

I DISTURBI DELLO SPETTRO AUTISTICO

Questionari per genitori e insegnanti

Dott. Mirko Stracqualursi

Psicoterapeuta dell'età evolutiva



Progetto tartaruga (2005):

Attività di diagnosi

Attività terapeutica

Attività di ricerca scientifica

IDO come centro accreditato con il SSN

circa 100 bambini con ASD in regime di convezione

dal 2005 ad oggi monitoraggio dell'andamento terapeutico (durata dai 4 ai 6 anni) dei bambini

MODELLO DERBBI(Developmental Emotional Regulation and Body-Based Intervention)

Approccio evolutivo-relazionale a mediazione corporea

Sfida dell'IDO

proporre un'alternativa a questi modelli sottolineando l'importanza dei dati qualitativi e non sempre statisticamente validabili

Scopi del progetto Tartaruga

definire un percorso terapeutico funzionale e specifico per ogni bambino

fornire alla figure genitoriali strumenti e modelli efficaci e funzionali alla gestione delle problematiche legate alla pervasività della patologia autistica

fornire loro nuove strategie per stimolare adeguatamente il bambino finalizzate all'esplorazione dell'ambiente esterno, a promuovere le sue competenze relazionali e l'intenzionalità comunicativa

Finalità del processo diagnostico e valutativo:

sintomi del bambino

potenzialità del bambino

impostare un intervento terapeutico individualizzato che proietti il bambino verso la sua “zona di sviluppo prossimale” (Vygotskij, 1935) ovvero la «*distanza che intercorre tra il livello di sviluppo attuale e quello di sviluppo potenziale e che può essere raggiunto attraverso il supporto di altre persone adulte poiché possiedono un livello di conoscenza maggiore*»

Iter Valutativo IDO

Fase di accoglienza e conoscenza dell'intero nucleo familiare attraverso la raccolta dei dati anamnestici

Osservazione libera (permette di fare prime ipotesi basate sul comportamento spontaneo, sulla qualità relazionale e sull'intenzionalità comunicativa del bambino nei confronti dell'altro)

Interazione attiva mediata dalla dimensione corporea e ludica

Attuazione del protocollo ideato dall'IDO con strumenti specifici per la valutazione globale dei ASD

- **Ados-2** per la valutazione della sintomatologia e del livello di gravità nei Disturbi dello Spettro Autistico
- **Leiter-R** per la valutazione cognitiva delle abilità non verbali (QI e ragionamento fluido) ideato per quei soggetti con difficoltà di comunicazione, problemi uditivi o altra tipologia che coinvolge il linguaggio
- **UOI** comprensione degli stati mentali-Intention condition of Behavioral Enhancement Procedures (Meltzoff, 1995, revisione Di Renzo, 2007), questo test viene utilizzato per valutare la compromissione della capacità di comprensione delle intenzioni altrui che rappresenta una caratteristica specifica del disturbo autistico.

- **TCE** (test del Contagio Emotivo) ideato da Magda di Renzo e Marianna Stinà nel 2014 per la valutazione della risposta empatica ossia la presenza di sintonizzazione affettiva attraverso la risposta comportamentale del bambino a uno stimolo strutturato rappresentato da 4 videoregistrazioni in cui una bambina simula le 4 emozioni di base (felicità, tristezza, paura e rabbia)
- **ERCP** (échelle d'évaluation resume du comportement psychoteaur) per la valutazione del livello di sviluppo psicomotorio del bambino
- **La valutazione del livello grafico** attraverso il disegno libero e quello della figura umana, per rilevare la presenza o meno dello schema corporeo.
- **(SSP)** Short Sensory Profile per la valutazione del profilo sensoriale
- **(RBS-R)** Repetitive Behavior Scale-Revised per la valutazione dei comportamenti ristretti e ripetitivi
- **Brief-P** per la valutazione delle funzionalità esecutive
- **ABAS-II** per la valutazione del funzionamento socio-adattivo.



