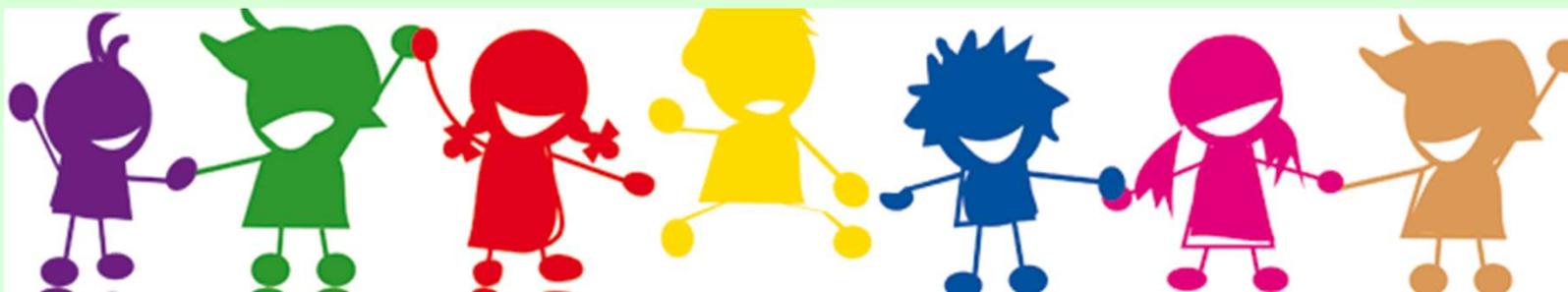


La strutturazione scolastica nell'autismo



*A SCUOLA, COME FACILITARE L'AUTONOMIA E I
PROCESSI DI APPRENDIMENTO DELLE PERSONE CON
AUTISMO?*

Dott.ssa Caterina Lo Gerfo Pedagogista clinico - Consigliere Nazionale Uniped

3899863682 - caterinalogerfo@gmail.com  Dott.ssa Caterina Lo Gerfo Pedagogista

Matteo, 4 anni

Matteo alla mamma: *“No mamma, non mi fare il sollicolo (solletico), solo i bacini” e sporge quella sua boccuccia bellissima per schioccarmi un bacio. Oggi Matteo Karol ha tre anni e cinque mesi ed è un bambino sereno, attento, affettuoso, allegro... la sua dolcezza conquista tutti, il suo specialissimo tono di voce e la sua erre più arrotata che moscia fanno tenerezza.*



La sua voce ... abbiamo temuto di non sentirla mai, eravamo angosciati all'idea che avremmo continuato ad udire solo delle urla provenire dalle sue labbra, abbiamo tanto pregato e sperato e pianto che riuscisse almeno a dirci, anche solo a farci capire, che ci vuole bene. Oggi Matteo ce lo dice tutte le sere che ci ama: "Ti voglio bene, mamma" e poi si fa la nanna, vicini, nel lettone, lui che fino all'anno passato non ne voleva proprio sapere di stare nel letto con mamma e papà.



Un anno e mezzo fa... era il primo giugno 2009... e mai potremo dimenticarlo, perché non si dimentica il giorno in cui il mondo ti crolla addosso. “Signora, suo figlio ha un disturbo di tipo autistico, ma non si preoccupi, è piccolo, magari riuscirà a recuperare”, ma come avrebbe recuperato, cosa avremmo dovuto fare per aiutarlo nessuno ce lo disse. La diagnosi venne a straziarci il cuore, Disturbo Pervasivo dello Sviluppo, tremendo risveglio dai sogni di due genitori, condanna definitiva sulla vita di un piccolo uomo. Avevamo intuito che qualcosa non andava nel nostro splendido angelo biondo, ma tutti minimizzavano: il pediatra, la neuropsichiatra dell’Asl dalla quale l’avevamo fatto visitare tempo prima, i parenti..



Aveva 22 mesi Matteo e non parlava, ogni tanto una parolina, detta una volta e mai più ripetuta; non imitava, non eseguiva nessun comando, non indicava, non “chiedeva” nulla, non salutava e sembrava non preoccuparsi né provare alcuna emozione al nostro arrivo o alla nostra partenza. Mai ci aveva portato un gioco da fare insieme, mai aveva fatto una richiesta.



E tante autostimolazioni visive: un punto preso a riferimento e poi via, interminabili minuti di corse continuando a fissare quel punto lateralmente, senza possibilità di essere distolto, senza alternative valide a quella corsa senza senso, senza motivo...

Il pensiero, quasi a compensare, torna al momento più felice: è nato Matteo, dopo tre mesi passati a letto per le contrazioni e tantissimi farmaci per arrestarle: è bellissimo, la nostra gioia...



Ma è sempre stato dolce, il nostro piccolino, affettuoso (amava farsi coccolare, ma non stringere troppo), sorridente, ma “passivo”... pigro, diceva il pediatra (“provate a non dargli l’acqua, vedrete come inizierà a parlare”, così ci disse due settimane prima che ricevessimo la diagnosi).

Ma noi, genitori per fortuna testardi, non ci siamo lasciati convincere. Cosa c’era da aspettare? Quando si tratta della vita di un figlio non si può e non si deve attendere, e siamo arrivati a considerare criminale chi lo consiglia! Otto giorni dopo la prima diagnosi Matteo inizia i primi trattamenti.



Qualche giorno e Matteo si “risveglia”... si gira quando lo chiamiamo, finalmente... e lo fa subito, non dopo cinque, sei, sette richiami... non si incanta più davanti alle pubblicità... ci porta un libro da leggere... saluta con la manina... imita la mamma che fa le boccacce davanti allo specchio... comincia a fare i versi degli animali... indica, su richiesta, le figurine dei Santi che la nonna ha sulla finestra... esegue il primo comando.



