

*Neuropsichiatra
Infantile/Psicoterapeuta
Istituto Dosso Verde di Pavia*

ALCUNI SEGRETI DEL “BUON OPERARE” DELL’INSEGNANTE:

- *saper osservare, riflettere, interrogarsi e confrontarsi;*
- *di fronte ad un problema del bambino, sia presunto che accertato, non dimenticare che ogni individuo è unico: l’intervento va calato sul singolo e sulla sua realtà specifica;*
- *anche se la problematica o la disabilità riguarda prevalentemente specifiche aree, l’intervento didattico-educativo dovrà tener conto della persona in toto (aspetti neuropsicomotori, cognitivi, emotivo-affettivi, autonomia personale e sociale);*
- *il buon intervento non è quello perfetto, ma quello indicato e possibile, praticabile;*
- *“integrare” non significa evitare assolutamente l’isolamento dell’alunno e “farlo stare sempre con i*

- compagni”, bensì fare in modo che stia con gli altri secondo criteri di rispetto della dignità umana, dando un significato e una sostanza a ciò che si fa abbandonare stereotipi ed interventi utopistici;*
- *saper essere mobili, duttili, non incistati nei propri ruoli;*
 - *considerare il bambino con “problema” come fonte di ricchezza sia per sé, sia per i colleghi e i compagni;*
 - *la presenza di un “problema” ci induce a riflettere sulle emozioni, a confrontarci con le nostre, ma anche con quelle altrui (colleghi);*
 - *...ci induce a riflettere sui propri stati mentali, sugli stati mentali altrui, sui nostri sistemi educativi così diversi;*
 - *la presenza di “un problema” può essere di ostacolo alla didattica, ma può anche essere fonte di grande*

- arricchimento emotivo per la classe (bene prezioso nella società attuale);*
- *il bambino portatore di problema non è solo il bambino dell'Insegnante di sostegno, ma è il bambino del team degli Insegnanti (saper coinvolgere, interessare i colleghi, chiedere il loro parere ed intervento);*
 - *mantenere aperto il confronto nel team, affrontare ed elaborare attraverso il confronto modi di vedere diversi.*

Anche i bambini più gravi percepiscono “a pelle” i conflitti.

- *Considerare il problema del bambino non solo in una prospettiva sincronica, ma anche diacronica ogni quadro, anche il più grave, può modificarsi, ogni individuo in età evolutiva è “in evoluzione”.*

- *Ciò comporta anche confrontarsi con l'incertezza del divenire e la tolleranza della frustrazione di lavorare passo a passo.*

La comparsa di una problematica di qualsiasi natura nel bambino comporta una ferita nella coppia genitoriale e una modalità di reazione che dipende da vari fattori combinati tra loro:

- *l'emergere di un problema e, nella forma più conclamata, di una malattia crea una ferita narcisistica e depressiva nella famiglia.*
Ne esitano atteggiamenti diversi ▶ ripiegamento, attivismo, negazione, diniego, distanziamento emotivo, disinvestimento ecc.
Vanno ad incidere sulla vita personale dei genitori e sulla relazione con il bambino.
Dipendono da stile personologico individuale dei genitori.
- ***Tipo di problematica:*** *pone problemi oggettivi come il confronto con la morte, riduzione o restrizione capacità sociali, abilità, autonomie, necessità d'interventi riabilitativi, necessità di avere più interlocutori, forte impatto sociale, confronto con il gruppo di bambini capaci.*
- *L'esistenza di un problema in un soggetto in evoluzione comporta una difficoltà spesso nel fare prognosi precisa ▶ incertezza del divenire e tolleranza della frustrazione del lavorare passo a passo (sia per i familiari che per gli operatori).*

Chiunque si confronti con un bambino con un problema non solo deve confrontarsi con il bambino, ma anche con i suoi genitori.

Non giudizio critico, ma è necessario da parte di ciascun operatore un processo di identificazione nel genitore, cioè accostarsi al genitore per condividere empaticamente la sua sofferenza...

