenetico di Piaget
- Ogni acquisizione del pensiero che si sviluppa ha in sé le condizioni precedenti e prepara la condizione successiva

Lo sviluppo neuropsicologico

- Sviluppo delle **funzioni**: i processi di acquisizione che sono correlati ai meccanismi anatomo funzionali che li sottendono
- Il linguaggio
- L'apprendimento
- L'attenzione
- La memoria

Lo sviluppo sociale

- Processo mediante il quale l'individuo acquista un insieme di abilità, sentimenti, comportamenti, che lo mettono in grado di **partecipare alla vita di relazione**
- Modelli di apprendimento via via più complessi in età evolutiva, che portano l'individuo adulto ad assumere comportamenti in gran parte simili a quelli del gruppo di appartenenza

- **Intelligenza:** forma superiore di interazione adattiva tra l'uomo e l'ambiente
- **Assimilazione:** il soggetto struttura il dato esterno secondo la propria organizzazione e ciò gli permette di conoscerlo e di attribuirgli un significato
- **Accomodamento:** il soggetto modifica il proprio schema interno per renderlo più idoneo all'ambiente
- **Adattamento:** equilibrio costante tra capacità di assimilazione e di accomodamento

LA PRIMA INFANZIA

- 0 - 2 anni
- Deambulazione autonoma
- Dalla dipendenza alla coscienza di sé
- **Pensiero senso motorio**
- Nascita del linguaggio
- Prime competenze sociali

Lo sviluppo intellettuale

- Forma di intelligenza anteriore al linguaggio, legata ai sensi e alle azioni, in assenza di funzione simbolica
- Il bambino è incapace di raffigurarsi mentalmente la realtà che percepisce
- *«...in mancanza di linguaggio e di funzione simbolica le capacità adattive si sviluppano sulla base esclusiva delle percezioni e dei movimenti, dunque per mezzo di una coordinazione senso motoria delle azioni, senza l'intervento della rappresentazione»*

LA SECONDA INFANZIA

- 3 – 5/6 anni
- Rafforzamento dell' Io
- Superamento del conflitto edipico
- Sviluppo del linguaggio
- **Pensiero preoperatorio**
- Inserimento sociale

Lo sviluppo intellettuale

- Intelligenza rappresentativa: capacità di evocare un oggetto, un avvenimento, ecc. mediante un gesto, una parola, una rappresentazione grafica
- Utilizzo del gioco simbolico, della rappresentazione grafica e mentale, del linguaggio
- Non vi è ancora accesso al concetto di reversibilità: la rappresentazione mentale aderisce al percorso della percezione

L' ETA' DI LATENZA

- 7 – 10/11 anni
- Sviluppo del super Io
- Sviluppo dell' Apprendimento
- **Pensiero operatorio concreto**
- Adesione alle regole sociali

Lo sviluppo intellettuale

- Concetto di reversibilità: alla riunione corrisponde la dissociazione, alla addizione la sottrazione, ecc.
- Capacità di agire su azioni mentali che si svolgono su oggetti manipolabili
- Capacità di classificare, seriare, compiere azioni matematiche
- Il pensiero è comunque concreto: ciò che è e non ciò che potrebbe essere

L' ADOLESCENZA

- 12 – 18 anni
- Problema dell' identità
- Sviluppo corporeo e sessuale
- Insorgenza di nuove pulsioni e riemergere di antichi conflitti con profonde mutazioni della vita interiore affettiva
- **Sviluppo del pensiero con la nascita del pensiero astratto o formale**
- Sviluppo morale con la costruzione di un sistema di valori

Lo sviluppo intellettuale

- Capacità di ragionare su enunciati, su ipotesi
- Capacità di immaginare, prima di ogni sperimentazione, tutte le possibili variabili e di trarne deduzioni
- Capacità di accedere a pensieri e concetti puramente astratti
- Conseguenze rilevanti sul mondo sociale: capacità di riflettere sul proprio pensiero e su quello degli altri: teorie, sistemi filosofici, ordinamenti sociali

DISABILITA' MENTALE

- **Intelligenza:** abilità di ragionamento, di comprensione, di acquisizione di conoscenze, di trarre vantaggio dalla esperienza, di adattarsi a situazioni nuove.
- **Disabilità mentale:** è una complessa condizione della mente che si realizza entro i 18 anni e che implica un difetto di sviluppo delle funzioni astrattive, della conoscenza e dell' adattamento.

- **Definizione dell'OMS:** “E’ l’insieme di una vasta gamma di condizioni (cause, patologie, ecc.) che hanno in comune uno sviluppo incompleto della psiche, tale che l’individuo è incapace di adattarsi all’ambiente sociale in modo sufficiente e ragionevole”

- **Nello sviluppo normale** le funzioni permettono un pensiero fondato sulla interiorizzazione dell' esperienza e in particolare sulla capacità di astrarre da essa le leggi che regolano gli eventi, i rapporti di causa-effetto; si sviluppano le capacità di formulare ipotesi e deduzioni, le capacità di distinguere i confini tra il mondo reale e il mondo del possibile.

- **Nel ritardo mentale** il pensiero resta strettamente dipendente dall'esperienza, le percezioni non riescono a generalizzarsi, il ragionamento è imitativo e non sviluppa capacità espressive e/o costruttive originali, il linguaggio è povero, non diventa linguaggio interno.

