



Centro Scolastico – Pedagogico

Via Cesare Battisti 38 – Vimodrone (MI)

C.S.P – Psicopedagogie.it

Istituto di formazione riconosciuto UNIPED

Istituto ITARD

MASTER BIENNALE IN PEDGOGIA CLINICA

2018-2020

*LA PROMOZIONE DELL'EDUCAZIONE COGNITIVO-AFFETTIVA
NEI TRATTAMENTI EDUCATIVI CON SOGGETTI NEURODIVERSI*

Dott.ssa

Ilaria CERUTTI

Supervisore

Francesca ZANNONI

INTRODUZIONE

5

La pedagogia clinica e i compiti del pedagogo nell'ambito specifico della pedagogia speciale.

I. NEURODIVERSITA'

- 1. Neurodiversità: basi biologiche e teorie sociali 12
- 1.1 Disabilità o Diversità – Deficit o Disturbo? 15
- 1.2 Correlazioni tra Sindrome dello Spettro Autistico e condizione disprassica 18
- 1.3 La sindrome di Asperger, potenzialità e fragilità 24

II. L'EDUCAZIONE COGNITIVO- AFFETTIVA

- 2. Fondamenti teorici della Terapia Cognitivo - Comportamentale e dell' Educazione Cognitivo – Affettiva 31
- 2.1 L'importanza dell' educazione cognitivo-affettiva per i soggetti con Sindrome di Asperger 34
- 2.2 Strumenti utili per il trattamento clinico-pedagogico: Il Cat Kit e Il Sistema CO.CLI.TE unito all' Activity Gym 38

III. ESPERIENZA DI TIROCINIO: TRATTAMENTI EDUCATIVI CON MINORI CON SINDROME DI ASPERGER

3. Esperienza di tirocinio con il <i>gruppo Asperger</i> presso il centro per l'autismo Enrico Micheli – ANGSA Novara-Vercelli	56
3.1 Trattamenti educativi individuali con il Cat Kit e con l' Activity Gym presso il Centro di Educativa Territoriale di Arona	66
CONCLUSIONI	75
BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA	77

“La normalità non è un valore: la normalità è un concetto statistico che descrive il comportamento tipico di una popolazione, ciò che è normale varia in ogni ambiente ed epoca, ma soprattutto non è di per se un valore, i valori sono altri, e nel caso, i comportamenti da correggere sono quelli scorretti non quelli anormali.”

T. Attwood

INTRODUZIONE

La pedagogia clinica e i compiti del pedagogo nell'ambito specifico della pedagogia speciale.

La pedagogia clinica trova le sue origini nella pedagogia generale intesa come sola area di sapere che ha come oggetto specifico *l'educazione e la formazione*, rappresenta una scienza autonoma, empirico – ermeneutica, in quanto *osserva, descrive e teorizza* i processi della formazione umana facendo delle proprie interpretazioni¹.

Nello specifico questa scienza è indirizzata al vasto panorama dei bisogni educativi delle persone e ha il compito di studiare, approfondire e rinnovare modalità diagnostiche e metodi educativi, ponendo come prioritari gli obiettivi riguardanti lo *sviluppo umano e l'educazione*.

La pedagogia clinica parte quindi dallo studio e dalle teorizzazioni inerenti i processi dello sviluppo umano, per procedere con azioni educative in suo favore, perseguendo il proprio dominio di lavoro, che si può riassumere nella formula:

$$SVILUPPO UMANO + EDUCAZIONE = FORMAZIONE^2$$

Come scienza che studia l'educazione essa necessita di rispondere ai vari aspetti e bisogni dell'educabilità umana ponendo tale concetto al centro del proprio pensiero

1 Crispiani P., *Pedagogia Clinica*, Edizioni Junior, 2001

2 Crispiani P., 2001 (ibidem)

nella consapevolezza che “ pensare all'educazione significa elaborare una “teoria” sull'educazione, intesa, quest'ultima nella sua peculiarità e complessità . L'educazione è un evento che disvela qualcosa di sempre più profondo e i “protagonisti”, “i contesti”, gli “orizzonti di senso”, i “tempi dell'educare”, i “fini” e i “metodi” possono consentire ad ogni uomo e a tutti gli uomini di attingere i traguardi pensati, voluti e perseguiti.”³ Parlare di Pedagogia Clinica significa, dunque, parlare di *aiuto alla persona* concepita, quest'ultima nella sua *globalità*.