PAROLA PASSPARTOUT per ogni tipo di intervento

→ **alleanza con il genitore, andare a trovare il genitore là dove si trova affettivamente innanzitutto in modo empatico, per poi aiutarlo dove ha difficoltà: mai giudizio critico.**

- **L'elaborazione della diagnosi è un processo che non si esaurisce con la comunicazione della diagnosi, ma può durare anni. Ci può essere nel genitore comprensione su base razionale, ma non accettazione emotiva profonda della diagnosi. L'accettazione profonda può crearsi dopo anni.**

VASTISSIMA GAMMA DI PROBLEMATICHE

La Neuropsichiatria Infantile abbraccia area vastissima di quadri clinici; inoltre problemi insorti primariamente in un'area avranno ripercussioni in altre aree (neurologica-cognitiva-psicoaffettiva-relazionale-dell'adattamento sociale).

Il bambino deve essere compreso e aiutato nella sua globalità.

TIPOLOGIA DI PROBLEMA O DI DISABILITA'

- *Problemi di ordine neurologico (sistema nervoso centrale e periferico) patologie mediche, genetiche;*
- *Problemi cognitivi (insufficienza mentale, disordini apprendimento);*
- *Problemi emotivi e relazionali, della condotta, disturbi della relazione, comunicazione, attività (es: disturbi del comportamento alimentare, disturbi misti dell'emotività e della condotta, disturbi pervasivi o generalizzati dello sviluppo);*
- *Deprivazione sociale-marginalità, etnie diverse*

Le varie patologie comportano un intervento riabilitativo che spesso è necessariamente articolato e che prevede varie figure di riabilitatori.

Sia per la famiglia che per la scuola il Neuropsichiatra Infantile dovrebbe essere l'unificatore, l'integratore della presa in carico del bambino e colui che coordina la rete degli interventi e consente una comunicazione reciproca costruttiva.

RAPPORTO SCUOLA-EQUIPE SPECIALISTICA

- *Rapporto di collaborazione, di schiettezza, ognuno per le proprie competenze;*
- *Relazione reciproca di aiuto per la famiglia.*

ALL'INTERNO DELLA SCUOLA

Importanza dell'unione del team e che l'intervento di ciascuno venga considerato e valorizzato. Evitare l'isolamento dell'insegnante di sostegno.

Se il problema non è ancora stato segnalato



Lavorare sulla sensibilizzazione del genitore secondo modalità diverse a seconda della specifica situazione

Se il problema è stato segnalato per la PRIMA VOLTA



NPI → stesura di specifica documentazione burocratica → commissione ASL

Se il problema è già stato segnalato *costruzione del PEI da parte dell'Equipe multidisciplinare, coinvolgendo i genitori, che devono controfirmarlo*



NPI → dovrà eventualmente aggiornare la documentazione ai passaggi di ciclo scolastico

SISTEMI DI CLASSIFICAZIONE DI RIFERIMENTO

ICD 10: International Classification Disease - decima edizione - Classificazione Internazionale delle Malattie e dei problemi correlati dell'Organizzazione Mondiale della Sanità

DSM IV-TR: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - quarta edizione, revisionata

ICF: Classificazione internazionale del Funzionamento, della Disabilità e della Salute dell'Organizzazione Mondiale della Sanità.