- Oggi appare chiaro che i meccanismi intrinseci che determinano il quadro della disabilità mentale non sono dovuti ad un “ritardo di sviluppo” ma piuttosto ad un “**disturbo strutturale**” dell’ organizzazione della mente che genera una categoria patologica.

- **Nell' ottica dello sviluppo**, i primi processi mentali del bambino sono quelli della integrazione: percettiva, percettivo-motoria, motivazionale, comportamentale. Il processo prosegue fino ai vertici più alti: la conoscenza, la critica, la vita affettiva, il giudizio morale.
- Processi via via più complessi che permettono l' adattamento e che sono le spinte basali dello sviluppo.

- Tutta la psicopatologia grave è legata ad un difetto precoce di queste spinte basali della personalità, sia quelle che danno origine ad un danno delle capacità cognitive, sia quelle più strettamente psichiatriche legate a difetti della identità e dell' adattamento sociale.

Come si manifesta

- Difetto di assimilazione dell'esperienza
- Difetti di organizzazione motoria
- Difetti di linguaggio
- Impossibilità di accedere al pensiero astratto
- Disomogeneità cognitiva
- Difetto di autocoscienza

- Apprendimento più lento e difficile
- Ritardo affettivo e disarmonie della personalità
- Disturbi della condotta

Caratteristiche qualitative del pensiero

- Concretezza
- Rigidità/Viscosità
- Difficoltà della capacità di pianificare
- Difficoltà a mettere in atto attività immaginative e creative
- Peculiarità dell' esperienza percettiva
- Coinvolgimento delle abilità comunicativo-linguistiche
- Difficoltà negli apprendimenti scolastici

Caratteristiche qualitative della personalità

- Impulsività
- Ansia e paura dell' insuccesso
- Disturbi della condotta
- Depressione
- Tendenza al ritiro
- Bassa tolleranza alle frustrazioni
- Passività e eccessiva dipendenza dall' ambiente

Valutazione psicometrica: WISCH - IV

- **Quoziente intellettivo: rapporto tra età mentale e età cronologica**
- 85 – 70 fascia borderline
- 69-55 ritardo lieve 85%
- 54-40 ritardo medio 10%
- 39-25 ritardo grave 3-4%
- 24-0 ritardo profondo 1-2%

Il deficit cognitivo lieve

QI 69-55

- Povertà precoce di tutti gli interessi cognitivi e degli schemi comunicativi
- Rallentamento di tutte le acquisizioni e degli apprendimenti
- Povertà di linguaggio
- Immaturità affettiva
- Apprendimenti sufficienti nella scuola primaria; difficoltà nelle scuole successive
- Autonomia sufficiente

- Pensiero operatorio concreto: età mentale dai 7 ai 10/12 anni
- Competenze scolastiche riferibili alla scuola primaria
- Possibilità di recupero notevoli; possono restare esclusi solo i livelli più alti di astrazione

Il deficit cognitivo medio

QI 54-40

- Pensiero preoperatorio: età mentale 5-7 anni
- Competenze scolastiche: primo ciclo della scuola primaria
- Discrete capacità comunicative
- Immaturità affettiva pronunciata
- Relativa autonomia nei luoghi familiari
- L' autonomia sociale necessita di supporto

·
·

Problematiche connesse a situazioni di gravità – $QI < 40$

- Pensiero senso motorio/rappresentativo iniziale: l'età mentale non oltrepassa i 3-4 anni
- Assenza o grave deficit linguistico
- Scarsa o nulla autonomia
- Mancato accesso al mondo della simbolizzazione con incapacità di elaborazione culturale
- Isolamento o vero ritiro affettivo

- Frequenti stereotipie (dondolamenti)
- Grande impulsività o scariche aggressive
- Autolesionismo
- Estrema rigidità cognitiva e affettiva (primitività dell' espressione emotiva)
- Assenza o quasi di apprendimenti scolastici
- Autonomia scarsa o nulla

Le forme “limite” o “borderline”

- Le capacità cognitive sono condizionale da fattori prevalentemente sociali o affettivi
- La sintomatologia si manifesta solo in alcuni contesti (scuola, apprendimento) ma non coinvolge i rapporti interpersonali e l'adattamento alla vita pratica
- La mancanza di dinamismo intellettuale può essere rimossa con stimoli appropriati

- Il profilo psicometrico è spesso caratteristico: sono maggiormente penalizzati i test verbali di comprensione e di cultura
- Spesso con la rimozione delle cause estrinseche le prestazioni intellettive possono normalizzarsi
- Necessità di agire tempestivamente (in contrasto con il ritardo con cui si evidenzia: secondo ciclo della scuola primaria). Attivazione BES.
- Rischio di sviluppo di un vero ritardo mentale

Cause

Tutte le situazione che interferiscono con una normale organizzazione e un adeguato sviluppo del SNC

- Fattori genetici (m. malformative, ecc.)
- Alterazioni cromosomiche (S. di Down)
- Malattie metaboliche
- M. endocrine (ipotiroidismo)

- Fattori prenatali (infezioni, farmaci, ecc.)
- Fattori perinatali (prematurità, asfissia)
- Fattori postnatali (encefaliti, epilessie gravi, malattie che coinvolgono il sistema nervoso centrale)

Strategie di intervento sulle funzioni cognitive

- Tecnica di rapporto interumano con due obiettivi essenziali:
- stimolare e sostenere le capacità cognitive e l' apprendimento
- arricchire e armonizzare la vita affettiva e l' adattamento sociale

- *Lo sviluppo delle funzioni basali*
- **la motricità:** rendere possibili movimenti complessi con finalità costruttive ed espressive
- **Il linguaggio:** stimolare le associazioni tra gesto e parole, ampliare il vocabolario, favorire la coerenza comunicativa, stimolare la memoria linguistica, ecc.

