

CORSO DI OPERATORE SOCIO ASSISTENZIALE



OSA
PER AIUTARE

Indice degli argomenti

Indice degli argomenti	
126	
L'Operatore Socio Assistenziale (OSA) 1	
la Comunicazione 3	
La Prossemica 4	
La comunicazione assertiva 5	
Saper Ascoltare 7	
Il primo colloquio e l'analisi della domanda 8	
L'osservazione 10	
Approcci teorici 12	
Il comportamentismo 13	
Bandura e apprendimento sociale 14	
Approccio organismico 14	
Approccio psicoanalitico 15	
Psicologia dell'età evolutiva e Psicologia dello sviluppo 17	
Jean Piaget 18	
Teoria dell'attaccamento 20	
Il Gruppo 22	
Che Cos'è Una Tecnica Di Animazione? 26	
Il Gioco Come Strumento Educativo 29	
Il Brainstorming 32	
Il Teatro Come Strumento Di Crescita 33	
Lo Psicodramma 35	
Il Role Playing 35	
La Musica Come Strumento Di Crescita 36	
Musicoterapia 37	
La Metafora 38	
Favole E Fiabe 40	
Pet Therapy 44	
Clown Therapy E Clown Care 47	
Il Sorriso Che Guarisce 48	
L'Emozione 50	
Definizione Di Empatia 52	
Intelligenza Emotiva 53	
Il Bisogno 54	
La Progettazione 57	
Anzianità 61	
Alzheimer 66	
Psicosi 72	
Sintomi Della Schizofrenia (DSM IV) 73	
Disabilità 77	
Disabilità: Tecnica Di Intervento 79	
Sindrome Di Down 83	
Autismo 85	
Disturbo Di Asperger 87	
Disturbo ADHD 91	
Disabilità Intellettiva 94	
I DISTURBI DI PERSONALITÀ 101	
Disturbi d'Ansia 109	
Depressione 112	
Disturbo Bipolare 114	
I Disturbi Del Comportamento Alimentare 116	
Scienze Cognitive 118	
La Memoria 120	
L'Apprendimento 122	
Etica Professionale 124	

L'Operatore Socio Assistenziale (OSA)

L'Operatore Socio Assistenziale è una figura sanitaria di tipo ausiliario, riconosciuta, formata e preparata ad assistere direttamente le persone nello svolgimento delle attività quotidiane, aiutare nel mantenimento e recupero dell'autonomia, offrire supporto per il benessere psicofisico dell'assistito, ridurre ed evitare l'isolamento e l'emarginazione sociale. L'Operatore Socio Assistenziale (OSA) svolge la sua attività prevalentemente nell'assistenza a pazienti non autosufficienti, sia presso il domicilio dell'utente che in strutture socio-assistenziali

L'Operatore Socio Assistenziale (OSA) si occupa di fronteggiare i bisogni di assistenza materiale ed affettiva, dalla cura dell'igiene, all'alimentazione, all'ambiente di vita, di soggetti in situazione di forte disagio (principalmente disabili, anziani non autosufficienti, soggetti con disagio psichico, minori problematici, tossicodipendenti) tendendo a favorirne l'autonomia e l'autodeterminazione e a migliorare il loro rapporto con il contesto. Collabora con altre figure professionali dell'area sanitaria e dei servizi sociali: medici, infermieri, fisioterapisti, assistenti sociali, educatori, psicologi, ecc.

Elenco Unità di Competenza (UC)

- Cura dei bisogni fondamentali della persona
- Assistenza alla salute dell'assistito
- Attività di indirizzo e supporto alla famiglia dell'assistito
- Promozione del benessere psicologico e relazionale e dell'autonomia dell'assistito
- Organizzazione, igiene e governo dell'ambiente di vita dell'assistito

L'Operatore Socio Assistenziale cosa fa?

Le principali mansioni di Operatore Socio Assistenziale sono di seguire l'assistito durante le sue attività, garantire la sicurezza ed il suo benessere, promuovere e facilitare il miglioramento delle condizioni di vita e aiutarlo nella socialità e nel benessere quotidiano.

L'operatore socio sanitario svolge la sua attività sia nel settore sociale che in quello sanitario in servizi di tipo socio - assistenziale e socio - sanitario, residenziali o semiresidenziali, in ambiente ospedaliero e al domicilio dell'utente.

Alcune delle mansioni OSA sono:

- aiutarlo nelle attività quotidiane (igiene, nutrizione, movimento)
- dargli assistenza per le attività che svolge
- osservarlo e capire eventuali bisogni e difficoltà
- fargli svolgere attività sociali e ricreative
- cooperare con altre figure (come il coordinatore infermieristico) in presenza di un team medico-sanitario.

Il linguaggio è la capacità di distinguere maggiormente l'uomo da tutti gli esseri viventi e in questo senso è stato ampiamente studiato da diverse discipline come sistema di comunicazione tra individui.

La capacità di utilizzare il linguaggio prevede due funzioni fondamentali: la possibilità di una **comunicazione interpersonale**, grazie alla quale possiamo entrare in contatto con gli altri e la **capacità di astrazione** attraverso la quale possiamo produrre e capire significati simbolici.

Il settore che si è occupato direttamente del linguaggio è la **Psicolinguistica** di *Chomsky*, che si propone di studiare le regole che governano il linguaggio.

Secondo tale approccio gli individui hanno una predisposizione innata all'acquisizione di una lingua che permette loro di apprendere le regole grammaticali e applicarle.

Chomsky inoltre ipotizzava l'esistenza di regole strutturali universali ed innate che maturano secondo un ordine predeterminato e che il bambino progressivamente scopre ed elabora per comprendere ed usare il linguaggio correttamente.

Tappe di sviluppo del linguaggio

L'acquisizione: il bambino possiede sin dalla nascita una sensibilità innata per le frequenze della voce della mamma ed è in grado di produrre suoni.

- ❖ A 6 mesi compaiono le cosiddette lallazioni, caratterizzate da alcune vocali e consonanti.
- ❖ A 10 mesi comprende le prime parole. La comprensione della parola precede sempre la sua produzione (anche nell'adulto, per lo studio delle lingue).
- ❖ Dall'età di 1 anno inizia la capacità di emettere una successione di suoni differenziati, per comporre una parola, che viene a riassumere il valore di una frase (ad es. "pappa" sta per "ho fame" o "non ho più fame"). La parola non è soggetta ad alcuna regola grammaticale.
- ❖ All'età di 18 mesi può comporre due parole in una frase, anche se vi sono bambini che iniziano a parlare solo a 2-3 anni (poi recuperano facilmente il tempo perduto).
- ❖ A 2 anni compone frasi sempre diverse, con un numero sempre maggiore di parole (circa 270, che diventano circa 1500 a 3 anni e circa 3500 a 6 anni). Inizia ad adottare regole grammaticali e sintattiche.
- ❖ All'età di 4 anni ha un lessico ampio, appropriato e organizzato secondo delle regole. Non riesce ancora a comprendere le "eccezioni" della grammatica.
- ❖ Dopo i 4 anni compaiono modi di esprimersi del tutto particolari (varianti stilistiche) legati all'ambiente di vita o del tutto personali.

La parola "**comunicazione**" deriva dal termine latino "**comunicatio**" e a sua volta dal verbo "**comunicare**" che significa mettere in comune qualcosa, passare qualcosa da uno all'altro, unire in comunità. Riguarda la relazione interpersonale tra due o più persone.

Per comunicazione s'intende "**la trasmissione di informazioni mediante l'uso di un codice**" e rappresenta la condizione fondamentale per la creazione di rapporti relazionali.

Per l'operatore la comunicazione è cruciale per il successo del risultato dell'intervento assistenziale e di cura.

La comunicazione, tuttavia, si divide, generalmente, in due tipi: la **comunicazione logica** e quella **digitale**.

Per **comunicazione logica** si intende il linguaggio verbale che si esplica attraverso le parole e si utilizza per descrivere la realtà che ci circonda, comunicare con chiarezza con il prossimo per farsi capire, dare dei giudizi eccetera. Questo tipo di comunicazione è piuttosto rigido: ogni popolo ha il suo linguaggio, cioè il suo personale sistema di comunicazione logica, che è dogmato da regole precise, raggruppate in quelle discipline note come grammatica e sintassi.

La **comunicazione analogica** comprende, invece, gesti e comportamenti, espressioni e silenzi: è quella che in genere definiamo *comunicazione non verbale*, o del corpo, che dà sempre all'interlocutore un'idea, più o meno chiara, di ciò che pensiamo in quel determinato momento.

La comunicazione: le variabili

Nel processo comunicativo entrano in gioco variabili esterne ed interne.

Esterne : ambiente (sia nell'accezione di contesto culturale, sociale, politico sia nell'accezione di contesto fisico) Fantozzi

Interne : l'interpretazione, la cultura, lo stato d'animo, la capacità di trasmettere e di percepire.

L' articolazione del processo comunicativo prevede i seguenti elementi:

L'emittente, o fonte di trasmissione: Colui che trasmette il messaggio oppure che dà origine all'atto comunicativo.

Destinatario: Colui al quale è destinato il messaggio oppure l'atto comunicativo.

Il messaggio : L'informazione che si vuole trasmettere oppure l'insieme delle informazioni inviate dall'emittente al destinatario.

Il canale Il mezzo fisico mediante il quale il messaggio partito dall'emittente arriva al destinatario.

Il codice L'insieme dei simboli e delle regole sintattiche utilizzati nella comunicazione. Deve essere condiviso almeno in parte dall'emittente e dal destinatario

Contesto La situazione in cui la comunicazione avviene oppure a cui si riferisce. Diversi contesti possono dare allo stesso messaggio significati totalmente differenti.

Il feedback: La risposta del destinatario

Rumore: Qualsiasi disturbo della comunicazione, sia di tipo fisico che di tipo psicologico, che causa una distorsione del messaggio e gli impedisce di arrivare al destinatario in modo corretto e completo.

Rindondanza: Ripetizione della stessa informazione utilizzando codici diversi.

La distorsione del messaggio fa riferimento alla perdita di efficacia a cui il soggetto ogni messaggio, nel passare dall'emittente al ricevente, dovuta alla dispersione delle informazioni e all'interpretazione soggettiva.

I livelli di comunicazione

Alcune ricerche affermano che la comunicazione avviene a diversi livelli:

Verbale: il livello verbale è quello delle parole.

Paraverbale: definito dalla qualità della voce (volume, tono, timbro, ritmo, velocità)

Non verbale: è definito dall'atteggiamento del corpo (la postura, i movimenti, la respirazione, il colorito della pelle).

Gli elementi indispensabili nella comunicazione sono l'osservazione e l'ascolto.

Una comunicazione ha più probabilità di essere efficace quanto più manifesta congruenza fra i diversi livelli. Viceversa un'incongruenza fra i livelli produce una sensazione sgradevole di poca affidabilità.

Una comunicazione efficace comporta l'assunzione di comportamenti di apertura e l'eliminazione di ostacoli del discorso.

Alcune ricerche affermano che il dialogo è formato da:
7% verbale
38% paraverbale
55% non verbale

Non si può non comunicare: questo implica che qualsiasi nostro atteggiamento comunica qualcosa agli altri.

La **prossemica** è quella branca della psicologia che studia i comportamenti spaziali, ovvero il modo in cui ci collochiamo nello spazio e regoliamo le nostre distanze rispetto agli altri e all'ambiente.

Il concetto di distanza si suddivide in quattro sotto categorie:

1. La distanza intima.
2. La distanza personale.
3. La distanza sociale.
4. La distanza pubblica.

La **zona intima** indica, generalmente, quello spazio deputato ai rapporti propriamente intimi, e va da 0 a 40 cm. Stare così vicini all'altro produce comportamenti piuttosto stereotipati: il volume della voce si abbassa, si discute di argomenti spesso delicati e personali, si gesticola molto poco, ci si guarda fissi negli occhi.

La **zona personale** varia da 40 cm fino a sfiorare il metro e mezzo: in questo spazio, in genere, avvengono gli scambi comunicativi con i propri amici (mediamente intorno ai settanta centimetri); questa distanza ci permette di gesticolare maggiormente e di lanciare sguardi carichi di significati al nostro interlocutore.

La **distanza sociale** è quella che va da 1.20 cm fino a 2 metri; è la distanza che normalmente teniamo quando abbiamo a che fare con persone che non appartengono alla nostra cerchia di amici, che non conosciamo, con cui non abbiamo ancora stabilito un rapporto; si tratta, in genere, di relazioni molto formali, o professionali.

La **distanza pubblica**, infine, supera i 2 metri: si tratta di una distanza eccessiva dall'interlocutore, che in genere sta a dimostrare proprio la mancanza di relazione con l'altro.

Il termine “assertività” proviene dal latino “*asserere*”, in italiano “asserire”. Quando una persona asserisce qualcosa, la afferma con convinzione e tenacia, pienamente convinta di ciò che sostiene.

Asserzione, o **affermazione di sè**, è una caratteristica del comportamento umano che consiste nella capacità di esprimere in modo chiaro ed efficace le proprie emozioni e opinioni.

Il comportamento assertivo è, infatti, caratterizzato dall’esprimere con convinzione le proprie opinioni, sentimenti, idee, con la completa assunzione della responsabilità di quel comportamento e di quell’affermazione.

Essere assertivi significa, dunque, avere un comportamento efficace e adeguato per ottenere il risultato desiderato, comunicarlo con autenticità, senza essere sottomessi o aggressivi, rispettando l’interlocutore.

La letteratura esistente fa riferimento ad una analisi del comportamento nei rapporti interpersonali che si basa sull’extrapolazione di tre tipologie di comportamento: *il comportamento passivo, quello aggressivo e quello assertivo*.

Il comportamento passivo: l’individuo agisce in maniera rinunciataria anche se spesso viene presa per indifferenza mentre in realtà subisce qualsiasi causa interferente.

Il comportamento aggressivo: *particolarmente quello verbale*, blocca ogni azione da parte di chi ascolta: Il tipo aggressivo: non rispetta i limiti degli altri, concentrato sui propri desideri senza badare a coloro che gli sono intorno.

Nel comportamento assertivo (ottimale) la persona utilizza delle modalità verbali e non verbali (*atteggiamento del viso e del corpo*); *presta attenzione alle libere informazioni dell’altro..* Si manifesta se stessi e affermare i propri diritti, senza negare quelli degli altri. Avere un atteggiamento responsabile caratterizzato da una piena fiducia in sè e negli altri.

Le tecniche assertive nella comunicazione:

domande aperte (Cosa, Dove, Quando, Perchè, come, Con chi?);

ponendo delle domande chiuse alle quali l’interlocutore può rispondere solo con un “sì” o con un “no” hanno lo scopo di far terminare presto la conversazione; benchè utili all’inizio di un discorso è necessario far seguire delle domande aperte.

Dare e ricevere “Libere Informazioni” non richieste nella domanda;

cogliere gli indizi forniti dall’interlocutore, cosa è importante e interessante per lui e prestargli attenzione permette di non rendere la conversazione un’intervista e la comunicazione può procedere in u modo più fluido;

Autoapertura; comunicare il modo di pensare, di vivere, in maniera non invadente, informazioni sulla nostra vita, i nostri interessi, senza monopolizzare la comunicazione o col desiderio di mettersi “in mostra” è un’altra abilità per rendere più dinamico e coinvolgente la comunicazione;

espressione positiva esprimere simpatia, complimenti e attenzione ai comportamenti positivi e alle persone dalle quali siamo attratti, sono esempi di espressioni positive che diverse persone non sono in grado di emettere;

fare e rifiutare richieste per esprimere e far conoscere se stessi; chi non è in grado di accettare un rifiuto, o chi pensa che chiedere non sia educato, o non sia il caso di disturbare gli altri difficilmente fanno o rifiutano richieste.

L'ascolto può essere considerato come un momento del processo della comunicazione: il messaggio in arrivo viene ascoltato ed elaborato per formulare un'azione o un messaggio di ritorno (feedback). Se lo scambio dei messaggi è finalizzato al raggiungimento di obiettivi concreti (come avviene nelle organizzazioni o, comunque, per motivi di lavoro), l'ascolto spontaneo può non essere adeguatamente efficiente: molti equivoci e molte incomprensioni che si verificano in questo contesto si possono attribuire ad una scadente capacità di ascolto da parte degli interlocutori.

Il termine "ascolto", nell'uso corrente, viene associato ai concetti di passività e naturalezza.

PASSIVITÀ

Per ascoltare non bisogna "fare" niente. Basta che chi ci parla pronunci le parole in modo sufficientemente forte e chiaro.

NATURALEZZA

L'ascolto non richiede alcun accorgimento particolare perchè è un fenomeno spontaneo e coincide semplicemente con lo "stare a sentire" qualcuno che parla.

Il senso nel quale viene usato qui, invece, è diverso: l'ascolto ha una doppia natura perchè da un lato è vero che è un fenomeno spontaneo tanto che, a volte, avviene anche contro la nostra volontà (non possiamo fare a meno di sentire rumori molesti o discorsi noiosi).

L'ascolto spontaneo presenta, infatti, due limiti fondamentali:

1. si limita all'aspetto verbale delle comunicazione (si ascoltano solo le parole dell'interlocutore);
2. è condizionato dall'istintiva tendenza di chi ascolta a pensare subito a cosa rispondere, invece di accogliere fino in fondo ciò che l'altro dice.

Capita così di esprimere il proprio pensiero prima di aver capito bene la situazione, di agire sulla base di ciò che si crede di aver capito invece che sulla base di ciò che è stato veramente detto, di concordare su delle idee mal comprese, di eseguire male un lavoro per non voler ammettere di non aver capito e così via.

Il cattivo ascolto è fonte di molti problemi connessi alla comunicazione e alle relazioni interpersonali (l'interlocutore non capito si sente frustrato e poco considerato).

D'altra parte la capacità di ascolto, che tutti in qualche misura possediamo, può essere sviluppata ed esistono indicazioni, tecniche specifiche e riferimenti per passare da un atteggiamento spontaneo a quello che è definito ascolto attivo: chi ascolta non è più un ricevente passivo ma qualcuno che agisce in modo finalizzato per facilitare la comunicazione e si attiva per:

- A) capire che cosa vuol comunicare l'interlocutore;
- B) capire a quale scopo lo sta comunicando;
- C) evitare di interpretare soggettivamente i messaggi dell'interlocutore;
- D) cercare di individuare e rimuovere eventuali ostacoli al libero fluire della comunicazione;
- E) far capire che ha capito.

PER UN ASCOLTO ATTIVO

L'ascolto attivo è una delle tecniche dell'assertività e si fonda sia sulla capacità di leggere i segnali che ci invia l'interlocutore, sia su quella di controllare i segnali che noi emettiamo e di finalizzarli a favorire un'espressione più aperta e una maggiore comprensione.

L'ascolto attivo si basa non solo sul controllo dei segnali di questo tipo (sia che li riceviamo, sia che ci accorgiamo di emetterli), ma anche su una serie di comportamenti specifici a livello di interazione con l'altro;

la capacità di ascoltare è connessa con il fornire feedback sulla corretta ricezione dei messaggi, in modo da chiarire e favorire il proseguimento della discussione.

La capacità di ricezione ha due dimensioni fondamentali: la prima, è comunicare l'intenzione di voler capire le idee e i sentimenti dell'emittente; la seconda, è comprendere e interpretare le idee e i sentimenti espressi dall'interlocutore.

Il principale ostacolo per una efficace comunicazione è, infatti, la tendenza a giudicare (approvando o disapprovando) il messaggio ricevuto; questa tendenza al giudizio è particolarmente accentuata in situazioni nelle quali sentimenti ed emozioni sono particolarmente coinvolti, soprattutto quando gli interlocutori esprimono punti di vista o valori diversi.

L'ascolto attivo, dunque, si fonda sui seguenti tre punti, a ciascuno dei quali corrispondono specifiche azioni da compiere:

Manifestazioni di interesse: L'interlocutore deve avere l'impressione che ciò che sta dicendo ci interessa.

Richieste mirate: Si può interloquire non per interrompere chi parla, ma per facilitargli la comunicazione; invito a iniziare la conversazione, incoraggiamenti a continuare il discorso ecc..

Espressioni di intesa: Ricerca di conferme, per sé e per l'interlocutore sulla qualità della comprensione, Parafrasare il contenuto esposto ("Allora, se non ho capito male, lei ha detto che...").

Le anticipazioni sono da evitare in quanto consistono nel verbalizzare le conclusioni o i contenuti del discorso altrui prima che l'altro lo abbia terminato

Ai fini di una comunicazione efficace bisognerà evitare: frasi stereotipate, incongruenza tra comunicazione verbale e non verbale ed un eccesso di coinvolgimento emotivo.

Il tipo di ascolto nella relazione di aiuto risulta essere dunque di tipo attivo.

Il primo colloquio e l'analisi della domanda

La comprensione più profonda e l'interpretazione del bisogno, non necessariamente esplicito, portato dal cliente e l'individuazione di una possibile linea d'azione per rispondervi è oggetto del momento di analisi della domanda.

Il primo obiettivo del colloquio di analisi della domanda risulta essere l'ascolto attivo della richiesta espressa dal cliente, ciò significa prestare attenzione all'enunciazione del problema così come viene espresso dal cliente. Un'attenzione particolare viene riservata al comportamento non verbale dell'operatore che deve essere congruente e cercare di esprimere empatia (attraverso contatto visivo, postura, tono di voce) e a quello del cliente. Da questa prima componente della relazione si possono trarre informazioni importanti sul modo di rapportarsi col servizio e con operatore, sulle motivazioni e sulle attese nei confronti della prestazione.

L'uso delle tecniche di riformulazione come i continui feedback viene considerato strategico per:

- favorire uno scambio aperto fra i due interlocutori;
- sostenere processi di codifica e decodifica dei messaggi;
- chiarire punti oscuri o incoerenti;
- verificare ciò che è stato compreso, rispettando il più possibile il modo in cui il problema è esposto e vissuto dal cliente senza deformarne il contenuto;

Raccogliere quindi i significati dell'esperienza portata dalla persona e rendere il più chiara ed esplicita possibile la domanda a partire dai dati e dalle prime informazioni raccolte. L'anamnesi, la storia clinica del paziente e tutte le domande inerenti alla problematica, allo stile di vita, gli aspetti problematici della malattia e le reazioni psicologiche, andranno inserite in un'apposita scheda.

Approfondire il tema proponendo sollecitazioni che vadano a circoscrivere i bisogni importanti: si vuole cioè giungere a una ridefinizione del problema e a una progressiva focalizzazione. comprendere quali sono le aree di intervento e quali quelle da provare a migliorare, quelle che sono fonte di difficoltà o di maggiore ostacolo, al fine di definire gli obiettivi per fronteggiare il problema in vista dell'individuazione delle possibili azioni da intraprendere.

Il primo colloquio e l'analisi della domanda si caratterizza pertanto come funzione dedicata, finalizzata a comprendere e definire il problema portato dal cliente:

- individuare la problematica e/o la situazione di transizione in relazione sia alle caratteristiche del compito che deve affrontare, sia alle condizioni oggettive e il contesto nelle quali ha luogo l'intervento;
- analizzare il bisogno di sostegno al fine di poter identificare le azioni (servizi) più efficaci per rispondervi;
- condividere un percorso personalizzato e formulare un patto di servizio.

**Esempio di una scheda di Osservazione
e annotazione delle informazioni/caratteristiche del paziente**

Nome e Cognome Operatore: _____
Luogo e data _____/_____/_____

Scheda tecnica Paziente

Nome _____ Cognome _____
nato il ____/____/____ Luogo _____ (____)
Indirizzo _____ n° _____ prov. _____
tel/cell. ____/____/____ Tel /cell. ____/____/____
Livello di scolarizzazione _____
Professione/ _____

Diagnosi principale: diagnosi di maggior rilievo

Diagnosi secondaria

Anamnesi clinica: storia dell'andamento della patologia fino allo stato attuale

Medicamenti: indicare le terapie farmacologiche con indicazioni terapeutiche allegate

Come si manifestano i problemi attuali?: rilevazione dello stato attuale il più possibile precisa e quantificabile o frequenza, durata, intensità (non accontentarsi di dati approssimativi, come: spesso, qualche volta, poco, intensamente, frequentemente)

Come si è giunti all'attuale quadro clinico?

Traumi? Cronicità? Stato post-operatorio? Recidive?

Situazione familiare

Stile di vita e comportamento del paziente

Approccio al problema e provvedimenti personali

Rapporto di coppia / Famiglia

Attività svolte: hobby, passioni, circoli, terapie presso centri di riabilitazione ecc..

Aiuti/sostegni nella vita quotidiana durante la malattia

Obiettivi del trattamento: descrivere l'analisi della domanda e l'analisi dei bisogni del paziente.

Integrazione e concordanza degli obiettivi del paziente con quelli dell'operatore:
considerare tutti gli aspetti:

fisici: autonomia, abilità e difficoltà motorie, cura della persona, alimentazione, aderenza al trattamento farmacologico ecc

psichici: memoria, attenzione, emotività, comportamenti prolema, sostegno psicologico, accettazione della malattia, stimolare la creatività, partecipazione e condivisione ecc

sociali: bisogni di appartenenza, socializzazione e condivisione di interessi

Stilare una lista degli obiettivi partendo da quelli più importanti a quelli di lieve rilevanza.

Considerare gli obiettivi a breve e lungo termine indicando per ogni obiettivo la modalità in cui si intende raggiungerlo; i mezzi, i tempi e le modalità

NB: Più si mette in alto gli obiettivi nella lista, più è importante e urgente,

Più in basso nella lista, meno importante e meno urgente

Obiettivi raggiunti dopo un breve periodo

obiettivi non ancora raggiunti e/o problemi riscontrati

L'OSSERVAZIONE

L'osservazione è un procedimento selettivo e si differenzia dal semplice guardare o vedere perché lo sguardo dell'osservatore è guidato dalle ipotesi che egli ha formulato e mira ad ottenere le informazioni rilevanti nel modo più accurato ed efficace.

L'osservazione diventa obiettiva soltanto nella misura in cui viene condotta secondo procedure controllate, cioè sistematiche, ripetibili e comunicabili.

I Diversi Tipi Di Osservazione:

Vi sono diversi tipi di osservazione, e diversi modi per caratterizzarli. Si possono suddividere i diversi tipi di osservazione a seconda dell'ambiente in cui si svolge lo studio (ambiente naturale o quello artificiale del laboratorio) e ancora a seconda di come e in che misura il ricercatore decida di strutturare o meno l'ambiente in cui svolge l'osservazione.

Nel caso in cui si voglia modificare l'ambiente, l'osservatore si limita semplicemente ad osservare e registrare ciò che avviene nel modo più completo possibile; nel caso in cui decida di strutturare l'ambiente registrerà soltanto specifici comportamenti predefiniti oppure le risposte fornite dai soggetti osservati a determinate modificazioni da lui introdotte nella situazione. In altri termini, possiamo avere studi sul campo, cioè condotti nei diversi ambienti di vita quotidiana: famiglia, scuola, asili nido, ecc.) che prevedono o meno una strutturazione da parte del ricercatore; e studi condotti in un ambiente artificiale in altre parole, osservazioni condotte in laboratorio.

L'osservazione in definitiva può essere quindi diretta o naturalistica quando appunto il ricercatore esercita un grado minimo di controllo sul proprio oggetto di studio; indiretta e condotta in condizioni controllate, quando il ricercatore impone un grado medio o massimo di controllo sul proprio oggetto di studio, partecipante o non partecipante a seconda della misura in cui l'osservatore interviene nel contesto osservato.

L'OSSERVAZIONE DIRETTA

L'osservazione è diretta quando il suo impiego non richiede la presenza di strumenti o dispositivi che si frappongono tra l'osservatore e l'osservato, e si svolge senza una dilazione temporale, ossia osservazione e registrazione dei dati sono effettuate contemporaneamente. Ciò vuol dire che si devono escludere sia l'uso di test e di interviste, sia la descrizione retrospettiva dei fenomeni sottoposti a studio.

Inoltre l'osservazione diretta viene detta naturalistica quando l'osservatore evita in ogni modo di influenzare il comportamento che è interessato a studiare e di proiettare su di esso le proprie idee e preconcezioni (Camaioni 1990).

L'OSSERVAZIONE NATURALISTICA

L'osservazione naturalistica viene adottata per lo studio dei fenomeni e comportamenti che si presentano allo stato naturale, cioè in situazioni di vita reale. All'interno dello svolgersi di queste, uno o più osservatori registrano tutto ciò che avviene avendo cura di evitare che stimolazioni di disturbo possano interferire o alterare la comparsa spontanea

L'osservazione naturalistica è una tra le tante metodologie che può essere utilizzata proficuamente per studiare ad esempio, il comportamento infantile, l'interazione tra coetanei o il rapporto genitori-figli. L'osservazione naturalistica può essere condotta secondo due approcci: l'approccio etnografico e l'approccio etologico.

L'OSSERVAZIONE INDIRETTA

L'osservazione si dice indiretta quando utilizza strumenti come questionari o interviste che si frappongono tra l'osservatore e l'osservato.

Lo scopo di questi strumenti è soprattutto quello di raccogliere opinioni, idee ed esperienze circa il mondo e il comportamento dei soggetti. In età evolutiva le interviste e i questionari possono essere utilizzati sia per interrogare i bambini sulle proprie idee, conoscenze, motivazioni, sia per interrogare gli adulti (genitori-educatori) sul comportamento, le capacità dei bambini, con cui sono in diretto contatto.

L'OSSERVAZIONE PARTECIPANTE E NON PARTECIPANTE

L'osservazione partecipante si può definire una metodica che prevede il maggior coinvolgimento dell'osservatore nei confronti dei soggetti che vengono osservati. Di solito un membro del gruppo o un'osservatore esterno inserito o per lo meno accettato nel gruppo raccoglie le informazioni.

Questa tecnica è molto usata per indagare quindi situazioni relazionali e sociali, mentre non è utilizzata frequentemente per indagare il comportamento di bambini piccoli. Secondo Camaioni (1990) infatti, esiste l'impossibilità di una sua applicazione quando siamo in presenza di infanti e bambini in età preverbale, mentre per quelli più grandi dai tre ai cinque anni, può essere utilizzata. È indispensabile però che l'adulto osservatore si conquisti la familiarità da parte del gruppo che intende osservare.

L'osservazione non partecipante, è quella in cui l'osservatore usa lo specchio unidirezionale o in alternativa la familiarizzazione con i soggetti. Quest'ultima opzione consiste nell'entrare in contatto con i soggetti da osservare e iniziare la vera e propria osservazione dei comportamenti solo quando la presenza dell'osservatore non è più presa in considerazione e non può dunque influire sulla spontaneità delle interazioni all'interno del gruppo.

Quando si parla di “*sviluppo psicologico*” ci si riferisce ai cambiamenti che si verificano nel comportamento e nelle capacità dell’individuo durante l’intero ciclo di vita, i più significativi però riguardano l’infanzia, la fanciullezza e l’adolescenza.

Questi periodi sono pertanto i più studiati dagli psicologi dello sviluppo.

Natura e cause dello sviluppo

Ogni teoria dello sviluppo cerca di rispondere a tre quesiti che rappresentano la base da cui parte la psicologia dello sviluppo:

- *qual è la natura del cambiamento che caratterizza lo sviluppo?*
- *quali processi causano questo cambiamento?*
- *si tratta di un cambiamento continuo e graduale o viceversa discontinuo ed improvviso?*

1) qual è la natura del cambiamento che caratterizza lo sviluppo?

alcuni considerano il cambiamento di natura quantitativa (graduale accumulo di cambiamenti nel tempo) **Comportamentismo** (bambino come organismo plasmato dalle esperienze e dall’apprendimento);

altri di natura qualitativa **Teorie Organismiche** (Piaget e Vygotskij) secondo cui il bambino è un attivo costruttore delle proprie capacità: influenze interne.

2) quali processi causano questo cambiamento?

le varie teorie attribuiscono un ruolo importante a fattori **genetici e ambientali**.

Secondo i **comportamentisti** il bambino subisce influenze ambientali che modellano il suo comportamento, **secondo Piaget invece**, il comportamento è influenzato sia da fattori ambientali che da capacità innate.

3) si tratta di un cambiamento continuo e graduale o viceversa discontinuo ed improvviso?

Lo sviluppo secondo il **comportamentismo è continuo e graduale**;

secondo le teorie **organismiche esso è discontinuo** (per esempio spesso la modificazione compare improvvisamente e porta alla comparsa di nuove capacità: deambulare, parlare, ecc.).

I principali approcci teorici allo studio dello sviluppo

I tre grandi approcci teorici allo studio dello sviluppo sono :

- ❖ L’approccio comportamentistico
- ❖ L’approccio organismico
- ❖ L’approccio psicoanalitico

L’approccio si caratterizza da alcuni assunti di base, tra cui l’oggetto di indagine e i metodi più adeguati per studiarlo.

Secondo l'approccio comportamentistico, l'individuo è un organismo docile e plasmabile caratterizzato da una capacità illimitata di apprendimento.

Il cambiamento non viene dall'interno ma è l'ambiente ad imporlo dall'esterno.

Il bambino viene modellato e plasmato dall'ambiente in quanto tende a ripetere i comportamenti che hanno avuto risultati positivi (rinforzi positivi) e ad eliminare i rinforzi negativi.

Come metodo di indagine si predilige l'osservazione con il massimo controllo e l'esperimento di laboratorio rappresenta il metodo ottimale.

Secondo Skinner (comportamentista) lo sviluppo è una lunga sequenza di esperienze di apprendimento e l'apprendimento può avvenire per **condizionamento classico o operante**.

IL CONDIZIONAMENTO CLASSICO (PAVLOVIANO o RISPONDENTE).

Lo stimolo incondizionato(SI) (soluzione acida nella bocca), determina la risposta incondizionata(RI) (salivazione).

Uno stimolo neutro, per esempio una luce o un suono che di norma non provocano la salivazione in un animale non addestrato, viene quindi presentato insieme allo stimolo incondizionato(SI).

Questo diventerà, come conseguenza di questa operazione di presentazione contemporanea, lo STIMOLO CONDIZIONATO(SC). In questo modo si evoca la risposta salivatoria in concomitanza della presenza del segnale luminoso o di quella sonoro.

Questa procedura di accoppiamento tra SI e SC prende il nome di RINFORZO.

Quando il condizionamento ha avuto luogo (ad esempio ripetendo l'esperimento più volte), l'animale saliverà anche in risposta al solo segnale luminoso o a quello sonoro.

La salivazione è diventata quindi una RISPOSTA CONDIZIONATA(RC) a uno stimolo condizionato(SC).

IL CONDIZIONAMENTO OPERANTE O SKINNERIANO (STRUMENTALE).

Il condizionamento operante costituisce un altro modo, attraverso il quale può essere appreso il comportamento e la formazione delle abitudini.

Quando si insegna ad un cane a fare il morto o a dare la zampa, è molto difficile specificare lo stimolo incondizionato(SI).

In pratica si riesce in qualche modo a farglielo fare, e poi lo si ricompensa con cibo o delle carezze è doveroso sottolineare che, nè il cibo nè le carezze avrebbero mai prodotto tale tipo di comportamento!

Il termine **CONDIZIONAMENTO OPERANTE** è stato introdotto da **SKINNER** e sta ad indicare che il comportamento dell'animale "opera nell'ambiente", per produrre un effetto.

NB: STIMOLI INCONDIZIONATI (SI): Sono quegli stimoli in grado di elicitare (produrre) nell'animale o nell'uomo delle RISPOSTE INCONDIZIONATE (RI), cioè quelle risposte naturali che sono tipiche della specie animale a cui si fa riferimento.

Gli STIMOLI INCONDIZIONATI(SI) possono riguardare quelle sollecitazioni tattili, olfattive, sonore, visive, emozionali, ecc, in grado di creare nell'organismo una risposta spontanea.

L'odore del cibo (SI) in un soggetto affamato è quindi in grado di elicitare, cioè di produrre, una spontanea reazione di salivazione(RI).

La vista di uno stimolo sessuale(SI) è in grado di elicitare, una reazione sessuale spontanea (RI) di eccitazione sessuale.

Un terremoto(SI)è in grado di elicitare una reazione spontanea(RI) di ansia e paura.

Per dimostrare il **CONDIZIONAMENTO OPERANTE** in laboratorio, un ratto viene introdotto in una particolare gabbia chiamata gabbia di SKINNER o SkinnerBox.

Poichè il ratto è stato privato di cibo per un periodo di tempo, si presume che sia motivato dalla fame. All'interno della gabbia vi è una leva che sporge e, accanto a essa vi è una ciotola per il cibo. Una piccola luce al di sopra della leva può essere accesa, a discrezione dello sperimentatore. Lasciato solo nella gabbia il ratto la esplora senza posa e, prima o poi, finisce per premere casualmente la leva.

A questo punto lo sperimentatore mette in azione il serbatoio del cibo cosicchè, ogni volta che il ratto preme la leva, una pallina di cibo cade nella ciotola. Il ratto mangia, e subito preme di nuovo la leva. Il cibo rinforza (premia) la pressione sulla leva.

Ora se l'operatore fa in modo di staccare il serbatoio del cibo, il ratto non viene più premiato dal suo comportamento di premere la leva e, progressivamente, si attenuerà questo suo agire, dando luogo a quel fenomeno a cui viene attribuito il termine di ESTINZIONE.

Nel CONDIZIONAMENTO OPERANTE, l'animale è attivo, agisce sull'ambiente, opera; da qui il termine OPERANTE; esso riceve il premio solo se ha fatto qualche cosa.

Sarà questo "qualche cosa", magari del tutto casuale, che essendo seguito immediatamente da un premio verrà "rinforzato". L'animale tenderà a ripetere, quindi tutti quei comportamenti che, in precedenza, sono stati premiati

TUTTI I COMPORAMENTI PREMIATI, TENDONO AD ESSERE RIPETUTI.

Bandura e apprendimento sociale

Altra corrente si ispira alla *Teoria dell'apprendimento sociale di Bandura*. Egli sostiene che l'apprendimento può derivare anche dall'osservazione senza che vi sia rinforzo, ma *Apprendimento per Osservazione*. Secondo Bandura una qualche parte di ciò che noi siamo e di ciò che noi facciamo è frutto non di esperienze dirette, ma di osservazioni occasionali, di un film, della televisione, dell'immaginazione che un libro ci ha suggerito ecc.

Approccio organismico (Teorie di Piaget, Vygotskij, Werner)

L'approccio organistico considera l'individuo come un organismo attivo, teso a realizzare le proprie potenzialità. Il cambiamento è una caratteristica primaria del suo comportamento.

Ogni nuova scoperta non riflette nè una disposizione innata del bambino nè l'influenza dell'ambiente esterno, ma vi è un'interazione dell'uno con l'altro.

Sul piano metodologico, questo approccio predilige l'osservazione e la sperimentazione con un grado moderato di controllo.

- L'organismo è attivo e si autorganizza
- Il cambiamento è una caratteristica primaria del comportamento ed è conseguente al continuo interscambio tra il bambino e l'ambiente.
- Il metodo ottimale è la sperimentazione e l'osservazione con un grado moderato di controllo

L'approccio psicoanalitico considera l'individuo come un organismo simbolico, capace di attribuire significati a se stesso ed al mondo. Il cambiamento è visto come l'esito dei conflitti interni ad esempio tra amore e odio, unione e separazione. Il cambiamento è essenzialmente qualitativo e procede secondo stadi ben precisi e distinti (es. Stadi psicosessuali di Freud).

Approccio psicoanalitico (Freud) - Fasi dello sviluppo psicosessuale

Secondo la teoria psicoanalitica lo sviluppo viene considerato come passaggio attraverso vari stadi. In corrispondenza coi diversi stadi alcune zone denominate *zone erogene* acquistano predominanza. Le zone erogene sono centri di sensazioni piacevoli.

- Il primo stadio pulsionale (**dalla nascita ai 18 mesi - stadio orale**) è organizzato intorno alla funzione alimentare. La relazione che lega sin dall'inizio il bambino al seno della madre è determinata sia dalla necessità di soddisfare il bisogno di mangiare sia dalla necessità di soddisfare un piacere in sé che ha come zona erogena la bocca.
- Con l'acquisizione del controllo sfinterico, inizia lo **stadio anale (dai 18 mesi ai tre anni)**. Questa nuova acquisizione è un ulteriore passo verso l'individuazione, in quanto la defecazione, con il piacere associato di espellere o trattenere, diventa un atto che il bambino può controllare. Inoltre trattenere o lasciare andare le feci diventa espressione di controllo sul mondo esterno, per cui defecare assume il significato di dono o di ostilità.
- Il passaggio alla **fase fallica** (dai tre ai cinque anni) è caratterizzato dalle esperienze masturbatorie legate all'interesse per la zona genitale quale nuova zona erogena. L'interesse sia del maschio che della femmina per gli organi genitali produce un confronto che rende evidente l'esistenza di differenze anatomiche tra maschi e femmine (curiosità sessuali).
- Nella **fase edipica** (quinto anno) il bambino presenta sentimenti d'amore per entrambi i genitori; tuttavia, il genitore del sesso opposto viene investito prevalentemente da cariche libidiche, mentre quello dello stesso sesso viene preso come modello di identificazione e percepito come rivale. L'eccitamento sessuale nei confronti del genitore del sesso opposto crea nel bambino forti sentimenti di colpa e la paura di essere punito dal genitore dello stesso sesso (angoscia di castrazione). In questo modo il bambino o la bambina rinuncia al genitore amato e si identifica con il genitore dello stesso sesso, superando il complesso edipico. Le dinamiche edipiche portano all'acquisizione del concetto della triangolarità: il bambino percepisce se stesso in contrapposizione alla coppia genitoriale.
- Alla fase edipica succede il **periodo della latenza** (dai 6 anni ai 10-11 anni), caratterizzata da una tranquillità istintuale. Le pulsioni sessuali vengono in parte rimosse in parte sublimare (interesse per la scuola e per gli hobby) e sottoposte a formazioni reattive della moralità e vergogna. L'energia così liberata viene investita a livello sociale ed intellettuale. La rimozione dell'interesse per l'altro sesso porta al costituirsi di gruppi di bambini dello stesso sesso.
- La maturazione fisica puberale segna il passaggio alla **fase genitale**, caratterizzata dalla ricomparsa degli impulsi sessuali. In questa fase tutte le pulsioni parziali (orale, anale, fallica) si uniscono e confluiscono nella zona genitale non per il soddisfacimento ma per la procreazione. Non vi è più autoerotismo, come accadeva nella fase fallica, ma vi è la ricerca dell'oggetto sessuale. Tutto ciò conduce alla sessualità adulta.

Quando si parla di “*sviluppo psicologico*” ci si riferisce ai cambiamenti che si verificano nel comportamento e nelle capacità dell'individuo durante l'intero ciclo di vita, i più significativi però riguardano **l'infanzia, la fanciullezza e l'adolescenza**. Questi periodi sono pertanto i più studiati dagli psicologi dell'età evolutiva.

Psicologia dell'età evolutiva

- Interesse per le fasi di vita dalla nascita all'adolescenza
- L'età adulta rappresenta la maturità fisica e psichica
- Il bambino e l'adolescente rappresentano l'incompletezza e l'imperfezione
- Sentimento dell'infanzia

Fasi dello sviluppo dalla nascita all'adolescenza:

Fasi dello sviluppo	Termini
Periodo prenatale (dal concepimento alla nascita)	Embrione (prime otto settimane di gestazione) Feto (fasi successive)
Infanzia (0-2 anni)	Neonato (primo mese di vita) Infante (primo anno) Toddler o bambino (12-24 mesi)
Fanciullezza (2-11 anni) Prima F. (2-6 anni) Media F. (6-11 anni)	Bambino Fanciullo
Preadolescenza (11-13 anni)	Ragazzo Preadolescente
Adolescenza (13-20 anni)	Ragazzo Adolescente Giovane

La psicologia dello sviluppo

- non studia solo il periodo della vita che va dalla nascita all'adolescenza, ma i cambiamenti nell'intero arco della vita
- i cambiamenti non cessano mai (ogni periodo ha dei **compiti evolutivi** e implica delle trasformazioni)

FASE	ETÀ
Nascita-Adolescenza (v. sopra)	0-20 ANNI
GIOVANILE	20-30 ANNI
GIOVANILE ADULTA	30-40 ANNI
ADULTA MATURA	40-65 ANNI
SENILE	65 ANNI IN POI

Anche se lo sviluppo riguarda tutto il **ciclo di vita**, dalla nascita fino alla senescenza, i cambiamenti più drammatici si verificano nell'infanzia, nella fanciullezza e nell'adolescenza. Questi periodi di età sono quindi i più studiati dalla psicologia dello sviluppo.

Jean Piaget (Neuchâtel, 9 agosto 1896 – Ginevra, 16 settembre 1980) psicologo, biologo, pedagogista e filosofo svizzero.

È considerato il fondatore dell'epistemologia genetica, ovvero dello studio sperimentale delle strutture e dei processi cognitivi legati alla costruzione della conoscenza nel corso dello sviluppo, e si dedicò molto anche alla psicologia dello sviluppo.

Egli ha dimostrato sia che la differenza tra il pensiero del bambino e quello dell'adulto è di tipo qualitativo (il bambino non è un adulto in miniatura ma un individuo dotato di struttura propria) sia che il concetto di intelligenza (capacità cognitiva) è strettamente legato al concetto di "adattamento all'ambiente".

L'intelligenza non è che un prolungamento del nostro adattamento biologico all'ambiente.

Piaget ha scoperto che la conoscenza del bambino si basa sull'interazione pratica del soggetto con l'oggetto, nel senso che il soggetto influisce sull'oggetto e lo trasforma.

Piaget distingue due processi che caratterizzano ogni adattamento: *l'assimilazione* e *l'accomodamento*, che si avvicendano durante l'età evolutiva.

Si ha **assimilazione** quando un organismo adopera qualcosa del suo ambiente per un'attività che fa già parte del suo repertorio e che non viene modificata (p.es. un bambino di pochi mesi che afferra un oggetto nuovo per batterlo sul pavimento: siccome le sue azioni di afferrare e battere sono già acquisite, ora per lui è importante sperimentarle col nuovo oggetto). Questo processo predomina nella prima fase di sviluppo.

Nella seconda fase invece prevale *l'accomodamento*, allorchè il bambino può svolgere un'osservazione attiva sull'ambiente tentando altresì di dominarlo.

Le vecchie risposte si modificano al contatto con eventi ambientali mutevoli (p.es. se il bambino precedente si accorge che l'oggetto da battere per terra è difficile da maneggiare, cercherà di coordinare meglio la presa dell'oggetto).

Piaget ha suddiviso lo sviluppo cognitivo del bambino in cinque livelli (periodi o fasi), caratterizzando ogni periodo sulla base dell'apprendimento di modalità specifiche, ben definite.

Fase senso-motoria - Dalla nascita ai due anni circa

È suddivisa in sei stadi:

1. **Riflessi innati:** dalla nascita al primo mese. Modalità reattive innate: pianto, suzione, vocalizzo ecc., che il bambino utilizza per comunicare col mondo esterno.
2. **Reazioni circolari primarie:** dal secondo al quarto mese. Per "reazione circolare" s'intende la ripetizione di un'azione prodotta inizialmente per caso, che il bambino esegue per ritrovarne gli interessanti effetti. Grazie alla ripetizione, l'azione originaria si consolida e diventa uno schema che il bambino è capace di eseguire con facilità anche in altre circostanze.
3. **Reazioni circolari secondarie:** dal quarto all'ottavo mese. Qui il bambino dirige la sua attenzione al mondo esterno, oltre che al proprio corpo. Ora cerca di afferrare, tirare, scuotere, muovere gli oggetti che stimolano la sua mano per vedere che rapporto c'è tra queste azioni e i risultati che derivano sull'ambiente.
4. **Coordinazione mezzi-fini:** dall'ottavo al dodicesimo mese. Il bambino comincia a coordinare in sequenza due schemi d'azione (p.es. tirare via un cuscino per prendere un giocattolo sottostante). L'intenzionalità si manifesta anche nella comunicazione con gli adulti (ad es. punta il dito verso il biberon per farselo dare).
5. **Reazioni circolari terziarie** (e scoperta di mezzi nuovi mediante sperimentazione attiva): dai 12 ai 18 mesi. Il bambino, nel suo comportamento abituale, ricorre sempre più spesso a modalità diverse per ottenere effetti desiderati. Inizia il "ragionamento". Mentre prima, per eseguire una sequenza di azioni, doveva partire dall'inizio, ora può interrompersi e riprendere l'azione a qualsiasi stadio intermedio. Inoltre egli è in grado di scoprire la soluzione dei suoi problemi, procedendo per "prove ed errori".

6. **Comparsa della funzione simbolica:** dai 18 mesi in poi. Il bambino è in grado di agire sulla realtà col pensiero. Può cioè immaginare gli effetti di azioni che si appresta a compiere, senza doverle mettere in pratica concretamente per osservarne gli effetti. Egli inoltre usa le parole non solo per accompagnare le azioni che sta compiendo (nominare o chiedere un oggetto presente), ma anche per descrivere cose non presenti e raccontare quello che ha visto-fatto qualche tempo prima.

Fase pre-concettuale - Va da due a quattro anni

L'atteggiamento fondamentale del bambino è ancora di tipo egocentrico. Questa visione unilaterale delle cose lo induce a credere che tutti la pensino come lui e che capiscano i suoi desideri-pensieri, senza che sia necessario fare sforzi per farsi capire.

Con il gioco occupa la maggior parte della giornata. Imita, anche se in maniera generica, tutte le persone che gli sono vicine: le idealizza perchè sa che si prendono cura di lui.

Fase del pensiero intuitivo - Da quattro a sette anni

Aumenta la partecipazione e la socializzazione nella vita di ogni giorno, in maniera creativa, autonoma, adeguata alle diverse circostanze. Entrando nella scuola materna, il bambino sperimenta l'esistenza di altre autorità diverse dai genitori.

Questo lo obbliga a rivedere le conoscenze acquisite nelle fasi precedenti, mediante dei processi cognitivi di generalizzazione: ovvero, le conoscenze possedute, relative ad un'esperienza specifica, vengono trasferite a quelle esperienze che, in qualche modo, possono essere classificate nella stessa categoria.

Fase delle operazioni concrete - Da 7 a 11 anni

Il bambino è in grado di coordinare due azioni successive; di prendere coscienza che un'azione resta invariata, anche se ripetuta; di passare da una modalità di pensiero analogico (la capacità di stabilire relazioni e individuare somiglianze tra le cose) a una di tipo induttivo; di giungere ad uno stesso punto di arrivo partendo da due vie diverse.

Fase delle operazioni formali - Da 11 a 14 anni

Il pre-adolescente acquisisce la capacità del ragionamento astratto, di tipo ipotetico-deduttivo. Può ora considerare delle ipotesi che possono essere o non essere vere e pensare cosa potrebbe accadere se fossero vere.

Harry Harlow

Harlow era un docente presso l'Università del Wisconsin, intuì che il legame madre-figlio andava aldilà del semplice bisogno nutrizionale istituendo di fatto l'affetto come bisogno primario.

Iniziò col prendere dei cuccioli di macaco e separarli dalla madre, chiudendoli in piccole celle buie ("pozzi della disperazione") per periodi di tempo prolungati, anche per parecchi mesi.

Egli notò che staccavano i tappetini dal fondo delle gabbie per abbracciarli sviluppando di fatto un attaccamento, allora ritenuto insensato, per una figura che potremmo denominare "madre surrogata". Dal 1957 al '63 si susseguirono una serie di esperimenti nella quale divise dalle madri naturali le scimmiette appena nate dotandole di differenti tipi di madri surrogate.

In particolare due: la prima denominata "madre di pezza", era soffice e riscaldata ma senza latte e la seconda, denominata "madre di ferro", era formata da fili d'acciaio ed assolutamente inadatta a dare alcun tipo di "calore" ma possedeva un biberon contenente l'alimento liquido. Le scimmiette rimanevano tutto il tempo abbracciando la "madre di pezza", quando avevano fame correvano dalla "madre di ferro", si nutrivano per pochi secondi e tornavano subito dalla "soffice scultura". Egli aveva dimostrato come il bisogno affettivo fosse più importante di quello nutrizionale.

John Bowlby

John Bowlby, psicologo e psicoanalista britannico, ha elaborato la teoria dell'attaccamento, interessandosi particolarmente agli aspetti che caratterizzano il legame madre-bambino e quelli legati alla realizzazione dei legami affettivi all'interno della famiglia.

A Bowlby l'idea dell'attaccamento venne "in un lampo", dopo aver letto i lavori etologici di Konrad Lorenz e Nikolaas Tinbergen.

Difatti, tale teoria prende spunto dagli studi etologici di Lorenz sull'imprinting e dagli esperimenti di Harlow con i macachi Rhesus fornendo a Bowlby il fondamento scientifico che egli riteneva necessario per aggiornare la teoria psicoanalitica. Secondo Bowlby, l'attaccamento è un qualcosa che, non essendo influenzabile da situazioni momentanee, perdura nel tempo dopo essersi strutturato nei primi mesi di vita intorno ad un'unica figura; è molto probabile che tale legame si instauri con la madre, dato che è la prima ad occuparsi del bambino, ma, come Bowlby ritiene, non sussiste nessun dato che avalli l'idea che un padre non possa diventare figura di attaccamento nel caso in cui sia lui a dispensare le cure al bambino". Bowlby descrisse *tre stili di attaccamento* che caratterizzano il tipo di attaccamento del bambino alla figura accudente.

1)*Stile sicuro*

2)*Stile insicuro/evitante*

3)*Stile ansioso/ambivalente*

Stile sicuro

Il bambino sa che nella figura accudente ha un "porto" sicuro dal quale si può allontanare per esplorare il mondo e al quale può ritornare qualora qualcosa lo turbi o ne senta la necessità.

La figura accudente è sensibile ai segnali del bambino, disponibile e pronta a dargli protezione nel momento in cui il bambino lo richiede.

I tratti che maggiormente caratterizzano questo stile sono:

- ❖ sicurezza nell'esplorazione del mondo,
- ❖ convinzione di essere amabile,
- ❖ capacità di sopportare distacchi prolungati,
- ❖ nessun timore di abbandono,
- ❖ fiducia nelle proprie capacità e in quelle degli altri,
- ❖ Sè positivo e affidabile,
- ❖ Altro positivo e affidabile.

L'emozione predominante è la gioia.

Stile insicuro/evitante

Il bambino percepisce la figura accudente come qualcuno a cui non chiedere aiuto nel momento del bisogno, poichè tale figura si dimostra inaffidabile, poco presente e spesso rifiutante.

I tratti caratterizzanti questo stile sono:

- ❖ insicurezza e sfiducia nel mondo esterno,
- ❖ tendenza all'evitamento per paura del rifiuto,
- ❖ apparente "autosufficienza",
- ❖ convinzione di non essere amato,
- ❖ Sè affidabile,
- ❖ Altro negativo.

Emozione predominante è la tristezza.

Stile ansioso/ambivalente

Il bambino percepisce la figura d'attaccamento come disponibile in maniera discontinua: a volte la madre è presente, ma spesso è assente. Ragion per cui l'esplorazione del mondo risulterà insicura, connotata da ansia.

In questi bambini è presente l'"ansia da abbandono", essendo la minaccia preferita dalle figure accudenti: "Se non fai ciò che ti dico ti abbandono". Il bambino si percepirà come persona da amare in maniera discontinua. Il sentimento che lo caratterizzerà sarà la colpa.

Mary Ainsworth, una collaboratrice di Bowlby, elaborò una situazione sperimentale per determinare il tipo di attaccamento tra madre e figlio. La situazione è denominata "*strange situation*". La sequenza osservativa di tutte le fasi della strange situation, permette di definire quattro tipologie di attaccamento che legano la madre (o la figura principale di accudimento) e il bambino:

- ❖ **stile "sicuro"**: il bambino esplora l'ambiente e gioca sotto lo sguardo vigile della madre con cui interagisce. Quando la madre esce e rimane con lo sconosciuto il bambino è visibilmente turbato. Al ritorno della madre si tranquillizza e si lascia consolare.
- ❖ **stile "insicuro-evitante"**: il bambino esplora l'ambiente ignorando la madre, è indifferente alla sua uscita e non si lascia avvicinare al suo ritorno.
- ❖ **stile "insicuro-ambivalente"**: il bambino ha comportamenti contraddittori nei confronti della madre, a tratti la ignora, a tratti cerca il contatto. Quando la madre se ne va e poi ritorna risulta inconsolabile.

Attraverso una serie di sperimentazioni con la strange situation, Mary Ainsworth e John Bowlby hanno potuto notare come il comportamento di attaccamento, osservato tra la madre e il suo bambino, oltre a fornire protezione al piccolo, serviva a costituire una "base sicura" a cui il bambino potesse ritornare nelle fasi di esplorazione dell'ambiente circostante. Questa "base sicura" permette così di promuovere nel bambino un senso di fiducia in se stesso, favorendone progressivamente l'autonomia.

Dalle osservazioni della *Strange Situation* è emerso che alcuni bambini manifestavano comportamenti non riconducibili a nessuno dei tre pattern sopra descritti, rivelando così la necessità di aggiungere un quarto stile di attaccamento alla classificazione originaria.

Main e Salomon hanno proposto la definizione "**disorientato/disorganizzato**" per descrivere le diverse gamme di comportamenti non individuati, manifestati durante la procedura della Strange Situation di Mary Ainsworth.

Stile disorientato/disorganizzato: le figure di accudimento sono spaventate e spaventanti e il bambino può mostrare reazioni completamente opposte nello stesso breve lasso di tempo di fronte a situazioni stressanti. Per esempio: si butta a terra e piange quando la figura di accudimento si allontana e andarle incontro con il volto girato dall'altra parte quando ritorna.

Il gruppo è una realtà psichica, che nasce da una esperienza di accomunamento spazio-temporale (storico) di più individui tra di loro comunicanti in vista degli scopi più diversi, realistici o immaginari, autocentrati o eterocentrati.

L'accomunamento tra uomini non può avvenire naturalmente, se non c'è comunicazione, e la comunicazione non può avvenire se non c'è informazione affettiva (messa in forma di affetti).

Fornari

DEFINIZIONE DI GRUPPO

AGGREGATO: insieme di persone accomunate solo da contiguità spaziale, individui indipendenti (stare insieme)

CLASSI: insieme di persone che posseggono una o più caratteristiche in comune, ma sono prive di legami di altra natura. Si tratta di categorizzazioni astratte nelle quali gli individui sono indipendenti gli uni dagli altri.

GRUPPO: quando tra due o più persone esiste una esplicita relazione reciproca. Questa condiziona l'emergenza di caratteristiche proprie dell'insieme, non più dei singoli membri. L'addizione o la sottrazione di un membro e le modificazioni della loro posizione alterano irrimediabilmente le proprietà dell'insieme originario. Si parla di gruppo quando delle persone si riconoscono come membri (sentimento di appartenenza) e che nello stesso tempo sono definite dagli altri come membri di tale gruppo (visibilità sociale).

Il piccolo gruppo

Un piccolo gruppo è un gruppo psico-sociale che può essere composto da 3 a 20 persone che si incontrano e interagiscono in previsione del conseguimento di uno scopo comune.

Caratteristiche di un piccolo gruppo

I membri del gruppo si conoscono tutti personalmente e tra di loro hanno rapporti sociali diretti. (un membro può, ad esempio, citare per nome ognuno degli altri e descrivere la loro vita quotidiana).

Il gruppo valorizza certi obiettivi e i suoi membri perseguono congiuntamente tali obiettivi.

I membri sviluppano tra di loro rapporti amichevoli.

I membri dipendono l'uno dall'altro anche quando non si incontrano come gruppo.

Le caratteristiche più spesso usate per descrivere i piccoli gruppi sono:

Piccoli numeri,

Interazione faccia-a-faccia,

Sviluppo di rapporti interpersonali,

Senso di appartenenza,

Sviluppo di una struttura e di un sistema di norme e regole.

La famiglia è un gruppo primario in cui tutti noi dobbiamo conformarci alle regole. La nostra evoluzione consiste nel passaggio di un gruppo familiare ad un gruppo sociale. Dal momento che l'individuo ha bisogno del gruppo per evolversi vi è quindi un passaggio da un gruppo originario ad un gruppo più evoluto.

CRITERI DI GRUPPALITÀ SOCIOLOGICI

STRUTTURA ORGANIZZATIVA: l'interazione tra i membri tende a strutturarsi in senso orizzontale attraverso la divisione dei compiti (ruoli) e in senso verticale attraverso la gerarchizzazione che implica il livello di importanza che i ruoli assumono nell'ambito dell'attività comune.

STRUTTURA NORMATIVA: tutti i gruppi, più o meno precocemente, in modo più o meno rigido e definito, contemplano relazioni di posizione, ruolo e status tra i membri. Queste relazioni tendono a venir regolate, in modo più o meno esplicito, da specifiche norme che vanno a costituire

l'ideologia e la cultura del gruppo, ovvero lo schema condiviso di riferimento per il comportamento dei singoli sia all'interno del gruppo che verso l'esterno (ambiente).

SODDISFAZIONE: in ogni insieme l'esistenza di tutti (nelle reciproche relazioni) è utilizzata per soddisfare qualche bisogno di qualcuno. Sottolineata dal punto di vista funzionalistico.

DIMENSIONE PERCETTIVO-COGNITIVA: È la presenza in ciascuno dei componenti di una chiara consapevolezza di sé e degli altri componenti, nelle reciproche relazioni, come parte di un tutto, percezione che produce tra l'altro il senso di appartenenza e di differenziazione da ciò che non è gruppo.

AZIONE INTEGRATA: criterio che costituisce il nucleo centrale di tutti i modelli interazionisti, indica la pratica nell'ambito di un progetto attraverso il quale vengono concretizzati gli scopi del gruppo.

CRITERI DI GRUPPALITÀ PSICOLOGICI

INTERAZIONE-INTEGRAZIONE: adattamento dei propri comportamenti in funzione di quelli degli altri.

IDENTIFICAZIONE: l'identificazione si esprime attraverso sentimenti di mutua solidarietà e di amicizia, costruendo il senso del noi.

GRUPPI PRIMARI: hanno come scopo generale la soddisfazione dei bisogni sociali fondamentali dei componenti e perciò consentono a ciascuno di esprimere e integrare attraverso la vita del gruppo i più diversi aspetti della propria personalità. Essi possono fondamentalmente svilupparsi o implicare tre diversi tipi di legame interpersonale: legami primordiali (non volontari, es. la famiglia), legami personali (volontari sulla base di affinità affettive, es. gli amici) legami ideologici (volontari sulla base di un'accettazione condivisa di una data visione del mondo, es. politica, religione ecc).

GRUPPI SECONDARI: Riconoscono come fine il raggiungimento di obiettivi specifici e circoscritti in cui il membro è solo uno strumento di produzione e come tale viene valutato (es., le organizzazioni produttive, lavorative ecc.).

LEWIN (ghestalt)

Il grosso merito è stato quello di aver creato la *dinamica di gruppo*.

Per primo *Lewin* considera il gruppo come qualcosa qualitativamente diverso dai singoli elementi che lo compongono, definendolo come un insieme dinamico basato sull'interdipendenza dei membri: il gruppo costituisce un campo di forze interagenti in cui si verifica un reciproco influenzamento tra le parti e il tutto. Pone l'accento sul fatto che una persona è inserita nel suo ambiente e che bisogna tener conto di tutti gli elementi che hanno influenza su essa.

Il senso di radicamento o appartenenza

Si tratta del sentimento connesso al sentirsi appartenente a un gruppo; condividere questo regime di appartenenza con gli altri, sentirsi accettato e nello stesso tempo accettare l'altro individuo, proprio in virtù di un radicamento comune nel gruppo.

L'appartenenza dipende da alcuni fattori principali, come l'**identificazione** e cioè la scoperta di una comune base ideologica, che sta a monte dei comportamenti e dei "credo" dei membri.

Un altro importante fattore di radicamento è l'**omogeneità**, dal punto di vista esteriore e comportamentale, a cui tende il gruppo. (vestire stesse divise, o utilizzare un gergo linguistico speciale, può costituire un modello di riferimento sulla base del quale stimare l'appartenenza a un gruppo).

L'interdipendenza

L'appartenere a un gruppo determina una interdipendenza fra elementi soggettivi dell'individuo ed elementi intersoggettivi, tipici del gruppo di appartenenza

La personalità di un soggetto si costruisce anche sulla base di questa trama relazionale e grupppale. Ogni soggetto appare perciò inserito in diversi contesti grupppali, come la famiglia, la scuola, altre comunità, che finiscono con il concorrere a formare la personalità e a orientarla in direzioni condivise

La Coesione

La **coesione** rappresenta il grado di solidarietà che è presente fra gli appartenenti al gruppo. Occorre infatti condividere le regole per poter far parte di una entità grupppale.

La coesione tuttavia, non sembra semplicemente collegata a fattori di natura razionale.

La Differenziazione dei ruoli

All'interno di un gruppo si possono identificare:

- soggetti che svolgono **compiti di leader**
- soggetti che **leader non sono**, ma che hanno comportamenti da leader: sono abbastanza capaci di creare relazioni positive con gli altri, mostrano di avere e di ottenere preferenze dagli altri del gruppo, sono abbastanza sereni.
- soggetti **gregari**, che seguono i leader o i non leader con comportamenti da leader in modo passivo, adeguandosi alle scelte e ai desideri degli altri.
- soggetti **isolati**, che appartengono al gruppo in modo marginale, condividendo di riflesso una idea di appartenenza e stringendo rapporti fragili e sporadici.

RUOLI SOCIALI DEL GRUPPO

IL RUOLO SOCIALE: forma un ponte tra la personalità del singolo individuo e la sua funzione all'interno del gruppo.

IL CONDUTTORE: Egli deve favorire l'interazione nel gruppo senza però assumerne il controllo o inibire con la propria presenza la libera iniziativa del gruppo stesso. Egli promuoverà interazioni utili all'apprendimento psicologico.

IL RUOLO SOCIEVOLE: “*il conduttore socioemotivo*”. Le persone sono amichevoli e supportive. Mantengono un tono positivo nelle loro relazioni, apprezzano i rapporti con gli altri e sviluppano rapidamente un senso di fiducia. Sono impazienti di aiutare gli altri spesso a proprio vantaggio. Svolgono una funzione importante promovendo la coesione ed il coinvolgimento e sembrano spesso dalla parte del terapeuta.

IL RUOLO STRUTTURALE: “*conduttore del compito*”. Le persone sono attive nell'organizzazione del gruppo, danno importanza alla comprensione cognitiva e fanno sì che il gruppo resti centrato sul compito.

IL RUOLO OPPOSITIVO: Essi tendono a sfidare e a contestare, spesso assumono posizioni contrarie alle opinioni della maggioranza o alle norme di gruppo. Sono attive, talvolta impulsive ed hanno una fine intuizione riguardo questioni emotive critiche e non evitano di portarle in superficie. Così loro promuovono l'interazione di gruppo, ma allo stesso tempo rischiano di essere isolati ed attaccati dagli altri componenti diventando bersaglio delle tensioni negative.

IL RUOLO PRUDENTE: tendono ad essere riluttanti, partecipano poco e non sono disposti a rivelare molto di se stessi. Questo distacco è spesso accompagnato da un tono arrabbiato o insoddisfatto. Sembrano sfidare la capacità del gruppo di coinvolgerli. Rischiano di essere ignorati o criticati per non mettersi in gioco.

IL CLOWN: Ha un ruolo socio-emozionale che è quello di allentare le tensioni inevitabili.

IL LEADER: ha il potere di elargire le risorse.

La leadership

La leadership all'interno di un gruppo dipende da vari fattori e soprattutto dalla differenziazione di ruoli.

Il leader di un gruppo deve possedere alcuni requisiti riconosciuti dagli appartenenti al gruppo: per esempio, una **abilità speciale** relativa agli interessi particolari dell'aggregazione e un buon livello di gradevolezza affettiva.

Alcuni studi confermano che il leader condivide alcune caratteristiche con i membri del gruppo. È percepito come “uno di loro” e non come un “estraneo”. Questo, naturalmente, facilita l'identificazione in esso.

Il leader deve essere percepito come “*il più forte fra noi*”, portatore dei valori e delle norme fondamentali del gruppo.

Il leader deve essere percepito come “*il migliore fra noi*”. Egli deve essere “uno di noi”, “il più forte fra noi” e quindi rappresentare i nostri valori e le nostre regole, ma deve anche essere “il migliore fra noi”, una persona autorevole, superiore, che è di esempio al gruppo.

PERSONALITÀ E STILI DI COMANDO DEL LEADER

In management si distinguono **tre stili** di leadership:

lo stile **autocratico**;

lo stile **democratico**;

lo stile di **delega** o *laissez faire*.

Autocratico: il leader impone le proprie decisioni, egli decide cosa fare, come farla e quali sono i tempi necessari per farla. In questo modo, il leader non chiede e non ascolta il parere di altri, ma segue il proprio istinto e la propria volontà.

Democratico: il leader chiede al proprio team di partecipare alla risoluzione di un problema, le decisioni sono prese in maniera democratica, il parere di tutti viene ascoltato e tenuto in considerazione per la soluzione del problema.

laissez faire: il vero responsabile delle decisioni che saranno prese, è il gruppo. In questo caso, il leader si fa da parte e fa decidere il team, probabilmente perchè la maggior parte delle informazioni necessarie alla soluzione del problema è nelle mani del team.

Non esiste uno stile «universale» e giusto di leadership; non esiste uno stile che va sempre bene e che il leader può adottare in qualsiasi circostanza, ma il bravo leader è colui che sa adottare uno stile diverso in base alle situazioni che si creano.

Una tecnica di animazione non è soltanto un espediente per attirare l'attenzione, per vivacizzare un pò una lezione noiosa.

Non è un intervallo per rendere più accettabile un lavoro troppo serio.

Una buona tecnica, inserita in una programmazione ragionata, può diventare un elemento di mediazione, un ponte tra le teorie pedagogiche e la prassi educativa quotidiana.

Il successo della tecnica di animazione ha inevitabili ripercussioni positive sul clima di gruppo.

Perchè funziona?

I motivi per cui le tecniche di animazione funzionano sono veramente tanti. Proviamo a elencarne alcuni:

- permettono di esprimere il proprio parere senza esporsi immediatamente alle critiche altrui;
- salvaguardano il diritto di chi parla ad essere ascoltato;
- sfruttano le energie di gruppo legate tanto alla competizione quanto alla cooperazione;
- sono divertenti come un gioco;
- aiutano a sospendere i giudizi;
- hanno regole precise;
- tutelano i timidi;
- incuriosiscono;
- rendono il gruppo protagonista;
- sorprendono;
- limitano i tentativi di monopolizzare la discussione;
- mirano a un preciso risultato;
- coinvolgono tutti;
- regolano i conflitti;
- creano nuove associazioni mentali;
- limitano gli sprechi di tempo.

In una parola: sono efficaci! Soddisfano i bisogni individuali e migliorano il clima di gruppo.

Quando utilizzarla?

È sempre tempo per una buona tecnica di animazione, a patto che l'animatore sappia andare a tempo!

Le tecniche di animazione svolgono un ruolo preciso all'interno dell'incontro di gruppo senza che questo stesso incontro si risolva nell'utilizzo della tecnica stessa.

Vogliamo stimolare la curiosità?

Raccogliere informazioni?

Favorire l'attenzione verso chi parla?

Sintetizzare le opinioni di tutti?

Approfondire un argomento?

Risolvere un problema?

Decidiamo, quindi, se la nostra tecnica troverà il suo posto all'inizio della riunione/incontro, se avrà un ruolo centrale o se sarà collocata alla fine dell'itinerario formativo.

La domanda è sempre la stessa: *A che cosa mi serve?*

Atteggiamenti valutativi

Fra i vari atteggiamenti dell'animatore, quelli valutativi sono sicuramente da evitare se si vuole raggiungere una produttiva e gratificante comunicazione nel gruppo.

Come dice la parola stessa, consistono nel dare giudizi di valore sulle intenzioni degli altri. "Sei una persona insensibile": frasi del genere provocano sensazioni di disuguaglianza morale (nel gruppo c'è chi è migliore e chi è peggiore) e inducono nel ricevente un senso di dipendenza oppure di

rifiuto. I frutti di questo stile sono: una continua ricerca di approvazione, sensi di colpa, atteggiamenti difensivi, ribellioni, dissimulazioni, paure.

Le energie del gruppo disponibili per la discussione vengono assorbite nella domanda:

Che cosa devo dire (o non dire) per essere accettato?

Atteggiamenti minacciosi

Criticare: *Non stai attento a... , Non capisci nulla*

Giudicare: *Ti comporti come un bambino*

Imporre: *Si deve fare così*

Minacciare: *Se non fai io... tu...*

Moralizzare: *Dovresti capire che..., È bene che...*

Svalutare: *Ma lascia perdere, pensa piuttosto...*

Incalzare: *È così, no?, Rispondi, fammi un esempio Perché non dici nulla?*

Accusare: *Stai polemizzando invece di ascoltare .*

Prevaricare: *Lascia stare, faccio io!*

Isolarsi: *Con voi non parlerò più!*

Verso una comunicazione accogliente

Ecco allora una possibile serie di rimedi a disposizione dell'animatore.

Si tratta di atteggiamenti che esprimono fiducia, accoglienza, sostegno: il clima di gruppo ne risentirà positivamente in breve tempo.

Atteggiamenti accoglienti

Comprensione: *Mi sembra di capire che...*

Consigliare: *Se fossi al tuo posto farei...*

Razionalizzare: *Tieni conto che..., Cerca di capire che...*

Rassicurare: *C'è sempre un aspetto positivo*

Approvare: *Ecco, così mi piaci*

Rispettare: *Prendiamo atto di quello che dici*

Coinvolgere: *Capisco il tuo punto di vista... , Sentiamo il parere di...*

Incoraggiare: *Sarebbe interessante approfondire...*

Richiamare: *Teniamo presente che...*

Verificare: *È tutto chiaro? Siamo tutti d'accordo?*

L'animatore, in quanto primo garante della comunicazione nel gruppo, cercherà, inoltre, di promuovere la diffusione di atteggiamenti favorevoli al dialogo. Ricordiamo, a titolo esemplificativo, quelli che ci sembrano più urgenti e significativi:

Ascoltare senza interrompere. Le frequenti interruzioni vicendevoli sono indice di una dinamica di gruppo che non produce idee.

Ascoltare con simpatia chi ha opinioni diverse. E il miglior modo per arricchirsi di nuove idee e nuovi modi di vedere.

Pensare prima di parlare. Frasi offensive o fuori luogo sono il modo più sicuro per non ottenere ciò che si vuole.

Non criticare se non con buoni motivi e mostrando soluzioni costruttive. Le critiche sono il modo migliore per farsi nemici: dovranno essere irreprensibili, oggettive e seguite da proposte positive.

Essere sinceri, parlare in prima persona dicendo ciò che ci sta a cuore. E necessario dare a tutti la possibilità di entrare in contatto con le proprie idee, il proprio modo di sentire. Così facendo, la discussione accresce l'intimità nel gruppo.

Spesso gli animatori si nascondono dietro il gruppo: «Smettila, che dai fastidio a tutti», «Questa idea non piace a nessuno. Utilizzando la forma impersonale o plurale evitano di comunicare con responsabilità e impegno.

Evitare ironia gratuita, sottolineare il positivo. Nessuno ama essere sottovalutato. Invece di ridicolizzare l'interlocutore, ricordiamoci di valorizzare quella parte di ragione, sia pur piccola, che ognuno merita di vedersi riconosciuta ma che spesso rimane travolta dalla foga di disapprovare.

Distinguere l'oggetto dal soggetto durante le critiche. L'animatore sa riconoscere la differenza abissale che esiste tra dire: Siete (soggetto) cattivi, invece di: Avete detto una cosa (oggetto) cattiva. Non è giusto identificare immediatamente la persona con ciò che dice. Ogni persona è sempre di più di ciò che fa e dice.

Non presupporre di conoscere il pensiero altrui. Spesso i partecipanti dimenticano ciò, proiettano sugli altri i loro pensieri e sentimenti e si esercitano nella cattiva arte di leggere il pensiero altrui, tentando di fare gli indovini. Se mai crediamo di dover esprimere un giudizio nei confronti di qualcuno, dovremmo dire: Ciò che hai fatto (detto) mi fa pensare che tu non sia interessato al gruppo e non, ad esempio: *Sei un menefreghista!*

COME SI FA UNA TECNICA DI ANIMAZIONE?

Esistono almeno *tre elementi* necessari:

1. La sicurezza dell'animatore: L'animatore deve essere convinto di quello che fa, deve caricarlo del suo entusiasmo; deve saper vincere le tipiche resistenze di chi non vuol essere coinvolto; in parole povere: ci deve credere! La sicurezza è fatta anche di preparazione: degli strumenti necessari; di conoscenza esperienziale della tecnica; di previsione delle reazioni; delle diverse modalità con cui si può svolgere. Ogni tanto l'animatore deve esser anche così bravo da saper improvvisare una tecnica.

2. La situazione: Non si può dimenticare chi sono i giovani che ho di fronte; nel senso che ci si potrebbe trovare di fronte a situazioni tra loro molto svariate (*principio di equifinalità*).

3. L'esperienza: L'esperienza è innanzitutto qualcosa di immediato, che si tocca con mano. Si acquista col tempo, ma si rivela utilissima per far sì che l'animazione sia sempre più al servizio dei giovani.

Possiamo far riferimento alle nostre esperienze di vita quotidiana che sono negative (esse ci danno la possibilità di capire meglio i nostri errori e di evitare di ripeterli) e positive (queste ci incoraggiano ad andare avanti nel nostro lavoro).

Il gioco è un'attività fondamentale, indispensabile per la crescita e lo sviluppo del ragazzo. Nel gioco il ragazzo prende coscienza del proprio corpo, dei propri limiti e delle proprie possibilità, anche le più nascoste.

In un clima di trasparenza il ragazzo "tira fuori" la sua vera personalità, ciò che veramente è ("**nel gioco si conoscono i ragazzi**", diceva Don Bosco), libera tutte le sue passioni.

Attraverso il gioco costruisce rapporti con coetanei, impara a stare con gli altri, assume liberamente un ruolo di rispetto nei confronti del gruppo di cui fa parte.

Per il ragazzo il gioco è vita: come vive il gioco così si rapporterà di fronte alla vita (occorre insegnargli a giocare bene).

Attraverso il gioco il ragazzo fa suoi i grandi ideali della vita: la lealtà, la generosità, l'onestà, la correttezza ecc.

Attraverso il gioco il ragazzo accresce lo spirito di sacrificio, lo spirito di squadra, il gusto dell'impegno, la capacità di iniziativa, l'assunzione del rischio.

Il gioco favorisce lo sviluppo della fantasia, della creatività, dell'espressione, della comunicazione del ragazzo.

Il gioco non è un "riempitivo" della giornata. Va quindi ben preparato ed organizzato.

Davanti alla serietà dell'organizzazione il ragazzo prenderà con impegno e partecipazione l'attività.

Gioco e ruolo dell'operatore/animatore

Il gioco dei ragazzi richiede sempre la presenza di un operatore/animatore attento, sensibile, intraprendente, dinamico, entusiasta che si prenda cura della crescita dei ragazzi, non solo del loro svago. L'operatore/animatore, se vorrà far acquisire al ragazzo delle competenze sociali e personali, potrà utilizzare il gioco come strumento di apprendimento di nuove competenze.

Il ragazzo percepisce ciò che passa attraverso l'esperienza sensibile.

È importante trovare e scoprire giochi adatti per l'età dei ragazzi "*nulla si fa per gioco, ma tutto attraverso il gioco*" (B.Powell). L'operatore/animatore ha l'incarico di organizzare il pomeriggio o la giornata attraverso la progettazione delle cose da sviluppare all'interno dell'incontro.

Per quanto riguarda lo sviluppo intellettuale bisogna ricordare le tesi di **J. Piaget**. Egli sostiene che il gioco si verifica tutte le volte che, avendo acquisito un'abilità o compiuto una scoperta, il bambino cerca di far aderire allo schema motorio o cognitivo appena acquisito oggetti nuovi, con il risultato di esercitare le abilità e le scoperte stesse. Proprio da questo esercitare gli schemi acquisiti da poco deriverebbe il parallelismo creatosi fra le caratteristiche che il gioco assume con il progredire dell'età e le caratteristiche dei processi mentali di cui il bambino diviene via via capace, e quindi di distinguere varie fasi nell'evoluzione del gioco infantile, in parallelo con le fasi dell'evoluzione mentale:

- **12-18 mesi** è il periodo del **gioco percettivo-motorio**, poichè il bambino prende gli oggetti, li butta l'uno contro l'altro, li dispone su un piano, ecc... sono attività ludiche che consolidano acquisizioni recenti e rafforzano il senso di sicurezza nel bambino, delle proprie capacità.
- **18 mesi** al gioco percettivo-motorio si affianca il **gioco simbolico**. Gli oggetti vengono considerati come simboli di altri oggetti non presenti così il bambino esercita la capacità appena acquisita di immaginare realtà non presenti con questa il linguaggio verbale.
- **5 anni** i giochi simbolici, prima individuali, diventano **sociali** richiedendo la collaborazione di più bambini con ruoli complementari.
- **Dai 7-8 anni** si sviluppa l'empatia e la capacità di svolgere **giochi con regole** in cui la comprensione e il rispetto di determinate norme diventano l'elemento dominante.
- **Dagli 11-12 anni** si sviluppa la capacità di **immaginare** con facilità situazioni ipotetiche per dedurre delle conseguenze.

Il gioco umano, sia infantile sia adulto, raggruppa dunque schemi comportamentali molto diversi fra loro.

I vari tipi di giochi infantili

Il bambino, quando presenta un normale sviluppo psico-affettivo e quando è a lui offerta questa possibilità, utilizza quotidianamente un gran numero di giochi:

Giochi senso-motori o giochi-esercizio: mirano a sviluppare le capacità motorie e sensoriali del bambino. Sono attuati già nelle prime settimane di vita da entrambi i genitori. Successivamente continuano a essere utilizzati in maniera autonoma, con la compagnia dei coetanei o con l'aiuto di adulti.

Giochi di costruzione: in questi giochi il bambino è stimolato a costruire degli oggetti che hanno delle particolari funzioni: un treno, un aereo, una barchetta, una casetta, un fucile, una spada e così via.

Giochi di abilità: durante questi giochi i bambini mettono a confronto la propria forza muscolare, l'abilità motoria, le capacità linguistiche, culturali o di memoria, la tenuta della loro attenzione, con quelle degli altri coetanei.

Giochi imitativi: in questi giochi i bambini imitano i genitori, gli adulti o i compagni più grandi imitando le loro attività come lavare, stirare, spolverare, cucinare, accudire a un bambino piccolo ma anche insegnare, costruire, guidare, aggiustare ecc.

Giochi rappresentativi: in questi i bambini cercano di rappresentare, da soli o con l'aiuto di qualche coetaneo, quanto hanno visto nella loro quotidiana vita di ogni giorno. I bambini possono giocare a rappresentare la scena di un film, un personaggio televisivo o dei fumetti, ma anche il comportamento e l'atteggiamento dei genitori e degli insegnanti.

Giochi compensativi: questi sono molto utili per affrontare e risolvere problematiche psicologiche legate alle proprie fragilità o alla scarsa autostima.

Giochi funzionali: mediante questi giochi il bambino riesce ad affrontare e poi a liberarsi di esperienze traumatiche, penose o inquietanti, rappresentandole in una situazione ben controllata.

Giochi immaginativi: utilizzando questi giochi il bambino costruisce con la propria fantasia ma anche con l'aiuto delle idee dei compagni con i quali s'intrattiene, un mondo nel quale può liberamente dar sfogo ai suoi desideri, ai sogni e ai bisogni più profondi: di conforto, aiuto, sostegno. Mediante i giochi immaginativi può, inoltre, esprimere liberamente i suoi pensieri e i bisogni aggressivi e distruttivi.

Giochi di acquisizione: mediante questi giochi il bambino ha la possibilità di imparare nuovi e sconosciuti elementi culturali.

I giochi possono essere:

- *Solitari:* sono attuati senza la compagnia di un altro. Questo non significa però che il bambino nel gioco solitario sia solo. In realtà, molto spesso egli, mediante la sua fantasia e la sua creatività, ha davanti o accanto a sé uno o più amici ma anche persone, animali e altre realtà immaginarie, le quali svolgono svariate funzioni. A volte queste persone o animali immaginari hanno lo scopo di aiutare e collaborare con il piccolo, altre volte gli permettano di portare avanti un dialogo intenso, in alcuni casi aggredendo, contrastando o limitando il bambino gli permettono di manifestare la sua rabbia, la sua aggressività e i suoi bisogni di difesa della propria personalità e della propria autonomia. I giochi solitari possono essere indice di qualche patologia solo se il bambino tende a utilizzarli in maniera eccessiva, senza che siano alternati a dei giochi liberi effettuati con i coetanei.
- *Guidati:* sono quelli più amati e più valorizzati dagli adulti, anche se obiettivamente non sono i più utili. In questi giochi uno o più adulti: genitori, insegnanti, educatori o altri, secondo degli obiettivi specifici, preparano, organizzano e poi propongono e attuano uno o più giochi che essi ritengono importanti per lo sviluppo intellettuale, morale o sociale del bambino. Il limite di questi giochi è che non sempre l'adulto riesce a comprendere i bisogni più profondi e veri di un minore in un determinato momento. Pertanto vi è il rischio di proporre attività poco utili o addirittura controproducenti, rispetto alle necessità del piccolo in quel periodo della sua vita o in quella determinata situazione emotiva.
- *Liberi:* In questi i bambini sono completamente liberi di organizzare e condurre il gioco o i giochi desiderati in quel momento senza alcuna interferenza da parte degli adulti. Pertanto

sono essi che scelgono il compagno o gli amici con i quali giocare, il tipo di gioco, gli strumenti da utilizzare. I bambini, inoltre, sono liberi di stabilire loro stessi le regole dei giochi ma anche quando e come terminarli. In questo caso gli adulti hanno solo la funzione di dare ai bambini il tempo e gli spazi necessari per organizzare e condurre i giochi. La libertà di scelta è però condizionata dai bisogni reciproci, per cui il bambino impara ad accettare, rispettare e a tenere nella giusta considerazione le idee, le proposte e i bisogni dei compagni e ciò è fondamentale per lo sviluppo delle capacità sociali.

- *Liberi e autogestiti*: questi giochi sono completamente gestiti dal bambino che può, di volta in volta, scegliere il tipo di gioco, la sua durata, i giocattoli o gli strumenti da utilizzare, il luogo nel quale condurre l'attività, le parole o il silenzio con i quali accompagnare il gioco ecc. L'adulto che gli è vicino, il quale può essere un terapeuta, un genitore, un insegnante o un altro educatore, ha però un'importante funzione, che è quella di offrire una presenza amichevole, calda, affettuosa, vicina, accogliente, così da essere di aiuto, sostegno e supporto al bambino durante lo svolgimento della sua attività, qualunque essa sia. L'adulto eviterà pertanto di criticare quanto effettuato dal minore, anche se l'attività svolta da questi potrà a lui apparire ripetitiva, inutile, sciocca, poco costruttiva o anche scarsamente educativa, come quando, ad esempio, il bambino ha bisogno di manifestare la sua aggressività verso taluni oggetti come le bambole e gli animali mordendoli o maltrattandoli pesantemente.

Classificazione dei giochi

1. Cooperativi: i giocatori perseguono un obiettivo comune, e tendono ad accordarsi per migliorare il proprio profitto.
2. Non cooperativi: i giocatori hanno obiettivi diversi, per cui non stipulano accordi vincolanti tra di loro.
3. Ad informazione completa: le funzioni di utilità dei giocatori sono conoscenza comune.
4. Ad informazione incompleta: almeno un giocatore non conosce la funzione di utilità degli altri giocatori.
5. Statici: i giocatori scelgono le proprie mosse simultaneamente, senza conoscere in anticipo le mosse degli avversari.
6. Dinamici: le mosse sono di tipo sequenziale, per cui la scelta di un giocatore ad un certo istante è condizionata da quelle dei giocatori agli istanti precedenti.

Il *brainstorming* è una tecnica ideata e formulata da Osborn, che si basa su di una discussione di gruppo incrociata, guidata da un moderatore. Lo scopo è quello di far esprimere, in maniera assolutamente non vincolata, il maggior numero possibile di idee su un determinato problema.

Dobbiamo ricordare che la tecnica del *brainstorming* fu oggetto di una relazione da parte di A. F. Osborn per l'Università del Nebraska nel lontano 1926. Il suo testo, contenente i principi teorici e le fasi della tecnica, è stato tradotto in italiano addirittura quarant'anni dopo. Questo genere d'incontro, tuttavia, non è completamente nuovo, continua l'autore, perchè una procedura simile è notoriamente usata in India da più di 400 anni, come parte della tecnica di insegnanti indù che lavorano con gruppi religiosi. Il nome indiano di questa tecnica è *Prai-Barshana*, dove *Prai* significa "fuori di te stesso" e *Barshana* significa "questione". In genere in questi incontri non vi è nè discussione nè critica. La valutazione delle idee ha luogo nel corso di incontri successivi dello stesso Gruppo.

Il nucleo centrale della tecnica, nella prima fase, è quello di produrre il maggior numero di idee (lista di controllo), che secondo l'autore è più importante della qualità delle stesse, soprattutto perchè maggiore sarà il numero delle idee, maggiori saranno le probabilità di trovarne alcune utili. Tali idee servono poi da spunto alla soluzione di problemi; e possono essere successivamente, valutate e ulteriormente elaborate.

Il *brainstorming* (letteralmente "tempesta nel cervello") è una tecnica che mira a disinibire lo scorrere dei pensieri, impedendo l'insorgere di giudizi critici prematuri.

1. Fase preliminare di analisi e preparazione effettuata all'esterno della situazione di gruppo. Si tratta in pratica di presentare il problema e i limiti posti alla sua eventuale soluzione (limiti economici, di tempo ecc.);
2. Fase della scoperta dei dati che caratterizzano il problema posto e ridefinizione dello stesso. È una fase di ricerca collettiva che mira alla comprensione autentica del problema da parte del gruppo;
3. Fase della scoperta delle idee per mezzo della produzione di un numero elevato di idee che per convenzione non vengono sottoposte a critiche durante la riunione, adottando quello che viene chiamato il "principio del giudizio differito". Tali idee sono poi utilizzabili per risolvere il problema;
4. Fase di spoglio e selezione di tutte le idee emerse per registrare quelle migliori, ossia quelle che possono essere attuate direttamente, e che sono conciliabili con le altre ritenute valide;
5. Fase conclusiva, con la partecipazione di chi ha posto il problema, per scegliere la soluzione.

Il ruolo del formatore è quello di invitare tutti i partecipanti a proporre più idee possibili sia in libera associazione, sia stimolate da processi quali l'analogia, la sostituzione, la modificazione, ecc.

L'essere umano ha sempre avuto la necessità di eseguire rappresentazioni rituali legate alla vita privata e sociale della collettività d'appartenenza.

L'attività teatrale è un grande strumento per favorire la consapevolezza dentro di noi e nella relazione con il mondo, al fine di rispondere a domande fondamentali per la vita di ogni essere umano: chi sono? Da dove vengo? Dove vado? Qual è il senso della vita?

Il teatro ha indiscutibilmente una funzione educativa e terapeutica.

Agisce positivamente su alcuni aspetti psicologici quali

- timidezza,
- paura di parlare in pubblico,
- Balbuzie
- paura del contatto con l'altro.

Inoltre lavora sulle resistenze ad assumere nuovi rituali nella vita reale, aiutando ad uscire dal personaggio-maschera che ognuno si crea e con il quale si sente protetto, evitando altri ruoli che possono aiutare la propria crescita e il proprio sviluppo.

Competenze affettive e relazionali:

Fin dalla scuola dell'infanzia va sostenuto e promosso un buon sviluppo emotivo, caratteristica di una personalità "sana" ed equilibrata, e prerequisito essenziale di ogni tipo di apprendimento.

Occorre che il bambino costruisca:

- una buona sicurezza interiore,
- sia consapevole dell'emotività propria e degli altri,
- scopra la diversità come potenziale ricchezza,
- impari a gestire i conflitti,
- cooperare con gli altri
- costruire comportamenti socialmente corretti.

Competenze corporee, motorie e percettive:

- Conoscere e usare al meglio le proprie modalità sensoriali e ideomotorie
- Organizzare il movimento in modo coordinato in funzione di uno scopo
- Acquisire capacità espressive nel movimento
- Acquisire capacità comunicative gestuali
- Acquisire una buona duttilità intellettuale e motoria.

Competenze espressive, comunicative e creative:

- essere capaci di esprimersi e comunicare attraverso diversi linguaggi, imparandone i codici specifici
- Comprendere, produrre e confrontare messaggi realizzati integrando linguaggi diversi: parola, corpo, suono gesto, ecc..
- Esprimersi verbalmente per comunicare pensieri, emozioni ed esperienze, creare situazioni e mondi immaginari, per collegare concetti, sollecitare azioni altrui, riflettere su fatti ed esperienze
- Utilizzare e decodificare consapevolmente diversi registri verbali
- Utilizzare la lingua in funzione creativa ed espressiva
- Ampliare il lessico attivo attraverso il gioco, la creatività, la manipolazione linguistica
- Imparare a tenere conto del punto di vista altrui nella comunicazione e nelle proprie azioni.

Competenze cognitive:

- Capacità di osservare e analizzare, porsi e risolvere problemi, stabilire relazioni
- Capacità di argomentare, congetturare, valutare per intraprendere comportamenti, situazioni ed eventi
- Capacità di costruire e utilizzare un linguaggio simbolico
- Capacità di raccogliere e selezionare dati
- Capacità coordinative, percettive e rappresentative relative allo spazio, al tempo e al corpo
- Capacità di organizzare le proprie competenze e conoscenze per costruire procedure efficaci

Competenze storico-culturali:

- Capacità di partecipare al patrimonio di tradizioni e di opere prodotte dall'umanità nel corso dei secoli e di confrontarsi con esse
- Capacità di prendere coscienza dell'ambiente culturale circostante
- Capacità di prendere coscienza di diversi prodotti culturali contemporanei

In questo senso il teatro facilita e incrementa la flessibilità mentale dell'individuo e la possibilità di mostrarsi in modo differente in nuovi ambiti

L'attenzione che inevitabilmente si pone verso gli aspetti vitali e creativi favorisce la gestione di conflitti consci e inconsci

Lo spazio scenico rappresenta un luogo protetto dove poter esprimere liberamente il proprio io autentico.

Attività teatrale

Chi recita a teatro non è solo l'attore, ma anche lo spettatore che "vive" l'esperienza della rappresentazione non come artificio, ma come realtà, vita reale.

In questo senso il valore pedagogico del teatro va al di là delle stesse forme comunicative che lo producono.

Il teatro come strategia interdisciplinare ha anche l'obiettivo di sviluppare la creatività del bambino, ossia permette produzioni "originali", divergenti rispetto alle forme e ai concetti omologati.

Inoltre l'uso di linguaggi diversi nella rappresentazione teatrale attiva il pensiero metaforico che permette di decodificare la realtà nei suoi aspetti più profondi.

Un ulteriore aspetto pedagogico consiste nel rappresentare i sistemi di vita e i valori delle culture diverse dalla nostra.

Lo psicodramma è un metodo psicoterapeutico, generalmente di gruppo, che utilizza le drammatizzazioni, oltre alle tecniche verbali, come mezzo per esprimere, per comunicare, per esplorare e per elaborare i diversi problemi degli individui, delle coppie, delle famiglie o dei gruppi. Psicodramma proviene dal greco *psykhè* (anima) e *drâma* (azione). Vale a dire, l'anima in azione, la manifestazione in azioni dell'anima. E in ogni azione (dramma) interagiscono personaggi.

Creatore dello psicodramma è stato Jacopo Levy Moreno, medico romeno (1892-1974) vissuto a Vienna fino al 1925 e poi negli Stati Uniti.

Lo psicodramma è una tecnica psicologica che consente alla persona di esprimere, attraverso la messa in atto sulla scena, le diverse dimensioni della sua vita.

Facilita lo sblocco di situazioni psicologiche cristallizzate e ripetitive, portando alla riscoperta ed alla valorizzazione della propria spontaneità e creatività.

Nello psicodramma, i protagonisti sono chiamati a improvvisare il loro ruolo partendo da una situazione passata, presente o riguardante un possibile futuro. Tutto ciò nel presupposto implicito che il soggetto tenderà a proiettare nella rappresentazione la sua reale condizione psicologica, con le relative difficoltà, problemi di rapporto con persone, attrazioni e repulsioni

Il role playing

Il **role playing** è la tecnica di derivazione moreniana più utilizzata in ambito formativo.

Consiste nella simulazione dei comportamenti e degli atteggiamenti adottati generalmente nella vita reale; i ruoli sono assunti da due o più persone-attori davanti al gruppo di colleghi-osservatori. Gli "attori" assumono i ruoli assegnati dal formatore e si comportano come pensano si comporterebbero realmente nella situazione data. Questa tecnica ha infatti il preciso obiettivo di impersonare un ruolo e di far comprendere in profondità ciò che il ruolo richiede. Il **role playing** non è la ripetizione di un copione, ma una vera e propria recita a soggetto. Riguarda i comportamenti degli individui nelle relazioni interpersonali in precise situazioni operative per scoprire come le persone possono reagire in tali circostanze.

Elementi fondamentali del RP

Si predisporre una scena in cui i partecipanti debbono agire (*Contesto*)

Gli "attori" sono al centro dell'azione e debbono recitare spontaneamente secondo l'ispirazione del momento, hanno avuto una breve scheda informativa del personaggio da interpretare. Gli spettatori assumono il ruolo di "osservatori" e cercano di capire ed esaminare quanto avviene sulla scena, magari aiutati da schede di osservazione.

Il formatore e/o docente:

- mantiene e sollecita l'azione dei partecipanti;
- suggerisce, sollecita e facilita l'azione;
- lascia agire gli attori quando sono autonomi;
- gestisce il tempo;
- sollecita l'osservazione;
- gestisce lo scambio a fine rappresentazione;
- guida la restituzione;
- sintetizza le posizioni finali.

Cenni storici

Le prime descrizioni degli effetti terapeutici della musica risalgono ai papiri medici di Kourun (1500 a.C.) che trattavano dell'effetto della musica sulla fertilità delle donne

In tutte le culture dell'antichità musica e medicina erano praticamente una cosa sola. "Il sacerdote medico" (lo sciamano) teorizzava che il mondo fosse costituito secondo principi musicali, che la vita del cosmo, fosse dominata dal ritmo e dall'armonia.

Professava che la musica avesse un potere "incantatorio" sulla parte irrazionale, tanto da procurare benessere e che nei casi di "malattia" potesse ricostituire l'armonia perduta.

Anche **Platone** ed **Aristotele** furono, oltre che pensatori e filosofi anche dei musicologi e musicisti convinti che le arti del ritmo contribuissero a migliorare la calma interiore, la serenità e la morale.

Nel 1632 Robert Burton, medico, diceva: "molti uomini diventano piacevolmente melanconici nell'ascolto della musica che è il rimedio più gradevole per le loro pene, paure, tristezze. Elimina le preoccupazioni e li rende immediatamente tranquilli".

Richard Brocklesby, medico inglese, nel 1764 scrisse il primo trattato di musicoterapia, asseriva che la musica avrebbe le proprietà di aumentare gli effetti delle medicine

Luis Rogers, medico francese, asseriva che i suoni diversi potevano ottenere modificazioni comportamentali e fisio-logiche: il brano brillante induceva aumento della frequenza cardiaca, mentre quello distensivo un'azione sedativa sull'apparato cardiocircolatorio.

Carlo Broschi, detto Farinelli, (1705 - 1782) Cantante dotato di grandissima abilità si dice risollevo con i suoi canti il Re di Spagna Filippo V da uno stato di prostrazione ed apatia, depressione che gli impediva di espletare la propria funzione di Re e che nessun medico era riuscito a curare

Nel 1800 Bnoit Majan scrisse "Sur l'utilité de la musique" iniziava a prospettare principi di musicoterapia e prendeva in considerazione:

- la natura del disturbo
- i gusti del paziente
- i possibili effetti delle diverse melodie
- le controindicazioni(emicrania, otiti, epilessia)

Nel 1900 Dixon, medico inglese, consigliava l'ascolto di musica blanda e dolce agli ipertesi ed ai deliranti, vivace ai depressi.

Adler Blumer, psichiatra tedesco, assunse immigrati affinché suonassero nell'ospedale di Utica per alleviare le sofferenze dei soggetti con disturbi mentali

Fù applicato l'uso della ritmica nella cura dei soggetti disabilitàpati

Alla metà del 1900 negli Stati Uniti si effettuarono i primi interventi di terapia musicale per curare i disturbi psichici degli ex combattenti della seconda guerra mondiale

Nella metà del 1900 nascono le scuole più importanti di musicoterapia in argentina ad opera di Rolando Benenzon.

In Italia nel 1973 si ha un primo seminario di musicaterapia a Bologna e nel 1975 qui nasce l'Associazione Italiana di Musicaterapia

La musicoterapia è l'uso della musica e/o degli elementi musicali (suono, ritmo, melodia, armonia) da parte di un musicoterapeuta qualificato con un cliente o un gruppo, in un processo atto a facilitare, la comunicazione, la relazione, l'apprendimento, la motricità, l'espressione, l'organizzazione e altri rilevanti obiettivi terapeutici al fine di soddisfare le necessità fisiche, emozionali, mentali sociali e cognitive.

La musicoterapia mira a sviluppare le funzioni residue dell'individuo in modo che il soggetto possa realizzare l'integrazione intra e interpersonale e conseguentemente migliorare la propria qualità della vita.

“Il musicoterapeuta seleziona attentamente la musica o l'attività musicale basandosi sulla conoscenza degli effetti della musica, degli scopi terapeutici” (Bruscia 1989)

Il musicoterapeuta gioca un ruolo attivo nell'aiutare il soggetto ad ottenere il suo coinvolgimento nella musica in grado di promuovere la crescita, creando un'atmosfera orientata al successo, stabilendo un rapporto con la persona trasformando una semplice attività musicale in musicoterapia.

La musicoterapia favorisce:

1. l'espressione di contenuti emozionali
2. Sviluppo di comunicazione non verbale che permetta l'ampliamento di abilità espressive

Stimolazione indiretta di funzioni cognitive: attenzione concentrazione, memoria, prassie, orientamento

La musicoterapia stimola:

- La percezione delle diverse parti del corpo
- L'esperienza dei concetti di tempo e durata
- La coordinazione motoria e l'emissione vocale
- Il riconoscimento delle diversità sonoro-musicali e del loro valore estetico
- L'esperienza dell'ascolto reciproco e della comunicazione musicale.

Si pone come obiettivo:

- Il miglioramento della propriocezione corporea
- Il miglioramento del tono dell'umore
- Il miglioramento della socializzazione e delle capacità empatiche

Si ha una metafora quando si prendono a prestito parole da un certo contesto (dalla scienza, dalla tecnica; dalla politica; dallo sport; ecc.) e che per il loro valore di verosimiglianza con l'idea che desideriamo esprimere, le trasportiamo in un altro contesto.

L'espressione: Il discorso elettrizzò il pubblico. È un chiaro esempio nel quale il verbo elettrizzare viene prelevato dal contesto scientifico e portato in un altro.

La metafora come strumento comunicativo

Dal greco *metaphèrein*, trasportare, consiste nel sostituire a una parola un'altra parola legata alla prima da un rapporto di somiglianza.

Non può essere semplicemente considerata una "similitudine abbreviata" per il fatto che realizza in forma immediata e sintetica il rapporto di somiglianza

Così, la metafora "Sei una volpe" è molto più forte dell'abbreviazione della similitudine "sei furbo come una volpe".

La metafora trasporta il significato da un campo a un altro. Quando Romeo dichiara: "*Giulietta è il sole*" per esempio, le qualità del sole comunicano il significato che è "trasportato" su Giulietta.

Quando un terapeuta o conversatore costruisce una metafora e la enuncia all'ascoltatore, questo la sente e la rappresenta nei termini della propria esperienza.

Metafore formali: Il requisito essenziale perché una metafora sia efficace è che vada incontro al cliente nel suo modello del mondo.

Ciò non vuole dire che il contenuto della metafora deve essere identica alla situazione della persona, ma significa mantenere la struttura della situazione problematica.

Finché c'è una somiglianza strutturale fra la metafora e problema, la persona pone in relazione le due cose inconsciamente o anche consciamente.

La caratteristica più significativa della metafora che lo riguarda è che essa mantiene nel proprio ambito i rapporti e i modelli operativi in atto nel problema "reale", per il quale prospetta una soluzione.

Se ciò che esso ascolta si accorda con il suo modello allora può incorporare la soluzione del racconto alla propria situazione.

Se no, sa almeno che una soluzione è possibile e così forse si mette a cercarne una. Per cui il cliente potrà attribuire alle vicende del racconto un significato.

Isomorfismo: La caratteristica fondamentale della metafora terapeutica sta nel fatto che i personaggi e gli eventi che vi sono descritti sono equivalenti- isomorfi- agli individui e agli eventi che caratterizzano la situazione o il problema del cliente.

Così ogni persona che è coinvolta nel problema, è rappresentata fra i protagonisti del racconto metaforico.

Le rappresentazioni non sono 'uguali' bensì 'equivalenti', nel senso che mantengono fra i parametri della metafora gli stessi rapporti riscontrabili nella situazione reale.

Le trasformazioni isomorfe riguardano solo il rapporto e non il contesto, perciò non ci sono limitazioni né alla natura del contesto stesso né all'identità dei personaggi.

Quanto pesa un fiocco di neve?

“Dimmi quanto pesa un fiocco di neve?” Chiese il gufo alla colomba.

“Meno di niente”, rispose la colomba.

Il gufo allora raccontò alla colomba una storia: “Riposavo sul ramo di un pino quando cominciai a nevicare. Non una bufera, no, una di quelle neviccate lievi lievi Siccome non avevo niente di meglio da fare, cominciai a contare i fiocchi che cadevano sul mio ramo. Ne caddero 3.756.897. Quando, piano piano, lentamente sfarfallò giù il 3.756.898esimo, meno di niente, come hai detto tu, il ramo si ruppe...”.

Detto questo il gufo volò via. La colomba, un’ autorità in materia di pace dall’ epoca di un certo Noè, riflettè un momento e poi disse: “Forse manca una sola persona perchè tutto il mondo trovi la pace!”.

Il bene, come il mare, è fatto di tante piccole gocce. Ognuno faccia la sua goccia di bene... e avremo un mare di bene!

L’Isola

C’era una volta un’isola, dove vivevano tutti i sentimenti e i valori degli uomini: il Buon Umore, la Tristezza, il Sapere... così come tutti gli altri, incluso l’Amore.

Un giorno venne annunciato ai sentimenti che l’isola stava per sprofondare, allora prepararono tutte le loro navi e partirono, solo l’Amore volle aspettare fino all’ultimo momento.

Quando l’isola fu sul punto di sprofondare, l’Amore decise di chiedere aiuto.

Ricchezza passò vicino all’Amore su una barca lussuosissima e l’Amore le disse: “Ricchezza, mi puoi portare con te?” “Non posso c’è molto oro e argento sulla mia barca e non ho posto per te.”

L’Amore allora decise di chiedere all’Orgoglio che stava passando su un magnifico vascello, “Orgoglio ti prego, mi puoi portare con te?”, “Non ti posso aiutare, Amore...” rispose l’Orgoglio, “qui è tutto perfetto, potresti rovinare la mia barca”.

Allora l’Amore chiese alla Tristezza che gli passava accanto “Tristezza ti prego, lasciami venire con te”, “Oh Amore” rispose la Tristezza, “Sono così triste che ho bisogno di stare da sola”.

Anche il Buon Umore passò di fianco all’Amore, ma era così contento che non sentì che lo stava chiamando.

All’improvviso una voce disse: “Vieni Amore, ti prendo con me” Era un vecchio che aveva parlato.

L’Amore si sentì così riconoscente e pieno di gioia che dimenticò di chiedere il nome al vecchio.

Quando arrivarono sulla terra ferma, il vecchio se ne andò. L’Amore si rese conto di quanto gli dovesse e chiese al Sapere: “Sapere, puoi dirmi chi mi ha aiutato?”

“È stato il Tempo” rispose il Sapere

“Il Tempo?” si interrogò l’Amore, “Perchè mai il Tempo mi ha aiutato?”

Il Sapere pieno di saggezza rispose:

“Perchè solo il Tempo è capace di comprendere quanto l’Amore sia importante nella vita”

Il termine italiano «favola» deriva dal termine latino "fabula. Il termine latino «fabula» indicava in origine una narrazione di fatti inventati.

La favola ha pertanto la stessa etimologia della "fiaba". Sebbene favole e fiabe abbiano molti punti di contatto, oltre alla comune etimologia, i due generi letterari sono diversi.

Cenni storici

Le sue origini risalgono a narrazioni assiro - babilonesi e sumere.

La più antica favola, tra tutte quelle note, è considerata la Storia dei due fratelli, un componimento egizio del XIII secolo a.C.;

Ad una primitiva trasmissione orale, si passa al grande iniziatore di favole occidentali che è Esopo (autore greco del VI sec. A. C. Le sue favole costituiscono ancora il modello del genere letterario e rispecchiano comunque la morale tradizionale dell'antica Grecia),

L'eredità di Esopo fu raccolta nel I sec. D. C. dal latino Fedro.

Le favole di Fedro riprendono il modello di quelle di Esopo, ma con un diverso atteggiamento: Fedro non è infatti, come Esopo, il favolista di un mondo contadino, ma di uno stato evoluto dove dominano l'avidità e la sopraffazione.

Nelle favole pessimiste di Fedro il prepotente trionfa sempre sul debole, il quale è invitato alla rassegnazione o, nella migliore delle ipotesi, a cercare un compromesso accettabile nei rapporti con il potere.

Nel Medioevo il genere della favola ebbe molta fortuna. Molte favole medievali si richiamavano nel titolo a Esopo.

Nel Medioevo in Francia la materia esopica fu raccolta da alcuni autori che collaborarono a compilare il Roman de Renart (Romanzo della volpe), che narra le avventure della volpe e del lupo. In esso sono raccontate con vena copiosa ed arguta le avventure della furba volpe, che riesce sempre, con imprevedibili e spassose trovate, a prendersi gioco di Ysenguin, il lupo.

L'età barocca, in Italia , Spagna, Germania, trascurò la favola, anche se coltivò la fiaba (basti ricordare in Italia "Lo cunto de li cunti" di G. B. Basile); invece proprio allora in Francia Jean de La Fontaine pubblicò, a partire dal 1668, le sue stupende Fables.

Nel Seicento e nel Settecento i filosofi si divertirono a volte a travestire da favole i loro alti concetti sull'uomo e sulla società.

Il Settecento, secolo dell'Illuminismo e dell'educazione, fu l'età aurea della favola, la cui teoria fu allora formulata dal Lessing (1759). Fra gli italiani ricordiamo A. Bertola, autore di un Saggio sopra le favole (1788), L. Pignotti, G. B. Roberti, ecc.

I romantici, che pur predilessero la fiaba, respinsero la favola come troppo didascalica e poco ingenua.

Le fiabe

Per poter risolvere i problemi psicologici del processo di crescita un bambino deve comprendere quanto avviene nella sua individualità in modo da poter affrontare anche quanto accade nel suo inconscio.

Egli può giungere a questa conoscenza, e con essa alla capacità di affrontare se stesso, non attraverso una comprensione razionale della natura e del contenuto del suo inconscio, ma familiarizzandosi con esso, intessendo sogni ad occhi aperti: meditando, rielaborando e fantasticando intorno ad adeguati elementi narrativi in risposta a pressioni inconsce.

Le fiabe hanno un valore senza pari: offrono nuove dimensioni all'immaginazione del bambino, dimensioni che egli sarebbe nell'impossibilità di scoprire se fosse lasciato completamente a se stesso.

Il messaggio che le fiabe comunicano al bambino è che la lotta contro le gravi difficoltà della vita è inevitabile, è una parte intrinseca dell'esistenza umana, che soltanto chi non si ritrae intimorito, ma

affronta risolutamente avversità inaspettate e spesso immeritate può superare tutti gli ostacoli e alla fine uscire vittorioso.

Il bambino ha bisogno soprattutto di ricevere suggerimenti in forma simbolica circa il modo in cui poter affrontare questi problemi e arrivare alla maturità. Le fiabe pongono il bambino onestamente di fronte ai principali problemi umani.

Molte storie, per esempio, cominciano con la morte di una madre o di un padre; in queste fiabe la morte del genitore crea i problemi più angosciosi, così come essa (o la paura di essa) li crea nella vita reale.

Altre storie parlano di un genitore anziano il quale decide che è venuto il momento di lasciare che la nuova generazione prenda il sopravvento. Ma prima che questo possa avvenire il successore deve dimostrarsene degno e capace.

È caratteristico delle fiabe esprimere un dilemma esistenziale in modo chiaro e conciso. Questo permette al bambino di afferrare il problema nella sua forma più essenziale, mentre una trama più complessa gli renderebbe le cose confuse.

La fiaba semplifica tutte le situazioni. I suoi personaggi sono nettamente tratteggiati, e i particolari, a meno che non siano molto importanti, sono eliminati.

Tutti i personaggi sono tipici anziché unici. Contrariamente a quanto avviene in molte moderne storie per l'infanzia, nelle fiabe il male è onnipresente come la virtù.

Praticamente in ogni fiaba il bene e il male s'incarnano in certi personaggi e nelle loro azioni, così come il bene e il male sono onnipresenti nella vita e le inclinazioni verso l'uno o l'altro sono presenti in ogni uomo.

Nelle fiabe, come nella vita, la punizione o la paura della punizione è soltanto un deterrente limitato per il crimine. La convinzione che il delitto non paga è un deterrente molto più efficace, ed è per questo che nelle fiabe la persona cattiva è sempre perdente.

Non è il fatto che alla fine sia la virtù a trionfare a promuovere la moralità, ma il fatto che è l'eroe a risultare più attraente per il bambino, che s'identifica con lui in tutte le sue lotte.

Grazie a questa identificazione il bambino immagina di sopportare con l'eroe prove e tribolazioni, e trionfa con lui quando la virtù coglie la vittoria.

I personaggi delle fiabe non sono ambivalenti: buoni e cattivi nello stesso tempo, come tutti noi siamo nella realtà. Ma dato che la polarizzazione domina la mente del bambino, domina anche le fiabe. Una persona è buona o cattiva, mai entrambe le cose.

Inoltre, le scelte di un bambino non dipendono tanto da una presa di posizione in favore del bene contro il male, ma da chi suscita la sua simpatia e la sua antipatia.

Più un personaggio buono è semplice e schietto, più è facile per un bambino identificarsi con lui e respingere quello cattivo.

La fiaba offre soluzioni in modi che il bambino può afferrare in base al proprio livello intellettuale.

Per esempio, le fiabe pongono il problema del desiderio di vita eterna concludendo talvolta: "Se non sono ancora morti, sono ancora vivi."

L'altra conclusione — "E vissero felici e contenti" — non fa credere per un solo istante al bambino che la vita eterna sia possibile.

Essa indica però qual è l'unica cosa che può farci sopportare gli angusti limiti del nostro tempo su questa terra: la formazione di un legame veramente soddisfacente con un'altra persona.

La fiaba, mentre intrattiene il bambino, gli permette di conoscersi, e favorisce lo sviluppo della sua personalità.

Ovviamente, non è che ogni storia compresa in una raccolta intitolata *Fiabe* rispetti questi criteri. Molte di queste storie sono semplicemente racconti di evasione, storie con una morale o favole.

Differenze tra Fiaba e Favola

La fiaba comunica fin dall'inizio che le vicende che vengono narrate non sono fatti tangibili e non hanno a che fare con persone e luoghi reali.

La Fiaba dopo aver fatto viaggiare il fanciullo in un mondo meraviglioso, alla fine lo riconduce alla realtà, e in un modo molto rassicurante.

Ciò insegna al bambino quello che ha più bisogno di sapere a questo stadio del suo sviluppo: che lasciarsi trasportare per un pò dalla fantasia non è dannoso, purchè non si rimanga per sempre suoi prigionieri.

La fiaba lascia a noi ogni decisione, e ci permette anche di non prenderne nessuna. Sta a noi applicare la fiaba alla nostra vita o semplicemente godere delle cose fantastiche che ci racconta.

Le favole, dicono per mezzo di parole, azioni o eventi, per quanto favolosi possano essere, quello che una persona dovrebbe fare. Le favole impongono e minacciano, moralisticamente, oppure hanno una semplice fruizione di svago.

Nella favola *"La cicala e la formica"* una cicala, ridotta alla fame in inverno, supplica una formica di darle un pò del cibo da lei faticosamente raccolto e immagazzinato durante l'intera estate.

La formica chiede alla cicala cosa fece durante l'estate. La cicala risponde che cantò senza mai lavorare, e la formica respinge la sua richiesta d'aiuto dicendole: *"Visto che hai cantato per tutta l'estate, adesso che è inverno balla pure."*

"Una favola sembra essere, nel suo stato genuino, una storia in cui esseri privi di ragione, e a volte inanimati, vengono fatti, a fini di educazione morale, agire e parlare con interessi e passioni umane".

Spesso ipocrita, talora divertente, la favola formula sempre in modo esplicito una verità morale; non c'è nessun significato nascosto, e nulla è lasciato alla nostra immaginazione.

I CAMPI D'ESPERIENZA APPLICATI ALLE FIABE

Al fine di favorire il percorso educativo di ogni bambino, si farà riferimento a tutti i Campi d'esperienza:

IL SÈ E L'ALTRO

Attraverso l'ascolto e l'elaborazione di fiabe classiche, che presentano storie in cui da una situazione problematica si passa al superamento delle prove, il bambino comprende che è possibile creare legami di complicità e superare situazioni oppostive che lo ostacolano. Egli riflette sulle relazioni interpersonali e mette appunto un approccio positivo attraverso il quale entrare in conflitto con i suoi compagni, cercando di trovare in essi degli amici e non nemici da sconfiggere come nelle fiabe.

IL CORPO IN MOVIMENTO

In relazione alle fiabe il bambino usa il proprio corpo per mimare situazioni ed imitare personaggi. Disciplina il suo corpo nell'ascolto e nella narrazione che richiedono capacità attentive, logiche e linguistiche.

LINGUAGGI, CREATIVITÀ, ESPRESSIONE

In relazione alle fiabe il bambino inventa storie partendo dalla conoscenza di quelle classiche, ripropone situazioni elaborandole e personalizzandole. Si esprime attraverso il linguaggio del disegno e della pittura.

Sa leggere immagini e commentarle, drammatizza situazioni, conosce e canta canzoni ispirate alle fiabe.

I DISCORSI E LE PAROLE

In relazione alle fiabe il bambino ascolta e ripete accrescendo il proprio vocabolario e sperimentando forme lessicali correlate alle storie di cui è chiamato ad argomentare. Racconta, inventa e comprende le narrazioni di storie, inoltre dialoga, discute, chiede spiegazioni e formula ipotesi in base alle situazioni descritte e profilate dalla fiaba.

LA CONOSCENZA DEL MONDO

Le fiabe aiutano il bambino a cogliere la differenza tra reale e simbolico, tra tempo quotidiano e tempo surreale, a conoscere le trasformazioni naturali e cicliche legate alla natura e ai fenomeni fantastici.

Lo scopo è quello di promuovere una crescita ed una maturazione sociale ed affettiva attraverso l'incontro con i sentimenti e le emozioni in un clima di fiducia e di rispetto all'interno del gruppo, dove ciascuno può sentirsi sicuro di esprimersi, di ascoltare e di essere ascoltato.

OBIETTIVI FORMATIVI

Acquisizione della consapevolezza dei sentimenti con i quali il bambino entra in contatto:

- Amicizia
- Collaborazione
- Collettività
- Cooperazione
- Rispetto per la diversità
- Stimolare la curiosità ed il desiderio di ricercare, scoprire e conoscere.
- Favorire l'assunzione di atteggiamenti e comportamenti attenti, rispettosi e di cura verso l'ambiente e le persone.
- Utilizzare fantasia ed immaginazione come risorse importanti per la crescita.
- Favorire lo sviluppo di competenze linguistiche attraverso l'osservazione, la riflessione e il confronto.
- Favorire la maturazione dell'identità personale rafforzando la percezione di sé in relazione al contesto sociale.
- Riconoscere le caratteristiche peculiari del proprio sé in rapporto alle persone, alla realtà.
- Aiutare il bambino a trovare nella fiaba un significato alla loro vita, ponendolo di fronte a problemi concreti della vita.
- Favorire nel bambino un atteggiamento ottimistico nei confronti della vita.
- Educare all'ascolto di narrazioni
- Potenziare la creatività espressiva utilizzando tecniche diverse.
- Sviluppare e sperimentare diversi linguaggi per comunicare stati d'animo, emozioni e sentimenti.

VALUTAZIONE: La valutazione si svolge in itinere attraverso l'osservazione degli elaborati, la partecipazione del bambino alle conversazioni e alle attività.

L'intuizione dell'uso terapeutico degli animali ha origini assai antiche, probabilmente inizia parallelamente al processo di addomesticamento degli animali da parte dell'uomo.

Nelle medicine dei popoli primitivi gli animali hanno sempre avuto un importante ruolo terapeutico, che sembrava essere scomparso nell'era della medicina scientifica.

Infatti nelle varie epoche storiche gli animali hanno assunto ruoli molto diversi.

L'utilizzo degli animali come coadiuvanti alle normali terapie mediche può essere fatta risalire già al tempo della preistoria.

Il gran numero di animali citati nella mitologia e i numerosi dipinti di domesticazione degli animali, di bisonti saltellanti e cavalli in galoppo scoperti nelle caverne di Altamura provano l'evidenza che l'interazione tra l'uomo e l'animale in realtà non sia frutto di nuove scoperte ma che tale rapporto sia sempre esistito, già a partire dall'era Paleolitica.

Presso il popolo persiano erano diffuse delle credenze circa i poteri, per così dire "sovrannaturali" dei cani.

Gli Zoroastriani ritenevano che esistesse un legame tra i cani e la morte, per cui l'anima dei defunti si incarnava nel corpo dei canidi. Per questo tutti i cani godevano di assoluto rispetto, protezione e cure.

Nel IX secolo a Gheel, in Belgio, degli animali vennero introdotti per curare dei disabili, tentando così un primo approccio terapeutico, costituendo il primo importante tentativo di *animal assisted activity therapy* della storia.

Tuttavia il primo studio realmente accertato circa l'utilizzazione scientifica degli animali a scopo terapeutico a lungo termine risale al 1792, quando in Inghilterra, presso il York Retreat Hospital, lo psicologo infantile **William Tuke**, insieme ad alcuni suoi collaboratori, cominciò a curare i propri pazienti (malati mentali e lunatici) con dei metodi "umani" e non più barbari.

La premessa da cui partivano questi studi preliminari sulla *animal facilitated therapy* era che le persone mentalmente malate e disturbate potevano ritornare in possesso delle loro ordinarie facoltà se venivano stimolati e incoraggiati verso attività alternative che permettessero di recuperare quell'autocontrollo che era stato perso, attraverso le tecniche di giardinaggio e di cura degli animali, fonte di stabilità e di equilibrio.

Inizialmente ci si avvaleva di piccoli animali che potessero adattarsi facilmente all'ambiente ospedaliero e che non esigessero cure impegnative, come conigli e gallinacci domestici come polli, anatre ed oche.

Nel 1859 Florence Nightingal notò come dei piccoli animali potevano essere impiegati quali compagni per i malati cronici, specialmente se a lungo termine; una semplice gabbia di uccelli era fonte di svago per coloro che erano costretti a rimanere confinati nella stessa stanza per molti anni.

Spazzolare e accudire questi piccoli animali incoraggiava i pazienti a fare la stessa cosa con se stessi.

Il primo impiego degli animali a scopo terapeutico negli ospedali è stato realizzato nel 1919 negli Stati Uniti, quando al *St. Elisabeth's Hospital* a Washington, vennero introdotti dei cani per curare i pazienti che, a seguito della I Guerra Mondiale, avevano riportato gravi forme di depressione e schizofrenia.

Un secondo caso di applicazione della *animal-assisted therapy* negli ospedali degli Usa fu realizzato nel 1942 dalla Croce Rossa presso il Army Air Corps Convalescent Hospital, a Pawling, New York.

Questo ospedale ospitò tutti quei soldati, per lo più aviatori, che avevano preso parte alla II Guerra Mondiale; anche qui, come nel caso della I, i pazienti avevano riportato gravi lesioni a livello fisico ma anche turbe emotive e stati di shock.

I pazienti vennero incoraggiati a lavorare con maiali, cavalli, pollame e bestiame; accanto a questi, animali meno ingombranti come rane, serpenti e tartarughe.

Il concetto di "*pet therapy*" sembra sia stato enunciato per la prima volta da **Boris Levinson**, che già nel 1953 tentava di curare un bambino autistico, prigioniero dell'isolamento sordo della sua malattia.

In quell'occasione il bambino venne in contatto con un cane, presente per caso in ambulatorio.

Appena scorse il bambino, il cane corse verso di lui e cominciò a giocare.

Con molta sorpresa di tutti, il bambino non mostrò alcun segno di paura ed alla fine della seduta espresse quello che forse era il primo desiderio della sua vita: tornare in quello studio per poter giocare di nuovo con il cane.

Nelle sedute successive gradualmente Levinson si inserì nel gioco, e alla fine, riuscì a stabilire un buon rapporto con il suo piccolo paziente.

Dopo questo episodio il neuropsichiatra utilizzò in maniera più sistematica l'animale da compagnia, cane o gatto, secondo il tipo di paziente e sviluppò la teoria basata sul gioco come mezzo di comunicazione privilegiato tra animale e bambino.

Un altro fautore della pet therapy è stato un veterinario francese, Ange Condoret, il quale notò che cani, gatti e conigli assumevano per il bambino il ruolo di confidenti, fratelli, compagni di giochi.

I primi risultati li ottenne con un cane in una classe di bambini, alcuni dei quali avevano gravi difficoltà del linguaggio.

In seguito al rapporto con l'animale i bambini hanno dimostrato maggiore volontà nell'articolare meglio il linguaggio e vedere il cane reagire alla loro chiamata diventava per loro uno stimolo particolarmente gratificante.

Molti studi successivi hanno confermato in modo rigoroso l'efficacia della pet therapy e dagli anni '70 in poi questo tipo di terapia, cosiddetta "dolce", ha trovato numerosi campi di applicazione,

- dagli anziani ai cardiopatici,
- ipertesi,
- tossicodipendenti,
- reclusi in carceri e manicomi,
- fino ai portatori di disabilità fisici e psichici
- ed ai bambini con problemi relazionali.

Quando parliamo di Pet Therapy ci riferiamo ad una relazione uomo-animale in prospettiva terapeutica, che si svolge in un contesto clinico specifico.

C'è un'importante differenza tra il rapporto con il proprio animale d'affezione e quello che si instaura tra la persona e l'animale all'interno di un setting di Pet Therapy

Nella relazione con il proprio animale d'affezione, la reciprocità relazionale che si instaura è del tutto spontanea, non nasce dall'intenzione di ottenere risultati terapeutici specifici, e tutti gli effetti piacevoli che la caratterizzano sono esiti naturali della relazione stessa.

Nel contesto relazionale di Pet Therapy, invece, l'incontro tra la persona e l'animale nasce ed ha come obiettivo quello di contribuire al benessere psico-fisico-sociale di quella persona.

La relazione tra i due non è del tutto spontanea, viene mediata e supervisionata da professionisti esperti di comportamento animale e di comportamento umano, segue un protocollo strutturato e si svolge in un setting predisposto ad hoc.

Il cane è considerato uno degli animali più adatti a svolgere tali Attività e Terapie, per la sua innata vicinanza all'uomo.

La facilità di comunicare emozioni e di inviare stimolazioni sensoriali reciproche, costituisce per molti soggetti, inibiti proprio in questo tipo di scambio, un grosso veicolo di facilitazione alla espressione delle emozioni in una relazione.

Nelle Attività e Terapie, il cane accompagna il paziente nelle passeggiate, fornendogli una motivazione al movimento per scopo riabilitativo e/o di svago.

Si fa accarezzare e spazzolare per favorire il rilassamento, la coordinazione fine—motoria e per stimolare il piacere dell'accudimento.

Alcuni esercizi e giochi servono per accrescere l'autostima, favorire la concentrazione, motivare e divertire.

I pazienti imparano a gestire il cane con i comandi di base, compiono brevi percorsi motori presi dalle discipline di agility e obedience, giocano con lui lanciando un gioco per farselo riportare o nascondendolo per farglielo trovare.

Anziani ripiegati nella loro solitudine trovano nella relazione col cane un'occasione per incuriosirsi al mondo e riscoprono il gusto dello svago e della condivisione.

Ragazzi usciti dal coma trovano maggiore forza e determinazione nell'effettuare i loro complessi percorsi riabilitativi quando ad accompagnarli negli esercizi è un amico peloso.

I bambini ricoverati in ospedale dimenticano per un attimo le siringhe e il sapore amaro degli antibiotici se ad attenderli in sala giochi trova amici scodinzolanti pronti a giocare.

Tipologie di intervento

Attualmente si distinguono gli ambiti in cui applicare le Attività e le Terapie e le diverse tipologie degli interventi nel seguente modo:

- ATTIVITÀ ASSISTITE CON GLI ANIMALI – AAA
- TERAPIE ASSISTITE CON GLI ANIMALI – TAA
- EDUCAZIONE ASSISTITA ATTRAVERSO L'ANIMALE - EAA

ATTIVITÀ ASSISTITE CON GLI ANIMALI - AAA

Sono Attività di tipo ricreativo e rieducativo, che mirano a migliorare la qualità della vita incrementando, grazie all'incontro con l'animale, lo stato di benessere e favorendo la socializzazione.

Le AAA si basano sulla spontaneità e in genere si svolgono in un setting di gruppo. La loro durata non è programmata, così come non vengono seguiti specifici programmi per ogni sessione.

TERAPIE ASSISTITE CON GLI ANIMALI - TAA

Sono interventi di co-terapia che hanno come obiettivo il miglioramento delle condizioni fisiche, emotive e sociali dell'utente.

Gli interventi sono progettati e realizzati da un'equipe multidisciplinare integrata e hanno una durata prestabilita.

In genere vengono svolti in setting individuali e sono documentati e valutati da personale specializzato, attraverso monitoraggi e strumenti sperimentali.

EDUCAZIONE ASSISTITA ATTRAVERSO L'ANIMALE - EAA

Sono interventi educativi nei quali l'animale diventa un mediatore per lo sviluppo delle capacità cognitive, affettive e relazionali del bambino.

Si distinguono in:

Educazione assistita all'animale: Ha lo scopo e di educare ad un corretto rapporto con tutti gli animali, promuovere la conoscenza del giusto comportamento verso quelli domestici e la cultura del rispetto della biodiversità.

Educazione assistita attraverso l'animale: Ha lo scopo e di utilizzare la presenza dell'animale come mediatore per affrontare tematiche umane a partire dal funzionamento animale quali ad esempio la sessualità, la riproduzione, l'aggressività, etc.

Per clown-therapy si intende l'utilizzo di tutti gli strumenti tipici della *clownerie* e del teatro da strada (giocoleria, trucchi di magia, mimo, *gag* e via dicendo) per intrattenere ed allietare il soggiorno dei ricoverati di una struttura sanitaria, in particolare bambini.

Questo intento di distrazione e intrattenimento artistico è solo parzialmente presente nella clown-care, che si propone di utilizzare il classico naso rosso e gli strumenti della *clownerie* come un mezzo per facilitare l'instaurazione di un dialogo e di un rapporto col paziente, adulto o bambino.

L'intento ultimo della clown-care è la relazione e l'ascolto del paziente: prendersi cura appunto, laddove la scenetta e la battuta sono solo possibili facilitatori di questo processo.

La clown-care lascia in secondo piano tutto ciò che nell'immaginario comune è associato alla figura del clown per assumere un ruolo di assistenza e supporto socio-relazionale.

Col termine **clown-dottore** si farà riferimento alle vesti indossate dai volontari del progetto durante i turni di lavoro in ospedale, una volta abbandonati gli abiti civili.

Si tratta del personaggio clown che ciascuno dei partecipanti costruisce per se stesso, caratterizzato da un nome e un costume specifico, che consiste in un camice variopinto accompagnato da abiti e accessori eccentrici e dall'immane naso rosso. L'importante funzione di questo 'alter ego' è quella di rendere più fluido e ben accetto l'approccio.

L'altra grande utilità del costume è quella di attrarre l'attenzione e suscitare un certo senso del ridicolo, che si dimostra essere un magico facilitatore del dialogo.

PATCH ADAMS E IL GESUNDHEIT ISTITUTE

Patch Adams nasce nel 1945 a Washington D.C.. Nei primi anni della sua vita segue, insieme alla madre e al fratello, il padre, ufficiale dell'esercito, fuori dagli Stati Uniti.

Il padre, figura molto assente nella vita di Patch, muore quando lui ha 16 anni e la famiglia si trasferisce definitivamente in Virginia, dove Patch studia in una scuola per soli bianchi.

Seguono anni molto difficili costellati di sfortunati eventi che turbano il fragile equilibrio interiore di Patch: qualche episodio di violenza subita per essersi schierato contro il razzismo, un amore finito male, la morte di uno zio.

Viene ospedalizzato tre volte nella sua tarda adolescenza perchè incapace a vivere serenamente nel mondo di ingiustizia e violenza che lo circonda; una volta, dopo aver tentato il suicidio, dice alla madre di farlo ricoverare in un ospedale psichiatrico: a Fairfax trascorre due settimane e compie una piccola rivoluzione interiore.

Patch si accorge di tutto l'amore che lo circonda e che non era riuscito a vedere, lo colpisce la solitudine nella quale era sprofondata il suo compagno di stanza Rudy,

ipotizza che le persone considerate pazze semplicemente rispondano alla complessità della vita con paura, disperazione, rabbia e che la cura possa risiedere nell'amore, nell'attenzione, nella relazione.

Con un pò di fantasia aiuta Rudy a vincere la sua fobia per gli scoiattoli cominciando una guerra immaginaria per raggiungere il bagno.

La risata gli si rivela come un'arma accessibile e potente contro la paura e la solitudine, contro la malattia.

Uscito dall'ospedale Patch comincia gli studi in medicina e all'università si scontra con l'ambiente rigido e intransigente della medicina tradizionale, infrange diverse regole ferree e rischia di essere espulso per aver fatto visita ad alcuni pazienti terminali pur frequentando il primo anno.

Una volta laureatosi, deluso dal lavoro in ospedale, trasforma la sua casa in una clinica aperta e gratuita e assieme ad altri volontari comincia il sogno ambizioso di creare un'alternativa reale al sistema sanitario statunitense costruito sulle assicurazioni e invischiato con le case farmaceutiche.

Si fa portavoce di un'alternativa sociale ed esistenziale: propone una visione radicalmente diversa di cura, di vita, di morte, di società.

Nel 1977 compra un terreno nella Carolina del Nord dove sogna di costruire il suo ospedale, il Gesundheit Institute (Gesundheit significa salute in tedesco), spera di realizzare questa utopia in quattro anni, ma ad oggi ne sono passati quaranta e la costruzione della struttura è solo all'inizio.

Oggi Patch Adams ha 68 anni e da anni è impegnato a girare per il mondo, tra conferenze, lezioni e interventi di clown-care in paesi colpiti dalla guerra o da disastri naturali.

La clown-terapia contribuisce non solo ad alleviare le sofferenze, ma anche ad accelerare la guarigione attraverso lo strumento essenziale del gioco, utile al fine di ripristinare l'ambiente familiare all'interno dell'ambito ospedaliero, favorendo l'elaborazione di contenuti emotivi pesanti (Warren, Simonds, 2003).

Questi interventi non vogliono però sostituirsi alla terapia farmacologica e psicologica, ma solo affiancarsi a queste per consentire un miglioramento della condizione del paziente durante la degenza, sdrammatizzando la temuta figura del medico, prendendo familiarità con le procedure terapeutiche.

Il sorriso che guarisce

Il sorriso e la risata sono una delle attività più benefiche per la nostra salute e il nostro benessere.

La risata è un modo di reagire a situazioni o di esprimere emozioni. Si tratta di un comportamento che favorisce la fiducia reciproca nella comunicazione tra le persone.

Uno studio condotto presso l'*Albert Einstein College of Medicine* di New York, ha preso in esame una vasta schiera di ultranovantacinquenni; i dati testimoniano che affrontare la vita con il sorriso contribuirebbe ad aumentare la propria longevità.

Secondo il dott. Franco Scirpo, esperto di terapia della risata, ridere provoca:

- 1) l'aumento dell'ossigenazione del sangue;
 - 2) il ricambio della riserva d'aria presente nei polmoni;
 - 3) la stimolazione della produzione di serotonina;
- Infatti, una ricerca pubblicata sulla rivista scientifica *Nature Genetics* e condotta nel North Carolina, ha confermato che gioia e rabbia, memoria e capacità di comprensione sono strettamente correlati ad alcuni neurotrasmettitori come la dopamina e la serotonina. Questi, a loro volta, sono in un certo senso in relazione con la durata stessa della vita media, secondo la loro maggiore o minore presenza e funzionalità. Uno studio statunitense ha rilevato come negli anni Cinquanta le persone ridessero in media dai 45 ai 60 minuti al giorno contro i 15 minuti odierni.
- 4) la stimolazione della produzione di endorfine, gli ormoni della felicità, che hanno la capacità di alleviare il dolore ed equilibrare il tono vitale del corpo.;
 - 5) la stimolazione della produzione di anticorpi;
 - 6) l'aumento dell'irrorazione sanguigna degli organi interni (grazie al massaggio prodotto dai movimenti diaframmatici);
 - 7) l'aumento dell'irrorazione sanguigna dell'epidermide e dei muscoli facciali;
 - 8) il miglioramento del tono muscolare addominale;
 - 9) il miglioramento dell'autostima;
 - 10) l'aumento delle "energie psichiche";
 - 11) la neutralizzazione degli effetti dello stress;
 - 12) la neutralizzazione degli effetti dell'ansia;
 - 13) lo sviluppo di una maggiore predisposizione ai rapporti sociali.

In pazienti ammalati di cancro si è rilevato un aumento delle cellule T e delle *natural killer* (NK), importantissime per contrastare tale patologia così come le infezioni virali, proprio grazie al ricorso alla terapia del sorriso. Una ricerca della Indian State University dal titolo "L'effetto della risata sullo stress e la citotossicità della cellula *natural killer*" conferma l'incremento dell'attività delle "cellule assassine" in seguito ai miglioramenti dell'umore. Un'ultima interessante applicazione di questa cura e attività di prevenzione è quella delle malattie cardiovascolari. Infatti uno studio

condotto a Baltimora dall'Università del Maryland e presentato a Orlando in Florida all'inizio del 2005, in occasione del convegno annuale dell'American College of Cardiology, uno degli appuntamenti abituali più importanti per i cardiologi di tutto il mondo, ha comprovato che la risata è in grado di aumentare l'espansione del rivestimento interno dei vasi sanguigni (endotelio) esattamente come succede con l'esercizio fisico. Infatti, gli impulsi piacevoli che produce la risata arrivano alla corteccia cerebrale da dove sono inviati al sistema limbico e all'ippocampo che a loro volta risvegliano la produzione di endorfine, cioè i mediatori chimici responsabili dello stato di eccitamento. Questi mediatori agiscono direttamente sull'endotelio favorendone la dilatazione. In questo modo si attua una prevenzione dell'aterosclerosi e si riducono i rischi di infarto e ictus. Praticamente le modificazioni fisiologiche apportate da una sana serie di risate sono paragonabili a quelle che si hanno come conseguenza di un'attività aerobica.

EFFETTI DI UN SORRISO

*“Arricchisce chi lo riceve, senza impoverire chi lo dona.
Un sorriso non costa nulla e produce molto:
non dura che un istante, ma nel ricordo può essere eterno.
Nessuno è così ricco da poterne fare a meno
e nessuno è così povero da non meritarselo.
Creatore di felicità in casa, negli affari è un sostegno,
è il segno sensibile dell'amicizia profonda.
Un sorriso dà riposo alla stanchezza,
nello scoraggiamento rinnova il coraggio,
nella tristezza è consolazione,
è l'antidoto naturale di tutte le nostre pene.
Ma è un bene che non si può comperare,
nè rubare, nè prestare,
poichè solo ha valore dall'istante in cui si dona.
Se poi incontrerete talora chi l'aspettato sorriso a voi non dona,
siate generosi e date il vostro,
perchè nessuno ha tanto bisogno di sorriso
come chi ad altri non sa darlo.”*

L'emozione è una condizione complessa che sorge in risposta a determinate esperienze affettivamente connotate. È un comportamento rispondente ad uno stimolo scatenante.

Secondo Darwin la nostra capacità di provare emozioni può essersi sviluppata attraverso la selezione naturale, per i suoi vantaggi in termini di sopravvivenza e di riproduzione; pertanto Darwin sosteneva l'esistenza di emozioni primarie, universali, innate

In linea molto generale possiamo dire che il provare emozioni provoca nell'individuo dei cambiamenti a livello fisiologico, espressivo e cognitivo.

A livello fisiologico si verifica un'attivazione del sistema nervoso simpatico che produce reazioni somatiche consistenti nell'aumento del battito cardiaco e della frequenza respiratoria, nella dilatazione pupillare, nella traspirazione cutanea, nell'incremento dell'afflusso ematico ai muscoli.

A livello espressivo, si hanno notevoli variazioni della mimica facciale secondo configurazioni tipiche e abbastanza specifiche in relazione all'emozione provata.

A livello cognitivo si ha una interpretazione consapevole dell'emozione provata ed una corrispondente rappresentazione.

Secondo alcuni autori la capacità di riconoscere le emozioni in altre persone è universale, ma non necessariamente innata (esperienze di apprendimento tipiche della specie)

Tra i tanti dibattiti vi è riguardato la natura innata vs appresa delle emozioni, alle quali ha contribuito lo stesso Darwin, inaugurando un filone di ricerche transculturali e sull'età evolutiva, che hanno impegnato nei decenni scorsi molti ricercatori tra cui Ekman e Friesen.

Nel 1971 Ekman e Friesen recuperando le tesi di Darwin, svolsero una ricerca interculturale attraverso le più diverse forme di civiltà per provare l'esistenza di alcune manifestazioni emotive originali per la specie, chiamate emozioni primarie o di base, all'interno di tutta l'umanità e indipendenti dal contesto socio-culturale della persona.

L'espressione dell'emozione avviene attraverso l'attivazione di determinati muscoli, negli animali come nell'uomo.

Quest'ultimo però possiede una maggiore abilità nell'articolazione delle espressioni facciali tramite 46 muscoli.

il sistema inventato da Ekman e Friesen, il Facial Action Coding System (FACS) hanno identificato come universali e geneticamente determinate le cosiddette emozioni di base,

Le emozioni primarie o di base sono:

rabbia, generata dalla frustrazione che si può manifestare attraverso l'aggressività;

paura, emozione dominata dall'istinto che ha come obiettivo la sopravvivenza del soggetto ad una situazione pericolosa;

tristezza, si origina a seguito di una perdita o da uno scopo non raggiunto;

gioia, stato d'animo positivo di chi ritiene soddisfatti tutti i propri desideri;

sorpresa, si origina da un evento inaspettato, seguito da paura o gioia;

disprezzo, sentimento e atteggiamento di totale mancanza di stima e disdegnato rifiuto verso persone o cose, considerate prive di dignità morale o intellettuale;

disgusto, risposta repulsiva caratterizzata da un'espressione facciale specifica.

Emozioni secondarie o derivate:

Sono emozioni "derivate" che dipenderebbero maggiormente dalla cultura e dall'apprendimento. Originano dalla combinazione delle emozioni primarie e si sviluppano con la crescita dell'individuo e con l'interazione sociale.

Sono dette anche "complesse" perchè aggiungono una valutazione di se stessi in uno specifico contesto.

Esse sono:

allegria: sentimento di piena e viva soddisfazione dell'animo;

invidia: stato emozionale in cui un soggetto soffre per il bene altrui;

vergogna: reazione emotiva che si prova in conseguenza alla trasgressione di regole o immagini sociali;

ansia: reazione emotiva dovuta al prefigurarsi di un pericolo ipotetico, futuro e distante;
rassegnazione: disposizione d'animo di chi accetta pazientemente un dolore, una sfortuna;
gelosia: stato emotivo che deriva dalla paura di perdere qualcosa che appartiene già al soggetto;
speranza: tendenza a ritenere che fenomeni o eventi siano gestibili e controllabili e quindi indirizzabili verso esiti sperati come migliori;
perdono: sostituzione delle emozioni negative che seguono un'offesa percepita (es. rabbia, paura) con delle emozioni positive (es. empatia, compassione);
offesa: danno morale che si arreca a una persona con atti o con parole;
nostalgia: stato di malessere causato da un acuto desiderio di un luogo lontano, di una cosa o di una persona assente o perduta, di una situazione finita che si vorrebbe rivivere;
rimorso: stato di pena o turbamento psicologico sperimentato da chi ritiene di aver tenuto comportamenti o azioni contrari al proprio codice morale;
delusione: stato d'animo di tristezza provocato dalla constatazione che le aspettative, le speranze coltivate non hanno riscontro nella realtà.

La rabbia:

Rappresenta la tipica reazione alla frustrazione e alla costrizione, sia fisica che psicologica. Ancor più delle circostanze concrete del danno, quello che più pesa nell'attivare la rabbia sembra essere la volontà che si attribuisce all'altro di ferire e l'eventuale possibilità di evitare l'evento o situazione frustrante. Come per tutte le emozioni, la rabbia è accompagnata da mutamenti di pensiero, di comportamento e di funzionamento fisico.

Contro chi ci si arrabbia?

L'emozione della rabbia può essere definita come la reazione che consegue ad una precisa sequenza di eventi:

- Stato di bisogno
- Oggetto che si oppone alla realizzazione di tale bisogno
- Attribuzione a tale oggetto dell'intenzionalità di opporsi
- Assenza di paura verso l'oggetto frustrante
- Forte intenzione di attaccare, aggredire l'oggetto frustrante
- Azione di aggressione che si realizza mediante l'attacco

Destinatari finali fondamentali della nostra rabbia:

Oggetto che provoca la frustrazione

Un oggetto diverso rispetto a quello che provoca la frustrazione (spostamento dell'obiettivo originale)

Verso se stessi, trasformandosi in autolesionismo ed autoaggressione.

Le modificazioni psicofisiologiche che si manifestano attraverso la potente impulsività e la forte propensione all'agire, sono funzionali alla rimozione dell'oggetto frustrante.

La rabbia è sicuramente uno stato emotivo che aumenta nell'organismo il propellente energetico utilizzabile per passare alle vie di fatto, siano queste azioni oppure solo espressioni verbali.

La rimozione dell'ostacolo può avvenire sia attraverso l'induzione della paura e la conseguente fuga, sia mediante un violento attacco.

Nell'animale: la rabbia precede l'attacco perchè qualcosa li spaventa, perchè sono aggrediti da predatori, per avere la meglio sul rivale sessuale, per cacciare un intruso dal territorio o per difendere la propria prole.

Negli uomini: i motivi riguardano maggiormente la frustrazione di attività che erano connesse con l'immagine e la realizzazione di sé. Lo scopo in questo caso sembra più rivolto a modificare un comportamento che non si ritiene adeguato.

Come gestire la rabbia

Aumentare la consapevolezza dei propri sentimenti e comportamenti.

Comunicare in maniera assertiva

Assumersi la responsabilità delle proprie emozioni e reazioni.

Essere consapevoli che il proprio modo di comportarsi influirà sui successi o fallimenti.

Ascoltare il proprio dialogo interiore: ciò che dici a te stesso inciderà sui tuoi pensieri e sulle tue emozioni.

Sviluppare risorse e un sistema di sostegno sociale a volte a favorire cambiamenti positivi.

Aumentare la cura di sé: coloro che hanno cura di sé sono più soddisfatte di come sono, hanno maggior energia e più probabilità di essere felici.

Sviluppare una buona autostima.

Sviluppare risposte alternative positive per contrastare le precedenti reazioni di rabbia.

Esercitarsi, provando nuove risposte. Tenere un diario per registrare e rinforzare i cambiamenti. Il diario aiuterà anche a chiarire le questioni che richiedono una risoluzione ulteriore, e a individuare modelli disfunzionali che impediscono i progressi e i cambiamenti desiderati.

Definizione di Empatia

Con il termine empatia si intende la capacità di immedesimarsi con gli stati d'animo e con i pensieri delle altre persone, sulla base della comprensione dei loro segnali emozionali, dell'assunzione della loro prospettiva soggettiva e della condivisione dei loro sentimenti (Bonino, 1994).

A livello neurobiologico, la comprensione della mente e dei vissuti dell'altro è sostenuta da una particolare classe di neuroni, definiti neuroni specchio: partecipare come testimoni ad azioni, sensazioni ed emozioni di altri individui attiva le stesse aree cerebrali di norma coinvolte nello svolgimento in prima persona delle stesse azioni e nella percezione delle stesse sensazioni ed emozioni (Gallese, 2005).

Empatia: cenni storici

Il termine empatia era usato nell'antichità per indicare il rapporto emozionale di partecipazione che legava nell'antica Grecia l'autore – cantautore (aedo)- al suo pubblico. Empatia significava sentirsi dentro l'altro, sperimentare il modo in cui l'altra persona vive un'esperienza.

Empatia e Neuroni Specchio

Per Gallese, uno degli scienziati italiani scopritori dei neuroni specchio, alla base dell'empatia ci sarebbe un processo di 'simulazione incarnata' (Gallese, 2006), vale a dire un meccanismo di natura essenzialmente motoria, molto antico dal punto di vista dell'evoluzione umana, caratterizzato da neuroni che agirebbero immediatamente prima di ogni elaborazione più propriamente cognitiva.

Ecco come lo descrive l'autore:

“Percepire un'azione – e comprenderne il significato – equivale a simularla internamente. Ciò consente all'osservatore di utilizzare le proprie risorse per penetrare il mondo dell'altro mediante un processo di modellizzazione che ha i connotati di un meccanismo non conscio, automatico e prelinguistico di simulazione motoria. [...] Quando vedo qualcuno esprimere col proprio volto una data emozione e questa percezione mi induce a comprendere il significato emotivo di quell'espressione, non conseguo questa comprensione necessariamente o esclusivamente grazie a un argomento per analogia. L'emozione dell'altro è costituita dall'osservatore e compresa grazie a un meccanismo di simulazione che produce nell'osservatore uno stato corporeo condiviso con l'attore di quella espressione. È per l'appunto la condivisione dello stesso stato corporeo tra

Intelligenza emotiva

Il concetto di intelligenza emotiva fu introdotto da Salovey e Mayer (1990) per descrivere “la capacità che hanno gli individui di monitorare le sensazioni proprie e quelle degli altri, discriminando tra vari tipi di emozione ed usando questa informazione per incanalare pensieri ed azioni”.

Il termine fu poi reso maggiormente popolare da Goleman mediante la pubblicazione del suo libro *Intelligenza emotiva* (1995) che descrive l’intelligenza emotiva come un insieme di competenze o caratteristiche che sono fondamentali per affrontare con successo la vita: autocontrollo, entusiasmo, perseveranza e capacità di automotivarsi.

In seguito, Mayer e Salovey (1997) estesero la definizione includendo anche la capacità di percepire le emozioni, confrontare emozioni e sensazioni, capire le informazioni che derivano da queste emozioni ed essere in grado di maneggiarle.

Bar-On (1997, 2000) nel suo modello teorico definisce l’intelligenza emotiva come una somma di competenze emozionali e sociali che determinano le modalità mediante le quali una persona si relaziona a se stesso e agli altri per fronteggiare le pressioni e le richieste ambientali.

Secondo Goleman (1995), Mayer e Salovey (1997) l’intelligenza emotiva comprende cinque ambiti:

- conoscere le proprie emozioni
- maneggiare le proprie emozioni
- motivare se stessi
- riconoscere le emozioni degli altri
- utilizzare le competenze sociali nell’interazione con gli altri

Il bisogno è la manifestazione di uno squilibrio, uno stato di necessità in cui l'equilibrio ha subito una rottura, è inteso anche come una lacuna (mancanza di qualcosa) che se non colmata fa scaturire un problema o uno stato di disagio.

Di solito i bisogni vengono scaturiti: dalle esigenze umane; dalle condizioni di necessità; dalla mancanza di benessere; dalla carenza di qualcosa.

Il bisogno va inteso come uno stato di carenza che determina una spinta per l'organismo a rapportarsi con l'ambiente.

DEFINIZIONE DEL CONCETTO DI BISOGNO

P. Kotler

bisogno generico: *“sensazione di mancanza provata rispetto a una soddisfazione generale legata alla condizione umana”* (è la sensazione di mancanza rispetto ad uno stato ideale di soddisfazione; cioè è il classico stato di insoddisfazione generico, senza riferimento ad un particolare bene);

Desiderio: *“un modo particolarmente chiaro di esplicitare un bisogno”* (cioè si fa riferimento ad uno specifico bene o servizio per soddisfare il bisogno);

domanda potenziale: *“un desiderio accompagnato da un potere di acquisto”*.

J.M. Keynes

bisogni assoluti: *“quelli che sentiamo qualunque sia la situazione altrui”* (di solito sono Saturabili);

bisogni relativi: *“quelli la cui soddisfazione è in qualche modo dipendente da un rapporto di relazione con gli altri”* (cioè deriva dal rapporto che abbiamo con le altre persone; sono Insaturabili).

L. Abbott T. (& Levitt)

bisogno generico: (vedi P. Kotler; è Insaturabile)

bisogno derivato: *“è la risposta tecnologica particolare (il bene) data al bisogno generico”* (per es. il bisogno di una macchina da scrivere in risposta al bisogno di scrivere le lettere non a mano; naturalmente risente del ciclo di vita del prodotto e del progresso tecnologico).

Abraham Maslow (1900 – 1970)

Psicologo statunitense. Fondatore della Psicologia Umanistica e, nel 1964 della rivista “Journal of Umanitic Psychology”.

Iniziò la propria carriera come psicologo sperimentalista, interessandosi soprattutto del problema della motivazione.

Tra il 1943 e il 1954 Maslow concepì il concetto di “gerarchia dei bisogni o necessità” e la divulgò nel libro *Motivation and Personality* del 1954.

Questa scala di bisogni è suddivisa in cinque differenti livelli, dai più elementari (necessari alla sopravvivenza dell'individuo) ai più complessi (di carattere sociale).

Questa scala è internazionalmente conosciuta come “La piramide di Maslow”.

Essa parte dal presupposto che, una volta che un individuo percepisce un bisogno, pone in essere gli strumenti ritenuti più adatti a soddisfarlo.

I livelli di bisogno concepiti sono:

- Bisogni fisiologici (fame, sete, ecc.)
- Bisogni di salvezza, sicurezza e protezione
- Bisogni di appartenenza (affetto, identificazione)
- Bisogni di stima, di prestigio, di successo
- Bisogni di realizzazione di sé (realizzando la propria identità e le proprie aspettative e occupando una posizione soddisfacente nel gruppo sociale).

Secondo tale teoria i bisogni percepiti dall'individuo sono raggruppabili in cinque diverse categorie e sono organizzati secondo una precisa gerarchia, per cui un bisogno non è motivante per un individuo se questi non ha prima soddisfatto i bisogni di livello inferiore nella scala gerarchica.

Alla base della piramide vi sono i bisogni fisiologici, cioè quei bisogni legati alla stessa sopravvivenza dell'uomo (fame, sete, riposo, riparo). Tali bisogni sono i primi a dover essere soddisfatti.

Seguono poi i bisogni di sicurezza intesa sia come sicurezza fisica che come bisogno di stabilità del lavoro. Sostanzialmente si tratta di bisogni legati al desiderio di protezione e di tranquillità.

Un gradino più sopra nella scala dei bisogni, troviamo quelli sociali, ovvero il senso di **appartenenza** al gruppo, il bisogno di essere accettati dagli altri, di ricevere amicizia ed affetto. Poi vengono i bisogni di stima intesa sia nel senso di stima degli altri che di autostima.

All'ultimo livello della piramide ci sono i bisogni di autorealizzazione che consistono nel voler essere ciò che si desidera in base alle proprie capacità e alle proprie aspirazioni e nel voler occupare una posizione soddisfacente nel gruppo.



Approccio marxista:

Marx considera il bisogno come prodotto sociale, determinato dal sistema economico-strutturale della società. Perciò distingue i bisogni in *radicali* e *solubili*.

Il marxismo asserisce che il sistema deve di volta in volta adattarsi alle realtà storiche, alle dinamiche della popolazione. I bisogni rimangono comunque qualcosa di pre-determinato di totalmente condizionato dalla società.

Parsons

Presenta dei rilevanti punti di contatto con la teoria marxista sui bisogni, in quanto anche Parsons pone al centro della sua ottica il sistema sociale, le istituzioni, che sono i reali soggetti del bisogno.

Il sistema difatti stabilisce razionalmente valori e norme, e quindi pre-determina i ruoli a cui tutti dovrebbero adeguarsi.

Per comprendere cos'è il bisogno dobbiamo considerare

- la realtà storico-sociale-istituzionale in cui il bisogno si inserisce;
- il sistema di relazioni (di induzione e di creazione di nuovi bisogni) entro il quale l'assistente sociale si muove;

- le situazioni concrete di vita in cui i bisogni nascono e si sviluppano del soggetto che ne è titolare;
- gli standard di benessere, la qualità della vita, ed altri concetti quali: aspirazioni, motivazioni, diritti di cittadinanza, ecc., ai quali le istituzioni si rapportano per la rilevazione e la misurazione dei bisogni stessi.

La percezione del disagio

Il *disagio* è una discrepanza tra uno stato o una condizione attuale, ed uno stato cui si aspirerebbe o in cui ci si vorrebbe trovare.

L'*aspettativa* è quindi il prodotto di un certo stato d'animo, ma è anche proiezione verso il futuro in quanto prefigurazione di uno stato migliore.

Una volta percepito il bisogno scatta un meccanismo di attribuzione di significato a quel malessere tanto da regolare il tipo di aspettative.

Secondo Cooper (1985) i bisogni primari di un bambino, che devono essere soddisfatti per garantirgli una sana crescita fisica e psicologica sono 7:

1. **Assistenza fisica basilare:** calore, riparo, cibo, riposo adeguato, igiene, protezione dai pericoli
2. **Affetto:** che comprende il contatto fisico, carezze, coccole e baci, conforto, ammirazione, gioia, tenerezza, pazienza, tempo, compagnia, approvazione
3. **Sicurezza:** continuità delle cure, nucleo familiare stabile, ambiente prevedibile, modelli coerenti di cura nella routine quotidiana, regole semplici e chiare e controlli costanti, famiglia armoniosa e rassicurante
4. **Stimolazione del potenziale innato:** incoraggiare alla curiosità e al comportamento esplorativo, promuovere lo sviluppo di competenze, rispondere alle necessità di giocare, favorire le opportunità formative
5. **Guida e controllo:** insegnare con pazienza un adeguato comportamento sociale in modo comprensibile dal bambino, un modello che possa copiare, per esempio, l'onestà e la gentilezza verso gli altri
6. **Responsabilità:** in un primo momento per le piccole cose, come la cura di sé, prendersi cura dei propri giocattoli, con piccoli semplici compiti come apparecchiare per il pasto, e gradualmente portare il bambino a elaborare decisioni in maniera adeguata, acquisendo esperienza attraverso gli errori così come gli sforzi e ricevendo lodi di incoraggiamento per spronarlo a fare meglio
7. **Indipendenza:** per iniziare prendendo decisioni su piccole cose ma sempre sui vari aspetti della sua vita entro i confini della famiglia e dei codici della società. I genitori devono incoraggiare l'indipendenza mostrando e lasciando provare al bambino il risultato delle cose che compie "da solo"

Il termine progettazione si riferisce ad un processo cognitivo e ad una attività che si esprime in modi diversi e che è presente in molteplici ambiti. Si progetta nel gioco, nel tempo libero e nei contesti lavorativi (nelle industrie, nelle scuole, nei servizi socio-sanitari, nei sindacati, ecc.).

I progetti assumono, inoltre, molteplici forme, come ad esempio programmi, progetti di ricerca, il prototipo di una nuova automobile.

La progettazione nel sociale è caratterizzata da alcuni fattori:

- dal fatto che si producono interventi di “aiuto” alle persone “beneficarie”, finalizzati a produrre non manufatti o cambiamenti di tecnologie ma cambiamenti a livello personale e sociale;
- dalle forti valenze valoriali, affettive ed etiche connaturate al lavoro;
- dall'alta presenza di personale professionista (educatori, sociologi, psicologi, medici, insegnanti, ecc.);
- dal fatto che quasi sempre i progetti sociali richiedono e sono realizzati grazie all'interazione di una pluralità di organizzazioni (“organizzazione a rete”) ed istruzioni private e pubbliche;
- dalla forte dipendenza del settore dai finanziamenti pubblici.

La progettazione va vista come un **processo di cambiamento sociale e di trasformazione**.

La progettazione è un processo scientifico vero e proprio:

- parte da **presupposti (Ipotesi)**
- prevede **sperimentazione (Risultati)**
- si aspetta **nuovi presupposti (Nuova Ipotesi)**.

Nel progettare è importante considerare alcune **tappe logiche del processo, ovvero alcuni punti da considerare** che devono obbligatoriamente essere presi in considerazione e il progettista deve sempre averli chiari in testa.

Volendo raffigurare sommariamente il percorso progettuale, possiamo dire che all'interno di un contesto di riferimento, può emergere un **bisogno**, a cui si cerca di dare **risposte attraverso un progetto**, che ha degli **obiettivi predefiniti** e che darà dei **risultati**, i quali si possono dividere in *output* e *outcome*.

L'output è il prodotto del progetto, quello che si è realizzato concretamente, mentre **l'outcome** rappresenta l'impatto dei risultati del progetto sui bisogni iniziali, e come questi si siano ridotti grazie all'intervento messo in campo.

Cosa non deve mancare mai in un progetto:

La prima cosa da fare è l'individuazione di un bisogno nel contesto di riferimento, e quindi bisogna chiarire:

- 1) il contesto di riferimento (es.: una provincia, un comune, un distretto socio sanitario o altro);
- 2) il bisogno, cioè la carenza che è stata riscontrata (es.: nella città di XYZ manca uno sportello di ascolto per genitori con figli adolescenti).

Si passa poi all'**Ideazione o Analisi del bisogno, ovvero il perchè si scrive quel progetto**

Di solito è il primo punto che si incontra nei formulari, e potrebbe essere chiamato con nomi come “premessa” per esempio. In realtà, è probabilmente il punto più importante di tutto il progetto, perchè è qui che si deve scrivere perchè si scrive il progetto o, meglio, *perchè si scrive proprio quel progetto e non altri*.

Un progetto infatti parte necessariamente da un bisogno che si rileva, a cui dovrebbe cercare di dare una risposta: in questa fase lo si deve specificare chiaramente e con poche parole.

In breve quindi possiamo dire che *la natura dell'intervento che si propone deve avere la stessa natura del bisogno riscontrato. Se il bisogno è di tipo informativo, la risposta dovrà essere di tipo informativo, se il bisogno è di tipo assistenziale allora ci si dovrà organizzare per una risposta assistenziale, e così via.*

In questa parte del progetto bisognerà esporre in sintesi la definizione e l'analisi del problema, esplicitando i seguenti punti:

- Qual è il problema
- Qual è la definizione del problema
- Come si manifesta il problema
- Quali sono le cause del problema
- Per chi e perchè è rilevante
- Qual è la sua entità
- Perchè si ritiene importante intervenire
- Quali altri problemi genera
- Chi nella comunità si sta già occupando di questo problema.

È necessario acquisire o possedere sia una conoscenza generale del problema, sia una conoscenza di come esso si manifesta e delle sue peculiarità nel gruppo o territorio dove si svolgerà l'intervento. Ad esempio, se il problema fosse la difficoltà di inserimento lavorativo dei giovani disabili, la conoscenza generale riguarderebbe:

- innanzi tutto la definizione di *disabilità*,
- *i vari tipi di disabilità*
- *le relative limitazioni che posso influire sulle prestazioni collegate alle diverse attività lavorative,*
- *le diverse leggi in materia,*
- il numero dei disabili occupati nei diversi settori,
- il numero dei disabili disoccupati a livello nazionale ecc.,
- mentre la conoscenza collegata al territorio dovrebbe riguardare:
- il numero dei giovani disabili nel territorio,
- il loro tipo di *disabilità*,
- *quanti di loro sono occupati*
- *dove e quanti potrebbero esserlo.*

Identificazione degli obiettivi

Il passo successivo riguarda la definizione delle **finalità** e **degli obiettivi**. Non sono la stessa cosa, e la differenza è sostanziale.

Le **finalità** sono gli scopi generali, le aspirazioni ideali a cui il progetto tende; sono per definizione *astratte e generiche*.

Gli **obiettivi** sono invece *concreti, pratici, e definiti*.

Ad esempio, in un progetto sulla tutela dell'ambiente:

finalità: sensibilizzare la popolazione al rispetto dell'ambiente e alla raccolta differenziata

obiettivo 1: fornire a tutti gli uffici della città contenitori differenziati per le diverse tipologie di rifiuti;

obiettivo 2: raccogliere, entro i primi 6 mesi di sperimentazione, almeno 1 tonnellata di ogni materiale riciclabile (carta, vetro, alluminio, ecc.)

Quando si scelgono e si definiscono gli obiettivi bisogna preoccuparsi che essi siano rilevanti rispetto al problema da cui si è partiti, ragionevolmente raggiungibili e, per gli obiettivi specifici, formulati chiaramente.

Dagli obiettivi devono emergere degli *indicatori adeguati*, dove per *indicatore* si intende una *variabile che, misurata, da indicazioni sull'efficacia dell'intervento*.

Se l'obiettivo è incrementare l'uso del preservativo tra i giovani, in un'area geografica come indicatore si potrebbe indicare il numero di confezioni di preservativi vendute in un certo periodo nelle farmacie del luogo.

Beneficiari dell'intervento

I beneficiari dell'intervento sono rappresentati dalla popolazione sulla quale sono attesi i cambiamenti desiderati.

Sarà importante conoscere le loro principali caratteristiche socio demografiche, come pure i valori, le credenze e le abitudini che li contraddistinguono, con particolare riguardo a quegli aspetti valoriali e comportamentali maggiormente collegati alla problematica affrontata.

Importante individuare come i beneficiari percepiscono il problema sul quale si cerca di intervenire e se ritengono desiderabile o meno il cambiamento cui mira l'intervento.

Necessario conoscere quante sono le persone che potrebbero usufruire dell'intervento in modo da determinare le risorse disponibili per il progetto, il tipo e il costo delle attività previste.

Modello di intervento e attività

Stabiliti gli obiettivi bisogna decidere cosa dovrà essere fatto per ottenere i cambiamenti desiderati nella popolazione target.

Bisogna stabilire quali sono le *attività*.

Da una parte ci sono le attività principali o primarie, che sono quelle direttamente connesse al cambiamento dei beneficiari;

dall'altra ci sono le attività secondarie che sono tutte quelle relative all'avvio del progetto stesso, come l'acquisizione risorse, preparazione materiale didattico o divulgativo, ecc., e quelle relative al contatto della popolazione bersaglio (annunci sui quotidiani, volantini, ecc.).

Valutazione

Nella fase di progettazione è sempre conveniente stabilire se, e con quali modalità, verranno intrapresi percorsi valutativi per due motivi:

- α) stabilite i costi e le risorse necessarie alla valutazione e includerli nei costi dell'intervento;
- β) qualora si voglia procedere alla valutazione dell'efficacia; in tal caso, per capire se gli obiettivi saranno raggiunti, è necessario realizzare una ricerca valutativa che prevede la rilevazione degli indicatori sia prima sia dopo l'intervento.

Progettazione Operativa

La fase della progettazione operativa si concretizza nello sviluppare un piano per organizzare concretamente le diverse azioni. Sviluppare un piano di azione significa passare al livello organizzativo e quindi convertire il progetto in una sequenza logica di compiti e d'azioni. Significa evidenziare chi deve fare cosa e quando.

È importante realizzare uno schema temporale per stabilire in quale ordine di tempo devo essere svolte le attività e quali possono essere svolte indipendentemente dalle altre.

Stesura del Budget

Il budget è la previsione dei costi da sostenere

Progettazione partecipata

La progettazione partecipata è da considerare una specifica modalità tecnica per la trattazione di problemi e la costruzione di progetti adeguata alle finalità della legge.

Uno dei principi caratterizzanti della legge 285/97 è l'idea di un vasto coinvolgimento di attori nel processo di progettazione.

Sollecitando il coinvolgimento di un numero ampio di soggetti che operano nelle comunità locali ente pubblico, Asl, scuola, tribunale, privato sociale, volontariato e così via; di fatto invita a creare gruppi di progettazione partecipata per la costruzione dei piani territoriali.

Si tratta, infatti, di uno stile di intervento capace di coinvolgere attivamente un vasto numero di attori che, integrandosi reciprocamente, possono fornire una maggiore ricchezza e qualità alla progettazione.

Progettazione partecipata = Possibilità concessa al cittadino/abitante, in qualità di singolo individuo, sua rappresentanza o comunità locale di influire sui processi di trasformazione urbana e sui suoi esiti.

La progettazione partecipata è altresì un processo educativo e culturale che contribuisce allo sviluppo individuale e sociale dei soggetti coinvolti.

Bambini e cittadini acquisiscono conoscenze e competenze rispetto all'ambiente urbano, imparano ad apprezzare i contenuti culturali e tecnici della progettazione, comprendendone gli aspetti normativi e amministrativi, acquisiscono capacità di lettura degli elaborati.

I partecipanti discutendo e riflettendo sulla propria vita quotidiana, sviluppano comportamenti civici più "ecologici", si responsabilizzano nella cura e la gestione degli spazi aperti.

La partecipazione contribuisce qualitativamente alla progettazione di spazi urbani, valutati dagli esperti e dai residenti stessi più vivibili e rispondenti ai bisogni dei cittadini. Questo perché gli abitanti sono portatori di conoscenze, percezioni e opinioni utili sia in fase di programmazione, sia in fase di progettazione.

Concetto di anzianità

Platone affermava che soltanto alla fine della vita l'uomo acquista la saggezza e la conoscenza delle cose.

Aristotele vedeva nel raggiungimento dei cinquant'anni un Rubicone dell'esistenza, e chi superava tale soglia era avviato verso un inesorabile decadenza.

M. Tullio Cicerone nel saggio *Cato Maior de senectute* faceva riferimento all'esperienza di Catone, il quale sosteneva che la vita si arricchisce in ogni età di qualità proprie, e che sono le qualità come la saggezza, la lungimiranza e il discernimento, proprie della vecchiaia, che consentono all'uomo di compiere grandi imprese.

L'invecchiamento è, infatti, un processo naturale, inevitabile e universale che riguarda tutti gli esseri umani in tutte le culture, con importanti risvolti demografici, antropologici, sociali, psicologici.

È assai complicato stabilire l'età di ingresso nell'età anziana, dato che occorre considerare che non c'è coincidenza tra età cronologica, età biologica, età psicologica ed età sociale;

Nella odierna società col termine Terza Età ci riferiamo al periodo che va dai 65 anni in poi, periodo in cui si verificano cambiamenti fisici, psicologici e sociali

L'età di un individuo può essere valutata in molteplici modi:

In modo cronologico, attraverso il calcolo accurato degli anni di un individuo a partire dal momento registrato dalla sua nascita;

Da un punto di vista biologico (in relazione cioè alle caratteristiche somatiche e fisiologiche) dopo che si sono venuti a sviluppare una serie di stereotipi e di cognizioni scientifiche sui diversi periodi della vita;

Da un punto di vista psicologico, che corrisponde a determinati tratti della personalità e del comportamento;

Da un punto di vista sociale considerando l'età pubblica che viene attribuita ad un individuo da amici, familiari e conoscenti;

Infine, tramite l'organizzazione della vita collettiva e la divisione del lavoro, da **un punto di vista sociale**, ossia in base all'appartenenza a date classi di età definite socialmente in rapporto a ruoli corrispondenti.

Pertanto anche la definizione di "vecchiaia" di una persona è sempre multidimensionale, è un dato di fatto solo a livello biologico.

Attualmente la vecchiaia nella nostra società assume quasi sempre un significato negativo perchè la si associa alla perdita, basti pensare all'inevitabile decadimento delle funzioni organiche e mentali, alla cessazione del lavoro, ai cambiamenti delle relazioni familiari e sociali.

Tutto ciò provoca nell'anziano delle reazioni che possono sfociare in vere e proprie crisi esistenziali.

Invecchiare bene presuppone invece la comprensione e l'accettazione dei cambiamenti che si verificano in tale fase della vita, decidendo di partecipare attivamente a tali mutamenti, anzichè subirli.

La geriatria è la disciplina che studia le malattie dell'anziano e le loro conseguenze disabilitanti. Offre all'anziano un'assistenza medica (prevenzione e trattamento delle malattie)

Come afferma il sociologo P. Laslett, "...la tendenza inequivocabile, che si riscontra anche nelle organizzazioni sia professionali che volontarie per l'assistenza agli anziani, è quella di considerare le persone anziane come prive di autonomia".

L'immagine sociale consueta dell'anziano è quella di una persona:

1. negativa e non vitale,

2. passiva,
3. priva di interessi,
4. Intollerante
5. appartata,
6. oppure assume il ruolo di “nonnino” o “vecchietta” che suscitano tenerezza e a cui ci si rivolge con un atteggiamento di compassione passiva.

L'anziano allora può sentirsi frustrato perchè non riesce ad attivarsi secondo le potenzialità che ancora possiede nè a raggiungere gli obiettivi desiderati. Talvolta vive l'inattività a cui è costretto come una perdita di tempo prezioso e questo porta alla nascita di paure a volte ingiustificate, prima fra tutte quella di essere inutile. Si sviluppa in tal modo una forma di disadattamento senile, soprattutto se sopraggiungono patologie che portano a:

7. perdita dell'autostima e dipendenza sempre più dagli altri;
8. perdita di ruolo e rischio di senso di inutilità;
9. disorientamento.

Occorre ricordare che comunque le varie modificazioni del comportamento di un anziano è conseguenza degli stress precedenti non superati (perdita del partner, cessazione del lavoro, modificazione fisica, malattie...) e quindi l'anziano si adatta a queste circostanze assumendo atteggiamenti negativi.

Ciò che conta dunque è far capire all'anziano che l'invecchiamento è un fattore biologico e quindi se si vuol vivere a lungo bisogna anche invecchiare, senza considerare la vecchiaia come una malattia ma una semplice fase di vita che non si può omettere.

Il ruolo ricoperto dall'animatore sociale

Il ruolo ricoperto dall'animatore è quello di promuovere il mantenimento nelle attività dei soggetti.

Per individuare quali possono essere le attività in di animazione per persone anziane si devono tener presente di una serie di bisogni fondamentali sui quali impostare le azioni:

- **bisogno di relazioni:** La difficoltà di socializzazione può essere causata da un disagio psichico quale la depressione, o dalla progressiva perdita di ruoli in ambito sia familiare, sia tra amici e sia sul lavoro, venendo così a creare nell'anziano un senso di vuoto sociale difficile da colmare;
- **bisogno di integrazione:** L'isolamento dell'anziano, oltre a cause economiche o sanitarie, può essere dovuto dall'incapacità di relazionare e di coinvolgersi socialmente
- **bisogno di un ruolo sociale ben definito:** I nuovi ruoli che vengono assegnati agli anziani sono poco definiti e non ottengono lo stesso riconoscimento che l'anziano stesso aveva nel ruolo produttivo precedente. La perdita di questi ruoli può causare crisi di identità e per l'anziano è fondamentale quindi ritrovare in questi nuovi ruoli attribuiti una nuova immagine di sé gratificante e socialmente significativa;
- **bisogno di essere ascoltato:** la mancanza di ascolto può portare l'anziano nello sconforto poichè non si sente corrisposto nella sua esistenza; la soddisfazione di tale bisogno però può trovare difficoltà nel momento in cui l'anziano si priva delle relazioni e si isola
- **bisogno di tenere in esercizio le capacità mentali:**
- **bisogno di ritmi propri:** ogni età ha un ritmo, un'armonia propria e gli anziani dovrebbero seguire un ritmo naturale non necessariamente iperattivo nè giovanilistico e disarmonico;
- **bisogno di ambienti vivibili e sicuri:** bisogno di progettare: anche nell'anzianità è importante mantenere un atteggiamento di progettazione della propria vita, spingendoci a superare gli ostacoli dell'esistenza proiettandoci nel futuro.
- **bisogno di progettare:** anche nell'anzianità è importante mantenere un atteggiamento di progettazione della propria vita, spingendoci a superare gli ostacoli dell'esistenza proiettandoci nel futuro

La riabilitazione per gli anziani sono dirette al recupero funzionale e sociale dei soggetti affetti di minorazioni fisiche, psichiche e sensoriali dipendenti da qualsiasi causa.

L'assistenza all'anziano può realizzarsi in varie forme: Assistenza in ospedale, nelle case di riposo, nei centri diurni e assistenza domiciliare.

Esistono diversi tipi strutture medico-sanitarie e residenziale per anziani autosufficienti, non autosufficienti o parzialmente autosufficienti. Vediamo le differenze principali tra

Residenza Sanitaria Assistenziale (RSA),

Casa di Cura

Casa di Riposo.

Definizione di RSA

La RSA (Residenza Sanitaria Assistenziale) è una struttura sanitaria non ospedaliera. Si occupa di offrire assistenza a persone non autosufficienti che necessitano assistenza sanitaria avanzata e cure mediche specialistiche. A differenza della Casa di riposo o di cura, le RSA sono pensate come strutture para-ospedaliere, dove alle terapie si può associare anche l'assistenza psicologica.

Sono inoltre previste attività ricreative da parte di animatori, per stimolare e mantenere attivi l'intelletto e la creatività degli ospiti.

Una RSA garantisce quindi le cure, l'assistenza medica, infermieristica e riabilitativa. Vengono svolte anche attività ricreative e sociali, vengono forniti i pasti, l'igiene di base e tutto ciò che è necessario alle persone degenti non autosufficienti.

Casa di Cura

La Casa di Cura è anch'essa una struttura sanitaria residenziale, rivolta ad anziani che siano almeno parzialmente autosufficienti e affetti da patologie acute o gravi che necessitino l'assistenza di personale sanitario specializzato. Si tratta di una struttura pensata per accogliere anziani parzialmente autosufficienti ma affetti da patologie acute, che devono essere seguiti da personale sanitario specializzato, oltre che dagli operatori sociosanitari.

Anche qui abbiamo a disposizione attività ricreative e sociali. La Casa di Cura ospita personale medico-sanitario ma non è coperta 24 ore su 24 come la RSA. Si posiziona esattamente a metà tra la RSA e la Casa di Riposo.

Differenza tra RSA e Casa di Cura

La differenza principale tra una RSA e una Casa di Cura sta nel fatto che all'interno di una RSA è sempre presente un medico 24 ore su 24, un infermiere ogni 5 assistiti e un terapeuta ogni 40 assistiti.

Casa di Riposo

La Casa di Riposo è una struttura residenziale socio-assistenziale adatta ad anziani autosufficienti di grado lieve. destinata agli anziani che sono, almeno in parte, ancora autosufficienti. La Casa di riposo è quindi adatta a quelle persone che non possono o non vogliono più abitare da sole e rappresenta una possibilità per stare insieme a dei coetanei che vivono la stessa condizione. È il posto adatto per chi vuole stare in compagnia, frequentare coetanei, svolgere attività sociali e ricreative. Ogni ospite ha una propria stanza con tutti i servizi necessari (in alcuni casi anche stanze doppie).

L'assistenza sanitaria di base è garantita, come anche i pasti, la fisioterapia e la ginnastica, il servizio di lavanderia e tutte le necessità di base.

Diverse figure medico-sanitarie e socio-sanitarie sono a disposizione degli ospiti, ma non c'è la copertura H24 come in RSA. La Casa di Riposo ha più le caratteristiche di una struttura residenziale per anziani, senza far mancare l'assistenza sanitaria di base e tutti i servizi necessari.

OBIETTIVI GENERALI:

- Continuare a migliorare la qualità della vita degli ospiti
- Stimolare e mantenere le abilità residue degli ospiti (cognitive, fino-motorie, relazionali e sociali)
- Rispondere ai loro bisogni di autostima (essere riconosciuti come persone ancora in grado di dire e fare)
- Aiutarli a sentirsi ancora parte del “mondo”

OBIETTIVI SPECIFICI

- Favorire la socializzazione
- Stimolare la solidarietà e l'assunzione di compiti e piccole responsabilità, senza ansia, per favorire il senso di utilità
- Cercare per quanto possibile momenti di dialogo personale con i singoli ospiti

ATTIVITÀ DELLA SETTIMANA:

GIOCHI COGNITIVI Sono stati attuati con successo il gioco dei quiz, indovinelli e proverbi

Stimolano un sano gusto della sfida per rispondere esattamente e contribuiscono a creare un clima divertente e sereno.

Questi giochi rappresentano anche un modo per recuperare in modo divertente i ricordi e i proverbi diventano anche occasione per parlare di alcuni aspetti della loro vita passata o dell'attualità creando un confronto su tematiche varie (cultura, vita sociale, vita familiare) facendo così emergere il loro patrimonio umano e culturale che c'è e che loro stessi sembrano aver dimenticato.

È opportuno incentivarli a giocare anche a carte o dama nei momenti in cui non è presente l'animatore

OBIETTIVI

Mantenere e stimolare le risorse cognitive e ritardarne il decadimento

Migliorare l'autostima

Socializzazione

Favorire l'attenzione e la concentrazione

RISORSE

Animatore

STRUMENTI E MATERIALI

Indovinelli e proverbi

Quiz

Giochi con le carte

Dama

Memory

LABORATORI ARTISTICO-ESPRESSIVI il laboratorio è un momento in cui l'atto creativo piacevole per se stesso, diventa un modo con cui l'ospite oltre a mantenere attive le capacità fino-motorie può provare il piacere della creazione e attraverso l'utilizzo di diversi materiali mantenere attiva la propria mente, il suo gusto estetico e le emozioni.

Per l'operatore diventa un modo per conoscere meglio gli ospiti e coglierne il vissuto interiore, e per gli ospiti un modo anche per comunicare e socializzare tra loro.

OBIETTIVI:

Stimolo e mantenimento abilità fino-motoria

Stimolo e mantenimento abilità cognitive

Socializzazione

Migliorare la conoscenza dell'ospite da parte dell'operatore

Migliorare l'autostima e il senso di efficacia

RISORSE

Animatore

STRUMENTI E MATERIALI

Pennarelli, pastelli a cera, matite colorate, cartoncini colorati, colla, carta crespa ecc.

MODALITÀ

Creare un clima tranquillo con una musica di sottofondo adatta per stimolare il pensiero creativo e la fantasia mettendo la persona nelle condizioni idonee a trovare piacere in ciò che farà.

LETTURA GIORNALE È un momento in cui gli ospiti possono relazionarsi fra loro su argomenti di cui non hanno occasione di parlare abitualmente.

È uno spunto anche per ricollegarsi alla loro storia passata e un momento in cui creare confronto ma anche condivisione e scoprire nuove cose sugli altri ospiti approfondendo la conoscenza reciproca.

OBIETTIVI

Stimolazione cognitiva

Socializzazione

Scambio di opinioni e confronto sui temi scelti

Sentirsi parte del mondo perchè si viene a conoscenza di cosa avviene fuori dalla residenza

Favorire l'autostima facendo percepire l'importanza del loro punto di vista

RISORSE

Animatore

STRUMENTI E MATERIALI

Giornale

MODALITÀ

Si prenderà spunto dalla lettura di uno o più articoli scelti insieme da commentare

Con il termine **Demenza** si designa un insieme di condizioni cliniche che interferiscono sulle funzioni cognitive, causando disturbi di memoria, linguaggio e ideazione causate da differenti patologie a carico del cervello.

La malattia di Alzheimer **Rappresenta la causa più comune di demenza** nella popolazione anziana dei paesi occidentali. E' una malattia a decorso cronico e progressivo che colpisce circa il 5% della popolazione al di sopra dei 65 anni. E' un disturbo degenerativo del sistema nervoso, in particolare a carico della memoria e di tutte le funzioni cognitive.

Il rischio di contrarre la malattia aumenta con l'età: si stima che circa il 20% della popolazione ultra ottantacinquenne ne sia affetta. Non si tratta tuttavia di una malattia che colpisce i soli anziani, esistono infatti casi sporadici di persone che possono presentare un esordio precoce della malattia prima della quinta decade di vita.

Questa malattia prende il nome dal neurologo tedesco Alois Alzheimer (1864-1915) che nel 1907 ne descrisse per primo le caratteristiche. Il tessuto cerebrale dei soggetti da lui osservati presentava riduzione della cellule nervose e placche senili visibili anche a occhio nudo. Successivamente, con l'utilizzo di procedure di osservazione microscopica con colorazioni chimiche, evidenziò su porzioni predefinite di cervello la presenza di ammassi proteici non degradabili e solubili che compromettono la funzionalità cerebrale. La malattia evolve quindi attraverso un processo degenerativo che distrugge lentamente e progressivamente le cellule del cervello e provoca un deterioramento irreversibile di tutte le funzioni cognitive superiori, come la memoria, il ragionamento e il linguaggio, fino a compromettere l'autonomia funzionale e la capacità di compiere le normali attività quotidiane. L'inizio è generalmente insidioso e graduale e il decorso lento, con una durata media di 8-10 anni dalla comparsa dei sintomi.

Cause

Il 99% dei casi di malattia di Alzheimer è "sporadico", ossia si manifesta in persone che non hanno una chiara familiarità. Solo l'1% dei casi di malattia di Alzheimer è causata da un gene alterato che ne determina la trasmissione da una generazione all'altra. Ad oggi sono note alterazioni di tre diversi geni che possono portare alla malattia di Alzheimer. La causa sia dei casi sporadici che di quelli familiari pare risiedere in un'alterazione del metabolismo di una proteina, detta APP (proteina precursore di beta amiloide) che per ragioni ancora ignote a un certo momento della vita inizia ad essere metabolizzata in modo alterato, portando alla formazione di una sostanza neurotossica (appunto la beta amiloide) che si accumula lentamente nel cervello portando a morte neuronale progressiva.

Generalmente, le forme ereditarie hanno un'alta penetranza, cioè molte persone di una famiglia (3 o più) sono colpite dalla malattia. Inoltre, la maggior parte delle forme ereditarie esordiscono in età relativamente giovanile (prima dei 65-70 anni) e l'età di esordio dei primi disturbi è relativamente stabile all'interno della stessa famiglia.

Maggiore è il numero di persone affette nella stessa famiglia e maggiore è la probabilità che la malattia abbia una causa ereditaria, così come più l'età all'esordio è giovanile e maggiore è la probabilità.

Esistono inoltre fattori ambientali che possono giocare un ruolo importante, come ad esempio, traumi o esposizione a sostanze tossiche (alluminio, idrocarburi aromatici). Il fattore di rischio più rilevante è l'età: come ampiamente dimostrato da numerosi studi, l'incidenza e la prevalenza di questa malattia aumenta marcatamente con l'età.

La compromissione cognitiva più frequente nelle fasi iniziali della malattia è il disturbo della memoria a breve termine

Un alto grado di istruzione e un'occupazione che richieda un elevato livello di attività cognitiva sembra avere un effetto protettivo sull'insorgenza della demenza, in quanto aumenta l'efficienza dei circuiti neuronali e la cosiddetta brain reserve, ossia la capacità del cervello di attivare al bisogno circuiti neuronali alternativi. Va però sottolineato che anche persone che non abbiano un livello culturale o occupazionale elevato hanno le medesime

possibilità di proteggere la propria efficienza intellettuale mantenendosi mentalmente attivi attraverso attività che tengano il cervello in esercizio e stimolino le capacità cognitive superiori.

La comunicazione con il paziente Alzheimer

Oltre alla comunicazione verbale (linguaggio), è rilevante la comunicazione paraverbale (volume, altezza, intensità della voce, velocità dell'eloquio, fluenza)(Watzlawick 1971). v La malattia di Alzheimer colpisce tutti questi livelli della comunicazione verbale, in modo sequenziale e progressivo.

Nella vita di tutti i giorni i primi problemi di espressione che il malato può presentare all'inizio della patologia sono:

- difficoltà a ricordare i nomi
- sostituzioni di una parola con un'altra dal suono simile (male/mele, cosa/casa)
- parole dal significato simile (musica/pianoforte, forchetta/ coltello)
- utilizzo di perifrasi (anello/è una cosa che gira intorno, cravatta/ serve per vestire elegante)
- utilizzo di parole passepartout (roba, cosa)
- neologismi (parole inventate).

La **malattia di Alzheimer** sembra colpire solo tardivamente le capacità di comunicazione non verbale: le persone affette da demenza percepiscono non tanto ciò che viene detto ma come viene espresso. Inoltre, il comportamento "disturbante" è spesso l'unica forma di comunicazione che il malato riesce a proporre per esprimere un suo disagio o un suo bisogno. Il disturbo del linguaggio verbale è una conseguenza della diminuzione dei livelli semantici e pragmatici dell'elaborazione del linguaggio.

Quando avviene una conversazione con un malato di Alzheimer è indispensabile utilizzare delle tecniche per non stressare il paziente e per farsi capire il più possibile. Come in ogni tipo di comunicazione il paziente deve sentirsi al sicuro, deve avere fiducia della persona che si trova davanti e deve crearsi una sorta di empatia tra i due interlocutori.

Quando si interagisce con un paziente affetto da Alzheimer è importante scegliere bene le parole da utilizzare. La comprensione è in parte una questione di coordinamento tra le persone che comunicano tra loro e le parole usate per interloquire.

In secondo luogo bisogna adattare la comunicazione al livello di deficit di linguaggio e in base al progredire della malattia.

La prima cosa da fare quando si parla con un paziente affetto da malattia di Alzheimer è identificarsi alla persona avvicinandosi anteriormente e presentarsi, chiamando la persona per nome; se la persona è seduta o in piedi cercare di andare allo stesso livello per avere così una comunicazione di tipo orizzontale, cioè tra pari. Il paziente se in una condizione più bassa si potrebbe sentito giudicato e potrebbe non voler comunicare con voi.

1. Limitare le potenziali distrazioni

- Cerca di trovare un posto tranquillo e confortevole per parlare. Spegni la TV o qualsiasi musica riprodotta in casa.
- Se ti trovi in un bar, in un negozio o in un posto rumoroso, prendi in considerazione la possibilità di trovare un posto o un'area in un angolo tranquillo lontano dal trambusto.
- Anche semplici distrazioni come queste rendono la conversazione più difficile per tutti e possono essere particolarmente travolgenti per qualcuno con Alzheimer.

2. Parla in modo naturale e usa i gesti

- È importante parlare in modo chiaro, semplice e completo, mentre si usa una voce calma e amichevole.
- Oltre a usare la voce, cerca di comunicare usando il tuo corpo, incorporando movimenti sottili. Dimostra il tuo significato con segnali visivi o gesti. Ad esempio, se dici "Andiamo a fare una passeggiata", usa un movimento del braccio con il tuo invito.

3. Usa il tuo nome e i nomi degli altri

- Identificare te stesso e gli altri per nome piuttosto che per relazione è utile. Le persone con demenza possono essere più "presenti" in un momento precedente della loro vita. Questo potrebbe essere prima che tu fossi il loro figlio o partner.
- Piuttosto che cercare di riorientarsi verso oggi, può essere meglio dire, "Ciao, sono io, Brenda", invece di "Ciao mamma. E Brenda, tua figlia. Anche con i membri della famiglia, potresti trovare più utile chiamarli con il loro nome preferito piuttosto che con il loro titolo.

4. Parla di una cosa alla volta

- Qualcuno con demenza potrebbe non essere in grado di impegnarsi nella elaborazione mentale necessaria per mantenere una conversazione con più collegamenti. È meglio mantenerlo conciso e semplice.
- Fai domande osservazionali aperte, invece di interrogarti o fare troppe domande contemporaneamente. Se stai guardando un vecchio album fotografico, per esempio, potresti dire, "Questo è un bel vestito. Cosa ne pensi?" invece di "Ti ricordi il giorno del tuo matrimonio?" Chiedere specificamente l'abito mantiene la conversazione semplice e diretta.

5. Utilizzare segnali non verbali

- Le parole non sono l'unico modo potente per trasmettere significato e comprensione: le tue azioni fanno molto per creare una connessione. Quando la demenza è avanzata, potresti trovare più successo utilizzando la comunicazione non verbale.
- Prova a usare questi gesti non verbali nelle tue conversazioni con un genitore o una persona cara con demenza:
 - Mantenere il contatto visivo
 - Sorriso
 - Tieni la mano
 - Siediti tranquillamente ed essere "nel momento"

6. Evita domande travolgenti

- È importante offrire scelte gestibili con segnali visivi. Porre una domanda come "Cosa vorresti indossare?" può essere travolgente: presenta troppe opzioni.
- Invece, alza due camicie e chiedi: "Vuoi la camicia con i fiori gialli o la camicia con le strisce blu?" Questo semplifica la scelta.

7. Sii creativo

- Non sottovalutare il potere di comunicare attraverso odori, canti e altri metodi creativi. Questo può essere particolarmente utile con qualcuno nelle fasi successive della demenza. Potresti prendere in considerazione:
 - Cantare un inno o una canzone preferita
 - Sfogliare vecchi album fotografici
 - Posizionare diversi odori in piccoli piatti da sperimentare insieme, come erba appena tagliata, cumino macinato o fiori

8. Sii paziente

- È meglio dare alla persona amata più tempo per elaborare ciò che dici. Se fai una domanda, attendi pazientemente la loro risposta ed evita di affrettare una risposta. Mettiti comodo con il silenzio mentre la persona amata sta pensando.

9. In caso di aggressività

- Tenere un atteggiamento calmo e non nervoso, senza bloccare fisicamente la persona.

Quando un utente anziano è a forte rischio di caduta e non è cognitivamente integro è utile pianificare, solo per il tempo necessario, interventi di tutela, individualizzati e riguardanti della dignità umana, da parte dell'intera équipe professionale.

Il Progetto Personalizzato ovvero **Piano di Assistenza Individuale (P.A.I)** nella sua accezione progettuale si propone l'obiettivo di evitare di dare a tutti una risposta uguale, generalizzata, per poter invece porre l'accento sulla personalizzazione dell'intervento.

Il progetto riabilitativo prevede un programma di intervento, interdisciplinare e integrato, strutturato in misura compatibile con il livelli di compromissione cognitiva e funzionale del paziente. La scelta di un intervento globale è motivata dalle caratteristiche della malattia:

- la demenza è una malattia che tende ad interessare vaste aree del cervello;
- la demenza è una malattia che muta costantemente non solo da paziente a paziente, ma anche e soprattutto nel tempo, e questo porta necessariamente ad adattare obiettivi e metodi della riabilitazione in funzione dello stadio clinico, ma anche della storia della persona;
- è una malattia "sociale", in cui si ammala un intero nucleo familiare più che una singola persona, e in cui il ruolo di sostegno di chi cura è importante quasi quanto quello del malato.
- La gerarchia dei sintomi e delle disabilità più importanti deve quindi essere costruita tenendo conto anche del loro impatto sull'ambiente e sulla convivenza.

Il sistema integrato di prevenzione e contenimento dell'invecchiamento cerebrale è organizzato in diverse aree:

- *area riabilitativa di tipo cognitivo,*
- *area riabilitativa di tipo neuromotorio,*
- *area socio-affettiva,*
- *attività di animazione e socializzazione,*
- *attività trasversali.*

L'area riabilitativa di tipo cognitivo,

L'area riabilitativa di tipo cognitivo, finalizzata a rafforzare le abilità cognitive residue e contenere il decadimento delle abilità compromesse dalla malattia, comprende le seguenti attività:

R.O.T. Reality Orientation Therapy: è uno degli interventi alla persona affetti da demenza che presentano deficit mnesici, episodi confusionali e disorientamento temporospaziale.

Il principale obiettivo della R.O.T. consiste nel riorientare il paziente, per mezzo di stimolazioni ripetitive multimodali (verbali, visive, scritte e musicali), rispetto alla propria storia personale, al sè, all'ambiente e al tempo. (es domande:, dove siamo? Il nome della stanza cucina, salotto.. in che paese stiamo ecc..)

Terapia della Reminiscenza – Life Review Therapy consiste in un intervento riabilitativo psicosociale in cui grande importanza assumono "i ricordi", considerati spunto per stimolare le risorse mnesiche residue e per recuperare esperienze emotivamente piacevoli.

Fondandosi sulla naturale propensione dell'anziano a rievocare il proprio passato tale intervento utilizza il ricordo come strumento indispensabile per gettare un ponte tra passato, presente e futuro, al fine di interpretare e vivere meglio la realtà quotidiana. Tale processo si sviluppa potenziando le capacità mnesiche remote, integrando i ricordi passati con quelli recenti e ampliando la memoria recente..

Memory Training Particolarmente indicata per pazienti con deterioramento lieve o anche con smemoratezza benigna dell'anziano, tale tecnica consiste nell'indurre il soggetto ad associare spontaneamente la cosa da ricordare a persone, animali, episodi e momenti appartenenti al proprio vissuto. Essa si basa sull'idea che ogni informazione viene tanto più facilmente appresa quanto più risulta motivata ed affettivamente vissuta.

Training cognitivi computerizzati Sono rivolti a pazienti affetti da demenza lieve. L'intervento si pone come finalità la stimolazione e il rinforzo di funzioni cognitive specifiche. Al paziente vengono proposti esercizi da tavolo con la carta ed esercizi al computer.

Attività di Socializzazione e Ricreative Attività laboratoriali (oggettistica e pittorico-espressivi) occasioni in cui esprimere se stessi, realizzare attività manuali in maniera guidata e facilitata, stimolare la sfera della socializzazione, al fine di ridurre stati d'ansia e di tensione ed aumentare l'autostima.

Ortoterapia Consiste nell'affidare al paziente la cura di una o più piante, con obiettivi non solo di tipo ricreativo, ma anche terapeutico, consentendo, ad esempio mediante la cadenza dei tempi di annaffiatura o potatura, di migliorarne il senso di orientamento. Prendersi cura di organismi vivi, da soli o in gruppo, stimola il senso di responsabilità e la socializzazione; combatte efficacemente il senso di isolamento e di inutilità e a livello fisico sollecita l'attività motoria, migliora il tono generale dell'organismo e contribuisce ad attenuare stress e ansia.

Attività di socializzazione Si basa sul presupposto che, creando momenti di socializzazione sia fra gli stessi ospiti che attraverso scambi con l'esterno (giovani, scuole, associazioni, etc...) possa essere favorito un clima sereno e propositivo, tale da stimolare ulteriormente la memoria. L'attività per eccellenza che viene effettuata consiste nell'ascolto e rievocazione di episodi di vita vissuta.

Cineforum La visione dei film consente di lavorare sia sul versante emotivo che su quello cognitivo, favorendo la stimolazione della memoria recente e remota, inoltre, si presta come ottimo elemento di aggregazione sociale e di scambio intergenerazionale.

Gite Programmazione di uscite programmate per favorire il recupero del rapporto con il territorio e la socializzazione.

Animazione musicale I laboratori di animazione musicale attuati nei contesti in cui sono presenti persone con la malattia di Alzheimer, sono uno strumento privilegiato per stabilire una relazione sia tra la persona e gli animatori, sia tra i componenti stessi del gruppo. La finalità dunque è sia di favorire la relazione con persone che gradualmente perdono le capacità di socializzazione e di comprensione della realtà, sia di stimolare la memoria, la cui progressiva perdita è l'elemento primario della malattia di Alzheimer.

L'Approccio Capacitante si focalizza sulle capacità e non sui deficit, considera essenziali:

- l'osservazione e l'ascolto attivo del paziente;
- L'attività considerata dal suo punto di vista.

Ha come obiettivo la realizzazione di una Convivenza sufficientemente felice fra i pazienti, i loro caregiver e gli operatori.

Comportamenti consigliati:

- Non aver fretta di seguire subito il programma riabilitativo
- Stabilire l'alleanza terapeutica
- Ascoltare il paziente, la sua voce per individuare bisogni desideri e aspettative
- Contrattare un obiettivo che sia significativo per il paziente, secondo il suo punto di vista(in questo modo si evitano atteggiamenti oppositivi)
- Invece di costringerlo ad eseguire un esercizio, il l'operatore asseconda l'iniziativa e i movimenti del paziente e accompagnandolo a fare una "fisioterapia" possibile indicata dagli operatori esperti.
- L'operatore si adatta, ridimensiona obiettivi e metodi, tenendo conto delle possibilità e della volontà del paziente.

- Entrare in empatia instaurando la cosiddetta ALLEANZA TERAPEUTICA “*legame volto a mantenere una collaborazione attiva tra paziente e terapeuta, basata sulla fiducia e l'accettazione reciproca*” (Bordin,1979)

Caratteristiche che deve avere l'operatore OSA

- Conoscere il carattere del paziente
- Ascoltare
- Rassicurare
- Essere calmo, cortese, disponibile
- Usare un tono di voce pacato
- Guardare negli occhi
- Usare frasi brevi e chiare per facilitare la comprensione

NB: Il Caregiver è la persona che all'interno della famiglia si assume il compito dell'assistenza del paziente

La psicosi, è un disturbo psichiatrico grave caratterizzato da un'alterazione dell'equilibrio psichico della persona cui consegue una perdita del rapporto con la realtà e disturbi del pensiero come deliri e allucinazioni. È il caso di ricordare che per delirio si intende un convincimento errato incorreggibile e per allucinazione una falsa percezione in assenza di uno stimolo reale.

La definizione più ristretta è limitata ai deliri o alle allucinazioni rilevanti di cui il soggetto non è consapevole della loro natura patologica; una, meno restrittiva, include anche le allucinazioni rilevanti che il soggetto riconosce come esperienze allucinatorie; ancora più ampia è una definizione che include pure altri sintomi positivi della Schizofrenia (linguaggio disorganizzato, comportamento grossolanamente disorganizzato o catatonico). I disturbi psicotici sono caratterizzati da deliri, allucinazioni, pensiero e comportamento disorganizzato e sintomi negativi (DSM-5, 2013).

In generale l'attuale approccio nell'assistenza alla persona con disturbi psichici è finalizzato a riabilitare la persona e reinserirla nella società.

I sintomi psicotici sono raggruppabili in:

- **Disturbi di forma del pensiero:** alterazioni del flusso ideico, fino alla fuga delle idee e all'incoerenza, alterazione dei nessi associativi. Si può verificare pertanto deragliamento, tangenzialità tali da compromettere una comunicazione efficace.
- **Disturbi di contenuto del pensiero:** ideazione prevalente o delirante (i cosiddetti deliri); in particolare, è molto nota la cosiddetta paranoia. Il contenuto dei deliri può essere di vario tipo: persecuzione, di riferimento, somatico, religioso o di grandezza.
- **Disturbi della sensopercezione:** allucinazioni uditive, visive, olfattive, tattili, gustative. Tuttavia le allucinazioni uditive sono le più comuni nei disturbi psicotici e si presentano sotto forma di voci, familiari o non familiari.

Quali sono i sintomi?

La psicosi può portare a cambiamenti dell'umore e delle funzioni mentali ed all'insorgere di idee anormali, per cui è molto difficile capire lo stato d'animo in cui si trova il paziente.

Per poter capire la psicosi è utile raggruppare insieme i sintomi più caratteristici.

Confusione delle funzioni mentali

Le funzioni mentali relative alla vita di tutti i giorni diventano confuse o non seguono una successione logica. La persona si esprime con frasi poco chiare e che non hanno alcun senso ed ha difficoltà a concentrarsi, a seguire una conversazione o a ricordarsi delle cose. Le sue funzioni mentali sembrano molto rapide o molto lente.

Convinzioni false

La persona che soffre di un episodio psicotico è comune avere false convinzioni, tali convinzioni prendono il nome di illusioni. Essa è convinta che le sue illusioni siano vere al punto che anche il discorso più logico non riesce a farle cambiare idea. Per esempio potrebbe essere convinta che le automobili parcheggiate normalmente per strada siano automobili della polizia che la tengono sotto sorveglianza.

Allucinazioni

La persona che si trova in uno stato di psicosi vede, sente, odora o prova cose che in realtà effettivamente non esistono. Per esempio potrebbe udire voci che nessun altro riesce ad udire o potrebbe vedere cose inesistenti. Le cose potrebbero avere un sapore o un odore come se fossero avariate o addirittura avvelenate.

Cambiamenti emotivi

Lo stato emotivo della persona che soffre di psicosi potrebbe cambiare senza motivo apparente. Per esempio potrebbe sentirsi strana ed esclusa dalla realtà e potrebbe percepire il mondo che ci circonda in maniera lontana ed astratta. Gli sbalzi d'umore sono comuni per cui potrebbe sentirsi insolitamente eccitata o depressa oppure potrebbe chiudersi in sè stessa o comportarsi freddamente nei confronti degli altri.

Cambiamenti comportamentali

L'individuo che soffre di psicosi si comporta in modo diverso dal solito. Può essere estremamente attivo o letargico oppure può rimanere tutto il giorno senza fare niente. Talvolta ride quando non è il caso o va in collera oppure è sconvolta senza una causa apparente. Spesso i cambiamenti comportamentali sono correlati ai sintomi sopra descritti. Per esempio una persona che crede di essere in pericolo potrebbe chiamare la polizia mentre un'altra che crede di essere un personaggio famoso oppure un importante esponente.

I sintomi variano da una persona all'altra e potrebbero cambiare col tempo.

Primo episodio di Psicosi

Il primo episodio di psicosi si riferisce alla prima volta in cui una persona mostra i sintomi psicotici oppure soffre di un episodio psicotico. I sintomi potrebbero essere estremamente tormentosi e completamente sconosciuti e potrebbero lasciarlo in uno stato di confusione e di angoscia che potrebbe aumentare a causa dei negativi miti e stereotipi sulle malattie mentali che sono ancora molto comuni nell'ambito della comunità.

L'episodio psicotico avviene in tre fasi, la durata delle quali differisce da una persona all'altra:

- 1. Prodromo:** o primi segni sono vaghi e poco visibili. Potrebbero esserci dei cambiamenti nel modo in cui la persona descrive le sue emozioni, pensieri e percezioni.
- 2. Acuta:** la persona accusa chiaramente sintomi psicotici, quali allucinazioni, illusioni o confusione delle funzioni mentali.
- 3. Recupero:** la psicosi è curabile e la maggior parte delle persone si rimette. La fase di recupero varia da una persona all'altra.

I pazienti che soffrono di un "primo episodio psicotico" guariscono, e in molti casi questi episodi non si verificano mai più.

Sintomi della Schizofrenia (DSM IV)

- Allucinazioni
- Deliri
- Disturbi del pensiero
- Disturbi del movimento
- Espressioni emozionali inappropriate

Tratti caratteristici della schizofrenia:

- **Deliri bizzarri** non plausibili con la cultura del soggetto
- **Allucinazioni rilevanti**

- **Eloquio disorganizzato** (incoerenza, marcato allentamento dei nessi associativi, affettività appiattita)
- **Comportamento grossolanamente disorganizzato o catatonico**
- **Sintomi negativi** (appiattimento dell'affettività, alogia, abulia).

L'entità dei diversi sintomi è molto variabile, pertanto è possibile trovare persone con diagnosi di schizofrenia che hanno poco in comune. Si ritiene comunemente che l'esordio della schizofrenia avvenga tra i 15-25 anni per gli uomini, e i 25-35 anni per le donne

Schizofrenia e disturbi psicotici: intervento

L'Operatore Socio-assistenziale può essere impiegato in SPDC, Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura, nei CSM, Centri di Salute Mentale, nelle strutture semiresidenziali (SR), nelle Comunità alloggio per disabili psichici e nei Day Hospital psichiatrici. Il primo ostacolo da affrontare è la presunta pericolosità del paziente affetto da una patologia psichica e psichiatrica.

Il paziente psichiatrico (anche quello non "pericoloso") può manifestare ostilità verso lo staff sanitario, può percepire la vicinanza di un operatore che desidera aiutarlo come una minaccia, può rifiutare le cure farmacologiche, può respingere i servizi igienici. Tutto ciò può incidere sull'autostima dell'assistente e generare in questi ansia, senso di frustrazione e di inadeguatezza. Di fronte a tale problematiche, infatti, non è per nulla inverosimile che l'Osa possa perdere le proprie sicurezze e pensare di non saper più svolgere il proprio lavoro. Una situazione sgradevole che può indurre l'operatore ad una condizione di esaurimento psicofisico che nel tempo può diventare anche invalidante. Non è certo un caso se il rischio burn-out, di cui si parla tanto, sia stato individuato per la prima volta da Freudenberger e da Maslach, dopo il 1970, all'interno di un reparto di igiene mentale in cui avevano notato su alcuni operatori dei sintomi caratteristici di questo problema. Dunque, il sanitario che lavora in ambito psichiatrico è maggiormente esposto al rischio burn-out.

Il **burnout** è un insieme di sintomi che deriva da una condizione di stress cronico e persistente, associato al contesto lavorativo.

Per comunicare con un paziente psichiatrico è necessario mantenere un tono di voce calmo e basso. Alzare la voce potrebbe risultare controproducente. Urlare non serve per farsi capire meglio, non si deve mai arrivare all'aggressione verbale: il paziente che si sente aggredito solitamente aggredisce. E' necessario invece scandire bene le parole (a volte queste persone fanno fatica a capire quando una parola finisce e inizia quella successiva), utilizzare un lessico e delle frasi molto semplici. Nel caso di pazienti con disturbi deliranti (con visioni e allucinazioni) la negazione assoluta è sbagliata. Tutto ciò deve avvenire mantenendo la giusta distanza dal paziente, tenendo presente che un'eccessiva vicinanza potrebbe irritare l'assistito, mentre, al contrario, un'eccessiva lontananza non permetterebbe di instaurare una relazione d'aiuto.

Finalità

1. Evitare che il paziente faccia del male a se stesso
2. Fornire un ambiente sicuro
3. Inviare il paziente da un medico per una valutazione
4. Migliorare la capacità di affrontare situazioni difficili
5. Migliorare la gestione di sé (cura personale/igiene, ciclo del sonno...)
6. Favorire una gestione adeguata del ciclo sonno/veglia
7. Aumentare l'autostima
8. Migliorare la comunicazione
9. Ridurre l'isolamento sociale
10. Progettare interventi con la famiglia

11. Fare in modo che il paziente segua la terapia farmacologica
12. Informare il paziente e i familiare sugli effetti collaterali della terapia farmacologica

Aree specifiche di intervento e obiettivi

1. Valutare il rischio per sè e per gli altri (reazioni di rabbia, atti aggressivi, frasi minacciose, irritabilità, agitazione, percezione minacciosa dell'ambiente, atti autodistruttivi, suicidi...)

- Controllare il paziente
- Evitare una sovra stimolazione ambientale
- Rimuovere gli oggetti pericolosi dall'ambiente
- Ridurre l'acting out attraverso esercizi fisici volti a ridurre la tensione
- Controllare che le prescrizioni farmacologiche vengano seguite
- Contattare le unità operative di crisi o la polizia e, se necessario, provvedere al ricovero in strutture psichiatriche

2. Valutare la sicurezza dell'ambiente

- Ottenere la cooperazione del paziente
- Valutare l'adeguatezza del sostegno sociale

3. Inviare il paziente dal medico per una valutazione del trattamento farmacologico

- Se si tratta di un caso segnalato per la prima volta, che presenta disturbi di tipo percettivo, è necessario richiedere una valutazione medica per l'eventuale proposta al trattamento farmacologico
- Se si tratta di un caso già noto con un paziente che presenta un aggravamento sei sintomi, un peggioramento della funzionalità o manifestazioni di scompenso, è opportuno inviare il paziente allo specialista per una visita di controllo. Mantenere contatti diretti con il medico, per gestire al meglio in caso.

4. Disturbo sensoriale-percettivo

- Identificare la natura e l'eziologia delle allucinazioni
- Escludere la possibilità che l'eziologia delle allucinazioni sia legati a disturbi organici
- Valutare il grado di chiusura in se stessi
- Mantenere minimo il livello di stress e di ansia e fornire informazioni sul rapporto tra stress e ansia nel disturbo percettivo
- Aumentare la consapevolezza del paziente riguardo a comportamenti incongrui, come parlare e ridere da solo
- Mantenere sotto controllo sintomi di disordine del pensiero
- Mettere in discussione le distorsioni e le interpretazioni errate attraverso il confronto con la realtà e incoraggiare il paziente a definire ed esaminare la realtà
- Intervenire per correggere la percezione di realtà in caso di distorsioni percettive o sensoriali
- Distogliere il paziente dal disturbo percettivo, impegnandolo in un'altra area del pensiero o attività
- Sviluppare la capacità di controllare stress e ansia (Rilassamento di Jacobson; passeggiate o altra attività rilassanti; usufruire del sostegno altrui)

5. Inadeguate capacità di coping

- Favorire l'identificazione dei fattori di stress che contribuiscono ad aumentare l'ansia e l'agitazione e che provocano il disorientamento del paziente
- Essere onesti e aperti riguardo a ciò che sta succedendo e a ciò che accadrà, in modo che possano diminuire i sospetti e che possa aumentare la fiducia
- Mantenere costante l'ambiente
- Incoraggiare l'espressione verbale dei sentimenti

- Facilitare un'adeguata risoluzione dei problemi
- Educare la famiglia a fornire sostegno e risposte adeguate, dell'osservanza del trattamento farmacologico, della gestione delle emozioni
- Favorire le capacità del paziente di valutare le situazioni in maniera adeguata ed efficace e di reagire adeguatamente
- Incoraggiare e favorire interazioni sociali e cooperazioni adeguate

6. Cura e igiene personale

- Incoraggiare l'autonomia nella gestione delle attività quotidiane (farsi il bagno, lavarsi i capelli, tagliarli se necessario e pettinarli in modo appropriato...etc)
- Incoraggiare adeguati tentativi di autonomia
- Rinforzare positivamente gli sforzi e i risultati ottenuti nella capacità di vivere autonomamente

7. Disturbi del sonno

- Tenere un diario sulle abitudini collegate al sonno, allo scopo di progettare un programma terapeutico
- Chiarire se paure e ansie rendono difficile l'addormentamento
- Suggestire metodi volti a favorire il rilassamento e il sonno

8. Scarsa autostima

- Incoraggiare la comunicazione assertiva
- Incoraggiare la risoluzione di problemi che insorgono all'interno del proprio ambiente
- Incoraggiare e rinforzare positivamente i comportamenti di cura di sé

9. Isolamento Sociale

- Promuovere contatti sociali brevi e frequenti che aumentino la familiarità
- Mostrare un atteggiamento di accettazione per aumentare la fiducia e l'autostima
- Dimostrare pazienza e fornire sostegno per aumentare il senso di sicurezza
- Rispettare lo spazio personale
- Promuovere lo sviluppo e facilitare la comprensione delle convenzioni sociali

10. Comunicazione inefficace

- Migliorare la comunicazione

11. Interazione familiare disfunzionale

- Identificare i comportamenti dei membri della famiglia che ostacolano un progresso o la gestione dei comportamenti

12. Favorire l'osservanza della terapia farmacologica

È un termine generale che comprende disabilità, limitazione nelle attività e restrizione nella partecipazione. Una disabilità è un problema relativo ad una funzione o ad una struttura del corpo; limitazione nelle attività è una difficoltà che il soggetto incontra nell'eseguire un compito o un'azione; restrizione nella partecipazione è un problema che il soggetto incontra nell'essere coinvolto pienamente nelle situazioni della vita.

La disabilità quindi è un fenomeno complesso, che riflette l'interazione fra il corpo della persona e la società in cui la persona vive.

“La conseguenza o il risultato di una complessa relazione tra la condizione di salute di un individuo e i fattori personali e i fattori ambientali che rappresentano le circostanze in cui vive l'individuo”.

I due approcci per capire la disabilità

L'approccio medico:

Nasce dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS)

Punto di vista dei professionisti, in gran parte medici o operatori sanitari

L'approccio sociale

Nasce dall'Unione dei Disabili Fisici Contro la Segregazione (UPIAS).

È la società che “rende disabili le persone che hanno delle menomazioni [...] La disabilità è qualcosa che viene imposta sulle nostre menomazioni mediante il modo in cui noi siamo isolati ed esclusi, in una maniera non necessaria, dalla piena partecipazione alla società” (UPIAS, 1976)

Più che non sulla menomazione, si focalizza sulle barriere fisiche o sociali che i disabili sperimentano. Considera il problema come sociale, e non legato all'individuo.

La disabilità non può essere vista come “attributo della persona”, ma come una situazione contingente che nasce dall'incontro tra il mio stato di “salute” (in senso lato) e il contesto in cui mi trovo.

LEGGE-QUADRO PER L'ASSISTENZA, L'INTEGRAZIONE SOCIALE E I DIRITTI DELLE PERSONE DISABILITÀPATE.

- La Legge 104/92 è definita “Legge-quadro per l'assistenza, l'integrazione sociale e i diritti delle persone disabilitàpate.”
- La legge prende in considerazione materie come scuola, lavoro, barriere architettoniche, trasporti, permessi per i lavoratori, accertamenti d'invalidità civile, ecc. che erano regolati da singole leggi, per dare un assetto globale, ed un'articolazione unitaria a tutta la materia.
- Secondo la legge 104/92 È persona disabilitàpata colui che presenta una **minorazione fisica, psichica o sensoriale, stabilizzata o progressiva, che è causa di difficoltà di apprendimento, di relazione o di integrazione lavorativa e tale da determinare un processo di svantaggio sociale o di emarginazione.**
- La persona disabilitàpata ha diritto alle prestazioni stabilite in suo favore in relazione alla natura e alla consistenza della minorazione, alla capacità complessiva individuale residua e alla efficacia delle terapie riabilitative.
- Qualora la minorazione, singola o plurima, abbia ridotto l'autonomia personale, correlata all'età, in modo da rendere necessario un intervento assistenziale permanente, continuativo e globale nella sfera individuale o in quella di relazione, la situazione assume connotazione di gravità. le situazioni riconosciute di gravità determinano priorità nei programmi e negli interventi dei servizi pubblici.
- La presente legge si applica anche agli stranieri e agli apolidi, residenti, domiciliati o aventi stabile dimora nel territorio nazionale. le relative prestazioni sono corrisposte nei limiti ed alle condizioni previste dalla vigente legislazione o da accordi internazionali.

LEGGE 328/2000 “LEGGE QUADRO PER LA REALIZZAZIONE DEL SISTEMA INTEGRATO DI INTERVENTI E SERVIZI SOCIALI”.

L’ambizione della Legge è quella di realizzare per ciascun disabile e famiglia in difficoltà, un progetto individuale dove gli attori sociali (comunali, regionali, statali, sanitari, socio-assistenziali) garantiscano aiuto concreto alle persone toccate dalla difficoltà causata dalla malattia e da quant’altro le metta nelle condizioni di disagio. La legge e il conseguente progetto, laddove si attui, ha anche l’ambizione di sostenere questi interventi il più possibile tra le mura domestiche del disabile, favorendo quindi la qualità della vita del nucleo familiare e deistituzionalizzando le persone disabili, reintegrandole socialmente o mantenendole all’interno del nucleo d’appartenenza.

Inclusione e integrazione

Per parlare di inclusione, principalmente in ambito scolastico, occorre innanzitutto comprendere la distinzione tra quelli che, solo apparentemente, possono sembrare dei sinonimi: integrazione e inclusione.

Fino a qualche decennio fa si parlava solo di “ inserimento ” degli alunni diversamente abili nella scuola comune. Questo termine fa riferimento ad un processo additivo, in base al quale si “aggiunge” un soggetto in più ad un gruppo, con il sottinteso intento di fare in modo che questi riesca in qualche modo ad adattarsi al “funzionamento” del resto del gruppo.

Questa filosofia ha portato, per molto tempo, ad identificare in una presunta “socializzazione” l’obiettivo fondamentale, se non addirittura esclusivo, della presenza dei “diversi” in classe, fino a trattare la socializzazione come obiettivo di riserva, atto a giustificare l’inclusione stessa: “L’alunno non ha imparato, ma ha socializzato” e tanto basta.

Se parliamo invece di “ **integrazione** ” facciamo riferimento ad una relazione biunivoca tra il soggetto integrato ed il gruppo integrante, ovvero sottolineiamo il valore di uno scambio interattivo. Il soggetto “integrato” riceve dal gruppo e a sua volta dà qualcosa al gruppo stesso. L’integrazione presuppone il fatto che l’alunno “diverso” guadagni qualcosa nel contesto dei “normali”, ma a sua volta anche i compagni abbiano qualcosa da ricevere.

Una scuola che non confonde più l’integrazione con l’inclusione capisce che quest’ultima non va vista come un modo di “normalizzare” il bambino con disabilità, ma principalmente come un modo per ripensare gli ambienti di apprendimento e renderli più fruibili per quella stessa “normalità” per cui sono stati concepiti.

Un ambiente di apprendimento inclusivo si fonda su un’idea dell’apprendimento che porta ad una costruzione attiva e creativa delle proprie competenze, che sappia integrare e potenziare tutti i linguaggi, anche quelli diversi, in cui ci sia collaborazione e cooperazione, che riesca a promuovere il benessere di tutti, considerato un obiettivo fondamentale della scuola inclusiva.

Il termine DISABILITÀ possiamo intendere la relazione che un individuo stabilisce tra le sue abilità e le istanze che vengono proposte dalla società nella quale esso è inserito; in questa relazione un ruolo di estrema importanza è ricoperto dalle aspettative della società. In altre parole l'etichetta "disabile" non ha una valenza assoluta, ma piuttosto relativa cioè

$H=f(S)$ che può essere letta come:

IL CONCETTO DI DISABILITÀ COME FUNZIONE (f) DELLA SOCIETÀ(S).

Prendiamo, ad esempio, le modalità attraverso le quali una persona più o meno adulta, viene definita con il termine di "aggressiva". Se analizziamo a fondo i meccanismi che hanno portato a tale designazione, scopriamo che essa non è tanto scattata in funzione delle caratteristiche quantitative. In effetti, molti di noi tendono talvolta a manifestare comportamenti aggressivi e addirittura violenti, ma non per questo veniamo definiti aggressivi. Allora dove sta la differenza? Con tutta probabilità, la differenza tra noi e le persone cosiddette aggressive consiste nel fatto che queste danno vita ad azioni aggressive molto più spesso di noi. È quindi la FREQUENZA il criterio, o meglio uno dei criteri, mediante il quale viene attribuita al soggetto una determinata etichetta

Nell'ottica comportamentale la DISABILITÀ viene valutato sulla base di parametri quali la FREQUENZA, la DURATA e l'INTENSITÀ con cui si manifesta il comportamento, oltre che sulla base del suo grado d'inadeguatezza nei confronti delle richieste ed aspettative presenti all'interno della situazione.

Il comportamento umano, caratterizzato dall'invalidità, non costituisce solo il risultato di deficit organici, ma anche di apprendimento di comportamenti inadeguati, o meglio, il NON APPRENDIMENTO di comportamenti adeguati. Ci troviamo di fronte, quindi, a comportamenti che possiamo gradualmente modificare: da altamente disfunzionali, che rendono cioè la qualità della vita di coloro che ne sono affetti particolarmente scadente, a più funzionali che migliorano cioè il senso di benessere di tali esseri umani, sia verso se stessi, sia in relazione dell'ambiente fisico e sociale nel quale sono inseriti.

L'obiettivo finale del nostro intervento è costituito dalla modificazione del comportamento. Il suo raggiungimento necessita, tuttavia, di definire in termini il più possibile obiettivi il attraverso il quale si denomina il COMPORTAMENTO. Può capitare di ascoltare genitori, insegnanti, assistenti sociali ecc. che si esprimono nei termini, ad es. di "...Alessandro è aggressivo, Nicoletta è distratta in classe, Ludovico è un delinquente Maria non socializza...".

OGNI QUALVOLTA FISSATE UN COMPORTAMENTO DA CAMBIARE DOVETE TRASCRIVERE UNA DEFINIZIONE DI QUEL COMPORTAMENTO. LA DEFINIZIONE DEVE DESCRIVERE QUEL COMPORTAMENTO IN TERMINE DI MOVIMENTI CHE POSSONO ESSERE VISTI O UDITI. DOMANDATEVI SEMPRE SE IL COMPORTAMENTO CHE AVETE STABILITO PUÒ ESSERE OSSERVATO. IN CASO NEGATIVO, RICONSIDERATE ATTENTAMENTE IL COMPORTAMENTO, DEFINITelo DI NUOVO IN TERMINI DI MOVIMENTI.

Di seguito vengono riportati alcuni comportamenti; alcuni di essi non possono essere descritti in termini obiettivi, perché non osservabili; altri, invece, possono essere descritti in termini obiettivi, perché osservabili.

COMPORTAMENTI NON OSSERVABILI

- 1) Il bambino ha bisogno di autocontrollo.
- 2) Al bambino piace la gente.
- 3) Il bambino non ha buone disposizioni per l'apprendimento.

- 4) Il linguaggio del bambino sta migliorando.
- 5) Il bambino è aggressivo.

COMPORAMENTI OSSERVABILI

- 1) Il bambino ha cinque accessi d'ira al giorno.
- 2) Il bambino si avvicina ad amici e parenti, li tocca, e sorride quando si trova con essi.
- 3) Il bambino fa i capricci o gira la testa dall'altra parte, quando gli si danno ordini o gli si fanno delle richieste.
- 4) La scorsa settimana il bambino ha imitato 5 parole, questa settimana ne ha imitate 10.

DOPO AVER STABILITO UN COMPORAMENTO-META , POTETE CONTARLO. PER CONTARE UN COMPORAMENTO, TUTTO QUELLO CHE DOVETE FARE È OSSERVARLO (STARE ATTENTI QUANDO SI MANIFESTA), E QUINDI TRASCRIVERE (REGISTRARE) CIÒ CHE AVETE OSSERVATO.

Potrebbe essere indispensabile, di conseguenza, addestrare i familiari dei soggetti disabili, ad effettuare tale operazione. Il nostro compito potrebbe essere, in termini più specifici, nella fase iniziale di un programma rieducativo, di mettere tali soggetti in grado di effettuare una OSSERVAZIONE SISTEMATICA.

L'obiettivo dell'OSSERVAZIONE SISTEMATICA è quello di consentire, a coloro che l'effettuano, la raccolta dei dati obiettivi, relativi ai comportamenti di un individuo. La fase successiva è quella della valutazione dei dati inerenti il comportamento in osservazione, per arrivare alla formulazione, o meno, di un eventuale intervento.

Gli elementi di giudizio che vengono ricercati durante la fase dell'OSSERVAZIONE SISTEMATICA riguardano:

- 1) LA DATA E L'ORA D'INIZIO DELL'OSSERVAZIONE.
- 2) LA DESCRIZIONE DEL COMPORAMENTO-PROBLEMA.
- 3) IL LUOGO DOVE VIENE EFFETTUATA L'OSSERVAZIONE (se in ambiente naturale o in sede di seduta riabilitativa.).
- 4) LA FREQUENZA DI EMISSIONE (al minuto, oraria giornaliera, ecc.).
- 5) QUANTE E QUALI PERSONE SONO PRESENTI.
- 6) LA SITUAZIONE CHE HA PRECEDUTO IL COMPORAMENTO.
- 7) LE CONSEGUENZE DEL COMPORAMENTO (quali vantaggi ha ottenuto il soggetto, o le situazioni sgradevoli che ha evitato, o le eventuali punizioni che ha ricevuto).
- 8) LA DATA E L'ORA D'INTERRUZIONE DELL'OSSERVAZIONE.

I dati raccolti possono quindi essere riportati su delle tabelle e/o dei grafici, per una valutazione obiettiva del problema. Dopo che è stata sviluppata la fase della OSSERVAZIONE SISTEMATICA, è necessario decidere su quale AREA cognitivo-comportamentale intervenire, per fronteggiare un comportamento disabile.

COME INDIVIDUARE IL COMPORAMENTO-PROBLEMA E COME TRACCIARE L'ITINERARIO PER RAGGIUNGERLO

La procedura che adotteremo dovrà basarsi su una metodologia ben precisa: **QUALSIASI COMPORAMENTO, PER POTER ESSERE APPRESO, NECESSITA DELLA VERIFICA DELLA PRESENZA, NELLO SCHEMA COMPORAMENTALE DEL SOGGETTO, DI COMPORAMENTI CHE COSTITUISCONO DEI VERI E PROPRI PRE-REQUISITI IRRINUNCIABILI, PER IL RAGGIUNGIMENTO DELL'OBIETTIVO COSTITUITO DAL COMPORAMENTO-PROBLEMA. PER CIASCUNA AREA DI ABILITÀ CHE SI VUOLE CONSIDERARE COME "TARGET" DELL'INTERVENTO RIABILITATIVO, DOVRÀ ESSERE NECESSARIO VERIFICARE SE ESISTONO, O MENO, NEL SOGGETTO QUESTI COMPORAMENTI.**

Questi elementi di valutazione, debbono essere considerati in modo indipendente dall'età del soggetto: un bambino, un adolescente, un adulto o un anziano. Per un bambino tuttavia, a causa del suo repertorio di abilità più limitato, lo schema è più restrittivo, e più vincolato alle varie "tappe" raggiunte.

IL CASO DI GINA

Gina è un ragazza di 19 anni nata con delle lesioni cere-brali; vive in famiglia durante la notte e nei giorni festivi ma, nelle ore diurne, viene portata in un day--hospital dove viene assistita da personale infermieristico, religioso e laico. Gina non è in grado di provvedere alla cura della sua igiene personale e, per tale motivo, indossa dei "pannoloni" che gli debbono essere sostituiti periodicamente da coloro che si prendono cura di lei. Trascorre le giornate su di una sedia a rotelle, con la quale viene portata a spasso; tuttavia è in grado di muovere dei piccoli passi, a patto di essere aiutata ad alzarsi dalla sedia a rotelle. Gina sa pronunciare il suo nome ed altre frasi molto semplici come "pappa-Gina", "bona-pappa", "brava Gina", "bambini--scola", "uscire"; pronuncia la parola "cacca" solo dopo essersi sporcata. Gina non mangia da sola ma viene imboccata, sia a casa che nel centro diurno ma, se le si mette in mano della frutta sbucciata, la porta alla bocca e mangia da sola. A Gina piace molto giocare con della plasti-lina colorata, che spalma e appallottola per delle ore sul piano della sua sedia a rotelle; le piace molto ascoltare la musica alla radio, o vedere dei programmi televisivi musicali. La madre di Gina non vuole che la figlia mangi da sola perchè, secondo lei, "...potrebbe strozzarsi..." e non vuole neppure che impari a camminare "...perchè potrebbe diventare pericolosa...". I movimenti corporei di Gina sono, di solito, quelli di roteare la testa e gli occhi non fissando un punto ben preciso ma, se viene toccata e/o accarezzata dal personale del centro diurno mentre le parla di quello che le stanno facendo riesce, per alcuni secondi, a guardare in viso il suo interlocutore. Gina sorride quando viene accarezzata, o quando ascolta una musica che le piace; piange quando ha sete, o perchè vuole essere messa a letto. Aiutata dagli assistenti riesce ad alzarsi dalla sedia a rotelle, e a compiere dei passi verso una persona che le tende le braccia e che lei guarda in viso. Se si appoggia alle spalle di un assistente, che le sta davanti, riesce a percorrere più volte il perimetro della stanza.

OSSERVIAMO IL CASO DI GINA ED ANALIZZIAMO LE SUE ABILITÀ.

Gina mangia qualche volta da sola quando le viene posto un piatto con della frutta sbucciata, ad una distanza che lei può raggiungere allungando una mano. Gina si protende verso il cibo solo se nessuno tenta d'imboccarla, e se trascorrono almeno due o tre minuti nei quali nessuno si cura di lei. Quando inizia a mangiare da sola, può capitare che un assistente qualsiasi le passi una mano tra i capelli e le dica "...brava Gina...". Sul suo viso appare quindi il sorriso, che lei volge verso la persona che l'ha toccata e le ha parlato. Attraverso il fondamentale STRUMENTO dell'OS-SERVAZIONE possiamo verificare, quindi, non solo gli accadimenti che riguardano Gina, ma anche quelli relativi al personale che l'assiste. Possiamo IMPARARE ad OSSERVARE, inoltre, le sequenze temporali di tali eventi, verificare le situazioni che li hanno PRECEDUTI e le varie CONSEQUENZE che ne sono scaturite. La nostra osservazione ci ha permesso di verificare, ad es, che Gina allunga una mano per mangiare da sola DOPO che la frutta le è stata messa nel piatto, a condizione che nessun assistente tenti l'aiutarla. Un altro elemento che possiamo constatare dalla nostra osservazione riguarda le CONSEQUENZE del suo mangiare da sola: riceve delle CAREZZE e delle LODI, da parte del personale che la segue, che lei mostra di gradire attraverso il sorriso e la posizione del viso rivolto verso chi ha interagito con lei.

La preziosa ed insostituibile opera di osservazione che abbiamo appena terminato ci ha consentito di assistere ad una serie di fatti che riguardavano sia Gina, sia il personale che l'assiste.

La definizione di ciò che abbiamo osservato non si limita, tuttavia, solo ai comportamenti di Gina ma anche ad altri aspetti. Quando Gina mangia da sola la frutta sbucciata e un assistente le dice "...brava Gina...", definiamo questa frase come un "PREMIO", una "RICOMPENSA" una azione,

cioè , che a lei è gradita. Tale termine può essere sostituito, tutta-via, da uno più specifico che è quello di "RINFORZO POSITIVO".

Se seguiamo nel definire ciò che abbiamo osservato, possiamo renderci conto che Gina ha ricevuto una ricompensa o un rinforzo SUBITO DOPO aver mangiato da sola ; possiamo mettere in evidenza, inoltre, che è trascorso pochissimo tempo tra il suo mangiare la frutta da sola e ricevere i "RINFORZI POSITIVI" costituiti dalle carezze e dalle lodi.

Tutto ciò che è accaduto DOPO che Gina ha mangiato la frutta da sola, lo possiamo definire con il termine di "CONSEGUENZE" del suo comportamento. Possiamo affermare, dalle osservazioni che abbiamo effettuato, che alcuni comportamenti di Gina si ripetono nel tempo e, ogni volta, sono seguiti da delle ricompense. **Gina RIPETE, quindi, tutti quei comportamenti che, in modo o nell'altro, le hanno permesso di ottenere una RICOMPENSA, un PREMIO, un RINFORZO POSITIVO.**

Il nome «sindrome di Down» viene dal nome del dott. Langdon Down, che per primo nel 1866 riconobbe questa sindrome (sindrome vuoi dire insieme di tratti) e ne identificò le principali caratteristiche.

La sindrome di Down è una condizione genetica caratterizzata dalla presenza di un cromosoma in più nelle cellule di chi ne è portatore: invece di 46 cromosomi nel nucleo di ogni cellula ne sono presenti 47, vi è cioè un cromosoma in più nella coppia identificata con il numero 21; da qui anche il termine Trisomia 21. Genetico non vuoi dire ereditario, infatti nel 98% dei casi la sindrome di Down non è ereditaria. La conseguenza di questa alterazione cromosomica è una forma di disabilità caratterizzata da un variabile grado di ritardo nello sviluppo mentale, fisico e motorio.

Le cause della sindrome di Down

Non conosciamo affatto quali siano le cause che determinano le anomalie cromosomiche in generale.

Sappiamo però che:

- a) le anomalie cromosomiche, soprattutto le trisomie, sono un evento abbastanza frequente che interessa circa il 9% di tutti i concepimenti (alla nascita però solo lo 0,6% dei nati presenta un'anomalia cromosomica a causa dell'elevatissima quota di embrioni che va incontro ad un aborto spontaneo);
- b) l'incidenza delle anomalie cromosomiche in generale, e quelle della Trisomia 21 in particolare, è assolutamente costante nelle diverse popolazioni, nel tempo e nello spazio;
- c) tutte le possibili ipotesi eziologiche fino ad oggi formulate (agenti chimici, radiazioni ionizzanti, infezioni virali, alterazioni metaboliche o endocrine materne) non sono state mai avvalorate dalle molte ricerche condotte.

La presenza della sindrome di Down è diagnosticabile nel neonato, oltre che con un'analisi cromosomica, fatta su un prelievo di sangue, attraverso una serie di caratteristiche facilmente riscontrabili dal pediatra, di cui la più nota è il taglio a mandorla degli occhi.

Numerose indagini epidemiologiche hanno comunque messo in evidenza che l'incidenza aumenta con l'aumentare dell'età materna:

Anche se il rischio cresce con l'avanzare dell'età materna, questo non esclude che nascano bambini con sindrome di Down anche da donne giovani, ma una donna più anziana ha maggiori probabilità.

L'altro fattore di rischio dimostrato è avere avuto un precedente figlio con la sindrome di Down.

La caratteristica della sindrome di Down si identifica, oltre che per gli aspetti cromosomici, fondamentalmente per un ritardo presente nelle principali funzioni, sia nella fase di sviluppo del bambino, che nell'età adulta. Possono essere correlate alla sindrome di Down anche specifiche problematiche di ordine clinico, malformativo o disfunzioni (cardiopatie, problemi tiroidei, ecc.).

Questo ritardo è in parte recuperabile, con un intervento riabilitativo precoce, sistematico con particolare riferimento alle aree linguistiche, motorie e neuropsicologiche.

In particolare bisogna lavorare nel recuperare competenze ed abilità che possono compensare in buona parte la presenza di un ritardo mentale, portando la persona a raggiungere competenze operative anche di notevole complessità.

Non è sufficiente, anche se è indispensabile, un'azione di socializzazione, in quanto a quest'ultima debbono essere aggiunte abilità e strumentalità tali da poter gestire una vita sociale significativa.

È utile pertanto poter fornire a questi bambini prima ed alle persone giovane ed adulte dopo, tutta una serie di servizi che permettano loro prima di acquisire e dopo di mantenere le competenze che gli aiutano ad integrarsi in modo completo nel miglior modo possibile.

La maggior parte delle persone con sindrome di Down può raggiungere un buon livello di autonomia personale, sociale e relazionale, imparando ad esempio l'utilizzo del mezzo pubblico, l'utilizzo del denaro, o di tutto quelle strumentalità che la vita oggi richiede.

Possono fare sport e frequentare gli amici, andare a scuola con tutti gli altri coetanei e possono imparare molto anche nel campo didattico.

Quale può essere l'obiettivo dell'educazione di un bambino con sindrome di Down?

L'educazione all'autonomia è l'obiettivo principale per il bambino con SD, fondamentale per la sua crescita pensata in un futuro da adulto.

La finalità di questo obiettivo è quella di aiutare il bambino ad acquisire i prerequisiti necessari per una concreta e soddisfacente integrazione nei vari contesti: familiari, scolastici, sociali, lavorativi.

Nel corso del processo educativo verso l'autonomia che realisticamente può raggiungere, trasversalmente educiamo il bambino a una serie di azioni e di comportamenti utili anche per altri obiettivi. Se, ad esempio, pensiamo che sia opportuno che il bambino inizi a mangiare da solo, lo educiamo sì all'autonomia, ma nello stesso tempo svilupperà le capacità di coordinare il movimento oculo-manuale, la percezione spazio-temporale, necessarie tra l'altro anche per l'apprendimento della lettura e della scrittura.

Gli aspetti, quindi, da curare per il raggiungimento di questo obiettivo sono essenzialmente due:

- **L'autonomia personale**, intesa come la capacità di provvedere a se stessi in termini di abbigliamento, igiene, controllo sfinterico, alimentazione, ecc;
- **L'autonomia sociale**, che comprende capacità più complesse quali lo spostarsi autonomamente da un posto all'altro, le semplici dinamiche sociali, frequentare luoghi pubblici, prendere i mezzi di trasporto, leggere l'orologio, saper usare un telefono, ecc.

Se nella crescita la persona con SD acquisirà le varie competenze legate all'autonomia, è credibile che riuscirà a costruirsi una immagine del sé positiva. Un buon livello di autostima favorisce la sicurezza, quindi la capacità di mettersi in discussione, di riconoscere i propri limiti e, di conseguenza, di saper chiedere aiuto. La persona con SD potrà avere una vita qualitativamente migliore se i suoi genitori, fin dai suoi primi anni di vita, avranno un'attenzione allo sviluppo delle capacità necessarie per essere autonoma e se sapranno darle le giuste regole per avere un comportamento sociale adeguato e maturo in base all'età cronologica. Le informazioni che si hanno sulla SD permettono di conoscere in anticipo le difficoltà che possiamo incontrare e quindi, al di là dell'accoglienza e dell'affetto che sono vitali per uno sviluppo psicologico armonioso, occorre anche una valida azione educativa.

Alcune competenze, come camminare, esprimersi, giocare, ecc., vanno stimolate attraverso l'intervento educativo circoscritto nei utilizzando strumenti e mezzi che la stessa realtà che lo circonda.

L'intervento dell'educatore di infanzia dovrà essere rispettoso, equilibrato e, soprattutto, esercitato dopo un'attenta osservazione del bambino. Si deve, cioè, consentire al bambino di "provarci" rispettando i suoi tempi di maturazione ed evitando di essere troppo "aggressivi" con la stimolazione. Se, ad esempio, vogliamo insegnare al bambino ad afferrare un oggetto, dobbiamo prima farglielo vedere, poggiarlo vicino a lui e osservare cosa fa. Se il bambino non dimostra interesse, allora cercheremo di attirare la sua attenzione.

Questa è una modalità corretta e non invasiva.

Come facilitare lo sviluppo psicoeducativo del bambino con SD

- Partecipazione del bambino ad attività ludiche extrafamiliari anche con bambini che hanno le sue stesse difficoltà;
- attività sportive;
- frequenza al nido, che costituisce un arricchimento non solo per il bambino, ma anche per il genitore;
- scuola dell'infanzia, occasione di crescita globale del bambino e di relazioni per i genitori;
- dare un ruolo educativo anche alle altre figure parentali: nonni, zii e allargare e/o rinnovare le proprie amicizie permettendo e accettando possibili aiuti o suggerimenti con serenità e obiettività;
- entrare in contatto con Associazioni di genitori per confrontarsi e "raccontarsi" le esperienze;
- metterlo in condizione di fare esperienze nella società, frequentando ciò che gli sta intorno, imparando così le regole di convivenza.

I **disturbi generalizzati dello sviluppo** rappresentano una classe eterogenea di disturbi infantili con esordio precoce nella prima infanzia. Attualmente questi disturbi sono stati riclassificati come disturbi dello spettro autistico.

La parola autismo, derivata dal greco autòs, che significa sè stesso, venne impiegata per la prima volta in **psichiatria** da Bleuler per descrivere un dei sintomi della schizofrenia, consistente nel ripiegamento su sè stessi caratteristico da alcune fasi della patologia.

Nel 1943 Leo Kanner utilizzò il termine “autismo infantile precoce” per descrivere un complesso di sintomi (una sindrome) presenti in un gruppo di 11 bambini.

Disturbo Autistico

I soggetti che presentano un Disturbo Autistico sono caratterizzati dalla presenza contemporanea di quello che viene definita come la triade del comportamento autistico; uno sviluppo notevolmente anomalo o deficitario dell'interazione sociale e della comunicazione e una marcata ristrettezza del repertorio di attività e di interessi.

Le manifestazioni del disturbo variano ampiamente a seconda del livello di sviluppo e dell'età cronologica del soggetto.

Compromissione qualitativa dello sviluppo delle interazioni sociali

Le persone con autismo presentano una mancanza o difficoltà marcate nella ricerca spontanea della condivisione di gioie, interessi o obiettivi con altre persone. Inoltre vi è un'incapacità o grave difficoltà a sviluppare relazioni con gli altri e di interpretarne i gesti, l'espressione mimica, le posture e le norme (esplicite o implicite) che regolano le interazioni sociali.

Ad esempio può esservi compromissione nell'uso di diversi comportamenti non verbali come lo sguardo diretto, le espressioni del viso, le posture corporee, o le gestualità che regolano l'interazione sociale e la comunicazione. Soprattutto nei soggetti più piccoli si denota uno scarso, e talvolta nullo, interesse nel fare amicizia e/o giocare con altri bambini. I soggetti più grandi possono essere interessati all'amicizia ma presentano difficoltà nella comprensione delle convenzioni sociali che normalmente regolano i rapporti tra le persone.

Compromissione qualitativa dello sviluppo delle modalità di comunicazione

Anche la compromissione della comunicazione è marcata e perdurante e riduce le capacità verbali e non verbali. Ad esempio può esservi ritardo, o totale mancanza, dello sviluppo del linguaggio parlato. Anche per quelle persone che accedono alla parola risulta una marcata compromissione delle capacità ad iniziare o sostenere una conversazione con altri. L'uso del linguaggio si presenta in modo ripetitivo e stereotipato e, spesso, è basato sull'ecolalia immediata e/o ritardata. Questo aspetto può indurre a sovrastimare, in quelle persone che riescono a parlare, le loro reali capacità di comprensione del linguaggio. La persona con autismo mostra molte difficoltà nel comprendere il linguaggio “simbolico” e spesso ha problemi nel cogliere metafore, modi di dire, ecc... La persona con Autismo ha una modalità di comprensione “letterale” delle parole, che spesso le crea difficoltà a comprendere ciò che viene realmente espresso da un discorso, o ad attribuire alla medesima parola dei significati differenti a seconda del contesto. Nei soggetti che parlano, può esservi anche un uso stereotipato o ripetitivo del linguaggio e uso di linguaggio eccentrico. Può esservi anche una mancanza di giochi di simulazione vari e spontanei, o di giochi di imitazione sociale adeguati al livello di sviluppo. Nei soggetti che sviluppano il linguaggio, lo stesso può presentare anomalie nell'intonazione, nella velocità, nel ritmo, o nella sottolineatura dei vari messaggi espressi

Modalità di comportamento, interessi e attività limitati, ripetitivi e stereotipati.

La persona con autismo presenta modalità di comportamento, interessi, e attività ristretti, ripetitivi e stereotipati. Inoltre può presentare abitudini o rituali specifici, manierismi motori stereotipati e ripetitivi, tali da condizionare il normale svolgimento di altre attività più funzionali. In alcuni soggetti può inoltre esservi un persistente ed eccessivo interesse per parti di oggetti.

I soggetti con autismo mostrano dunque una gamma di interessi notevolmente ristretta, e sono spesso eccessivamente assorbiti da un singolo e ristretto interesse (per es. date di nascita, numeri di telefono, orari dei treni, mettere in fila giocattoli sempre nello stesso modo ecc...).

Inoltre i soggetti con autismo possono mostrare resistenza o malessere per cambiamenti banali (per es. avere una reazione spropositata per “semplici” cambiamenti nell’ambiente come lo spostamento dei mobili o l’uso di un nuovo set di posate). I movimenti corporei stereotipati riguardano le mani (battere le mani, schiacciare le dita), o l’intero corpo (dondolarsi, buttarsi a terra, oscillare). Possono essere presenti anomalie della postura (per es., camminare in punta di piedi, movimenti delle mani o atteggiamenti del corpo bizzarri).

Nella maggior parte dei casi, non vi sono periodi di sviluppo chiaramente normali, sebbene in circa il 20% dei casi i genitori riferiscono uno sviluppo relativamente normale per 1 o 2 anni. In questi casi i genitori possono riferire che il bambino aveva acquisito alcune parole per poi averle perse, o che sembrava essersi fermato dal punto di vista dello sviluppo. Per definizione, se vi è un periodo di sviluppo normale, questo non si può estendere oltre i 3 anni di età. L’anomalia non deve essere meglio attribuibile al Disturbo di Rett o al Disturbo Disintegrativo dell’Infanzia.

Sintomi caratteristici dell'autismo	
<p>I) Chiusura autistica</p> <p>1) Cerca l'isolamento</p> <p>2) Ignora gli altri</p> <p>3) Interazione sociale insufficiente</p> <p>4) Sguardo inadeguato alla situazione</p>	<p>IV) Turbe della motricità</p> <p>11) Attività sensoriale e motoria stereotipata</p> <p>12) Agitazione, turbolenza</p> <p>13) Mimica, postura, marcia bizzarre.</p>
<p>II) Turbe della comunicazione verbale e non verbale</p> <p>5) Non fa alcun tentativo di comunicare mediante la parola</p> <p>6) Difficoltà a comunicare mediante i gesti e la mimica</p> <p>7) Emissioni vocali o verbali stereotipate; ecolalia</p>	<p>V) Reazioni affettive inadeguate</p> <p>14) Autoaggressività</p> <p>15) Eteroaggressività</p> <p>16) Piccoli segni di angoscia</p> <p>17) Alterazioni dell'umore</p>
<p>III) Reazioni bizzarre all'ambiente</p> <p>8) Mancanza d'iniziativa</p> <p>9) Strani comportamenti con gli oggetti, in particolare con le bambole</p> <p>10) Intolleranza nei confronti dei cambiamenti e delle frustrazioni</p>	<p>VI) Turbe delle grandi funzioni istintive</p> <p>18) Turbe dei comportamenti alimentari (qualitative e/o quantitative)</p> <p>VII) Disturbi dell'attenzione, delle percezioni e delle funzioni intellettuali</p> <p>19) Difficoltà a fissare l'attenzione su qualcosa, facile distraibilità.</p>

Le caratteristiche principali del Disturbo di Asperger sono una grave e perdurante compromissione dell'integrazione sociale e lo sviluppo di modalità di comportamento, interessi, e attività ristretti e ripetitivi. L'anomalia deve causare una compromissione clinicamente significativa nell'area sociale, lavorativa, o in altre aree importanti del funzionamento.

Contrariamente al Disturbo Autistico non vi sono ritardi o devianze clinicamente significativi nell'acquisizione del linguaggio, sebbene aspetti più sottili della comunicazione sociale (per es. il tipico va e vieni della conversazione) possono essere alterati. Inoltre, durante i primi 3 anni di vita non vi sono ritardi clinicamente significativi nello sviluppo cognitivo, così come si manifesta nella normale curiosità riguardo all'ambiente o nell'acquisizione delle capacità di apprendimento e nel comportamento adattivo appropriati all'età (tranne che nell'interazione sociale). Infine, la diagnosi non viene fatta se sono soddisfatti i criteri per un altro specifico Disturbo Pervasivo dello Sviluppo o per la Schizofrenia. Questa condizione viene anche definita come Sindrome di Asperger.

L'alterazione dell'interazione sociale reciproca è grossolana e costante. Vi può essere una marcata compromissione nell'uso di parecchi comportamenti non verbali (per es., sguardo reciproco, espressione facciale e postura) per regolare l'interazione sociale e la comunicazione. Vi può essere incapacità di sviluppare relazioni con i coetanei appropriate al livello di sviluppo, relazioni che possono essere diverse per le differenti età. Gli individui più piccoli possono avere poco o nessuno interesse nello stabilire rapporti di amicizia. I più grandi possono essere interessati all'amicizia, ma non comprendere le convenzioni dell'interazione sociale. Vi può essere mancanza di tentativi spontanei di partecipare alla gioia, agli interessi o alle mete raggiunte con gli altri (per es., non mostrando, portando o indicando oggetti che trovano interessanti). Può essere presente anche una mancanza di reciprocità sociale o emotiva (per es., non partecipando attivamente a giochi o divertimenti sociali semplici, preferendo attività solitarie o coinvolgendo gli altri nelle attività soltanto come strumenti o supporti "meccanici").

Sebbene il deficit sociale nel Disturbo di Asperger sia grave e venga definito come nel disturbo autistico, la mancanza di reciprocità viene più clinicamente manifestata attraverso un approccio sociale agli altri eccentrico e unilaterale (per es., insistendo su un argomento di conversazione senza tener conto delle reazioni degli altri), piuttosto che attraverso l'indifferenza sociale ed emotiva.

Come nel Disturbo Autistico, sono presenti schemi di comportamento, interessi ed attività ristretti e ripetitivi. Spesso questi si manifestano primariamente con lo sviluppo di un'attenzione globale riguardo un argomento o un interesse circoscritto, sul quale l'individuo può raccogliere una grande quantità di fatti o informazioni. Questi interessi ed attività vengono perseguiti con grande intensità fino all'esclusione di altre attività.

LA GESTIONE DEL BAMBINO AUTISTICO

Gli obiettivi

Per quanto riguarda gli obiettivi *al primo posto l'operatore* deve porre il **miglioramento della serenità interiore**.

Il *secondo obiettivo* deve riguardare la ricerca di una **maggiore fiducia** di questo bambino negli altri e nel mondo.

Per ottenere una **maggiore serenità interiore** abbiamo la necessità di creare attorno al bambino affetto da autismo un ambiente particolarmente ovattato, silenzioso, tranquillo, sereno.

Dopo aver creato attorno al bambino un ambiente particolarmente sereno e tranquillo abbiamo il compito di realizzare con lui un rapporto particolare fatto di **fiducia, stima e affetto reciproco**.

Per fare ciò abbiamo bisogno di rispettare al massimo ogni sua esigenza e bisogno.

Nello stesso tempo abbiamo il dovere di tenere in debito conto il suo mondo interiore nel quale, come abbiamo detto, si intrecciano in maniera convulsa irritabilità, sentimenti aggressivi, paure, ansie, inquietudini. Sentimenti ed emozioni questi che lo confondono e lo spaventano. Potremo fare ciò solo se lasceremo che sia lui, di volta in volta, a scegliere, inventare e portare avanti il gioco o l'attività preferita.

COME FAVORIRE LA COMUNICAZIONE

Ecco 6 strategie che è importante mettere in pratica, quando vuoi interagire con un bambino con disturbi dello spettro autistico.

- A. Stabilire e mantenere un contatto oculare e spronare il bambino a fare altrettanto;
- B. Parlare in modo chiaro e servendosi dell'ausilio di immagini in caso di difficoltà linguistiche;
- C. Utilizzare visione di filmati, letture di fumetti per aiutare il bambino a comprendere l'uso della comunicazione NON VERBALE;
- D. Presentare dei dialoghi scritti sotto forma di immagini o di simboli al fine di insegnargli come e cosa dire all'altro;
- E. Realizzare un quaderno definito "Quaderno dei resti" in cui incollare immagini rappresentanti esperienze vissute a scuola o in famiglia, con l'obiettivo di favorirne il racconto;
- F. Premiare ogni tentativo di comunicazione spontanea.

COME RIDURRE I PROBLEMI COMPORTAMENTALI

I bambini autistici spesso hanno rituali ed abitudini molto rigidi e possono reagire alle rotture e forzature di tali rigidità con improvvise crisi e scoppi d'ira.

È pertanto improduttivo e dannoso tentare di forzare il bambino bruscamente a modificare le proprie abitudini, bisogna osservare il suo comportamento per imparare a gestire al meglio i problemi comportamentali.

Rispettare i suoi tempi ed evitare troppi cambiamenti nella routine soprattutto se bruschi.
Strutturare la sua giornata in modo chiaro e prevedibile, pianificando in anticipo le attività da svolgere;
Rivolgersi a lui in modo calmo e chiaro
Creare ordine intorno a lui e nei suoi materiali in modo che impari autonomamente a prendere le sue cose.
Insegnarli a riferire il suo stato emotivo anche con l'ausili di immagini.
Promuovere la strategia di imitazione dei pari per ottenere i comportamenti adeguati e desiderati.
Scrittura di "Storie Sociali": Sono storie ricche di immagini che descrivono una situazione sociale in forma semplice, aiuta il bambino a comprendere cosa la gente fa e perchè lo fa;
Favorire la reiterazione e la stabilizzazione di un comportamento positivo tramite programmi di rinforzo ("TOKEN ECONOMY");

Tra le strategie principali da utilizzare:

Utilizzare l'**analisi Funzionale** per individuare i gli elementi che favoriscono la messa in atto del comportamento problema;

L'analisi funzionale è uno strumento che serve a descrivere gli eventi in modo tale da misurarli obiettivamente.

Solo se conosciamo un comportamento possiamo programmare efficacemente un intervento per modificarlo.

Generalmente le persone hanno un pattern ricorrente di comportamenti che utilizzano in una data situazione;

I comportamenti problema sono la strategia migliore che la persona ha escogitato per raggiungere i propri scopi;

Uno stesso obiettivo può essere perseguito con strategie e comportamento differenti;

Comportamenti diversi possono essere impiegati per ottenere uno stesso scopo.

ANALISI FUNZIONALE, COME SI FA

1. Scegliere un comportamento da esaminare.
2. Descrivere il comportamento in modo operativo (tutto quello che il soggetto fa e/o dice).
3. Segnare quando il comportamento si verifica; chi è presente in quel momento; quando e dove accade.
4. Determinare la possibile funzione del comportamento esaminato.

ANALISI FUNZIONALE SCEGLIERE UN COMPORTAMENTO DA ESAMINARE

- Creare una gerarchia di possibili comportamenti che la persona dovrebbe modificare/incrementare/ diminuire.
 - Esempio di Comportamento da esaminare: *Elena dà un morso al braccio destro dell'insergente a pranzo quando le vengono serviti gli spinaci. Dopodichè l'insergente urla, i bambini seduti al tavolo ridono, accorre l'insegnante che porta Elena nella stanza di sostegno*
- Elena dovrebbe:
 - 1. Non mordere;
 - 2. Parlare a bassa voce a ricreazione;
 - 3. Imparare a masticare con la bocca chiusa;
 - 4....

Si utilizzano delle “schede ABC” nelle quali si descrivono:

- **antecedenti** (A): quali fatti sono avvenuti immediatamente prima de comportamento oggetto di analisi;
- **comportamento** (B): descrizione puntuale di ciò che la persona ha detto o fatto;
- **conseguenze** (C): cosa è accaduto immediatamente dopo che la persona ha emesso il comportamento osservato.

A Antecedenti	B Comportamenti	C Conseguenze
1)	2)	3)

Si segnano anche quali persone sono presenti, il luogo e quando il comportamento si è verificato.

Data	Ora	Dove	Con chi	Antecedente (A)	Comportamento (B)	Conseguenze (C)
Lun. 11	13.30	Sala mensa, al tavolo predefinito per la sua classe	Inserviente Gianni (serve) e compagni di classe (seduti al tavolo)	Elena è seduta, ha finito il primo, vede che nel piatto che l'inserviente le sta porgendo ci sono gli spinaci	Elena morde la mano dell'inserviente che regge il piatto con la verdura.	L'inserviente urla, i bambini seduti al tavolo ridono, contemporaneamente, accorre l'insegnante che porta Elena nella stanza di sostegno
		Aula di sostegno	Insegnante di sostegno	L'inserviente urla, i bambini seduti al tavolo ridono, contemporaneamente, accorre l'insegnante che porta Elena nella stanza di sostegno	Elena si siede al tavolo	Elena sorride e prende un giornale

Per determinare correttamente la funzione di un comportamento sono necessarie più osservazioni ripetute nel tempo.
 Le schede ABC devono comprendere più osservazioni dello stesso comportamento in esame

Il disturbo da deficit di attenzione ed iperattività è una sindrome che ha esordio nell'infanzia e che si caratterizza per una regolazione deficitaria in tre aree:

- Attenzione
- Impulsività
- Iperattività

La più recente descrizione tecnica del disturbo di attenzione/iperattività è contenuta nel DSM-IV (APA, 1994).

Secondo il DSM-IV, per poter porre diagnosi di ADHD, un bambino deve presentare almeno 6 sintomi per un minimo di 6 mesi e in almeno 2 contesti di vita (ad esempio a casa e a scuola),

inoltre è necessario che tali manifestazioni siano presenti prima dei 7 anni di età e soprattutto che compromettano il rendimento scolastico e/o sociale.

Se un soggetto presenta esclusivamente 6 o più dei 9 sintomi di disattenzione, viene posta diagnosi di ADHD/ sottotipo disattento;

Se presenta esclusivamente 6 dei 9 sintomi di iperattività- impulsività, allora viene posta diagnosi di ADHD / sottotipo iperattivo –impulsivo;

Infine se il soggetto presenta entrambe le problematiche, allora si pone diagnosi di ADHD/ sottotipo combinato.

Sintomi e criteri diagnostici secondo il DSM-IV (APA, 1994)

1) sei o più dei seguenti sintomi di disattenzione sono persistiti per almeno 6 mesi con un'intensità che provoca disadattamento e che contrasta con il livello di sviluppo:

A) Disattenzione

spesso non riesce a prestare attenzione ai particolari o commette errori di distrazione nei compiti scolastici, sul lavoro, o in altre attività;

- spesso ha difficoltà a mantenere l'attenzione sui compiti e sulle attività di gioco;
- spesso non sembra ascoltare quando gli si parla direttamente,
- spesso non segue le istruzioni e non porta a termine i compiti scolastici, le incombenze, o i doveri sul posto di lavoro(non a causa di comportamento oppositivo o di incapacità di capire le istruzioni);
- spesso ha difficoltà a organizzarsi nei compiti e nelle attività;
- spesso evita , prova avversione, o è riluttante ad impegnarsi in compiti che richiedono sforzo mentale protratto (come compiti a scuola o a casa);
- spesso perde gli oggetti necessari per i compiti o le attività;
- spesso è facilmente distratto da stimoli estranei;
- spesso è sbandato nelle attività quotidiane;

2) Sei o più dei seguenti sintomi di iperattività- impulsività sono previsti per almeno 6 mesi con un'intensità che causa disadattamento e contrasta con il livello di sviluppo:

Iperattività

- spesso muove con irrequietezza mani o piedi o si dimena sulla sedia;
- spesso lascia il proprio posto a sedere in classe o in altre situazioni in cui ci si aspetta che resti seduto,
- spesso scorrazza e salta dovunque in modo eccessivo in situazioni in cui ciò è fuori luogo;
- spesso ha difficoltà a giocare o a dedicarsi a divertimenti in modo tranquillo;
- è spesso "sotto pressione" o agisce come se fosse "motorizzato";
- spesso parla troppo,
- Impulsività
- spesso "spara" le risposte prima che le domande siano state completate;
- spesso ha difficoltà ad attendere il proprio turno;
- spesso interrompe gli altri o è invadente nei loro confronti.

B) Alcuni dei sintomi di iperattività-impulsività o di disattenzione che causano compromissione erano presenti prima dei 7 anni di età.

C) Una certa menomazione a seguito dei sintomi è presente in due o più contesti per es. a scuola o a lavoro e a casa.

D) Deve esservi un'evidente compromissione clinicamente significativa del funzionamento sociale, scolastico o lavorativo.

E) I sintomi si manifestano esclusivamente durante il decorso di un disturbo generalizzato dello sviluppo, di schizofrenia, o di un altro disturbo psicotico, e non risultano meglio attribuibili ad un altro disturbo mentale.

L'ultima descrizione nosografia del ADHD ha ripreso la suddivisione dei sintomi in disattenzione, iperattività e impulsività.

I sintomi relativi alla disattenzione si riscontrano soprattutto in bambini, che rispetto ai loro coetanei, presentano un'evidente difficoltà a rimanere attenti o a lavorare su uno stesso compito per un periodo di tempo sufficientemente prolungato.

A scuola il bambino manifesta evidenti difficoltà nel prestare attenzione ai dettagli, fa errori banali, detti di distrazione e i suoi lavori sono incompleti e disordinati.

L'iperattività, ovvero un'eccessivo livello di attività motoria o vocale. Il bambino iperattivo manifesta continua agitazione, difficoltà a rimanere seduto e fermo al proprio posto. È sempre in movimento sia a scuola che a casa, durante i compiti e il gioco. Molto spesso i movimenti di tutte le parti del corpo non sono armonicamente diretti al raggiungimento dello scopo.

L'impulsività si manifesta nella difficoltà a dilazionare una risposta, a inibire un comportamento inappropriato, ad attendere una gratificazione.

Gli impulsivi rispondono troppo velocemente, interrompono spesso gli altri quando stanno parlando, non riescono a stare in fila e attendere il proprio turno l'impulsività è una caratteristica che rimane abbastanza stabile durante lo sviluppo ed è presente anche negli adulti con ADHD.

Usare il peer-to- peer.

La strategia della didattica effettuata in coppia con uno studente particolarmente brillante in una determinata materia è utilissima, poiché l'allievo con l'ADHD non si sentirà "assillato" dall'adulto (dato che vive con molta ansia la presenza dell'insegnante, anche in maniera "persecutoria", benché senza motivo). L'adulto infatti rappresenta la programmazione e la regolamentazione, su cui egli non ha controllo dentro di sé. Un suo pari, dunque, può aggirare quest'ostacolo.

Utilizzare stimoli diversificati per catturare l'attenzione.

Una delle problematiche maggiori che riscontrano i ragazzi con DDAI è dovuta all'ascolto della classica lezione frontale, perché non riescono ad ascoltare frasi per intero a causa della loro disattenzione. Una tattica, in questo senso, può essere quella di proporre loro stimoli visivi o motori, piuttosto che uditivi.

Lasciare che si muovano e si alzino, ma con un fine.

L'iperattività li porta spesso ad alzarsi dal banco per vagabondare in classe, o semplicemente per sgranchirsi le gambe: se non è di troppo disturbo per la lezione, ogni tanto lasciate che lo facciano, che si muovano e/o che escano dalla classe, con un insegnante o un compagno, per una breve passeggiata. L'importante è che sia chiaro il fine: tornare poi al banco e sforzarsi di lavorare. Servirà anche da incentivo.

Non coglierli in fallo.

Capita spesso, com'è ovvio per la sintomatologia dell'ADHD, che l'alunno si distraiga, chiacchieri, o si dimentichi di portare un libro: non bisogna, in questi casi, sottolineare la sua mancanza. È meglio farlo in un altro momento, magari facendo seguire questa osservazione a un riconoscimento per qualcosa di lodevole che ha fatto: potrebbe ascoltare con più attenzione il velato rimprovero e non s'inalbererebbe (data la sua permalosità) come farebbe, invece, quando colto "in flagrante".

Non fomentare la loro tendenza a polemizzare.

Purtroppo, è difficile spiegare all'intera classe quando uno dei suoi componenti cerca di polemizzare con qualsiasi pretesto, cercando di evitare la lezione e dirigendo l'attenzione su tutt'altro. In questo caso, è bene o ignorare questi tentativi o affrontarli in maniera molto schietta e diretta, cercando di chiudere velocemente la diatriba verbale per poi passare ad altro: la lezione.

Dare poche istruzioni, semplici e chiare

Dal momento che il bambino con ADHD ha una difficoltà a trattenere le informazioni, è utile utilizzare informazioni brevi e chiare chiedendo feedback su

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

IL DSM5 INDIVIDUA TRE CRITERI NECESSARI PER EFFETTUARE UNA DIAGNOSI DI DISABILITÀ INTELLETTIVA:

Criterio A:

Deficit delle funzioni intellettive, come ragionamento, problem-solving, pianificazione, pensiero astratto, capacità di giudizio,

apprendimento scolastico e apprendimento dall'esperienza, confermati sia da una valutazione clinica sia da test di intelligenza individualizzati, standardizzati

Criterio B:

Deficit del funzionamento adattivo che porta al mancato raggiungimento degli standard di sviluppo e socioculturali di autonomia e di responsabilità sociale.

Senza un supporto costante, i deficit adattivi limitano il funzionamento in una o più attività della vita quotidiana, come la comunicazione, la partecipazione sociale e la vita autonoma, attraverso molteplici ambienti quali casa, scuola, ambiente lavorativo e comunità.

Questi devono essere direttamente correlati ai disturbi intellettivi descritti nel Criterio A.

Criterio C:

Esordio dei deficit intellettivi e adattivi durante il periodo di sviluppo

I soggetti con Disabilità intellettiva giungono all'osservazione più per le compromissioni del funzionamento adattivo che per un basso funzionamento intellettivo.

Un problema adattivo è una limitazione della possibilità di adattamento all'ambiente cioè una difficoltà a rispondere alle esigenze che l'ambiente normalmente impone in rapporto all'età.

I deficit nel funzionamento adattivo si riferiscono a quando bene una persona risponde agli standard di indipendenza e responsabilità sociale della comunità, paragonato ad altri di simile età e background socioculturale.

ABILITÀ ADATTIVE

Il funzionamento adattivo coinvolge il ragionamento adattivo nei tre domini:

Concettuale

- Linguaggio (recettivo ed espressivo)
- Lettura e scrittura
- Memoria
- Concetto di denaro (matematica)
- Autonomia decisionale (problem solving)
- Acquisizione di conoscenze pratiche

Sociale

- Abilità interpersonali
- Autostima
- Consapevolezza del proprio livello di esperienza
- Consapevolezza dei pensieri, sentimenti ed esperienze altrui
- Empatia
- Comunicazione interpersonale
- Capacità di seguire le regole e rispetto delle leggi
- Giudizio sociale

Pratico: *Attività di vita quotidiana*

- Alimentazione
- Spostamenti/mobilità
- Igiene personale
- Capacità di vestirsi
- Attività strumentali di vita quotidiana
- Preparazione dei pasti
- Lavori domestici
- Trasporto
- Assunzioni di farmaci
- Uso del telefono
- Abilità lavorative
- Mantenimento della sicurezza ambientale

FATTORI PREDISPONENTI

1. Eziologia sconosciuta 30-40%
2. ereditarietà 5%
3. alterazioni precoci dello sviluppo embrionale 30%
4. problemi durante la gravidanza e nel periodo perinatale 10%:
5. condizioni mediche generali acquisite durante l'infanzia o la fanciullezza 5%
6. influenze ambientali e altri disturbi mentali 15-20%

Valutazione del QI

Gradi di gravità Disabilità Intellettiva

Possono essere specificati 4 gradi di gravità, che riflettono il livello della compromissione intellettiva:

Disabilità Intellettiva Lieve

(livello del QI da 50-55 a circa 70)

Lieve nel 70-85% dei casi

Disabilità Intellettiva Moderato

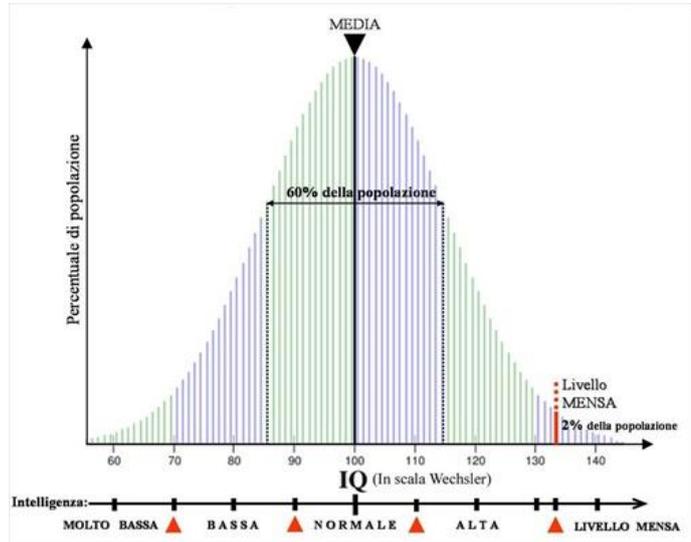
(livello del QI da 35-40 a 50-55)

Media nel 10% dei casi

Disabilità Intellettiva Grave

(livello del QI da 20-25 a 35-40)

Grave o Profonda in circa il 5% dei casi



Disabilità Intellettiva Gravissimo

(livello del QI sotto 20).

Funzionamento Intellettivo Limite

(livello del QI range tra 84 e 70)

Ugualmente presentano menomazioni del funzionamento adattivo dovute al deficit intellettivo, evidente soprattutto nella soluzione di problemi o nella produzione e comprensione di un testo

talvolta presentano difficoltà anche nell'uso dell'orologio, del denaro e dei concetti spazio-temporali

I vari livelli di gravità sono definiti sulla base del funzionamento adattivo e non dei soli punteggi di QI

È il livello adattivo che determina il livello di assistenza richiesto

Le caratteristiche essenziali della DI sono i deficit delle capacità mentali generali e un funzionamento adattivo quotidiano compromesso rispetto a quello di individui della stessa età e livello socioculturale

Diagnosi basata su valutazione clinica e test standardizzati per le funzioni intellettive e adattive

Disabilità Intellettiva LIEVE

(livello del QI da 50-55 a circa 70)

- ETÀ MENTALE: 8-11 anni
- sviluppano abilità sociali

- minimi problemi sensomotori
- difficoltà apprendimenti scolastici anche fino alla V elementare
- diagnosticato tardi
- con una supervisione vita personale e sociale autonoma
- presentano spesso alterazioni emotive (50%): esibizione/collera-organizzazione rigida, trascinato da altri adolescenti;
- inibizione/passività - sottomissione all'adulto

Si osservano frequentemente difficoltà dell'apprendimento in ambito scolastico

Nell'età adulta spesso raggiungono una autonomia lavorativa, relazioni sociali soddisfacenti, e risultano in grado di contribuire al benessere della società.

Questo gruppo costituisce la parte più ampia (circa l'85%) dei soggetti affetti da questo disturbo.

Come categoria, i soggetti con questo livello di DI tipicamente sviluppano capacità sociali e comunicative negli anni prescolastici (da 0 a 5 anni di età), hanno una compromissione minima nelle aree sensomotorie, e spesso non sono distinguibili dai bambini senza Disabilità Intellettiva fino ad un'età più avanzata.

Prima dei 20 anni, possono acquisire capacità scolastiche corrispondenti all'incirca alla quinta elementare.

Durante l'età adulta, essi di solito acquisiscono capacità sociali e occupazionali adeguate per un livello minimo di autosostentamento, ma possono aver bisogno di appoggio, di guida, e di assistenza, specie quando sono sottoposti a stress sociali o economici inusuali.

Con i sostegni adeguati, i soggetti con **Disabilità Intellettiva** Lieve possono di solito vivere con successo nella comunità, o da soli o in ambienti protetti .

Disabilità Intellettiva Moderato

Q.I. : 35/40 – 50/55

Questo gruppo costituisce circa il 10% dell'intera popolazione di soggetti con DI

La maggior parte dei soggetti con questo livello di DI acquisisce capacità comunicative durante la prima fanciullezza.

Essi traggono beneficio dall'addestramento professionale e, con una moderata supervisione, possono provvedere alla cura della propria persona.

Possono anche beneficiare dell'addestramento alle attività sociali e lavorative, ma difficilmente progrediscono oltre il livello della seconda elementare nelle materie scolastiche.

Possono imparare a spostarsi da soli in luoghi familiari.

Durante l'adolescenza, le loro difficoltà nel riconoscere le convenzioni sociali possono interferire nelle relazioni con i coetanei.

Nell'età adulta, la maggior parte riesce a svolgere lavori non specializzati, o semispecializzati, sotto supervisione in ambienti di lavoro protetti o normali.

Essi si adattano bene alla vita in comunità, di solito in ambienti protetti.

- ETÀ MENTALE: 5-7 anni
- presentano acquisite le abilità comunicative durante l'infanzia

- hanno ritardo psicomotorio
- Con supervisione provvedono alla cura della propria persona e lavori semplici
- Relativa autonomia nei luoghi familiari
- Discrete capacità comunicative
- cura personale con supervisione
- competenze scolastiche limitate (II elem.)
- lavoro guidato
- Discreto adattamento alla vita di comunità
- da adulti di frequente hanno difficoltà nel rispettare le norme sociali

Disabilità intellettiva grave **Q.I. : 20/25 – 35/40**

Il gruppo con Ritardo Mentale Grave costituisce il 3-4% dei soggetti con DI.

Durante la prima fanciullezza essi acquisiscono un livello minimo di linguaggio comunicativo, o non lo acquisiscono affatto.

Durante il periodo scolastico possono imparare a parlare e possono essere addestrati alle attività elementari di cura della propria persona.

Essi traggono un beneficio limitato dall'insegnamento delle materie prescolastiche, come familiarizzarsi con l'alfabeto e svolgere semplici operazioni aritmetiche, ma possono acquisire capacità come l'imparare a riconoscere a vista alcune parole per le necessità elementari.

Nell'età adulta, possono essere in grado di svolgere compiti semplici in ambienti altamente protetti.

La maggior parte di essi si adatta bene alla vita in comunità, in comunità alloggio o con la propria famiglia, a meno che abbiano un disabilità associato che richieda assistenza specializzata o altre cure.

CARATTERISTICHE:

- ETÀ MENTALE: 4 -6 anni
- Minimi o assenti livelli di linguaggio
- Non acquisiscono competenze comunicative fino alle classi elementari
- A scuola possono acquisire conoscenze minime (riconoscere l'alfabeto, contare...)
- Contesti protetti e supervisionati
- Problemi relazionali: isolamento e stereotipie
- Minime competenze di autonomia
- Da adulti possono svolgere attività semplici in ambienti protetti

Disabilità intellettiva Gravissima Q.I. : **< 20/25**

Il gruppo con DI Gravissima costituisce circa un 1-2% dei soggetti con Ritardo Mentale.

Durante la prima infanzia, essi mostrano considerevole compromissione del funzionamento sensomotorio.

Uno sviluppo ottimale può verificarsi in un ambiente altamente specializzato con assistenza e supervisione costanti, e con una relazione personalizzata con la figura che si occupa di loro.

Lo sviluppo motorio e le capacità di cura della propria persona e di comunicazione possono migliorare se viene fornito un adeguato addestramento.

Alcuni possono svolgere compiti semplici in ambienti altamente controllati e protetti.

CARATTERISTICHE:

- ETÀ MENTALE: meno di 4 anni
- Spesso dipende da una condizione neurologica
- Difficoltà sensomotoria
- Incapacità comunicativa
- Piccoli compiti in contesti altamente supervisionati
- Alterazioni relazionali massicce: isolamento, stereotipie e nei casi più gravi automutiliazioni
- Assistenza e supervisione costante

ATTIVITÀ ED INTERVENTI

AUTONOMIA DI BASE: alimentarsi, lavarsi, vestirsi, usare correttamente i servizi igienici
AUTOGESTIONE PERSONALE ED AMBIENTALE: cura di sé e gestione del proprio ambiente di vita
ATTIVITÀ DI SOCIALIZZAZIONE
ATTIVITÀ COGNITIVE: programmi specifici di stimolazione cognitiva per codificare e decodificare le informazioni provenienti dall'ambiente esterno.
ATTIVITÀ OCCUPAZIONALI: pre-occupazionali e professionali
ATTIVITÀ ESPRESSIVE: al fine di stimolare l'emozione e la creatività
ATTIVITÀ LUDICHE: il gioco correlato allo sviluppo cognitivo, affettivo e simbolico RIDUZIONE DI EVENTUALI COMPORTAMENTI PROBLEMATICI

Interventi Riabilitativi

Neuro-psicomotricità: Prevede interventi a carattere riabilitativo: rivolti alle menomazioni che riguardano principalmente le funzioni cognitive di base, le funzioni mentali del movimento, le funzioni mentali del linguaggio e le funzioni psicosociali globali.
Interventi a carattere abilitativo: si rivolgono alla facilitazione delle attività del soggetto nelle aree dell'applicazione delle conoscenze, della mobilità e della comunicazione. Entrambi i tipi di intervento sono contestuali e sinergici e hanno come scopo ultimo quello di favorire la partecipazione del soggetto

Logopedia: trattamento che si rivolge alla organizzazione e alla riorganizzazione delle funzioni linguistiche, abitualmente compromesse nel soggetto con Disabilità Mentale.

Mira a stimolare il linguaggio in tutte le sue forme parlato, letto,scritto, facilita l'automatizzazione dei processi di lettura scrittura e calcolo

Terapia occupazionale: Prevede interventi organizzati in laboratori opportunamente organizzati, in rapporto al livello cognitivo del soggetto, alla sua età e alla sue capacità adattive generali.

Interventi psico-educativi: attività volte a facilitare l'apprendimento di comportamenti adattivi che permettono l'inserimento e l'integrazione sociale del soggetto

Interventi psicoterapeutici: nella maggioranza dei casi assumono il carattere di interventi di sostegno, al bambino e alla famiglia.

Terapie farmacologiche: Non esiste un farmaco per l'intelligenza ,in passato è stata data eccessiva importanza ad alcuni farmaci psicotropi ,capaci di "attivare" le funzioni mentali.

La personalità è un'organizzazione dinamica dei sistemi individuali di funzionamento, che determinano l'adattamento all'ambiente e caratterizzano la persona in condizioni ordinarie (relativamente stabile e prevedibile). Organizzazione integrata di tutte le funzioni cognitive, affettive, volitive e fisiche dell'individuo. Modelli di comportamento caratteristici e prevedibili che concorrono a sviluppare lo stile di vita proprio di una persona e che sono funzionali a garantire l'equilibrio armonico tra persona ed ambiente.

Disturbi di personalità - Criteri Diagnostici

A. Un modello ABITUALE di esperienza interiore e di comportamento CHE DEVIAMARCATAMENTE rispetto alle aspettative della cultura dell'individuo. Il modello si manifesta in due (o più) delle seguenti aree:

- 1) cognitivtà (modi di percepire e interpretare se stessi, gli altri e gli avvenimenti);
- 2) affettività (varietà, intensità, labilità e adeguatezza della risposta emotiva);
- 3) funzionamento interpersonale;
- 4) controllo degli impulsi.

B. Il modello abituale risulta INFLESSIBILE E PERVASIVO in una varietà di situazioni personali e sociali.

C. Il modello abituale determina un DISAGIO clinicamente significativo e COMPROMISSIONE del funzionamento sociale, lavorativo e di altre importanti aree;

D. Il modello è STABILE e di lunga durata e l'esordio può essere fatto risalire almeno all'ADOLESCENZA o alla prima età adulta;

E. Il modello abituale non risulta meglio giustificato come manifestazione o conseguenza di un altro disturbo mentale;

F. Il modello abituale non risulta collegato agli effetti fisiologici diretti di una sostanza (per es. una droga di abuso, un farmaco) o di una condizione medica generale (per es. un trauma cranico).

Aspetti chiave:

- I tratti devono essere maladattativi;
- Causare al soggetto distress o danno funzionale
- Necessità di valutare la persona in diverse situazioni per averne un'immagine globale

I Disturbi di Personalità DSM V sono raggruppati in tre cluster:

Cluster A (ECCENTRICO)

Ritiro emozionale e stranezza comportamentale; È caratterizzato dall'apparire strano o eccentrico. Esso comprende i seguenti disturbi di personalità caratterizzati da condotte strane o eccentriche:

Cluster B (DRAMMATICO):

Instabilità, drammaticità, esagerata manifestazione delle emozioni. È caratterizzato da comportamenti drammatici, emotivi o stravaganti

Cluster C (ANSIOSO):

Ansia, sottomissione, evitamento. caratterizzato da comportamenti ansiosi e paurosi.

Esiste inoltre la categoria NAS

La personalità paranoide

è una condizione cronica e pervasiva caratterizzata da una modalità di pensiero distorta per via di una costante mancanza di fiducia e di una rigida sospettosità verso gli altri. La caratteristica essenziale di questo disturbo è, infatti, la persistente interpretazione delle intenzioni degli altri come malevole. Gli individui con disturbo paranoide di personalità pensano che gli altri li sfrutteranno, li danneggeranno, li inganneranno anche in assenza di evidenze a supporto di questa ipotesi. Sono preoccupati e hanno dubbi sulla affidabilità dei loro amici (se ne hanno) o colleghi, senza alcun giustificato motivo, e passano in rassegna le azioni degli altri alla ricerca di prove di intenzioni malevoli, spesso ravvisando significati nascosti.

Disturbo Schizoide di Personalità

La personalità schizoide è una condizione relativamente rara che si caratterizza per distacco sociale, mancanza o indifferenza alle relazioni interpersonali e ridotta capacità di espressione delle emozioni. Vi è una modalità pervasiva di distacco da tutti i contesti sociale. La vita delle persone con questo disturbo, infatti, si caratterizza per il forte isolamento sociale (assenza di amici, lavori con ridotto o assente contatto umano, mancanza di relazioni intime o sessuali) e per la tendenza a non trarre alcun piacere nello svolgere qualsiasi attività, preferendo trascorrere il tempo da soli, assorbiti dai propri pensieri e sentimenti. Appaiono lenti e letargici, hanno un eloquio lento e monotono con poca espressione. Raramente mostrano cambiamenti nell'umore, a dispetto di eventi esterni. Tendono ad avere uno stato d'animo negativo, senza picchi. La parola chiave per il disturbo schizoide di personalità è “**separato**”. Queste persone sono, infatti, l'incarnazione della personalità autonoma. La relazione con il paziente schizoide, risente inevitabilmente del suo totale ritiro emotivo: dall'inizio alla fine del colloquio può non esserci alcun contatto e anche se sarete empatici rimarrà freddo; difficilmente riuscirete a sentire la sua sofferenza. Dal momento che ha una ristretta gamma di espressione delle emozioni, sarà difficile per voi capire se il problema di cui vi sta parlando è importante o meno e sarà altrettanto difficile capire se gli piacete, se ha fiducia in voi, se vi rispetta o se lo avete irritato. Non vi può essere d'aiuto chiedere direttamente a lui queste cose perchè nemmeno lui le sa e se anche le sapesse non cambierebbe nulla perchè non gli interesserebbero.

Disturbo Schizotipico di Personalità

La caratteristica principale degli individui con disturbo schizotipico di personalità è il disagio acuto e la ridotta capacità di relazioni intime, insieme a distorsioni cognitive o percettive ed eccentricità nel comportamento. Spesso questi soggetti presentano sintomi psicotici subclinici, come la sospettosità, e credono che gli altri parlano di loro o vogliono danneggiarli. Non hanno amici, si sentono ansiosi nelle situazioni sociali e possono comportarsi in modi che altri percepiscono come bizzarri. Una persona con disturbo schizotipico di personalità ha un comportamento insolito, eccentrico, presente in un ampio range di circostanze interpersonali. Da un punto di vista cognitivo, possono avere idee di riferimento, convinzioni strane o pensiero magico, esperienze percettive bizzarre e sospettosità o pensieri paranoidi, con insight ridotto o assente.

Disturbi di personalità Cluster B

Instabilità, drammaticità, esagerata manifestazione delle emozioni. È caratterizzato da comportamenti drammatici, emotivi o stravaganti

Disturbo Istrionico di Personalità - Disturbo Narcisistico di Personalità

Disturbo Borderline di Personalità - Disturbo Antisociale di Personalità

Disturbo Istrionico di Personalità

Gli individui con disturbo istrionico di personalità mostrano comportamenti eccessivamente drammatici ed esibizionismo emotivo. Un desiderio intenso di affetto e attenzione guida i loro comportamenti autocentrati, seduttivi e manipolativi, senza considerare il loro impatto sugli altri. Il disturbo istrionico di personalità è caratterizzato da una pervasiva ricerca di attenzioni e comportamenti eccessivamente drammatici che cominciano in età adulta e si presentano in una vasta gamma di situazioni. I segni e i sintomi di questo disturbo sono solitamente egosintonici, ovvero spesso gli individui non riconoscono che gli altri possono percepire il loro comportamento come superficiale, eccessivo o manipolativi perché nemmeno loro lo considerano tale. Questo porta spesso a difficoltà interpersonali, a relazioni disturbate e battaglie emotive con la rabbia e l'umore basso che attribuiscono a cause esterne.

La stessa modalità viene mostrata al terapeuta, e dunque la terapia è, spesso, sfidante con molte insidie. Non è facile, infatti, coinvolgerli nel trattamento visto che sono molto manipolativi, emozionalmente labili e facilmente frustrati e distratti. Gli individui con disturbo istrionico di personalità sono affascinanti, energici, manipolativi, seduttivi, impulsivi, richiedenti ed esprimono in modo esagerato le emozioni. La loro personalità eccentrica induce facilmente gli altri al coinvolgimento, ma le relazioni risultano spesso superficiali e transitorie. Nell'instaurare una relazione con una paziente di questo tipo, ci si deve confrontare con un'emotività eccessiva ed una certa superficialità; si avrà l'impressione di scarsa autenticità oltre alla presenza di contraddizioni evidenti nel racconto.

La paziente istrionica (la diagnosi è più frequente nelle donne) tende ad essere molto seduttiva con un intervistatore di sesso maschile allo scopo di fare colpo su di lui; in questo caso, si impone la necessità di offrire alla paziente il supporto emotivo di cui ha bisogno ma senza fraintendimenti sulla reale natura della relazione. Con intervistatrici di sesso femminile, invece, si porrà come rivale cercando di ingaggiare una sorta di lotta per la supremazia.

Poiché la paziente istrionica sembra ricercare più attenzione e ammirazione che non un rapporto professionale, la relazione potrà essere difficile. Per ottenere informazioni attendibili, sarà necessario superare la modalità superficiale e teatrale della paziente di porsi nella relazione; in generale, domande aperte o poco strutturate, con queste pazienti, non raggiungono lo scopo poiché la paziente diventa evasiva e si dilunga in racconti di vicende in cui, inevitabilmente, assume il ruolo della vittima. Quindi, una volta individuato un tema rilevante è necessario mantenere il focus della paziente su questo tema chiedendo chiarimenti ed evitando che cambi discorso.

Inoltre, può rivelarsi utile fare interventi di "decentralizzazione"; poiché la paziente tende a riferire relazioni con gli altri conflittuali ed instabili, dovrebbe essere incoraggiata ad assumere il punto di vista altrui.

Disturbo Narcisistico di Personalità

Una modalità pervasiva di grandiosità, necessità di ammirazione e mancanza di empatia, che compare nella prima età adulta ed è presente in una varietà di contesti, come indicato da almeno cinque dei seguenti elementi:

1. ha un senso grandioso di importanza;
2. è assorbito da fantasie di illimitati successo, potere, bellezza, fascino;
3. crede di essere speciale o unico e di poter essere apprezzato solo da persone di elevata classe sociale;
4. richiede eccessiva ammirazione;
5. ha la sensazione che tutto gli sia dovuto;
6. tende allo sfruttamento degli altri per propri scopi;
7. manca di empatia
8. è spesso invidioso degli altri o crede di essere invidiato;
9. mostra atteggiamenti arroganti o presuntuosi.

Il **disturbo narcisistico di personalità** è un disturbo della personalità che si caratterizza per idee di grandiosità, costante bisogno di ammirazione e mancanza di empatia.

L'atteggiamento dominante del narcisista è di difesa da potenziali ferite al proprio valore alle quali reagisce con senso di superiorità, arroganza e disprezzo, non prendendosi quasi mai la responsabilità delle proprie azioni (sottotipo *overt*) o sentendosi inferiore, vulnerabile alle critiche e spaventato dal confronto (sottotipo *covert*).

Disturbo Borderline di Personalità

Il termine *borderline* è stato usato per descrivere quella “zona di confine” tra la sintomatologia nevrotica (ad esempio, problemi di ansia e depressione) e quella psicotica (pseudoallucinazioni, paranoia e dissociazione). Una modalità pervasiva di instabilità nelle relazioni interpersonali, nell'immagine di sé e dell'umore e una marcata impulsività, comparse nella prima età adulta e presenti in vari contesti:

1. sforzi disperati di evitare un reale o immaginario abbandono
2. relazioni interpersonali instabili e intense con alternanza tra iperidealizzazione e svalutazione
3. alterazione dell'identità
4. impulsività in almeno due aree dannose per il soggetto
5. minacce, gesti, comportamenti automutilanti o suicidari
6. instabilità affettiva per marcata reattività dell'umore
7. sentimenti cronici di vuoto
8. rabbia immotivata o intensa e difficoltà a controllarla
9. ideazione paranoide o s. dissociativi transitori legati a stress

Il tipico paziente con Disturbo Borderline di Personalità mostra resistenze alla relazione che trovano espressione nell'instabilità del tono dell'umore e degli obiettivi che si prefigge e nella modalità di relazionarsi con l'interlocutore. Può mostrare un'emozionalità intensa e poi, in modo del tutto inaspettato, presentare un improvviso e repentino cambiamento dell'umore.

Il suo modo instabile di gestire le relazioni troverà espressione anche nel rapporto con il terapeuta:

potrà mostrare fiducia e apprezzamento ma, se dovesse sentirsi incompreso o non sufficientemente accettato, potrà cambiare idea, passando ad un giudizio diametralmente opposto.

Questo tipo di pazienti, mostra spesso difficoltà a mantenere l'attenzione su un argomento preciso; bisogna pertanto assumere un atteggiamento direttivo, incoraggiarlo a seguire il filo del discorso con commenti supportivi contrastando lo spostamento del focus attentivo su altri discorsi. Le persone con disturbo borderline di personalità (DBP) tendono a sperimentare **emozioni e stati d'animo estremamente intensi che possono cambiare in modo rapido e improvviso**. In genere, presentano difficoltà a tollerare lo stress o calmarsi quando si sentono in balia di queste emozioni negative (rabbia, tristezza, ansia, frustrazione, ecc.). Di conseguenza, in questi pazienti sono frequenti **scoppi d'ira e comportamenti impulsivi** come l'abuso di sostanze, rapporti sessuali a rischio, autolesionismo, shopping compulsivo, *binge eating* (abbuffate incontrollate) e tentativi di suicidio. Questi comportamenti hanno la funzione di ridurre l'attivazione emotiva nel breve termine, ma possono condurre a gravi conseguenze nel lungo periodo. Vi è un **alto rischio suicidario**, superiore di 50 volte rispetto alla popolazione generale. Per via degli scoppi d'ira, i comportamenti autodistruttivi e i cambiamenti d'umore, i pazienti con disturbo borderline di personalità tendono ad avere relazioni interpersonali disfunzionali, e perciò possono essere considerati un peso da parenti, amici e colleghi. Molti pazienti si ritrovano ripetutamente in relazioni sentimentali poco sane, caratterizzate da estreme oscillazioni tra **idealizzazione** e **svalutazione** del partner, atteggiamento estremamente bisognoso e rifiuto, aggressività e sottomissione. Nelle relazioni di coppia, i pazienti con disturbo borderline possono essere sia vittime che perpetratori di violenza.

Disturbo Antisociale di Personalità

A. Un pattern pervasivo di inosservanza e violazione dei diritti degli altri, che si manifesta fin dall'età di 15 anni, come indicato da tre (o più) dei seguenti elementi:

1. incapacità di conformarsi alle norme sociali per quanto riguarda il comportamento legale, come indicato dal ripetersi di atti passibili di arresto;
2. disonestà, come indicato dal mentire ripetutamente, usare falsi nomi o truffare gli altri, per profitto o per piacere personale;
3. impulsività o incapacità di pianificare;
4. irritabilità e aggressività, come indicato da ripetuti scontri o aggressioni fisiche;
5. Non curanza sconsiderata della sicurezza propria o degli altri;
6. Irresponsabilità abituale, come indicato dalla ripetuta incapacità di sostenere un'attività lavorativa continuativa o di far fronte a obblighi finanziari;
7. mancanza di rimorso, come indicato dall'essere indifferenti o dal razionalizzare dopo aver danneggiato, maltrattato o derubato un altro;

B. L'individuo ha almeno 18 anni

C. Presenza di un Disturbo della Condotta con esordio prima dei 15 anni di età

D. Il comportamento antisociale non si verifica esclusivamente durante il decorso della schizofrenia o del disturbo bipolare.

I pazienti antisociali possono impressionare per l'intelligenza, il fascino e la seduttività ma sotto questa "maschera di salute" provano tensione, ostilità e rabbia.

All'anamnesi emergono assenze da scuola, fughe da casa, furti, risse, violenze sui più deboli, attività illecite, abuso di sostanze. Il loro pensiero è razionale, il giudizio di realtà non è alterato.

Non mostrano ansia e depressione, sono freddi e anaffettivi, non provano rimorso in relazione ai loro comportamenti. I pazienti antisociali possono impressionare per l'intelligenza, il fascino e la seduttività ma sotto questa "maschera di salute" provano tensione, ostilità e rabbia. All'anamnesi

emergono assenze da scuola, fughe da casa, furti, risse, violenze sui più deboli, attività illecite, abuso di sostanze. Il loro pensiero è razionale, il giudizio di realtà non è alterato. Non mostrano ansia e depressione, sono freddi e anaffettivi, non provano rimorso in relazione ai loro comportamenti.

DISTURBI DI PERSONALITÀ CLUSTER C

Condotte di comportamento ansioso o inibito. I disturbi di personalità del Cluster C sono:

- Disturbo Evitante di Personalità
- Disturbo Dipendente di Personalità
- Disturbo Ossessivo-compulsivo di Personalità

Questi disturbi si caratterizzano soprattutto per alti livelli di ansia, inibizione sociale, sentimenti d'inadeguatezza e un'ipersensibilità alle valutazioni negative.

DISTURBO EVITANTE DI PERSONALITÀ

La personalità evitante è stata distinta da quella schizoide in base alla capacità di provare un coinvolgimento emotivo e dall'essere disturbati dall'incapacità di mettersi adeguatamente in rapporto con gli altri.

Una modalità pervasiva di inibizione sociale, sentimenti di inadeguatezza e ipersensibilità verso i giudizi negativi, comparsa entro la prima età adulta e presente in una varietà di contesti come indicato da almeno quattro dei seguenti criteri:

- 1) evita attività lavorative che implicino un significativo contatto interpersonale per paura delle critiche, della disapprovazione e del rifiuto;
- 2) è riluttante ad entrare in relazione con gli altri a meno che non sia certo di piacere;
- 3) è riservato nelle relazioni intime per paura di essere umiliato e ridicolizzato;
- 4) è preoccupato nelle situazioni sociali per la possibilità di essere criticato o rifiutato;
- 5) dimostra inibizione nelle nuove situazioni interpersonali a causa di sentimenti di inadeguatezza;
- 6) si vede socialmente incapace, privo di fascino o inferiore rispetto agli altri;
- 7) è eccessivamente riluttante ad assumere su di sé dei rischi o a intraprendere nuove attività poiché possono rivelarsi imbarazzanti.

Le persone con questo disturbo sono preoccupate di essere ridicolizzate dagli altri, rifiutate o criticate. Questo le porta a evitare situazioni sociali nelle quali devono interagire con gli altri limitando nel tempo il normale sviluppo delle abilità sociali. 08/01/2021 La condizione preminente è il "disagio e l'ansia sociale" e una marcata tendenza a svolgere una vita routinaria che ponga questi soggetti al riparo dai potenziali rischi costituiti dalla novità. Per poter vivere sensazioni positive e gratificanti, anche se momentanee, gli evitanti coltivano interessi e attività solitarie (es. musica, lettura, chat). Il ritiro sociale infine conferma il loro personale senso di inadeguatezza sociale, in una spirale apparentemente senza fine.

DISTURBO DIPENDENTE DI PERSONALITÀ

La dipendenza può essere definita come un bisogno eccessivo di fare affidamento sugli altri per supporto, guida, nutrimento e protezione (Bornstein, 2012b). Gli individui con disturbo dipendente di personalità hanno significativi livelli di ansia, innescati dal prendere decisioni quotidiane, iniziare o completare compiti, e dal percepire un rifiuto da parte degli altri (APA, 2013).

Una situazione pervasiva ed eccessiva di necessità di essere accuditi che determina comportamento sottomesso o dipendente e timore della separazione, che compare nella prima età adulta, in vari contesti, come indicato da almeno cinque dei seguenti elementi:

- difficoltà a prendere decisioni quotidiane senza consigli e rassicurazioni
- bisogno che gli altri si assumano la responsabilità per la maggior parte dei settori della sua vita
- difficoltà ad esprimere disaccordo verso gli altri
- difficoltà ad iniziare progetti o a fare cose in maniera autonoma
- può giungere a compromessi pur di ottenere accudimento e supporto
- si sente a disagio o indifeso quando è solo per timori esagerati di saper badare a se stesso • quando termina una relazione stretta ne ricerca urgentemente un'altra
- si preoccupa eccessivamente di essere lasciato solo a provvedere a se stesso

Per regolare questo disagio, i soggetti cercano guida, rassicurazione e supporto. Spesso preferiscono rinunciare ad avere il controllo anche su aspetti quotidiani della propria vita, chiedendo consigli su cosa indossare, cosa scegliere al ristorante o a che ora prendere un appuntamento. Molto spesso queste persone si sentono impotenti di per sé e così, cercando supporto, riducono l'ansia correlata alla percepita onerosità del prendersi cura di sé. La caratteristica chiave del disturbo dipendente di personalità è, appunto, l'eccessivo bisogno di cure e di protezione associato alla paura di rimanere soli. La necessità di essere accuditi può portare la persona dipendente a ritenere gli altri significativi indispensabili, a sottomettersi ai loro bisogni e desideri e a pensare di avere enormi difficoltà a iniziare e proseguire qualsiasi attività senza il loro aiuto.

DISTURBO OSSESSIVO-COMPULSIVO DI PERSONALITÀ

Gli individui con questo disturbo di personalità sono caratterizzati dalla tendenza al perfezionismo, da elevati standard di prestazione e devozione per il lavoro e per la produttività che si traducono nell'attenzione minuziosa per dettagli, procedure e liste. Sono presenti, inoltre, un'eccessiva preoccupazione per l'ordine, perseveranza, ostinazione, indecisione, inflessibilità, difficoltà a manifestare le proprie emozioni e tendenza ad essere molto ruminativi, coscienziosi, moralisti e critici, soprattutto verso i propri errori

Ossessioni E Compulsioni

Le **ossessioni** sono pensieri, impulsi o immagini, intrusivi, ricorrenti e persistenti, accompagnati da ansia e disagio marcati che s'inseriscono nel flusso dei pensieri in modo involontario. La persona non riesce ad allontanarli dalla mente. Il contenuto dei pensieri ossessivi viene vissuto come contrario alla personalità e al modo d'essere del paziente, che lo giudica estraneo e insensato, tentando di resistervi o di neutralizzarli con altri pensieri o azioni, cioè le compulsioni. Le ossessioni del Disturbo Ossessivo Compulsivo attivano emozioni sgradevoli e molto intense. Le emozioni provate sono paura, disgusto, colpa. Queste emozioni attivano il conseguente bisogno di fare il possibile per rassicurarsi e gestire il proprio disagio.

Compulsioni: Si tratta di comportamenti ripetitivi, finalizzati e intenzionali, eseguiti al fine di prevenire un qualche evento temuto o di ridurre lo stato di disagio generato dall'ossessione.

Possono essere anche dei veri e propri rituali o cerimoniali che devono essere eseguiti secondo regole rigide e sempre con la stessa sequenza. Le compulsioni non sono necessariamente osservabili come il lavarsi le mani, il riordinare, il controllare, ma possono anche essere azioni eseguite a livello esclusivamente mentale, come il pregare, il contare o il ripetere parole mentalmente. La persona si sente, in ogni caso, obbligata a metterle in atto in risposta a un'ossessione.

Un quadro pervasivo di preoccupazione per ordine, perfezionismo, controllo mentale e interpersonale, a spese di flessibilità, apertura e efficienza, che compare nella prima età adulta, coinvolge vari contesti e di evidenza per la presenza di almeno quattro tra i seguenti elementi:

- attenzione per i dettagli le regole, le liste, l'ordine, l'organizzazione, gli schemi

- mostra un perfezionismo che interferisce con il completamento dei compiti • eccessiva dedizione al lavoro o alla produttività

- esageratamente coscienzioso, inflessibile in termini di morale, etica o valori 08/01/2021

- incapace a gettare via oggetti consumati o di nessun valore

- è riluttante a delegare compiti o a lavorare con altri • adotta una modalità di spesa improntata all'avarizia

- manifesta rigidità e testardaggine. 08/01/2021 Il Disturbo Ossessivo Compulsivo si manifesta più frequentemente con compulsioni di lavaggio, di pulizia o di controllo. Tuttavia nel complesso si distinguono 4 sottotipi di Disturbo Ossessivo Compulsivo:

Washers/Cleaners. Le ossessioni sono di contaminazione, associate a rituali di pulizia e di evitamento.

Checkers. Le ossessioni sono rappresentate dal dubbio di aver fatto o non fatto qualcosa che causi un grave danno alla propria reputazione, e i rituali sono di controllo e di evitamento. Le compulsioni di questo tipo generalmente riguardano comportamenti preventivi quali il controllo di elettrodomestici (ad esempio, cucina a gas, macchina da caffè elettrica, ferro da stiro) per il timore che possano provocare danni all'abitazione; oppure di porte e finestre dell'abitazione, che devono essere ben chiuse per evitare furti.

Ordering. Le compulsioni "di ordine" sono espressione dell'impulso a organizzare simmetricamente oggetti personali, vestiti o arredamento.

Compulsioni di ripetizione e conteggio. Possono riferirsi a una qualsiasi azione, oggetto o rappresentazione mentale (contare le mattonelle, i semafori rossi, pensare a serie di numeri o schemi). Spesso si accompagnano a una forma di pensiero magico (ad esempio, il timore che se non si mette in atto la compulsione, possa accadere una disgrazia a una persona cara).

L'ansia nella è una complessa combinazione di emozioni che includono paura, apprensione e preoccupazione, ed è spesso accompagnata da sensazioni fisiche come palpitazioni, dolori al petto e/o respiro corto e il cosiddetto “nodo alla gola”.

Questa emozione ci accompagna spesso in quegli eventi che riteniamo importanti; basti pensare a quelle situazioni in cui dobbiamo effettuare una nostra prestazione: ad esempio il primo appuntamento col partner, la preparazione di un esame, un colloquio di lavoro. L'Ansia in queste circostanze fa da campanello di allarme, ci rende più attivi e pronti nel rispondere in maniera efficace all'evento. Oltre al meccanismo di preparazione alle performance, l'ansia ha altre funzioni fondamentali: infatti è generata da un meccanismo psicologico di risposta allo stress: ossia è un meccanismo di anticipazione di un eventuale pericolo prima ancora che questo sia sopraggiunto, possiamo pensare ad esempio ad una visita medica specialistica di cui temiamo un esito negativo, oppure in tutte quelle situazione di pericolo in cui l'ansia permette alla mente di lavorare più velocemente per permettere di individuare più facilmente le minacce e trovare una via di fuga. L'ansia ha difatti ha lo scopo di difenderci dai pericoli e dalle minacce esterne preparandoci all'azione e contemporaneamente ci motiva all'interazione con l'ambiente circostante. Questi tipi di ansia risultano funzionali alla nostra sopravvivenza. Fungono da intermediario tra il mondo esterno e il nostro mondo psichico interno, rendendoci capaci di far fronte ai problemi della vita e di adoperarci per migliorare il nostro adattamento all'ambiente.

Sebbene l'ansia può essere considerata come uno Strumento di fronteggiamento degli eventi attesi, allo stesso tempo può diventare un limite, in quanto la sua insorgenza può diventare eccessivamente invasiva nella vita del soggetto che ne sperimenta il vissuto frequentemente.

Sintomi Cognitivi:

- Sintomi sensoriali-percettivi
- “Mente”: confusa, oscurata, nebbiosa, stordita
- Gli oggetti sembrano offuscati/distanti
- L'ambiente sembra diverso, irreal
- Senso di irrealtà
- Ipervigilanza

Difficoltà Di Pensiero

- Non si riescono a ricordare cose importanti
- Confusione
- Incapacità a controllare il pensiero
- Difficoltà di concentrazione
- Distraibilità
- Blocco
- Difficoltà nel ragionamento

- Perdita di obiettività

Sintomi Concettuali

- Distorsione cognitiva
- Paura di perdere il controllo
- Paura di non saper fronteggiare le situazioni
- Paura di ferite fisiche/morte
- Paura di disturbi mentali
- Paura di valutazioni negative
- Immagini visive minacciose
- Ideazione spaventosa ripetitiva

ANSIA GENERALIZZATA

Principale caratteristica del disturbo d'ansia generalizzato è una sorta di ansia eccessiva ed irrealistica, avvertita dal soggetto quando si rapporta ad eventi futuri, o a prescindere da questi, cioè senza alcun motivo cosciente, cioè senza alcuna consapevolezza di ciò che sottende la propria ansia. Caratteristica del Disturbo d'Ansia Generalizzata è la manifestazione di sintomi ansiogeni protratti nel tempo, anche in assenza di veri e propri fattori o eventi esterni che li scatenino. Tali sintomi ansiogeni consistono in irrequietezza, nel sentirsi “con i nervi a fior di pelle”, costante affaticamento, difficoltà a concentrarsi o vuoti di memoria, facile irritabilità, tensione muscolare e alterazioni del sonno (difficoltà nell'addormentamento, nel mantenimento o nella soddisfazione generale del sonno). Tali segni costituiscono un disturbo d'ansia generalizzata quando si manifestano tre (o più) di questi sintomi con frequenza quasi giornaliera, in modo continuativo per almeno sei mesi.