Siamo ai primi di agosto:

“Matteo, non si butta la maglia a terra, mettila sul divano”, Matteo si volta, guarda la maglia, guarda la mamma, poi prende la maglia e la poggia sul divano... gesti di specialissima normalità che non dovrebbero far piangere dei genitori, mentre a noi le lacrime rigano il volto, questa volta per la felicità.



A noi nessuno ha promesso nulla, nessuno ci ha illuso, nessuno ci ha mai detto che Matteo guarirà.

Non siamo sciocchi ... siamo addolorati, sgomenti, costernati, distrutti, attoniti, ma non stupidi. Siamo in grado di valutare, (e crediamo, senza modestia, di saperlo fare meglio di qualsiasi dottore), i progressi o le involuzioni del nostro preziosissimo bambino. In un anno e mezzo Matteo ha fatto tanti e tanti miglioramenti che la nuova neuropsichiatra dell'Asl, subentrata alla sua pessima collega, stenta a credere che sia lo stesso bambino di cui legge nelle relazioni ... progressi tali che noi stessi dobbiamo fare più di uno sforzo per ricordare che solo un anno è passato da quei momenti terribili, dalle urla come unico mezzo di comunicazione.

DIVERSABILITÀ E FAMIGLIA



La nascita di un bambino disabile costituisce un fattore di **stress** per la famiglia e inevitabile fonte di **blocco** nello sviluppo familiare.

Nello studio dei processi adattivi si osserva il modo in cui la famiglia reagisce a circostanze difficili e si ritiene che dipenda da più fattori:

- ❑ le dinamiche familiari
- ❑ la capacità di effettuare una valutazione corretta al problema
- ❑ le strategie disponibili per affrontarlo
- ❑ le risorse materiali e i supporti sociali forniti dall'esterno.

Il processo di accettazione della disabilità diventa molto difficile e faticoso, soprattutto per le mamme.

Atteggiamenti possibili della coppia genitoriale:

- **rifiuto** (ricerca della soluzione della disabilità);
- **Iperprotezione**
- **negazione** della disabilità (diniogo della realtà minimizzando il danno)
- **accettazione**



L'approccio alla disabilità e alle sue conseguenze agisce in maniera diversa sui vari membri della famiglia: i genitori, i fratelli e le sorelle, i nonni e gli altri parenti vivono la disabilità del loro congiunto ciascuno in modi specifici.

Tuttavia queste diverse esperienze e sensibilità si fondono armoniosamente e creano il miglior ambiente possibile per la vita di un bambino.



Le interazioni tra disabilità e famiglia

sono numerosissime ed investono in pratica tutti gli aspetti della vita familiare:

da quello **affettivo**, a quello **economico**, dai rapporti tra i vari membri della famiglia a quelli con la società.



LA COMUNICAZIONE DELLA DIAGNOSI

Il momento e le modalità della comunicazione andrebbero scelte con particolare cura, riunendo ambedue i genitori e spiegando loro con chiarezza la situazione del figlio.



Il messaggio deve risultare veritiero, preciso, mai chiuso alla speranza, ma neppure negatore della realtà.

Naturalmente i genitori vorrebbero sapere subito l'entità del problema, se potrà essere risolto, completamente o in parte, e quali conseguenze produrrà.

Solitamente è impossibile rispondere a queste domande, neppure nei casi apparentemente più gravi.



**L'intervento: occorre soddisfare quattro
caratteristiche essenziali: precocità, intensività,
completezza, domiciliarità.**

1) ***Precocità.*** Ossia, iniziare prima possibile, anche a pochi mesi di età. Perché il cervello del bambino piccolissimo (almeno sino a tre anni di età, secondo alcuni autori) è dotato di prodigiose capacità plastiche di "autoriparazione". **PLASTICIA' NEURONALE**

2) ***Intensività.*** Per favorire al massimo le capacità plastiche del cervello è bene fornire al bambino la maggior quantità possibile di quelle stimolazioni. Tutto questo modulando opportunamente intensità, frequenza e durata delle stimolazioni e le opportunità di interazione con l'ambiente.

3) ***Completezza*** perché la mirabile "macchina umana" è molto di più dell'insieme delle sue singole parti, è "persona" e come tale deve essere sempre considerata. Specialmente nei casi più gravi, ma non solo in quelli, occorre quindi prestare attenzione a ogni singolo aspetto (motorio, sensoriale, intellettuale, fisiologico ...), ma senza perdere di vista la persona nella sua completezza.
Approccio globale

4) ***Domiciliarità.***



I DISTURBI DELLO SPETTRO AUTISTICO

Eziologia e sintomatologia



L'Autismo è un disturbo dello sviluppo che impedisce a chi ne è affetto di interagire in maniera adeguata con le persone e con l'ambiente.

SOCIALIZZAZIONE

**INTEGRAZIONE
NEI NORMALI
PROCESSI DI
VITA**

Esordio entro i tre anni

- nel linguaggio recettivo o espressivo

- nello sviluppo di relazioni privilegiate o di interazioni sociali reciproche

- nel gioco simbolico



*L'autismo è un disturbo che
pur accompagnandosi ad un aspetto fisico
normale costituisce una
disabilità grave che coinvolge diverse
funzioni cerebrali e perdura
per tutta la vita.*



Per queste ragioni, nella letteratura di riferimento, i bambini autistici vengono descritti come “bambini bellissimi ma distanti... chiusi in una torre d'avorio”, chiamati “bambini della Luna, per la loro distanza dagli altri, o bambini pesci, per il loro silenzio”, affascinanti e inquietanti “per il mistero che li circonda” (U.Frith, “L'autismo. Spiegazione di un enigma”).

