

UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI FERRARA



in collaborazione con  
UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI TRENTO

# INTRODUZIONE ALLE PRINCIPALI PROBLEMATICHE DELL'ETÀ EVOLUTIVA

Corso integrato Individuo e Ambiente: strumenti di lettura - Moduli 2 e 3

**ALESSANDRO FAILO, PHD**

Lezione 11

Rovereto, 19 dicembre 2019

Corso di laurea in Educazione Professionale  
*L/SNT2 – classe delle lauree in professioni sanitarie della riabilitazione*  
- a.a. 2019/20 -

# COSA AFFRONTEREMO OGGI

1. Introduzione ai principali disturbi del neurosviluppo e dell'età evolutiva
2. I disturbi evolutivi dell'autocontrollo
3. I disturbi dello sviluppo intellettuale
4. I disturbi pervasivi dello sviluppo
5. I disturbi d'ansia e le fobie in età evolutiva
6. La famiglia con un figlio disabile o malato cronico/problematico e i fattori di protezione



1 - INTRODUZIONE AI PRINCIPALI DISTURBI DEL  
NEUROSVILUPPO E DELL'ETÀ EVOLUTIVA

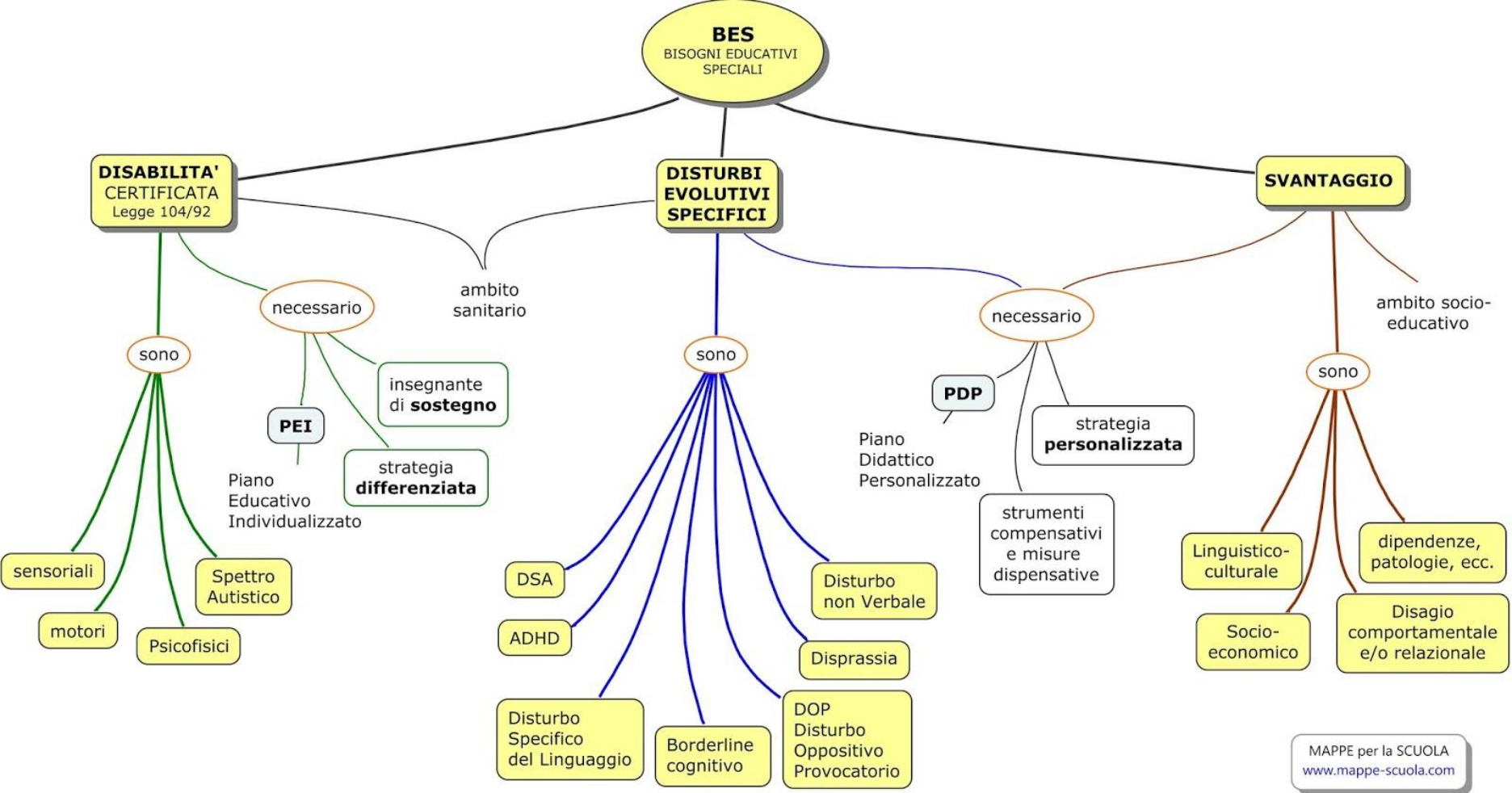
# I BAMBINI/ADOLESCENTI CON ESIGENZE SPECIALI

Partiamo da una macro suddivisione:

- Problema fisico,
- Disabilità intellettiva o dello sviluppo,
- Problema comportamentale o emotivo, di grave entità o di lunga durata.

Alcuni esempi comprendono: paralisi cerebrale, distrofia muscolare, asma, anemia falciforme, diabete, cardiopatia, depressione, ritardo mentale o disabilità dello sviluppo, disturbo della condotta, autismo, disturbo da deficit dell'attenzione e iperattività (ADHD).... Ma ce ne sono molti altri!

Chiariamoci un po' meglio le idee.....