Oltre all'osservazione clinica che segue l'approccio conoscitivo dell'ecologia di primo livello, che vede la persona nella sua totalità e in tutti i suoi aspetti, il pedagogo deve considerare di fondamentale importanza per il suo lavoro clinico anche il principio dell'ecologia di secondo livello, che pone l'attenzione sul contesto di vita globale del soggetto. Ciò significa che il clinico non deve trascurare il ruolo e le informazioni che arrivano dalla famiglia e dalle persone vicine al soggetto nei suoi diversi contesti di vita, “il pedagogo non deve mai reagire nei confronti di queste persone in modo tale da compromettere il rapporto, consapevole che l'unione pedagogo – famiglia è di fondamentale importanza per il soggetto”⁴.

Al fine di creare una buona alleanza pedagogica con il soggetto e con le persone più vicine a lui, il pedagogo deve porsi in una condizione di *ascolto attivo*, *non giudicante* ed *empatico*, mantenendo, anche nei momenti di crisi, “un atteggiamento calmo e riflessivo, capace di emanare comprensione, empatia e volontà vera di partecipazione affettiva ed educativa.”⁵

Proprio l'approccio ecologico insieme ai concetti di individualità e di empiricità, rappresenta uno dei capisaldi di questa scienza. Per cui “alla pedagogia clinica compete un'azione, per un verso conoscitiva e diagnostica, per l'altro progettuale ed

3 G. Vico, Pedagogia generale e nuovo umanesimo, Brescia, LA SCUOLA 2002

4 L.D'Alonzo, *Pedagogia Speciale per preparare alla vita*, LA SCUOLA 2016

5 L.D'Alonzo 2016 (ibidem)

interventiva, portata sulla assoluta singolarità dei casi e delle situazioni (individualità), sull'interesse delle persone e dei loro ambiti di vita (ecologia) e con accostamento diretto e ravvicinato alle situazioni (empiricità).”⁶

Per questo motivo il pedagogo Clinico può essere definito come un professionista di una disciplina autonoma che si occupa dei processi educativi e formativi.

Il pedagogo clinico rivolge i suoi interventi *in una relazione di aiuto alla persona*, per favorire rinnovati stati di benessere, attivando le proprie risorse e potenzialità personali. La professione del pedagogo clinico può quindi collocarsi tra due concetti principali:

- ADATTAMENTO, ovvero la capacità che permette di rispondere alle diverse fasi/situazioni della vita coinvolgendo l'individuo nella sua interessezza.
- RELAZIONE D'AIUTO, non sempre l'individuo riesce a trovare da solo le giuste strategie per raggiungere un buon livello di adattamento, il pedagogo clinico ha quindi il compito di aiutare la persona ad adattarsi nel “qui ed ora” nelle diverse fasi della vita.

I compiti specifici del pedagogo clinico sono ancora più evidenti nell'ambito della *pedagogia speciale*, quest'ultima è definita come “ un ambito di ricerca della pedagogia che ha come oggetto l'educabilità degli individui non solo disabili, ma con bisogni educativi specifici. La diversità alla quale guarda la Pedagogia Speciale è dunque quella comprensibile su un piano genetico-funzionale, come risultante di processi mentali, psicologici e/o comportamentali che, per la presenza di una condizione handicappante, hanno avuto una loro strutturazione che si è allontanata dalla normalità, cioè si è discostata dalle linee con le quali tali processi evolvono e si strutturano nel soggetto considerato normo-dotato” .⁷

