

DISTURBI INTERNALIZZANTI

- Nei disturbi internalizzanti troviamo pattern di comportamenti disfunzionali e di difficoltà psicologiche dirette “verso l’interno” e definiscono un nucleo di sintomi associati a comportamenti connessi ad eccessivo controllo. Negli alunni con DSA i sintomi emozionali si possono riscontrare poiché non possono correggere anticipatamente i propri errori e tutte le nuove situazioni possono essere fonte di ansia e nervosismo.
- Queste reazioni comportano la tendenza ad evitare ciò che è fonte di paura ma tale tendenza, che all’inizio viene spesso fraintesa e scambiata per pigrizia ben presto può definire la strutturazione di sintomi chiari e precursori di una diagnosi psicopatologica.

Prof.ssa Micaela Capobianco

LE CONDIZIONI "INTERNALIZZANTI"

I **problemis internalizzanti** costituiscono una specifica tipologia di difficoltà emotive e comportamentali.

I problemi internalizzanti sono caratterizzati da **sintomi di ipercontrollo**. Questo significa che il bambino tende a controllare o a regolare i propri stati interni emotivi e cognitivi in modo eccessivo e inappropriato.

Inoltre il termine internalizzanti indica anche che **questi problemi sono perlopiù sviluppati e mantenuti al suo interno e non vengono esplicitati**

Quali possono essere i sintomi internalizzanti



“SINTOMI INTERNALIZZANTI”

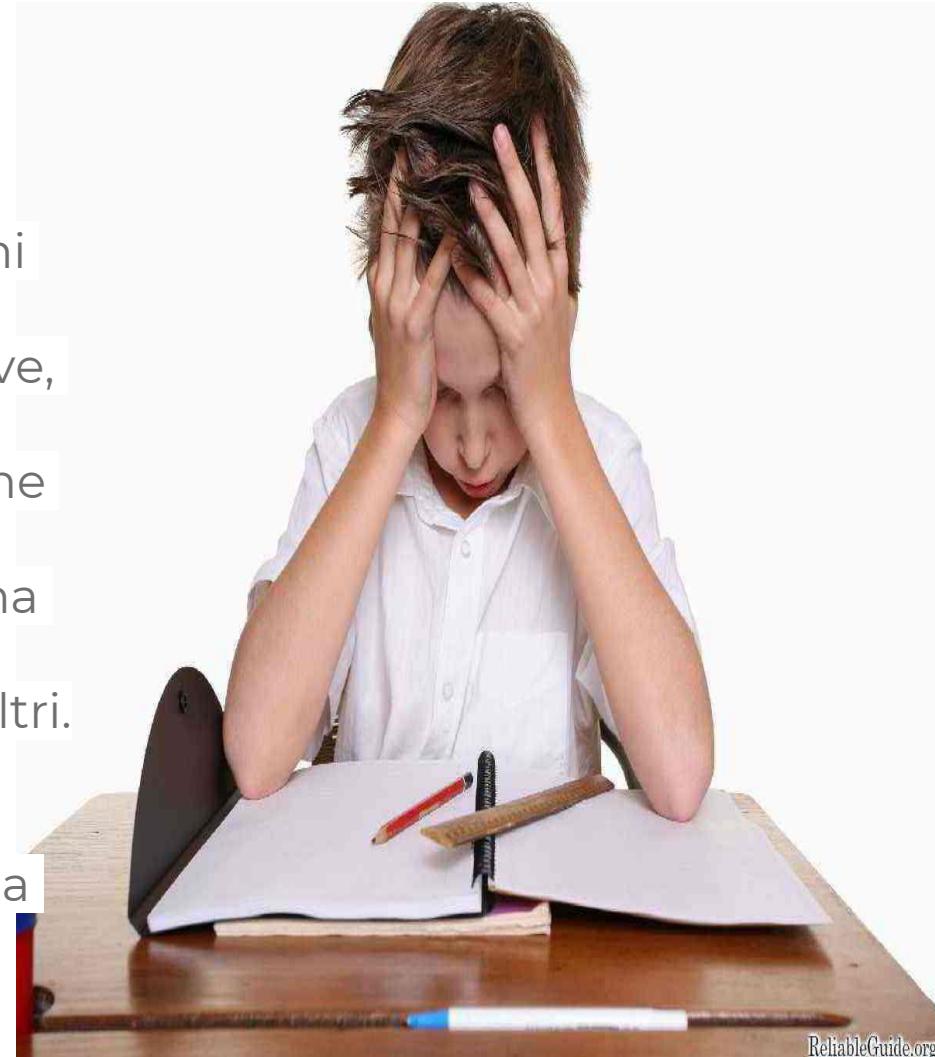
1. Ansia, è considerata sia come un disturbo a sé che come sintomo di qualche altro disturbo.

