

Psicologia dell'educazione per la disabilità. 9CFU

Libri: Manuali di psicopatologia NO solo una piccola parte sul linguaggio fatto da dispense.
Ultima versione di **Zanobini**
Cornoldi

Approfondimento delle dinamiche psicologiche nei processi di apprendimento "Speciali" con bambini aventi necessità particolari. *Argomenti:

- Disabilità
- Disturbi dell'apprendimento
- BES, bisogni educativi speciali
- Disturbi del linguaggio e dell'apprendimento (DSA)
- Disabilità intellettiva (No uditoria e visiva)
- Disturbi dello spettro autistico
- Condizioni di Bilinguismo

*Con tutti i collegamenti agli autori di riferimento e linguaggio scientifico

Zanobini

Elementi di riabilitazione e di intervento.

La disabilità è un termine specifico di definizione che ha assunto accezioni differenti nel corso del tempo. Oggi la disabilità è normalmente accettata e inclusa nelle realtà scolastiche quotidianamente. Non è sempre stato così, ad esempio le scuole speciali in Europa; prima degli anni '70 le persone devianti come i malati psichiatrici venivano segregati e isolati dal resto della popolazione. La terminologia* usata per coloro che avevano menomazioni fisiche o malattie psichiatriche era pesante e stigmatizzante (Idiota, malato mentale, etc...)

*International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps (1981)

Tre termini particolari:

- Menomazione fisica, perdita o animali a delle strutture o funzioni anatomiche o psicologiche
- Disabilità, diminuzione della possibilità di partecipare alla vita quotidiana e normale. Può essere reversibile o irreversibile. (Oggi considerata una condizione dinamica in grado di modificarsi nel tempo, non statica)
- Handicap, condizione di svantaggio causata da un danno o dalla disabilità che limita il soggetto nello svolgimento della vita quotidiana del soggetto.

Per lungo tempo e oggi in alcune zone del mondo, l'idea all'interno delle classificazioni cliniche era quello per cui la disabilità fosse ambito medico e relativo alla cura e terapia di una malattia.

Persona con un problema fisico, focus sull'aspetto patologico. Approccio negativo.

Anni '70, approccio sociale alla disabilità.

La società è considerata responsabile all'intervenire in tutte quelle condizioni di svantaggio relative alle persone con disabilità. La condizione sociale è relativa dall'approccio fra individuo e ambiente all'infuori di ogni caratteristica biologica dell'individuo. Disabilità = condizione umana e non patologica. La società deve eliminare le barriere di pregiudizio e discriminazione.

Modello ICF si sostituisce a quello del ICIDH. La modalità di pensiero precedente viene sostituita con una radicalmente opposta inclusiva e non stigmatizzante.

Ogni disabilità deve essere considerata non come mancanza ma come sviluppo differente delle diverse abilità dell'uomo.

La diagnosi medica è un primo elemento di descrizione per poi procedere ad un'analisi multidimensionale di tutti gli aspetti e ambienti della vita del bambino.

Entrano in gioco diversi fattori di influenza nella condizione di salute generale del bambino...

(Es. Fattori familiari, relazioni con i pari, funzioni corporee, attività personali, condizione socio-economica della famiglia, strumenti e gruppi di supporto della disabilità, collaborazione scuola-genitori, fattori individuali, capacità cognitive) —> Modello complesso multidimensionale sistemico.

SCHEMA

ICD-10, sistema di classificazione dei disturbi dell'età evolutiva 0-18 anni —> modello eziologico di riferimento. Etichette diagnostiche collegate ai relativi sintomi e manifestazioni di un determinato disturbo. (Se ha un disturbo dell'attenzione fa x,y,z...)



In alternativa esiste il DSM il quale ha in sé una parte sull'età evolutiva.

ICF, permette di approfondire la diagnosi iniziale classificando il funzionamento e la disabilità associati alla condizione di salute.

ICF (1990\2000)

Diversi livelli di analisi per la diagnosi e valutazione attraverso un qualificatore generico con scala negativa.

-Valutazione delle strutture e funzioni corporee
Fisiologiche e psicologiche

-Attività e partecipazione

Esecuzione di un compito o un'azione per evidenziare le difficoltà date da una limitazione fisica o psicologica. Qualifica della performance, azioni in un ambiente di vita del bambino e la capacità, abilità dell'individuo di portare a termine un compito —> riflette l'abilità dell'individuo adattata al suo ambiente.

-Fattori Contestuali

Vengono analizzati e valutati attraverso l'osservazione dei:

- Fattori ambientali, atteggiamenti, ambiente fisico e sociale in cui le persone vivono.
- Fattori personali, ampia varietà sociali e culturali riferiti ad un determinato individuo.

Diversi tipi di Disabilità

-Sensoriale —> i sensi —Motorie —> motricità e parti del corpo relative al movimento (PCI)

- Intellettive → (ex ritardo mentale) abilità intellettive collegate alle competenze cognitive (QI)
- Psichica → problemi psichici e relazionali e alcuni casi di autismo
- Disturbi del Neuro-sviluppo → DSM 5°, deficit nello sviluppo delle funzioni cerebrali. Disabilità intellettiva, della comunicazione, dello spettro autistico, deficit di attenzione, disturbi specifici di apprendimento e disordini motori.

I casi di pluridisabilità sono contemplati e vanno a rendere più difficile il quadro di analisi e trattazione.

Bisogni Educativi Speciali **Decreto Ministeriale 27\12\12**

Grande contenitore che definisce diversi tipi di problematiche educative relative a diverse categorie di riferimento.

Tre grandi categorie:

- Disabilità (legge 104\1992)
- Disturbi evolutivi del NeuroSviluppo
- Svantaggio Socio-economico, linguistico e culturale.

Nella condizione di svantaggio del bambino posso esistere delle Barriere che accentuano la condizione del bambino o addirittura ne peggiorano le condizioni.

Barriere psicologiche, ad esempio l'accettazione del genitore, le teorie dell'attaccamento che influenzano l'impatto che la disabilità ha sull'individuo e sulle persone che lo circondano. Inoltre la modalità di attaccamento al genitore si rivelerà incidente sul comportamento futuro dell'individuo nelle relazioni → diminuzione dell'autonomia → molto importante per i bambini disabili.

Barriere sociali, influenzate dal contesto socio-culturale di appartenenza. L'esclusione e il bullismo sono barriere sociali che negano l'inclusione, fisicamente le barriere architettoniche negano il movimento e la libertà dell'individuo.

L'ICF considera sia i fattori di barriera, negativi, che i fattori facilitatori positivi.

