



L' AUTISMO

CATIA PEPE
PSICOLOGA-PSICOTERAPEUTA
catiapepe@yahoo.it

Argomenti

- Cosa sono i Disturbi dello Spettro Autistico,
- Come riconoscerli,
- Criteri diagnostici,
- I modelli di funzionamento,
- La storia di M.
- L'intervento

L'Autismo è un disturbo caratterizzato da una compromissione grave e generalizzata in diverse aree dello sviluppo:

- **capacità di interazione sociale reciproca**
 - **capacità di comunicazione**
- **presenza di comportamenti, interessi, e attività stereotipate.**

Le compromissioni qualitative che definiscono queste condizioni sono nettamente anomale rispetto al livello di sviluppo o all'età mentale del soggetto.

Di solito sono evidenti nei primi anni di vita e sono spesso associati con un certo grado di Disabilità Intellettiva

AUTISM

Persons with autism may possess the following characteristics in various combinations and in varying degrees of severity.



Examples of reciprocal attention



Pointing with eye contact



Gestures, but NOT communicating



Sintomi nucleari



Disturbi dello Spettro Autistico

INTERAZIONE SOCIALE

Isolamento

**Assenza di
attenzione condivisa**

**Evitamento o
rifiuto di
sguardo**

**Assenza di imitazione
e motivazione all'
interazione sociale**

**Difficoltà di
riconoscimento e
comprensione degli
stati mentali propri e
altrui**

**Mancanza di ricerca
spontanea nella
condivisione di gioie ed
emozioni (es. richiamare
l'attenzione su oggetti di
proprio interesse)**

COMUNICAZIONE

- **Linguaggio non adeguato all'età (Ritardo delle tappe)**
- **Non vi è tentativo di mimica**
- **Ecolalia immediata o differita**
- **Prosodia monotona**
- **Non vi è il gioco del far finta**
- **Mutismo**
- **Mancanza di risposte alle richieste altrui**
- **Difficoltà a condurre e iniziare una normale conversazione**
- **Anormalità nella comunicazione gestuale e mimica-stereotipie motorie**
- **Frequente inversione pronominale (parla di sé usando “tu”; e della persona alla quale si riferisce usando “io”)**
- **Non capisce l'ironia e lo scherzo**

MODALITÀ DI COMPORTAMENTO, INTERESSI E ATTIVITÀ RISTRETTI, RIPETITIVI E STEREOTIPATI

- **Reazioni di angoscia o collera in occasione di cambiamenti di ambiente, di imprevisti,**
- **Reazioni di frustrazioni a tentativi dell'adulto di entrare in contatto**
- **Scelta di oggetti insoliti (sassi, fili etc.)**
- **Manierismi motori (torsioni delle dita, movimenti a trottola)**
- **Indifferenza ai richiami**
- **Ipo o iperattività motoria**
- **Interesse per stimoli sonori (es. aspirapolvere, acqua, ruote etc.)**
- **Comportamenti auto ed eteroaggressivi**
- **Profilo eterogeneo delle performance**
- **Buona capacità mnesica**
- **Alterazione del comportamento alimentare**
- **Disturbi del sonno (per esempio risvegli notturni)**

Riassumendo...



- Linguaggio: ecolalico, ritardato, atipico, aprosodico ect.
 - Attenzione condivisa: (assente, occasionale, discontinua)
 - Gioco simbolico: assente, occasionale, settoriale
 - Interessi: stereotipati, ridotti, molto variabili
- Percezione (risposta agli stimoli): distorta, ridotta
- Comprensione: assente (non valutabile), ridotta, settoriale
 - Comportamento: isolato, bizzarro

Criteria diagnostici

DSM IV



MODIFICHE NEL DSM-5

Disturbi Generalizzati dello Sviluppo



Disturbi dello Spettro Autistico (DA)

MODIFICHE NEL DSM-5 (2013)

Viene eliminata la presenza dei diversi sottotipi

~~disturbo
pervasivo non
altrimenti
specificato~~

~~sindrome di Asperger~~

~~disturbo
disintegrativo~~

~~sindrome di
Rett~~

Considerare il disturbo all'interno di uno Spettro vuol dire che la distribuzione della frequenza di un dato comportamento varia nel tempo e nell'intensità della sua manifestazione.

All'interno delle dimensioni o sintomi si racchiudono soggetti con caratteristiche cliniche eterogenee nella compromissione sociale e nella presenza di comportamenti ripetitivi e di interessi ristretti.