2. Depressione, include diversi sintomi ma l'umore depresso o la perdita di interesse sono caratteristiche distintive, in età evolutiva.

3. Ritiro sociale, è considerato sia come parte di un altro problema internalizzante che come un problema in sé. La caratteristica principale è l'evitamento della compagnia degli altri.

4. Problemi psicofisiologici, ovvero lamentele di fastidi, malattie o dolori fisici che non hanno “una base medica accertata”.

Va precisato che non sono problemi immaginari, in quanto il disagio percepito è reale.



ReliableGuide.org

“SINTOMI INTERNALIZZANTI”

PAURA

TIMIDEZZA

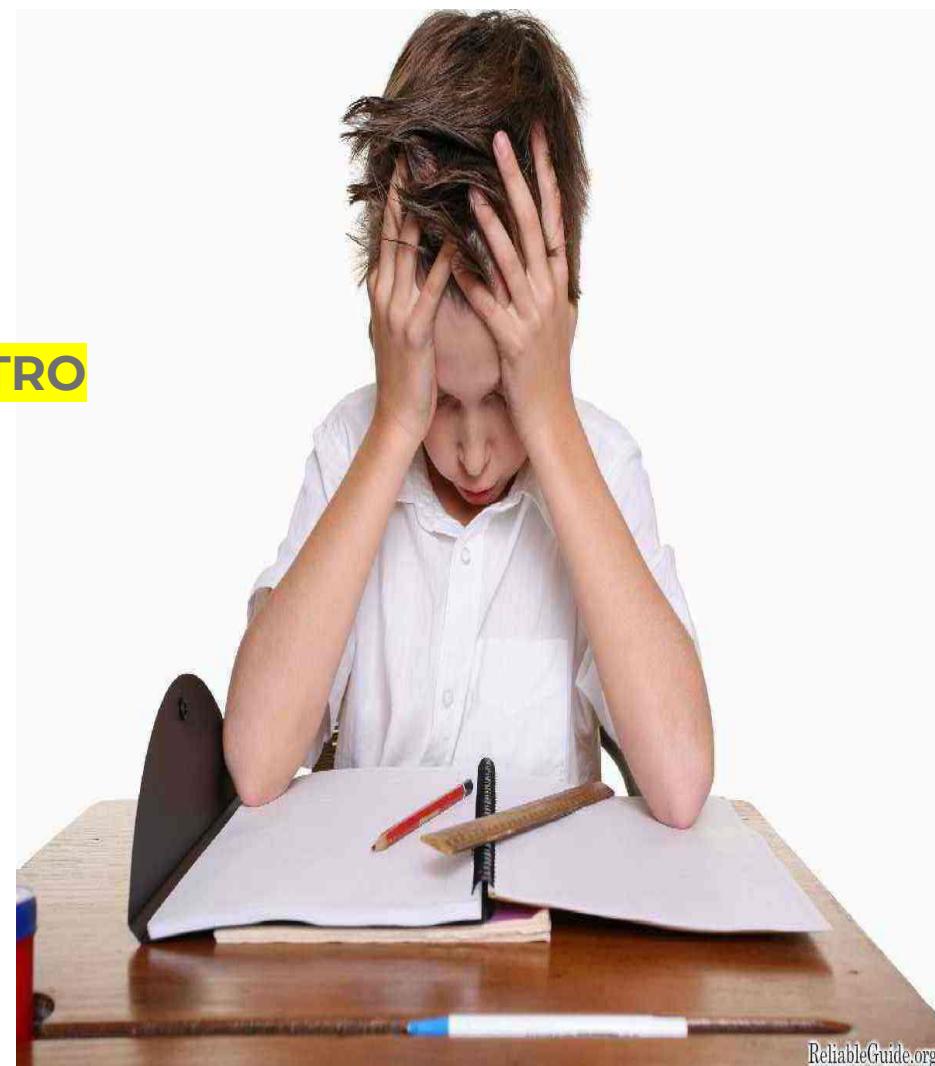
VERGOGNA

ATTENZIONE AL GIUDIZIO DELL'ALTRO

BASSA AUTOSTIMA

**PERCEZIONE DI SE COME
INADEGUATO/A**

**SENSO DI COLPA E IPER-
RESPONSABILIZZAZIONE**



ReliableGuide.org

DISTURBI DELLA SFERA EMOZIONALE

- SINDROME ANSIOSA DA SEPARAZIONE
- FOBIA SCOLARE
- FOBIA SOCIALE
- MUTISMO SELETTIVO
- DISTURBI OSSESSIVO-COMPULSIVI
- DISTURBI DELL'UMORE