Strumento utilizzato per la valutazione del comportamento adattivo del soggetto che misura le abilità di vita quotidiana ovvero ciò che l'individuo è capace di fare senza l'aiuto degli altri.

COMPORAMENTO ADATTIVO:

insieme delle abilità concettuali, sociali e pratiche che sono state apprese e che le persone utilizzano nella vita di tutti i giorni

ASPETTI DEL COMPORAMENTO ADATTIVO:

Autonomia personale (*Attività che un individuo svolge nel quotidiano per prendersi cura di se stesso, per gestire la vita domestica e per gestire gli aspetti di autonomia personale nei vari contesti di vita*)

Responsabilità sociale (*il livello con cui l'individuo raggiunge le aspettative interpersonali e sociali per interagire e partecipare con gli altri nella società*)

Nel 2010 l'AAIDD (American Association on Intellectual and Developmental Disabilities) dichiara che:

per classificare e diagnosticare la disabilità intellettiva, ovvero lo sviluppo intellettivo al di sotto della media, deve essere presente anche la compromissione del comportamento adattivo.

IDC-10 definisce la disabilità intellettiva come:

una condizione di interrotto o incompleto sviluppo psichico, caratterizzata soprattutto da compromissione delle abilità che si manifestano durante il periodo evolutivo e che contribuiscono al livello globale di intelligenza, cioè quelle cognitive, linguistiche, motorie e sociali. A tale condizione si associa sempre una compromissione delle capacità di adattamento sociale

5 questionari con n° di item da 193 a 241 compilati o dal soggetto stesso o da alcune figure di riferimento (genitori, caregiver, insegnante) che possono verificare la presenza o la frequenza dei comportamenti

4 schede di valutazione divise per fasce di età:

Schede di valutazione per genitore/caregiver 0-5 anni, validata per bambini da 1 a 5 anni e 11 mesi

Scheda di valutazione per genitore/caregiver 6-21 anni, validata per bambini/ragazzi da 6 a 18 anni e 11 mesi

Scheda di valutazione per insegnanti/educatore 2-5 anni, validata per bambini da 2 a 5 anni e 11 mesi

Scheda di valutazione per insegnante 5-21 anni, validata per bambini/ragazzi dai 6 a 18 anni e 11 mesi

Lo strumento indaga 10 aree adattive riconducibili a 3 domini:

Dominio adattivo concettuale (DAC), composto dalle aree comunicazione, competenze prescolari/scolastiche e autocontrollo

Domino adattivo sociale (DAS), composto dalle aree gioco/tempo libero e socializzazione

Dominio adattivo pratico (DAP), composto dalle aree cura di sé, vita a casa/scuola, salute e sicurezza e uso dell'ambiente.

a queste si aggiunge l'area della Motricità limitata alla valutazione dei bambini da 0 a 5 anni e 11 mesi.

tutte le scale forniscono un punteggio un ***Punteggio composto di adattamento generale*** (GAC) del soggetto.

Caratteristiche del questionario ABAS II

valutazione completa delle competenze di adattamento in tutto il ciclo di vita

più fonti di informazioni concorrenti alla valutazione

valutazione in diversi contesti; scuola, casa e lavoro

Utilità

diagnosticare e classificare le disabilità e i disturbi misurando la loro incidenza nella capacità di condurre una vita autonoma in soggetti di tutte le età

misurare le aree adattive in contesti diversi (scuola, casa e lavoro) ed ottenere un quadro completo delle competenze funzionali di un soggetto

sviluppare piani di trattamento, documentare e monitorare i progressi nel tempo.

BRIEF-P

,

Questionario rivolto a genitori e insegnanti di bambini in età prescolare dai 2 anni e 0 mesi ai 5 anni e 11 mesi che consente di valutare le funzioni esecutive implicate nei comportamenti osservabili in contesti naturali come la casa e la scuola.

.

