



***Narrazioni intorno all'autismo:
paradossi, pregiudizi e narrazioni
terapeutiche***

Arezzo, ITIS Galileo Galilei 27/03/2018
Dr. Ettore Caterino

Fattori protettivi familiari

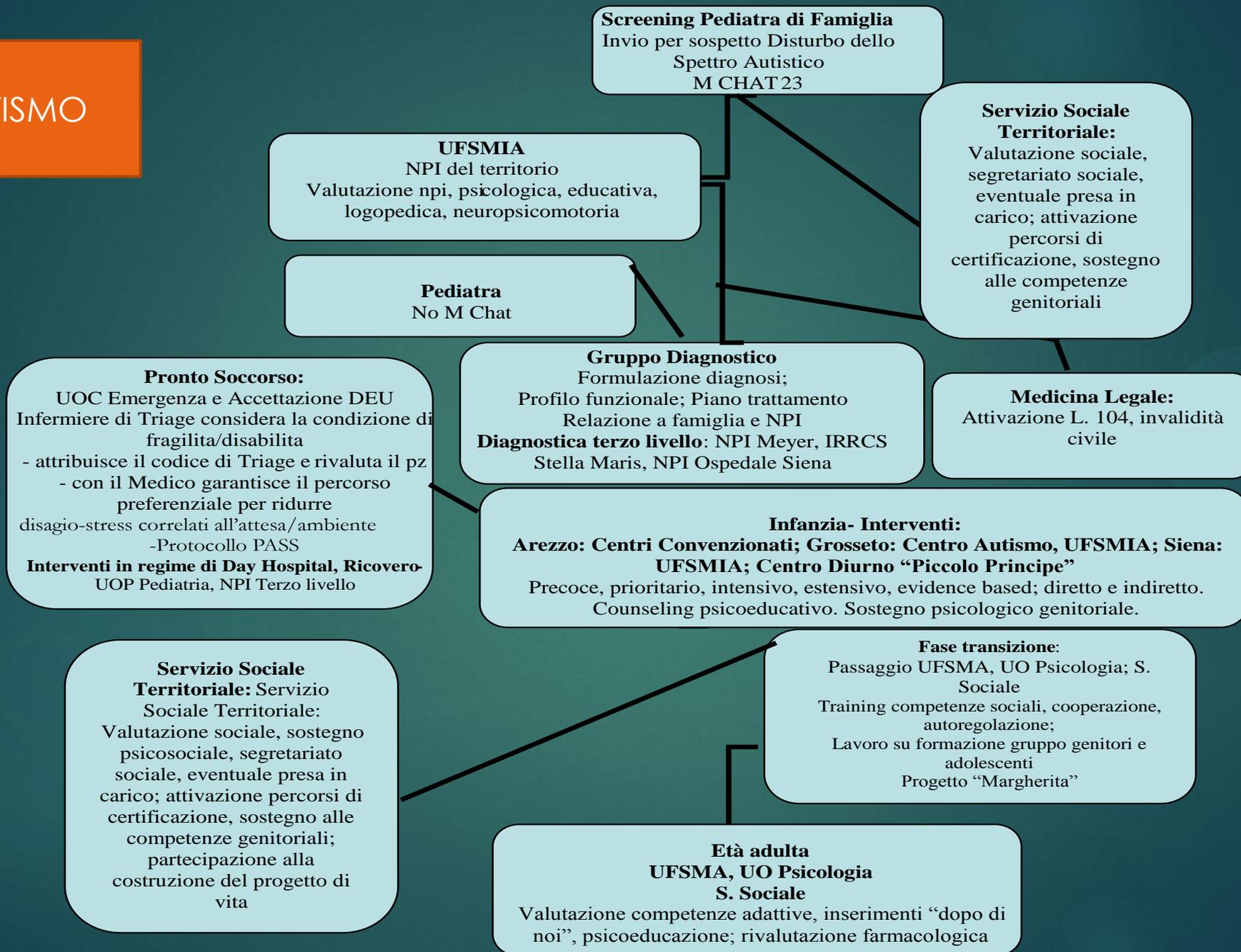


La tutela dei soggetti affetti da Disabilità del Neurosviluppo
Modello bio psico sociale

Fattori protettivi istituzionali



PD TA AUTISMO



FATTORI PROTETTIVI INDIVIDUALI

Stato fisico, igiene di vita (sonno, esercizio, attività, stimoli adeguati al profilo ecc.)

FATTORI DISTURBANTI

Disturbi gastrointestinali, odontoiatrici, cutanei, allergie, noia, alimentazione iperglicemica, sedazione ecc.

STATO NEUROBIOLOGICO

Iper-ipo-disreattività
Anomalie del processamento sensoriale ed enterocettivo

Omeostasi/ Regolazione «Optimum Arousal Zone»

FATTORI AMBIENTALI

Prevedibilità, chiara struttura temporale, affettività, inclusione, riparazione, adeguati sistemi di gestione delle situazioni comportamentali,

CAPACITA' COGNITIVE

Processi top-down
Anomalie del processamento cognitivo e Theory of Mind

RISPOSTE OMOEOSTATICHE

degli adulti e coetanei:
Riferimenti stabili, regolati, responsivi, stimolanti, riconoscimento dei propri stati emotivi

Ruolo della
scuola e contesti
di vita

Ambiente:
Strutturazione,
accessibilità,
coerenza,
flessibilità

Coetanei
Conoscenza,
attitudini,
espressione affetti,
coerenza,
atteggiamento pro-
attivo, capacità
riparativa,
riconoscimento
propri stati emotivi

Partecipazione
Attenzione condivisa,
imitazione, attesa con
focusing su target,
conoscenza punti
riferimento, organizzazione
procedurale, attivazione e
proposta (in risposta,
autonoma)

Fattori individuali
protettivi
Attenzione e
concentrazione,
orientamento
procedurale,
capacità simboliche,
linguaggio,
comunicazione,
talenti

Docenti:
Conoscenza, Curiosità,
flessibilità, coerenza,
capacità organizzative,
riconoscimento propri
stati emotivi

Ruolo della scuola e contesti di vita

Ambiente
Didattica programmata con la classe, personalizzazione, valorizzazione delle skills, talenti; flessibilità ambientale, partecipazione di agenzie educative esterne (es. laboratori di cucina, falegnameria, arte creativa, musica, arte grafica ecc.)

Relazioni

Scambio di turni,
Dialogo, opinioni,
proposte,
partecipazione a
dialogo, espressione
di punti di vista,
affermazione di
identità

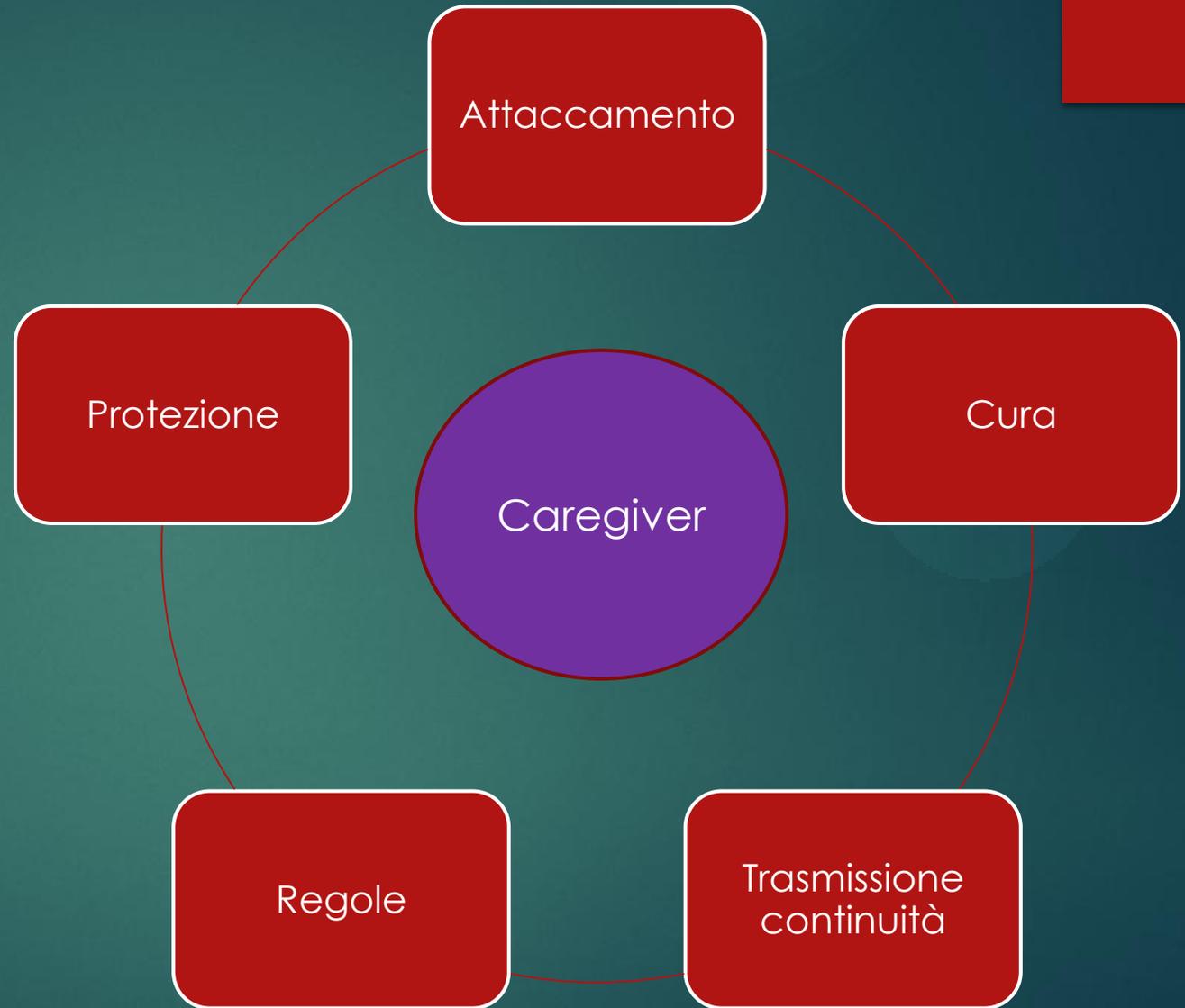
Fattori individuali
protettivi
Autoregolazione,
Capacità di
decentramento,
riconoscimento dei
propri stati emotivi,
verbalizzazione,
ricostruzione narrativa
Atteggiamento
friendly, umorismo,

