

Disturbo dello Spettro Autistico

Ciclo di incontri di formazione rivolti ai docenti dell'Istituto Comprensivo Pollione - Formia

Caratteristiche

Il disturbo dello Spettro autistico è una **condizione organica**, causata da una predisposizione **genetica**, che in concomitanza con **fattori di rischio ambientali** determina un'alterazione nello sviluppo del cervello.

Disturbo dello spettro autistico

- Un disturbo che fa parte dei Disturbi del Neurosviluppo;
- Influenza diverse aree di sviluppo: comunicazione, interazione sociale, gioco, interessi e comportamenti;
- I sintomi sono presenti prima dei 3 anni, la diagnosi avviene di solito successivamente;
- La manifestazione dei sintomi varia con l'età e il disturbo influenza lo sviluppo;
- Grande eterogeneità nelle manifestazioni del disturbo
- Presenza di comportamenti attivi (= atipici) e di comportamenti passivi (= assenza di comportamenti normali)
- Età, livello di sviluppo, livello di linguaggio espressivo, contesto, cultura influiscono significativamente sul modo di manifestarsi dei comportamenti
- Può coesistere con altri disturbi (disabilità intellettiva, adhd, ansia..)
- Dura tutta la vita.
- Disturbo dello spettro autistico

Criteri diagnostici

A. Deficit della comunicazione sociale e dell'interazione sociale in molteplici contesti:

- 1. Deficit della reciprocità socio-emotiva;
- 2. Deficit dei comportamenti comunicativi non verbali utilizzati per l'interazione sociale;
- 3. Deficit dello sviluppo, della gestione e della comprensione delle relazioni.

B. Pattern di comportamento, interessi o attività ristretti, ripetitivi, come manifestato da almeno due dei seguenti fattori:

- 1. Movimenti, uso degli oggetti eloquio stereotipati o ripetitivi;
- 2. Sameness, aderenza a una routine priva di flessibilità o rituali di comportamento verbale o non verbale;
- 3. Interessi limitati, fissi, anormali per intensità e profondità;
- 4. Iper- o ipoattività in risposta a stimoli sensoriali o interessi insoliti verso aspetti sensoriali dell'ambiente

C. I sintomi devono essere presenti nel periodo precoce dello sviluppo

D. I sintomi causano compromissione significativa del funzionamento in ambito sociale o in altre aree importanti

E. Le alterazione non sono meglio spiegate da disabilità intellettiva o ritardo globale dello sviluppo.

Va definito il livello di gravità in base al livello di compromissione della comunicazione sociale e ai pattern di comportamenti ristretti e ripetitivi;

Disturbo dello spettro autistico

Negli ultimi venti anni c'è stato un notevole aumento dei casi di Disturbo dello spettro autistico

- Possibili cause: ampliamento dei criteri diagnostici, maggior attenzione verso la patologia, differenti metodologie di studio, reale aumento della frequenza.
- Il DSM-5 parla di un'incidenza pari all'1% della popolazione
- La diagnosi riguarda 4 volte di più il genere maschile rispetto a quello femminile

Le modalità di esordio del disturbo possono essere tante quante sono le modalità di manifestazioni del disturbo.

Tuttavia possiamo riconoscere quattro traiettorie evolutive:

- Mancata acquisizione di nuove funzioni, quali il linguaggio e il gioco, tra i 9 e i 24 mesi;
- Perdita di funzioni già acquisite in precedenza (regressione) tra i 12 e i 30 mesi;
- Perdita di funzioni già acquisite dopo i 3 anni (regressione tardiva). Molto rara.
- Autismo nel contesto di un ritardo globale di sviluppo fin dalla primissima infanzia.