Lo spettro autistico (DSM-5)

- Autismo infantile,
- Autismo infantile precoce,
- Autismo di Kanner,
- Autismo ad alto funzionamento,
- Autismo atipico,
- Disturbo pervasivo dello sviluppo non altrimenti specificato,
- Disordine disintegrativo,
- Sindrome di Asperger

DA
(DSM-5)

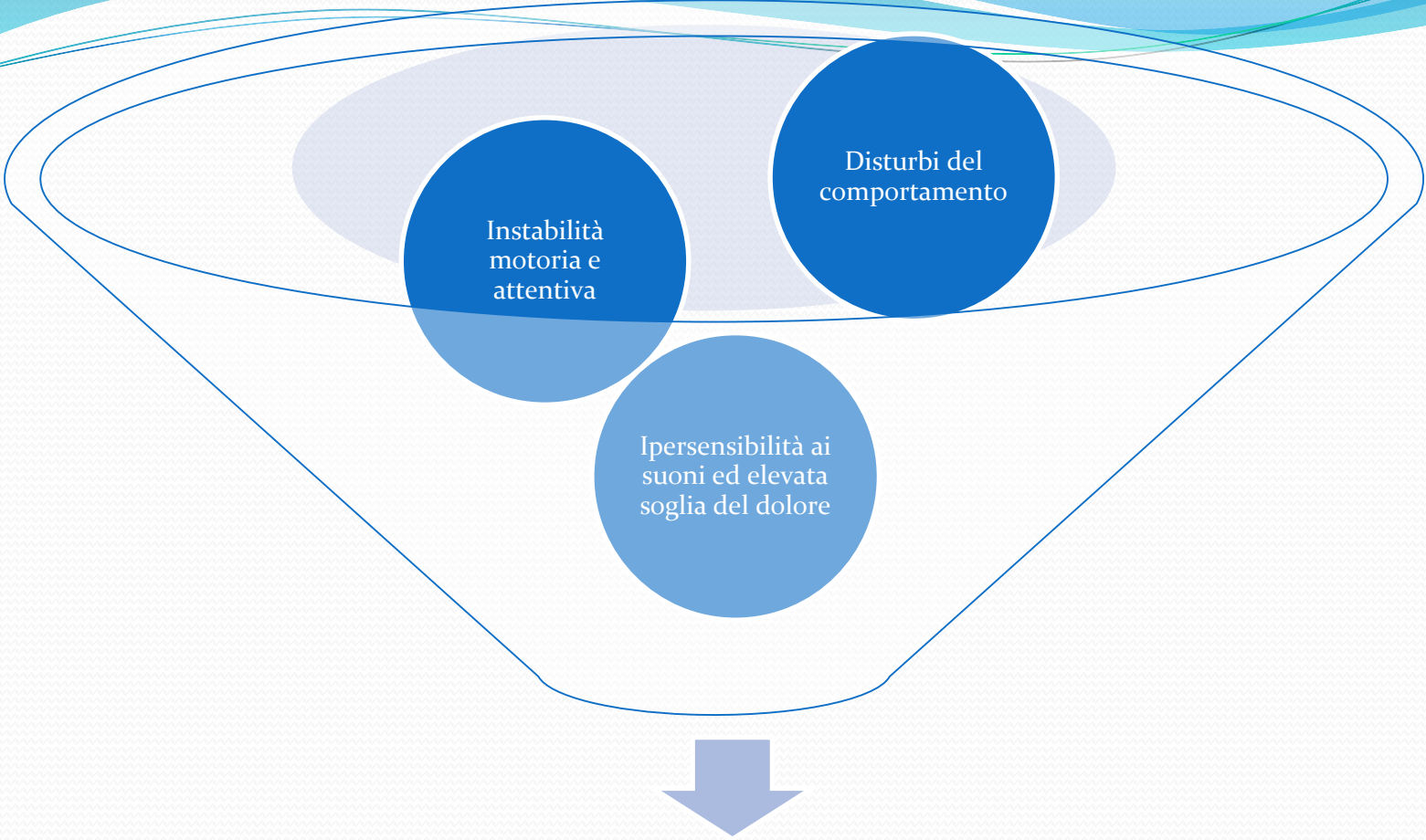


Deficit nella comunicazione e interazione sociale

- Assenza di reciprocità emotiva,
- Deterioramento nell'uso di comportamenti non verbali,
- Difficoltà nello sviluppare o mantenere amicizie,
- Assenza di condivisione di esperienze

Attività stereotipate e interessi ristretti

- Presenza di movimenti stereotipati o ripetitivi (uso degli stessi oggetti, ecolalia...)
- Aderenza inflessibile a routine non funzionali,
- Interessi ristretti e fissi,
- Iper o iporeattività a stimoli sensoriali (indifferenza al dolore, alla temperatura, reazioni di panico per rumori comuni, odorare o toccare lo stesso oggetto con insistenza).



Instabilità
motoria e
attentiva

Disturbi del
comportamento

Ipersensibilità ai
suoni ed elevata
soglia del dolore

Sintomi associati

Livello di gravità

Ogni dimensione deve essere specificata in relazione alla gravità



Richiesta di assistenza

Richiesta di assistenza
sostanziale

Richiesta di
assistenza molto
sostanziale

Livello di gravità 1

Richiesta di assistenza: il problema sociale è caratterizzato solo da un inizio difficile di interazione. Il soggetto è capace di esprimersi e di rispondere a semplici domande, ma non riesce a sostenere una conversazione. Presenza di comportamenti rigidi.