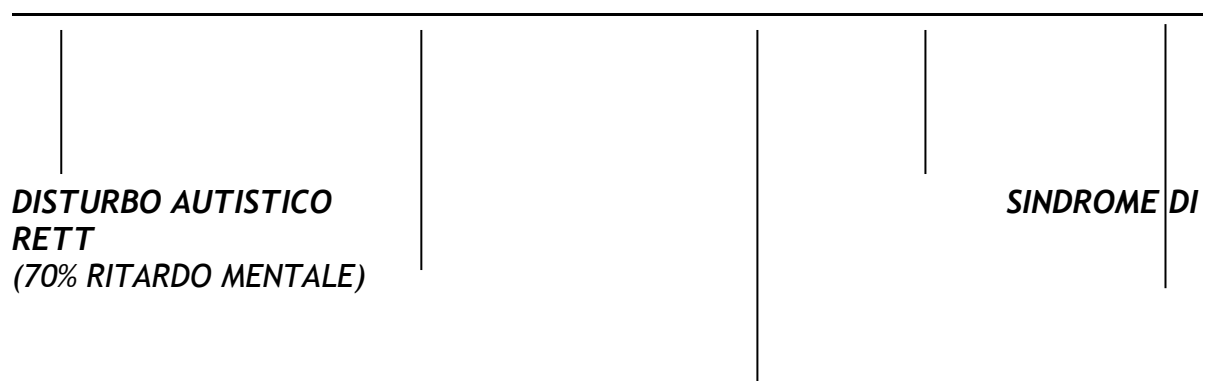
DISTURBI DELLO SPETTRO AUTISTICO

- Secondo class. DSM IV TR: Disturbi pervasi dello sviluppo (DPS)
- Secondo class. ICD 10: Disturbi generalizzati dello sviluppo o Sindromi da alterazione globale dello sviluppo psicologico (DGS)
- Si tratta di uno spettro di Sindromi caratterizzate da anomalie qualitative delle interazioni sociali e delle modalità di comunicazione, nonché da un repertorio limitato, stereotipato, ripetitivo di interessi e di attività.

Queste anomalie sono una caratteristica preminente dell'individuo, benché possono essere varie e di grado diverso, esprimendosi secondo profili che sono unici per ogni individuo, ma hanno tratti comuni.

Si tratta di anomalie che compaiono nel primo triennio e persistono per tutta la vita, pur mostrando profili funzionali diversi anche in correlazione al trattamento.

SPETTRO AUTISTICO



- SINDROME DI ASPERGER
DISINTEGRATIVO
- AUTISMO AD ALTO FUNZIONAMENTO

DISTURBO

DISTURBO PERVASIVO DELLO SVILUPPO NON ALTRIMENTI
SPECIFICATO

- **Tramontate le ipotesi psicogenetiche**
- **Le ipotesi più accreditate rimandano ad un substrato genetico** (probabilmente diversi geni coinvolti, errori-delezioni in alcuni cromosomi), anche se 'espressività del disturbo ed il profilo emergente sono probabilmente dipendenti anche dallo stile relazionale del caregiver e dell'ambiente.
Eredità pari al 91-93% nei gemelli omozigoti, del 10% nei dizigoti. Nei parenti ci può essere un fenotipo lieve, ma simile in alcuni tratti specifici.
- **Forme criptogenetiche**
- **Forme secondarie, ad eziologia specifica:** Sindrome di Rett, Sindrome dell'X-fragile, encefalopatie, malattie metaboliche, patologie malformative, facomatosi, cromosomopatie ecc.
- **Colpiti più i maschi che le femmine (rapporto 4:1)**
- **Molte ipotesi eziologiche su cui si sta indagando, ma nessuna provata ed esaustiva** (infettiva, dismetabolica, endocrinologica, immunologica, post-vaccinica, allergica ecc)
- **In molti casi sviluppo di epilessia**
- **In aumento (4% annuo), probabilmente anche per le migliori opportunità di diagnosi**
- **Diverse ipotesi interpretative, patogenetiche, neurofisiologiche, ma non un'unica esaustiva** (deficit di funzioni esecutive, deficit di coerenza centrale, deficit di teoria della mente, neuroni a specchio, ipotesi della diatesi affettiva ecc)

- **Ipotesi DIATESI AFFETTIVA:** il deficit biologico nucleare si esprime come una difficoltà a mettere in relazione gli affetti in formazione alle sensazioni, alle percezioni e ai pattern senso-motori in modo che si formino pattern senso-motori-affettivi.
- Successivamente, questa stessa difficoltà compromette le capacità del bambino di mettere in relazione gli affetti con pattern motori complessi di soluzione dei problemi e con i simboli ed il linguaggio in formazione.
- **NUCLEO COMUNE; DEFICIT DI “TEORIA DELLA MENTE”;** difficoltà a comprendere stati mentali ed emotivi propri ed altrui, a fare intuizioni e deduzioni, ipotesi e previsioni, presupposti per l’interazione sociale, la reciprocità, il monitoraggio e la correzione dei nostri comportamenti.