A causa della patologia, le persone “autistiche” incontrano gravi difficoltà e limitazioni nell'adattamento sia in ambito familiare che sociale e scolastico.

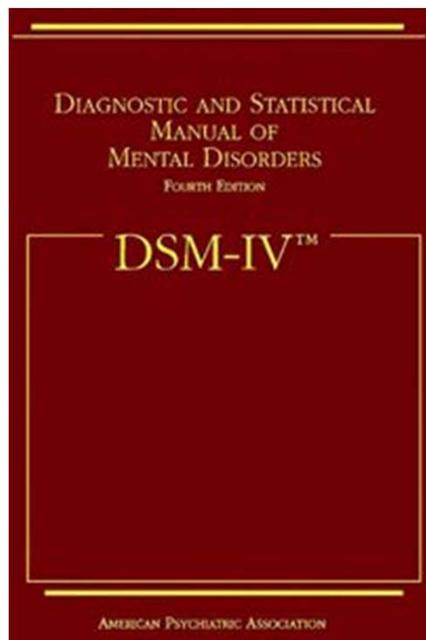
L'autismo come viene considerato dalla comunità scientifica internazionale?



DIAGNOSTIC AND STATISTICAL MANUAL OF MENTAL DISORDERS

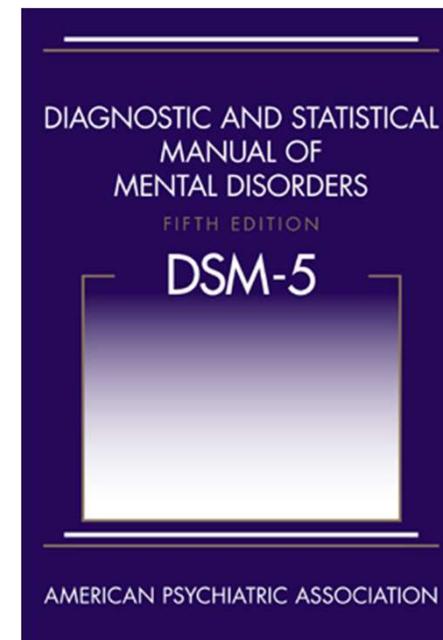
- **Approccio categoriale**
autismo come categoria
diagnostica con caratteristiche
cliniche definite

DSM IV



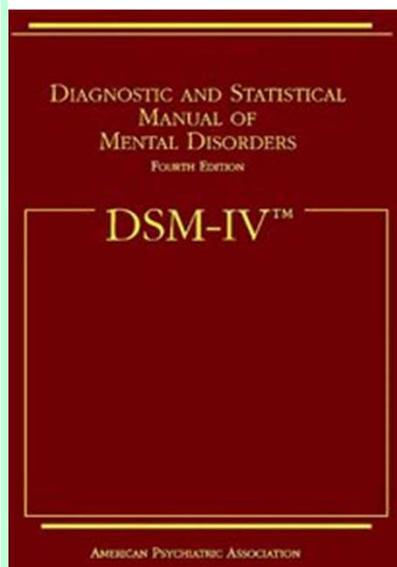
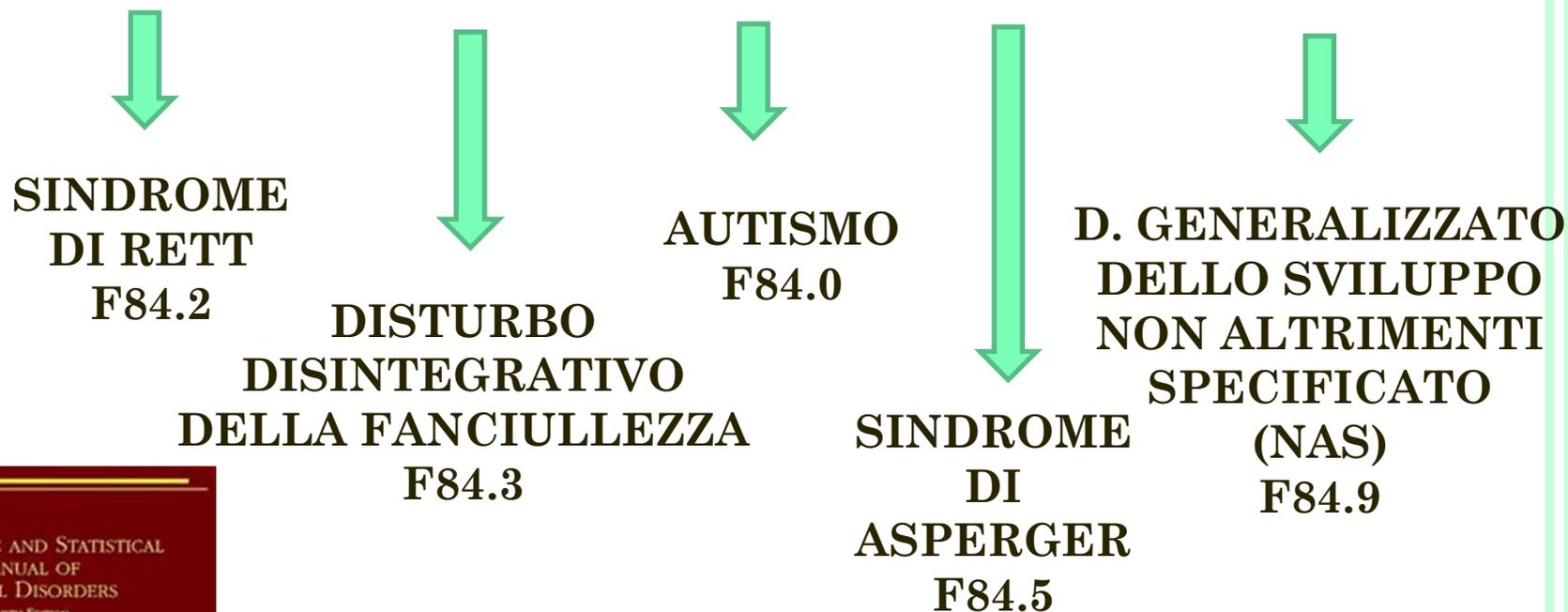
- **Approccio dimensionale**
spettro autistico in
continuum dimensionale