## Bisogni Educativi Speciali

*“una qualsiasi difficoltà evolutiva in ambito educativo ed apprenditivo, espressa in termini di funzionamento problematico anche per il soggetto in termini di danno, ostacolo o stigma sociale, indipendentemente dall’eziologia e che necessita di educazione speciale individualizzata”*

# COSA SONO I DISTURBI DEL NEUROSVILUPPO?

- sono un **gruppo di condizioni** con esordio nel periodo dello sviluppo,
- si **manifestano tipicamente nelle prime fasi** dello sviluppo,
- sono caratterizzati da un **deficit** dello sviluppo che causa una compromissione del **funzionamento personale, sociale, scolastico o lavorativo**.

**Il range dei deficit dello sviluppo varia** da limitazioni molto specifiche dell'apprendimento o del controllo delle funzioni esecutive fino alla compromissione globale delle abilità sociali o dell'intelligenza.

**COMORBIDITÀ**

**CLASSIFICAZIONE**

# COMORBIDITÀ NEI DISTURBI DEL NEUROSVILUPPO

I disturbi del neurosviluppo si presentano frequentemente in concomitanza, per esempio:

- individui con disturbo dello spettro dell'autismo spesso presentano disabilità intellettiva (disturbo dello sviluppo intellettivo);
- bambini con disturbo da deficit di attenzione/iperattività hanno anche un disturbo specifico dell'apprendimento.

In alcuni disturbi il quadro clinico comprende **sintomi di eccesso, ma anche deficit e ritardi** nel raggiungimento delle tappe dello sviluppo attese.

Fascia età 0-17 anni

- 9-13 % con disturbi di rilevanza psichiatrica;
- 16.8 % con disabilità, di cui almeno il 30% con 2 o più disabilità;
- 0,5 % con situazione di gravità tali da necessitare supporti massicci e continuativi per tutto l'arco della vita, in particolare nell'ambito delle autonomie e della comunicazione (dati da Costantino, 2017).