- *Lo sviluppo delle funzioni del pensiero*
- **L' attenzione:** invito a soffermarsi sui propri comportamenti e sulle conseguenze, riduzione della lunghezza dei compiti, suddivisione del compito in parti, rinforzo degli stimoli percettivi, ecc.
- **La memoria:** stimolare la “memoria di lavoro”

- **La rappresentazione:** ricordo di immagini, disegno, recitazione, narrativa, ecc.
- **La cognizione:** difficoltà di problem solving -> semplificazione della informazione e guida diretta alla sua elaborazione
- **La metacognizione:** stimolare la flessibilità del ragionamento -> generalizzare ogni acquisizione trasferendola a contesi meno familiari, rafforzare la consapevolezza delle esperienze, ecc.

Intervento nel RM grave

- Controindicato l' accanimento riabilitativo centrato su singole abilità
- Obiettivo principale: migliore l' assetto possibile della globalità della persona
- Benessere e qualità della vita
- “Prendersi cura”: approccio equidistante tra il curare e l' assistere

Strategie di intervento sugli aspetti affettivo-relazionali

- *Adulto come “io ausiliario”:*
- rafforzare la fragilità e l'insicurezza psicologica
- migliorare l'autostima
- innalzare il livello di tolleranza alle frustrazioni
- migliorare le capacità di autonomia

- *Come?*
- Proporre un modello di legame affettivo solido e affidabile
- Proporre compiti **gradatamente** più impegnativi, valorizzando i successi
- Favorire l' integrazione con i coetanei
- Proporre interventi che favoriscono le funzioni rappresentative partendo da esperienze concrete
- Rafforzare l' autoscienza delle esperienze

SINDROME DI DOWN

- 1 Cromosoma in più rispetto al normale: 47 cromosomi invece di 46 (Trisomia 21)
- Più frequente se la madre ha più di 45 anni o meno di 20
- Lineamenti caratteristici
- Ritardo Mentale di grado variabile
- Spesso carattere armonico e socievole
- Integrazione scolastica e sociale

DISABILITA' MOTORIA

- **Paralisi Cerebrali Infantili**
- **Malattie Neuromuscolari**
- **Malformazioni del Sistema Nervoso**
- **Malattie Genetiche e Cromosomiche**
- **Traumi, incidenti, malattia del sistema nervoso, ecc.**

PARALISI CEREBRALE INFANTILE

E' un disturbo motorio di origine encefalica,
come esito di una affezione precoce
dell'encefalo

- > Quadro esitale, non evolutivo
- > Insorgenza precoce (entro i 3 aa.)

Cause

- Prenatali
- Connatali
- Postnatali
- Cause Prenatali: alterazioni della placenta, infezioni materne, ecc.
- Cause connatali: eventi che si verificano durante il parto e che determinano una diminuzione di ossigeno al cervello e/o una emorragia
- Cause postnatali: infezioni, traumi, ecc.

Sintomi

- Spasticità: ipertonia, cioè rigidità dei muscoli.
 - > difficoltà al cammino o impossibilità a camminare
 - > tetraplegia, emiplegia, diplegia, ecc.
- Disturbi sensitivi: della sensibilità generale

- Disturbi sensoriali: dell'udito e della vista
- Disturbi del linguaggio: difficoltà a parlare o assenza di linguaggio, difficoltà dell'articolazione, ecc.
- Epilessia
- Disturbi psichici: ritardo intellettivo e/o disturbi psichiatrici

Terapia

- Tenere presenti tutti gli aspetti nella globalità della persona
- Fisioterapia
- Terapia farmacologica
- Assistenza e Integrazione Scolastica e Sociale

DISTROFIA MUSCOLARE

- Malattia genetica
 - 1 su 25.000
 - Esordisce nei primi 3 anni di vita
 - All'inizio: difficoltà a salire le scale o alzarsi da terra
 - Malattia progressiva con difficoltà a camminare per mancanza di forza, poi uso della carrozzina
 - 10% RM di vario grado, il resto QI nella norma

SPINA BIFIDA

- Malformazione del Sistema Nervoso che si verifica nei primi 2 mesi di gravidanza
- I bambini mostrano vari gradi di paralisi agli arti inferiori
- Spesso impossibilità a camminare e uso della carrozzina
- Incontinenza con frequenti infezioni urinarie (uso del catetere)
- Alterazioni della sensibilità
- Sviluppo intellettuale nella norma

DISABILITA' PSICOPATOLOGICA

- **Disturbi di personalità**
- **Psicosi**
- **Autismo**

AUTISMO

- **Disturbo della relazione e della comunicazione**
- SINPIA: sindrome comportamentale, espressione di un disordine dello sviluppo, risultante di processi biologicamente e geneticamente determinati, con esordio prima dei 3 anni di vita.