Punti positivi dell'ICF

- Applicazione Universale
- Approccio Integrato, lavora sulla persona come sistema influenzato da diverse dimensioni di vita e difficoltà. Connessione e influenza reciproca delle sfere di azione del bambino → Approccio Multidimensionale del funzionamento e della disabilità, considerata come condizione dinamica alla quale si può connettere una serie di compensazioni per ridurre l'impatto sulla vita del bambino.

Progetto Educativo, progetto complesso a lungo termine che tiene conto di tutti i fattori personali, ambientali e internazionali intorno al bambino. Il progetto viene stilato insieme ai genitori e tutte quelle figure che per il bambino risultano formative e importanti. → Coerenza Educativa.

Limiti dell'ICF

- Equiparare disabilità e malattia, la vastità dei campi di applicazione va a individuare modalità di intervento simili per situazioni completamente differenti fra loro. Ianes 2004 propone un adattamento per una valutazione combinata
- Poca chiarezza a livello linguistico di codifica.

La Valutazione Funzionale è individualizzata e specifica, si allontana dall'approccio medico patologico di labelling (Etichettamento) del disturbo. L'idea è quella di sviluppare un profilo diagnostico funzionale andando a sottolineare i punti di forza e debolezza del funzionamento relazionale del bambino e di apprendimento. Si propone di indicare possibili soluzioni e strategie partendo dai bisogni del bambino per arrivare ad un progetto didattico ed educativo. E' uno strumento pluridisciplinare. La valutazione è dinamica e necessita di essere aggiornata e rielaborata ogni 6 mesi per mirarne l'efficacia e adattarsi al modificarsi continuo dei bambini.

Da qui vengono elaborati i progetti didattici personalizzati, diverso approccio diagnostico.

Tipi di Intervento

- Medico, finalizzato a limitare le fragilità presenti attraverso l'utilizzo di farmaci (periodici o fissi) o interventi chirurgici.

- Psicologico, mirato a lavorare su alcune funzioni psicologiche finalizzato al benessere della persona (Es, intervento mirato all'aiuto alla famiglia, Parent training) esempio problemi socio-relazionali.

- Riabilitativo, mirato a mantenere, attivare o migliorare alcune competenze del soggetto. Esempio, logopedista, fisioterapista, etc...

- Educativo e sociale, fornisce al soggetto contesti educativi adeguati per sviluppare delle buone competenze relazionali, comportamenti adattivi e l'apprendimento di nuove abilità relative all'ambito scolastico e di vita come la cura della persona o la sfera emotiva.

I metodi di intervento devono essere considerati nella loro globalità considerando il percorso pregresso del paziente con disabilità associando anche diversi tipi di intervento contemporaneamente o consequenzialmente.

Un intervento efficace deve presentare alcuni elementi chiave come una finalità precisa e obiettivi semplici, chiari, misurabili e specifici (per l'insegnante guidati dalle indicazioni nazionali e la cooperazione con le figure professionali), deve presentare strumenti e modalità didattiche adatte alla situazione e vicine all'interesse del bambino, infine avere dei criteri di verifica e valutazione degli obiettivi raggiunti comparati alla situazione iniziale del bambino.

La Disabilità Uditiva

Nel nostro paese si figura un approccio inclusivo di ogni tipo di disabilità.

Sordità o Ipoacusia, riduzione dell'udito che può comportare fragilità nello sviluppo del linguaggio, partecipare alle normali attività della sua età e seguire con profitto l'insegnamento scolastico generale.

La sordità pone il bambino in condizione di fragilità perché il bambino non è in grado di percepire alcuni suoni tipici del linguaggio. La capacità del bambino di apprendere il

linguaggio è determinato in parte dall'entità della riduzione dell'udito, se è nato così (sordità congenita, di solito più grave) o è una sordità acquisita a causa di fattori infettivi gravi (meningite, etc...) —> se ha un residuo uditivo, le condizioni personali del bambino, la presenza di una sordità bilaterale o asimmetrica. La sordità totale viene chiamata anacusia. Condizione relativamente frequente, condizione presente nella società di oggi. Non sempre il fattore eziologico è chiaro, le cause non sono sempre chiare.

La sordità è causa di disabilità perché influisce sulla vita relazionale del bambino, la causa della difficoltà comunicativa parte dalla prima infanzia, a partire dalla difficoltà di ascolto del genitore e di auto correzione nel sentire la propria voce e le proprie parole. Gli studi prospettici mostrano a lungo termine una grande varietà di risultati.

La capacità di percepire e produrre linguaggio da parte dei bambini sordi può essere variabile e arrivare all'acquisizione della lingua standard (lingua verbale) o la lingua dei segni. Il risultato finale delle capacità linguistiche dipende anche dagli interventi attuati nel percorso di crescita attraverso interventi chirurgici, protesi e lezioni logopediche —> riabilitazione al linguaggio

Abilitazione al linguaggio —> apprendimento della lingua dei segni.

Ogni intervento si rivelerà più efficace se attuato in breve tempo e in tenera età, grazie alle strutture cerebrali ancora plastiche e adattabili al cambiamento. (L'intervento è molto efficace prima dei 24 mesi secondo i risultati a lungo termine riscontrati.)

Comprendere i tipi di sordità per intervenire efficacemente.

La coclea, orecchio interno, traduce le onde sonore in impulsi sonori verso il cervello (stimolo meccanico —> stimolo elettrico) Esistono anche sordità neuro-sensoriali date da problemi ai centri uditivi del cervello e connessioni distali del nervo acustico.

Le cause dell'Ipoacusia:

-Ereditaria

Alterazione del gene Connexina26 attraverso il passaggio ereditario di geni recessivi o dominanti

-Acquisita, prenatale, perinatale o postnatale

Cause infettive di tipo virale che nel sangue materno possono andare a modificare e ostacolare lo sviluppo prenatale e post natale direttamente a contatto con il bambino come la meningite. Nel periodo perinatale durante il parto una causa frequente è l'ipossia del neonato che va a danneggiare strutture cerebrali in modo importante.

Lo Screening Infantile costituisce il primo passo verso la diagnosi di sordità precoce (alla nascita). La reazione dei genitori costituisce un fattore rilevante per lo sviluppo futuro della patologia e della diagnosi essendo un trauma per loro. Il genitore è posto davanti al dover accettare la condizione di disagio del figlio (accettazione) andando a eliminare l'idealizzazione di una condizione normale di sviluppo. ("Condizione di lutto", frustrazione e poi proiezione verso il futuro e attuazione delle risorse) —> il neonato è meno responsivo, la mamma deve modificare il suo metodo comunicativo. —> ricade sullo sviluppo dell'attaccamento al genitore.