Segnali precoci 0-3 anni:

Sviluppo Affettivo

- Ridotte espressioni del viso
- Espressioni ambigue e non rivolte agli altri
- No sorriso sociale
- Raro sguardo sociale
- Rara reciprocità verso gli estranei

Comprensione

- Mancata risposta al nome (abilità che si acquisisce tra i 6 e i 9 mesi)
- Bassa comprensione della gestualità

Modalità comunicative

- Mancanza dell'uso dello sguardo per la comunicazione
- Scarso babillage
- Scarso uso dei gesti

- Uso della mano dell'adulto per chiedere (b. adulto e autonomo) - oggetti visibili ma non accessibili

Intenzionalità comunicativa

- Mancanza dell'attenzione congiunta (8-12 mesi)
- Scarsa intenzionalità ed iniziativa
- Mancanza del gesto di indicare (pointing richiesto a 11-14 mesi e pointing dichiarativo a 12-18 mesi)

Imitazione

- Il Sistema dei Neuroni a Specchio si attiva sia quando svolgiamo attivamente una certa azione diretta ad uno scopo sia quando osserviamo quella stessa azione svolta da un'altra persona
- Questo meccanismo rende possibile l'imitazione, la simulazione delle azioni, la comprensione delle intenzioni associate alle azioni, degli stati mentali altrui
- La disfunzione di questo meccanismo porta a difficoltà nell'anticipazione dello scopo dell'altro che è uno degli indici più precoci dell'autismo

Particolarità sensoriali

- Ipersensibilità ad alcuni suoni o rumori (alcune voci, alcuni rumori di sottofondo possono essere percepiti come assordanti)
- Ipersensibilità agli stimoli visivi (percezione dell'intermittenza di alcune luci al neon, sensazione di accecamento rispetto ad alcuni riflessi del sole)
- Ridotta o eccessiva sensibilità tattile (fastidio al tocco, ad alcuni tessuti, alle etichette degli indumenti, alla consistenza di un certo cibo nel palato, indifferenza tra caldo e freddo)
- Alterazione della percezione del dolore - insensibilità
- Sensibilità a stimoli olfattivi e gustativi - tale da ostacolare la condivisione di esperienze

Gioco con oggetti

- Mettere in bocca oggetti
- No giochi di finzione
- Giochi ripetitivi

Gioco sociale

- Scarso orientamento sociale

Caratteristiche motorie e comportamenti ripetitivi o stereotipati

- Ritardo nello sviluppo motorio
- Posture particolari
- Goffaggine
- Problemi di pianificazione motoria
- Stereotipie
- Ritualismi

La letteratura scientifica sulla plasticità cerebrale ci mostra come un trattamento precoce possa modificare lo sviluppo delle connessioni cerebrali

- Lo sviluppo del cervello è influenzato sia dalla genetica che dall'esperienza
- Le influenze ambientali possono moderare lo sviluppo delle tendenze ereditarie nei bambini
- Fornire delle esperienze positive nei primissimi anni di vita è più efficace e meno costoso degli interventi correttivi quando saranno più grandi

La scuola svolge un ruolo importantissimo nell'individuare i bambini a rischio per poi avviare un iter valutativo

Il trattamento precoce

La linea guida 21 - *il trattamento dei disturbi dello Spettro Autistico nei bambini e negli adolescenti* riporta i trattamenti evidence-based

- Applied Behaviour Analysis (ABA)
- Early Start Denver Model (ESDM)
- DIR
- TEACCH

Early Start Denver Model (ESDM)

Modello d'intervento di tipo globale, che viene svolto in un contesto naturalistico ed è rivolto a bambini dello spettro autistico tra i 12 e i 60 mesi.

- Comunicazione Recettiva
- Comunicazione espressiva
- Abilità sociali
- Imitazione
- Cognizione
- Gioco
- Motricità fine
- Motricità grossolana
- Comportamento
- Autonomie personali (mangiare, vestirsi, lavarsi, lavori di casa)

È importante che ci sia una *squadra* che operi in maniera coerente:

- Familiari
- Personale scolastico
- Terapisti

- Strutture sanitarie

L'apprendimento nei bambini

Sin dalla nascita, i bambini con sviluppo tipico sono dotati di uno strumento importante che ne supporta lo sviluppo: la **capacità di apprendere**

- Velocità dell'acquisizione nuove informazione
- Motivazione verso l'interazione sociale
- Propensione a imparare dagli altri in maniera selettivo

I bambini con Disturbo dello Spettro Autistico sono capaci di imparare ma mostrano:

- difficoltà nell'elaborazione delle informazioni sociali,
- propensione verso la ripetitività,
- difficoltà attentive

che possono ostacolare la loro capacità di apprendere.

