

RITARDO MENTALE

Ritardo mentale

Caratteristiche diagnostiche secondo il DSM-IV

- Criterio A

Funzionamento intellettivo generale al di sotto della media: QI inferiore a 70 sulla base di test cognitivi specifici

- Criterio B

Significative limitazioni nel funzionamento adattivo in almeno due delle seguenti aree:

-comunicazione - vita in famiglia -autodeterminazione -cura della persona
-tempo libero -capacità sociali/interpersonali uso delle risorse della comunità
-salute e sicurezza -capacità di funzionamento scolastico/lavoro

- Criterio C

Esordio prima dei 18 anni

DSM-IV

Tre criteri diagnostici fondamentali del Ritardo Mentale:

- 1.un QI uguale o inferiore a 70;
- 2.un carente funzionamento adattivo;
- 3.un esordio prima dei 18 anni.

- **Esordio prima dei 18 anni**

Questo criterio serve soprattutto a escludere i casi in cui una qualche causa produce un abbassamento di prestazioni cognitive prima normali

Esempio: Incidente automobilistico

- È possibile diagnosticare per la prima volta un ritardo mentale in persone adulte, presupponendo che le prestazioni siano causate da situazioni presenti anche prima dei 18 anni, ma che solo per carenza di occasioni diagnostiche la diagnosi non è stata fatta precedentemente.

GRADI DI GRAVITÀ DEL RITARDO MENTALE

- Ritardo Mentale Lieve: Q.I. da 50-55 a circa 70
- Ritardo Moderato: Q.I. da 35-40 a 50-55
- Ritardo Mentale Grave: Q.I. da 20-25 a 35-40
- Ritardo Mentale Gravissimo: Q.I. sotto 20 o 25

Ritardo Mentale di Gravità Non Specificata: dovrebbe essere utilizzata quando vi è forte motivo di supporre un Ritardo Mentale, ma il soggetto non può essere valutato adeguatamente con i test di intelligenza standardizzati. Ciò può accadere con persone che sono troppo compromesse o troppo poco collaborative per essere testate.

I POTIZZARE LA GRAVITÀ DEL RITARDO MENTALE utilizzando gli indici che ci forniscono delle ETA' EQUIVALENTI:

- Attività sensomotoria
- comunicazione non verbale
- intelligenza sensomotoria
- produzione delle prime parole
- pensiero simbolico

È legittimo cercare di ricavare un QI complessivo considerando le prestazioni dell'individuo, si farà notare che si tratta di una ipotesi con componenti soggettive di valutazione.

DSM V

Tra i DISTURBI DEL NEUROSVILUPPO è compresa:

Disabilità intellettiva

- Lieve
- Moderata
- Grave
- Estrema
- Ritardo globale dello sviluppo
- Disabilità intellettiva (Disturbo dello sviluppo intellettivo) senza specificazione

Disabilità intellettiva: criteri diagnostici

La disabilità intellettiva (disturbo dello sviluppo intellettivo) è un disturbo con esordio nel periodo dello sviluppo che comprende deficit del funzionamento sia intellettivo che adattivo negli ambiti concettuali, sociali e pratici

Disabilità intellettiva

- Per una diagnosi di disabilità intellettiva devono essere soddisfatti tre criteri.

A. Un deficit delle funzioni intellettive. Il DSM-5 cita in particolare:

- Ragionamento
- Problem solving
- Pianificazione
- Pensiero astratto
- Capacità di giudizio
- Apprendimento scolastico
- Apprendimento dall'esperienza.

Tali deficit devono essere confermati:

- da una valutazione clinica
- e da test di intelligenza individualizzati e standardizzati.

solo risultato dei test non è sufficiente ed è necessaria anche una valutazione clinica!

B. Un deficit del funzionamento adattivo, tale da comportare il non raggiungimento degli standard di sviluppo e socioculturali relativi a:

- Autonomia
- Responsabilità.

Si tratta di deficit adattivi che, in assenza di un supporto costante, limitano il funzionamento nelle attività (una o più) della vita quotidiana, come la comunicazione, la partecipazione sociale e la vita autonoma, nei vari ambienti di vita dell'individuo (casa, scuola, ambiente lavorativo, comunità).

C. Esordio di A e B durante il periodo di sviluppo.

si preferisce l'espressione generica "durante il periodo dello sviluppo" a quella "prima dei diciotto anni"

Gradi di gravità della disabilità intellettiva secondo il DSM-5

“I vari livelli di gravità sono definiti sulla base del funzionamento adattivo e non dei punteggi del Quoziente Intellettivo (QI), perché è il funzionamento adattivo che determina il livello di assistenza richiesto. Inoltre i valori del QI risultano meno validi all'estremo inferiore della distribuzione del QI.”

- Lieve
- Moderata
- Grave
- Estrema

Il DSM-5 dedica tre tabelle ai livelli di gravità della disabilità intellettiva, distinguendo tre ambiti: concettuale, sociale e pratico.

Disabilità intellettiva lieve

- **Ambito concettuale**

Nei bambini in età prescolare possono non esserci anomalie concettuali evidenti.

Nei bambini in età scolare e negli adulti sono presenti difficoltà nell'apprendimento di abilità scolastiche quali lettura, scrittura, capacità di calcolo, concetto del tempo o del denaro, che rendono necessaria qualche forma di supporto in una o più aree di apprendimento per poter soddisfare le aspettative correlate all'età.

Negli adulti sono compromessi il pensiero astratto, la funzione esecutiva (per es., pianificazione, elaborazione di strategie, definizione delle priorità e flessibilità cognitiva) e la memoria a breve termine, così come l'uso funzionale delle abilità scolastiche (per es., lettura, gestione del denaro). È presente un approccio a problemi e soluzioni in qualche modo concreto rispetto ai coetanei.

- **Ambito sociale**

Rispetto ai coetanei con sviluppo regolare, l'individuo è immaturo nelle interazioni sociali. Per esempio, vi possono essere difficoltà nel percepire accuratamente gli stimoli sociali provenienti dai coetanei. La comunicazione, la conversazione e il linguaggio sono più concreti o più immaturi rispetto a quanto atteso in base all'età. Vi possono essere difficoltà nel controllare emozioni e comportamenti in modi adeguati all'età;

tali difficoltà vengono notate dai coetanei nelle situazioni sociali. È presente una limitata comprensione del rischio nelle situazioni sociali; la capacità di giudizio sociale è immatura rispetto all'età e la persona è a rischio di essere manipolata dagli altri (credulità).