Il genitore che non riesce ad elaborare questo "lutto"

sviluppano reazioni radicalmente opposti —> iperprotezione, ipermedicalizzazione oppure la trascurazione del problema.

RDI, Reaction Diagnosis Interview

Approccio clinico che punta ad analizzare la reazione dei genitori di fronte alla disabilità del figlio e attuare degli interventi per aiutare l'accettazione → miglioramento del genitore = ricaduta positiva sul bambino.

Il genitore deve avere una considerazione della situazione oggettiva e non eccessivamente negativa o eccessivamente positiva → realisticamente.

Bisogna sostenere la genitorialità → strumenti per rinforzare le competenze educative

Esempio: gioco "Confronto bambino reale e ideale" per poi lavorare sulla rappresentazione del bambino e le competenze genitoriali.

Lo sviluppo dei bambini sordi

Gli aspetti che non devono essere assolutamente trascurati sono:

-Affettivo e sociale

I fattori di rischio per questa categoria sono le difficoltà dei legami di attaccamento per difficoltà del genitore e scarsa reattività del bambino, una maggiore intrusività, direttività, rigidità e meno supportività materna che può avere però un effetto positivo (nell'ambito della comunicazione interpersonale per mantenere alta la soglia dell'attenzione, focus attento per lo sviluppo del linguaggio) e per attivare episodi di JA. Gli effetti legati a delle carenze in ambito sociale sono bassa autostima, impulsività, iper dipendenza e aggressività. La sordità non è strettamente legata ad uno sviluppo di patologie psico-affettive.

-Cognitivo e della memoria

Gli studi Piagetiani ipotizzarono la possibilità che i bambini sordi potessero sviluppare delle difficoltà in ambito logico e nella costruzione del pensiero astratto. Gli studi successivi dimostrarono come non vi è una stretta correlazione fra sordità e deficit cognitivo ma sono soggetti più inclini a sviluppare una memoria di tipo fotografico\visivo. Albanese, 1990, dimostra come lo sviluppo di un tipo di memoria visiva sia strettamente collegata all'apprendimento di una modalità linguistica differente e non ad un difetto cognitivo collegato con la sordità.

Vi sono differenze per quanto riguarda l'utilizzo di strategie di memorizzazioni basate fondamentalmente su immagini e sequenze visive.

-Linguistico

La sordità non porta necessariamente al mancato sviluppo del linguaggio, possono apprendere la lingua orale se supportati da protesi o impianti cocleari; possono inoltre essere bilingui e apprendere la lingua orale e quella dei segni. La sola lingua dei segni è presente spesso nei casi in cui anche i genitori siano sordi. Nei paesi in cui le operazioni chirurgiche sono molto costose (USA) la lingua dei segni è il primo approccio alla comunicazione per poi procedere all'abilitazione al linguaggio orale successivamente (bilinguismo).

Aspetti di fragilità nella lingua orale

Esiste una notevole varietà tra bambini, anche dopo l'impianto cocleare il bambino potrebbe non sviluppare il linguaggio orale (fragilità fonologica). Incertezze fonologiche stabili come errori della pronuncia. In area lessicale i bambini recuperano velocemente e mantengono una buona capacità di espressione. Esistono però fragilità morfologiche e sintattiche come errori nei testi, verbi e frasi. La letto-scrittura in alcuni casi può rivelarsi utile nell'apprendimento del linguaggio orale. Infine esistono difficoltà narrative che dipendono dalle capacità linguistiche.

In questi risultati finali si riscontrano profili eterogenei connessi allo sviluppo del linguaggio e delle abilità cognitive.

Modalità riabilitative:

-Approccio orale, metodo orale

Molto utilizzato poiché molti bambini non udenti nascono da genitori udenti e ciò li avvia verso l'utilizzo della lingua orale attraverso protesi e interventi chirurgici (Impianto Cocleare, IC. Sviluppato attorno ad un passaggio graduale dalla sordità all'ascolto.)

-Metodo LIS

Lingua dei Segni Italiana è considerata una vera e propria lingua insegnata da genitore sordo al figlio o da genitori udenti per evitare operazioni chirurgiche invasive. Un genitore normoudente deve imparare la lingua così come il bambino al fine di una comunicazione efficace

-Metodo Bimodale

Apprendimento di una lingua verbale gestuale, un parlare al bambino con un tono ricco ed enfatico accompagnato da gesti in modo da stimolare la memoria uditiva con a sostegno dei gesti.

-Metodo bilingue

Apprendimento della LIS e della lingua orale (Italiano Standard). Il bilinguismo ha vantaggi a livello di sviluppo cognitivo di elasticità mentale, inoltre permette al bambino di comunicare con tutti sordi e normo dotati.

-Metodo verbo-tonale

Utilizza il residuo uditivo come meccanismo di confronto e di apprendimento per la lingua. Tutto il corpo viene considerato emittente e ricettore di messaggi comunicativi.

Legge 104 del 5 febbraio 1992.

Legge che prova a normare il tema della disabilità, viene dichiarato il diritto all'educazione e all'istruzione dei bambini disabili nelle classi comuni → non più classi speciali ma uniti ai bambini con sviluppo tipico (normale)

Si parla ancora di "Persona in situazione di Handicap" che aveva una minoranza di natura fisica, psichica e sensoriale che possa determinare un processo di svantaggio sociale ed emarginazione → idea centrata su un approccio negativo MA primo passo verso un processo di integrazione

Scopo dell'integrazione: "sviluppare le potenzialità della persona con handicap nell'apprendimento della comunicazione, nella relazione e socializzazione"

La diagnosi viene attuata attraverso la formulazione della Diagnosi Funzionale (DF), percorso diagnostico clinico; il Profilo Dinamico Funzionale (PDF), serve per descrivere la persona in tutte le sue fragilità e risorse; e il Piano Educativo Individualizzato (PEI), stilato dagli insegnanti si pone l'obiettivo di creare un progetto di inclusione e apprendimento dei bambini con disabilità.

- **Diagnosi Funzionale (DF)**

Descrizione analitica della compromissione funzionale dello stato psicofisico dell'alunno in situazione di handicap. E' importante il ruolo della famiglia nel processo\percorso. Si individua un quadro clinico in grado di orientare interventi di tipo riabilitativo, terapeutico ed educativo-didattico → permette di richiedere l'insegnante di sostegno alla classe
La diagnosi viene stilata da un medico specialista, un neuro psichiatra, un terapeuta per la riabilitazione e gli operatori sociali (assistenti sociali, etc..)