Docenti:
Conoscenza, Curiosità,
flessibilità, coerenza,
capacità organizzative,
conoscenza dei propri stati
emotivi

Coetanei
Potenziamento della theory of mind; curiosità per stili della personalità, studio del temperamento e delle attitudini dell'altro, valorizzazione della funzione peer educator, valorizzazione del lavoro in gruppo



“si definisce caregiver familiare la persona che assiste e si prende cura del coniuge, dell'altra parte dell'unione civile tra persone dello stesso sesso o del convivente di fatto (...), di un familiare o di un affine entro il secondo grado, ovvero, nei soli casi indicati dall'articolo 33, comma 3, della legge 5 febbraio 1992, n. 104, di un familiare entro il terzo grado che, a causa di malattia, infermità o disabilità, anche croniche o degenerative non sia autosufficiente e in grado di prendersi cura di sé, sia riconosciuto invalido in quanto bisognoso di assistenza globale e continua di lunga durata ai sensi dell'articolo 3, comma 3, della legge 5 febbraio 1992, n. 104, o sia titolare di indennità di accompagnamento ai sensi della legge 11 febbraio 1980, n. 18.”



GLI ALBORI DELLA COMUNICAZIONE

Le prime esperienze comunicative hanno inizio con le **relazioni sociali primarie** (genitori) addirittura prima di nascere: al 5° mese di gestazione « il feto risponde a stimolazioni pressorie e di temperatura di oggetti posti sulla parete addominale» (Di Sano, Esposito, 2001).

Il feto non ha un comportamento intenzionalmente informativo, ma i suoi messaggi vengono interpretati dalla madre e si inseriscono a pieno titolo nella vita di relazione prendendo parte al dialogo familiare.

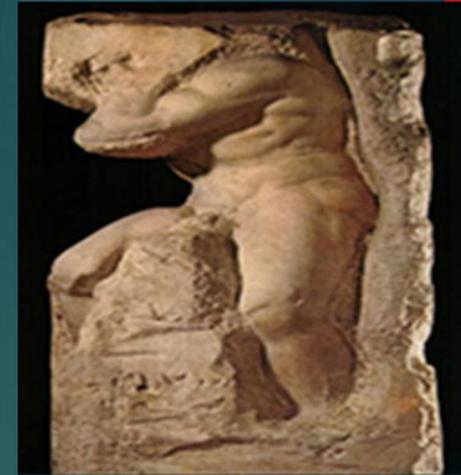


COMUNICAZIONE E ATTACCAMENTO

Le modalità con cui si sono realizzate le prime relazioni di attaccamento con le figure significative contribuiranno a formare i modelli relazionali della nostra vita interpersonale → **MODELLI OPERATIVI INTERNI.**



Il soggetto con grave disabilità comunicativa neuropsichica e linguistica



- 1) Ha una minima organizzazione cognitiva sensomotoria e generalmente non supera lo stadio stimolo-risposta;
- 2) Vive costantemente una situazione di disorientamento alla realtà;
- 3) Presenta un profondo disturbo di acquisizione oggettuale e della vita di relazione;
- 4) Il linguaggio è assente o molto limitato
- 5) La comunicazione avviene prevalentemente tramite canali non verbali (mimica, gestualità semplice).

Assenza di capacità di autoregolazione e omeostasi

- ▶ Iperregolazione: iperattività, stereotipie, iperreazioni di tipo neurovegetativo, rabbia, angoscia,
- ▶ Iporegolazione: torpidità, pesantezza corporea, assenza di coregolazione dello sguardo, della voce, del tono muscolare
- ▶ Disregolazione: passaggi bruschi da una situazione ad un'altra, imprevedibilità dei comportamenti, disorientamento del genitore

I bisogni del grave (Cannao, Moretti- 1982):

1) Necessità di essere contenuto e ricomposto: la difficoltà di questi soggetti di far funzionare la propria persona come unità, esige la presenza costante di qualcuno che tenga insieme e raccolga le sue parti, fornendo un senso alle proprie esperienze (*effetto calamita*);

2) Necessità di un *complemento-amplificatore*: gli intenti comunicativi di questi soggetti, che risultano frammentari e limitati, hanno bisogno di un'interpretazione che sia creativa, intuitiva, ma anche obiettiva ed aderente alla realtà



Relazione anaclitica

presenza costante di una persona che permetta la soddisfazione di bisogni primari e la regolazione dell'omeostasi interna attraverso il mantenimento nel tempo delle funzioni materne che Winnicott definisce *holding*, *handling*, *object presenting*



Il trauma

Il Trauma della nascita di un figlio con grave patologia determina un black-out nel processo di genitorialità:

- 1) *Lutto del figlio immaginato*
- 2) *Lutto della immagine genitoriale (mortifera; ferita narcisistica)*
- 3) *Risveglio dei traumi precedenti alla gravidanza*
- 4) *Sentimenti di colpa*



Due tipi di reazioni al trauma:

1) Ricordi intrusivi dell'evento traumatico (es. consegna diagnostica, la prima crisi epilettica)

2) Dissociazione, rimozione, incapacità di rievocare l'evento



Stallo e sospensione della competenza immaginativa:

1) Il trauma blocca il corso del tempo e del pensiero oltre il presente;

2) Dubbio, imprevedibilità, angoscia; impossibilità di tracciare una storia (parlerà? andrà a scuola? sarà autonomo?)



3) Necessità di provvedere a tutti i bisogni del figlio (omeostasi, ritmo sonno veglia, alimentazione, calma e quiete ecc.) e perpetrare la funzione materna primaria con ruolo di Io Ausiliario



Rischi evolutivi nella relazione M-B:

1) Limitazione delle potenziali competenze del bimbo per prevalere degli aspetti sostitutivi della funzione materna; unica rappresentazione: **fusionalità di sé con il figlio;**



2) **Proiezione di Sé nell'altro:** diniego del deficit; rappresentazione: immagine irrealistica ed ideale del figlio che nega la realtà;

Rischi evolutivi individuali e familiari:

1) Dedizione assorbente al figlio con abbandono del lavoro, isolamento relazionale e depressione ;

2) Separazione coniugale;

3) Triangolazione dei fratelli con iperadattamento e falso Sè;



Fenomenologia delle Reazioni dopo la nascita

- ▶ Shock: incredulità, stordimento, angoscia
- ▶ Rifiuto: negazione
- ▶ Dolore e depressione
- ▶ Accettazione

MECCANISMI DIFENSIVI...

► **Negazione**

Mio figlio non ha niente;

Mio figlio è come gli altri;

Anche mio nonno ha parlato tardi...



► **Scissione:**

Solo io sono una buona madre;

Gli altri sono pericolosi;

La nostra relazione è perfetta; fuori c'è pericolo e caos...