# CLASSIFICAZIONE DEI DISTURBI DEL NEUROSVILUPPO

- Disabilità **intellettive**
- Disturbi della **comunicazione**
- Disturbo dello **spettro dell'autismo**
- Disturbo da **deficit di attenzione/iperattività**
- Disturbo specifico dell'**apprendimento**
- Disturbo del **movimento**
- Disturbo da **tic**
- **Altri** disturbi del neurosviluppo



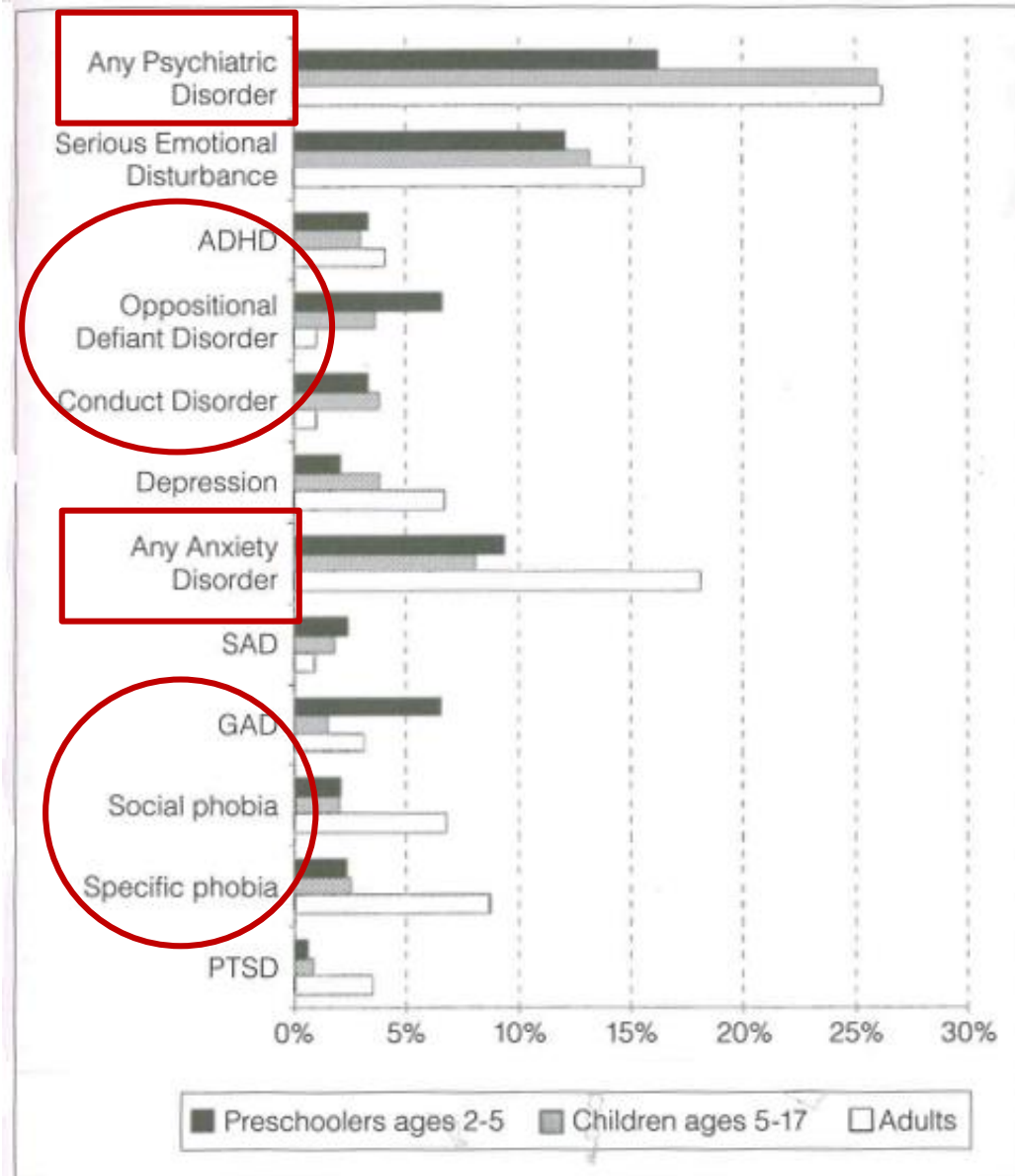


Fig. 3.1 Prevalenza dei disturbi psichiatrici in età prescolare, scolare-adolescenza ed età adulta (da Egger e Angold, 2006).