- Si tratta di una **patologia precoce e grave** che altera complessivamente la crescita del sistema comunicativo verbale e non verbale, i meccanismi che orientano ed organizzano l'interazione sociale reciproca e la vita di relazione; comporta inoltre disturbi del comportamento, limitazione degli interessi, attività ripetitive e stereotipie.

- La conseguenza di questa alterazione generale delle linee di sviluppo è la comparsa di una **disabilità permanente** in quanto accompagna il soggetto nel suo ciclo vitale, anche se le caratteristiche del deficit sociale assumono un'espressività variabile nel tempo.

Le aree prevalentemente interessate sono quelle relative:

1. alla interazione sociale
2. alla capacità di comunicare idee e sentimenti

Aree deficitarie nell'Autismo

- **SOCIALIZZAZIONE**
- **COMUNICAZIONE**

Disturbo della **socializzazione**

- a) Compromissione marcata nell'uso di svariati comportamenti non verbali che regolano i comportamenti sociali (sguardo, gesti, mimica, posture)
- b) Incapacità a instaurare relazioni con i pari adeguate al livello di sviluppo (mancanza di amici)
- c) Mancanza della ricerca spontanea della condivisione di esperienze

- d) Mancanza di reciprocità sociale ed emotiva
- e) Mancanza o scarsità del contatto oculare
- f) Sensazione che il soggetto escluda gli avvenimenti esterni e che viva in un mondo solo suo

Disturbo della comunicazione

- a) Ritardo o mancanza di linguaggio espressivo
- b) Deficit della conversazione
- c) Uso stereotipato o eccentrico del linguaggio (ecolalie, 2° o 3° persona)
- d) Mancanza di gioco di finzione o di imitazione sociale adeguata all'età

Segni precoci di autismo

- Assenza dell' incontro dello sguardo
- Assenza della risposta al sorriso
- Assenza di comportamenti relazionali anticipatori
- Preferenza per oggetti duri e metallici
- Assenza dell' oggetto transizionale
- Preferenza di utilizzo di canali sensoriali prossimali: tatto, gusto, olfatto

- Presenza di stereotipie gestuali
- Assenza del pointing
- Se presente, il linguaggio è ecolalico ed espresso in 2° o 3° persona; non ha intenzionalità comunicativa
- Aree circoscritte di particolari abilità: puzzle, memoria visiva
- RM: disponibilità alla relazione, socievolezza

Sindrome di Asperger

- **Aree compromesse:**
 - Comunicativa
 - Sociale
 - Sensoriale

- **Aree funzionanti:**
 - Cognitiva
 - Linguistica

Difficoltà nella comunicazione

- Interpretazione letterale del linguaggio
- Pronuncia precisa, pedante delle singole lettere
- Incapacità ad interpretare il linguaggio non verbale
- Lessico ricercato, forbito, comprensione a volte parziale, interpretazione letterale
 - Prosodia: enfasi, inflessione, volume, tono che forniscono significato implicito al messaggio: monotono, cantilenante
 - Registro: inadeguato al contesto

Il livello della ricezione del linguaggio è inferiore a quello del linguaggio espressivo

Difficoltà sociale

- Incapacità o scarso desiderio ad allacciare amicizie
- Difficoltà a mantenere una conversazione
- Difficoltà a valutare la pertinenza di un argomento
- Incapacità di rispettare il proprio turno
- Violazione dello spazio personale
- Incapacità di interpretare la gestualità e le espressioni del viso
- Passività/aggressività
- Reazioni affettive inadeguate
- Difficoltà ad assumere la prospettiva altrui (deficit di “teoria della mente”)

Difficoltà sensoriale

- Problemi di integrazione sensoriale
- Alterazione sia dei recettori “*da vicino*” (tatto, gusto, odorato) che di quelli “*da lontano*” (vista, udito)
- Ipersensibilità ai “rumori di fondo” (problemi di attenzione a scuola)
- Ipersensibilità al tono alto della voce
- Effetto positivo di rinforzo della musica

Caratteristiche cognitive

- Stile cognitivo analitico (attenzione ai dettagli piuttosto che all'idea generale)
- Difficoltà a interpretare l'informazione multimediale (elaborazione di più stimoli contemporaneamente)
- Difficoltà ad organizzare le conoscenze in modo sistematico
- Difficoltà di generalizzazione, scarsa creatività
- Disturbi specifici d'apprendimento (disgrafia, discalculia)
- Impulsività
- Alto funzionamento in alcune aree specifiche

Cause

- disturbo neurobiologico (sulla base di evidenze genetiche e neuro-radiologiche)
- che si manifesta come grave alterazione dei meccanismi del funzionamento mentale.
- e che ha come “via finale comune” una sindrome comportamentale complessa

- **Basi biologiche**
- **Modelli interpretativi**

Basi biologiche

- Fattori genetici
- Forme sintomatiche: 15% in autismo
- Alterazioni strutturali: cervelletto, lobo temporale, lobo frontale, strutture sottocorticali
- Alterazioni della proliferazione neuronale
- Alterazione dei livelli di alcuni neurotrasmettitori
- Alterazione sistema dei “neuroni specchio”

- I “**neuroni specchio**” sono dei sistemi neuronali che sembrano attivarsi quando un soggetto osserva un comportamento o una emozione in un'altra persona; comportamento o emozione che egli ha messo in atto in precedenza ed ha acquisito. Nel cervello si imprime un “riconoscimento” dell' azione, osservata su un' altra persona
- Esperimenti condotti su soggetti autistici sembrano indicare un ridotto funzionamento di questi neuroni