- **Profilo Dinamico Funzionale (PDF)**

Descrive le caratteristiche fisiche e psichiche analizzate mettendo a fuoco le difficoltà conseguenti dall'handicap e le possibilità di recupero. E' un elemento di base costruito e stilato in collaborazione con gli insegnanti e i medici su cui poi verrà stilato il PEI.

Come deve essere progettato il PEI?

FATTIBILE	FRUIBILE	FLESSIBILE
Gli obiettivi devono essere in linea con le risorse e le potenzialità del bambino preso in esame.	Il documento deve essere comprensibile e utilizzabile da tutte le figure professionali che hanno bisogno di avvalersene, in particolare nel contesto scolastico.	Deve essere prevista la possibilità di modificare gli obiettivi, i tempi, le attività etc., in funzione delle necessità manifestate dal bambino durante il percorso scolastico.

- **Piano Educativo Individualizzato (PEI)**

Viene redatto dalla scuola in collaborazione con gli operatori sanitari e la famiglia. E' un documento nel quale vengono descritti gli interventi integrati ed equilibrati fra di loro e predisposti per l'alunno in situazione di Handicap. In particolare sono inseriti gli obiettivi di sviluppo, le attività da svolgere nelle diverse dimensioni (relazionale, didattica, motoria, etc.), le metodologie utilizzate e le relative facilitazioni, le risorse umane (insegnanti, ore, etc.) e materiali richieste, tempi e strumenti per la verifica e gli aspetti riabilitativi e di socializzazione individualizzati al fine di promuovere l'inclusione scolastica migliore possibile. Documento che deve essere continuamente aggiornato e modificato periodicamente. Ha due dimensioni: trasversale, focalizzata sul presente su tutte le dimensioni di vita del bambino; e longitudinale (o prospettica), focalizzata sul futuro e quindi sugli obiettivi a breve e lungo termine del bambino in questione. Il PEI si sviluppa intorno alla dinamica interazione fra gli ambienti di vita dell'alunno (Alunno, territorio extra-scolastico e scuola).

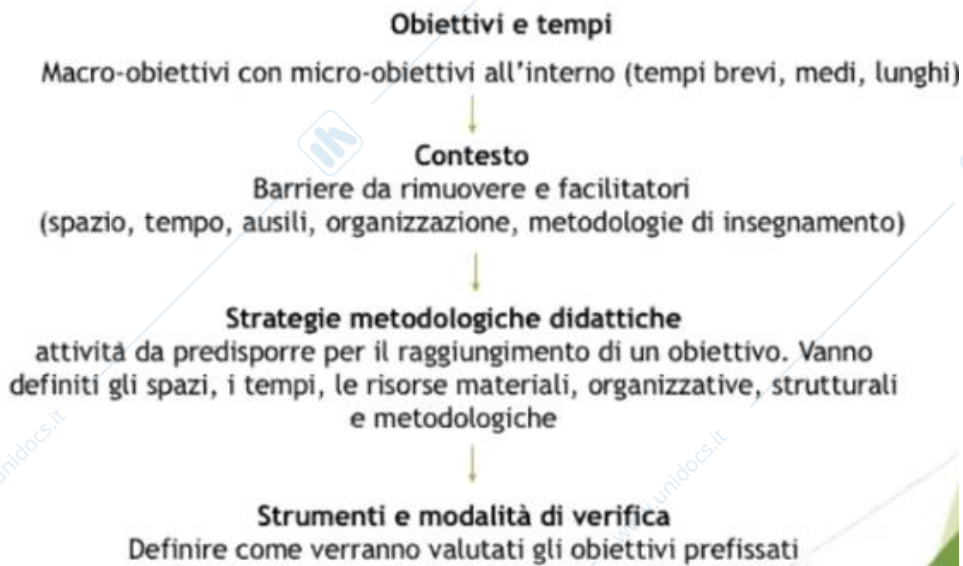
Modello standard del PEI:

Presenta una parte Generale cioè riguardante i dati socio-anagrafici del bambino, il profilo sintetico del bambino (punti di forza e di debolezza, obiettivi generali e strategie per l'emergenza), gli aspetti didattici organizzativi in funzione inclusiva (la classe come risorsa per l'inclusione, le metodologie, laboratori o progetti e percorsi di alternanza scuola-lavoro).

Progettazione Educativa e Didattica, elementi necessari:

- Situazione di Partenza
- Obiettivi
- Traguardi riferiti ai documenti Ministeriali
- Strumenti e Metodologie

Progettazione educativa e didattica



-Modalità di valutazione e verifica

Raccordi con l'attività della classe che si possono basare con strategie di Sostituzione, medesimo obiettivo per tutta la classe ma differenti modalità di accesso; Facilitazione, Riduzione e Scomposizione, obiettivo diverso per la classe e il bambino con disabilità.

Un intervento educativo riguardo un bambino con disabilità può essere differente a seconda del tipo di disabilità e il livello di gravità (diverse tipologie di sordità, con protesi acustica, con IC precoce o tardivo).

Tecnologia di supporto

I bambini ipoacusici possono manifestare difficoltà nei contesti scolastici quando presentano un forte affaticamento uditivo.

Esistono però dei sistemi tecnologici che possono facilitare i bambini a comprendere i messaggi verbali anche in contesti rumorosi.

- ▶ **Sistemi FM (rumore di fondo)**= trasmettitore che capta la voce di chi parla e la trasmette via onde radio senza l'uso di fili ad un ricevitore FM collegato alla protesi acustica o all'IC.
- ▶ **Sistemi wireless**, es. mini microfono collegato in modalità bluetooth al processore CP900 dell'impianto Cochlear

Un bambino ipoacusico può incontrare difficoltà nell'uso e comprensione della lingua orale, nello sviluppo delle competenze morfologiche, sintattiche e lessicali, nel mantenere l'attenzione (livelli attentivi fragili), nell'uso della lingua scritta, nel ragionamento e nel rilevare incongruenze in un ragionamento che si rispecchia nel mondo reale nell'interpretare

messaggi metaforici e modi di dire. La scuola può trovarsi in difficoltà nel comprendere la situazione clinica e le problematiche del bambino e quindi richiedere una figura di supporto alla classe in modo da poter individuare delle strategie di apprendimento più efficaci per il bambino (anche grazie all'utilizzo di tecnologie adeguate). La classe non è l'ambiente uditivo ideale per un bambino ipoacusico perché vi sono elementi di interferenza sonora (mormorio, confusione e tipologie di rumore eccessivo e fastidioso: esempio il rimbombo, eco).