DEFINIZIONE DI MUTISMO SELETTIVO

Il mutismo selettivo (MS) è attualmente definito come un **Disturbo d'ansia** caratterizzato da una **“persistente incapacità”** da parte del bambino a comunicare verbalmente in determinati contesti di vita sociale (una o più ambiti), all'interno dei quali ci si aspetterebbe ed è spesso richiesto l'uso del linguaggio verbale (ad esempio a scuola).

DEFINIZIONE DI MUTISMO SELETTIVO

Il bambino parla normalmente a casa con i genitori, i fratelli e/o con altri adulti (non sempre tutti) nell'ambito familiare. Per questo motivo il mutismo selettivo (MS) si può inquadrare anche come un *“disturbo della comunicazione interpersonale in quanto il bambino può non produrre verbalizzazione spontanea né su richiesta, in uno o più ambienti dove normalmente avviene uno scambio verbale”* (Bissoli, 2003; 2007).

DEFINIZIONE DI MUTISMO SELTTIVO

La maggiore difficoltà che incontrano genitori, insegnanti e quanti altri si relazionino con i bambini affetti da MS riguarda proprio la gestione degli atteggiamenti contrastanti nei diversi momenti di vita del bambino/a



DEFINIZIONE DI MUTISMO SELTTIVO

Ultima versione del manuale americano ([DSM 5](#)) elimina il disturbo dalla sezione “Altri disturbi dell’Infanzia, della fanciullezza o dell’adolescenza” inserendolo nella sezione “Disturbi d’ansia” in seguito alle diverse evidenze scientifiche che identificano **l’ansia come una delle caratteristiche principali all’interno del quadro clinico del disturbo.**

I criteri diagnostici del **mutismo selettivo** (F94.0) sono i seguenti (DSM 5):

- A. Costante incapacità di parlare in situazioni sociali specifiche in cui ci si aspetta che si parli (per es. a scuola), nonostante si sia in grado di parlare in altre situazioni.
- B. La condizione interferisce con i risultati scolastici o lavorativi o con la comunicazione sociale.
- C. La durata della condizione è di almeno 1 mese (non limitato al primo mese di scuola).

DEFINIZIONE DI MUTISMO SELTTIVO

- D. L'incapacità di parlare non è dovuta al fatto che non si conosce, o non si è a proprio agio con il tipo di linguaggio richiesto dalla situazione sociale.
- E. La condizione non è meglio spiegata da un disturbo della comunicazione (per es. disturbo della fluenza con esordio nell'infanzia) e non si manifesta esclusivamente durante il decorso di disturbi dello spettro dell'autismo, schizofrenia o altri disturbi psicotici (APA, 2013).



- COMPONENTE BIOLOGICA-FAMILIARITÀ
ALLA TIMIDENZA E ANSIA PATOLOGICA
- CARATTERISTICHE AMBIENTALI E FAMILIARI
CARATTERIZZATE DA ISOLAMENTO, POCA
VITA SOCIALE, IPERPROTEZIONE DA PARTE
DEI GENITORI, GENITORI A SUA VOLTA
ANSIOSI E SFUGGEVOLI

- interazione tra molteplici fattori, tra quelli più prettamente biologici/costituzionali (primariamente temperamentali) e quelli ambientali, più nello specifico, socio-culturali e familiari (livello culturale basso, scarsa socializzazione della famiglia, famiglie ansiose e chiuse, irretimento genitore-bambino, dipendenza genitoriale). **L'interazione di queste diverse variabili può costituire per ciascun bambino una specifica condizione di rischio a sviluppare un comportamento di mutismo**
- Questi fattori, quindi, nel loro insieme possono essere considerati degli indicatori e precursori di un eventuale evoluzione verso una sintomatologia mutacica (Bissoli, 2003; 2007).

- Mutismo Selettivo come un disordine legato all'ansia con base biologica.
- Moldan (2005) ipotizza che alla base di questo disturbo ci sia uno specifico deficit nell'auto-regolazione (*self regulation*) interna dell'ansia e di altri stati emotivi simili. La capacità di autoregolazione permette al bambino di controllare e orientare l'*aurosal* interno rispetto agli scopi e ai contesti socialmente adeguati.