Modelli interpretativi

I modelli interpretativi della clinica mirano a definire le caratteristiche del funzionamento mentale di tipo autistico da cui discendono i comportamenti che caratterizzano il quadro clinico. Le ipotesi patogenetiche che sembrano riscuotere i maggiori consensi sono:

Teoria socio-affettiva

- Parte dal presupposto che l'essere umano nasce con una predisposizione innata ad interagire con l'altro. E' un bisogno primario che appartiene al corredo genetico del bambino, come patrimonio della specie e che viene definito con diversi termini (“intersoggettività primaria”, “empatia non inferenziale”). Il neonato mostra una particolare predilezione per gli stimoli di natura sociale.

- Tre sono le aree individuate come deficitarie nelle fasi precoci dello sviluppo sociale che possono essere ritenute responsabili dell'autismo: 1) la relazione interpersonale precoce 2) l'attenzione condivisa 3) le capacità imitative

Teoria della Mente

- Con questo termine si intende la capacità di riflettere sulle emozioni, sui desideri e sulle credenze proprie e altrui e di comprendere il comportamento degli altri in rapporto non solo a quello che ciascuno di noi *sente*, *desidera* o *conosce* ma in rapporto a quello che ciascuno di noi *pensa che l'altro sente*, *desidera* o *conosce*.

- Si tratta di un modulo cognitivo che matura progressivamente nel tempo per realizzarsi intorno ai 4 anni. Sguardo referenziale, attenzione condivisa e gioco di finzione permetterebbero al bambino di appropriarsi gradualmente di conoscenze sugli altri, di sistematizzarle e di rappresentarle in modo complesso.
- Il bambino autistico non accede ad una teoria della mente

Conclusioni

- Si ritiene che in età adulta i 2/3 dei soggetti non sia in grado di raggiungere una sufficiente autonomia, ma richiedano una qualche forma di assistenza.
- I soggetti con più elevato funzionamento possono migliorare le loro competenze cognitive e comunicative, ma restano generalmente più evidenti le difficoltà nelle interazioni sociali.

I RISCHI PER LO SVILUPPO NEUROPSICHICO DEL BAMBINO IPOACUSICO

- Impossibilità a percepire gli stimoli esterni che rappresentano l' input su cui si innescano i processi di sviluppo
- Cosa succede al neonato sordo che può controllare l' ambiente solo con la vista?
- Linguaggio come regolatore e modulatore della comunicazione, ma anche delle azioni e dei comportamenti

Lo sviluppo linguistico e cognitivo

- Nel bambino piccolo si ha prima la percezione dei suoni e poi l'imitazione
- Competenze comunicative del neonato
- Fase del Babbling (6-7 mesi)
- Fino a questo periodo sviluppo linguistico del bambino sordo sostanzialmente nell'norma
- Periodo critico: regressione del linguaggio e allarme dei genitori

- Altri segni di allarme:
- contrasto tra la scarsa risposta agli stimoli sonori e la spiccata reattività agli stimoli visivi
- vivacità dello sguardo
- maggiore investimento del canale gestuale
- iniziale tendenza all'isolamento

- Altri segni di allarme:
- contrasto tra la scarsa risposta agli stimoli sonori e la spiccata reattività agli stimoli visivi
- vivacità dello sguardo
- maggiore investimento del canale gestuale
- iniziale tendenza all'isolamento

- Rapporto tra lo sviluppo linguistico e le competenze cognitive
- La interazione tra queste funzioni simboliche è possibile indipendentemente dal codice comunicativo utilizzato (verbale, dei segni)
- Alla luce dei recenti progressi (diagnosi precoce, impianto, ecc.) l' esposizione al linguaggio verbale può essere molto più precoce ed assume un forte significato sociale

- Più penalizzati i bambini nei quali, per vari motivi, la diagnosi ed il recupero avvengono dopo i 36 mesi
- Primi 3 anni di vita periodo di massima plasticità cerebrale
- Caratteristiche del linguaggio nei bambini con diagnosi tardiva:
 - difficoltà fonetiche, grammaticali, morfosintattiche
 - povertà lessicale
 - difficoltà di comprensione verbale

- Approccio alla educazione linguistica:
 - affrontare la sordità solo dal punto di vista tecnico non garantisce buoni risultati
 - importante utilizzare inizialmente tutti i canali comunicativi investiti dal bambino in precedenza
 - saper attendere e motivare il bambino a questa nuova esperienza integrando il canale verbale con le esperienze precedenti del bambino: visive, corporee, gestuali

Le altre funzioni superiori

- Nelle prime fasi di sviluppo l' intervento verbale dell' adulto guida l' azione e la inserisce nel contesto
- L' azione regolatrice del linguaggio modula e contiene l' esplorazione caotica dell' ambiente tipica del bambino piccolo
- Quando l'input linguistico arriva in ritardo: frequenti tratti di instabilità attentiva, iperattività e impulsività del carattere

Lo sviluppo emotivo e relazionale

- Il fatto di nascere sordi o di diventarlo precocemente non è necessariamente causa di sviluppo emozionale patologico
- Importanza dell' intreccio di molte variabili: famiglia, ambiente, temperamento innato, epoca della diagnosi, ecc.
- Necessario coinvolgere e sostenere nel percorso la famiglia e gli operatori scolastici