6 Crispiani P., *Pedagogia Clinica della famiglia con Handicap*, Edizioni Junior, 2008

7 Gelati M, *Pedagogia speciale e integrazione. Dal pregiudizio agli interventi educativi*, Carocci 2004

Obiettivo prioritario di qualsiasi studio sulla riflessione teorica della pedagogia speciale riguarda quindi l'inclusione del soggetto con bisogni educativi speciali (Special Educational Need), a tal fine il lavoro del pedagogo clinico risiede nel pensare, progettare e proporre percorsi educativi innovativi pensati e progettati sulle singolarità di ogni individuo. Per questo motivo l'azione del pedagogo clinico segue un binomio indissolubile *osservare e poi interpretare*: "Osservare come presa d'atto di una realtà che è altro da me, ma che mi coinvolge e mi interpella, come azione cosciente che scorge una realtà anomala, ma non la evade, non le volta le spalle, non la rifiuta; piuttosto le va intenzionalmente incontro rispondendo così ad un suo richiamo morale prima che personale. L'ingiustizia che vediamo riflessa nella persona con bisogni speciali ci obbliga ad un interessamento che deve sostanziarsi, tramutandosi in un' interpretazione corretta del bisogno." ⁸ Ciò vale per l'azione educativa non solo rivolta a persone con disabilità ma a tutti i soggetti che, seppur privi di deficit, non riescono ad integrarsi senza un adeguato sostegno, nella società.

Il pedagogo clinico esercita dunque una pluralità di funzioni inerenti ai due versanti costitutivi della scienza pedagogica ⁹: lo sviluppo umano e l'educazione, intesa come relazione di aiuto allo sviluppo umano.

In particolar modo al pedagogo clinico spetta il compito di osservare, descrivere, teorizzare ed interpretare i dinamismi del soggetto e i suoi processi evolutivi. Per poter effettuare una corretta *osservazione* e un successiva *interpretazione* di ciò che è stato osservato, al pedagogo è richiesta "una fondamentale *sospensione di giudizi* e quindi anche, e anzitutto, di pregiudizi, mantenendo aperte le possibilità"¹⁰, infatti "il clinico realizza maggior maestria professionale allorchè pone tra parentesi le teorie ed i trends prevedibili dei fenomeni, per concentrarsi sul caso e coglierne la singolarità,

⁸ L. D'Alonzo., *Pedagogia Speciale per preparare alla vita*, La scuola, 2016

⁹ Crispiani P., *Pedagogia Clinica*, Edizioni Junior, 2001

¹⁰ Gadamer H.G., *Verità e metodo*, Milano, Bompiani 1988 cit. p.144

nella complessa interazione tra condizioni individuali, contesto e soggettuali esperienze del diagnostico e/o terapeuta”.¹¹ Solamente se tale processo ermeneutico, che consente l'interpretazione più autentica possibile, è svolto in modo corretto si può costruire un'azione educativa adeguata e specifica per il soggetto.

Uno dei compiti principali che spetta al pedagogo clinico riguarda infatti la definizione degli obiettivi da perseguire. Per poter definire al meglio il progetto educativo con i relativi obiettivi, risulta di fondamentale importanza il *lavoro di rete* tra i diversi operatori/specialisti che seguono il soggetto e nel caso in cui il quest'ultimo sia minorenne solamente in seguito ad un' approvazione da parte dei genitori il pedagogo potrà contattare i diversi operatori: medici, specialisti della riabilitazione, insegnanti etc.

Insieme al lavoro di rete, il pedagogo è tenuto a svolgere una *formazione continua* “l'operatore pedagogico deve ampliare le proprie conoscenze aggiornando continuamente il bagaglio professionale traendo contributi scientifici dalle altre discipline (...) Egli è un catalizzatore di conoscenze in grado di riflettere sui risultati delle altre scienze per poter scegliere, accettare , rielaborare e metabolizzare quei nuovi dati utili a fecondare la propria azione educativa.”¹²