DSM 5



APPROCCIO CATEGORIALE

DISTURBI PERVASIVI DELLO SVILUPPO

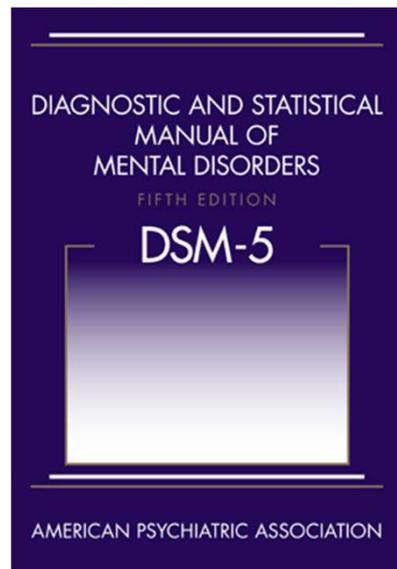


TRIADE SINTOMATOLOGICA

- **DEFICIT NELL'INTERAZIONE SOCIALE**
- **DEFICIT NELLA COMUNICAZIONE**
- **DEFICIT DELL'IMMAGINAZIONE CON
INTERESSI RISTRETTI E STEREOTIPATI**



APPROCCIO DIMENSIONALE



CRITERI DIAGNOSTICI

- **DEFICIT SOCIO-COMUNICATIVO** strettamente connesso ai disturbi del linguaggio che influenzano la sintomatologia clinica (componente sociale)
- **INTERESSI RISTRETTI E COMPORAMENTI RIPETITIVI** turbe sensoriali (componente non sociale)



La suddivisione in sottotipi è risultata

spesso **inconsistente** nel tempo, più legata a livelli di **gravità espressiva in assetto evolutivo** che non alla **reale distinzione tra differenti disturbi**.

Per questa ragione si
parla di
SPETTRO AUTISTICO



Eziologia

La ricerca indaga

- ❑ **Fattori genetici**
- ❑ **Lo studio del cervello, attraverso le tecniche di neuroimaging**

Disturbo NEUROBIOLOGICO
(alterazioni dei sistemi biochimici di neurotrasmissione)



Leo Kanner nel 1943: definisce la sindrome clinica caratterizzata da incapacità relazionali, resistenza al cambiamento, atipie del linguaggio (deficit di acquisizione, ecolalia, mutismo occasionale, inversione dei pronomi), gioco ripetitivo e stereotipo, eccellente memoria meccanica, reazioni emotive eccessive e impaccio motorio.

Nel 1943 Kanner si rifiutò di considerare l'autismo come una manifestazione precoce della schizofrenia mentre molti autori allora consideravano la sindrome appunto come una forma di schizofrenia infantile, **Bender** (1947) ad es., ipotizzò che l'autismo e la **schizofrenia** fossero parte di un continuum di uno stesso processo sintomatologico evolvendo, entrambe le condizioni, verso un disturbo serio della relazione con l'altro. Si parlò poi di psicosi infantile che divenne sinonimo di schizofrenia infantile.

Con gli anni il termine di psicosi è risultato sempre meno appropriato ai bambini e le ricerche condotte su fasce d'età sempre più basse confutavano tale ipotesi.

Pertanto, ogni individuo affetto tenderà a sviluppare la sintomatologia autistica tipica indipendentemente dall'ambiente di provenienza o dalla modalità educative.



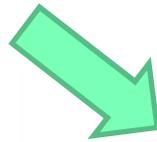
L'autismo è una sindrome caratterizzata dalla presenza di deficit specifici che riguardano le seguenti abilità:

- *la teoria della mente e la metarappresentazione*
- *la percezione e l'espressione delle emozioni*
- *l'attenzione condivisa*
- *l'orientamento sensoriale e la regolazione*
- *l'imitazione*
- *il gioco simbolico*
- *la comunicazione e il linguaggio*
- *l'attaccamento*
- *il comportamento intenzionale o finalistico*



LOBO FRONTALE

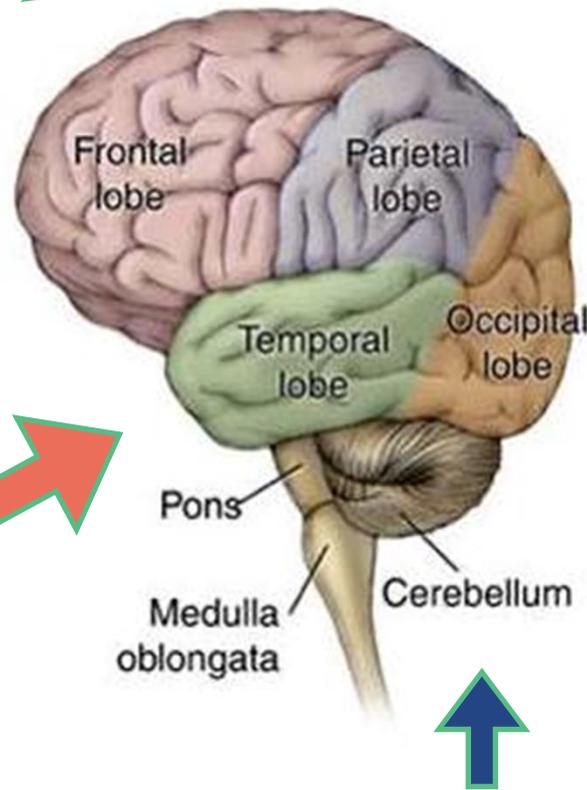
Elaborazione di idee e pensieri logici e razionali. Controllo e movimento.