Proiezione

L'epilessia di mio figlio è dovuta solo ai farmaci;

Il danno di mio figlio è procurato dai sanitari, dal parto;

Gli altri bambini non lo sopportano;

Le maestre lo isolano, è così a causa loro;



I SENTIMENTI

- ▶ Colpa
- ▶ Angoscia
- ▶ Solitudine
- ▶ Rabbia
- ▶ Disperazione
- ▶ Ambivalenza

→ Modificazione delle abitudini e dei contesti esterni
(amicizie, lavoro, interessi)



La famiglia

- ▶ Focalizzazione sul benessere del bambino
- ▶ Focalizzazione sugli interventi
- ▶ Perdita delle abituali modalità di vita
- ▶ Perdita dei confini
- ▶ Perdita intimità
- ▶ Necessità di trasferimento
- ▶ Perdita lavoro
- ▶ Cristallizzazione alla fase dei bisogni primari

Modificazione dei contesti esterni

- ▶ Modificazioni traumatiche nelle abitudini esterne
- ▶ Perdita di amicizie
- ▶ Perdita o modifica dei precedenti interessi
- ▶ Coalizzazione tra genitori (es. associazioni)

Dalla fase dello shock a quella della consapevolezza

Fase dello shock: Fase schizo-paranoide

Blocco della capacità rappresentativa

Assenza di un luogo/tempo in cui pensarsi «normale»

Assenza di un tempo coerente con il bisogno della coppia e della famiglia: coppia troppo «giovane» per capire, tempi stretti per necessità di risolvere o riparare; «che farà?», «non sappiamo dove arriveremo...».dobbiamo guarirlo»

Assenza di soggetti interlocutori: *chi comprende?, chi è in grado di aiutarmi?, è troppo lontano? Costa tanto? Quanto tempo occorre?*

Fase depressiva: della consapevolezza e della accettazione

Ora capisco cosa ci è successo, tutto mi torna...

E' bello anche così, forse anche meglio...

Stiamo bene insieme, con i nostri limiti...

Abbiamo imparato a valorizzare piccole cose...

Lui ci ha insegnato tanto...

Ci ha avvicinato...

Ci ha permesso di guardare i nostri limiti

Lettura di intervista

Simone: 4 anni

Dandy-Walker variant; Autismo; Ritardo Mentale Profondo; Ritardo psicomotorio grave; Cecità; Epilessia in politrattamento farmacologico

Il Tempo

KRONOS, nella Teogonia di Esiodo è figlio di Gea e Urano ed è l'archetipo di un maschile ancestrale, indifferenziato dalla controparte femminile, della quale assume i caratteri negativi. Crono divora ciò che ha generato: è un padre oppressivo e ossessionato, che non tenta di far crescere il figlio, ma lo trattiene a sé, e nel suo affettuoso abbraccio maschile lo stritola, lo uccide

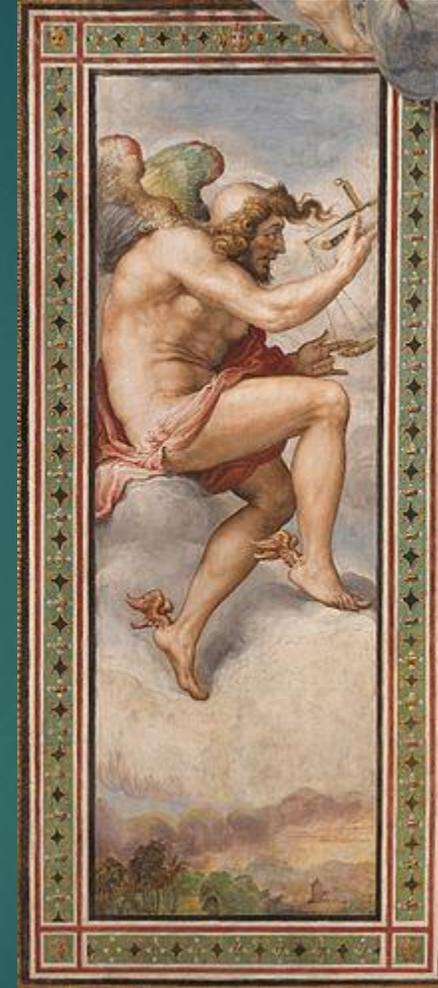
Misurabile, conoscibile, sperimentabile, inesorabile, e' un tempo che **divora**.



*Saturno che divora
suo figlio (Rubens),
1636*

▶ KAIROS

- ▶ Nell'antica Grecia significa "momento giusto o opportuno" o "tempo di Dio".
- ▶ Mentre KRONOS si riferisce al tempo logico e sequenziale KAIROS significa " un tempo nel mezzo", un momento di un periodo di tempo indeterminato nel quale "qualcosa" di speciale accade.
- ▶ In campo militare un buon stratega sa che la vittoria non è una semplice questione di superiorità numerica, ma un momento in cui l'attacco sull'avversario porterà il panico e darà un esito definitivo alla battaglia.
Secondo Aristotele è il contesto del tempo e dello spazio in cui la prova sarà affrontata.
- ▶ Nel campo artistico KAIROS è la sfumatura, la correzione minuscola che favorisce il buon esito DELL'OPERA.
- ▶ E' il tempo Individuale, il tempo «giusto», un infinito temporale che sta tra due punti
- ▶ Dà la percezione del tempo che è adatto alla persona (ed alla famiglia), possibile per la persona, fantasmatico.



Il Tempo Opportuno,
affresco di Francesco
Salviati (1543-1545), Sala
dell'Udienza, Palazzo
Vecchio Firenze

«La bella addormentata nel bosco»: il tempo tramite l'incantesimo si ferma per tutti... e rende impossibile e non definitiva la morte...



La narrazione terapeutica

deve fare trovare alla persona il suo Kairòs, ovvero il tempo che dà ordine alle cose, che dà un senso all'handicap, una sensata consequenzialità interna al Sé.

Es. un adolescente con i baffi che ha ancora il pannolone come può essere vissuto come un ragazzo bello, forte e pieno di vita?

Se Il cronos distrugge...quale è il cairòs?

NARRAZIONI PROIBITE: *una corsa contro il tempo...*

Autonomo/Non autonomo..... comanda il contesto («deve togliere il pannolino, deve parlare»!)

Stimolato/non stimolato.... comanda il contesto («lo deve stimolare di più»!)

Seguito/non seguito... comanda il contesto («lo deve fare seguire di più!...deve fare più terapia...»)