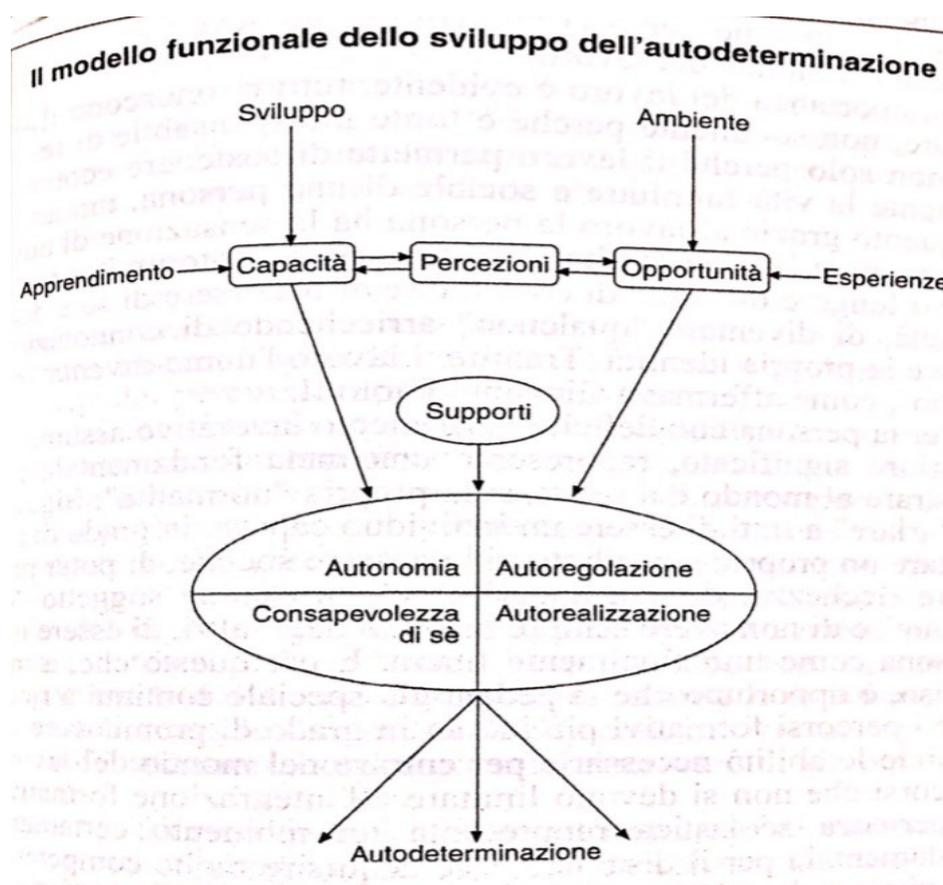
Solamente svolgendo i compiti riconducibili all' osservazione clinica , l' ascolto attivo e non giudicante, l'interdisciplinarietà, il lavoro di rete, e la formazione continua, il pedagogo potrà orientare il proprio lavoro pedagogico verso *obiettivi specifici* che dovranno mirare alla realizzazione del soggetto come cittadino, alla sua autonomia e all'autodeterminazione, permettendo “l'acquisizione di un raffinato bagaglio di abilità personali e sociali per essere in grado di assumere un ruolo di protagonista nell'esistenza, nonostante i problemi”.¹³

11 Crispiani P. 2001 (ibidem)

12 L. D'Alonzo 2016 (ibidem)

13 L. D'Alonzo., *Pedagogia Speciale per preparare alla vita*, La scuola, 2016 , cit, p. 64

In particolar modo nel campo della pedagogia speciale i concetti relativi *l'autonomia comportamentale o sociale* -ovvero la capacità di capire il comportamento più adatto da adottare nelle situazioni di vita sociale, il saper mantenere un contegno o avere la libertà di lasciarsi andare all'euforia più contagiosa- e *l'autodeterminazione*-ovvero la percezione di diventare responsabile del proprio comportamento e della propria vita- rappresentano i due obiettivi principali dei soggetti con deficit / difficoltà, per cui il pedagogo ha il compito di programmare adeguate azioni formative, utilizzando efficaci supporti al fine di aiutare il soggetto a diventare più autodeterminato e conseguentemente a fare esperienze di vita qualitativamente più elevate.