LOBO

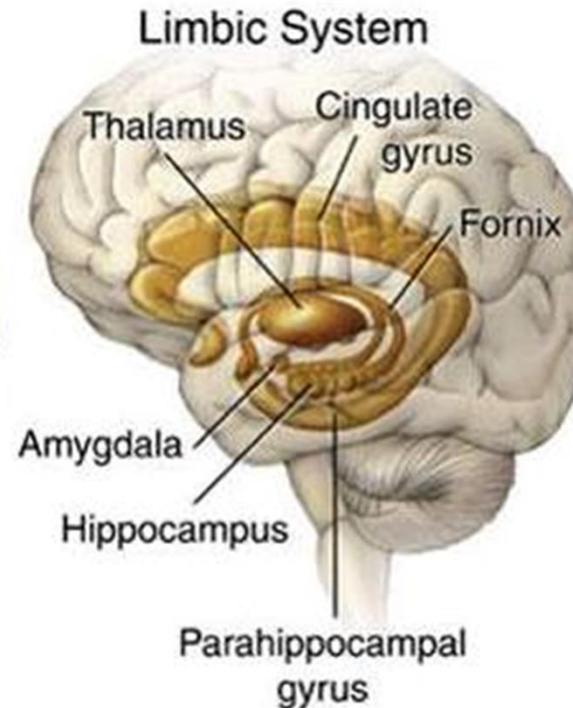
TEMPORALE

Integrazione degli stimoli acustici e riconoscimento dei volti (prosopagnosia)



SISTEMA LIMBICO

Integrazione emotiva, istintiva e comportamentale



CERVELLETTO

Controllo e coordinamento dei movimenti, equilibrio, schema corporeo, propriocezione, memoria procedurale e apprendimento motorio.



Come potrebbe trattarsi di un disturbo funzionale,
legato ai circuiti neuro-trasmittitoriali del sistema nervoso

**Nessuno studio, a tutt'oggi, è riuscito a dimostrare un
meccanismo patogenetico univoco**



INDICATORI GENERALI

Ad ampia inclusivita'

DISFUNZIONI ESECUTIVE

FOBIA SOCIALE

FOBIA AMBIENTALE

RISTRETTEZZA DI INTERESSI

DEFICIT DI IMMAGINAZIONE

SCARSA REVERSIBILITA'

CONDOTTE STEREOTIPATE E RIPETITIVE

DEFICIT DI STRATEGIE PREVISIONALI



P. Crispiani



CARATTERISTICHE CLINICHE DELL'AUTISMO



Stili di Interazione sociale nei PDD (Wing e Attwood 1987)



the aloof



the passive



the odd





1. Alterazione e compromissione qualitativa della comunicazione

- Ritardo o totale mancanza dello sviluppo di comportamenti comunicativi
- Ritardo o assenza del linguaggio vocale
- I soggetti che sono in grado di utilizzare il linguaggio si esprimono in molte occasioni in modo bizzarro, hanno difficoltà a sostenere una conversazione
- Tono dell'eloquio monocorde
- Uso della terza persona piuttosto che la prima





- Uso di un linguaggio stereotipato o ripetitivo
- L'ecolalia può essere immediata (ripetizione di parole o frasi subito dopo l'ascolto, con le stesse parole e la stessa intonazione), oppure ecolalia differita (ripetizione a distanza di tempo di frasi o parole sentite in precedenza)



Cosa è la COMUNICAZIONE?

Comportamento verbale, intenzionale e reciproco per ottenere qualcosa e/o un cambiamento ...

Definizione:

- *Uno scambio interattivo osservabile fra due o più partecipanti, dotato di intenzionalità reciproca e di un certo livello di consapevolezza, in grado di far condividere un determinato significato sulla base di sistemi simbolici e convenzionali di significazione e di segnalazione secondo la cultura di riferimento.*

Anolli (2002)

Quali condotte linguistiche:

- ritardo di parola (scorretta pronuncia di parole);
- ritardo di struttura frastica (scorretta o incompleta costruzione dell'enunciato);
- Audio-mutismo si rileva che gran parte degli autistici non parla;
- Difficoltà di comprensione di domande semplici, istruzioni, scherzi;
- Monotonia del ritmo e del tono;
- Accentuazioni di tipo interrogativo in frasi affermative;
- Inversione pronominale;
- Metaforicità improvvisa e inusuale;
- Espressioni eccentriche, bizzarre;
- Stereotipie e ripetizioni, ecolalia;
- Compromessa capacità di iniziare o sostenere una conversazione.



2. Alterazione e compromissione qualitativa dell'interazione sociale

- Il bambino evita il contatto con lo sguardo
- L'espressione facciale è assente o incongrua
- Non cerca di attirare l'attenzione
- Non imita i coetanei
- Non cerca di condividere un gioco con altri
- Tende ad isolarsi



3. Modalità di comportamento fortemente stereotipate, ripetitive e interessi ristretti

STEREOTIPIE: comportamenti ripetitivi, non funzionali e atipici

NON sono esclusivi dell'autismo

In genere NON compaiono prima dei tre anni



Non vengono accettati cambiamenti anche lievi dell'ambiente o delle consuetudini

L'interesse è spesso focalizzato su un ristretto ambito (es. ruote, oggetti meccanici...)