stĭmŭlus

[*stimulus*], *stimuli*

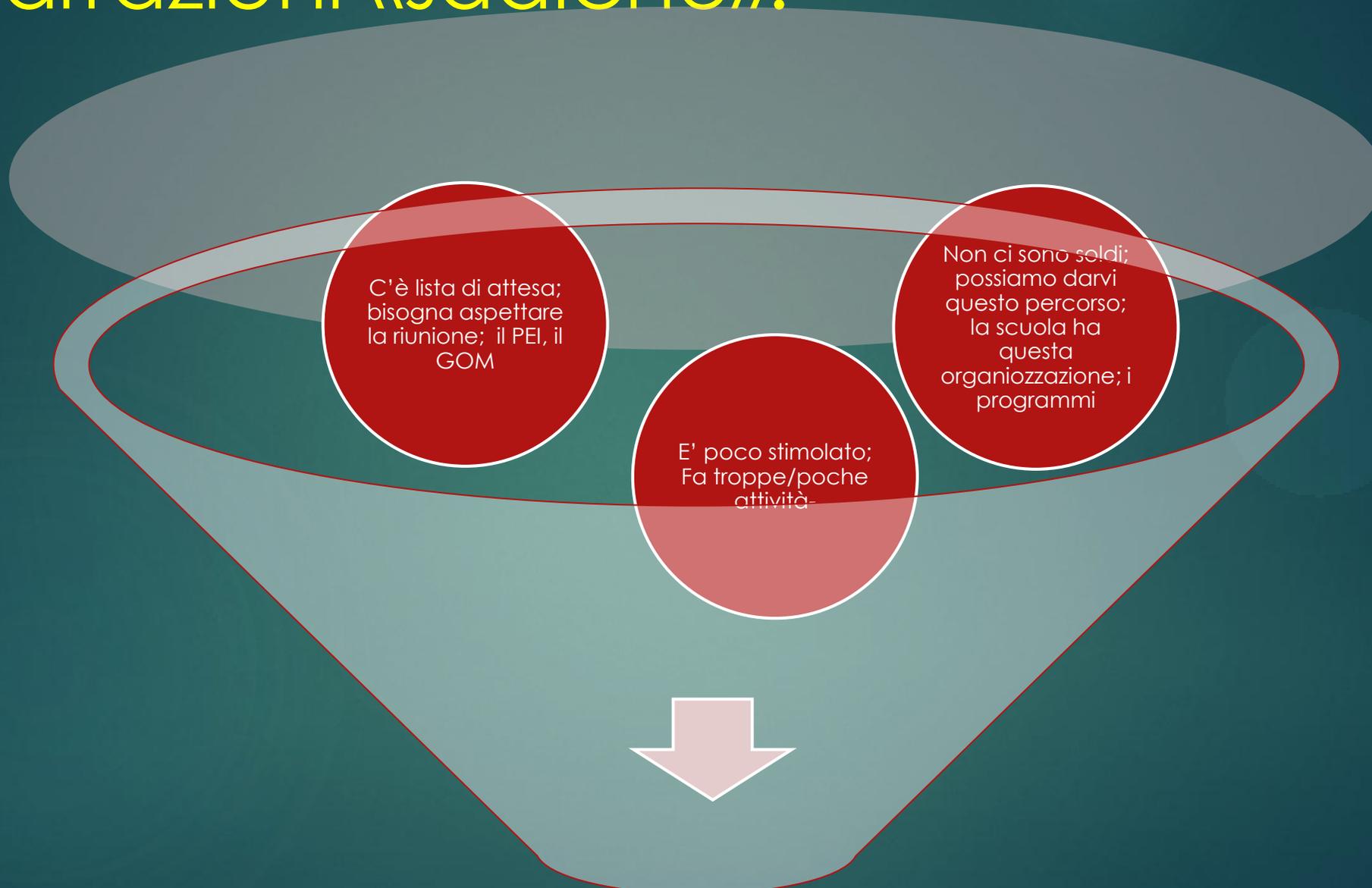
sostantivo maschile II declinazione

1 *pungolo per incitare gli animali, frusta, sferza per punire gli schiavi e, in generale, come strumento di tortura*

2 *(in senso figurato) stimolo, incitamento, sprone*

3 *(in senso figurato e negativo) tormento*

Le narrazioni «sadiche»:



Doppio messaggio: quale è il nostro tempo? Troppo lungo o troppo breve?

Narrazioni «permesse»: Rallentare il tempo, creare uno spazio...uscire dalla dicotomia

- ▶ Autonomo/Non autonomo..... Se il genitore è confermato e valorizzato nei minimi progressi che emergono;
- ▶ Stimolato/non stimolato.... Se il genitore è incluso come elemento protagonista affettivo del cambiamento («si vede che riconosce la sua mamma e con lei comunica»), e non schiavo della necessità di cambiamento;
- ▶ Seguito/non seguito... Se il genitore ha punti di riferimento relazionali/professionali e luoghi dove condividere i progressi o le preoccupazioni del figlio;

Le «carezze» nella relazione terapeutica: rinforzi all'ecologia del sistema familiare e funzione di guida dell'esperto

- ▶ *Siete bravi genitori*
- ▶ *Siamo qui per voi*
- ▶ *Le vostre idee sono importanti*
- ▶ *Scavalchiamo le burocrazie insieme*
- ▶ *Partiamo dagli interessi del bambino, e quelli che condividete insieme*
- ▶ *Sono al tuo servizio per capire lo spazio/ambiente/tempo più efficace per stare bene con tuo figlio*

Storia di una narrazione terapeutica: Dalla fiducia all'intervento narrativo

► Il caso dei fratelli Elena e Amedeo

I fratelli Elena (26 anni) e Amedeo (13) sono affetti da una forma di grave ritardo mentale, epilessia farmacoresistente, assenza di linguaggio.

Figli di un ingegnere e di una ex contabile vivono in un piccolo paese nell'Amiata grossetana al confine con la Val D'Orcia.

Elena fin da piccola è stata una bimba molto passiva, isolata, tendente all'uso stereotipato di oggetti autistici (es, radio, giornali da sfogliare). Me la ricordo silenziosa, seduta a gambe incrociate sul tappetino della fisioterapia...inerte agli stimoli verbali, avvolta in lunghi capelli biondi che le nascondevano il viso pallido in cui si incastonavano due grandi occhi grigi, vitrei, e tristi.

Il dialogo con la madre che me la portò in visita fu subito doloroso: lei una donna pressochè della mia età, dai bei riccioli biondi e gli occhi azzurri, accuratamente vestita ma con abiti demodè anni'80, vivace, intelligente con un'espressione emozionata e sempre velata di lacrime, era in attesa di un'accoglienza emotiva, e di una risposta circa i farmaci antiepilettici.

Ricordo bene la narrazione di allora: «la signorina è molto silenziosa, ma capisce tutto...il nostro grosso problema è che non sanno cosa farle fare a scuole e che spesso sviene...»

Il padre, venne da me alcuni giorni dopo per chiedere la relazione scolastica: si presentò molto educato, gentile nei modi e mi ringraziò nel corridoio senza perdere tempo, evidentemente forse indaffarato un po' imbarazzato.

Poche sedute successive a quelle centrate sulle complesse richieste farmacologiche, in cui suggerii di aumentare il Lamictal (con buon successo anche se momentaneo) chiesi alla madre di poter uscire con Elena fuori dall'ambulatorio per prendere con la ragazza, allora 15 enne, qualcosa da bere.

La madre rimase senza parole: come e' possibile che il medico chiedesse una cosa così inconsueta...ebbe una espressione di sorpresa mista a gioia e disse: «va bene...speriamo vada tutto bene...»

Non ebbi timore, anche se dentro ero preoccupato per la tenuta della ragazza nel camminare, uscimmo al bar, presi un caffè con E. seduta che sgranocchiava un cioccolatino d'ame comprato, e poi piano piano tornammo: conquistai la madre...oltre ad un medico ero una persona al servizio di Elena e della famiglia e proponevo un contesto normale!

.....

L'anno dopo nacque Amedeo e fu il secondo grande problema...anche il bimbo (coetaneo di mio figlio) cominciò ad avere precocemente un ritardo psicomotorio...e gli fu fatta diagnosi di epilessia, ritardo mentale («anche se in forma più lieve») su base sindromica.

Rimasi colpito dalla resilienza dei genitori...parlavano di A. non come di un bimbo malato, ma come di una tenerissima «piccola peste, dolce ma anche molto vivace, quindi rispetto a Elena: un ragazzo veramente forte!!.»

Fu subito significativa questa rappresentazione genitoriale...di per sé terapeutica...ed io la rinforzai tutte le volte, partecipando con loro a questa idea del figlio.

Nel tempo Amedeo, bambino biondo, cicciottello, simile ad un putto seicentesco è stato molto amato a scuola, avendo egli avuto una insegnante di sostegno («il nostro angelo custode» diceva la madre)... che lo ha sempre accompagnato dalla Materna alle elementari...»

Nel tempo i problemi per A. si sono fatti più importanti (insonnia, assenza di linguaggio, difficoltà di controllo sfinterico, epilessia grave, cadute con traumi dentari) ed i genitori hanno passato periodi sempre più difficili.

Nei colloqui è penetrata sempre di più la fatica, e nonostante emergesse spesso una rabbia coartata, controllata, nei genitori ed i loro volti fossero sempre più carichi di rughe, fatica e rossore da stress, entrambi non hanno mai perso la loro delicatezza, gentilezza nei miei confronti (ogni Natale mi hanno regalato il loro pregiatissimo olio appena spremuto)...

Ho sempre temuto che questo incantesimo nel rapporto si potesse rompere, ma magicamente anche nei periodi più difficili (provammo a rinforzare alcune espressioni pre-verbali del ragazzo sperando di agganciarne un lessico ed una semantica senza alcun successo) con Laura –la madre- le cose puntualmente si ridimensionavano, tanto che giocavamo ad invertire i nostri ruoli (le dicevo per scherzo «fai tu un po' il mio terapeuta ormai...») e ci coalizzavamo su «tutto quello che non funziona per gli handicappati».

Insieme a questa complicità ho sempre avvertito il bisogno della coppia di esprimersi insieme e trovare un loro comune modo di rappresentarsi, avere un comune spazio anche se raramente–per motivi organizzativi della famiglia- ho avuto modo di parlare con i 2 genitori insieme.

Ecco che così è nata l'idea di proporre di genitori un contesto narrativo comune...

Pregiudizio

ERMENEUTIKÈ:

INTERPRETAZIONE

TECNICA INTERPRETATIVA DEI TESTI SACRI (EPOCA ELLENISTICA DELLA FILOSOFIA CLASSICA E POI FILOLOGIA TEDESCA)

IN FILOSOFIA:

GADAMER ('900): PREGIUDIZIO COME «PRE-COMPRESIONE»

INTERPRETAZIONE DEI FATTI FILTRATA DA UN PUNTO DI VISTA PRECISO DELL'UOMO MA ARRICCHIBILE NELL'INCONTRO CON L'OGGETTO (L'ALTRO DA SE, IN MEDICINA IL PAZIENTE) E CHE CREA UN «CIRCOLO ERMENEUTICO», OVVERO COMPRENDERE PER IMPARARE A COMPRENDERE.