L'insegnante deve anche considerare la modalità di espressione vocale in classe in presenza di un bambino ipoacusico, parlare lentamente, scandire e cambiare spesso tono per mantenere l'attenzione. Inoltre il bambino potrebbe presentare comportamenti problematici sviluppati come difesa personale dall'esterno e quindi difficoltà a relazionarsi e integrarsi con i compagni.

Lo Sviluppo Linguistico nel bambino ipoacusico

Il metodo sillabico e l'apprendimento della letto scrittura va a potenziare le strutture cognitive riguardanti il linguaggio e quindi rivelarsi molto utile nello sviluppo della lingua ed espressione orale. E' importante che l'insegnante tenga presente le difficoltà di comprensione della lingua scritta da parte del bambino disabile nel momento in cui assegna consegne o compiti scritti alla classe o nello strutturare test, adeguando il compito alle competenze del bambino. Inoltre potrebbero essere deficitarie le funzioni esecutive, cioè la capacità di elaborare informazioni complesse e di distribuire le risorse cognitive nel metodo di studio e memoria (alto livello di natura cognitiva). La pragmatica dei bambini con IC può essere intralciata da elementi problematici della loro disabilità, questa capacità può essere supportata da interventi educativi dell'insegnante in collaborazione con il Logopedista di riferimento, al fine di migliorare le competenze grammaticali ed espressive. Inoltre è molto importante allenare la capacità di compiere Inferenze attraverso contenuti grafici, indovinelli e schemi, attività in gruppo e drammatizzazione; oltre alla possibilità di stesura di testi semplici e astrazione.

Si possono valutare le strategie di ascolto del bambino e proporre delle **tecnologie di supporto** e aiuto. La famiglia gioca un ruolo importante nel corso degli apprendimenti del bambino fornendo alla scuola feedback e riportando i progressi o problematiche del bambino.

La Disabilità Intellettiva

Fragilità nello sviluppo cognitivo.

Piaget parla di sviluppo cognitivo come modalità del bambino di conoscere la realtà.

Prima bisogna comprendere cosa si intende per abilità intellettiva e capacità cognitive.

Intelligenza: capacità di adattarsi all'ambiente e ad agire su di esso in modo efficace; capacità di comunicare in modo efficace, la capacità di Problem solving → **costrutto multi-componenziale** (Teorie delle intelligenze multiple), **stabile ma avente margine di cambiamento**.

Nell'ambito della disabilità possono essere diverse le componenti deficitarie in ambito cognitivo insieme ad altre assolutamente funzionali e nella norma. Generalmente ha una predisposizione genetica ma può essere acquisita grazie agli stimoli dell'ambiente circostante al bambino.

Gli approcci teorici sono differenti e a volte in contrasto sul tema della misurazione dell'intelligenza (analisi quantitativa partendo da analisi statistiche):

-**Sternberg:** sostiene che l'intelligenza sia composta da **un fattore di intelligenza generale** e un insieme di fattori specifici di essa. Unitarietà dell'intelligenza

-**Thurstone:** insieme ampio e più o meno **vario di fattori e abilità mentali** primarie relativamente indipendenti. Intelligenza composta

-**Spearman,** teoria a due fattori: fattore generale + fattori specifici

Definizione di Baroff (1986) e Lindsey (1990)

Intelligenza = insieme di abilità di ragionamento, comprensione, acquisire conoscenze e imparare dall'esperienza, capacità di adattamento e motivazione a riuscire.

Alcuni tipi di disabilità portano i bambini a non essere in grado di riadattare il comportamento errato subito dopo un'esperienza negativa. La capacità di apprendere è molto importante considerati i magazzini di memoria che acquisiscono le nozioni (memorizzazione), alcuni tipi di disabilità ledono questo aspetto

Definizione della American Association on Intellectual and Developmental Disabilities (2007)

Intelligenza = Capacità mentale generale, che include il ragionamento, la pianificazione, il Problem solving, il pensiero astratto, la comprensione di idee complesse, l'apprendimento rapido e la capacità di apprendere dall'esperienza. → insieme di competenze connesse fra loro e indipendenti nello sviluppo. Diverse declinazioni di queste capacità.

L'idea di quoziente intellettivo come indice quantitativo di definizione dell'intelligenza è ormai decaduta per fare spazio ad un'idea più ampia di intelligenza basata sulla consapevolezza della complessità dello sviluppo umano.

Il concetto di QI

Il QI è il rapporto fra l'età mentale del soggetto e la sua età cronologica.

Se l'età mentale sarà inferiore a quella cronologica viene definito un QI basso, se superiore può essere considerato un QI alto e quindi una maturità di intelligenza maggiore.

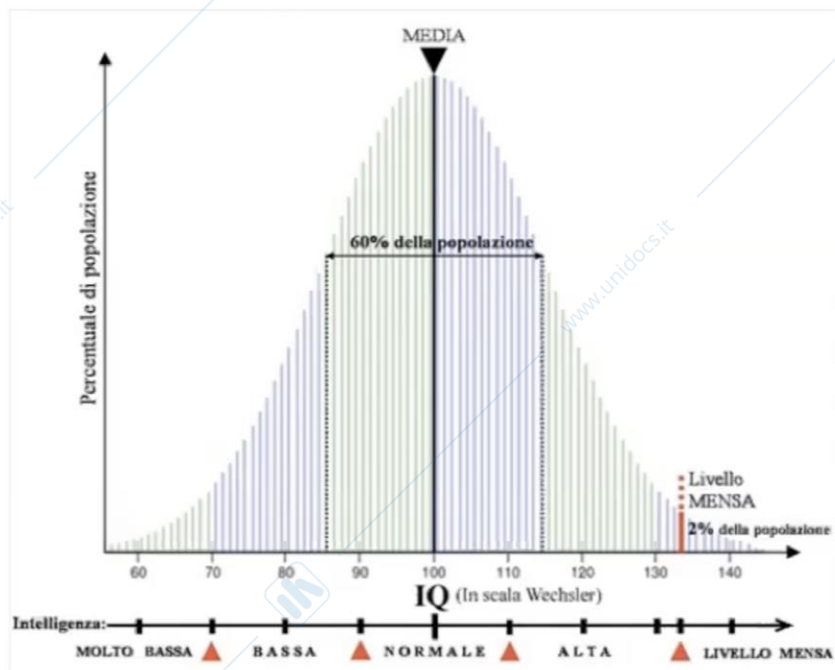
Non è più un indicatore considerato estremamente rilevante, ha perso importanza negli anni. Nei soggetti molto piccoli, per la rilevazione delle abilità intellettive (è troppo presto per parlare di Quoziente Intellettivo) vengono considerati gli atteggiamenti in reazione a stimoli esterni.