- Discontinuità nella comunicazione possono essere vissute come momenti di abbandono, con conseguente sviluppo di meccanismi di ipercontrollo
- Assenza della funzione rassicurante del linguaggio sugli stati d' animo (emozioni, paure) e conseguente rischio di stati di ansia e insicurezza

- Linguaggio con funzione di “organizzatore a distanza”
- La carenza di tale funzione può aumentare nel bambino il proprio egocentrismo e sviluppare dipendenza dall’ adulto
- Processo di separazione entro il 3° anno di vita: interiorizzazione delle figure di riferimento

- Processo nel quale il linguaggio riveste un ruolo molto importante
- L' acquisizione di questa competenza permette al bambino il graduale processo di autonomia psicologica e sociale
- Rischio di sviluppare disturbi di ansia da separazione (inserimento alla scuola dell' infanzia, prima esperienza sociale)
- Maggiore vulnerabilità alla relazione e rischio di sviluppare, nel gruppo classe, meccanismi di difesa quali tendenza all' isolamento e/o comportamenti impulsivi

BAMBINI AGITATI CHE NON SI COMPORTANO BENE

- Cause sociali
- Motivi familiari e/o ambientali
- Disagio soggettivo del bambino

BAMBINI CON DISTURBO DA DEFICIT DELL'ATTENZIONE E IPERATTIVITA'

- Vero DISTURBO psicologico
- Riconosciuto dalle Società Scientifiche
- Necessita di una diagnosi esatta e di una terapia

BAMBINI CON PROBLEMI DI COMPORTAMENTO

A) CAUSE SOCIALI



- Uso del benessere (“malessere del benessere”)
- Media e videogiochi
- Ritmi di vita
- Comunicazione / Ascolto

BAMBINI CON PROBLEMI DI COMPORTAMENTO

B) *MOTIVI FAMILIARI / AMBIENTALI*

- Separazione conflittuale dei genitori
- Allontanamento / Perdita di un genitore
- Presenza in famiglia di una persona gravemente malata (nonno, un parente con una malattia psichiatrica ecc.)
- Ambiente di vita troppo caotico e senza regole

BAMBINI CON PROBLEMI DI COMPORTAMENTO

C) *DISAGIO SOGGETTIVO DEL BAMBINO*

- Presenza di una malattia organica
- Fragilità emotiva e psicologica
- Presenza di tratti depressivi, ansia ecc.
- Difficoltà scolastiche
- Disturbo della condotta

ADHD

- Attention deficit hiperactivity disorder
- Disturbo da deficit di attenzione con iperattività

CHE COS'E' L'ADHD

Disturbo evolutivo dell'autocontrollo, di ordine prevalentemente neurobiologico, che interferisce con il normale sviluppo psicologico del bambino e ostacola lo svolgimento delle comuni attività quotidiane.

Si evidenzia prima dei 6-7 anni.

- Difficoltà dell'autocontrollo
- Senso di inadeguatezza soggettivo del bambino (a differenza del disturbo della condotta)

Deficit dell'attenzione



La difficoltà non sta nel focalizzare l'attenzione, ma nel mantenere l'attenzione per i tempi richiesti in base all'età.

- A casa: passaggi frequenti da un gioco all'altro, senza completarne alcuno; richieste continue di cambiare attività dopo tempi brevi
- A scuola: incapacità di stare attento alle spiegazioni per più di 10 minuti, frequenti errori ortografici di distrazione, lavori incompleti e disordinati, disordine nel gestire il materiale scolastico, facilità a farsi distrarre da uno stimolo anche irrilevante.

Iperattività



Eccessiva attività motoria.

Il bambino è sempre in movimento, non riesce a stare fermo, ha difficoltà a rimanere seduto al proprio posto.

Continua irrequietezza: se è costretto a stare seduto muove le gambe o le braccia o giocherella con qualcosa o tocca degli oggetti.

- Più aumenta la richiesta attenta, più aumenta inconsapevolmente l'attività motoria

Impulsività



Incapacità ad aspettare o ad inibire risposte o comportamenti che in quel momento non sono adeguati.

Eccessiva impazienza con difficoltà a controllare le proprie reazioni.

- Interrompe gli altri mentre stanno parlando
- Risponde all'insegnante prima che abbia completato le domande
- Ha difficoltà ad aspettare il proprio turno
- Ha difficoltà ad attendere una gratificazione
- Intraprende azioni pericolose senza riflettere sulle conseguenze

QUALI SONO LE CAUSE ?

Gli studi sulle cause di questo disturbo sono ancora aperti

- Studi neurobiologici
- Studi genetici

Studi neurobiologici

- Lobi frontali:
 - mantenimento della concentrazione
 - controllo del comportamento
 - pianificazione delle azioni
- Neurotrasmettitori:
 - sostanze biochimiche tramite le quali i neuroni comunicano tra loro

Nei bambini con ADHD: immaturità nel funzionamento di alcune zone deputate a questi processi e variazione quantitativa di alcune di queste sostanze

Studi di genetica

- Un gemello con ADHD ha una probabilità del 70-80 % di avere un gemello con lo stesso disturbo (stesso patrimonio genetico)
- Alta frequenza che un membro della famiglia sia stato iperattivo da piccolo

Se è vero che un certo numero di bambini nasce con una predisposizione neurobiologica e genetica a sviluppare un ADHD, è anche vero che l'età di insorgenza, le modalità e la gravità o meno del disturbo sono in relazione al contesto complessivo in cui cresce il bambino (famiglia, scuola, coetanei ecc.)