Come indicato nello schema del *modello funzionale dello sviluppo dell'autodeterminazione* proposto dal prof. D'Alonzo, oltre le capacità individuali apprese dal soggetto hanno un ruolo fondamentale, nel raggiungimento dell'obiettivo ultimo dell'autodeterminazione, le esperienze proposte al soggetto e quindi le opportunità che ne derivano. Nel trattamento dei soggetti con difficoltà ne consegue quindi che per poter sviluppare le proprie potenzialità il soggetto possa effettuare le sue attività direttamente in situazioni reali, concrete, nelle quali esercitare e coinvolgere le sue facoltà in modo dinamico e deciso.

Tutto ciò deve essere programmato dal pedagogo attraverso *un'azione educativa graduale*, “apprendere dall'esperienza significa infatti fare una connessione reciproca fra quello che facciamo e quel che ne godiamo o ne soffriamo -le conseguenze-. In queste condizioni il fare diventa tentare: un esperimento con il mondo per scoprire che cos'è.”¹⁵

15 J Dewey., *Democrazia ed educazione*, La Nuova Italia, Firenze, 1974, p.80

I. NEURODIVERSITA'

1. Neurodiveristà: basi biologiche e teorie sociali

Il termine neurodiversità nasce il 30 settembre 1988 in un articolo pubblicato da Harvey Blume nel New York Times : “la **Neurodiversità** è un'idea per cui lo sviluppo neurologico atipico, ovvero neurodivergente dalla norma, è una differenza normale e situata con continuità nello spettro della naturale varianza umana, che deve essere riconosciuto e rispettato come ogni altra variazione biologica di colore, statura, sesso ed inclinazione. Le differenze possono comparire nel modo in cui le informazioni sono acquisite, elaborate, prodotte, nel linguaggio, nei suoni, nelle immagini, nella luce, nella trama, nel gusto, nel movimento e nelle emozioni.”¹⁶

Inizialmente il concetto di neurodiveristà è nato con lo scopo di indicare la naturale variazione neurobiologica che porta allo Spettro Autistico, successivamente l'idea di neurodiversità ha preso due strade:

1. Il concetto è stato esteso a tutti i tipi di variazione neurologica legate a variazioni casuali su grande scala del corredo genetico come la sindrome di Down, la sindrome di Williams, e i casi più estremi di autismo.
2. Il concetto è stato esteso ad altre condizioni neurologiche divergenti in cui si ha una distribuzione di caratteristiche sull'intera popolazione come: ADHD, disturbo bipolare, schizofrenia, dislessia, disprassia, etc.¹⁷

In generale quindi, il concetto di neurodiveristà sta ad indicare le condizioni neurologiche divergenti che nascono a seguito del mescolamento del patrimonio

¹⁶ Blume, Harvey . *Neurodiversity*, 1998 The Atlantic.

¹⁷ Vagni D., Moscone D., *AUTISMO e disturbi dello sviluppo.*, Vol.11 n.1 Gennaio 2013, Edizioni Erikson, Trento

genetico condiviso da tutto il genere umano e quindi che portano allo sviluppo di caratteristiche distribuite con continuità su tutta la popolazione.

Gran parte delle informazioni riguardanti il tema della neurodiversità sono ricavate dai recenti studi sul cervello, che “ora non è più considerato come una *scatola nera*, le scienze neurocognitive infatti hanno aperto questa scatola e di conseguenza alcuni meccanismi cerebrali si sono resi noti e sono stati individuati alcuni importanti processi cognitivi”¹⁸, questi studi hanno reso possibile identificare nei soggetti neurodiversi alcune differenze neurologiche non visibili ad occhio nudo, “ le responsabilità dell'educatore\pedagogista sono quindi evidenti: spesso i problemi di un soggetto non vengono notati se non quando sono particolarmente gravi, i deficit soprattutto di ordine psichico e comportamentale, passano inosservati e solamente dopo anni vengono riconosciuti”¹⁹, queste nuove ricerche sulla neurodiversità hanno permesso lo sviluppo e l'attivazione di reti e di supporti anche per i soggetti neurodiversi, sebbene le loro peculiarità non siano sempre facilmente riconoscibili.