-Curva Gaussiana per il QI

Una variabile ha una distribuzione normale all'interno della popolazione.
La misurazione sull'asse delle X rappresenta il quoziente intellettivo, sulla y la percentuale della popolazione avente tale IQ. (es. IQ: 60 corrisponde al 2% della popolazione)

Sotto i 70, si può parlare di disabilità Intellettiva

CURVA GAUSSIANA PER IL QI



Sopra gli 85 si può avere una diagnosi di DSA

Misure di deviazione standard del campione

Queste misure mi dicono quanto la popolazione è omogenea o deviante all'interno di un campione, per convenzione la varianza è a 15. (Quindi $100-15=85$, dal 85 in giù viene considerato un QI deficitario. Dal 115 in poi viene considerato superiore alla norma.)

Prima definizione ufficiale di "Ritardo Mentale" 1992 (periodo DSM III)

Si parla di ritardo dal punto di vista cognitivo che doveva insorgere nell'età dello sviluppo quindi entro i 18 anni. Questo ritardo è caratterizzato dall'incapacità di adattamento all'ambiente e il livello di funzionamento mentale è sotto la media.
Accezione particolarmente negativa della patologia → etichettante

Nuova concezione di Ritardo Mentale: tenere conto delle differenziazioni culturali e linguistiche, presenza di punti di forza e di fragilità; condizione suscettibile ai miglioramenti. No staticità, no deficit definitivo → DSM IV e ICD10 si sente la necessità di centrare la valutazione su tre elementi chiave: capacità, l'ambiente di vita e il funzionamento reale del soggetto.

Nuovi Criteri di Valutazione (2002)

La valutazione viene adesso svolta su:

- Capacità intellettive
- Comportamento adattivo (abilità concettuali, sociali e pratiche)
- Partecipazione sociale, interazione e i ruoli sociali che la persona è in grado di assumere
- Salute fisica, mentale e i fattori eziologici
- Contesto, ambiente e cultura

Una persona può essere considerata deficitaria se ha limitazioni in 2 o più aree fra:

- Comunicazione
- Cura di sé
- Abilità domestiche
- Autonomia
- Abilità nel provvedere alla propria salute e sicurezza
- Abilità scolastiche
- Abilità lavorative
- Abilità relative alla gestione del tempo

ICF 2001 → sparti acque, cambio di prospettiva sull'idea di disabilità

Le limitazioni sono tutte pratiche e nel contesto di vita

Bisogna considerare le diversità culturali e linguistiche, considerare i punti di debolezza per svilupparne i sostegni adeguati finalizzati al miglioramento.

Vengono definiti disturbi del neurosviluppo perché sono disabilità accomunate dall'essere provocate da problemi allo sviluppo neurologico infantile e non riconducibili a fattori ambientali.

Soddisfatti per tre criteri:

- Deficit delle funzioni intellettive ($QI < 70$)
- Deficit del funzionamento adattivo
- Insorgenza in età evolutiva

DISTURBI DEL NEUROSVILUPPO (DSM V)

- o Disabilità intellettiva
- o Disordini della comunicazione
- o Disturbi dello spettro autistico
- o Disturbo da deficit di attenzione/iperattività
- o Disturbi specifici di apprendimento
- o Disordini motori

Oggi si utilizza un Approccio del doppio criterio, test clinici e psicometrici

ICD11, manuale di classificazione del livello dei disturbi —> Intellectual developmental disorder

Quattro approcci alla Disabilità

Intellettiva:

-Approccio sociale: basato sul comportamento, i soggetti incapaci dal punto di vista sociale venivano considerati deficitari

-Approccio Clinico, vengono considerati aspetti biologici e clinici (genetica, patologie, sindromi)

-Approccio Psicometrico, misurazione dell'intelligenza come funzione mentale. Analisi quantitativa —> QI

-Approccio del Doppio Criterio, si considera il funzionamento intellettivo e il comportamento adattivo rispetto all'ambiente in età evolutiva.

DSM V

Definisce la base del ne introduce **-Quattro** basati sul competenze necessaria

valutazione (Modello
=>
valutazione
quantitativa

I Criteri

Ritardo mentale

Sostituito da

Disabilità

- a) prospettiva ecologica focalizzata sull'interazione persona-ambiente;
- a) individua nei sistemi di supporto sistematici e individualizzati uno strumento per migliorare il funzionamento umano.

disabilità sulla doppio criterio, e **i livelli di gravità** livelli di gravità livello di QI e sulle adattive. Considera una dettagliata e multidimensionale psicologica. bio-psico-sociale passaggio ad una qualitativa e

di Gravità

Classifica la disabilità intellettiva da lieve a profonda.

-Lieve: QI da 50-55 a 70

Fino ai 5 anni (età pre scolare) sviluppano capacità sociali e comunicative tipiche per l'età quindi la disabilità lieve risulta invisibile e la diagnosi viene sviluppata in età tardiva. Le capacità scolastica corrisponde ad abilità tipiche della classe 5a primaria —> non riescono a sviluppare un pensiero astratto ma rimangono allo Stadio Operatorio Concreto (Piaget). Crescendo riescono a raggiungere competenze manuali e sociali tali da permettergli un'occupazione e l'autosostentamento. E' importante garantire loro un sistema di supporto psicologico e formativo per evitare l'abbandono scolastico e lo sviluppo negativo dell'immagine di sé.

Questa categoria riveste l'85% dei casi di disabilità intellettiva, la loro età mentale rimane agli 8-11 anni.

-Moderato: QI da 35-40 a 50-55

Le persone acquisiscono capacità comunicative durante l'infanzia, le abilità sviluppate si fermano alla 2a primaria e quindi potrebbero necessitare una figura di riferimento che li possa seguire costantemente. La loro età mentale risulta intorno agli 6-8 anni, cioè metà Stadio Operatorio Concreto (Piaget) può essere consolidato. Tuttavia possono provvedere alla cura della loro persona e svolgere attività lavorative e sociali se supportati (no totale autonomia)

Questa categoria riveste il 10% dei casi, hanno discrete capacità comunicative e adattamento alla comunità.

-Grave: QI da 20-25 a 35-40

Le persone acquisiscono un linguaggio comunicativo minimo o non lo acquisiscono, l'età mentale è classificabile intorno ai 4-6 anni. Tuttavia se sottoposti ad una buona stimolazione educativa possono imparare a parlare e a riconoscere a vista alcune parole scritte (lingua scritta a livello elementare: parole.)

Se supportati possono imparare a prendersi cura della propria persona.