# COSA CI INTERESSA SAPERE COME EDUCATORI

## DISTURBI EVOLUTIVI DELL'AUTO- CONTROLLO

- Disturbo da Deficit di Attenzione/Iperattività
- Disturbo Oppositivo-Provocatorio
- Disturbo della Condotta



## DISTURBI DELLO SVILUPPO INTELLETTIVO

- Disabilità intellettiva



## DISTURBI PERVASIVI DELLO SVILUPPO

- Disturbi dello Spettro Autistico (D. Autistico, D. di Asperger, D. Disintegrativo, dell'Infanzia, D. Non Altrimenti Specificato)



## DISTURBI D'ANSIA E LE FOBIE IN ETÀ EVOLUTIVA

- Disturbo d'Ansia Generalizzata
- Disturbo d'Ansia Sociale
- Disturbo Ossessivo Compulsivo





2 - DISTURBI EVOLUTIVI DELL'AUTOCONTROLLO

# SINDROME DA DEFICIT DI ATTENZIONE E IPERATTIVITÀ (ADHD)

- Difficoltà di **attenzione** e **concentrazione**
- Incapacità di controllare l'**impulsività**
- Difficoltà nella **regolazione** dell'attività motoria
- Incapacità del bambino/ragazzo di regolare il proprio **comportamento** in funzione di:
  - trascorrere del tempo
  - obiettivi da raggiungere
  - richieste dell'ambiente
- **Scarsa abilità** nell'utilizzazione delle norme di convivenza sociale





[Video 1](#)



[Video 2](#)

# OBIETTIVI NELL'ADHD

- Migliorare le relazioni interpersonali
- Diminuire i comportamenti dirompenti e inadeguati
- Migliorare le capacità di apprendimento
- Aumentare autonomie ed autostima
- Migliorare l'accettabilità sociale del disturbo e la qualità della vita dei pazienti



# DISTURBO OPPOSITIVO-PROVOCATORIO (DOP)

- livelli di **rabbia persistente** ed **evolutiveamente inappropriata**,
- tende ad **irritare deliberatamente** le persone
- è spesso dispettoso e **vendicativo**, spesso litiga, offende
- comportamenti provocatori e oppositività, che causano **menomazioni nell'adattamento e nella funzionalità sociale**.
- **Sfida** attentamente o rifiuta le richieste/regole degli adulti
- **Accusa** gli altri per i propri errori/comportamenti
- **Suscettibile** o irritato dagli altri



# DISTURBO DELLA CONDOTTA (ES. BULLISMO)

- Pattern ripetitivo e persistente di **comportamenti antisociali, aggressivi o non aggressivi**, di **violazione delle regole e norme sociali appropriate all'età**
- Problemi di aggressione, opposizionalità e impulsività, con o senza ADHD, **costituiscono uno dei motivi più comuni di richiesta di consulenza neuropsichiatrica in età evolutiva** (70% delle consulenze per preadolescenti, 50% per adolescenti)
- In molti casi, il Disturbo di Condotta è preceduto e associato al Disturbo Oppositivo Provocatorio
- Crescendo la gran parte dei bambini tendono a socializzare e inibire tali comportamenti aggressivi ma alcuni non riescono a sviluppare tali capacità e continuano frequentemente a manifestare comportamenti aggressivi e di violazione delle regole.







Video 3



Video 4

# OBIETTIVI NEL DISTURBO OPPOSITIVO PROVOCATORIO E NEL DISTURBO DELLA CONDOTTA

- riconoscere i meccanismi che gli scatenano la rabbia e la relazione che c'è tra situazioni/emozioni/comportamenti.
- Insegnare delle strategie, per gestire le situazioni che gli generano rabbia:
  - parlare a se stesso (Auto-dialogo) in maniera positiva;
  - esprimere in maniera corretta le proprie emozioni e le proprie richieste (training per l'assertività);
  - trovare delle soluzioni più funzionali per risolvere le situazioni problematiche (problem-solving).
- Dare la consapevolezza che può gestire i suoi comportamenti perchè dipendono da lui.
- riconoscere le diverse componenti e lavorare su ciascuna di esse:
  - cognitiva (abilità sociali e teoria della mente)
  - emotiva (riconoscimento delle emozioni ed empatia)
  - motivazionale (ricerca di potere e popolarità)
  - morale (conoscenza delle regole e disimpegno morale)