Obiettivi:

- Riportare il bambino nelle interazioni sociali
- Insegnare le fondamenta della vita sociale:
 - Imitazione
 - Comunicazione emotiva
 - Condivisione delle esperienze
 - Gioco simbolico e sociale
 - Linguaggio
- Riempire i learning gaps che si sono accumulati

L'ambiente di apprendimento

Creare un **ambiente** che favorisce l'attenzione e l'interesse verso le persone e le attività incrementa le opportunità di apprendere.

- Organizzare gli spazi con oggetti di uso quotidiano e materiali di gioco
- Creare aree di gioco
- Ridurre gli stimoli distraenti

Favorire l'attenzione

1. Identificare quello che è al centro dell'attenzione del bambino
2. Salire sul palcoscenico e prendere posizione
3. Eliminare la competizione
4. Identificare la zona di conforto sociale del bambino
5. Condividere seguendo la guida del bambino

1. Identificare quello che è al centro dell'attenzione del bambino

- Conosco un numero di giocattoli e oggetti con al bambino cui piace giocare
- Conosco diversi giochi sociali (giochi senza giocattoli come il solletico o il cucù) che fanno sorridere il bambino
- Conosco alcuni oggetti e attività che aiutano il bambino più felice quando è di cattivo umore
- Conosco alcune canzoni e suoni che al bambino piace ascoltare
- So cosa piace fare al bambino con i libri

2. Salire sul palcoscenico e prendere posizione

La **comunicazione sociale** avviene specialmente mediante gli occhi, il viso ed il corpo. Cerchiamo un'interazione con una **posizione faccia a faccia**.

- Quando interagiamo, il bambino può facilmente vedere i miei occhi, il viso, le azioni e i movimenti del mio corpo
- Mi pongo di fronte al bambino, al suo livello, faccia a faccia (non lo sovrasto)
- Il bambino è di fronte a me, comodamente seduto o in piedi, e può comodamente giocare

3. Eliminare la competizione

- Sono riuscito a individuare o minimizzare i distruttori?
- Durante le attività di gioco e di accudimento, il bambino è spesso attento a me e alla nostra attività condivisa
- Sono riuscito a individuare ciò che distrae il bambino e ho trovato il modo di eliminare, coprire o nascondere i distruttori
- Ho aiutato gli altri bambini, facendo capire loro i concetti di attesa e turno, piuttosto che interrompere o distogliere l'attenzione del mio bambino

4. Identificare la zona di conforto sociale del bambino

- Il bambino non cerca attivamente di distogliere lo sguardo da me o di allontanarsi
- Il bambino a volte guarda verso di me e osserva le mie azioni
- Mi sono posto abbastanza vicino da poter toccare lui e gli oggetti con i quali sta giocando
- Il bambino, sembra essere a suo agio, gioca con gli oggetti, è sorridente, a volte è concentrato sul gioco, è calmo, è interessato, è felice/eccitato

5. Condividere seguendo la guida del bambino

- Utilizzare l'ascolto attivo
- Narrare
- Offerta d'aiuto
- Imitare le azioni del bambino

Altre strategie:

- Etichettamento ambientale
- Agenda visiva
- Token economy
- Timer
- Osservazione dei comportamenti problema (Antecedente - Comportamento - Conseguenza)

Confrontarsi con la famiglia

Avvio dell'iter diagnostico

Aiutare il genitore a comprendere se è preoccupato troppo o troppo poco per il figlio e se ciò che osserva è un reale campanello di allarme attraverso i seguenti parametri:

- **Discrepanza** tra ciò che il bambino sa fare e le attese relative all'età e al rapporto con i coetanei —> es. capacità di organizzare un gioco, di relazionarsi con i coetanei e di provvedere alle proprie autonomie;
- La **durata** e la **frequenza** di comportamenti immaturi, inadeguati o incongrui rispetto a interazioni o contesti;
- La **gravità** dei ritardi e delle atipie che caratterizzano i comportamenti affettivi, cognitivi e sociali del bambino.