,

Funzioni Esecutive: una varietà di processi cognitivi responsabili del controllo, della direzione e gestione del monitoraggio di funzioni cognitive, emotive e comportamentali superiori caratterizzate da processi di controllo volontario e organizzate in funzione di uno scopo orientato alla risoluzione di un problema

consentono di:

- pianificare un comportamento
- selezionare gli obiettivi rilevanti
- organizzare soluzioni
- individuare strategie di problem-solving
- inibire stimoli concorrenti, controllare e valutare il comportamento attraverso l'automonitoraggio e la consapevolezza di sé.

Si tratta di 63 item distinti in 5 scale cliniche che misurano:

- 1) **INIBIZIONE**: misura il controllo inibitorio del bambino quale abilità di inibire, resistere o non agire d'impulso e l'abilità nel bloccare il proprio comportamento al momento opportuno
- 2) **SHIFT**: misura l'abilità del bambino di muoversi liberamente da una situazione, attività o aspetto di un problema a un altro. Include la flessibilità nel problem solving, la capacità di spostare l'attenzione e trasferire il focus attentivo da un argomento ad un altro
- 3) **REGOLAZIONE DELLE EMOZIONI**: misura le abilità del bambino di modulare le risposte emotive. Lo scarso controllo emotivo può essere espresso come una sorta di esplosività emotiva
- 4) **MEMORIA DI LAVORO**: misura l'abilità essenziale per portare a termine attività che richiedono più fasi per essere svolte, eseguire una sequenza di azioni sia semplici che complesse
- 5) **PIANIFICAZIONE/ORGANIZZAZIONE**: misura l'abilità di sviluppare in anticipo le sequenze appropriate per poter realizzare un compito o un'attività, ordinare informazioni, azioni e materiali per raggiungere l'obiettivo.

queste 5 scale si combinano per formare 3 indici:

- 1) **ISCI** (*Indice di Autocontrollo Inibitorio*): rappresenta l'abilità del bambino di modulare le azioni, le risposte, le emozioni e il comportamento attraverso un adeguato controllo inibitorio. Questo indice è composto dalle scale INIBIZIONE E REGOLAZIONE DELLE EMOZIONI
 - 2) **FI** (*Indice di Flessibilità*): rappresenta l'abilità del bambino di modulare in modo flessibile le azioni, risposte, emozioni e comportamenti. Questo indice è composto dalle scale SHIFT E REGOLAZIONE DELLE EMOZIONI
 - 3) **EMI** (*Indice di Metacognizione Emergente*): rappresenta l'abilità del bambino di iniziare, pianificare, organizzare, realizzare e sostenere un problem-solving per raggiungere un obiettivo. Questo indice è composto dalle scale MEMORIA DI LAVORO E ORGANIZZAZIONE/PIANIFICAZIONE.
- GEC** (*Composito Esecutivo Globale*) che rappresenta il punteggio di sintesi e incorpora le 5 scale cliniche del BRIEF-P

la valutazione delle FE è fondamentale per:

definire i profili di sviluppo individuali nei bambini con ASD

identificare il rischio di sviluppare disagio sociale

programmare interventi psicoeducativi funzionali e adeguati

RICERCA IDO (2016)

“Assessment of Executive Functions in Preschool-Aged Children with Autism Spectrum Disorders: Usefulness and Limitation Brief-p in Clinical Practice” (M.di Renzo, F. di Castelbianco, E. Vanadia, M. Petrillo, L. Racinaro, M. Stracqualursi, M. Rea, <<Journal of Child & Adolescent Behavior>>, 5 (313), 2016, pp.1-7

46 bambini con ASD (età tra i 23 e i 71 mesi)

finalità dello studio erano:

- indagare se il funzionamento esecutivo dei bambini fosse correlato al loro livello di sviluppo cognitivo raggiunto, alla gravità dei sintomi, al tempo trascorso in terapia
- individuare il grado di accordo tra genitori e operatori sul funzionamento esecutivo.