Livello di gravità 2

Richiesta di assistenza sostanziale: per quei soggetti i cui deficit verbali e non verbali sono marcati. Le iniziative di interazione sociale sono limitate e i comportamenti interferiscono con il normale funzionamento.

Livello di gravità 3

Richiesta di assistenza molto sostanziale: i deficit sono molto severi. Vi è assenza di produzione di linguaggio verbale o poche parole, nessuna iniziativa sociale estrema difficoltà ad adattarsi ai cambiamenti.

Diagnosi differenziale ed Epidemiologia

Sordità

ADHD/DDAI

Depressione

Ritardi specifici del linguaggio

6 casi su 1000

Aumento della prevalenza negli ultimi decenni

Maggiore nei maschi

0-6 mesi

- **Bimbo particolarmente calmo, pianti poco frequenti, ipotonico, assenza di dialogo tonico, mancata comparsa del sorriso sociale (dal 3° mese) evitamento di sguardo.**

6-12 mesi

- **Si stabilizzano le manifestazioni descritte che compromettono le qualità dell' interazione madre-bambino.**
- **Contatto oculare scarso.**

6-12 mesi

- **Sono assenti le reazioni di angoscia di fronte agli estranei (a partire dall'ottavo mese). Assenza di lallazione e di "risposte anticipatorie" (girare la testa e guardare e tendere le braccia)**

12-24 mesi

- **Iniziano le stereotipie motorie e i manierismi. Camminare sulle punte. Assenza di Pointing. Giochi perseveranti.**
- **Può essere presente iperattività motoria. Opposizione ai cambiamenti**

Sviluppo cognitivo

I bambini con autismo presentano un deficit cognitivo di grado variabile

30-40% presenta un ritardo di tipo lieve

40-50% un ritardo di tipo grave o profondo

10-15% presenta un livello intellettuale nella norma



Età di esordio.....

Nel DSM IV la diagnosi veniva prevista a partire dai 3 anni

Nel DSM-5 è possibile riconoscere i sintomi dai 12 mesi per le forme più severe

Fino ai 2 anni nelle forme meno severe

Il profilo delle capacità cognitive è comunque di solito irregolare

**Sviluppo
cognitivo
Caratteristiche**

Il livello di ricezione e di espressione del linguaggio è inferiore alla norma

Alcuni soggetti presentano isole di funzionamento intellettuale



**Quando influiscono le
comorbidity psichiatriche?**

- Irritabilità
- Aggressività
- Aumento delle stereotipie motorie

Alterazioni
del tono
dell'umore

- Condotte di evitamento
- Paure improvvise
- Sudorazioni
- Reazioni di angoscia

Disturbi
d'ansia

- Iperattività
afinalistica

ADHD

Tourette

- Rituali
- Eccessivo interesse per
parti di oggetti
- Motricità ripetitiva
- Masturbazione
compulsiva

DOC

Schizofrenia

- Crisi di agitazione
- Comportamenti
catatonici
- Autoaggressività

In sintesi.....



- **Il fenotipo comportamentale è eterogeneo e determinato da vari fattori, esistono casi di sviluppo atipico evidenti fin dalla prima infanzia (assenza di contatto oculare, di linguaggio...), mentre altri soggetti possono imparare a parlare ma bloccarsi nell'acquisizione, avere interessi assorbenti ma ben sviluppati....**