Pregiudizio come aspetto negativo

- ▶ Quando assurge a verità oggettiva che l'altro non comprende;
- ▶ Es.
- ▶ il concetto di malattia per alcuni aspetti è oggettivo, per altri è assolutamente soggettivo;
- ▶ Il concetto di salute è poco definibile sul piano oggettivo, ma è basato fundamentalmente su un vissuto personale;
- ▶ Es.
- ▶ Imporre un trattamento non condiviso nella logica aut-aut;

I pregiudizi e gli slogan del personale sanitario

- ▶ E' un genitore iperprotettivo
- ▶ E' una madre simbiotica
- ▶ E' un padre periferico
- ▶ Lo vede sempre troppo piccolo,
- ▶ Non accetta la crescita
- ▶ Non riescono a capire le vere priorità
- ▶ Gli fanno fare troppe cose
- ▶ Lo iperstimolano
- ▶ Non lo stimolano
- ▶ Non capiscono il senso della riabilitazione

La gente

- ▶ Poverini! Come faranno!
- ▶ I disabili sono bambini speciali, io non avrei problemi a tenerlo!
- ▶ Dovrebbero ricominciare a stare un po' con gli amici
- ▶ Dovrebbero riprendere la loro vita in mano
- ▶ Dovrebbero lasciare più spesso il bambino a qualcun altro
- ▶ Dovrebbero fargli fare qualche esperienza di distacco da loro
- ▶ Io lo metterei in un Centro!
- ▶ L'importante è che sia sereno il bambino!
- ▶ Gli autistici sono parecchio intelligenti!
- ▶ Ho conosciuto una signora che è andata in un Centro molto buono!
- ▶ Ma voi non fate l'ABA?!! Ho sentito dire che migliorano tanto.
- ▶ Un disabile che non parlava nemmeno si è laureato con la CAA!

Lo «psicologhese»

- ▶ La madre deve fare un percorso di terapia dallo psicologo per:
- ▶ Elaborare il trauma del figlio
- ▶ Tornare a sentirsi donna
- ▶ Tornare ad avere un rapporto sano di coppia
- ▶ La madre è simbiotica e castrante...
- ▶ Il padre è periferico...
- ▶ I nonni sono nonni sostitutivi...
- ▶ Utilizzano una modalità risarcitoria nei confronti del servizio...
- ▶ Le loro sono reazioni paranoicali tipiche...
- ▶ Il bambino si scompensa quando avverte il conflitto tra i genitori...è triangolato...
- ▶ Il fratello vive una condizione gregaria rispetto al fratello disabile...
- ▶ E' il momento di fare il punto della situazione con la famiglia
- ▶ Sarebbero da segnalazione al Tribunale!

La scuola

- ▶ Non ha le autonomie per stare in classe
- ▶ Non è stimolato a casa a fare da solo
- ▶ Con la madre perde le competenze
- ▶ A scuola fa tutto... a casa gli fanno tutto loro
- ▶ E' troppo viziato: Qualche punizione ci vorrebbe ogni tanto
- ▶ Non abbiamo abbastanza ore di sostegno
- ▶ Noi ci occupiamo della didattica della classe
- ▶ Non possiamo interrompere sempre la lezione
- ▶ Abbiamo tanti bambini e ormai sono tutti con problemi
- ▶ Non è facile coinvolgere le insegnanti della classe
- ▶ Ci vogliono ore dedicate

Gli stereotipi tra operatori

- ▶ Non c'è mai un vero lavoro di equipe
- ▶ Ogni ruolo deve essere rispettato: sia il riabilitatore che il medico sono importanti uguali
- ▶ I medici vedono il bambino due volte l'anno, noi operatori tutti i giorni
- ▶ I riabilitatori vedono solo una parte del lavoro, non hanno tutti i casi che hanno i medici, e poi il medico deve rimanere un medico non deve entrare negli aspetti riabilitativi
- ▶ Se non si comunica sul caso non si ottengono risultati
- ▶ E' importante lavorare con il genitore altrimenti il lavoro solo col bambino non serve
- ▶ E' importante convocare entrambi i genitori, sempre solo con la madre il lavoro non serve
- ▶ Gli insegnanti sono fissati con il lavoro individuale e la didattica
- ▶ Gli insegnanti stigmatizzano il problema
- ▶ I genitori degli altri bambini pensano solo al loro figliolo e non gli interessa niente dell'integrazione
- ▶ Gli ass. sociali: il npi come al solito non ha il tempo di vederlo; lascia noi le decisioni e la gestione del caso
- ▶ C'è da rispettare la lista di attesa

I contrasti nelle strutture

Gli operatori:

Non ci sono mai i soldi per :

- ▶ i centri estivi
 - ▶ gli aggiornamenti
 - ▶ Il materiale
 - ▶ Il pulmino
 - ▶ I trasporti
- ▶ Il Consiglio Direttivo: Pensa al risparmio, Gestisce le cose da solo senza ascoltare i «tecnici»

La Direzione

Gli operatori:

Sono troppo sindacalizzati

Sono sempre malati

Non fanno il lavoro con passione: questo è un lavoro che si fa solo se si ha passione

Disabilità-Handicap

- ▶ Disabilità: concetto oggettivo, riguarda la menomazione
- ▶ Handicap: concetto soggettivo, riguardante gli svantaggi della vita sociale e di relazione dovuti alla disabilità

Conseguenze...

- ▶ Il rapporto medico paziente si sposta sempre di più su una contrattazione;
- ▶ Si aprono le porte al concetto di «condivisione dei linguaggi» come avviene nel costruzionismo sociale (Maturana, Varela);
- ▶ Non esiste più il punto di vista assoluto, l' «essere», il «cogito ergo sum (Cartesio) ma il «Dasein» (Heiddeger), ovvero l'esserci, ovvero un essere in quel preciso luogo, tempo e spazio, quindi molto più relativo e dipendente da ad una relazione.

E quando la persona è incapace di pensiero linguistico?

- ▶ Noi continuiamo a definire aspetti della persona usando parametri linguistici, usando una semantica linguistica, costruita su punti di vista che non incontrano realmente il paziente, che non possiede questa struttura di pensiero;
- ▶ Le nostre categorie quindi rischiano di divenire vuote, inadeguate, non più basate sull'»esserci», ma su una categoria astratta che ha pretesa di comprensione e di oggettività;

Uso o assenza della risonanza corporea nella valutazione

- ▶ Quanto usiamo le nostre sensazioni corporee per valutare?
- ▶ Quanto nella valutazione ci facciamo guidare dal paziente?
- ▶ Quanto teniamo in considerazione le espressioni corporee del paziente?
- ▶ Quanto ci riesce di ascoltare ciò che per il paziente è naturale?
- ▶ Quanto sono adatti i nostri sistemi valutativi per il paziente grave?
- ▶ Quanto è utile somministrare test di livello?
- ▶ Quanto siamo in grado di accogliere gusti, volontà, abitudini del paziente nella nostra scheda valutativa?

Altre domande

- ▶ In che fase si trova quella famiglia?
- ▶ A che punto è l'elaborazione del trauma della nascita del figlio con grave handicap?

n.b.

La rigidità dei sistemi linguistici



nelle relazioni e quindi dei contesti narrativi
determina sofferenza e disagio
per gli operatori

Gerarchia della costruzione dei significati

Dobbiamo sempre essere consapevoli del punto in cui si colloca il nostro (pre) giudizio e da dove emerge (ruolo, sponsorizzazione di un metodo, ecc.)!! :

- nella relazione col paziente? Nella rigida applicazione di una linea guida?
- nell'incontro armonico e difficile tra l'insieme di questi elementi?

Cosa è quindi utile?

Tornare alla osservazione partecipe dei comportamenti

stare a livello del paziente senza introdurre richieste di performance nella valutazione (unicamente secondo ciò che vogliamo dimostrare)

osservare i momenti di vita naturale del soggetto (es. video)

costruire momenti di condivisione del materiale osservato

Autismo: I falsi miti

AUTISM IS NEVER CAUSED BY BAD PARENTING!

La mamma frigorifero (Leo Kanner) e "La fortezza vuota" di Bruno Bettelheim

Non provano emozioni, non hanno senso dell'ironia
Non hanno empatia

Pensano per immagini
Percepiscono solo i dettagli
Sono tutti uguali
Sono tutti geni

Somigliano a Rain Man
Non guardano negli occhi
Non si sposano

Non hanno il senso dell'umorismo
Sono tutti uguali



UNIFORMITY

It's not for everyone

www.jacanaent.com

HOW AUTISM IS PORTRAYED IN THE MEDIA



WHAT AUTISM ACTUALLY LOOKS LIKE



I paradossi pragmatici nell'autismo

La diagnosi: l'evitamento delle risposte e nuovi dubbi

D. «I punteggi sono elevati per disturbo dello spettro autistico, ma non dovete preoccuparvi, con tanta terapia e fatta subito il bambino migliorerà»

G. «ma sarà come gli altri?»

D. «non posso dirvelo adesso»

G. «quindi cosa dobbiamo fare?»

D. «trovare subito dei bravi terapisti...»

G. «quindi cosa possiamo fare?»

D. «intanto programmiamo anche degli esami come la RMN encefalo...che va fatta per protocollo, ma non sempre ci dice qualcosa ... vi consiglio di farla lo stesso però...»