- **Ambito pratico**

L'individuo può funzionare in maniera adeguata all'età per quanto concerne la cura personale. Gli individui possono avere maggiormente bisogno di supporto nelle attività complesse della vita quotidiana rispetto ai coetanei. Nell'età adulta il supporto riguarda generalmente il fare acquisti di alimenti, l'utilizzo dei trasporti, la gestione della casa o dei bambini, la preparazione dei pasti, la gestione delle finanze. Le capacità di svago sono simili a quelle dei coetanei, sebbene la capacità di giudizio relativa al proprio stato di benessere e all'organizzazione del tempo libero richieda sostegno.

Nell'età adulta, un impegno competitivo è spesso osservato in quei lavori che non enfatizzano abilità concettuali. Gli individui hanno generalmente bisogno di un supporto nel prendere decisioni che concernono la salute e l'ambito legale, e nell'apprendere adeguatamente lo svolgimento di una professione adeguata.

Tipicamente il supporto è necessario per riuscire a formare una famiglia.

Ritardo globale dello sviluppo

Questa diagnosi è riservata agli individui di **età inferiore ai 5 anni** quando la gravità clinica non può essere valutata in modo attendibile durante la prima infanzia. Questa categoria viene diagnosticata quando un individuo non raggiunge le tappe attese dello sviluppo in varie aree del funzionamento intellettuale, e si applica a **individui incapaci di sottoporsi a valutazioni sistematiche del funzionamento intellettuale**, compresi i bambini che sono troppo piccoli per partecipare a test standardizzati. Questa categoria richiede una rivalutazione diagnostica dopo un certo periodo di tempo.

Disabilità intellettiva (disturbo dello sviluppo intellettivo) senza specificazione

Questa categoria è riservata agli individui di età superiore ai 5 anni quando **la valutazione del grado di** **disabilità intellettiva** (disturbo dello sviluppo intellettivo) per mezzo di procedure disponibili a livello locale **è** resa **difficile** o impossibile a causa di compromissioni sensoriali o fisiche associate, quali cecità o sordità prelinguistica, disabilità locomotoria o presenza di gravi problemi comportamentali o disturbi mentali concomitanti. Questa categoria dovrebbe essere utilizzata solo in circostanze eccezionali e richiede una rivalutazione dopo un certo periodo di tempo.

Ritardo mentale o Disabilità Intellettiva

“American Assosation on Intellectual Developmental Disabilities” e “European Conference on Psychological Theory and Research on Intellectual and Developmental Disabilities”

hanno deciso di sostituire il termine

“Mental Retardation” con “Intellectual and Developmental Disabilities”

Il termine «evolutive» è stato inserito per distinguerle dalle disabilità intellettive acquisite.

DISTURBI DEL NEUROSVILUPPO (DSM-5)

- **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**
 - Disturbo del neurosviluppo con altra specificazione
 - Disturbo del neurosviluppo senza specificazione

Disturbi del neurosviluppo

I disturbi del neurosviluppo si caratterizzano per l'esordio nel periodo dello sviluppo. Alcuni si manifestano molto precocemente (ad esempio le disabilità intellettive), altri successivamente (ad esempio i disturbi specifici di apprendimento)

I disturbi del neurosviluppo si presentano frequentemente in concomitanza. Ad esempio si ha spesso comorbidità fra disturbi dello spettro dell'autismo e disabilità intellettive e fra disturbo da deficit di attenzione/iperattività e disturbi specifici di apprendimento

Elenco delle aree del funzionamento adattivo:

- comunicazione
- cura della persona
- vita in famiglia
- capacità sociali/interpersonali
- uso delle risorse della comunità
- autodeterminazione
- capacità di funzionamento scolastico e/o lavorativo
- tempo libero
- salute
- sicurezza

IN TUTTE O QUASI TUTTE QUESTE AREE VI E' UN **CARENTE**
FUNZIONAMENTO ADATTIVO SE IL CONFRONTO E' EFFETTUATO
CON I COETANEI

FUNZIONAMENTO ADATTIVO

Il funzionamento adattivo riguarda l'efficacia con la quale i soggetti fanno fronte alle esigenze comuni della vita e al grado di adeguamento agli standard di autonomia personale secondo la loro fascia d'età, retroterra socio culturale e contesto ambientale.

I problemi di adattamento sono più suscettibili di miglioramento con tentativi di riabilitazione, mentre il Q.I. tende a rimanere un attributo più stabile

Carente funzionamento adattivo

Perché associarlo al criterio del QI?

Una diagnosi di ritardo mentale non può mai essere affidata solo al punteggio di un test, ma deve esser frutto di un lavoro clinico che consideri molti elementi.

Esempio:

Basse prestazioni di un bambino con svantaggio socioculturale possono essere causate da:

- carenze d'insegnamento

ma non da:

- «scarsa intelligenza»

perché?

- Tra i motivi di questa sostituzione vi sono i seguenti.

Nel campo della disabilità la terminologia viene sostituita anche perché tende ad assumere connotati negativi e stigmatizzanti.

“Disabilità intellettive” sembra più adatto ad evidenziare la molteplicità delle varie forme con cui si manifestano le disabilità che coinvolgono l’intelligenza e il fatto che ognuna di queste forme (ad esempio la sindrome di Down rispetto a quella di Williams o di X fragile) è caratterizzata da particolari profili con punti di forza e di debolezza

Il termine “Intellettive”, più specifico, è ritenuto più adeguato di quello generale “Mentale” (che, essendo aggettivo di Mente, si riferisce a tutto il funzionamento della mente e non solo a quello intellettuale).