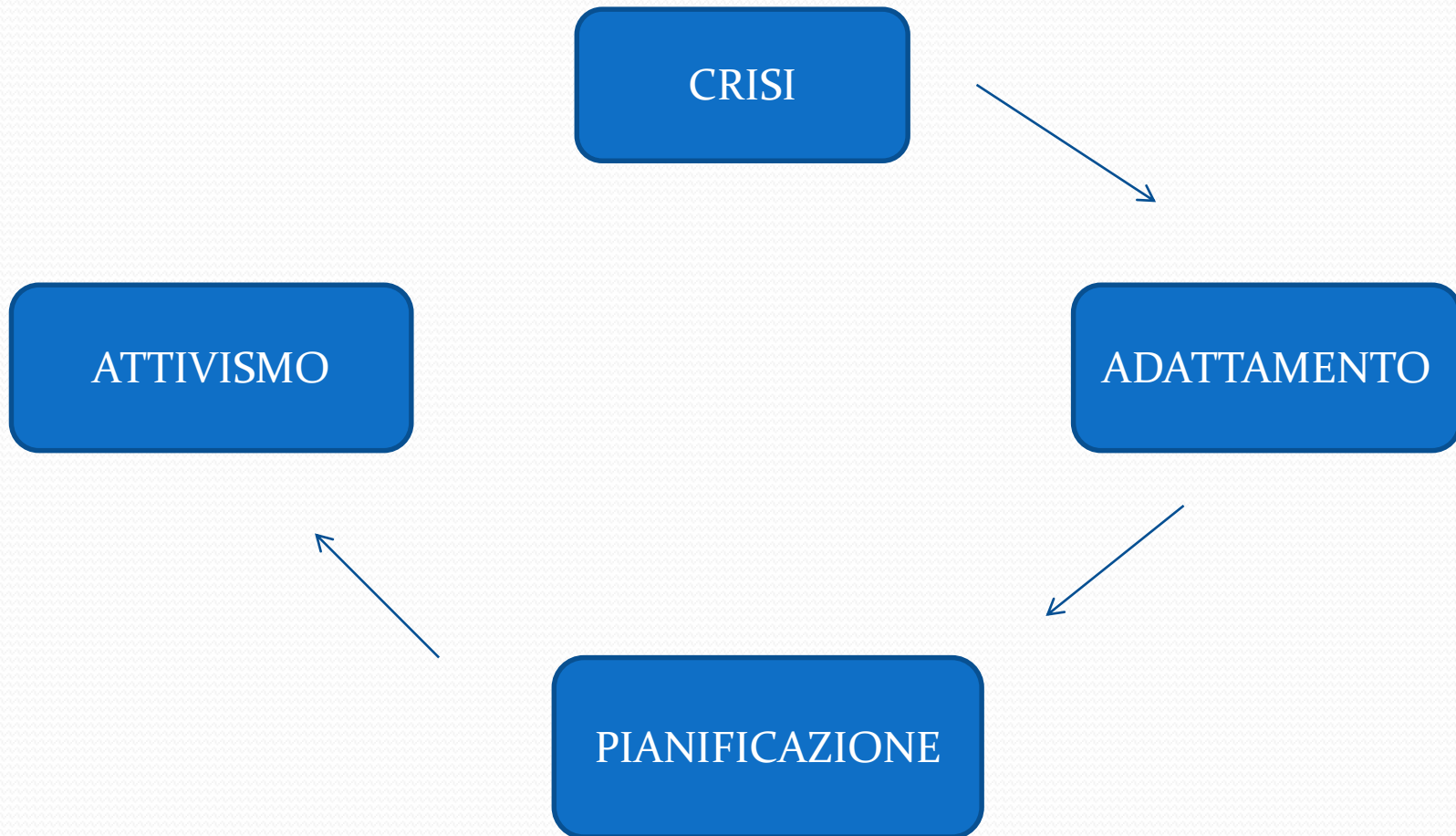


- Il profilo cognitivo è cruciale per determinare l'evoluzione del disturbo di questi bambini
- Un' attenta valutazione delle comorbidità consente una migliore gestione comportamentale

La diagnosi

La diagnosi del disturbo dello spettro autistico DA (DSM V) è un momento delicato. Richiede un'attenta valutazione psicodiagnostica. È necessario affrontare non solo le implicazioni dello sviluppo del bambino ma anche gli aspetti emotivi nelle pratiche di cura da parte della famiglia.

LA FAMIGLIA DEL BAMBINO CON AUTISMO



CICLO DI ADATTAMENTO FAMILIARE ALLA DISABILITA' (RICCI, 1994)

FASI	FATTORI COGNITIVI	FATTORI EMOTIVI	FATTORI SOCIALI
CRISI	ORIENTARSI AL PASSATO	DEPRESSIONE	RESTRINGIMENTO RETE SOCIALE, CONFLITTI DI COPPIA
ADATTAMENTO	ORIENTARSI AL PRESENTE	VARIAZIONE DELL'UMORE	SELEZIONE DEI RAPPORTI INTERPERSONALI
PIANIFICAZIONE	ORIENTARSI AL FUTURO PROSSIMO	ACCETTAZIONE DELLA DISABILITA'	RICERCA RAPPORTI SOCIALI CON FAMIGLIE DI DISABILI
ATTIVISMO	ORIENTARSI AL FUTURO REMOTO	OTTIMISMO	ESTENSIONE DEI RAPPORTI SOCIALI E ASSOCIAZIONISMO

UN PO DI STORIA.....

Nel 1911 E. Bleuler coniò il termine di autismo per indicare la perdita di contatto con la realtà nei soggetti con malattia mentale



Kanner (1943) pubblica in «Autistic disturbances of affective contact» le caratteristiche del disturbo: l'isolamento autistico e l'insistenza ossessiva per la ripetitività

Asperger (1944) parla di «psicopatia autistica» con anomalie nella comunicazione, nell'adattamento sociale, stereotipie e possibili capacità intellettive eccellenti in aree ristrette



1955 Kanner sposta l'attenzione sulle caratteristiche comportamentali dei genitori di questi bambini ipotizzando che la loro presunta freddezza contribuisse a determinare l'autismo, Battelheim sostiene tale ipotesi