- Regolarità nello stile di vita
- Coerenza nell'educazione

CHE COSA FARE ?



- Terapia combinata:
 - lavoro con il bambino / adolescente
 - lavoro insieme alla famiglia
 - lavoro insieme alla scuola
 - collaborazione famiglia ↔ scuola

I DISTURBI SPECIFICI DI APPRENDIMENTO

- **Con il termine “Disturbi Specifici di Apprendimento” (DSA) si indica una serie di difficoltà presentate in ambito scolastico, in assenza di deficit o patologie di tipo cognitivo, neuromotorio, psicopatologico, sensoriale**

- Questa definizione implica due concetti fondamentali:
 - è un **DISTURBO**: alterazione di uno o più processi all' interno di un sistema
 - è **SPECIFICO**: coinvolge in modo selettivo un sistema

- **Incidenza: 3 – 5%**
- **Prevalenza in età evolutiva: 3%**
- **Difficoltà scolastiche: circa 30%
accedono al Servizio**
- **Frequente associazione con:
ADHD, difficoltà di concentrazione,
ansia, tratti depressivi, sentimenti
di scarsa stima di sé**

CAUSE

- **Alla base del disturbo vi sono delle disfunzioni neurobiologiche, presumibilmente su base genetica, che alterano il meccanismo di automatizzazione dell'apprendimento e interferiscono con il normale processo di acquisizione della lettura, della scrittura e del calcolo**

CONSEGUENZE

- **Lo stimolo non lascia una traccia certa che permette il rinforzo**
- **Variazioni anche minime (a , A , a) modificano la traccia**
- **Difficoltà a riconoscere gli errori**
- **Necessità di guida**
- **Non serve aumentare l' esercizio**

- **L' espressività del disturbo è la risultante dei fattori neurobiologici e dei fattori ambientali: famiglia, scuola, contesto sociale**
- **La diagnosi di DSA è possibile in una fase successiva all' inizio dell' esposizione agli apprendimenti, quando cioè si sono innescati i processi di automatizzazione: fine seconda scuola primaria per la letto-scrittura e fine terza primaria per il calcolo**

MANIFESTAZIONI CLINICHE

- **Dislessia:** disturbo della lettura, inteso come difficoltà di decodifica del testo
- **Disortografia:** disturbo della scrittura, inteso come difficoltà di codifica fonema-grafema e come difficoltà ortografica
- **Disgrafia:** disturbo della grafia, inteso come difficoltà grafo-motoria
- **Discalculia:** disturbo nelle abilità di numero e di calcolo, inteso come difficoltà di comprendere e operare con i numeri

CRITERI DIAGNOSTICI

- **Il disturbo deve essere specifico: in assenza di malattie neurologiche, psichiatriche e sensoriali, il Quoziente Intellettivo deve essere normale**
- **Le difficoltà devono essere presenti nei primi anni di scolarizzazione, durante il processo di acquisizione e non più tardi**
- **Il disturbo deve avere certe caratteristiche: non regredisce con un aiuto generico;**
- **E' spesso preceduto da ritardo o disturbo del linguaggio, è spesso associato ad altre difficoltà neuropsicologiche**
- **Spesso familiarità (linguaggio/apprendimento)**
- **Spesso i disturbi sono associati**

CARATTERISTICHE DELLA DISLESSIA

- **Sono compromesse fondamentalmente la correttezza e la velocità di lettura**
- **Le difficoltà di lettura interferiscono con il normale rendimento scolastico e con qualunque altra situazione extrascolastica richieda tale abilità**
- **La comprensione del testo è migliore della decodifica, (QI normale) a meno che non sia inficiata da un disturbo molto grave**

- **Esempi**

- sostituzione di fonemi: *manca-marca, colpo-corpo*
- inversione di lettere in una sillaba: *il-li*
- inversione di sillabe in una parola: *tavolo-talovo*
- aggiunta di fonemi: *auto-aiuto*
- sostituzione di parole: *andiamo-cantiamo*

CARATTERISTICHE DELLA DISGRAFIA

- **Nello stesso testo, micro e macro grafia con fluttuazione**
- **Scarso controllo motorio: impugnatura scorretta, variazioni della pressione,**
- **Inadeguato utilizzo dello spazio nel foglio**
- **Mancata scorrevolezza della mano**
- **Difficoltà ad automatizzare i movimenti necessari a produrre le lettere e collegarle tra loro**

CARATTERISTICHE DELLA DISCALCULIA

- **E' un disturbo complesso, possono essere coinvolte varie abilità: percettive (riconoscere simboli numerici e/o segni aritmetici), attentive (ricordare di aggiungere il riporto, copiare numeri e figure), matematiche (imparare le tabelline, seguire la sequenza di passaggi matematici)**
- **Compromissione delle capacità visuopercettive e visuospatiali (test standardizzati)**