Sono presenti manierismi motori (sfarfallamenti delle mani, dondolamenti, cammino sulle punte, correre, smorfie, posture bizzarre)



- Imprimere alle mani atteggiamenti particolari
- Assumere posture bizzarre
- Guardarsi le mani
- Guardarsi allo specchio mentre assume posture o espressioni mimiche bizzarre
- Leccare e/o mettere in bocca e/o annusare
- Osservare l'acqua che scorre
- Far rotolare un determinato oggetto
- Osservare la lavatrice in funzione
- Versare l'acqua da un contenitore all'altro
- Seguire con un dito tutte le linee che gli capita di vedere

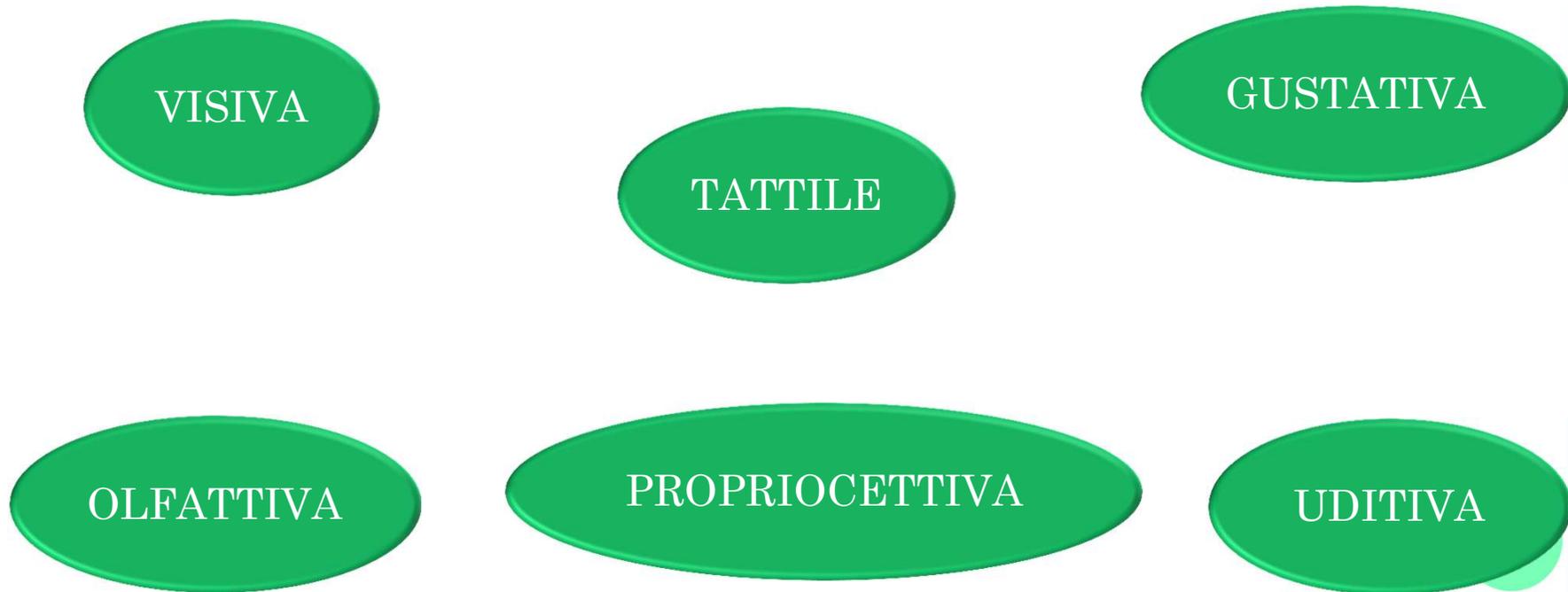


- Sfogliare le pagine di giornali
- Strappare la carta
- Osservare il particolare di un oggetto(far ruotare la ruota di una macchinina e non usarla in modo funzionale)
- Disegnare sempre la stessa cosa
- Emettere determinati suoni
- Ripetere le stesse parole o frasi
- Recitare le scene di film, cartoni animati (sempre le stesse)
- Afferrare i granelli di polvere
- Documentarsi su determinati argomenti (dinosauri..)
- Guardare attraverso le dita



Molti di questi comportamenti definiti «bizzarri» probabilmente sono dovuti a difficoltà nelle afferenze sensoriali o alla loro integrazione a livello del sistema nervoso centrale.

Possono interessare tutte le sensibilità:



DISFUNZIONI PERCETTIVE

- IPO - IPER SENSIBILITÀ → AUTOSTIMOLAZIONE



SENSORIALE

- DISTURBO DELL'INTEGRAZIONE SENSORIALE, OVVERO DELLE CAPACITÀ DI ORGANIZZARE SINERGICAMENTE LE PERCEZIONI, QUINDI DI ADATTARSI AGLI AMBIENTI.
- MANCATO CONTROLLO DELLO STIMOLO SENSORIALE (TOCCARE CIBI, FECI, SOSTANZE ODORANTI, ECC.).



Un ulteriore approccio

Moltissimi studiosi si sono occupati delle lesioni cerebrali, tra essi il **Dr. Carl H. Delacato**, Dottore in Scienza dell'Educazione, il quale si occupa di bambini definiti "autistici" sin dagli anni '50.