Questa categoria riveste il 3-4% dei casi riscontrati, sono soggetti che non raggiungono lo sviluppo dello Stadio Operatorio Concreto (Piaget), da adulti possono svolgere attività semplici in luoghi protetti.

-Profondo: QI < 20-25

Questo range è solitamente associato ad una condizione neurologica patologica, già dall'infanzia mostrano gravi compromissioni del funzionamento senso-motorio (disabilità sensoriale associata). Le capacità sono molto fragili, possono migliorare se supportati nelle diverse capacità motorie e sensoriali. L'assistenza richiesta è costante.

Questa categoria riveste l'1-2% dei casi.

Lo sviluppo dei bambini con disabilità intellettiva spesso presentano problematiche e patologie associate, perciò è difficile definire delle tappe evolutive per questi bambini. Alcuni studiosi però hanno provato a stilare una serie di abilità: cognitive, linguistiche, sociali e della personalità; queste abilità vanno oltre il quoziente intellettivo e rispecchia il modo e l'approccio di questi bambini di conoscere il mondo.

Si analizzano quindi diversi domini dello sviluppo:

-Sviluppo Cognitivo-Linguistico

È stato possibile riscontrare alcune caratteristiche specifiche riguardo la qualità del pensiero in base a:

-Concretezza, difficoltà a sviluppare dei pensieri astratti. Riferendosi a Piaget i soggetti non riescono a superare lo stadio delle operazioni concrete e le attività mentali rimangono vincolate allo stadio pre-operatorio.

Implicazione è l'incapacità di cogliere relazioni di somiglianza su base categoriale (dividere in categorie a seconda delle particolarità)

-Rigidità, strettamente legata alla concretezza. Non riescono a generalizzare, abilità apprese in un determinato ambito non vengono estese ad un contesto differente da quello in cui è stata acquisita. Poco flessibili nell'adattamento del proprio atteggiamento nel modificarsi della realtà (difficoltà ad andare oltre alle routine)

-Memoria, capacità mnemoniche limitate sia per quanto riguarda la memoria a breve termine e quella a lungo termine. Difficoltà nelle modalità e quantità di memorizzazione.

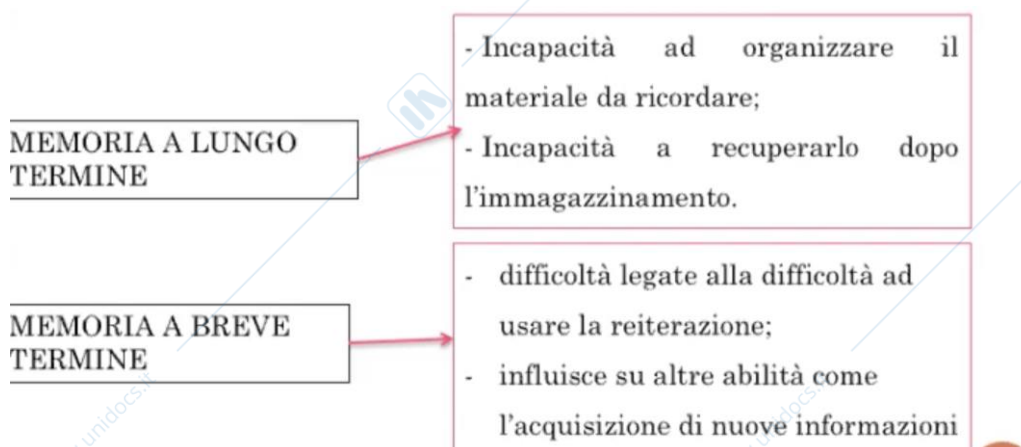
-Capacità di pianificare-Attività immaginative, fatica a pianificare una serie di azioni per raggiungere un obiettivo e costruire attività che richiedono abilità astratte come l'immaginazione.

-Esperienza percettiva, spesso sono lenti e imprecisi nella loro modalità di analisi dei dati percettivi, fanno fatica ad integrare i dati a disposizione in un'unità integrata e hanno difficoltà a cogliere le relazioni fra le parti.

-Apprendimenti scolastici, letto-scrittura compromessa. Vi è la necessità di strutturare un intervento educativo personalizzato alle esigenze del bambino.

-Capacità attentive di Concentrazione, possono provare difficoltà nei tempi di reazione (misura della rapidità della risposta successivamente ad uno stimolo)—> minore è il QI più lenta sarà la reazione.

-Abilità comunicativo-linguistiche, il più delle volte sviluppate efficacemente permettendo così la comunicazione. Dal punto di vista lessicale le fragilità possono coinvolgere la povertà e scorrettezza delle strutture sintattiche, difficoltà fonologiche e difficoltà a livello pragmatico.



-Sviluppo sociale e della personalità, non sono state riscontrate caratteristiche specifiche della personalità evidenti in modo omogeneo. Vi sono però rischi psicologici e di personalità come ansia, comportamenti compulsivi, aggressività, iperattività e bassa tolleranza alle frustrazioni.

Un'analisi dei bisogni del bambino è fondamentale per attivare degli strumenti di supporto efficaci. —> Intervento Comportamentale, Intervento Cognitivo-Metacognitivo, Intervento sulla Famiglia.

I Disturbi dello Sviluppo (Neurosviluppo)

-Deficit di Attenzione e Iperattività

L'attenzione del bambino in classe può essere ostacolata da molti fattori, fra cui la genitorialità dei care giver che se mancante può ostacolare l'inibizione e la limitazione di determinati atteggiamenti nel bambino —> il bambino non sa controllarsi. (Problema di natura ambientale)

Nel DSM V —> ADHD (Attention Deficit\Hyperactivity Disorder) , disturbo del neurosviluppo caratterizzato da bassi livelli di attenzione, disorganizzazione e\o iperattività-impulsività tali da compromettere il funzionamento della persona. Problema pervasivo che altera il funzionamento del bambino in tutti i contesti di vita del bambino —> diversi domini della vita del bambino e ha conseguenze sullo sviluppo delle normali abilità\competenze del bambino.

Tredgold, 1908

Definito come disordine organico generato da un danno lieve al sistema nervoso, questo danno era considerato invisibile e non causato da traumi fisici\psicologici. (Causa organica NON nota)

Strauss e Lehtinen, 1947

Danni al sistema nervoso centrale (Minimal brain disfunction MBD) —> non visibile

Poi venne definita "Sindrome iperattiva infantile" —> ricondotta ad un problema psichiatrico infantile e quindi una vera e propria patologia.