Ritardo come malattia della mente

- Il ritardo mentale è una sindrome psicopatologica nella quale la mente è dominata dal deficit cognitivo, non si deve collocare fra le malformazioni o le encefalopatie che possono rappresentare la patogenesi ma non la sindrome clinica
- Il RM può essere associato ad altri disordini ma è quello che determina l'organizzazione della personalità in senso deficitario, impedisca l'acquisizione di goal della vita normale quali il pensiero astratto la consapevolezza di sé, un vera autonomia

(Pfanner Marcheshi 2006)

caratteristiche

- perseverazione
- difficoltà a capire concetti astratti
- difficoltà nel pensiero operativo
- difficoltà ad operare con le strategie di problem-solving
- tendenza alla rigidità, difficoltà a processare più stimoli, stasi e rallentamenti, difficoltà a compiere legami associativi, difficoltà strategiche, difficoltà percettive, visuo-motorie, difficoltà prassiche, difficoltà di organizzazione spazio-temporale, difficoltà attentive, di memoria, difficoltà linguistiche

Questa affermazione è particolarmente importante, soprattutto nei casi di **svantaggio socioculturale**;

è, infatti, opportuno chiedersi:

Le carenze socioculturali hanno portato a processi patologici che hanno agito negativamente sul funzionamento del sistema nervoso centrale?

Oppure

Siamo di fronte ad un quadro caratterizzato da prestazioni cognitive basse per scarsità di stimoli e per carenze motivazionali?

Costrutto importante in questi casi: **ZONA DI SVILUPPO PROSSIMALE**

SE essa è **AMPIA** si può ipotizzare che le compromissioni a livello del SNC siano molto ridotte o nulle!

ZONA DI SVILUPPO PROSSIMALE

La ZSP è definita come la distanza tra il livello di sviluppo attuale e il livello di sviluppo potenziale, che può essere raggiunto con l'aiuto di altre persone, che siano adulti o dei pari con un livello di competenza maggiore

Secondo Vygotskij, l'educatore dovrebbe proporre al bambino problemi di livello un po' superiore alle sue attuali competenze, ma comunque abbastanza semplici da risultargli comprensibili; insomma, all'interno di quell'area in cui il bambino può estendere le sue competenze e risolvere problemi grazie all'aiuto degli altri (la ZSP, appunto).

“Un funzionamento intellettuale significativamente al di sotto della media è definito da un QI di circa 70 o inferiore”

(DSM-IV-TR, 2000)

Prestare particolare attenzione nell'interpretazione del QI, vanno considerati:

- la presenza dell'**ERRORE DI MISURAZIONE**:
è possibile diagnosticare un ritardo mentale anche in presenza di un QI fra 71 e 75 (se altri dati invitano a farlo) o, in senso opposto, si può non diagnosticare un ritardo mentale con QI di 65 (come in certi casi di svantaggio socioculturale)
- il fatto che la situazione in cui si propone un test è un **RAPPORTO SOCIALE**, assicurarsi quindi che la persona si senta a proprio agio offrendo un ambiente confortevole e un rapporto accogliente.

- “I problemi di adattamento sono più suscettibili di miglioramenti di quanto non sia il QI cognitivo, che tende ad essere un attributo più stabile” (DSM-IV-TR, 2000)

Considerazione corretta, in riferimento al fatto che gli interventi di riabilitazione possono avere maggiore influenza positiva sull'adattamento.

NON DIMENTICARE PERO' quelle sindromi genetiche caratterizzate da un progressivo DECLINO del QI con l'età.

- “È utile evidenziare i deficit del funzionamento adattivo da una o più fonti affidabili (valutazione da parte degli insegnanti) attraverso scale per misurare il funzionamento o il comportamento adattivo (es. Vineland per il comportamento adattivo o Scala per il comportamento Adattivo dell'associazione Americana per il Ritardo Mentale) (DSM-IV-TR, 2000)

Limiti di queste scale:

- Non sempre valutano tutte le aree adattive
- Non sempre hanno adeguata attendibilità

DIAGNOSI



Il Ritardo mentale è diagnosticabile mediante la misurazione del quoziente intellettivo ottenibile tramite una divisione fra Età Mentale (E.M.) ed Età Cronologica (E.C.) e moltiplicando il risultato per 100.

l' Età Cronologica è l' effettiva età del soggetto.

l' Età Mentale invece, è quella che viene attribuita al soggetto dopo che questi ha risolto dei problemi o delle prove attitudinali risolti già con esito positivo dai soggetti della sua stessa età.

Test Psicometrici: scale Wechsler, scala Leiter, Griffiths, Matrici progressive di Raven

Le scale Wechsler

- Le scale WAIS (dai 16 anni), WISC (6 anni-16 anni) e WIPSSI (4-6 anni) sono tra i principali test usati per avere una misura globale dell'intelligenza;
- Hanno il pregio di indagare e testare una serie di abilità cognitive di base fornendo:
- **una misura generale dell'intelligenza Q.I. globale**
- **misure distinte e specifiche Q.I. verbale e Q.I. di performance**

LA SCALA NON VA MAI USATA COME UNICO STRUMENTO DI VALUTAZIONE

- Riguardo la concezione dell'intelligenza Wechsler dice:

«Ciò che si definisce come intelligenza non è una particolare abilità, ma una competenza generale, una capacità globale che in un modo o nell'altro consente all'individuo di predisporre alla comprensione del mondo e ad affrontarne le sfide»

«L'intelligenza non è affatto un tipo di abilità o per lo meno non lo è nello stesso senso in cui lo sono considerati il ragionamento, la memoria, la fluidità verbale, ecc.»

LE BASI CONCETTUALI DELLE SCALE WESLER

L'intelligenza è «composta» da molte abilità, come:

- Ragionamento generale
- Velocità di ragionamento
- Capacità induttiva/deduttiva
- Abilità matematica
- Memoria a breve/lungo termine
- Memoria visiva/uditiva
- Working memory (memoria di lavoro)
- Fluidità ideativa
- Flessibilità cognitiva
- Originalità di pensiero
- Capacità di elaborazione

cos'è allora l'intelligenza?

WECHSLER RISPONDE:

«L'intelligenza è una funzione dell'intera personalità ed è sensibile ad altri fattori oltre quelli inclusi nel concetto di abilità cognitive (fattori non intellettivi)»

E ancora, parlando dei fattori non intellettivi:

«L'intelligenza non può essere separata dalla personalità e i test di intelligenza misurano inevitabilmente anche questi fattori»

La misurazione dell'intelligenza viene attuata NON DA TUTTE le prove di tipo cognitivo, ma solo da quelle che:

«coinvolgono i comportamenti che riflettono l'abilità dell'individuo di

AGIRE IN MANIERA INTELLIGENTE nel maggior numero di richieste di AMPIA PORTATA che SOLLECITA L'AMBIENTE»

Leiter Performance International Scale

Dai 2 anni

- Richiede unicamente risposte non verbali e limita al massimo le richieste verbali da parte dell'esaminatore.
- strumento particolarmente utile per valutare il livello cognitivo di b.ni affetti da disturbo della produzione o comprensione del linguaggio o che parlano altre lingue.