G. «ma il bambino è molto piccolo»

D. «sì ma in pediatria ne fanno tante...quello che però devo dirvi è che il bambino probabilmente va sedato..»

▶ La terapia: La letteratura o quello che mi dice il mio dottore?

- ▶ Linee guida: «gli interventi devono essere precoci, intensivi, 20,30 ore a settimana»
- ▶ In ambulatorio:
- ▶ «gli interventi devono essere di 20 ore a settimana, voi li fate?»
- ▶ In ambulatorio: «no, assolutamente, anzi possono essere controproducenti...»
- ▶ Perché?
- ▶ «rischiano di incidere negativamente nella relazione»
- ▶ In che senso?
- ▶ «forzando un meccanicismo nel rapporto»
- ▶ «quindi» a chi do ascolto? A quello che trovo scritto o lei?»

▶ I modelli: rigidità e vignette

- ▶ Il T. psicodinamico:
 - ▶ «l'importante è la relazione tra voi, e non cadere nella simbiosi, nella fusionalità e nella sostituzione di ogni suo comportamento»
 - ▶ G. «ma io ho una buona relazione con mio figlio...cerco di fargli imparare le cose.. Da solo è ripetitivo, senza di me non riesce a fare quasi nulla...»
- ▶ Il T. comportamentale:
 - ▶ «c'è tutto un programma molto preciso che va fatto... a partire dalle competenze del bambino, che sono attualmente molto deficitarie...e che vanno strutturate in sequenze ed ambienti molto chiari, definiti ed accessibili..»
 - ▶ G. « ma io mi do già molto da fare, lui non dorme, mangia solo crackers, devo prepararli tutto apposta per lui...anche il gioco perché lui gioca solo con le bolle...cos'altro ancora?...non ho altre energie»
- ▶ Il T. di coppia:
 - ▶ «come avete deciso di vivere questo momento? Come vi siete organizzati es. per dormire? Cercate di mantenere i giusti confini nei confronti del bambino e della sua crescita...per es. come va la coppia? Ed il rapporto con la sorella?»
 - ▶ G. «che domanda idiota...vorrei vedere lui...»



▶ **L'educatore:**

- ▶ «verrò a casa vostra per osservare se ci sono problemi o difficoltà...»
- ▶ «ma noi preferiremmo continuare solo con la logopedia»
- ▶ «in questo momento è necessario anche per noi osservare le dinamiche a domicilio...»
- ▶ G «perché?»
- ▶ E. «perché ci consente di avere un parametro in più, una valutazione ulteriore del contesto ecologico, dove vive il bambino, quali giochi ha, come lo fate giocare e quindi aiutarvi»
- ▶ G. «ma noi riusciamo a fare tante cose con lui...stiamo sbagliando qualcosa?...cosa vogliono vedere?»

▶ Il dottore esperto:

- ▶ D«ho visto molti bambini così, i bambini autistici hanno bisogno di molta stabilità ambientale, capacità di regolazione da parte degli adulti»
- ▶ G«noi a casa stiamo bene con lui...»
- ▶ D«cosa fate con lui?»
- ▶ G«lui gioca molto da solo, anche se rispetto a prima fa tante cose in più...ma quando è agitato come adesso e butta la roba è un problema»
- ▶ D«in questi casi meglio togliere i giochi, creare una stanza senza stimoli, modificare l'ambiente in cui lui vive...»
- ▶ G«ma è molto difficile, in camera sua c'è la sorella...»
- ▶ D«trovate una soluzione, magari chiedendo alla bambina di spostarsi con voi in camera per un periodo»
- ▶ G«ma è un'adolescente..anche molto in conflitto con noi»
- ▶ D«capirà sicuramente..»

La terapia farmacologica: effetti buoni o cattivi? Dubbi su dubbi

- ▶ G. «è molto agitato, come se non trovasse pace...a volte ha l'ansia...»
- ▶ D. « ok, vi prescrivo un farmaco: il Risperdal per cominciare 0.50 mg per due poi a salire...»
- ▶ G. «ma ha effetti come la sedazione?»
- ▶ D. «no assolutamente...non vi sono effetti particolari...anche se probabilmente mangerà di più e forse prenderà qualche kg...»
- ▶ G. ma quanto?
- ▶ D.« dovete fargli mangiare cose sane, niente pane o dolci e ingrasserà meno»
- ▶ G.«ma lui mangia solo pane e biscotti salati...»
- ▶ D. «provate...dobbiamo sempre comunque trovare un compromesso tra costi e benefici in una terapia»
- ▶ G.«mah se è meno agitato...quanto ci vorrà?»
- ▶ D. « bisogna vedere, non ci sono regole... a volte funziona subito a volte si deve salire, oppure dare un 'altro farmaco...ognuno risponde diversamente da un altro»
- ▶ G.»quindi non si sa se funziona...»
- ▶ D. «in genere si...ma bisogna vedere...ognuno ha la sua risposta...»
- ▶ G «ma ci sono altri effetti collaterali?»
- ▶ D «no, non particolarmente...ma dovete fargli la prolattinemia ed altri esami, enzimi epatici, g GT, ecc. e mi sono scordato...un ECG»
- ▶ G « ma non riusciremo a farglieli fare così agitato»
- ▶ D «provate...al limite di prescrivo un ricovero un ricovero di terzo livello...»
- ▶ G. «ma allora è proprio grave a cosa?...»

Il ricovero al terzo livello: protocolli o necessità ?

- ▶ G «cosa ci suggerisce di fare?»
- ▶ D. «un ricovero diagnostico e per capire meglio le terapie da fare»
- ▶ G.«si, ma non ci avevate detto che la logopedia e la psicomotricità sono le terapie?»
- ▶ D. «certo, sono importanti, ma possono non bastare, comunque ci serve capire, approfondire»
- ▶ G «in che senso?»
- ▶ D « fare ulteriori esami, una RMN encefalo, prelievi per esami genetici, metabolici»
- ▶ G«perché esami genetici? È ereditaria?»
- ▶ D «no, ma è importante approfondire, a volte può essere una forma genetica...»
- ▶ G «e il metabolismo che c'entra?»
- ▶ D« a volte sono forme legate a difetti del metabolismo»
- ▶ G«cioè»
- ▶ D «forme rare, ma possibili...»
- ▶ G «ma anche se scopriamo la causa a cosa ci serve?»
- ▶ D «per capire l'origine»
- ▶ G «e serve per trovare una cura»
- ▶ D«no,, cioè dipende»
- ▶ G «da cosa»?
- ▶ D «dal tipo di alterazione»

- ▶ G «per esempio?»
- ▶ D «l' Dell' X Fragile sappiamo che è correlato all' Autismo»
- ▶ G «e quindi?»
- ▶ D « almeno si sa se è su base genetica, e in questo caso dovete fare l'esame tutti, i suoi figli potrebbero essere portatori, e anche lei...ma questo lo spiegherà bene il genetista, lui è uno che ha molta esperienza...»
- ▶ G «oddio dottore, sono preoccupato...»
- ▶ D « non si preoccupi...in realtà sono forme molto, molto rare»
- ▶ G « e se non si trova nulla?»
- ▶ D «intanto facciamo gli esami e poi ne riparlamo...anzi le do subito il prossimo appuntamento...»

Finalmente al terzo livello!

- ▶ La giovane coppia si presenta nel famoso ospedale, il loro bambino di 5 anni non dorme da più di 6 mesi ed è molto aggressivo...
- ▶ I genitori sperano in una cura...ha già provato molti farmaci per il sonno: Risperdal, Depakin, Entumin, Rivotril, Zyprexa, ma hanno solo visto peggioramento...sono distrutti e disperati...ora sono comparsi anche gesti autolesivi...
- ▶ Gli esami metabolici e genetici sono risultati negativi e anche la RMN encefalo
- ▶ Giunti al grande ospedale vengono alloggiati in una cameretta 3mt per 2 senza specchio..appena giunti li raggiunge una giovane dottoressa, molto carina e ben truccata, con vistosi tacchetti e camice aperto, sicura di sé ma molto indaffarata, che chiede frettolosamente ai genitori la conferma di alcuni dati anagrafici...poi senza curarsi del bimbo che viene difficoltosamente trattenuto dai genitori nella stanza per fare il colloquio..si siede accanto alla madre e dichiara: «se vuole può portarlo fuori, c'è anche il giardino, adesso cominciamo un'anamnesi...tra le varie domande, perentorie e di protocollo alcune spiccano per la loro *indispensabile* efficacia: «fumava in gravidanza?...ha avuto diabete, gestosi?» ed altre...
- ▶ Stremati e imbarazzati i genitori affrettandone l'iter concludono la anamnesi...ma non hanno risposta ad un quesito fondamentale: «stanotte se il bambino non dorme e farà confusione qualcuno aiuterà la madre nella gestione dello scompensato bimbo autistico?» che terapia prenderà?...silenzio.