Le principali manifestazioni possono così riassumersi:

- **Difficoltà a rapportarsi con bambini e adulti**
- **carenza, assenza o anomalie del linguaggio verbale, con difficoltà nel comprendere le regole, i motivi ed i significati della comunicazione**
- **difficoltà ad abituarsi ai cambiamenti, aderenza alla routine, strani attaccamenti agli oggetti**
- **stereotipie, uso inappropriato degli oggetti, comportamenti ossessivi, spesso espressioni di uno stile di contatto con il mondo secondo procedure personalizzate**
- **comportamenti problematici, spesso correlati all’incapacità verbale o alla dispercezione**

- risate, pianti inappropriati, paure persistenti come espressione della disregolazione emotiva e della difficoltà a comprendere situazioni
- anomalie della sensorialità (ipo o ipersensibilità al tocco, ai rumori, agli stimoli visivi e uditivi. Ridotta sensibilità al dolore)
- disturbi dell'alimentazione, del sonno, dell'evacuazione, scarsa conoscenza dei pericoli, instabilità motoria, iper o ipo attività.

Tali condotte rivelano gli sforzi di questi bambini ad adattarsi, conoscere e rapportarsi al nostro mondo

Le alterazioni possono coinvolgere vari domini e più funzioni::

- imitazione
- attenzione, più di tipo selettivo, sul particolare
- generalizzazione: gli eventi e gli oggetti vengono decontestualizzati
- percezione sensoriale (iper o ipo) in tutti i sensi
- integrazione sensoriale
- strutturazione spazio-temporale
- elaborazione dei significati socialmente condivisi
- deficit della memoria di lavoro

*In contrapposizione sono presenti punti di forza **cognitivo-percettivi-affettivi**:*

- peculiarità degli interessi
- abilità della memoria meccanica
- percezione emozioni "a pelle"

Il comportamento insolito è espressione del loro tentativo di affrontare il mondo che arriva confuso e difficile da capire

DIAGNOSI: *deve essere effettuata e definita dall'Equipe Neuropsichiatrica attraverso l'esame clinico, test e scale diagnostiche, esami ematochimici e strumentali.*

TRATTAMENTO:

- *fortemente personalizzato*
- *intensivo - integrato - estensivo*
- *deve tenere conto del profilo di funzionamento del singolo, dei disfunzionamenti ma anche dei punti di forza*
- *deve essere teso ad integrare le varie competenze*
- *fortemente mediato dalla relazione e dagli affetti anche quando il taglio è cognitivista*
- *approccio integrato e condiviso tra i vari operatori*
- *variabile nel tempo a seconda dei bisogni emergenti e dello sviluppo del profilo di funzionamento*

Non un'unica terapia, ma molteplici apporti da più tecniche riabilitative, spesso integrate:

- *di tipo psicoeducazionale*
- *cognitivo-comportamentale*
- *affettivo-relazionale*
- *didattico-pedagogico*
- *motorio-compensativo*
- *psicomotorio*
- *logopedico (logopedia, comunicazione aumentativa / alternativa / comunicazione facilitata)*
- *terapia ludica*
- *terapia occupazionale*
- *musicoterapica*
- *psicofarmacologia*

Molto importante l'approccio integrato tra famiglia - team riabilitativo - team scolastico

- **Fondamentale il PEI:** aree d'intervento motoria e psicomotoria; cognitiva e neuropsicologica; emotivo-affettiva; sociale; sfera autonomia
- **La struttura educativa deve possedere e garantire al bambino:**
 - spazio fisico strutturato
 - tempo organizzato, concreto; routines
 - durata delle attività pensata, con attività in successione prevedibile
 - uso di specifici materiali abilitanti e facilitanti
- **I metodi d'insegnamento:**
 - facilitazione
 - dimostrazione
 - routine
 - role playing
 - drammatizzazione
 - rinforzo
- **Intervento sui comportamenti problematici, cercando di comprenderne i significati:**
 - funzione comunicativa
 - funzione regolatoria
 - deve fornire alternative comunicative e comportamentali
 - operare sugli antecedenti per prevenire i comportamenti problema.