Tuttavia, essendo il concetto di neurodiversità di natura recente e complessa, porta con sé delle implicazioni etiche e dei compiti sociali che dovrebbero guidare oltre il clinico anche l'intera società, tra cui:

- ◆ Comprendere che le persone neurodiverse possano necessitare di supporto (differente a seconda dei diversi bisogni) ma non di cure atte a “normalizzare”
- ◆ Cambiare il linguaggio basato sulla nomenclatura della condizione neurodiversa, spesso confusa con termini quali *deficit o malattia*
- ◆ Allargare il concetto di autonomia e benessere psicofisico in modo da adattarlo a chi ha necessità differenti, rivedendo ciò che viene considerato un “successo” a livello di funzionamento sociale

18 Vagni D., Moscone D., *La Sindrome Di Asperger E L'autismo Lieve, Tra Neurodiversità E Disabilità*, Roma, 2012

19 L. D'Alonzo, *Pedagogia Speciale per preparare alla vita*, La Scuola, 2006

- ◆ Dare maggior controllo agli individui neurodiversi sui tipi, tempi, ricerche e modalità di trattamento nonché la libertà di scelta
- ◆ Promuovere l'uguaglianza delle opportunità
- ◆ Eliminare tutte le discriminazioni
- ◆ Eliminare il mobbing fatto a discapito delle persone neurodiverse
- ◆ Incoraggiare la partecipazione delle persone neurodiverse nella vita pubblica
- ◆ Aumentare la consapevolezza delle differenze nei comportamenti individuali in modo da generare un clima di accettazione del diverso
- ◆ Promuovere gli opportuni cambiamenti sociali in modo da rendere l'ambiente familiare, scolastico, lavorativo e sociale più adatto alla presenza di persone neurodiverse
- ◆ Fornire opportunità di scambio e confronto
- ◆ Fornire alle persone neurodiverse modelli positivi su cui costruire la propria identità ²⁰.

I compiti sopra elencati devono rappresentare degli obiettivi da concretizzare per l'intera società in quanto la scarsa consapevolezza sociale rispetto alle condizioni di vita dei soggetti neurodiversi e l'insufficiente preparazione delle professioni sanitarie e del personale docente delle scuole, accresce la sofferenza delle persone neurodiverse. Motivo per cui, spesso, “queste persone non soffrono a causa delle proprie differenze in sé, ma soffrono a causa di come gli altri li valutano osservando alcuni dei loro comportamenti o abitudini, che possono apparire bizzarri e incomprensibili, non conoscendone il significato.”²¹

20 Morrice, Polly, *Otherwise Minded*, The New York Times, review of *A Mind Apart: Travels in a Neurodiverse World* , 2006

21 D.Vagni, D. Moscone, *AUTISMO e disturbi dello sviluppo.*, Vol.11 n.1 Gennaio 2013, Edizioni Erikson, Trento

1.1 Disabilità o Diversità – Deficit o Disordine?

Nella scienza clinica e pedagogica volta alla “relazione d'aiuto” la disabilità rappresenta la materia di studio principale poiché “si manifesta come insufficiente espressione di una o più competenze (capacità, abilità o funzioni) che sono proprie dell'uomo (funzioni corporee, psicologiche ed operative)”²². La disabilità è rappresentata quindi da un disturbo funzionale in quanto insufficienza o forte diversità, e costituisce quindi una disfunzione. Secondo questo concetto la “**Disabilità** si identifica nella situazione di disfunzione-disturbo a carico di una o più funzioni umane, che comporta difficoltà nella vita. Il **Disabile** è quindi un individuo che per condizioni soggettive, genetiche o acquisite, manifesta insufficienze o sofferenze che rendono nettamente tipica la sua personalità rispetto all'età ed al contesto ambientale e culturale di appartenenza”²³