Tra i compiti si ricordano: accoppiamento di colori, forme o figure; copiatura di disegni mediante cubi, completamento di figure, calcolo numerico, analogie, completamento di una serie, relazioni spaziali, memoria di serie.

Griffiths Mental Development Scales

0-8 aa

Composta da 6 scale relative alle diverse aree di sviluppo:

scala A. locomotoria: sviluppo e coordinazione motori

scala B. personale-sociale: autonomia personale e condotte adattative

scala C. coordinazione udito-linguaggio: capacità di comprensione e produzione del linguaggio.

scala D. coordinazione occhio-mano: destrezza manuale, attenzione e costanza del bambino

scala E. performance e test non verbali: abilità di manipolazione, precisione e rapidità di esecuzione delle prove

scala F. ragionamento pratico (dal 3° anno): capire e risolvere piccoli problemi pratici aritmetici

Ogni scala può essere somministrata separatamente e fornisce un'età ed un quoziente di sviluppo (QS) Dall'insieme delle scale si ottiene l'età mentale globale (EM) e il quoziente di sviluppo globale (GQ).

LO SVILUPPO COGNITIVO

SEQUENZA EVOLUTIVA VARIANTE

Esistono quattro stadi o periodi di crescita intellettuale, che rappresentano livelli completamente diversi di funzionamento cognitivo.

L'ordinamento di questi stadi è fisso e universale.

Esistono differenze individuali determinate da fattori culturali e ambientali.

LO SVILUPPO COGNITIVO

Gli stadi di sviluppo secondo Piaget

- ❑ Ciascuno stadio prevede una particolare forma di organizzazione psicologica
- ❑ Il passaggio da uno stadio al successivo può essere graduale e l'età può variare da un bambino all'altro
- ❑ Ogni stadio è qualitativamente diverso dal precedente, presenta forma e regole proprie
- ❑ Le acquisizioni di uno stadio non si perdono con il passaggio allo stadio successivo, ma vengono integrate in strutture più evolute (integrazione gerarchica tra stadi)

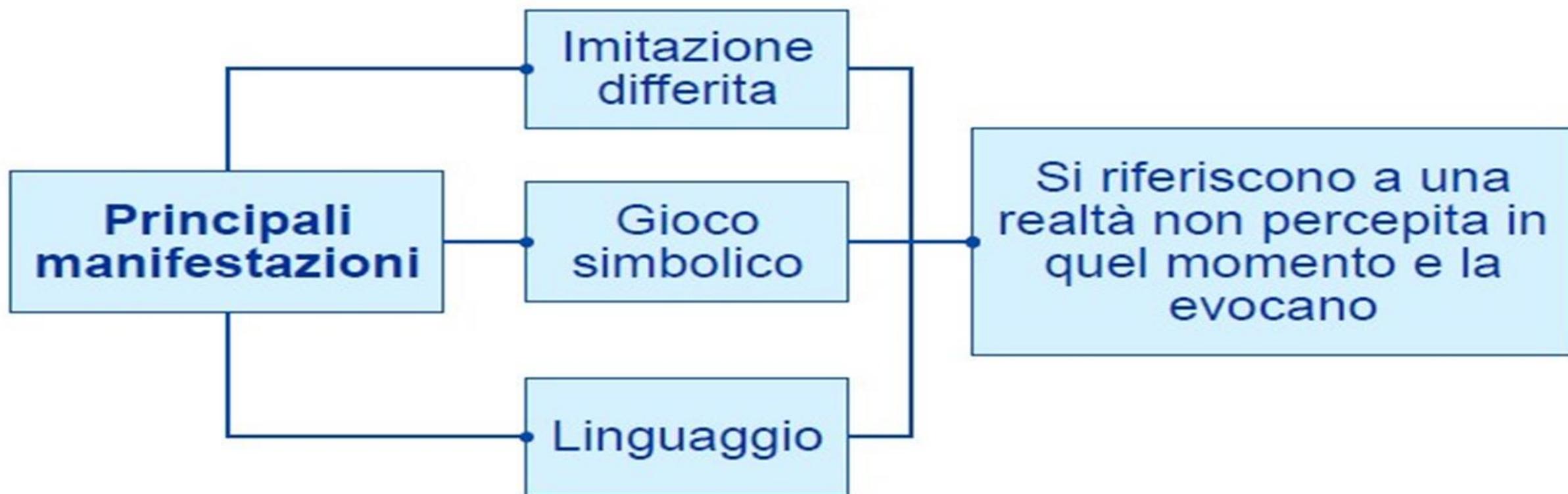
LO SVILUPPO COGNITIVO

STADI DELLO SVILUPPO COGNITIVO SECONDO PIAGET

Stadio	Età	Descrizione
Sensomotorio	0-2 anni	Il bambino "comprende" il mondo in base a ciò che può fare con gli oggetti e con le informazioni sensoriali
Preoperatorio	2-6 anni	Si rappresenta mentalmente gli oggetti e può usare i simboli (le parole e le immagini mentali)
Operatorio concreto	6-12 anni	Compare il pensiero logico e la capacità di compiere operazioni mentali (classificazione, seriazione, ecc.)
Operatorio formale	dai 12 anni	È capace di organizzare le conoscenze in modo sistematico e pensa in termini ipotetico-deduttivi

Passaggio allo stadio preoperatorio (2 anni)