In questo modo consentiamo al genitore di distinguere la presenza di un rallentamento transitorio, di una caratteristica temperamentale o di un disturbo.

Può passare del tempo dall'emergere di un comportamento inaspettato o inadeguato alla richiesta di aiuto da parte dei genitori —> storia familiare, personalità, contesto culturale, rete sociale, timori..

Aspetti che incidono su tempi e modi di avvio della consultazione:

- Paura della malattia;
- Conoscenza dell'infanzia —> famiglie mononucleari, figli unici, divisione degli spazi sociali;
- Età (entrata nella scuola) e crisi evolutive (difficoltà di adattamento a nuove situazioni familiari o sociali)
Non tutti i campanelli di allarme ricevono la stessa importanza;
- Rete sociale e sanitaria;
- Stigma sociale (false credenze, vergogna e paure di esclusione sociale / disturbi)

Elaborazione della diagnosi

Conoscenza del disturbo: Accesso al servizio di neuropsichiatria: invio - visita dello specialista (storia clinica - storia sociale e familiare del bambino) - ipotesi diagnostica - indagini cliniche - intervento riabilitativo - colloqui con i genitori (situazioni nei diversi contesti di vita)

Che disturbo è?

- Incomprensione “inevitabile” —> linguaggio tecnico e comprensione emotiva

Come funziona?

- Équipe multidisciplinare e profilo di sviluppo, individuazione di risorse e punti di debolezza
- Peso e significatività dei diversi nuclei patologici - la specifica compromissione - rapporto tra disturbo e momento evolutivo - manifestazioni del disturbo
- “Come faccio a capire se non è capace o non vuole fare le cose?”
- Insorgenza - evolutività - trasformabilità

Da cosa dipende?

Il concetto di casualità lineare è fuorviante va piuttosto assunto un modello multifattoriale

Vissuto di colpa e di responsabilità dei comportamenti del figlio

Come evolverà?

Paura del futuro —> Porsi le giuste domande

Ipotesi prognostica: programmare i fondamentali appuntamenti evolutivi, prevedere e affrontare le crisi di sviluppo, le trasformazioni del disturbo e le possibili associazioni con altri disturbi.

La presa in carico

Fasi ricorrenti nel percorso di elaborazione del disturbo del figlio da parte dei genitori:

- Iniziale choc: sentimenti di rifiuto, paura, colpa, confusione per quanto sta accadendo, disorganizzazione del contesto affettivo e sociale
- Alternanza di tristezza e rabbia: comportamenti di sfiducia - iperinvestimento terapeutico
- Maggiore consapevolezza che conduce a spinte riparative: spinte riparative - imparare a convivere

Imparare a convivere con il disturbo del proprio figlio:

- Continuità
- **Collegamento** tra la famiglia, le strutture sanitarie, scolastiche e gli altri contesti di vita
- Contrastare i vissuti di **solitudine** della famiglia
- Perdita dei parametri evolutivi —> verifica dell'intervento riabilitativo o educativo;
- Comprendere i comportamenti “negativi” —> modalità possibili;
- Non considerarsi sempre responsabile dell'equilibrio emotivo del bambino.

Bibliografia

- American Psychiatric Association (2014) *DSM-5. Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*. Raffaello Cortina Editore
- Mazzoncini, B & Musatti, L. (2012) *I disturbi dello sviluppo. Bambini, genitori e insegnanti*. Raffaello Cortina Editore
- Ministero della Salute (2015) Linea Guida n. 21 *Il trattamento dei disturbi dello spettro autistico nei bambini e negli adolescenti*.
- Persico (2018) *Manuale di neuropsichiatria infantile e dell'adolescenza*. SEU
- Rogers, S. & Dowson, G.. Vivanti G. (curatore) (2010) *Early Start Denver Model: Intervento precoce per l'autismo*. Omega Edizioni
- Centra R., Cottini C. e Vivanti G. (2013) *Autismo come e cosa fare con bambini e ragazzi a scuola*. Giunti.