Negli ultimi decenni tuttavia, grazie al progresso scientifico relativo alle conoscenze neuro-biologiche e alle pratiche professionali in materia di diagnosi e trattamento delle diverse patologie, è stato ritenuto fondamentale suddividere il concetto di disabilità rispetto le tipologie di sindromi, ordinate secondo due criteri: *quantità e qualità*. Per cui risultano:

- ♦ Sindromi quantitative, il cui indicatore è la **minorità**, o il livello di gravità, il confronto con il livello medio, la normalità, condizione esprimibile come minorazione, **deficit**. (es. ritardo mentale, deficit motori, deficit della memoria..)
- ♦ Sindromi qualitative, il cui indicatore è la **diversità funzionale**, la differente abilità, condizione esprimibile come **disordine**. (es. disadattamento, disturbi cognitivi. DSA, ADHD, autismo primario, disturbi della condotta..)

22 Crispiani P., *Pedagogia Clinica della famiglia con Handicap*, Edizioni Junior, 2008

23 Ibidem Crispiani P.

In entrambi i casi si conferma il concetto di disabilità, in quanto inerente la disturbata / diversa espressione delle abilità umane.²⁴

Tuttavia è doveroso sottolineare, nonostante le giuste definizioni dei termini *disabilità* e *disabile*, il significato che questi termini assumono nella realtà sociale odierna, nella visione comune infatti il termine “disabile” è usato come forma di umiliazione e sta ad indicare una persona costituzionalmente non abile e quindi non adatta, uno scarto, un errore²⁵. Il termine Disabile può quindi rappresentare un' “etichetta” scomoda e fonte di ulteriore disagio specialmente per il soggetto con una diversità funzionale motivo per cui “alcuni adolescenti e giovani adulti neurodiversi rifiutano la diagnosi perché si preoccupano di come questa verrà interpretata dalla società. Potrebbero essere sensibili al rischio di essere etichettati o associati a persone con disabilità, fatto che ai loro occhi può diventare la conferma ufficiale dell'essere “sbagliati”²⁶.

Al fine di contrastare tali pensieri è importante capire che neurodiversità e disabilità non sono aspetti complementari ma adiacenti, di una stessa realtà. In questo senso si abbraccia il ***modello sociale di disabilità***, quest'ultimo nasce come reazione al modello medico dominante che trae origine dalla visione cartesiana del corpo come macchina da aggiustare al fine di conformare la persona ai valori normativi.²⁷

Il modello sociale di disabilità identifica barriere sistematiche, attitudini negative ed esclusione sociale (volontaria o involontaria) al fine di sottolineare come la società stessa sia il fattore che contribuisce con maggiore peso alla disabilità delle persone,

24 Crispiani P., *Pedagogia Clinica della famiglia con Handicap*, Edizioni Junior, 2008

25 Vagni D., Moscone D., *La Sindrome Di Asperger E L'autismo Lieve, Tra Neurodiversità E Disabilità*, Roma, 2012

26 T. Attwood e M. Garnett., *Sconfiggere la depressione nello spettro autistico.*, EDRA, 2018

27 Paley J., *The cartesian melodrama in nursing*, Nursing Philosophy3, p 189, 2002

ma proprio perché dipende dalla società la condizione di disabilità può anche migliorare ed evolversi in positivo.