Conquista della rappresentazione



LO SVILUPPO COGNITIVO

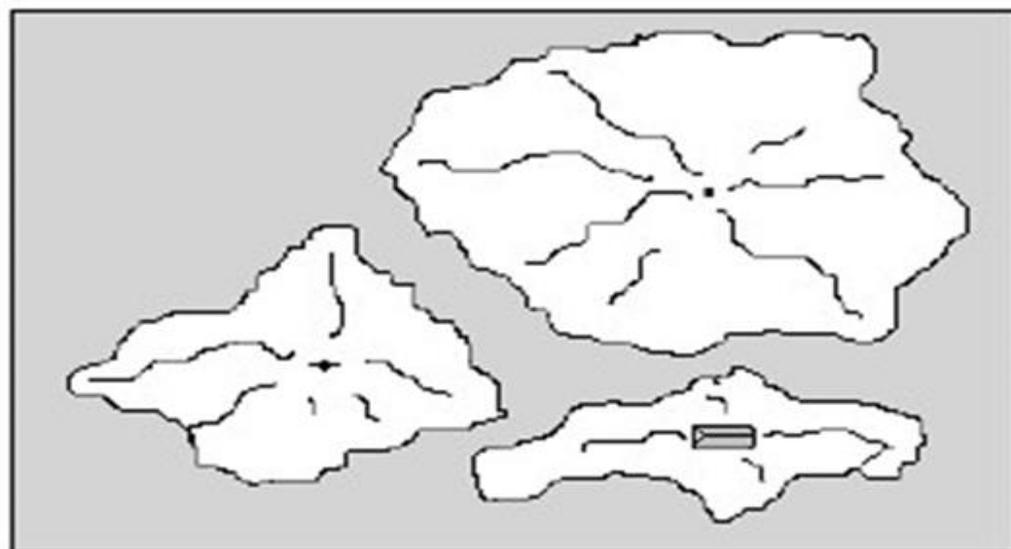
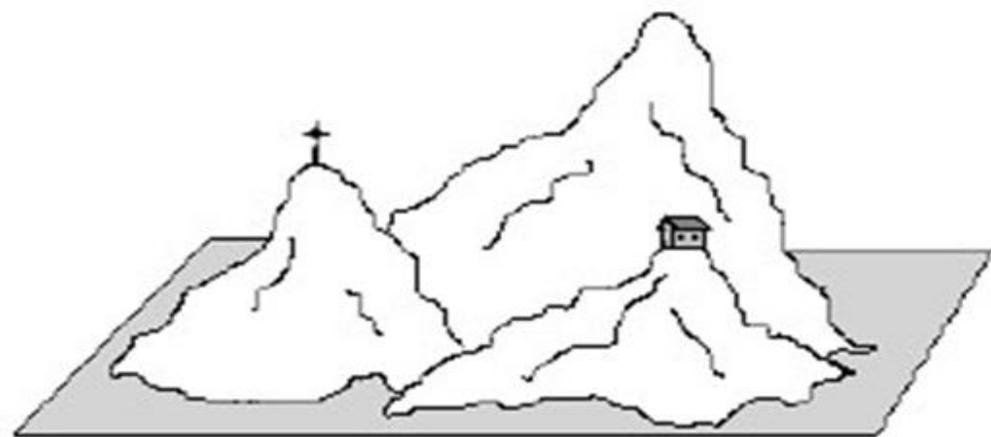
STADIO PREOPERATORIO

- ❑ Nello stadio preoperatorio l'uso delle operazioni è ostacolato da alcuni tratti che caratterizzano il pensiero a questa età:
 - egocentrismo
 - animismo
 - rigidità di pensiero
 - ragionamento prelogico

EGOCENTRISMO INTELLETTUALE

- > Tendenza involontaria a guardare la realtà solo dal proprio punto di vista.
- > Il soggetto rimane centrato sulle proprie azioni e sui propri punti di vista.
- > Incapacità di differenziare tra il proprio ed altri possibili punti di vista e di decentrarsi dal proprio particolare punto di vista.
- > Secondo Piaget il superamento dell'egocentrismo è favorito dalle esperienze sociali e dalla cooperazione con i coetanei per il raggiungimento di scopi comuni

COMPITO DELLE 3 MONTAGNE DI PIAGET



Si chiede al bambino di scegliere da una serie di fotografie del panorama quella che corrisponde a una prospettiva diversa dalla propria.

Fino a 8 anni i bambini non sono capaci di immaginare quale potrebbe essere la prospettiva di un'altra persona

EGOCENTRISMO INTELLETTUALE

Confusione tra la sfera soggettiva (desideri, pensieri, intenzioni) e la sfera oggettiva (cose inanimate che subiscono le leggi della fisica).

Si manifesta anche nella rappresentazione del mondo e in 3 tendenze del pensiero del bambino:

LO SVILUPPO COGNITIVO

ANIMISMO

Tendenza a considerare i corpi come vivi e dotati di intenzioni

FINALISMO

Tendenza ad attribuire un fine/scopo all'azione dei corpi

ARTIFICIALISMO

Tendenza a considerare le cose come il prodotto **della fabbricazione umana**

LO SVILUPPO COGNITIVO

Animismo

- ❑ I bambini tendono ad estendere le caratteristiche degli esseri viventi agli oggetti inanimati.
- ❑ I bambini non distinguono con chiarezza le cose vive da quelle inanimate

Piaget: Che cosa fa il sole quando ci sono le nuvole e piove?

Bambino: Va via perché c'è brutto tempo

Piaget: Perché?

Bambino: Perché non vuole bagnarsi

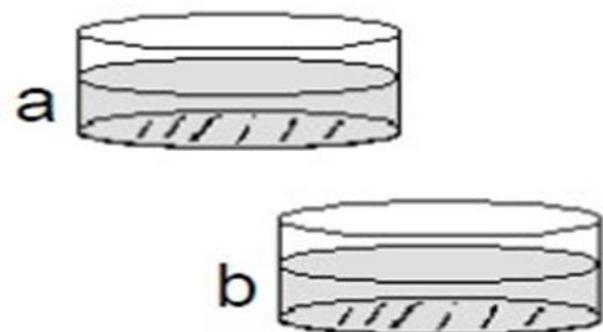
Rigidità del pensiero

Ostacola l'acquisizione di numerose nozioni fondamentali fra cui quella di

CONSERVAZIONE

Comprensione che le caratteristiche di base della materia non vengono modificate da cambiamenti nel loro aspetto esteriore

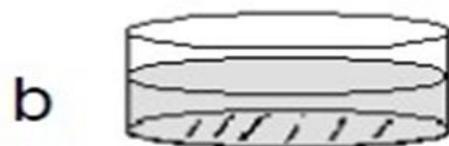
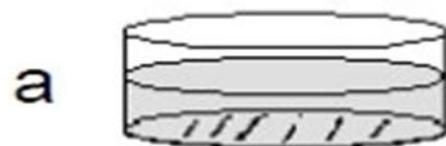
COMPITO DELLA CONSERVAZIONE DEL VOLUME



Si mostra al bambino un recipiente basso e largo (a) contenente del latte e gli si chiede di versare il latte da un boccale in un secondo recipiente di forma identica (b) finché c'è la medesima quantità di latte del primo recipiente.