La notte

- ▶ La sera attanaglia il grande ospedale di solitudine. La giovane coppia prova ad assaltare un panino che sa di preoccupazione, il loro Ciccio è disorientato, entra ed esce, vaga nel corridoio... lì nell'agorà del reparto si incontrano genitori con bimbi strani, alcuni saltano a piè pari, altri ondeggiano, una bambina grassoccia con il sorriso fisso e i lunghi capelli neri ti si avvicina e ti tira una manata continuando a sorridere, più lontano si sente un suono ottuso, cupo, ripetitivo... è un bel ragazzino autistico di Napoli che da molte ore batte la testa sulla porta della camera... la madre teme a farlo uscire perché scappa...
- ▶ La notte è ancora più difficile e indigesta del panino di prima (che ovviamente torna su)... alcuni dei bimbi strani dormono ma... il ragazzino di Napoli non riesce, prosegue a lamentarsi e battere la testa... appena esce si precipita a bere grandi quantità di acqua che repentinamente vomita nel corridoio...
- ▶ Qualcuno scende? C'è un problema!!
- ▶ No... nessuno... la madre di lui è imbarazzata...
- ▶ La mamma di Ciccio piange con lei... e con il suo babbo... che dice: «è la patologia... ora provano col litio...»
- ▶ Ormai le mamme si guardano e decidono per il giorno dopo di organizzarsi: ognuno comprerà un mocio e pulirà a terra per dare mano alla mamma del bimbo di Napoli... che attende il funzionamento del litio»

La scuola: stereotipie e paradossi

- ▶ La scuola deve essere inclusiva
- ▶ Ma.....
- ▶ 1) *«ci devono essere percorsi speciali per bimbi speciali*
- ▶ 2) *la didattica in tutte le scuole e soprattutto dalle medie prevede un potenziamento cognitivo quindi...l'inclusione è difficile...*
- ▶ 3) *abbiamo tanti bambini nelle classi e molti BES, non possiamo concentrarci solamente su lui...*
- ▶ 4) *il bambino deve stare in classe o nella sua stanza? Ce lo dica lei dottore...*
- ▶ 5) *non è in grado di scrivere, contare, leggere, che didattica inclusiva dobbiamo fare?*
- ▶ 6) *i laboratori che Lei ci chiede di fare possiamo farli solo qualche ora, per il resto la classe ha un programma da svolgere e molti genitori si lamentano»*



*“Gli insegnanti dovrebbero essere i primi a ripensare e trasformare i criteri ed i dati della loro professione nella quale la funzione educativa **prevale** sempre più su quella meramente istruttiva. [...] Modificare profondamente la formazione dei docenti per formare educatori e non specialisti addetti alla trasmissione di conoscenze prestabilite”.*

- ▶ *“Rapporto sulla strategia della educazione” di E. Faure*

Quali sono le competenze richieste?

Conoscenze –

Competenze –

Risorse personali

Sapere – acquisire conoscenze

Saper fare - imparare tecniche e metodologie

Saper essere - esprimere condizioni di base

E aggiungerei...saper **esserci!!**



La sfida per l'insegnante competente è quella di **STARE NELLA SOFFERENZA, leggendo e accogliendo paure, angosce, fatica, sensi di colpa** portati dall'alunno disabile e dalla sua famiglia, sostenendo il peso delle risonanze emotive e del trauma.



Consci di essere parte attiva di un sistema di relazioni, per saper osservare e saper ascoltare, dobbiamo essere consapevoli delle tante variabili che ostacolano o favoriscono l'efficacia del colloquio. **l'ascolto attivo**



Iniziamo riflettendo sulle possibili cause di **fallimento** o di **insoddisfazione** di un colloquio ripensando nella nostra esperienza a quando abbiamo chiesto un colloquio a qualcuno per spiegare o chiarire qualcosa e ne siamo usciti perplessi



Ascoltare significa essere centrati sull'altro e saper osservare, cogliendo i significati del linguaggio del corpo e della prossemica.

Significa trasmettere il messaggio « ti ascolto, ti accetto, ho fiducia in te!»



Proviamo a renderci consapevoli di quanto i nostri atteggiamenti spontanei e abitudinari possano ostacolare o fuorviare l'espressione dell'altro .



- 
- 
- ▶ Attenersi al significato linguistico di ciò che l'altra persona sta dicendo (senza leggerne la arte emotiva)
 - ▶ Condizionamenti derivanti da stereotipi sociali di cui siamo imbevuti
 - ▶ Tendenza a fornire sempre le stesse risposte per rigidità personale
 - ▶ Interpretazione soggettiva del reale secondo significati personali
 - ▶ Percezione interiore di ciò che si ha da dire non necessariamente condivisa dall'altro

- 
- 
- ▶ Non tener conto del quadro interno cognitivo ed emotivo dell'altro (attenzione alle differenze di codici e influenze culturali!)
 - ▶ Selezionare in maniera soggettiva ciò che l'altro sta dicendo è un atto violento, aggressivo, intrusivo.
 - ▶ Suggestire come dovrebbero agire
 - ▶ Interpretare le loro motivazioni interiori
 - ▶ Relazionarsi alla famiglia categorizzandola in una diagnosi
 - ▶ Preferire la comprensione del problema piuttosto che della famiglia
 - ▶ Nascondersi dietro al ruolo (one-up)



INTERVENTI VERBALI DI OSTACOLO ALLA RELAZIONE (non facilitanti la spontanea espressione):

- ▶ Risposta di VALUTAZIONE o giudizio morale
 - ▶ Risposta di INTERPRETAZIONE PERSONALE o di spiegazione
 - ▶ Risposta di SOSTEGNO/CONSOLAZIONE (la pacca sulla spalla)
 - ▶ Risposta di INVESTIGAZIONE e richiesta di ulteriori spiegazioni
 - ▶ Risposta di SOLUZIONE DEL PROBLEMA
- 

Per facilitare la comunicazione efficace si può ricorrere alla

▶ METACOMUNICAZIONE

(Un messaggio che permette di interpretarne un altro)

Es: «Se ti dico che sono deluso non vuol dire per forza che tu ne abbia colpa. Vorrei soltanto comunicare un mio stato d'animo del momento!»



RIFORMULAZIONE

Ascoltare significa non soltanto accogliere, ma essere anche capaci di riassumere ciò che è stato appena detto dall'interlocutore e con il senso che l'interlocutore voleva dare.

Carl Rogers (1951):

«La prossima volta che avrete una discussione con il vostro compagno o compagna, amico o gruppo di amici, fermate la discussione e ponete la regola che ognuno **NON** possa esprimere la propria argomentazione se non **DOPO AVER PRELIMINARMENTE ESPOSTO LE IDEE** e le sensazioni dell'interlocutore con esattezza e dopo che questo interlocutore abbia confermato»

I MESSAGGI IN PRIMA PERSONA

- ▶ Consentono di far sapere al nostro interlocutore come ci fa sentire («questo mi preoccupa») un certo suo comportamento, esprimono emozioni personali di cui ci si assume la responsabilità e non implicano giudizi o etichette.
- ▶ Consentono la critica al comportamento e mai alla persona.



- 
- 
- ▶ Utilizzare un linguaggio operativo e mai interpretativo, attinente ai fatti oggettivi rilevati **senza fare diagnosi** («suo figlio si alza in continuazione dal banco e non vuole sedersi quando lo chiedo» e non «suo figlio è iperattivo»).
 - ▶ Partire dai **punti di forza** del bambino senza lamentarsi col genitore di non saper gestire l'alunno difficile.
 - ▶ Esprimere sempre **entusiasmo** per ogni minimo progresso e partire da quello.

L'atto dell'ascolto richiede la pratica del SILENZIO, non solo fisico, ma anche interiore.

Il silenzio non è assenza di parole, ma CREAZIONE INTERIORE.

Infatti per ascoltare gli altri bisogna fare silenzio al nostro

interno e diventare - come si dice - “**egoless**”.