1968 Rimland si oppone alla teoria psicomodinamica sostenendo la causa organica dell'autismo

Negli anni 70' Rutter specificò i sintomi dell'autismo infantile (rapporti sociali, ritardo nello sviluppo del linguaggio, comportamenti compulsivi e ritardo mentale in quasi tutti i bambini 3/4)



DSM III

DSM IV

DSM V

DA
(DSM-5)



LE TEORIE SULL'AUTISMO

- LA TEORIA DELLA MENTE (Baron-Cohen, Leslie e Frith, 1985 - Baron-Cohen 1989, 1991, 1994 – Frith e Happè, 1994 – Camaioni, 1995)
- LA TEORIA DELLA DEBOLE COERENZA CENTRALE (Frith, 1989, Happè 1994, 1997 - Frith, Happè, 1996)
- LA TEORIA DELLE FUNZIONI ESECUTIVE (Ozonoff, 1995-97 - Pennington e Ozonoff, 1996 – Russel 1997)
- NEURONI MIRROR

Modelli di funzionamento:

La teoria della mente

- Avere una «Teoria della Mente» vuol dire essere capaci di attribuire a sè stessi e agli altri degli stati mentali differenti per spiegare e predire il comportamento.
- Gli stati mentali propri e altrui permettono di comprendere e legare assieme le azioni (i comportamenti) e di dare un'interpretazione coerente a ciò che accade.

- Nel bambino autistico la teoria della mente è deficitaria, pertanto i soggetti con A. sarebbero incapaci di rappresentarsi lo stato mentale di sé stessi e degli altri e del pensiero altrui.
- Questo deficit di mentalizzazione spiegherebbe alcuni sintomi principali dell'A. deficit di comunicazione intenzionale, immaginazione e socializzazione, assenza di attenzione condivisa, della capacità di imitare.
- Secondo Uta Frith nei bambini autistici, il disturbo linguistico sarebbe il risultato del fallimento nella costruzione di un'adeguata teoria della mente, in quanto: i bambini autistici sono incapaci di attribuire pensieri interni, credenze, sentimenti ed intenzioni agli altri e a loro stessi, ne derivano conseguenze nello sviluppo del linguaggio e della comunicazione.

Il deficit di coerenza centrale (Frith, 1989)

- Fa riferimento a problematiche più generali che consentirebbero di cogliere la struttura complessiva di uno stimolo e le relazioni con il contesto legate ad esempio a percezione visiva, attenzione...
- I comportamenti ripetitivi, gli interessi ristretti e «le isole di abilità» potrebbero essere la conseguenza di un deficit di coerenza centrale,
- I comportamenti ripetitivi potrebbero essere frammenti di azioni più complesse che vengono decontestualizzate e ripetute senza un sistema in grado di inibirle adeguatamente.

- Tale inabilità si esprime nell'incapacità d'integrare diverse e dettagliate informazioni in concetti di ambito superiore che indirizzano il comportamento a lungo termine.
- I bambini con A. sembrano trarre molto meno vantaggio da informazioni dense di significato e strutturate, rispetto ad informazioni random e senza significato.
- Vi sarebbe una difficoltà nel padroneggiare stimoli multipli e nel separare le caratteristiche ridondanti (uditive, visive, motorie) dello stimolo.

Il deficit delle funzioni esecutive

(Harris 1993, Ozonoff 1995, Pennington, 1994)

- Funzioni Esecutive sono un insieme di operazioni cognitive che permettono all'individuo di adattare il suo comportamento alle esigenze e alle modificazioni improvvise dell'ambiente;
- esse entrano in gioco in situazioni nuove per il soggetto, che necessitano la risoluzione di un problema;
- Le funzioni esecutive sono responsabili del controllo e della pianificazione del comportamento teso ad uno scopo tenendo presente il contesto.
- Rientrano le capacità di inibire una risposta o di posticiparla, l'abilità di pianificare una sequenza di azioni, rappresentarsi un compito, selezionare le informazioni rilevanti da tenere in memoria, la flessibilità con la quale l'azione viene guidata.

- Organizzare e pianificare il proprio comportamento al fine di perseguire uno scopo, sono alcuni esempi di operazioni mentali che caratterizzano le funzioni esecutive; così come la flessibilità cognitiva che permette al soggetto di modificare queste operazioni nel momento in cui esse si distaccano dallo scopo perseguito.
- Tale deficit spiegherebbe, utilizzando i risultati di molti studi neuropsicologici, una caratteristica distintiva dell'autismo rappresentata dal campo ristretto di interessi, dalla ripetitività rigida di molte azioni e comportamenti.