Il bambino riconosce che la quantità di latte è identica nei due recipienti.

Si mostra al bambino un recipiente alto e stretto e gli si chiede di versare in esso il contenuto di uno dei due recipienti originali. Poi gli si chiede: *“C'è tanto latte in (c) quanto ce n'è in (a)?”*



Compito della conservazione della sostanza



“Queste 2 palline sono uguali?”



“In questa salsiccia c'è ancora tanta plastilina
quanta ce n'era nella pallina?”

STADIO OPERATORIO CONCRETO (6-12 anni)

- ❑ Ciò che determina il passaggio a questo stadio è la comparsa delle **operazioni** mentali
- ❑ I bambini iniziano a ragionare sistematicamente: il loro pensiero diventa più flessibile ed efficace.
- ❑ Compare l'abilità di invertire mentalmente i propri pensieri e di svincolarsi dal modo in cui le cose accadono nella realtà esterna.
- ❑ Il limite è che i bambini hanno ancora bisogno di oggetti e di eventi concreti per supportare le loro azioni mentali

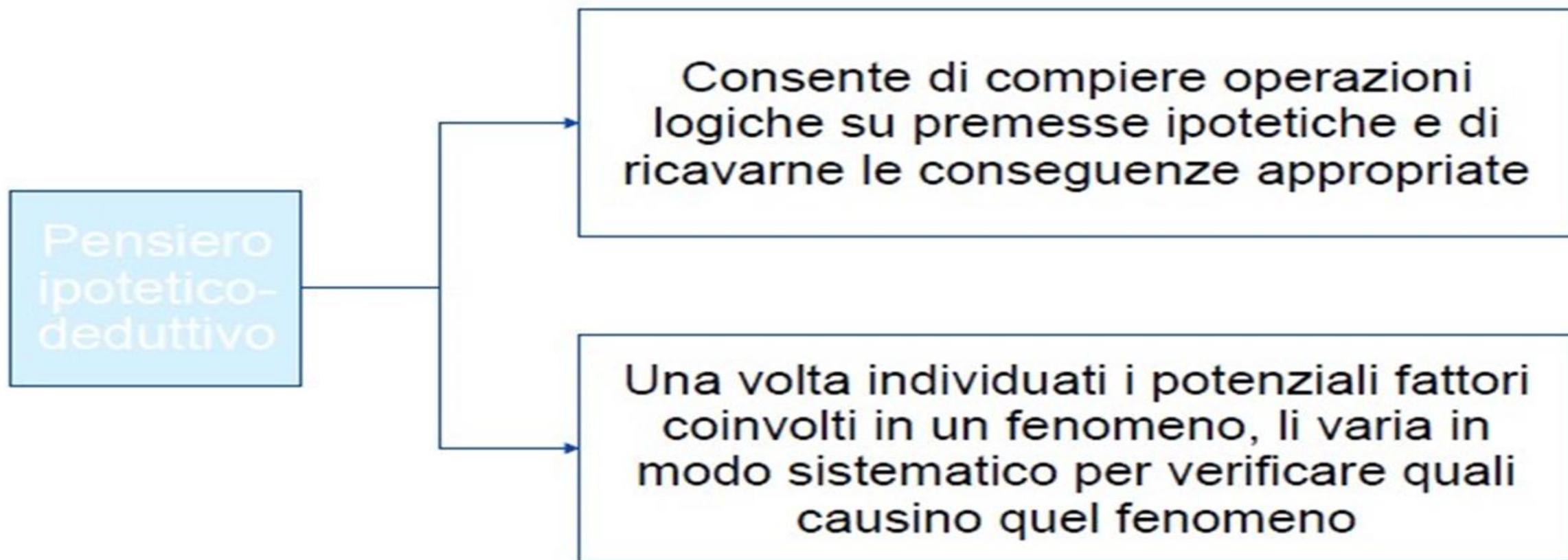
STADIO OPERATORIO CONCRETO (6-12 anni)

Il bambino diventa capace di compiere operazioni logiche

- > Conservazione
- > Classificazione
- > Seriazione
- > Inferenza transitiva: se A è più alto di B, e B è più alto di C, allora A è più alto di C
- > Numerazione

LO SVILUPPO COGNITIVO

STADIO OPERATORIO FORMALE (dai 12 anni)



STADIO OPERATORIO FORMALE (dai 12 anni)

- ❑ **Ragionamento sulle astrazioni:** capacità di ragionare sulle cose mai sperimentate direttamente
- ❑ **Applicare la logica:** capacità di prendere una proposizione generica e calcolare le conseguenze sulla base del “se-allora”
- ❑ **Problem-solving avanzato:** capacità di costruire ipotesi, elaborare mentalmente risultati e prospettare varie soluzioni possibili prima di sottoporle a verifica

COME IMPARA UN BAMBINO CON DISABILITA' INTELLETTIVA ?

- tendenza alla rigidità
- impara in modo meccanico e addestrativo
- ha difficoltà a processare più stimoli contemporaneamente
- lentezza
- perseverazione

Quale didattica per i bisogni educativi speciali?

- *Procedere dal reale livello del soggetto per raggiungere obiettivi adeguati ai fini adattativi, cioè rispetto alle esigenze che l'ambiente propone e rispetto alle curiosità del bambino.*
- *Mettere il bambino in grado di valutare i risultati che raggiunge; saper accettare e correggere gli errori.*
- *Usare modalità di facilitazione e rinforzo; offrire opportunità di ricavare strategie di soluzione.*
- *Giungere a modalità di controllo (autocontrollo) del bambino nell'esecuzione del compito. Ricordare l'importanza del linguaggio come 'direttivo della condotta': il linguaggio adulto 'dirige' l'azione del bambino, il linguaggio del bambino è 'direttivo' e guida della propria azione.*
- *Selezionare gli stimoli e, contemporaneamente,, puntare al potenziamento dell'attenzione simultanea e attraverso più canali.*
- *Inibire o controllare la tendenza alla perseverazione o iperfissazione: 'scollare' il bambino da uno stimolo; non continuare troppo a lungo su un compito, soprattutto se il bambino sbaglia; evitare la ripetitività.*
- *Stimolare il bambino ad acquisire processi e rappresentazioni.*
- *Giungere alla generalizzazione del compito, ovvero all'uso di ciò che viene imparato anche al di fuori del contesto in cui è stato imparato.*

Vicari e Caselli, 2002

Quale didattica per i bisogni educativi speciali?