**PAUSA CAFFE'**



3 - DISTURBI DELLO SVILUPPO INTELLETTIVO

# LA DISABILITÀ INTELLETTIVA

- La disabilità intellettiva (disturbo dello sviluppo intellettivo) è caratterizzata da **deficit delle capacità mentali generali**:
  - ragionamento,
  - problem solving,
  - pianificazione,
  - pensiero astratto,
  - capacità di giudizio,
  - apprendimento scolastico
  - apprendimento dall'esperienza
- I deficit comportano una **compromissione del funzionamento adattivo** tale che l'individuo risulta incapace di soddisfare gli standard di autonomia e di responsabilità sociale in uno o più aspetti della vita quotidiana, comprese la comunicazione, la partecipazione sociale, l'attività scolastica o lavorativa, e l'autonomia a casa o nella comunità

DSM-V; 2014



## GENETICHE

(es sindrome di Down, di Turner, fenilchetonuria, infezioni materne)



## NON GENETICHE

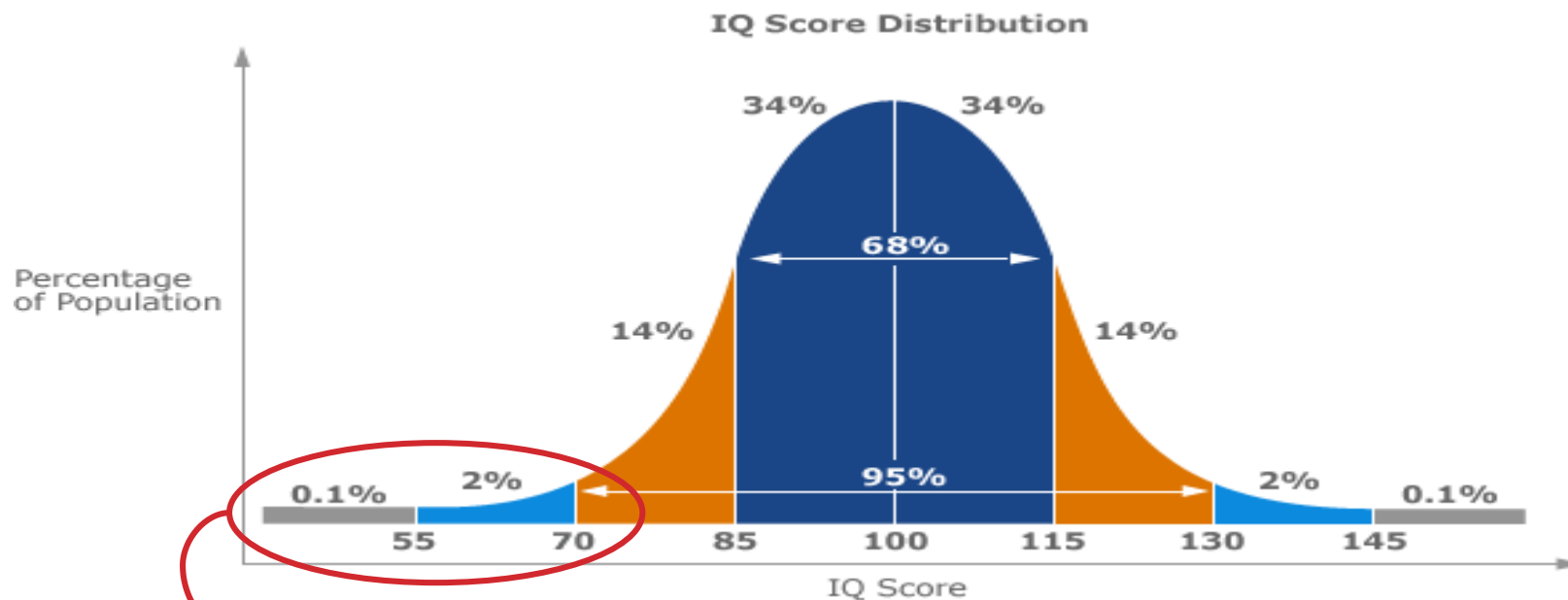
(es asfissia, alcool, droghe)