La teoria dei neuroni specchio (mirror neuron Rizzolati, Craighero, 2004)

- Queste cellule, hanno una duplice proprietà: si attivano sia quando la persona compie una azione (ad esempio prende un oggetto) e sia quando vede un altro individuo fare la stessa azione.
- Un'azione fatta da un altro fa "risuonare" - nell'interno di chi osserva l'azione - i neuroni che si attiverrebbero se lui stesso facesse quell'azione.
- Nell'uomo il sistema "mirror" comprende molteplici aree cerebrali, incluse quelle del linguaggio, e interviene, oltre che nella comprensione delle azioni, anche nella capacità di imitare, una capacità che in senso proprio appartiene solo all'uomo ed ai primati superiori.


I neuroni specchio

Sono presenti in diverse zone corticali sono alla base di:

- capacita' imitative
- intersoggettivita'
- comprensione delle azioni e delle intenzioni degli altri
- riconoscimento delle emozioni ed empatia

Dunque la comprensione immediata degli atti altrui, delle loro intenzioni, la condivisione delle emozioni è determinata dall'esistenza dei neuroni specchio poiché la loro proprietà fondamentale è quella di attivarsi sia quando compiamo una data azione in prima persona sia quando osserviamo altri compierla.

- Deficit nel funzionamento dei neuroni «specchio» localizzati nel lobo parietale inferiore e nel giro frontale inferiore,
- Comporterebbe un deficit nella componente del comportamento imitativo, intersoggettività, comprensione delle azioni e delle intenzioni degli altri, riconoscimento delle emozioni ed empatia dei bambini con autismo,
- La via del giro frontale inferiore risulterebbe intatta, ciò spiegherebbe un eccesso di imitazione nell'ecolalia in alcune situazioni,

- 
- Si pensa che un'alterata consonanza intenzionale, causata da un deficit a più livelli dei meccanismi di simulazione promossi dai sistemi dei neuroni-specchio, sia all'origine di molti dei problemi sociali tipici degli individui affetti da autismo,

Altre ipotesi.....

- Normalmente in un bambino l'informazione sensoriale viene trasmessa all'amigdala, la porta d'ingresso del sistema limbico che regola le emozioni.
- Utilizzando le informazioni provenienti dalla conoscenza depositata in memoria, l'amigdala stabilisce la giusta reazione emotiva del bambino a ciascuno stimolo, creando un paesaggio di rilevanza del suo ambiente.
- Nei bambini con autismo le connessioni sensoriali potrebbero essere alterate, causando reazioni emotive estreme a eventi o a oggetti banali.

Altre ipotesi: la base genetica

AGSAS (Associazione genitori Soggetti Autistici solidali)

- Tra gli studi che hanno contribuito a rispondere affermativamente a questa domanda predominano le ricerche condotte sui gemelli con Autismo.
- Nei gemelli identici monozigotici è stata osservata un'elevata concordanza (70–90%) per l'Autismo. Ciò significa che se, ad es., consideriamo 100 coppie di gemelli nelle quali almeno uno dei due gemelli è autistico, vi saranno solo 80 coppie ca. con entrambi i gemelli autistici. Nei gemelli non identici (dizigotici) la concordanza è invece molto più bassa (0–10%).
- Questi dati sono in favore dell'esistenza di una base genetica per l'Autismo in quanto i gemelli monozigotici hanno lo stesso patrimonio genetico, due gemelli dizigotici condividono invece solo il 50 % dei loro geni.
- L'esistenza di una base genetica per l'Autismo è inoltre supportata dall'osservazione che nelle famiglie con un bambino autistico il rischio di avere un secondo figlio autistico è 25 volte superiore a quello di una coppia qualsiasi della popolazione generale.
- Vi sono studi che confermano l'ipotesi genetica in quanto riportano alterazioni (mutazioni) genetiche o cromosomiche evidenziabili dall'analisi delle cellule dei soggetti con Autismo. Mutazioni in particolari geni aumentano di molto il rischio di contrarre la malattia. Casi di questo tipo sono ben illustrati dall'associazione dell'Autismo con malattie ereditarie quali la sindrome del cromosoma X Fragile, la Sclerosi Tuberosa, la sindrome di Angelman. In tutti questi casi la patologia è causata da mutazioni in un solo gene.

L'ipotesi del danno da vaccino

(www.emergenzautismo.org)

- Molti genitori affermano che lo sviluppo dei loro figli era normale finché non hanno fatto i vaccini all'età di circa 18 mesi. L'organismo vaccino potrebbe esserne la causa. Un'ipotesi relativa al vaccino della pertosse è che la tossina pertosse contenuta in questo vaccino causi una separazione della proteina G-alpha dai recettori retinoidi in bambini geneticamente a rischio.
- Il sistema immunitario del neonato particolarmente sensibile verrebbe compromesso dalla minaccia di così tanti vaccini e ciò potrebbe contribuire all'insorgenza dell'autismo.
- Le cause dell'autismo comprendono mutazioni genetiche, età avanzata dei genitori, e/o infiammazione del cervello. L'infiammazione potrebbe essere causata da un gran numero di agenti tossici ambientali, infezioni virali e comorbidità in soggetti geneticamente predisposti ai disordini dello sviluppo.