Negli anni '70 vennero a svilupparsi due modelli differenti di considerare i casi:

-MBD: Minimale brain disfunction, disfunzione minima che ricade sui comportamenti e sul funzionamento della persona.

-Difficoltà a portare e mantenere l'attenzione* e la concentrazione

***Attenzione:** funzione trasversale di base, insieme alla memoria permette all'individuo di apprendere. **Sistema complesso, non univoco che è costituito da diversi elementi di natura più o meno strategica (selezione, mantenimento, focalizzazione e inibizione di uno stimolo).** Funzione di attenzione selettiva, ci serve per focalizzarci su delle cose che riteniamo importanti. Sistema attentivo superiore, sistema di alto livello che permette di organizzare le informazioni recepite inibendo gli stimoli non necessari in un determinato momento —> quindi controlla anche i comportamenti non necessari o sbagliati. Concentrazione, selezionare e sostenere l'attenzione su un determinato stimolo per un periodo di tempo prolungato.

Anni '80 (DSM III)

Viene inserito per la prima volta il termine: Disturbo da Deficit dell'Attenzione con Iperattività (ADHD), in sé ha la distinzione fra il deficit di attenzione e l'iperattività come problematiche separate che possono coesistere, l'iperattività viene poco approfondita.

Anni '90 (DSM IV)

Viene sviluppata una teoria che vede attenzione e iperattività sullo stesso piano ma ne definisce 3 tipologie di disturbo:

- ADHD Combinato, il soggetto presenta 6 o più sintomi relativi alla disattenzione e all'iperattività
- ADHD con Disattenzione preminente sui comportamenti
- ADHD con Iperattività\Impulsività preminente sui comportamenti

ICD 10

Prevede la possibilità di diagnosticare questa caratteristica quando vengono rilevate almeno sei manifestazioni di disattenzione, tre di iperattività e tre di impulsività.

Nel manuale vengono proposti 18 sintomi della problematica utili alla diagnosi.

Secondo l'**Associazione Italiana Disturbi Attenzione e Iperattività**,

“Il Disturbo da Deficit di Attenzione\Iperattività è un disturbo evolutivo dell'autocontrollo.

Esso include difficoltà di attenzione e concentrazione, di controllo degli impulsi e del livello di attività.” → focus sulla difficoltà del bambino di inibire il proprio comportamento e impulsi.

DSM V (APA 2013)

Vengono stabiliti alcuni criteri fondamentali per diagnosticare un disturbo da deficit di attenzione/iperattività:

- A. Presenza di 6 o più sintomi per almeno 6 mesi (5 adulti e adolescenti);
- B. Età dell'insorgenza anteriore ai 12 anni;
- C. Manifestazioni riconducibili a disattenzione, iperattività e impulsività;
- D. Compromissione delle attività e del normale funzionamento in almeno 2 contesti come casa, scuola, lavoro, etc.;
- E. Devono interferire con il normale funzionamento scolastico e sociale

Definizione concentrata sull'idea che l'ADHD sia una problematica che riguarda il controllo di natura comportamentale, cognitiva o affettiva.

I Comportamenti del bambino non possono essere considerati aspetti di una normale fase di crescita. → ma potrebbero essere una fase transitoria data da una situazione ambientale, per sospettare una diagnosi devono protrarsi per almeno 6 mesi.

Tuttavia non sono il risultato di una disciplina educativa inefficace.

A1 - Disattenzione

Se fallisce nel prestare attenzione ai dettagli o compie errori di un'attenzione nei compiti che gli vengono assegnati.

Ha difficoltà a sostenere l'attenzione nelle attività

Sembra non ascoltare quando gli si parla

Non segue completamente le istruzioni e incontra difficoltà nel terminare determinate mansioni ma non manifesta comportamenti oppositivi.

Ha difficoltà ad organizzare le varie attività

Prova avversione nei compiti a sforzo prolungato

Perde materiale spesso

Facilmente distraibili da stimoli esterni, risulta sbadato nelle attività quotidiane.

A2 - Iperattività

Atteggiamenti che si manifestano ad un livello da rendersi disadattivi e inappropriati per lo sviluppo del bambino:

Muove le mani o i piedi, si agita sulla seggiola

E' continuamente in movimento

Si alza spesso

Corre e si arrampica in situazioni in cui non è appropriato

Ha difficoltà ad impegnarsi in attività tranquille

Parla eccessivamente

A3 - Impulsività

Risponde impulsivamente prima che venga completata la domanda

Ha difficoltà ad aspettare il proprio turno

Interrompe o si comporta in modo invadente

Vorrebbero la massima gratificazione nel minor tempo possibile (Impazienti)

Il disturbo si manifesta secondo diversi livelli di Gravità: lieve, moderata e grave.

Questo disturbo ha una potenzialità in ambito sportivo, artistico. Questi bambini sono molto motivati ad agire attivamente.

Le Cause

Non si possono individuare cause specifiche del disturbo ma esistono fattori di rischio:

-Fattori Neuro-biologici o ereditari, manifestano un difetto nello sviluppo evolutivo dei circuiti cerebrali, nello specifico presentano significative alterazioni funzionali in 4 aree cerebrali

(ipo funzionamento o iper funzionamento di queste strutture cerebrali: corteccia pre frontale, controllo motorio dei movimenti; gangli della base, autocontrollo; cervelletto, movimento; corpo calloso, funzioni esecutive.) Sono coinvolti dei geni e i neurotransmettitori dopamina e noradrenalina.

-Nascita fortemente prematura

-Uso di sostanze teratogene in gravidanza

Fattori Psicologici e Sociali

L'ambiente non sembra incidere in modo significativo dell'origine del disturbo. E' più che altro utile nella fase di sviluppo della problematica a facilitarne o renderne più difficile la gestione.

Manifestazione in età precoce

La diagnosi avviene di solito entro i 7 anni o 12 anni. Fra i 3 e i 4 anni vi è un Catoff importante, un momento spartiacque → sviluppo e acquisizione della teoria della mente

Sonuga-Barker, 2005

Propongono una tassonomia delle difficoltà associate a iperattività in età pre scolare:

- Tipo I - Oppositività emergente
- Tipo II - Insorgenza tardiva di ADHD, questi bambini hanno dei tratti gestiti bene in età pre scolare che però emergono con la scolarizzazione.
- Tipo III - ADHD limitato al periodo pre scolare
- Tipo IV - Insorgenza precoce o cronica ADHD, caratteristiche miste diventano croniche.

Manifestazione in Adulti

I bambini affetti da ADHD molte volte mantengono le caratteristiche comportamentali del disturbo. Le problematiche pervasive che si mantengono in età adulta coinvolgono i 2\3 dei bambini.