## AMBIENTALI

(es, deprivazione sociale, gravi carenze educative)

# I DIVERSI GRADI DEL RITARDO MENTALE



Grado	Frequenza	Q.I.	Età mentale	Caratteristiche	Competenze scolastiche
Lieve	85%	50/55-70	8-11	Minima compromissione sensorimotoria	Quinta elementare
Medio	10%	35/40-50/55	6-8	Discrete capacità comunicative	Seconda elementare
Grave	3-4%	20/25-35/40	4-6	Linguaggio e autonomia minimi o assenti	Livello prescolastico
Profondo	1-2%	< 25	< 4	Necessaria assistenza costante	Nessuna



RM grave «l'ottavo giorno»



RM medio «mi chiamo Sam»



RM lieve «Forrest Gump»

# OBIETTIVI NELLA DISABILITÀ INTELLETTIVA

- Favorire la socializzazione e l'integrazione.
- Considerare che la concezione di amicizia dipende dal grado di compromissione intellettiva.
- Il tipo di attaccamento può influire sul grado di esplorazione dell'ambiente.
- Il livello di sviluppo e comprensione del linguaggio influisce sullo sviluppo di altre competenze.
- Tenere a mente che si può lavorare molto con loro a livello comportamentale e che l'aspetto emotivo può favorire lo sviluppo cognitivo.







## 4 - DISTURBI PERVASIVI DELLO SVILUPPO

# DISTURBI DELLO SPETTRO AUTISTICO

## Comportamenti ripetitivi e interessi ristretti

- Stereotipie
- Comportamenti autoaggressivi
- Ritualità
- Reazioni d'ansia
- Crisi di agitazione
- Iper- o iporeattività in risposta a stimoli sensoriali o interessi insoliti verso aspetti sensoriali dell'ambiente



## Anomalie delle interazioni sociali e alterazioni delle competenze comunicative

- Isolamento
- Indifferenza al contesto relazionale
- Difficoltà a comprendere le emozioni e i sentimenti altrui (ToM)
- Deficitaria produzione e comprensione
- Assente uso dei gesti a scopo dichiarativo





Video 5

Iperstimolazione sensoriale, saturazione, difficoltà di controllo



Video 6 – basso funzionamento

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



Non sono fuori di testa!  
Sei tu quello strano.

Video 7 – alto funzionamento e Asperger

Mancanza di una Teoria della Mente

La diagnosi di disturbo dello spettro autistico è basata principalmente sulla **descrizione** e l'**osservazione del comportamento** (Venuti, 2001)

# OBIETTIVI NEI DISTURBI PERVASIVI

- Interventi psico-educativi precoci e di forte intensità (circa 20h settimanali) possono portare alla riduzione dei sintomi comportamentali.
- Arricchire l'interazione sociale, incrementare la comunicazione e a facilitare l'ampliamento degli interessi rendendo più flessibili gli schemi di azione.
- Interventi per la gestione della rabbia e l'ansia (alta comorbidità con i disturbi d'ansia e dell'umore).
- Con il basso funzionamento lavorare sull'ampliare il più possibile le autonomie raggiungibili.





## 5 - DISTURBI D'ANSIA E LE FOBIE IN ETÀ EVOLUTIVA

# DISTURBO D'ANSIA GENERALIZZATA

- Basta “un niente” a far preoccupare il bambino
- Mostra **eccessiva preoccupazione per un'ampia varietà di situazioni**
- Sintomi comuni: **Irrequietezza, Affaticamento, Difficoltà a concentrarsi, Irritabilità, Tensione muscolare, Disturbi del sonno.**
- Trovano **difficile calmarsi** rispetto ad altri bambini quando si trovano in una situazione stressanti
- **Raramente riescono a mettere a frutto un piano adeguato di fronteggiamento**, si scoraggiano più facilmente e spesso non vedono i propri miglioramenti