SINDROMI E DISTURBI COMPORTAMENTALI ED EMOZIONALI CON ESORDIO NELL'INFANZIA E NELL'ADOLESCENZA

- *Sindromi ipercinetiche (comportamento iperattivo e/o disattento e/o impulsivo. Problemi di apprendimento. Problemi d'interazione sociale, di rispetto e adattamento alle regole. Sfondo emotivo con problematiche depressive, ansiose. Complicanze secondarie: comportamento antisociale e disistima. Spesso quadri misti. Più colpiti i maschi).*
- *Disturbi della condotta (condotta antisociale, aggressiva, provocatoria. Se non curati possono evolvere in disturbi di personalità antisociale. Più colpiti i maschi. Spesso disturbi psichiatrici associati o comunque importanti problematiche emotivo-affettive)*
- *Sindromi e disturbi della sfera emozionale con esordio nell'infanzia (disturbi fobici, di separazione, mutismo elettivo, tics, enuresi, encopresi, disturbi della sfera alimentare, balbuzie ecc).*

In tutti questi quadri nosografici è fondamentale avere contatti stretti con il Neuropsichiatra Infantile per comprendere in tutte le sfaccettature il quadro clinico.

Poiché si tratta di disturbi che associano disturbi dell'apprendimento, del comportamento,

dell'emozionalità e della socialità è fondamentale avere linee guida a livello scolastico per capire come agire sui vari fronti.

Fare attenzione perché spesso dietro al disturbo del comportamento ci sono quadri depressivi o psichiatrici importanti.

Inoltre, poiché sono quadri che verosimilmente poggiano su una base costituzionale, è molto importante che il Neuropsichiatria Infantile fornisca consigli su come gestire sia gli aspetti neuropsicologici che comportamentali ed affettivi.

Sono tutti quadri che necessitano una grande integrazione con la famiglia e una grande capacità delle figure educative nel reggere le proprie frustrazioni emotive e la controaggressività.

La famiglia deve essere a sua volta ampiamente seguita. Il bambino si avvantaggia di approcci educativi coerenti, emotivamente pacati, ma fermi ed autorevoli.

RITARDO MENTALE

- *Condizione connotata da compromissione di abilità cognitive, motorie, linguistiche, sociali.*
- *Può essere idiopatico o secondario ad altre patologie*
- *FORME IDIOPATICHE: alcune sono geneticamente codificate (es:sindrome dell'X-fragile) altre no*
- *Forme secondarie (a malattie neurologiche, somatiche, sindromiche ecc)*
- *Può essere associato ad anomalie comportamentali (da lievi a molto gravi)*

- *RITARDO MENTALE lieve: QI tra 50 e 69*
 - Possono acquisire gli apprendimenti scolastici di base
- *RITARDO MENTALE medio: QI tra 35 e 49*
- *RITARDO MENTALE grave: QI sotto i 35*
 - Spesso si associa a epilessia, deficit motori, gravi deficit linguistici
- *RITARDO MENTALE profondo: QI < a 20*
- *Approntare interventi commisurati alle effettive potenzialità del soggetto, che rispettino peraltro l'età: anche il soggetto con ritardo mentale sente di crescere e quindi bisogna adattare la tipologia dell'attività all'età.*
- *Usare metodiche semplificate, scomposte in unità semplici, procedendo a step.*
- *Ridimensionare gli obiettivi, soprattutto lavorare su obiettivi perseguibili ed utili alla vita quotidiana, abbandonando didattica tradizionale e usando molta pratica e l'operatività concreta insegnare attraverso l'esperienza del vivere perlopiù ripetuta.*

- *Tenere comunque presente che, anche se portatori di tratti comuni, questi bambini hanno comunque un profilo di → funzionamento individualizzato pertanto l'intervento deve essere ad personam.*
- *Fare attenzione agli aspetti psicocomportamentali associati perché possono impedire, se non opportunamente trattati, l'utilizzo delle potenzialità esistenti.*