LA STORIA DI M. ANAMNESI

- Michele è un bambino di 5 anni, frequenta la scuola dell'infanzia ed è ultimo di tre fratelli. La madre riferisce che la **gravidanza** ha avuto un decorso regolare. **Il parto** è avvenuto a termine per via naturale. Alla **nascita** il peso era di 3.650 grammi e il punteggio di Apgar 1' = 8; 5' = 9. Il decorso del periodo neonatale è stato regolare.
- **Il comportamento nel primo anno di vita** viene riferito come adeguato. M. viene descritto come un bambino buono che non piange mai e che non richiede molte attenzioni. **L'alimentazione** è avvenuta con allattamento misto fino all'ottavo mese, lo svezzamento avvenuto a sei mesi, viene riferito non problematico.
- **Il controllo sfinterico** è stato acquisito all'età di 3 anni, riferiti occasionali episodi di enuresi notturna e diurna.
- **Il ciclo sonno/veglia** è caratterizzato da frequenti risvegli con pianto nei primi mesi di vita; attualmente presenta risvegli notturni con durata di 4/5 ore per notte. Ha effettuato tutte le **vaccinazioni** previste per legge. Presenta **allergie** non accertate. **Malattie dell'infanzia:** otiti ricorrenti, varicella, morbillo, sesta malattia.

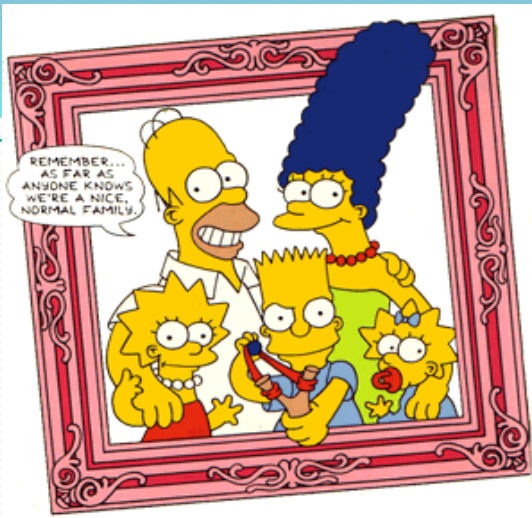
- Lo **sviluppo motorio**: riferiti in epoca precoce il controllo del capo e del tronco, il gattonamento a circa 12 mesi; la deambulazione autonoma a 16 mesi, riferita tendenza alla deambulazione sulle punte. Attualmente e fin dai due anni presenti stereotipie motorie. In particolare vengono riferiti movimenti ripetitivi delle dita e delle mani. A scuola preferisce stare a terra e si rifiuta di stare seduto come gli altri bambini.
- Lo **sviluppo sociale**: sorriso sociale assente, riferita particolare predilezione per il contatto fisico e una scarsa partecipazione emotiva. L'ingresso alla scuola dell'infanzia è avvenuto a 3 anni con una scarsa interazione con i coetanei. Attualmente se chiamato, è in grado di prendere parte alle attività collettive, anche se non prende mai l'iniziativa a entrare in relazione con gli altri. Presenta anche una maggiore interazione con le figure genitoriali e con i fratelli pur permanendo gravi problematiche di comunicazione.

- **Lo sviluppo linguistico** è stato caratterizzato da lallazione all'età di sette mesi, prime parole a dodici mesi. Riferito, dai genitori, fenomeno regressivo del linguaggio a diciotto mesi. Difficoltà a usare modalità di comunicazione non verbali come lo sguardo, l'espressione mimica e i gesti che regolano l'interazione. Attualmente il linguaggio non risulta funzionale. M. utilizza le parole non per fare delle richieste funzionali ma in maniera ecolalica. La modalità comunicativa prevalente è quella di usare l'adulto per fare richieste. (es. muove il braccio della madre per afferrare un oggetto a lui gradito). Presenta difficoltà a iniziare e sostenere una conversazione.
- **Interessi:** solo per alcuni giochi ad esempio marionette e peluche che vengono utilizzati sempre allo stesso modo ovvero vengono allineati. Se qualcuno prova a spostare i suoi giochi M. mostra comportamenti di aggressività.

- **Autonomie:** utilizza le posate, utilizza i servizi igienici autonomamente, non si veste autonomamente.
- **Comportamento:** vengono riferite reazioni di collera e aggressività sia nei confronti degli altri che nei confronti di sé stesso. Tali reazioni si accentuano in condizioni di frustrazione.
- **Esami clinici:** Ha effettuato alcuni esami diagnostici; EEG con esito negativo; esame audiometrico ed esame del fundus oculi entrambi negativi.

Diagnosi

- A due anni a Michele è stata fatta una diagnosi di Disturbo dello Spettro Autistico (DA DSM-5).
- <https://www.youtube.com/watch?v=jrZfuXA8M6Q>



Mentre i teorici cercano “certezze” e “verità” in laboratorio per capire “che cosa” sia questa patologia.....