Il “congelamento” della produzione verbale può essere letto, quindi, non tanto come un comportamento manipolatorio e controllante, ma piuttosto come **una strategia di difesa di fronte all’incapacità di affrontare le richieste dell’ambiente.**

Blocco, incapacità, non possibilità a parlare legata ad un’ansia imprante e a pensieri estremi di «catastrofizzazione»

L'intelligenza di questi bambini è di solito nella norma e non sembrano esserci deficit importanti nei compiti cognitivi. Pur se, per definizione, l'incapacità di parlare che caratterizza i bambini con MS non è direttamente spiegabile sulla base di problematiche strumentali e/o disturbi di sviluppo del linguaggio o deficit cognitivi, non si può escludere che **una restrizione prolungata all'uso del linguaggio verbale** (che copre tutta l'età prescolare e scolare) e in diversi ambiti sociali produca gradualmente un **generale impoverimento cognitivo nel bambino** con effetti sul grado di adattamento alle richieste socio-ambientali, sulla carriera scolastica e sullo sviluppo di specifiche abilità cognitive (Steinhausen & Juzi, 1996)

DIFFICOLTA' ASSOCiate E COMORBIDITA'

DISORDINI DI LINGUAGGIO

DISTURBI ATTENTIVI E DISTURBI SPECIFICI DI APPRENDIMENTO

DISTURBO OPPOSITORIO-PROVOCATORIO

DIFFICOLTA' ASSOCIATE E COMORBIDITA'

DEPRESSIONE

ATTACCHI DI PANICO

DISTURBO OSSESSIVO-COMPULSIVO

**IMPORTANZA VALUTAZIONE PROFILO
NEUROPSICOLOGICO NONOSTANTE LA
DIFFICOLTA' A SOMMINISTRARE TEST**

comportamenti, stati emotivi e variabili cognitive alla base del mutismo

EMOZIONI E
COMPORTAMENTI

PENSIERI, STRUTTURE
MENTALI ALLA BASE DEL
MUTISMO



Ampio **repertorio di emozioni e comportamenti inquadrabili come imbarazzo, timidezza, isolamento sociale e ritrosia, sguardo poco modulato e sfuggevole** (D'Ambrosio & Coletti, 2002, Gordon, 2001; Cohan e al., 2006).



NUCLEI DISFUNZIONALI ALLA BASE EL MUTISMO SELETTIVO ,

1) ***inadeguatezza e incapacità***: il bambino vive una costante attivazione di disagio con percezione di pericolo nelle situazioni non familiari e percezione di incapacità e di svalutazione personale;

2) ***paura del giudizio altrui***: idea che gli altri lo giudicheranno sempre quello che dice e fa negativamente;

3) ***vergogna e metavergogna***: paura di provare vergogna e mostrare agli altri di vergognarsi. Di qui, le distorsioni cognitive potrebbero essere: 1) ***catastrofizzazione*** (delle conseguenze dei propri errori); 2) ***ipergeneralizzazione*** (timore e percezione di incapacità in ogni ambito extrafamiliare); 3) ***astrazione selettiva*** (sulla propria incapacità)); 4 ***minimizzazione delle proprie risorse*** (Kendall & Di Pietro, 1995).

Linee generali d'intervento- strategie cognitivo-

comportamentali- INTERVENTO INTEGRATO

IN CLASSE

Il trattamento più efficace per il MS sembra, infatti, quello orientato primariamente alla **riduzione dell'ansia sociale**

Obiettivo principale (o almeno iniziale), dunque, **non è propriamente “far parlare il bambino”**, ma consentirgli di sentirsi più rilassato e a suo agio con il terapeuta e con gli adulti che lo circondano.



Linee generali d'intervento- strategie cognitivo-

comportamentali- INTERVENTO INTEGRATO

IN CLASSE

La psicoeducazione di genitori e insegnanti è infatti una chiave fondamentale per un intervento efficace con questi bambini (Tatem & DelCampo, 1995).

Un luogo comune errato relativo al MS è quello ad esempio di **attribuire a questi bambini una certa intenzionalità/volontà nel mantenere il loro silenzio** e non è infrequente che questa convinzione induca i familiari e gli insegnanti ad assumere un atteggiamento “arrabbiato” e “punitivo” con il bambino, creando intorno a lui non un ambiente emotivo favorevole, **ma un clima di pressione e colpevolizzazione che, contrariamente alle intenzioni, tende a rinforzare i comportamenti inibiti e l'ansia sociale**.