C'è un legame strettissimo tra l'investimento emotivo e il conoscere: fare esperienza ed apprendere significano vivere un'esperienza emotiva; non è possibile separare i due aspetti. Se un ambiente responsivo permette al bambino di sperimentare il successo, gli permette anche di avere una sensazione di competenza, di provare piacere nel fare le cose, di conoscere, di esplorare. Mettere il bambino sulla strada della motivazione significa metterlo in una posizione attiva di ricerca di situazioni che generano piacere.

Bargagna, 2005

Disturbi intrinseci della Disabilità

Intellettiva:

- Il sintomo più importante è l' impossibilità di sviluppo del pensiero astratto.
- Si associano il difetto di autocoscienza, di autonomia, e di adattamento all' ambiente (core comune).

Reazioni incongrue ed esagerate

Tipologia dei disturbi estrinseci associati alla Disabilità Intellettiva:

- Disturbi dell'umore
- Disturbi d'ansia
- Disturbi della condotta
- Disturbi psicotici
- Disturbi della personalità
 - Sono 3-4 volte più frequenti rispetto alla popolazione normale.

Clinica: disturbi psichiatrici (segue)

- L'espressività è condizionata dal livello di sviluppo cognitivo. A seconda della gravità del ritardo, diversi saranno i sintomi di diversi quadri clinici.
- Nel RM più grave i sintomi sono aspecifici (es. irritabilità-aggressività in depressione, disturbo bipolare, psicosi, disturbo di panico, reazione a contesti sfavorevoli, sindromi dolorose, ecc.).

	Età 0-6 anni	Età 6-18 anni	Età adulta
RM Profondo	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ritardo motorio grave. ▪ Nessuno sviluppo delle funzioni simboliche. ▪ Nessuno sviluppo del linguaggio. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sviluppo sensomotorio limitato. ▪ Assenza del linguaggio relazionale. ▪ Nessuna autonomia. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Arresto alla fase dell' intelligenza sensomotoria (0-2anni). ▪ Necessità di assistenza e sorveglianza totale.
RM Severo	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sviluppo motorio elementare con schemi relazionali poveri. ▪ Linguaggio molto ridotto. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Acquisizione di abitudini elementari ma senza apprendimenti scolastici. ▪ Limitata comunicazione verbale; qualche interesse affettivo e relazionale. ▪ Autonomia scarsa. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Arresto alla fase dell' intelligenza rappresentativa pre-operatoria (2-6anni). ▪ Autonomia parziale, necessità di ambiente protetto.
RM Moderato	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sviluppo motorio sufficiente. ▪ Linguaggio e funzioni simboliche povere e in lenta maturazione. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Acquisizioni scolastiche iniziali. ▪ Persistenza di immaturità espressiva. ▪ Autonomia sufficiente. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Arresto alla fase delle operazioni concrete semplici (7-9anni), apprendimento di un lavoro elementare. ▪ Discreta autonomia sociale. ▪ Necessità di aiuto in situazioni traumatizzanti.
RM Lieve	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ritardo senso motorio e del linguaggio lievi. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Apprendimento scolastico discreto nella scuola primaria. ▪ Difficoltà di apprendimento nelle classi secondarie. ▪ Autonomia sufficiente. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Arresto alla fase dell' intelligenza operatoria concreta (9-11anni) ▪ Capacità di adattamento sociale e professionale discrete con appropriato addestramento. ▪ Bisogno di aiuto in situazioni difficili e traumatizzanti.

Segni predittivi di RM prima dei 3 anni

- **Aspetti specifici (o nucleari)**

- . Scarsa iniziativa
- . Attività esplorativa ridotta
- . Difetto di utilizzazione simbolica degli oggetti
- . Scarso sviluppo dei mezzi per ottenere eventi desiderati.

- . **Aspetti complementari non specifici**

- . Ritardo posturale e motorio
- . Ritardo linguistico, dell'espressione e della comunicazione
- . Interazione povera con l'ambiente, specie quando gli adulti allevanti offrono stimoli inadeguati e danno uno scarso significato al comportamento del bambino.

-RM LIEVE

Rappresenta la forma più frequente, circa il 70-80%, di tutti i Ritardi Mentali. Rientrano in questo gruppo gran parte delle forme di Ritardo Mentale non organico per le quali è talora ipotizzabile un'importante partecipazione di fattori socio-ambientali che possono contribuire non solo alla genesi del ritardo, ma anche al suo mantenimento ed eventuale aggravamento.

Il *livello cognitivo* è riferibile, in termini *piagetiani*, ad una fase operatoria concreta, con impossibilità di accedere a livello delle operazioni formali.

Le capacità di astrazione sono ridotte e l'*apprendimento* è difficoltoso per carenze nei processi di assimilazione e sintesi. In genere gli apprendimenti scolastici sono possibili almeno fino al I° ciclo. Spesso è l'ingresso nella scuola che porta alla luce queste situazioni di ritardo e, anche se il soggetto può imparare a leggere e a scrivere ad un livello sufficiente per le proprie esigenze di autonomia, ciò avviene con difficoltà e con la necessità di un aiuto individualizzato.

Il *linguaggio* generalmente non è molto compromesso, se non per la ricchezza del vocabolario e la complessità sintattica.

L'*assetto psicomotorio* può essere sufficientemente evoluto fatta eccezione per la conoscenza dello schema corporeo e per l'organizzazione spazio-temporale.

La *struttura affettiva* può essere armonica, non sono però rari i disturbi della condotta, i disturbi conflittuali, simil nevrotici e i disturbi dell'umore, prevalentemente a versante depressivo, classificati da Mises, come già detto, deficit disarmonici.

Le potenzialità di *adattamento sociale* sono buone, ma direttamente influenzate dalla qualità degli apporti ambientali, familiari e sociali.

La maggior parte di questi soggetti raggiunge la piena indipendenza nella cura di sé (nel mangiare, nel lavarsi, nel vestirsi, nel controllo degli sfinteri) e nelle abilità pratiche e domestiche, anche se lo sviluppo è considerevolmente più lento del normale.