PROTOCOLLO DIAGNOSTICO

- **Accesso della famiglia al Servizio o per preoccupazione diretta o su segnalazione della scuola**
- **Visita neuropsichiatrica (colloquio clinico, esame neurologico, richiesta esami strumentali)**
- **Valutazione neuropsicologica e affettivo-relazionale (psicologo, logopedista)**

- **Interpretazione dei risultati da parte dell' equipe**
- **Formulazione della diagnosi**
- **Indicazioni di trattamento riabilitativo e/o relazione scritta alla scuola per attivazione percorso DSA (strumenti compensativi e dispensativi)**

RIASSUMENDO

- **I bambini con DSA sono intelligenti (spesso livello intellettuale più alto della media)**
- **Le difficoltà scolastiche non dipendono da scarsa motivazione, ma questa può essere la conseguenza**
- **E' un disturbo cronico, permangono degli esiti, tanto più contenuti quanto prima inizia la riabilitazione**
- **L' obiettivo didattico deve mirare al risparmio di energie nei processi di automatizzazione, non alla cancellazione degli errori o ad un aumento della mole di lavoro**

- **Importanti le ripercussioni sullo sviluppo psicologico: scarsa stima si sé, senso di inadeguatezza, ansia da prestazione, tratti depressivi**
- **Allargamento alla sfera extrascolastica**
- **Rischio di mantenimento in età adulta**

L' integrazione scolastica

- **LEGGE 104/92**
- Persona in situazione di handicap: colui che presenta una minorazione stabilizzata o progressiva che è causa di difficoltà di:
 - apprendimento
 - relazione
 - integrazione lavorativatale da determinare un processo di svantaggio sociale o di emarginazione

RUOLO DELLA SCUOLA

- Non confondere il piano formativo con quello terapeutico-riabilitativo
- La scuola non interviene sulla patologia che determina la disabilità, ma sulla dimensione di svantaggio personale ad essa correlata
- A differenza della riabilitazione, la scuola si rivolge a tutti i minori e verso ciascuno attua un intervento formativo

- Ricerche sulla disabilità hanno evidenziato una correlazione positiva tra buone prassi nel campo della integrazione scolastica e capacità di assumere ruoli sociali
- Ciò sembra essere il risultato di tutto il progetto scolastico, esteso dai 3 ai 18 anni, che tende a favorire:
 - il consolidamento di una immagine di sé attraverso processi di identificazione costruttivi con i coetanei e con gli adulti, in un clima di accoglienza

- l' acquisizione di diversi gradi di autonomia personale, intesa come capacità di prendere decisioni, anche sul piano intellettuale e affettivo

- la capacità di saper instaurare rapporti interpersonali, anche attraverso iniziativa personale

- la strutturazione di un processo di apprendimento che, attraverso percorsi differenziati, sviluppa le capacità intellettive, ma anche affettive e sociali

- Occorre che i docenti riescano a vedere la persona disabile nella prospettiva di “ciò che potrà essere” nel sistema sociale
- La disabilità è anche relativa al contesto: la stessa limitazione può essere rilevante in un contesto sociale e esserlo molto meno in un altro
- Ciò può dipendere dal grado di accoglienza, ma anche dalle competenze culturali e soprattutto personali acquisite nel percorso scolastico

- Legge-quadro n. 104 del 05/02/1992
- Regolamentava tutte le problematiche inerenti l' handicap: accertamento, cura, inserimento scolastico e lavorativo, ecc.
- Il 28 dicembre 2009 approvata dalla Giunta Regionale Toscana la convenzione con l'Istituto di Previdenza Sociale
- Invalidità civile e handicap/disabilità: dal 1° gennaio 2010 la domanda si presenta all' Inps

DIAGNOSI FUNZIONALE

COGNOME

NOME

SCUOLA

CLASSE

ANNO SCOLASTICO

DATA:

AREA:	COGNITIVA :	2 capacità di discriminazione, di generalizzazione e di risolvere i problemi
AREA:	AFFETTIVO RELAZIONALE	1 livello di individuazione e di autostima
AREA:	AFFETTIVO RELAZIONALE	2 rapporto con gli altri: adulti(individuale e di gruppo) coetanei (individuale e di gruppo)
AREA:	della comunicazione: linguaggio verbale	1 comprensione(orale,scritto,uso pragmatico)
AREA:	della comunicazione:linguaggio verbale: produzione:	(orale-sritta uso pragmatico)

AREA: SENSOPERCETTIVA

1 funzione visiva:

tipo e grado di deficit

AREA: SENSOPERCETTIVA

2 funzione uditiva:

tipo e grado di deficit

AREA: PSICOMOTORIA

1 motricità globale

AREA: PSICOMOTORIA

2 motricità fine

AREA: PSICOMOTORIA

3 Lateralizzazione

AREA: NEUROPSICOLOGICA

1 memoria

uditiva

a breve T. a lungo T

visiva

a breve T. a lungo T

AREA: NEUROPSICOLOGICA

2 attenzione:

selettiva ,capacità , durata.

AREA: NEUROPSICOLOGICA

3 organizzazione , spazio-temporale

AREA: DELLA AUTONOMIA

1 personale

E' NECESSARIO ABBATTERE LE SEGUENTI BARR. ARCHITETTONICHE:

a).....

b).....

c).....

d).....

ALTRO :.....

DIAGNOSI FUNZIONALE (redatta in forma conclusiva)

I COMPONENTI
L'EQUIPE
QUALIFICA :

FIRMA

DATA: