

## **IL DISTURBO GENERALIZZATO DELLO SVILUPPO il percorso riabilitativo di un caso clinico**

*di Anita D'Aloisio Psicologa Centro di riabilitazione "Casa Giocosa"*

A.C. affetto da disturbo generalizzato dello sviluppo, viene descritto dai genitori, in prima visita, irrequieto, disinteressato all'altro e di difficile gestione: evita il contatto visivo, non risponde alle sollecitazioni, non parla.

La terapia riabilitativa ha avuto inizio nel settembre del 1998 presso il Centro Ambulatoriale "Casa Giocosa". Per diverso tempo il bambino ha evidenziato notevoli difficoltà di separazione dalla figura genitoriale (non salutava il genitore e allontanandosi si voltava per ricercarne la presenza con lo sguardo). Una volta in stanza di terapia, si dirigeva spesso ad aprire il rubinetto per guardare l'acqua scorrere o si soffermava ad "osservare" fuori dalla finestra. Mostrava "interesse" solo per i pupazzetti di gomma di cui "apprezzava" le caratteristiche percettive (colore, morbidezza, profumo). Presentava nei confronti dell'altro un atteggiamento indifferente; evitava il contatto di sguardo e se veniva chiamato, non si voltava; la mimica facciale risultava inespressiva; non indicava e non era in grado di utilizzare gesti comunicativi.

Il suo livello di attenzione risultava variabile e i tempi si ampliavano in relazione alle attività che lo gratificavano a livello sensoriale. Tendeva ad isolarsi mettendosi seduto in un angolo della stanza e, rivolto verso il muro, allineava i pupazzetti, li osservava da tutte le prospettive e attivava stereotipie da eccitazione.

Tra le varie attività di isolamento la più frequente era la ruminazione di materiale non alimentare (pongo, terra, etc.).

Presentava una scarsa tolleranza alla frustrazione e durante le crisi di pianto rifiutava di essere consolato.

Fortemente indifferente al linguaggio parlato, prestava scarsa attenzione alla voce. Col procedere della terapia riabilitativa emergevano sempre di più le sue buone abilità nello svolgere compiti che implicavano l'uso della percezione visiva (appaiare le forme e completare puzzle per scelta percettiva) e la sua marcata difficoltà a ricomporre immagini non colorate e con contorni lineari (scarsa capacità ad integrare le varie parti di uno stimolo).

In ambito sensomotorio veniva osservato uno scarso interesse per la sperimentazione motoria (l'atto motorio era esclusivamente finalizzato a soddisfare i propri bisogni) e un marcato disinteresse ad eseguire un semplice percorso psicomotorio.

Buona risultava la motricità fine sia nella coordinazione oculo-manuale che nella capacità di coordinazione bimanuali.

L'uso dell'oggetto risultava manipolatorio e stereotipato (si soffermava a lungo a "sentire" la superficie delle cose, si avvicinava gli oggetti agli occhi e li osservava da varie angolazioni, li premeva sulla bocca, li annusava).

Controllava l'uso funzionale, ma con modalità imprecise solo del bicchiere e delle posate.

La modalità comunicativa utilizzata era quella di prendere la mano dell'adulto e di dirigerlo verso l'oggetto che non riusciva a raggiungere autonomamente (l'adulto come prolungamento di sé) o tendeva le braccia verso l'adulto per essere preso in braccio associando strilli e crisi di pianto.

In sintesi il profilo di funzionamento del bambino risultava essere il seguente:

1. Marcato isolamento;
2. Deficit delle competenze interattive
3. Assenza di comprensione verbale;
4. Produzione verbale limitata al vocalizzo
5. Elevato livello di frustraibilità
6. Scarso interesse per la sperimentazione motoria
7. Spiccato interesse e abilità nelle competenze visuo-percettive

L'intervento terapeutico è stato pertanto impostato considerando il livello di funzionamento globale e valorizzando in modo funzionale la spiccata abilità visuo-percettiva di A.C.

Gli obiettivi fissati sono stati i seguenti:

1. Favorire l'attenzione per l'altro e l'imitazione di schemi d'azioni funzionali: veniva osservata l'attività spontanea del bambino; l'adulto la imitava, la verbalizza e dava un significato e, se funzionale, associava singole immagini (foto o color card) a gesti per visualizzare e chiarificare quanto verbalizzato. Gradualmente venivano inseriti nuovi elementi e attivati schemi d'azione specifici (causa-effetto, schemi funzionali).
2. Ridurre il livello di frustraibilità: si proponeva al bambino la condivisione dello spazio ludico e gradualmente l'adulto si inseriva nell'attività del bambino. L'attività veniva svolta in uno spazio strutturato, a tavolino, nel cui contesto l'adulto faceva da modello. Si proponeva l'esplorazione dell'oggetto, il suo uso funzionale e l'apprendimento di schemi prassici. E' stato importante stabilire una turnazione nell'utilizzo del materiale per ottenere

tempi di attenzione più lunghi e sostenere la motivazione a fare (inizialmente si utilizzava lo sguardo e successivamente il gesto del dà).

3. Promuovere l'attenzione comunicativa attraverso l'uso dello sguardo, dell'indicazione dell'oggetto e dell'immagine, rispondendo tempestivamente, al tentativo di "richiesta" da parte del bambino.
4. Coinvolgere la famiglia e la scuola nel progetto riabilitativo. Con la scuola è stato possibile da subito lavorare in modo integrato; con la famiglia è stato più difficoltoso. Si sono incontrate notevoli resistenze per modificare le modalità interattive adottate dai genitori, relative alla gestione delle crisi comportamentali del bambino. Si è spiegato loro che "la crisi" era un comportamento funzionale ad ottenere il soddisfacimento immediato dei suoi bisogni e si è inoltre sostenuto che l'attività spontanee (spogliarsi, mangiare, guardare la tv) dovessero essere inserite in contesti significativi con tempi e modalità ben definiti e modulati dall'adulto. Infine si è sostenuta la necessità di motivare il bambino all'indicazione e alla richiesta di ciò che "vuole", mediante l'uso degli ausili visivi, evitando di rinforzare i comportamenti negativi.

### **UTILIZZO DELLE STRATEGIE VISIVE**

Per canalizzare l'attenzione del bambino sull'oggetto e sull'azione e per supportare la comprensione verbale, sono state utilizzate le immagini.

In una prima fase le foto del materiale ludico usato dal bambino (associando il nome e sottolineando l'uso dell'oggetto); in seguito le foto del bambino nella sue azioni di routine quotidiana in ambito familiare (mangia, si lava, dorme, va in bagno, va al parco, gioca).

Successivamente con l'obiettivo di promuovere l'allungamento dei tempi di attenzione, l'attività è consistita nella associazione oggetto-figura e figura-oggetto.

Si è passati poi alla categorizzazione per colore, per forma e poi alla categoria per significato.

Al fine di rendere più chiara ed efficace la comunicazione gestuale è stato costruito un cartellone comunicativo su cui sono state applicate immagini raffiguranti gli oggetti utilizzati dal bambino e semplici azioni relative ai bisogni di base quali mangiare, bere, andare in bagno. Si è lavorato per portare gradualmente il bambino ad indicare l'immagine corrispondente alla sua richiesta. Il cartellone è stato utilizzato nella stanza di terapia, a casa e a scuola.

Ad una verifica intermedia si è potuto constatare il raggiungimento dei seguenti obiettivi:

- Riduzione dell'isolamento (maggiore interessamento all'altro e utilizzo dell'adulto come modello).
- Comparsa delle competenze interattive (attivazione del contatto di sguardo con l'adulto per soddisfare un proprio bisogno; indicazione dell'oggetto concreto o dell'immagine e utilizzo del gesto "dà" come funzione richiestiva).
- Maggiore espressività della mimica facciale.
- Maggiore tolleranza alla frustrazione sia in terapia che in ambito scolastico e familiare.

Sono risultate immutate sia la comprensione, che la produzione verbale.

Le crisi comportamentali si ripresentavano in situazioni in cui era presente una scarsa prevedibilità degli eventi e una scarsa efficacia comunicativa.

Con l'ingresso nella scuola elementare, considerando i miglioramenti osservati sia nell'area comunicativa che in quella relazionale, ma soprattutto nell'area della capacità attentiva, si è deciso di somministrare un test di livello cognitivo.

La scala di valutazione Leiter-R ci è sembrata la più idonea; il bambino ha riportato un punteggio composito pari ad un Q.I. di 65 e un punteggio di 63 nelle prove del ragionamento fluido (abilità di risolvere i problemi non legati all'apprendimento scolastico).

In conclusione gli obiettivi raggiunti sono stati i seguenti:

- Graduale acquisizione di una strategia comunicativa basata sull'uso di ausili visivi: gesto-immagine.
- Graduale arricchimento delle competenze grafiche su copia: l'omino, la casa, la macchina e scrittura di lettere su copia.
- Maggiori capacità nell'area delle autonomie, anche se in modo discontinuo.

Rimangono immutati la scarsa tolleranza alla frustrazione soprattutto in ambito strutturato e i comportamenti ritualistici.