**Perfino le mie ansie  
hanno l'ansia.**



# ATTACCO DI PANICO

- Episodi relativamente **brevi** di ansia **estrema** (tra i 20/30 minuti) con un picco entro i primi 10 minuti.
- Si sente **sopraffatto da terrificanti sensazioni mentali e fisiche** che incrementano la sua ansia (senso di morte e sensazione di uscire dal proprio corpo)
- È **confuso** e non in grado di concentrarsi



# DISTURBO OSSESSIVO- COMPULSIVO

**OSSESSIONI:** Pensieri continui e ricorrenti che catturano l'attenzione più di un'ora al giorno

**COMPULSIONI:** (ripetere azioni) per diminuire l'ansia e la tensione provocata dai pensieri ossessivi.

Giulio è un bambino di 6 anni, dopo un periodo di quasi due mesi di ospedalizzazione a seguito di una polmonite, riprende la sua vita ma ...

A differenza di prima cerca di evitare i contatti fisici con altri bambini, non da la mano per fare i girotondi, non da la mano per salutare, ....

L'insegnante inizialmente lo obbliga ad avere questi contatti ...

Giulio si irrigidisce, talvolta piange, ... ma dopo un po' smette... finché genitori e insegnanti si accorgono che Giulio prima di ogni contatto fisico con un suo pari, va a lavarsi le mani. Le volte in cui non riesce a lavarsele, entra in un forte stato d'ansia dicendo *"i germi, abbiamo scambiato i germi! Sono contagioso"*

Giulio in ospedale in un momento di vulnerabilità, ha sentito dire questa frase... "certo che i bambini sono proprio un covo di germi, non c'è da stupirsi che si ammalino, si contagino a vicenda e rischino di morire..."

Ossessione di Giulio *"sono un bambino e io passo i germi, se passo i miei germi ad altri bambini finiscono in ospedale, possono morire per colpa mia"*

Compulsione di Giulio *"mi lavo le mani per togliere i germi, se li tolgo prima di dare la mano, non fanno in tempo a tornarmi"*



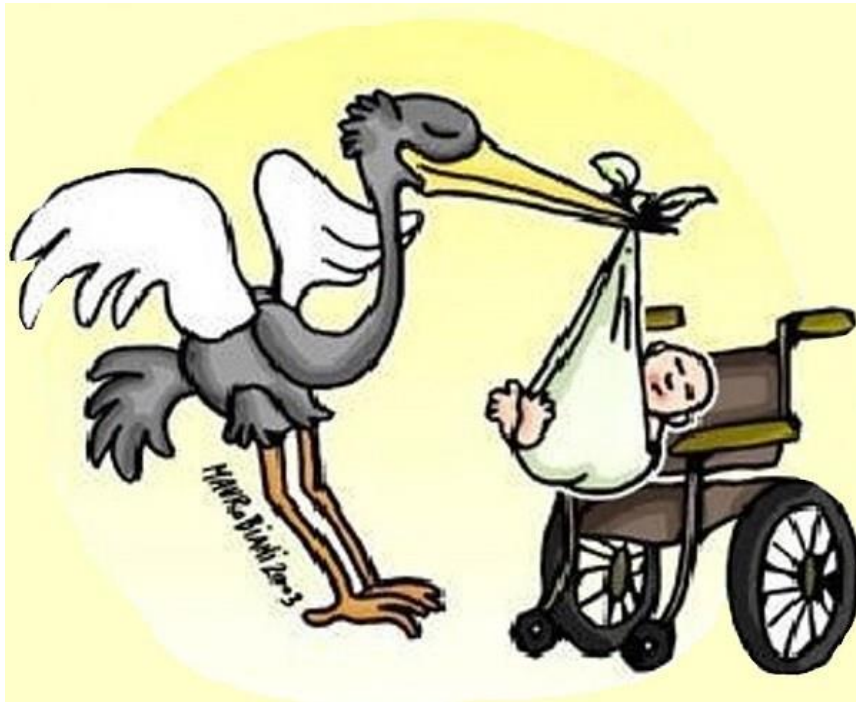
# OBIETTIVI NEI DISTURBI D'ANSIA E NELLE FOBIE

- Interventi di psicoeducazione su cos'è l'ansia, l'ossessione, la compulsione ed il grado di attivazione fisiologica
- Comprendere per poi ridurre con interventi comportamentali le preoccupazioni che si associano alla tendenza al perfezionismo e a una stretta aderenza alle regole → li porta a ripetere delle attività al fine di assicurarsi che siano perfette
- Intervenire sull'aumentare la tolleranza dell'incertezza e l'impossibilità di controllare tutte le possibili conseguenze degli eventi futuri
- Utilizzo delle tecniche di rilassamento e di mindfulness.