Gli atteggiamenti dei bambini autistici sono identici a quelli dei bambini ciechi, sordi, o che, comunque, hanno subito una lesione cerebrale.

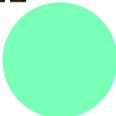
Giunse alla conclusione che si poteva tentare un approccio diverso nella cura di questi bambini considerandoli cerebrolesi con gravi problemi sensoriali.

- PRESUPPOSTO: l'apprendimento richiede integrità delle funzioni sensoriali
- Se non funzionano i canali sensoriali percettivi o l'elaborazione dei dati percepiti, l'apprendimento e il comportamento risultano compromessi



Gli strani atteggiamenti dei bambini "autistici", morsi, dondolamenti, emissioni di suoni vocali, rotazione di oggetti ecc., sono in realtà **autostimolazioni**, cioè tentativi di normalizzare le loro vie sensoriali. Se osservati con attenzione ci forniranno preziose indicazioni sull'area in cui intervenire.

Non riescono a sfruttare gli stimoli che giungono al loro cervello dal mondo esterno. Una o più delle loro vie di entrata (vista, gusto, udito, odorato o tatto) è in qualche modo difettosa. Il loro strano comportamento ripetitivo è un tentativo, attraverso il ripetersi degli stimoli, di auto-cura.



Iper: un sistema sensoriale ad innesco rapido che lascia passare troppa parte del messaggio al cervello.

Ipo: un sistema sensoriale lento che lascia passare una parte troppo piccola del messaggio al cervello.

Rumore bianco: un sistema sensoriale che opera con così poca efficienza che la sua stessa attività crea un'interferenza o rumore nel sistema.



Iper-tatto: la condizione "iper" è il rifiuto del contatto da parte del bambino. Respinge anche il contatto con i vestiti.

Ipo-tatto: nelle forme estreme, un bambino ipotattile può venire seriamente ferito e non piangere. Questi bambini spesso sorridono quando sono percossi, ignorano contusioni e tagli e sembrano generalmente inconsapevoli delle sensazioni del loro corpo. Questi sono i bambini che si autoferiscono.

Si mordono.

Tatto-rumore bianco: questi bambini grattano inesistenti pruriti, spesso rabbriviscono come se qualcosa li toccasse. Hanno esplosioni di atteggiamenti tattili, come se si verificasse un graduale aumento di tattilità proveniente dall'interno del loro corpo; durante le "crisi", colpiscono se stessi e gli altri.



IL GIOCO

MANCANZA O NOTEVOLE COMPROMISSIONE DEI
GIOCHI:

SPONTANEI, DI SIMULAZIONE, DI IMITAZIONE, DI
IMMAGINAZIONE, PRESENZA DI GIOCO
DECONTESTUALIZZATO

GIOCO BIZZARRO PERDURANTE



In ogni contesto di vita (casa, scuola..) si rende necessario un **intervento sulla comunicazione**.

- La **difficoltà di comunicazione**, caratteristica per definizione del Disturbo Autistico, si associa ad un'elevata percentuale dei casi ad una completa assenza di linguaggio.



LA TEORIA DELL'ICEBERG

T. Peeters

PROBLEMI DI COMPORTAMENTO

PROBLEMI INTERAZIONE

PROBLEMI IMMAGINAZIONE

PROBLEMI COMUNICAZIONE

INDIZI PIU' VISTOSI NON PIU' I SIGNIFICATIVI

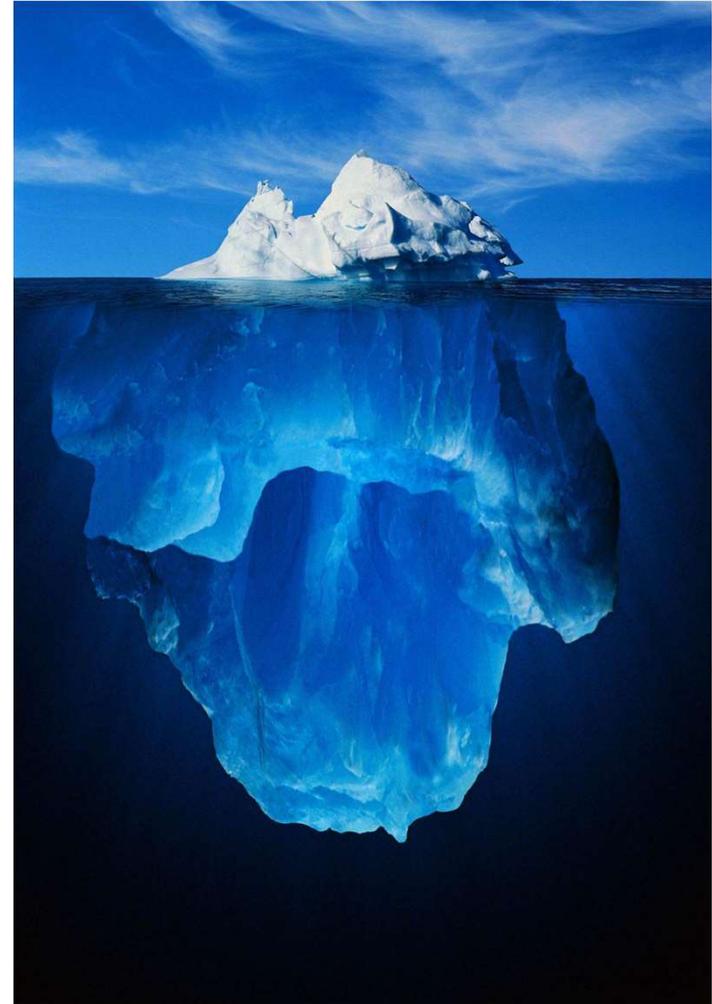
COMPRENDERE L'AUTISMO DALL'INTERNO

CONFRONTO COL PENSIERO NORMALE

CONDOTTE COME RISPOSTE ADATTIVE

CONDOTTE COME SFORZI COGNITIVI

ANDARE OLTRE I SINTOMI



**Linee guida di organizzazione della rete assistenziale per
persone affette da disturbo autistico.**

Documento di organizzazione della rete assistenziale per persone affette da disturbo autistico coerentemente all'indicazione di cui alla legge regionale n. 19/2005 (Legge regionale 22 dicembre 2005, **n. 19**, art. 25, comma 8)