Linee generali d'intervento- strategie cognitivo-comportamentali- INTERVENTO INTEGRATO

E' consigliabile, invece, che di fronte al comportamento mutacico del bambino i genitori adottino **un “atteggiamento neutrale”**, evitando di costringerlo a parlare attraverso punizioni o eccessive pressioni e allo stesso tempo non sostituendosi a lui ma incoraggiarlo ad utilizzare anche **modalità comunicative non verbali** (gestualità, disegni).

Mai promesse o ricatti rispetto al «parlare»

Linee generali d'intervento- strategie cognitivo-

comportamentali- INTERVENTO INTEGRATO

Spesso **i bambini con MS presentano una povertà nell'attribuzione delle emozioni proprie e altrui,** mostrando un repertorio molto ridotto per descrivere le emozioni percepite. Per questo l'intervento di **modificazione dei pensieri disfunzionali è strettamente legato a programmi educativi sul riconoscimento, espressione e gestione delle emozioni per implementare la capacità di riconoscerle, saperle denominare e riflettere sul loro rapporto con gli eventi e i comportamenti consequenti** (Di Pietro, 1992).



Linee generali d'intervento- strategie cognitivo-

comportamentali- INTERVENTO INTEGRATO

Le tecniche di “ristrutturazione cognitiva” si basano su strategie “controargomentative” e di riformulazione dei pensieri disfunzionali attraverso situazioni **di role-playing** e simulazioni di diverse situazioni reali o immaginarie che provocano in genere disagio nel bambino (attraverso il disegno, i burattini o lettura di storie), in cui proporre interpretazioni e conseguenze alternative rispetto ad eventi e stati mentali propri e altrui.

Linee generali d'intervento- strategie cognitivo-

comportamentali- INTERVENTO INTEGRATO

- Lavori condivisi con un altro bambino/a o in piccolo gruppo.
- Comunicazione basata sulla modalità «non verbale», la scrittura, il disegno, i gesti comunicativi e/o la LIS, aiuto con il labiale
- Mediazione con immagini (PECS) e/o dispositivi che traducono in vocale.



Linee generali d'intervento- strategie cognitivo-

comportamentali- INTERVENTO INTEGRATO

- Alleviare l'ansia in classe, creando un clima disteso e rilassato in cui il bambino si senta più possibile a proprio agio.
- Non considerare oppositivo il comportamento del bambino con **mutismo selettivo**: non c'è intenzionalità nel non parlare anzi, al contrario, il bambino vorrebbe riuscire, ma l'ansia gli impedisce di farlo, bloccandogli le parole in gola.
- Non mettere sotto pressione il bambino e non ingannarlo con promesse o ricatti perché parli.
Rispettare i suoi tempi

Linee generali d'intervento- strategie cognitivo-

comportamentali- INTERVENTO INTEGRATO

- Farlo partecipare ad attività svolte in piccoli gruppi.
- Iniziare con solo uno o due bambini scelti da lui stesso e con i quali si sente a suo agio; in seguito aumentare il gruppo, aggiungendo un bambino per volta.
- Determinare altri sistemi di comunicazione attraverso i quali il bambino può esprimersi. Nel caso di comunicazione non verbale, per esempio si potrebbe fargli utilizzare la scrittura o indurlo a fare sì e no con la testa, oppure indicare con un dito o tramite gesti.

Linee generali d'intervento- strategie cognitivo-

comportamentali- INTERVENTO INTEGRATO

- In alcuni casi sussurrare qualcosa all'orecchio di qualcuno (intermediario verbale) può risultare un modo per trasmettere la comunicazione attraverso le persone (Shipon-Blum, 2014).
- Poiché il **mutismo selettivo** è un disturbo legato all'ansia, è quest'ansia che deve essere presa in considerazione in maniera prioritaria. Affinché il bambino riesca a superare con successo il suo **mutismo**, occorre che siano messi in atto, in classe, alcuni accorgimenti per diminuire l'ansia del bambino, rafforzarne l'autostima, aumentare la sua fiducia e la sua capacità di comunicare.
- Ad esempio, ridurre il più possibile il contatto visivo con il bambino permette di diminuire sia la sua ansia, sia la sensazione di essere sotto pressione (Shipon-Blum, 2014).