DISTURBO DA ATTACCO DI PANICO

Il “Disturbo d'attacchi di panico” (DAP), che rientra nei disturbi d'ansia, è caratterizzato dall'insorgenza d'episodi acuti di ansia molto intensa, con fame d'aria, tachicardia, nausea e diarrea, fino al provare la drammatica sensazione di “morte imminente”. corrisponde ad un periodo preciso durante il quale vi è l'insorgenza improvvisa di intensa apprensione, paura o terrore, spesso associati con una sensazione di catastrofe imminente. Frequentemente, inoltre, l'”attacco” non è derivabile psicologicamente, comparando “a ciel sereno”.

FOBIA SPECIFICA

È caratterizzata da un'ansia clinicamente significativa provocata dall'esposizione a un oggetto o a una situazione temuti, che spesso determina condotte di evitamento.

FOBIA SOCIALE

Intendiamo per fobia una particolare forma di paura, immotivata e sproporzionata alla situazione reale, che non può essere dominata da un'analisi razionale, nè controllata con la volontà. Generalmente non si risolve nè si attenua nel tempo producendo, perciò, il persistente evitamento della situazione temuta (Marks, 1969).

Caratterizzata da un'ansia clinicamente significativa provocata dall'esposizione a certi tipi di situazioni o di prestazioni sociali, che spesso determinano condotte di evitamento.

Un ruolo sostanziale è inoltre svolto dalle tecniche miranti ad un incremento dell' "assertività" (addestramento affermativo) e l'ausilio di strategie miranti a favorire l'acquisizione, da parte del soggetto, di nuove abilità in ambito sociale.

Caratteristico di questi pazienti è la paura ed il successivo "evitamento" di situazioni in cui possono essere esposti al giudizio degli altri, come ad esempio il frequentare un luogo pubblico per il timore più o meno cosciente di apparire goffo, imbarazzato, ridicolo o, comunque, di non essere all'altezza.

Il disturbo che comunemente viene chiamato depressione è scientificamente denominato depressione maggiore.

Come si manifesta:

Sintomi fisici: i più comuni sono la perdita di energie, il senso di stanchezza, il rallentamento dei movimenti o l'agitazione motoria e il nervosismo, le alterazioni dell'appetito con conseguente perdita o aumento di peso, i disturbi del sonno (insonnia o ipersonnia con sonno prolungato o sonnolenza diurna), la mancanza di desiderio sessuale, i dolori fisici, il senso di nausea, la visione offuscata, l'eccessiva sudorazione, il senso di stordimento, l'accelerazione del battito cardiaco e le vampate di calore o i brividi di freddo.

Emozioni: tipicamente chi è depresso prova tristezza per la maggior parte del giorno, ed è afflitto da angoscia, disperazione, senso di vuoto, mancanza di speranza nel futuro, perdita di interesse per qualsiasi attività, irritabilità e ansia. Sono anche presenti sentimenti di colpa e indegnità che a volte possono arrivare a configurarsi come un delirio facendo sfociare il disturbo psicotico.

La depressione necessita di un intervento clinico quando i suoi sintomi sono molto intensi, provocano una forte sofferenza e durano da molto tempo (più di 6 mesi).

Sintomi comportamentali: Riduzione delle attività quotidiane (anche di quelle considerate piacevoli prima dell'insorgenza della malattia), evitamento delle persone e isolamento sociale, comportamenti passivi (ad es. passare il tempo libero guardando la tv o a letto), riduzione dell'attività sessuale e a volte tentativi di suicidio.

Sintomi cognitivi: il pensiero rallenta diventando povero e stereotipato e perdendo in progettualità. La persona depressa non riesce più a proiettarsi in un qualche futuro e vive in un eterno presente che si colora di tinte cupe. Compaiono pensieri negativi su se stessi e sul mondo, e aspettative irrealistiche nei confronti degli altri e di se stesso (ad es. credere che fare errori sia assolutamente vietato, che non si possono avere conflitti e che bisogna essere sempre di buon umore). Le persone depresse si focalizzano spesso sui propri difetti percependosi come non amabili, incapaci, deboli e cattive. Sono presenti problemi di memoria e concentrazione e difficoltà nel prendere decisioni e risolvere problemi.

Cause

Alla base del disturbo vi sarebbero diversi fattori di tipo biologico, (ereditarietà) ambientale (l'educazione ricevuta, gli eventi vissuti all'interno della famiglia e quelli vissuti fuori della famiglia) e psicologico (il modo in cui la persona interpreta gli eventi e mobilita le risorse per far fronte ad essi).

Conseguenze

La depressione può avere importanti ripercussioni sulla vita di tutti i giorni. L'attività scolastica o lavorativa della persona può diminuire in quantità e qualità soprattutto a causa dei problemi di concentrazione e di memoria che tipicamente presentano i soggetti depressi. Questo disturbo, inoltre, porta al ritiro sociale, che, col passare del tempo, a sua volta porta a problemi di tipo relazionale con partner, figli, amici e colleghi. L'umore depresso condiziona anche il rapporto con se stessi e con il proprio corpo. Tipicamente, infatti, chi è depresso ha difficoltà a lavarsi, curare il proprio aspetto, mangiare e dormire in modo regolare.

Il suicidio nella depressione

In molte delle persone depresse si riscontrano pensieri di morte o di suicidio. In alcuni casi viene riferita la presenza di un vago desiderio di “farla finita”, ma in altri si va a delineare una vera e

propria pianificazione (precisa e dettagliata) del suicidio, che può essere o meno seguita dall'attuazione del tentativo. Il pessimismo e la perdita di speranza che accompagnano il depresso non gli consentono di visualizzare vie di uscita dalla sofferenza sperimentata ogni giorno. Inoltre, durante il suo percorso di sofferenza il depresso si sente solo e incompreso, quindi oltre a un marcato senso d'impotenza e di bassa efficacia nel poter modificare gli eventi, anche l'impossibilità di trovare aiuto e appoggio da persone significative possono alimentare l'ideazione suicidiaria. Si può anche arrivare ad accusarsi di essere la causa della rovina dei propri familiari, colpevolizzandosi del fatto stesso di essere depressi e di non essersi impegnati abbastanza per non esserlo, arrivando a vedere nel suicidio un modo per porre fine alle proprie colpe.

Approccio al paziente depresso

L'approccio al paziente depresso non è affatto facile, poiché esso tende a chiudersi progressivamente in sé stesso e a sviluppare reazioni di fastidio, irritazione o rabbia, reazioni controproducenti per il trattamento del disturbo e la cura della persona. Bisogna dunque instaurare un rapporto di fiducia con l'assistito.

Comportamenti da evitare:

- minimizzare i disagi espressi dall'assistito;
- evitare di parlare della diagnosi precisa;
- stimolare insistentemente l'assistito a reagire, a “tirarsi su”, a fare cose che non ha voglia di fare;
- focalizzarsi particolarmente sulla sintomatologia fisica;
- mostrarsi evasivi circa il trattamento farmacologico;
- allearsi con familiari non educati alla situazione.

All'operatore è richiesto un ruolo emotivamente molto attivo e la messa in campo di comportamenti il più “terapeutici” possibile per quel tipo di paziente in quella determinata circostanza.

Così, in caso di paziente con disturbo depressivo maggiore, l'operatore OSA, oltre a sensibilizzare alla corretta somministrazione della terapia prescritta dal medico e l'aderenza al trattamento, si attiverà per:

1. garantire la soddisfazione dei bisogni di base, promuovendo il massimo livello di autonomia possibile;
2. promuovere la sicurezza fisica, ponendo attenzione particolare alla prevenzione di atti/tentativi suicidari;
3. valorizzare la persona e le sue potenzialità;
4. offrire esperienze e interazioni che permettano all'assistito di rivalutare l'autostima;
5. incoraggiare ed educare la famiglia a partecipare ai progetti volti al ritorno ad una vita autonoma e soddisfacente per l'assistito.

Il disturbo bipolare comprende una serie di sindromi (insieme di segni e sintomi) la cui caratteristica principale è rappresentata da cambiamenti del tono dell'umore in senso patologico.

Il disturbo bipolare o bipolarismo è un **disturbo dell'umore** caratterizzato dall'alternanza di stati d'umore eccessivamente alto (mania) e patologicamente basso (depressione).

Il disturbo bipolare si caratterizza per la presenza di profondi e **prolungati periodi di depressione** alternati da periodi di umore eccessivamente elevato o irritabile chiamato **mania**. Tendenzialmente le fasi depressive hanno una durata maggiore, mentre le fasi maniacali o ipomaniacali durano meno (da una settimana a poco più di un mese). Il passaggio tra queste due fasi può essere relativamente lungo, consentendo al paziente un periodo di benessere (eutimia), oppure può essere repentino.

Nel DSM-5 è presente un capitolo specifico per i disturbi bipolari e comprende

1. il **disturbo bipolare I**,
2. il **disturbo bipolare II**
3. e la **ciclotimia**.

Episodio maniacale e ipomaniacale

Il DSM-5 definisce un episodio maniacale come un periodo di tempo di almeno 7 giorni nel quale si osserva un tono dell'umore eccessivamente elevato, espanso, eccitato o irritabile e un conseguente aumento anormale ed eccessivo delle normali attività quotidiane.

L'episodio maniacale si caratterizza inoltre per una serie di sintomi tra cui:

- Elevata autostima e senso di grandiosità
- Riduzione del bisogno di dormire
- Logorrea
- Accelerazione del pensiero e fuga delle idee
- Elevata distraibilità
- Aumento delle attività quotidiane (ad esempio aumento del tempo lavorato o delle ore di studio) o agitazione psicomotoria
- Partecipazione ad attività rischiose (folli spese eccessive, rischiosi investimenti di capitale)

La presenza di almeno tre di questi sintomi consente di poter fare diagnosi di episodio maniacale. Se inoltre l'intensità dei sintomi è tale da richiedere il ricovero ospedaliero, il criterio dei 7 giorni non è più necessario.

L'episodio ipomaniacale la condizione clinica non impone un ricovero urgente e non sono presenti sintomi psicotici (come deliri). Invece si differenzia dall'episodio maniacale in quanto deve durare almeno 4 giorni e le condizioni cliniche non rendono necessario un ricovero.

Entrambe le fasi possono essere molto pericolose, nelle fasi depressive il pericolo maggiore si

associa ai comportamenti suicidari. Nelle fasi maniacali, dove il tono dell'umore porta spesso al rifiuto delle terapie, il paziente bipolare può mettere in atto comportamenti rischiosi (ad es. andare forte in auto, abusare di sostanze, avere comportamenti sessuali disinibiti), a mettere in pericolo la propria condizione economica (ad es. spese eccessive). Spesso inoltre il paziente in eccitamento maniacale non riconosce il bisogno di cure e può interrompere la terapia farmacologica, favorendo così una più repentina alterazione dell'umore.

Disturbo bipolare I

Per la diagnosi di disturbo bipolare di tipo I è sufficiente la presenza di almeno un episodio maniacale. L'eventuale presenza di episodi depressivi (precedenti o susseguenti l'episodio maniacale) nonostante non sia necessaria per la diagnosi è altamente probabile. Lo stesso DSM-5 chiarisce che la stragrande maggioranza di pazienti che sperimentano un episodio maniacale vivono, nell'arco della loro vita, episodi depressivi maggiori. In genere comunque gli episodi maniacali sono preceduti e seguiti da episodi depressivi o da episodi ipomaniacali.

Il disturbo bipolare II

è caratterizzato da almeno un episodio ipomaniacale e da un episodio depressivo maggiore. Il corso della malattia è spesso caratterizzato da prolungati periodi di depressione intervallati da periodici episodi ipomaniacali. Sintomi psicotici, come i deliri, possono presentarsi durante le fasi depressive del disturbo che sono, in genere, particolarmente pesanti e invalidanti. La presenza di almeno un episodio maniacale in anamnesi impone, secondo i criteri del DSM-5, a optare invece per una diagnosi di disturbo bipolare di tipo I.

Disturbo ciclotimico

Il disturbo ciclotimico, detto anche ciclotimia, è un disturbo caratterizzato dalla presenza, in un arco di tempo superiore ai due anni, di instabilità dell'umore con sintomi ipomaniacali e depressivi. Nella ciclotimia, l'intensità dei sintomi ipomaniacali e depressivi è minore rispetto alle diagnosi sopracitate, non incontrando così i criteri diagnostici né del disturbo bipolare II né della depressione maggiore.

Il termine disturbi del comportamento alimentare è stato coniato per definire delle condizioni cliniche in cui il disagio è caratterizzato da un rapporto alterato con il cibo e con il proprio corpo tale da compromettere la qualità della vita e delle relazioni sociali della persona che ne è affetta. I disturbi del comportamento alimentare costituiscono l'insieme di tutte le sindromi psichiatriche che si manifestano attraverso un comportamento alimentare disturbato.

All'interno di questa definizione sono racchiusi tre tipi di patologie:

- Anoressia nervosa (AN)
- Bulimia nervosa (BN)
- Disturbi del comportamento alimentare non altrimenti specificati (DCAnas)

L'Anoressia Nervosa è una patologia che ha come nucleo caratteristico un'estrema paura di aumentare di peso, una profonda sensazione di essere sovrappeso o francamente grassi (pur essendo spesso già molto magri o normopeso) e il continuo timore di perdere il controllo sul proprio peso, sul cibo e sul corpo. Per questi motivi, i soggetti affetti da anoressia cercano di ridurre il più possibile l'assunzione del cibo, eliminano alcuni cibi che ritengono pericolosi per la linea e cercano in ogni modo di perdere peso o mantenere un sottopeso a volte anche estremo.

Criteri diagnostici

Seguendo i criteri diagnostici del DSM IV per Anoressia Nervosa si intende rifiuto di mantenere il peso corporeo al di sopra o al peso minimo normale per l'età e per la statura (peso che rimane al di sotto dell'85% di quello previsto), associato a intensa paura di acquistare peso o diventare grassi, anche quando si è sottopeso, alterazione del modo in cui il soggetto vive il peso o la forma del corpo, o eccessiva influenza del peso e della forma del corpo sui livelli di autostima, o rifiuto di ammettere la gravità dell'attuale condizione di sottopeso e, nelle femmine dopo il menarca, amenorrea, cioè assenza di almeno tre cicli mestruali consecutivi.

Nell'ambito dell'Anoressia Nervosa si riconoscono inoltre due sottotipi:

con restrizioni: il soggetto non presenta regolarmente abbuffate o condotte di eliminazione.

con abbuffate e/o condotte di eliminazione (vomito autoindotto, uso inappropriato di lassativi, diuretici, enteroclistmi)

La bulimia nervosa è caratterizzata da “abbuffate” con perdita di controllo e assunzione caotica di grandi quantità di cibo, anche fino a 20.000 calorie. Le crisi sono seguite da comportamenti di compenso per evitare l'incremento ponderale e chi ne è affetto mantiene solitamente un peso adeguato all'età e alla statura. Le abbuffate hanno in genere una frequenza quotidiana e, poiché suscitano sentimenti di colpa e di vergogna, sono effettuate di nascosto. Si distinguono due sottotipi bulimia: la bulimia con condotte di eliminazione, in cui il peso è mantenuto mediante il vomito auto-indotto o ricorrendo a diuretici, lassativi e enteroclistmi, e la bulimia senza condotte di eliminazione, in cui i comportamenti compensatori sono l'alternanza con il digiuno e/o l'intensa attività fisica. Le più temibili complicanze mediche, dovute al vomito, sono le lesioni dell'esofago, la rottura dello stomaco e le aritmie cardiache, queste ultime possibili causa di morte. Il disturbo da alimentazione incontrollata è caratterizzato da abbuffate non seguite da comportamenti di compenso con conseguente aumento di peso. Gli episodi bulimici sono seguiti da idee di colpa, disgusto e depressione.

Come evolvono

Sebbene anoressia e bulimia siano considerate due patologie distinte, almeno la metà di chi ne è

affetto passa, nel corso della vita, dall'una all'altra forma. L'anoressia sembra avere un'evoluzione cronica con una possibilità di “guarigione” del 30%, che riguarda soprattutto le persone giovani e bene integrate nella vita sociale e lavorativa, e di miglioramento di un ulteriore 30%. Per quanto riguarda la bulimia, chi segue le cure ha il 75% di probabilità di migliorare entro un anno ma, almeno nella metà dei casi, tende successivamente a ricadere alternando fasi di miglioramento e peggioramento.

Le scienze cognitive comprendono diverse discipline tra cui

- ›psicologia,
- ›informatica,
- ›intelligenza artificiale,
- ›neuroscienze,
- ›linguistica,
- ›antropologia,
- ›etologia e filosofia della mente.

Le scienze cognitive sono costituite, in sostanza, da un insieme di teorie dalle quali si ricavano dei modelli di funzionamento su temi di psicologia generale, come la memoria, l'intelligenza, l'immaginazione, il linguaggio, etc.

Storia delle Scienze cognitive

Già nell'antica Grecia molti filosofi, a esempio Platone e Aristotele, teorizzarono il meccanismo della conoscenza umana.

Lo studio della mente umana per molto tempo fu appannaggio dalla filosofia, ma nel XIX secolo, quando nacque la psicologia sperimentale, Wilhelm Wundt e i suoi collaboratori iniziarono a studiare la mente e i suoi funzionamenti in maniera sistematica.

L'avvento del comportamentismo in psicologia sperimentale porta a focalizzare l'attenzione dei ricercatori sulla relazione esistente tra gli stimoli osservabili e le risposte comportamentali eludendo totalmente il contenuto centrale "invisibile e intangibile" della mente. Infatti, in questo periodo era vietato parlare, in ambito scientifico, di come funzionasse la mente umana al suo interno.

Come data fondamentale nella storia del cognitivismo è il 1956.

La seconda metà degli anni '50 vide non solo il fiorire di nuove impostazioni teoriche e procedure sperimentali per lo studio dei processi cognitivi, ma anche la diffusione di una prospettiva differente da quella dominante negli Stati Uniti, che era stata essenzialmente quella comportamentistica.

Vi confluirono i contributi di discipline diverse: oltre alla psicologia sperimentale, alla linguistica, alla teoria dell'informazione e alla cibernetica, le neuroscienze e la filosofia della mente.

Oltre all'impostazione interdisciplinare, la psicologia cognitiva era caratterizzata da altri aspetti che la differenziavano dal comportamentismo.

In primo luogo, si interessava dei processi cognitivi (la percezione, l'attenzione, la memoria, il linguaggio, il pensiero, la creatività), che erano stati trascurati dai comportamentisti o considerati come dei prodotti dell'apprendimento.

A questi processi veniva riconosciuta sia un'autonomia strutturale sia una interrelazione e interdipendenza reciproche.

Un'altra importante caratteristica della psicologia cognitiva è che la mente è concepita come un elaboratore di informazione che ha un'organizzazione prefissata di tipo sequenziale e una capacità limitata di elaborazione lungo i propri canali di trasmissione.

L'analogia tra mente e calcolatore, era basata sulle nozioni di informazione, canale, sequenza di trasmissione ed elaborazione dell'informazione, strutture di entrata (input) e uscita (output) dell'informazione dell'elaboratore, strutture di memoria.

Per spiegare tale organizzazione interrelazione strutturale e funzionale si diffuse l'uso di un'altra importante caratteristica della psicologia cognitiva è che la mente è concepita come un elaboratore di informazione che ha un'organizzazione prefissata di tipo sequenziale e una capacità limitata di elaborazione lungo i propri canali di trasmissione. I presupposti storici e teorici per la nascita delle scienze cognitive, però, possono essere identificati nel test ideato da Turing, in cui si considerava la mente umana un sistema di elaborazione di informazioni (Human Information Processing – HIP).

Da qui nasce tutta la ricerca sull'intelligenza artificiale e sull'informatica, che ha portato alla creazione del primo computer.

Secondo l'approccio HIP (Human Information Processing) , la mente possiede delle rappresentazioni mentali simili alle procedure di calcolo, elaborazione di simboli e computazioni presenti nel computer.

Queste rappresentazioni mentali sono le regole, i concetti, le immagini e i ricordi che sono utilizzati dalla mente, come algoritmi di calcolo, per affrontare le diverse problematiche che si presentano.

L'analogia tra mente e calcolatore, era basata sulle nozioni di informazione, canale, sequenza di trasmissione ed elaborazione dell'informazione, strutture di entrata (input) e uscita (output) dell'informazione dell'elaboratore, strutture di memoria. diagrammi di flusso, formati da unità (scatole) e aventi ciascuna compiti definiti (percezione, attenzione, ecc.) e da vie di comunicazione.

George Miller, con le sue opere rappresentò un'autentica svolta nella rappresentazione del comportamento: il comportamento era visto come il prodotto di una elaborazione dell'informazione, quale è compiuta da un calcolatore, per lo svolgimento di un piano utile alla soluzione del problema.

Nel 1967 uscì il libro dello psicologo statunitense Ulric Neisser, "psicologia cognitiva", nel quale venivano sintetizzate le ricerche condotte nei 10 anni precedenti secondo la prospettiva che fu definitivamente chiamata cognitivista.

È comprensibile quindi che nei primi anni '70 si parlasse ormai di rivoluzione cognitivista nella ricerca psicologica.

A metà degli anni '70 Fu ancora Neisser a riassumere gli aspetti problematici essenziali emersi nella letteratura psicologica cognitivista.

Neisser affermava che il cognitivismo aveva apportato nuovi e importanti contributi alla comprensione dei processi cognitivi, ma allo stesso tempo era degenerato in una miriade di esperimenti e di mode, spesso privi di effettivo valore euristico.

Si trattava di modelli generalmente relativi a situazioni di laboratorio e non estrapolabili a situazioni di concreto funzionamento della mente nella vita quotidiana; inoltre avevano un interesse più teorico che applicativo.

La psicologia cognitiva è oggi una scienza fortemente multidisciplinare, e si avvale dei metodi, degli apparati teorici e dei dati empirici di numerose altre discipline, tra le quali: la psicologia, la linguistica, le neuroscienze, le scienze sociali e della comunicazione, la biologia, l'intelligenza artificiale e l'informatica, la matematica, la filosofia e la fisica.

Lo studio dell'attività mentale si traduce concretamente nell'affermarsi della concezione di comportamento umano come risultato di un processo cognitivo articolato e variamente strutturato di elaborazione delle informazioni (information processing).

›In questo senso, il cognitivismo fa proprie le scoperte derivate dalla cibernetica e dagli studi sull'intelligenza artificiale, al fine di comprendere gli algoritmi che sostanziano l'attività mentale.

La M. è senz'altro uno degli argomenti maggiormente indagati dalla psicologia in quanto di essa si sono intensamente occupati esponenti di ogni modello psicologico, dagli associazionisti ai cognitivisti. È possibile definire in termini molto ampi la M. come l'insieme di tutte le informazioni contenute nella mente di una persona e come la capacità della mente di immagazzinare e recuperare tale informazione. Per spiegare il funzionamento generale dei processi mnestici sono stati utilizzati differenti modelli, anche se il Cognitivismo è al momento attuale il paradigma dominante per quanto riguarda lo studio della M. ed è anche il solo approccio che ha sviluppato su di essa una teoria organica attraverso una successione di micro-modelli;

esso, perlomeno inizialmente, cerca di studiare la memoria operando un'analogia funzionale tra il cervello umano e il funzionamento di un calcolatore elettronico (Human Information Processing) e qualifica l'essere umano come un soggetto che opera attivamente sull'informazione decodificandola, elaborandola e ricodificandola a sua volta. Dato che lo scopo della ricerca cognitivista è quello di costruire modelli che siano in grado di spiegare il funzionamento dei processi cognitivi, si delineano, proprio negli anni '60, una serie di modelli che tentano di interpretare il funzionamento della memoria.

Modello modale della mente

Il modello più conosciuto è sicuramente quello elaborato da Atkinson e Shiffrin, le cui prime versioni furono proposte negli anni '60 (modello ripreso poi da Norman e Bobrow alla fine degli anni '70);

tale modello ha esercitato un'influenza talmente profonda da meritare la definizione di modello modale della mente, dove 'modale sta per standard. Il modello modale prevede che nella mente vi siano tre tipi di magazzini della memoria – memoria sensoriale, memoria di lavoro e memoria a lungo termine - ciascuno caratterizzato da una propria funzione, capacità e durata.

Nello specifico secondo il modello di Atkinson e Shiffrin:

la memoria sensoriale trattiene per un tempo brevissimo (meno di 1 secondo) tutti gli input che entrano in uno specifico sistema sensoriale, indipendentemente dal fatto che la persona presti loro attenzione oppure no. Si ritiene che esista una memoria sensoriale specifica per ogni sistema sensoriale ma soltanto quelle relative alla visione (memoria iconica) e all'udito (memoria ecoica) sono state studiate a fondo.

la memoria di lavoro (MDL), definita anche memoria a breve termine (MBT) è in grado di elaborare contemporaneamente pochi elementi di informazione (7±2: Miller, 1956) e solo per pochi secondi.

Essa rappresenta il centro della percezione e del pensiero coscienti ed ha il compito di mediare tra le informazioni provenienti dall'ambiente, vale a dire dal deposito sensoriale e quelle immagazzinate nel deposito a lungo termine: entrambe le fonti di input contribuiscono al flusso continuo di pensiero conscio che costituisce il contenuto di tale magazzino.

la memoria a lungo termine (MLT), è il comparto che meglio corrisponde alla nozione comune di memoria e si distingue nettamente dalla MBT:

mentre la prima sarebbe passiva (un deposito di informazioni), duratura (alcuni suoi contenuti si mantengono per tutta la vita di una persona) e con una capacità praticamente illimitata (contiene tutte le conoscenze di una persona) Inoltre è stato dimostrato che le caratteristiche dell'informazione conservata in questo magazzino sono più di tipo semantico che sensoriale.

La MBT sarebbe attiva, di breve durata e con una capacità limitata in quanto contiene solo i pensieri del momento presente.

Il recupero, infine è il processo che regola il flusso di informazioni dal magazzino a lungo termine alla memoria di lavoro.

I problemi relativi alla ritenzione e al recupero del materiale memorizzato erano stati affrontati sistematicamente e scientificamente da Ebbinghaus, attraverso i suoi studi sulla memorizzazione di sillabe senza senso.

Queste ricerche gli permisero di individuare la cosiddette leggi dell'oblio:

1. il ricordo si deteriora col tempo;
2. il corso dell'oblio è più rapido nei primi stadi e segue una curva che ha una forma asintotica;
3. l'oblio diviene meno rapido se si aumenta il numero delle ripetizioni

In seguito, altri ricercatori, cercarono di spiegare le modalità con cui avviene l'oblio e i fattori che lo influenzano, producendo diverse ipotesi. Secondo la teoria del decadimento della traccia (Peterson e Peterson, 1959), il fattore più ovvio dell'oblio è il passare del tempo.

Teoria Dell'interferenza: Più lungo è l'intervallo tra l'apprendimento e la rievocazione, minore è la probabilità di ricordare qualcosa. Per la **teoria dell'interferenza** (Waugh e Norman, 1965), la capacità di ricordare qualcosa può essere disturbata da altre informazioni, soprattutto se sono simili al materiale da ricordare. Esistono due tipi di interferenza: interferenza **retroattiva**, prodotta da materiali appresi dopo quelli memorizzati e interferenza **proattiva** prodotta da materiali appresi prima di quelli da memorizzare. Per Craik e Lockhart (1972), la durata della traccia presente in memoria dipende invece dalla profondità di elaborazione in fase di codifica.

Memoria esplicita: Secondo il modello proposto da Tulving negli anni '80, la memoria esplicita è il tipo di memoria che può essere portato a livello di coscienza e per questo viene detta anche memoria dichiarativa, in quanto l'informazione recuperata può essere dichiarata, cioè espressa a parole; essa comprende la **memoria episodica** - vale a dire la memoria delle esperienze vissute in prima persona in un preciso contesto spazio-temporale, la **memoria semantica**, cioè l'insieme delle conoscenze generali di una persona che non hanno una prospettiva spazio-temporale, come i concetti astratti.

La principale critica al modello modale è che esso descrive solo quella che è stata definita memoria esplicita, non considerando l'esistenza della cosiddetta memoria implicita.

La memoria implicita è il tipo di memoria che non entra a far parte della coscienza e consiste di tutti quegli elementi inconsci tramite i quali esperienze precedenti arrivano ad influenzare il comportamento o il pensiero di una persona.

Dato che le persone non riescono a riferire verbalmente i contenuti di questo tipo di memoria, in quanto strettamente associati al contesto in cui sono stati acquisiti, la memoria implicita è chiamata anche **memoria non dichiarativa**; essa comprende gli effetti del condizionamento classico, la memoria procedurale (le abilità motorie, le abitudini e le regole apprese inconsciamente) e il priming o facilitazione, definito come l'inconscia attivazione, provocata da uno specifico stimolo sensoriale, di informazioni già presenti nella MLT (Tulving).

Il caso del Signor H.M.: Le prove sperimentali dell'esistenza di questi molteplici e distinti sistemi di memoria sono venute principalmente dagli studi condotti su persone con amnesia dovute a lesioni cerebrali. Celebre, negli anni '50, è stato il caso del signor H.M. che, a causa di una lobectomia medio-temporale bilaterale effettuata per arginare dei focolai epilettici, iniziò a soffrire di una lieve amnesia retrograda (non ricordando più gli eventi verificatisi uno o due anni prima dell'operazione) e di una ben più grave amnesia anterograda (non riuscendo più a codificare nuovi ricordi nella MLT), mentre la sua capacità di trattenere informazioni nel magazzino a breve termine era normale. Inoltre, nonostante il deficit della memoria esplicita H.M. forniva una prestazione normale in tutti i test sulla memoria implicita, ad es. negli apprendimenti indotti con condizionamento classico. Questo disturbo viene detto amnesia del lobo temporale e le aree più strettamente coinvolte sono l'ippocampo e le strutture subcorticali connesse ad esso. Invece lesioni limitate all'ippocampo o alla corteccia prefrontale sembrano determinare una scarsa capacità di rievocare ricordi episodici lasciando intatta la capacità di generare ricordi nella memoria semantica o in quella implicita.

L'apprendimento si può definire come l'insieme di processi in grado di provocare una modificazione dei vecchi modelli di comportamento o l'acquisizione di nuovi, consentendo perciò all'individuo la conoscenza (o una migliore conoscenza) dell'ambiente che lo circonda ed un adattamento ad esso sempre più efficace.

L'A. nella sua funzione adattativa, insieme alla selezione naturale delle caratteristiche genetiche più idonee alla sopravvivenza, è tra gli elementi cardine nella teoria sull'evoluzione della specie di Darwin.

Il Comportamentismo: Dal punto di vista storico, lo studio dei processi attraverso cui un soggetto apprende nell'interazione con l'ambiente, ha generato uno dei modelli teorici più solidi ed influenti della psicologia, il comportamentismo, che può essere definito come il tentativo di chiarire il comportamento in termini di stimoli e risposte osservabili;

Secondo questo indirizzo, detto anche teoria S-R, il comportamento di una persona, in ogni dato momento, è il prodotto delle sue passate esperienze, e di conseguenza dell'A. di tali esperienze, che avviene grazie a processi di condizionamento classico (Pavlov) e condizionamento operante (Skinner).

Le teorie dell'apprendimento sociale mantennero l'interesse per l'apprendimento ma ne ampliarono il concetto in due modi principali. L'interesse si spostò al comportamento sociale e al contesto sociale del comportamento, ritenendo che le teorie dell'apprendimento basate sulla ricerca condotta su animali fossero inadeguate a spiegare il comportamento umano.

vennero ampliati i tipi di apprendimenti che vennero spiegati. Al condizionamento classico ed operante venne affiancato l'apprendimento per osservazione. **Bandura** (1967) sostiene che la maggior parte dell'apprendimento ha luogo attraverso l'osservazione, piuttosto che per prove ed errori.

Teorie dell'apprendimento sociale

Alla teorie classiche dell'apprendimento si affiancarono negli anni '30 le teorie dell'apprendimento sociale, un approccio che mise in relazione gli apporti della teoria dell'apprendimento con la psicoanalisi. Il principio guida di questi teorici era che la personalità viene appresa e che il contesto sociale ha un ruolo dominante nei processi di apprendimento.

Una capacità particolarmente importante nell'apprendimento è l'imitazione del comportamento del modello quando questo non è più presente; non è necessario che il bambino riproduca il comportamento osservato immediatamente, nè il modello deve essere rinforzato affinché ci sia apprendimento.

Nel corso dell'apprendimento osservativo il bambino prova a riprodurre i comportamenti che ha visto (modellamento) e riceve un feedback rispetto a quanto il suo comportamento assomiglia a quello del modello (rinforzo che serve da incentivo in termini di competenza, autorealizzazione, successo, etc.).

La teoria dell'apprendimento sociale ha inoltre contribuito alla definizione del concetto di rinforzo vicariante: osservando che gli altri sono rinforzati per un particolare comportamento, il bambino può inferire che quel comportamento è desiderabile in quella situazione ed essere quindi incoraggiato ad imitarlo; vedere altri che sono puniti può avere l'effetto opposto.

critica mossa frequentemente all'impostazione comportamentista è che essa tralascia dichiaratamente l'insieme dei processi mentali che certamente sottendono ogni A. e senza i quali non si spiegherebbe l'adattamento dell'individuo all'ambiente.

L'esistenza di una qualche forma di interpretazione dello stimolo che avviene all'interno dell'organismo e ne determina la risposta portò alla definizione di comportamentismo liberale o teoria S-O-R.

Uno dei suoi principali esponenti, **Tolman**, per spiegare l'A. dei percorsi di un labirinto da parte di alcune cavie ipotizzò che esso consistesse nella formazione di una mappa cognitiva o rappresentazione interna del labirinto.

Tolman notò che i ratti raggiungevano il rinforzo senza difficoltà, come se nei periodi trascorsi nel labirinto in assenza di rinforzo essi avessero appreso la mappa del labirinto. Tolman concluse che le ricompense influenzano non tanto ciò che gli animali apprendono, ma piuttosto ciò che fanno e conìò il termine **apprendimento latente** per indicare un apprendimento che non ha una manifestazione immediata nel comportamento dell'animale.

Il cognitivismo adotta una impostazione molto diversa da quella assunta dal comportamentismo, difatti essa assegna all'organismo, ovvero al suo stato interno, un ruolo determinante nella mediazione tra stimolo e risposta e rifiuta qualsiasi spiegazione dei fenomeni osservati in termine di semplici associazioni tra queste due entità.

Anche la **scuola della Gestalt** si è occupata dei processi d'apprendimento. Kohler e Wertheimer hanno studiato appunto gli aspetti cognitivi dell'A., intraprendendo ricerche sia sui primati che sugli uomini, i cui risultati concorrono a dimostrare che si ha A. nel momento in cui il soggetto è in grado di operare una modificazione concettuale sui dati del problema (insight).

Tale operazione avviene non a seguito di una semplice ripetizione di prove ed errori, ma si verifica a livello cognitivo.

La **prospettiva ecologica**, secondo cui l'apprendimento deve essere analizzato e interpretato in relazione all'ambiente naturale in cui una specie si è evoluta, ovvero all'ecologia di quella specie. Molti meccanismi dell'apprendimento di sono evoluti per soddisfare scopi precisi collegati alla sopravvivenza e alla riproduzione e in tale contesto vanno inquadrati per comprenderne il funzionamento.

Piaget (vedi sviluppo cognitivo), **Vigotskij** e **Bruner** che consentono di indicare tre processi importanti dell'apprendimento intersoggettivo:

- a) il conflitto sociocognitivo;
- b) il tutoring;
- c) la negoziazione di significati.

Per **Vigotskij**, attraverso al relazione con gli altri, mediata principalmente dal linguaggio, il soggetto costruisce, in un dinamismo di co-costruzione, il pensiero e il ragionamento individuale (processo inverso da quello di Piaget).

In questo processo assume un ruolo decisivo la "**zona prossima di sviluppo**" definibile come quell'area di funzionamento psicologico che è possibile al soggetto solo se sostenuto dall'aiuto di un altro; è la distanza tra il livello effettivo di sviluppo così come definito dal problem solving autonomo e il livello di sviluppo potenziale così come determinato attraverso il problem solving sotto la guida di un adulto o in collaborazione con i pari più capaci.

Questa nozione sottolinea l'importanza della funzione tutoriale nell'apprendimento.

Per **Bruner** invece, l'apprendimento è quasi sempre un'attività comunitaria di costruzione della realtà, che consente di condividere una cultura.

Dentro una comunità culturale l'apprendimento si compie come un processo di co-costruzione in cui gioca un ruolo fondamentale la negoziazione di significato, intesa come "l'arte di costruire significati nuovi mediante i quali gli individui possano regolare i loro rapporti reciproci" Per comprendere meglio i processi di apprendimento umani è alla negoziazione, che secondo Bruner, ci si deve riferire.

Il codice deontologico in genere è indotto, è prescritto, è fatto da altri, quasi sempre dall'ordine professionale;

L'etica professionale invece consiste in qualcosa di più di un semplice codice, riguarda i *comportamenti che scaturiscono da una costante ricerca e mediazione tra le opposte "moralì"* che confliggono spesso nella nostra vita quotidiana spingendoci ad assumere delle personali responsabilità.

La deontologia professionale, per questi motivi, si incarna in modo strutturale nella professione e diventa l'espressione dell'autonomia e libertà del professionista.

Il mancato rispetto delle regole del codice deontologico può comportare delle sanzioni fino alla cancellazione dall'albo professionale.

A questo punto diventa utile provare a spiegare anche la differenza tra *etica e morale, termini* spesso utilizzati in modo intercambiabile

Possiamo dire in modo molto semplice che la differenza tra etica e morale consiste in una distinzione puramente convenzionale, per cui **l'etica**, dal greco *ethos, da cui deriva il modo di apparire*, di comportarsi nel rapporto con gli altri nella dimensione pubblica, è quella parte di filosofia che si occupa di un singolo essere umano nei confronti dei suoi simili.

Consiste nello studio filosofico universale ed astratto del bene e del male.

Poggia sul senso di responsabilità e quindi presuppone la libertà di scelta consapevole, sia all'interno della comunità, sia nel campo delle scelte personali.

Scegliere vuol dire *decidere e* questo ci fa rappresentare un soggetto che di fronte ad un bivio deve "tagliare", escludere una possibilità.

Decidere perciò è sempre molto difficile in quanto si viene posti davanti a dei vincoli, aspetto che sembra contrastare con la libertà.

Una scelta etica presume quasi sempre la categoria prima mentale e poi etica del *bene comune e della convivenza solidale*.

L'etica, e rispettivamente anche la morale, hanno il compito di insegnarci i criteri della scelta

La **morale**, dal latino *mos, riguarda sostanzialmente quello che comunemente definiamo voce della coscienza, legge genitoriale interiorizzata, rapporto con se stessi; deriva dalle norme assunte dal gruppo di appartenenza, da una collettività o cultura, norme costruite nel tempo per stabilire ciò che è giusto e ciò che è sbagliato. Poggia sul senso di colpa.*

Noi ci occuperemo di etica, sia pur professionale, ben sapendo però che il modo di assumere le regole, il senso profondo della **coerenza tra le prediche e le pratiche, rapporto fondante di qualsiasi etica**, si assorbe dai modelli significativi degli adulti di riferimento, in altre parole dagli esempi, quindi dalla morale delle persone che ci hanno circondato nei primi anni di vita.

Etica pubblica

per definire l'etica pubblica sembra più facile ricorrere alla descrizione della sua mancanza, piuttosto che alla definizione della sua essenza.

Fare riferimento infatti al *deficit di etica pubblica in Italia è oggi facilissimo: basta accennare ai fatti macroscopici e diffusissimi di corruzione politica ed economica, che investono non solo la classe dirigente e politica ma anche la gente comune, soprattutto, ma non solo, in merito all'evasione fiscale, alla truffa, all'omertà mafiosa e ad altro ancora.*

A proposito di questa desolante constatazione Giorgio Bocca (giornalista e scrittore) ancora nel 1996 ebbe a dire amaramente: "L'etica è morta , è diventata (oggi) una parola senza senso...La corruzione si trasmette dai genitori ai figli".

L'etica professionale

Se dovessimo trovare una definizione agile ed onnicomprensiva dell'etica professionale adotteremmo quella che la riconduce ad una serie di regole da seguire per lo svolgimento di una professione nel miglior modo possibile, nel rispetto delle regole, delle leggi, dei colleghi e dei clienti/pazienti.

Anche per l'etica applicata alle professioni si parla di globalizzazione, intesa però positivamente come affermazione di valori comuni di matrice virtuosa, quali la legalità, la trasparenza e la moderazione nella competizione.

Nel rapporto tra etica e professione occorrerebbe però distinguere i valori etici essenziali ed astratti della concezione della vita professionale, intesa come attività programmata e specifica, con connotazioni adeguate alle caratteristiche della varie discipline professate (**etica della professione**) da quelli invece che informano l'attività nel suo realizzarsi concreto (**etica nella professione**).

Dovrebbe perciò coesistere una pluralità di norme etiche eteroprofessionali, aventi valenza generale, connesse ai rapporti intersoggettivi di correttezza, che si rifanno all'etica pubblica e al senso del **bene comune**.

La caratteristica fondamentale del contesto per le professioni di tipo sociale è la relazione educativa tra operatori e discenti, relazione che può essere particolarmente feconda.

La relazione educativa risponde a determinate esigenze etiche che vanno rispettate.

Rientrerebbe in tale contesto anche la gestione corretta delle valenze transferali della relazione educativa, tra adulto e minore, che si manifesta con l'idealizzazione o la demonizzazione dei degli operatori, in quanto posti al polo di riferimento delle aspettative positive o negative da parte di ragazzi/allievi.

Un riferimento teorico allora va senz'altro al filosofo **Hans Jonas** che con il suo bellissimo libro *"Il principio responsabilità. Un'etica per la civiltà tecnologica"* affronta con parole toccanti il tema della responsabilità educativa e non solo "La responsabilità è la *cura per un altro* essere quando venga riconosciuta come dovere, diventando "apprensione" nel caso in cui venga minacciata la vulnerabilità di quell'essere.

Ma la paura è già racchiusa potenzialmente nella questione originaria da cui ci si può immaginare scaturisca ogni responsabilità attiva : che cosa capiterà a *quell'essere, se io non mi prendo cura di lui?*

Quanto più oscura risulta la risposta, tanto più nitidamente delineata è la responsabilità.

Quanto più lontano nel futuro, quanto più distante dalle proprie gioie e dai propri dolori, quanto meno familiare è nel suo manifestarsi ciò che va temuto, tanto più la chiarezza dell'immaginazione e la sensibilità emotiva debbono essere mobilitate a quello scopo"

Jonas in poche righe sottolinea l'importanza **dell'etica della responsabilità e dell'etica della cura, collegandole entrambe alla paura per la vulnerabilità di "quell'essere", evidenziando però la necessità del passaggio all'azione.**

L'etica della cura, che viene articolata in :cura di sè, degli altri, dell'ambiente, allargata a tutta la biosfera e può essere considerata un modo per contrastare l'indifferenza attuale.

L'etica della responsabilità, già ampiamente sottolineata da M.Weber all'inizio del novecento, viene ripresa da Jonas che la estende, attraverso la cura, a tutto il **pianeta e al futuro.**

L'etica della responsabilità, collegata all'etica della cura, coincide con l'etica professionale.

La vulnerabilità dell'essere in formazione interpella queste dimensioni dell'etica in quanto la responsabilità del'operatore, all'interno del processo di insegnamento, apprendimento ecc., richiede la competenza del sapersi auto interrogare, qualora si sia in presenza di un mancato apprendimento.

Autointerrogarsi, rispetto alla propria strategia operativa, ed aggiustare il tiro cambiando strategia in presenza di insuccesso, aver cura della propria formazione, rendendola più adeguata alle circostanze significa perciò assumere l'etica della responsabilità. Non farlo significa mettere in atto un **agire irresponsabile.**