COMORBILITÁ DEL DISTURBO

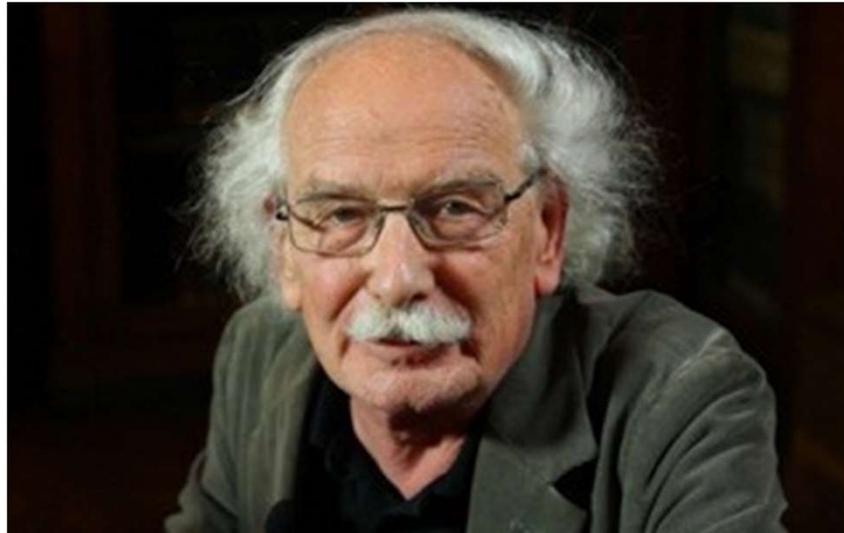


- Deficit di Attenzione (ADHD)
- Sindrome di Tourette
- Disturbi Ossessivo - Compulsivi
- Disturbi d'Ansia e dell'Umore
- Disturbi dell'Apprendimento
- Turbe del sonno e del movimento



I NEURONI SPECCHIO

Sono stati scoperti nella seconda metà degli anni 90 da GIACOMO RIZZOLATTI e colleghi presso il dipartimento di neuroscienze dell'università di Parma



Studi successivi, effettuati con tecniche non invasive, hanno dimostrato l'esistenza di sistemi simili anche negli uomini.



Quando osserviamo un nostro simile compiere una certa azione si attivano, nel nostro cervello, gli stessi neuroni che entrano in gioco quando siamo **noi** a compiere quella stessa azione.

I neuroni specchio permettono di spiegare fisiologicamente la nostra capacità di metterci in relazione con gli altri.

A loro dobbiamo la comprensione immediata dei comportamenti altrui.



EMOZIONI

Anche il riconoscimento delle emozioni poggia su un insieme di circuiti neurali che condividono quella proprietà «SPECCHIO» già rilevata nel caso della comprensione delle azioni.



Alcuni studi hanno dimostrato che quando osserviamo negli altri una manifestazione di dolore o disgusto si attiva il medesimo substrato neuronale collegato alla percezione in prima persona dello stesso tipo di emozione



NEURONI SPECCHIO E AUTISMO

La scoperta dei neuroni specchio offre una spiegazione biologica per almeno alcune forme di autismo come, ad esempio, la sindrome di Asperger.



Pensiamo all'apprendimento dei bambini (il modo di camminare, di parlare, di mangiare ecc.).

Essi imparano guardando l'adulto ed imitandolo



I bambini autistici presentano un ridotto funzionamento di questo tipo di neuroni.

Questo ci aiuta a comprendere perché le persone autistiche:

1. Non riescono ad entrare in sintonia con il mondo che li circonda
2. Non capiscono i significati dei gesti e delle azioni altrui.
3. Non comprendono le comuni emozioni espresse dal volto e dagli atteggiamenti altrui
4. Quello che per tutti è un sorriso per loro potrebbe essere una semplice smorfia



Il sistema Mirror ci permette una rapida visione di ciò che ci accade intorno, di provare le emozioni altrui, immedesimandoci ed entrando in empatia, e di imparare per imitazione.



Bibliografia

TESTI CONSIGLIATI

M. Zappella, Autismo infantile. Studi sull'affettività e sulle emozioni.

E. Micheli, Marilena Zacchini, Verso l'autonomia, Vanni editrice.

www.iss.it Istituto Superiore di Sanità.

Alla scoperta del bambino autistico, Carl H. Delacato

L. Cottini, Vivaldi, Autismo come e cosa fare, Giunti

P. Crispiani, Lavorare con l'autismo, Dalla diagnosi ai trattamenti, ed. junior.

Elogio della lentezza, Lamberto Maffei

Garry Martin, Joseph Pear Strategie e tecniche per il cambiamento

Analisi funzionale in Psicologia clinica, Peter Sturmey

Funziono, dunque sono? Un'analisi globale dei fattori di sviluppo nelle
disabilità, Olimpia Pino

Linee guida di organizzazione della rete assistenziale per persone affette da
disturbo autistico, decreto 1 febbraio del 2007.