Linee generali d'intervento- strategie cognitivo-

comportamentali- INTERVENTO INTEGRATO

- Tenere presente che se il bambino parla una volta, non è detto che poi parlerà sempre.
- È anche importante controllare le reazioni quando il bambino pronuncia qualche parola: non bisogna mostrare eccessivo entusiasmo per l'accaduto (“Maestra, X ha parlato!!!”).
- È probabile che il bambino inizi a parlare con un suo pari piuttosto che con l'insegnante; in questo caso evitate di dire che avete sentito la sua voce



Linee generali d'intervento- strategie cognitivo-

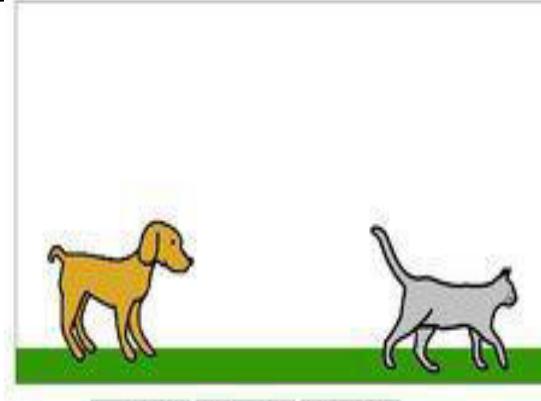
comportamentali- INTERVENTO INTEGRATO

- Tenere presente che se il bambino parla una volta, non è detto che poi parlerà sempre.
- È anche importante controllare le reazioni quando il bambino pronuncia qualche parola: non bisogna mostrare eccessivo entusiasmo per l'accaduto (“Maestra, X ha parlato!!!”).
- È probabile che il bambino inizi a parlare con un suo pari piuttosto che con l'insegnante; in questo caso evitate di dire che avete sentito la sua voce



La CAA (Comunicazione Aumentativa Alternativa) come pratica clinica

' il termine usato per descrivere l'insieme di *tecniche, strategie e tecnologie che facilitano e aumentano la comunicazione* in bambini che hanno difficoltà ad usare i più comuni canali comunicativi, soprattutto il linguaggio orale e la scrittura.



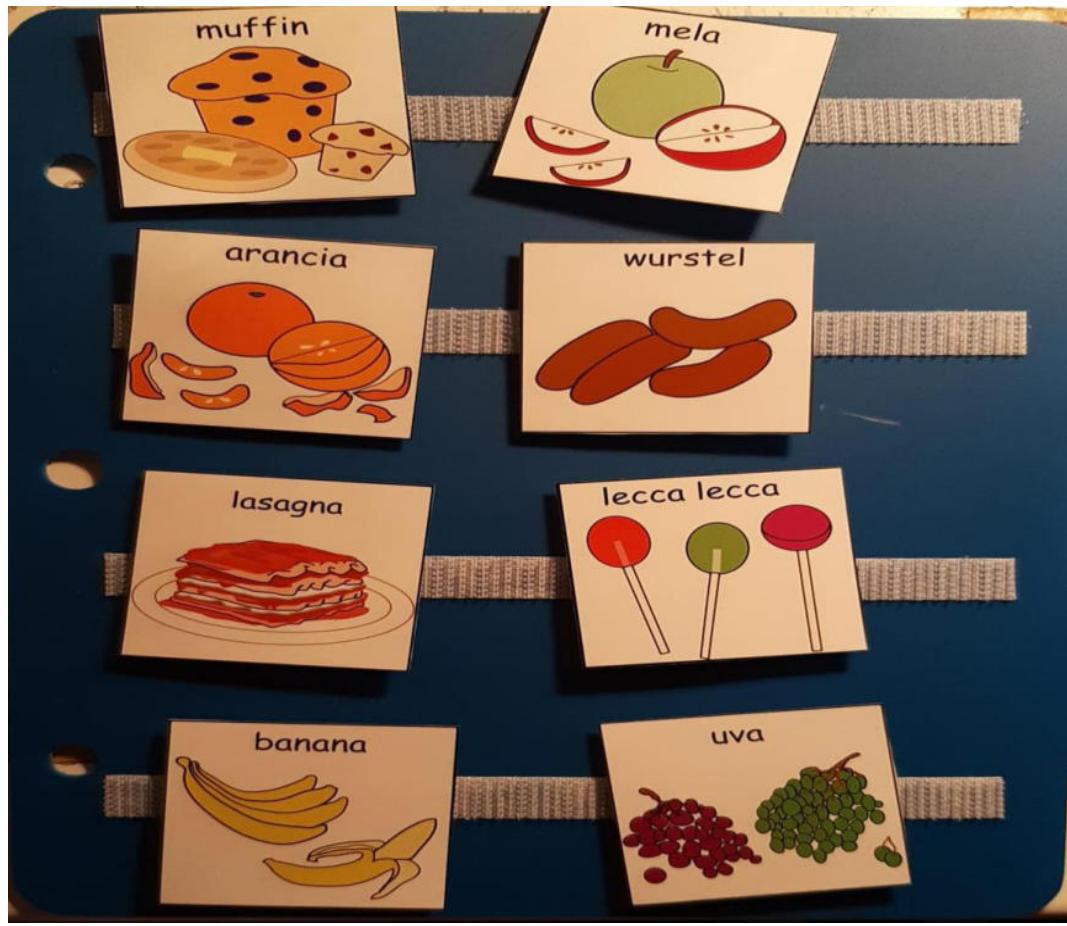
“Aumentativa”