**PAUSA CAFFE'**



6 - LA FAMIGLIA CON UN FIGLIO DISABILE O MALATO CRONICO/PROBLEMATICO

# LA FAMIGLIA

- La famiglia è da una parte basata su un «legame» determinato da fattori genetici o legali ma è anche percepito in modo soggettivo.
- Ha lo scopo di garantire ai suoi membri:
  - Sviluppo
  - Protezione
  - Stabilità emotiva
  - Sostegno nei momenti difficili

Il compito principale della famiglia è la generazione e l'allevamento della prole

# LA FAMIGLIA E IL BAMBINO DISABILE O CON PROBLEMATICHE IMPORTANTI

La disabilità o la malattia grave o una problematica importante ha un impatto considerevole nella famiglia, in genere dipende da:

- La **situazione del bambino** (natura e la gravità della disabilità/malattia/problema);
- Le **caratteristiche personali** che gli individui coinvolti mettono in gioco **di fronte all'evento stressante** (l'impatto sulla famiglia)
- La rete di **supporto intrafamiliare** (cooperazione dei genitori, suddivisione dei compiti, qualità del rapporto coniugale, partecipazione dei componenti della famiglia allargata).
- Il **supporto sociale e le risorse** che la comunità riesce ad attivare di fronte alla disabilità (percezione di non essere isolati).

# ADATTAMENTO IN TRE FASI

A- La scoperta del problema



B- La lotta al problema



C- La riorganizzazione



# RUOLI IN FAMIGLIA

Spesso le **madri** stabiliscono un rapporto molto stretto con il figlio disabile/malato/problematico, all'interno del quale, in modo quasi esclusivo, gestiscono cura e accudimento

I **padri** sembrano più sbilanciati verso l'esterno della famiglia, sono più coinvolti nel lavoro e più preoccupati degli aspetti connessi al sostentamento della famiglia e al garantire al figlio disabile un'adeguata assistenza non solo per il presente, ma anche per il futuro.

I fratelli sani (**siblings**) sono tendenzialmente più affettuosi con il fratello disabile/malato piuttosto che con gli altri fratelli, più maturi socialmente e in grado di manifestare comprensione per le differenze individuali delle persone. Flessibili e in grado di tollerare i cambiamenti con un alto senso di responsabilità (attenzione rischio iperresponsabilizzazione, frustrazione, colpa, deprivazione di cure parentali!). Nel caso il fratello sia problematico il discorso cambia.

Importanza del riconoscere i propri bisogni e spazi come caregivers

# DI QUALE SUPPORTO HANNO BISOGNO LE FAMIGLIE?

Nella **prima fase**, che coincide con il disorientamento e lo shock per la nascita del bambino con malattia genetica, occorre **aiutare i genitori a sostenersi reciprocamente e a condividere il loro dolore**, dando ad esso un tempo e uno spazio in cui poter essere elaborato.

In una **seconda fase**, che coincide con il superamento dello shock iniziale e, talora, con la comparsa di forti sentimenti di negazione della realtà, occorre **aiutare i genitori a costruirsi un'immagine il più possibile realistica del proprio bambino**, delle sue risorse e dei suoi limiti.

In una terza fase occorre **guidare i genitori nella costruzione del progetto riabilitativo del bambino**, in cui essi devono sentirsi protagonisti.

Non dimenticarsi mai dei siblings e del loro percorso evolutivo



# FATTORI DI PROTEZIONE GENERALI NELLA FAMIGLIA



valutazione positiva della situazione

Stili comunicativi e i climi familiari

Stile di attaccamento sicuro

Strategie di coping

Senso di padronanza

Capacità di mentalizzazione

Resilienza

Supporto sociale ricevuto (e ricercato)

Locus of control interno