Risultati

- le FE non erano strettamente correlate alla gravità della sintomatologia autistica
- un minor livello di gravità dei sintomi non corrispondeva a migliori capacità del funzionamento esecutivo.
- nella valutazione delle funzioni esecutive cognitive, comportamentali ed emotive, l'area della regolazione emotiva era quella maggiormente compromessa
- bassi punteggi di QI corrispondevano a profili peggiori di funzionamento esecutivo con presenza di ripetitività e reiterazione.
- la concordanza tra genitori e operatori cresceva con l'aumentare dell'età dei bambini e in base al tempo trascorso in terapia.

Profilo Sensoriale Forma Breve

questionario derivato dalla versione estesa del
Sensory Profile (Dunn del 1999)

38 item suddivisi in domini corrispondenti a 7
diverse aree che permettono di rilevare:

- la modulazione degli input sensoriali
- le risposte emotive e comportamentali associate
all'elaborazione sensoriale (il modo in cui il nostro
sistema nervoso riceve, interpreta e risponde agli stimoli).

domini valutati:

- sensibilità tattile
- sensibilità olfattiva/gustativa
- sensibilità di movimento
- iporeattività/ricerca di sensorialità
- filtro uditivo
- bassa energia/debolezza
- sensibilità visivo/uditiva

tempo di compilazione 10 minuti

i genitori o i caregivers indicano la frequenza con la quale il bambino mette in atto i vari comportamenti sensoriali

punteggi assegnati su scala likert a 5 punti:

Sempre =1 (il bambino, quando ne ha l'opportunità, risponde in questo modo nel 100% dei casi)

Frequentemente=2 (il bambino, quando ne ha l'opportunità, risponde in questo modo nel 75% dei casi)

Occasionalmente=3 (il bambino, quando ne ha l'opportunità, risponde in questo modo nel 50% dei casi)

Raramente=4 (il bambino, quando ne ha l'opportunità, risponde in questo modo nel 25% dei casi)

Mai=5 (il bambino, quando ne ha l'opportunità, risponde in questo modo nello 0% dei casi).

le categorie comportamentali che emergono possono essere classificate in:

- prestazioni tipiche
- prestazioni a rischio
- prestazioni atipiche

l'affidibilità è dello 0,90% e la validità discriminante > del 95% nell'identificare bambini con e senza disfunzioni sensoriali

la coerenza interna va dal 0,70 al 0,90.

diversi ricercatori (Tomchek, Dunn, 2007; Watling, Deitz, White, 2001; Marco, Hinkley, Hill, Nagarajan, 2011; Robertson, Baron-Cohen, 2017) hanno rilevato alte percentuali di disfunzionalità sensoriale, nei bambini con ASD

aree maggiormente colpite

- sensibilità tattile
- ricerca di sensazioni
- filtro uditivo

Ricerca IDO 2017

Sensory processing and repetitive behaviors in clinical assessment of preschool children with Autism Spectrum Disorder (M. Di Renzo, F Bianchi di Castelbianco, E. Vanadia, M. Petrillo, L. Rancinaro, M. Rea, << Journal of Child & Adolescent Behavior>>,2,2 (342), 2017, pp. 1-8)

50 bambini con ASD di età compresa tra i 3 e i 7 anni

60% profilo sensoriale caratterizzato da ipersensibilità tattile e uditiva, iporeattività con ricerca di sensorialità e scarsa energia.

Risultati:

- il QI era la variabile personale maggiormente correlata al profilo sensoriale e ai comportamenti ripetitivi dei bambini
- un maggiore potenziale cognitivo corrispondeva ad una migliore integrazione sensoriale del bambino
- un lavoro terapeutico a mediazione corporea, attraverso l'integrazione delle percezioni sensoriali, favorisce il passaggio del bambino da una dimensione unidimensionale, stereotipata e ripetitiva ad un processo di connessione tra emozioni, elaborazione sensoriale, pianificazione motoria e formazione di simboli.