Le modalità utilizzate non sostituiscono ma accrescono le abilità comunicative:
l’obiettivo dell’intervento deve essere infatti l’espansione delle capacità comunicative tramite tutte le modalità e tutti i canali a disposizione.

“Alternativa”

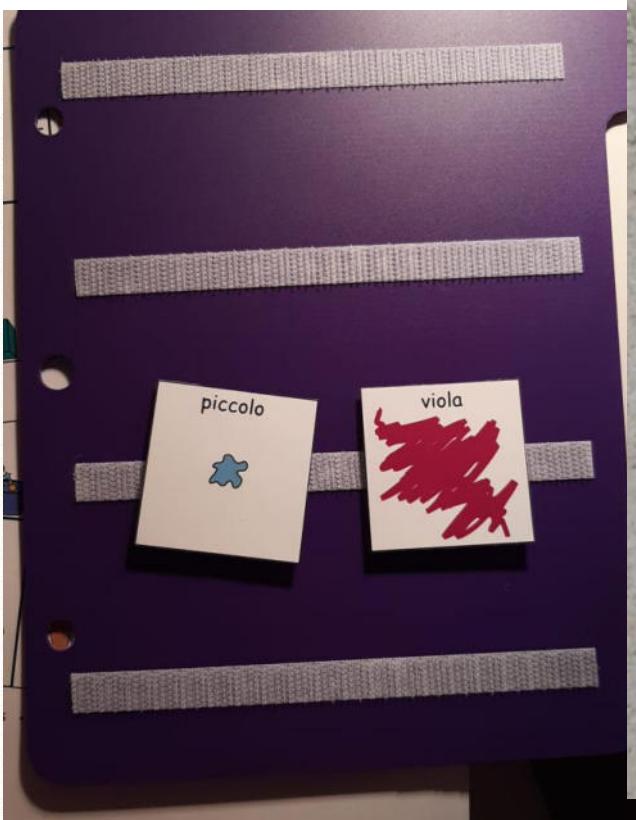
Non significa sostituire ma integrare con altre modalità mediante un sistema “multimodale”

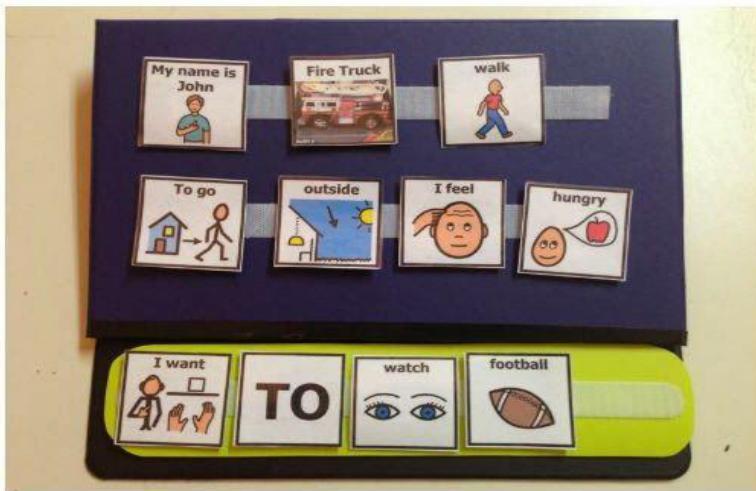
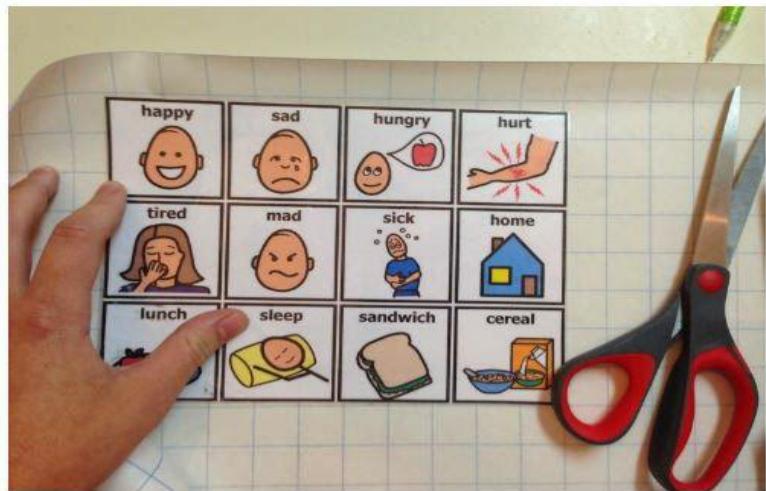
La C.A.A. non è quindi sostitutiva del linguaggio orale e neppure ne inibisce lo sviluppo quando questo è possibile;