- RM MEDIO

Il *livello cognitivo* è generalmente riferibile ad un livello preoperatorio o un iniziale operatorio concreto.

Gli *apprendimenti* scolastici sono chiaramente compromessi e solo una parte di questi soggetti riesce ad acquisire i più elementari rudimenti di lettura e scrittura.

Il *linguaggio* è presente, anche se molto semplificato sul piano del lessico e della sintassi; in genere l'espressione è a livello di frase semplice con migliori prestazioni nella comprensione.

L'*assetto psicomotorio* è spesso caratterizzato da infantilismo, goffaggine, movimenti scarsamente differenziati e coordinati, gestualità semplificata con difficoltà nella esecuzione di sequenze e scarsa conoscenza corporea.

La *personalità* rivela, talora, tratti disarmonici ed essendo ridotto il livello di elaborazione mentale delle emozioni, è frequente la scarica comportamentale delle tensioni e delle frustrazioni. Ne deriva, spesso, un deficit disarmonico a versante psicotico secondo Mises.

Il *livello di autonomia* è più o meno ridotto e, anche se notevolmente influenzato dal grado di stimolazione ambientale, un livello di vita completamente indipendente nell'età adulta è raramente raggiunto.

Sono comuni, in questo gruppo di soggetti, profili discrepanti nelle diverse abilità, con alcuni individui che raggiungono livelli più alti nelle abilità visuo-spaziali che nei compiti dipendenti dal linguaggio, mentre altri sono estremamente impacciati nei movimenti, ma mostrano una certa capacità di interazione sociale e di conversazione elementare.

-RM GRAVE

Il *livello cognitivo* non supera quello di un bambino di 2-3 anni e talora è limitato ad uno stadio di sviluppo sensomotorio.

Il *linguaggio* espressivo è assente o limitato alla parola-frase, mentre la comprensione può essere possibile per ordini semplici e fortemente contestualizzati. La comunicazione con l'esterno avviene prevalentemente attraverso canali non verbali.

Gli *apprendimenti* scolastici non sono possibili.

Lo *sviluppo psicomotorio* è grossolano, con marcata goffaggine, gestualità poco coordinata e imprecisa, incapacità a organizzare sequenze motorie.

La *struttura affettiva* può essere armonica, ma spesso sono presenti difficoltà relazionali importanti, con chiusura simil-autistica, stereotipie gestuali, e autoaggressività.

Il *livello di autonomia* è notevolmente ridotto.

Data la prevalente eziologia organica, non è rara l'associazione con altri sintomi motori, sensoriali, di tipo epilettico, malformazioni viscerali e scheletriche.

Questi soggetti hanno in genere necessità di assistenza e sorveglianza totale anche in età adulta.

- **APPROFONDIMENTO**

“Il ritardo mentale presenta molte eziologie tra loro differenti, e può essere visto come il risultato finale comune di vari processi patologici che agiscono sul funzionamento del sistema nervoso centrale” (DSM-IV-TR, 2000, p 55)

**IL RITARDO MENTALE NON E' UNA SINDROME, MA UN
“RISULTATO”**

**NON SI TRATTA DI SEMPLICI PRESTAZIONI COGNITIVE BASSE,
MA DI PRESTAZIONI COGNITIVE DOVUTE A PROCESSI
PATOLOGICI CHE COMPORTANO UN INADEGUATO
FUNZIONAMENTO DEL SISTEMA NERVOSO CENTRALE**

EZIOLOGIA

- Causa prenatale:
 - Cromosomica
 - Non cromosomica (malattie dismetaboliche, malformazioni, fetopatie, farmaci);
- Causa perinatale: trauma da parto, anossia, traumatismi ostetrici;
- Causa post-natale: infezioni, traumi, epilessia, vasculopatie etc.;
- Cause psicosociali: carenza gravi e precoci di cure materne e/o insufficienze prolungate di stimolazione ambientale (carenza di accudimento, patologia mentale dei genitori, abbandono, abuso).
- nel 20-40% dei casi non è comunque possibile riscontrare una causa certa.

ETIOPATOGENESI

- 40 % Fattori Genetici
 - 30% Alterazioni a carico del feto in epoca prenatale
 - 10 % Problemi in epoca perinatale
 - 5 % Eventi post-natali
- 15-20 % a fattori psicosociali o ad altri disturbi psichiatrici (ad es. autismo)

RM uno o tanti?

Il Ritardo Mentale non è uno solo ma sono tanti i fenotipi comportamentali legati alle espressioni di geni e di proteine o dalle lesioni o dal timing di lesione.

A parità di QI totale emergono profili diversi
(Vicari '92)

Simili ma non uguali: LA PROSPETTIVA EVOLUTIVA

Il soggetto con ritardo ha le stesse
sequenze evolutive dei coetanei
normotipici, ma:

- non la stessa linearità
- non le stesse strutture

Percorso Educativo Abilitativo

- normalità del processo educativo unito ad aspetti che richiedono cure particolari per quel bambino, per quel gruppo di bambini
- il processo educativo è quel processo che è proprio di tutti gli esseri umani che devono crescere e necessitano di guida, di mediazione con l'ambiente
- ci sono nello sviluppo delle persone, in particolare delle persone con RM, delle aree che necessitano cure particolari, aree di vulnerabilità.

Che fare per aiutare il bambino con Disabilità Intellettiva ?

- Intervento precoce?
- Intensivo?
- Individuale?
- Di gruppo?
- Duraturo?
- Quali tipologie?

L'approccio riabilitativo non prescinde da componenti

1) dimensione evolutiva

Determinata dallo sviluppo, nell'ambito del quale le singole competenze evolvono in relazione alla maturazione del sistema nervoso centrale in un processo d'interazione e trasformazione reciproca.

2) Ambiente come evocatore delle potenzialità presenti nel bambino fin dai primi giorni di vita,

L'ambiente è quello che attraverso lo scambio e le interazioni garantisce lo sviluppo, rappresentato dalle relazioni con i genitori, la famiglia, il mondo dei pari quando il bambino entra nella comunità educativa, l'ambiente fisico in cui vive, la realtà dell'organizzazione sociale che lo accoglie. Tutti questi elementi possono avere la funzione di facilitatori o di ostacolo nel percorso di crescita.

3) necessità di avere sempre presente la strettissima interdipendenza tra l'evoluzione delle competenze cognitive e quelle legate al mondo degli affetti e delle emozioni.