I clinici, si destreggiano fra i diversi trattamenti, tenendo conto dell'importanza delle evidenze cliniche per la ricerca attraverso un dialogo con i teorici.....

METODI DI TRATTAMENTO

Floortime di Greenspan
Psicomotricità
Metodo Delacato



Sviluppo delle
capacità sensoriali

Holding, Metodo Etodinamico e A.E.R.C.
Attivazione Emotiva Recipricità Corporea
La terapia familiare sistemica
La Therapie d'Echange et Developement
La psicoanalisi e la terapia delle psicosi
infantili



Sviluppo delle capacità di
relazione

Il Programma T.E.A.C.C.H.
Intervento comportamentale CAA
Metodologia ABA



Interventi
comportamentali

Natural Aided Language di Cafiero
Comunicazione Facilitata
Training uditivo
Visual Training
Musicoterapia



Sviluppo delle capacità
comunicative

Ipotesi di intervento



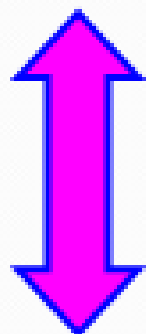
**Intervento
individuale**

**Valutazione degli
aspetti organici**

**pediatrici
genetici
metabolici
neurologici**

**Personalizzato tenendo
conto della fase di sviluppo**

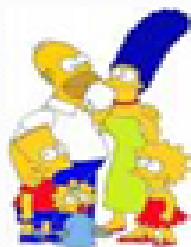
**rinforzo della
reciprocità M-B
Floor-time
Psicomotricità
ABA**



**Intervento
familiare**

**Supporto psicologico
Operatori specialisti
Mediazione con le
istituzioni**

**scuola
associazioni
aspetti legali**



La letteratura scientifica internazionale e le Linee Guida per l'autismo - Raccomandazioni tecniche-operative per i servizi di neuropsichiatria dell'età evolutiva redatte dalla Società Italiana di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza (S.I.N.P.I.A.) affermano con assoluta chiarezza che l'Applied Behaviour Analysis (A.B.A.) è la terapia di scelta per l'autismo infantile.

L'ANALISI DEL COMPORTAMENTO

Scienza psicologica che ha come oggetto lo studio delle interazioni psicologiche tra individuo e ambiente e come metodo quello scientifico proprio delle scienze naturali.

Compiti principali:

- descrivere le interazioni tra individuo e ambiente;
- spiegare come avvengono, e su queste basi prevederne le caratteristiche e la probabilità di comparsa nel futuro;
- influenzarne (modificarne) la forma e la funzione (Moderato e Copelli, 2010).

Il comportamento in sé e per sé, nella sua descrizione topografica, cioè statica, non è oggetto di interesse: ciò che interessa alla Behavior Analysis è solo la definizione funzionale, delle caratteristiche delle relazioni tra l'organismo e l'ambiente, che consente di prevederle e influenzarle (Skinner, 1953).

La *Applied Behavior Analysis* nello studio del comportamento, analizza una relazione funzionale, chiamata tecnicamente *contingenza (ABC)*, costituita da tre elementi in relazione tra loro:

- **Antecedent:** gli stimoli che precedono il comportamento
- **Behavior:** le risposte comportamentali
- **Consequence:** eventi stimolo conseguenti

La contingenza a tre termini è alla base di ogni intervento basato sull'analisi comportamentale applicata (Moderato e Copelli, 2010).

L'ANALISI COMPORTAMENTALE APPLICATA (ABA)

L'analisi comportamentale applicata (Applied Behavior Analysis) è la scienza che applica sistematicamente tecniche operanti derivanti dai principi del comportamento per migliorare comportamenti socialmente significativi. (linguaggio, gioco, comunicazione, socializzazione, autonomia personale, abilità accademiche, ecc...) e la correzione di comportamenti problematici (autostimolazioni, aggressività, autolesionismo, ossessioni, ecc...).

l'ABA non è una cura per la guarigione dall'autismo. È l'insieme di principi scientifici che se applicati in campo di autismo offrono un programma per la riabilitazione educativa del bambino. Alcuni bambini però possono fare talmente tanti progressi da risultare dopo diversi anni indistinguibili da altri bambini in tutte le aree evolutive.

Quali elementi deve avere un programma intensivo comportamentale per bambini con autismo?

- Intervento Intensivo: minimo di 25 - 30 ore settimanali
- Coinvolgimento della famiglia
- Curriculum individualizzato e comprensivo
- Insegnamento strutturato
- Insegnamento Incidentale
- Generalizzazione programmata
- Insegnamento nell'area della comunicazione
- Gestione costante dei comportamenti problema
- Supervisione frequente e qualificata

Video terapia aba

- <https://www.youtube.com/watch?v=7pN6ydLE4EQ>



Grazie per l'attenzione!

05.12.2014

Catia Pepe