La gestione di eventuali conflitti si basa sul riconoscimento da parte di entrambe le parti che **la finalità principale da perseguire è il benessere del bambino.**



Dunque:

-GIUNGERE AD UNA COMUNE DEFINIZIONE DEL PROBLEMA

-Distinguere:

POSIZIONI

INTERESSI

(decifrare i reali interessi e le intenzioni che sottendono le posizioni dichiarate)

-Tenendo conto di:

VALORI SOCIALI E MORALI

BISOGNI FONDAMENTALI

-Sviluppare alternative creative e vantaggiose per entrambi

LA SFIDA

**Promuovere
consapevolezza**

e

cultura

Bambini

Adolescenti

Adulti

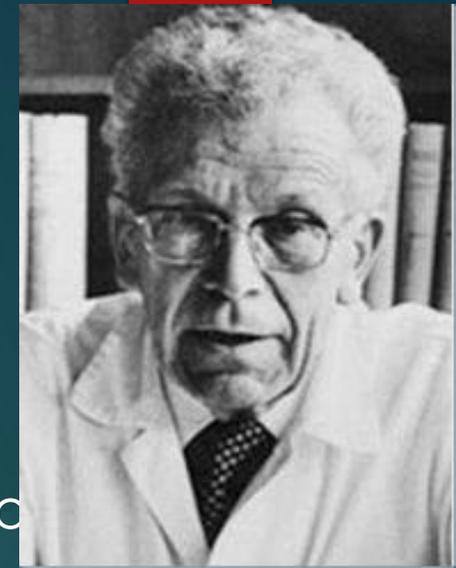
Insegnanti

Educatori

Genitori

Hans Asperger

- ▶ Hans Asperger nasce nel 1906 a Vienna
- ▶ Cultura: contrario al nazionalsocialismo tedesco; sposa la corrente intellettuale progressista viennese e promuove i valori dell'antiindustrializzazione, e della valorizzazione della natura e della poesia;
- ▶ Si laurea in Medicina nel 1931 e diviene resp. della Heilpädagogik- Station della Clinica Pediatrica di Vienna dove effettua i primi studi su bambini autistici che descrive in «Das psychisch abnorme Kind» (1938) e poi in Die «Autistischen Psychopaten» (1943).
- ▶ Rifiuta la politica di sterilizzazione del terzo Reich su soggetti disabili
- ▶ Si arruola come medico tra il 1943 e 1945
- ▶ Nel 1944 i bambini della Heilpädagogik- Station muoiono sotto i bombardamenti degli alleati (Saggio «Quel che sapeva Suor Viktorine», Neurotribù, 2017).
- ▶ Dal 1957 è Direttore della Clinica Pediatrica di Vienna; Professore emerito nel 1977;
muore nel 1980 lasciando 359 pubblicazioni, molte delle quali sul tema dell'autismo



Il pensiero: Il Rispetto

«non dobbiamo mai arrenderci nell'educazione degli individui anormali...in queste persone tutt'a un tratto, per esempio nella pubertà potrebbero comparire capacità che non avremmo mai sospettato esistere...»



▶ La contrapposizione all'eugenetica e al programma T4

▶ « Il nostro atteggiamento e il nostro giudizio di valore ci dà il diritto di impegnarci per loro con la nostra intera personalità, perché crediamo che solo l'impegno completo e amoroso dell'educatore possa raggiungere dei risultati in persone così difficili»

▶ «non ho mai accettato il concetto di una vita inutile...devo ringraziare sentitamente il mio mentore dottor Hamburger perchè nonostante fosse un nazista convinto mia ha salvato due volte dalla Gestapo...»



BERLIN, d. 1. Sept. 1939.

Reichsleiter B o u h l e r u n d
Dr. med. B r a n d t

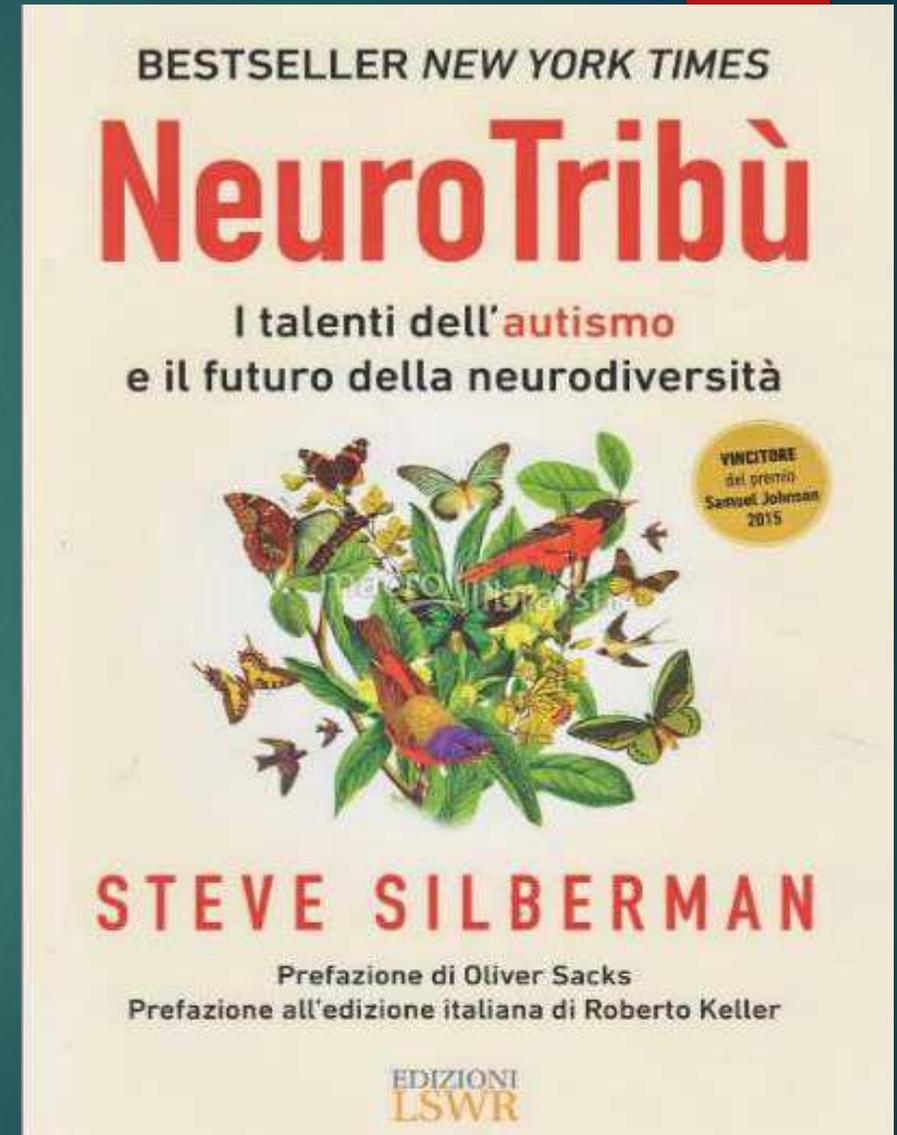
sind unter Verantwortung beauftragt, die Befugnisse namentlich zu bestimmender Ärzte so zu erweitern, dass nach menschlichen Ermessen unheilbar Kranken bei kritischster Beurteilung ihres Krankheitszustandes der Gnadentod gewährt werden kann.

Das Besehle von
überung eben von 27. 8. 40
Dr. Gietz

Neurodiversità

«gli autistici hanno la capacità di vedere le cose e gli eventi da un punto di vista nuovo»

«Un modo per capire la neurodiversità è quello di ragionare in termini di «sistemi operativi umani» e non di etichette diagnostiche come dislessia, ADHD, ASD ecc.»



«SEMBRA CHE PER AVERE SUCCESSO NELLA SCIENZA O NELL'ARTE, UN PIZZICO DI AUTISMO È ESSENZIALE»- HANS ASPERGER

« SE L'AUTISMO FOSSE STATO ESTIRPATO DALLA FACCIA DELLA TERRA, GLI UOMINI STAREBBERO ANCORA A SOCIALIZZARE DAVANTI AD UN FALÒ ALL'ENTRATA DI UNA CAVERNA»- TEMPLE GRANDIN



Dai programmi al fare condiviso:

“La manualità pratica è sempre più lontana, oggi, dalla vita quotidiana di bambini e ragazzi. Nella scuola il corpo sembra costretto ad un forzato letargo, così l’usare le mani per approfondire un concetto è cosa purtroppo rarissima. Ed è un peccato perché costituisce una pratica straordinariamente creativa, in un tempo in cui i ragazzi pensano che sia possibile creare solo nel mondo virtuale.

Sono convinto che l’uso di martello, viti e chiodi sviluppi una qualità di intelligenza necessaria e complementare rispetto a quella richiesta dal computer.”

Franco Lorenzoni