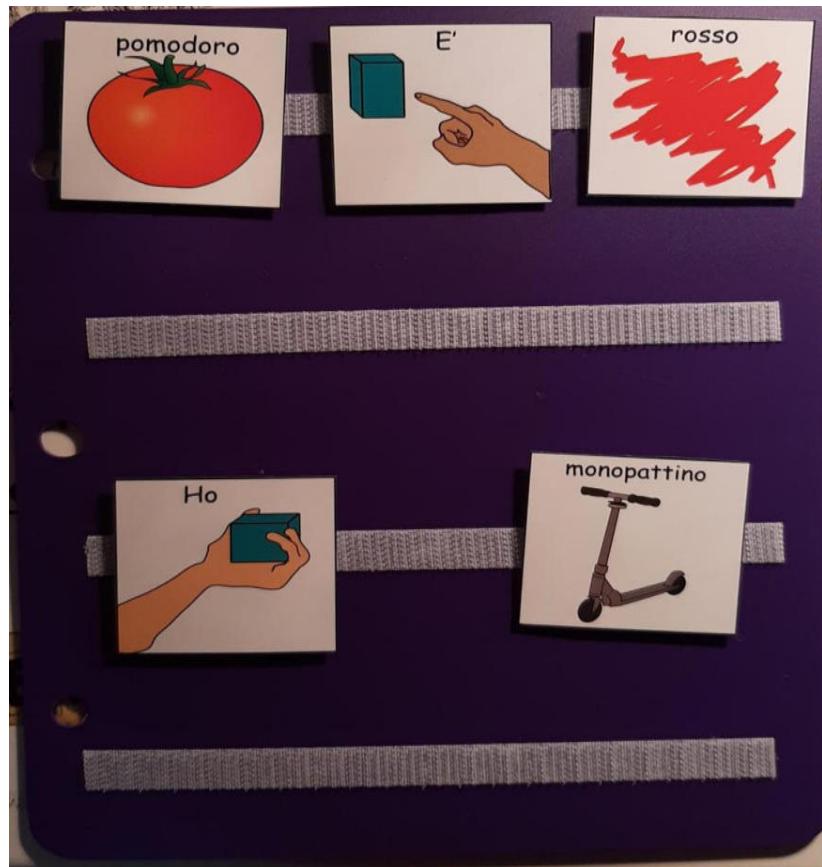












STRATEGIE DISPENSATIVE

- Dispensare da:
 - Lettura ad alta voce;
 - Scrittura sotto dettatura;
 - Scrittura alla lavagna;
 - Prendere appunti;
 - Dallo studio mnemonico;
 - Dall'uso del vocabolario;
 - Dallo studio della lingua straniera in forma scritta;
- Programmazione di tempi più lunghi per prove di valutazione e studio a casa;
- Interrogazioni programmate;
- Criteri di valutazione adeguati

STRATEGIE COMPENSATIVE

- Mappe concettuali, schemi, grafici
- Diagrammi;
- <https://youtu.be/kqKMUEW8WpE>
- Linea del tempo, tabella dei mesi;
- Tabella dell'alfabeto e delle misure;
- Tavola Pitagorica, calcolatrice
- Dispense con sintesi;
- Uso di parole-chiave e glossari specifici;
- Formulari di algebra, geometria e trigonometria;
- Quaderni e penne speciali.
- USO DEI DISPOSITIVI ELETTRONICI:
PC, TABLET, PROGRAMMI PER COSTRUIRE
MAPPE CONCETTUALI, PRENDERE APPUNTI,
LETTORE VOCALE





Prof.ssa Micaela Capobianco