Le differenze tra i due modelli sono ben spiegate da Mason (1994)²⁸:

MODELLO MEDICO	MODELLO SOCIALE
Deficit	Risorse
La persona è fallata	La persona è stimata
Diagnosi medica	Punti di forza e debolezza stabiliti da se stesso e dagli altri
Etichetta medica	Identificare le barriere e sviluppare delle soluzioni
E difficoltà sono l'unico punto di attenzione	Va disegnato un programma basato su obiettivi a lungo termine
Diagnosi, monitoraggio , programmi e terapia imposti	Le risorse necessarie sono disponibili a tutti per poterne usufruire
Segregazione ed istituzioni differenziate	Training per genitori e professionisti
I bisogni affettivi sono considerati subordinati ai deficit	Le relazioni sono sviluppate
Ritiro della diagnosi nel caso di una prognosi buona o esclusione permanente del caso opposto	La diversità è benvenuta e le persone sono incluse e valorizzate
La società rimane sterile	La società si sviluppa

(Mason, 1994)

In questo contesto il concetto sociale di disabilità e quello di neurodiversità possono essere concetti complementari.²⁹ Ovviamente, non si nega che le variazioni fisiche, sensoriali, intellettuali e psicologiche possono causare limiti e difficoltà individuali al funzionamento, ma le stesse non devono necessariamente condurre ad una disabilità a meno che la società stessa non fallisca nel tenere in considerazione e includere in se stessa tutte le persone senza riguardo delle differenze individuali.

²⁸ Mason, Micheline, 1994, R. Risier 2000.

²⁹ D.Vagni, D.Moscone, *La sindrome di Asperger e l'autismo lieve, tra Neurodiversità e disabilità*, Roma, 2012

1.2 Correlazioni tra Sindrome dello Spettro Autistico e condizione disprassica

Per comprendere meglio i disturbi funzionali cognitivi, nei quali rientra il concetto più esteso di neurodiversità, è fondamentale comprendere la distinzione tra due funzioni umane prossime ma diverse che insieme danno luogo e rendono efficiente il pensiero e l'agire umano, l'intellettività e la cognitività.

La prima rappresenta la funzione psichica umana che esprime l'efficacia logica del pensiero, quindi regola l'intelligenza e inerisce l'elaborazione razionale delle informazioni, il suo tratto dominante è la logica. La funzione intellettiva ha inoltre effetti sull'efficacia del comportamento ed è parzialmente misurabile. La seconda riguarda il processo sinergico ed integrato di apprendimento e di elaborazione delle informazioni e si delinea come un gestore del pensiero, ovvero come una funzione psichica / mentale che organizza, regola e garantisce l'organizzazione coordinata del comportamento in tutte le sue dimensioni (motorio, percettivo, emotivo, affettivo, intellettivo, linguistico, sociale, operativo.)³⁰

I disordini derivati dalla condizione di neurodiversità riguardano la cognition, si identificano infatti come disordini pervasivi e compromettono le funzioni esecutive.

Quest' ultime possono essere definite come l'insieme dei processi mentali necessari all'elaborazione di schemi cognitivo-comportamentali adattivi, in risposta a condizioni ambientali nuove ed impegnative³¹. Le funzioni esecutive sono indispensabili nella vita quotidiana per tutti i tipi di problem solving, da quelli più complessi ed astratti, a quelli concreti, come l'adattamento e l'acquisizione delle abilità sociali. Sono quindi fondamentali sia nelle situazioni programmate sia in quelle

30 P. Crispiani, *Manuale Itard 2013-2014*, *Manuale clinico di pedagogia speciale*

31P. Crispiani, C. Giaconi, *La sindrome di Jack – smarrimento cognitivo sequenziale ovvero “I bambini che si perdono nelle sequenze”*, 2015

impreviste, poiché ci consentono di mantenere nella memoria i nostri obiettivi e valutare l'efficacia delle azioni eseguite.

Recenti ricerche hanno evidenziato come i disordini cognitivi che compromettono le funzioni esecutive presentino una matrice disprassica. La disprassia si identifica infatti come un disordine funzionale qualitativo³². Nello specifico si accompagna a lentezza e difficoltà negli automatismi rapidi, influenzando particolarmente i processi neuropsicologici della successione e pertanto si connota come disprassia sequenziale³³, ciò compromette l'ideazione e l'esecuzione di azioni nel tempo e nello spazio.

A livello strutturale la mente del soggetto disprassico è caratterizzata da un'architettura neuronale che genera un disordine pervasivo, il quale non sfocia in una vera e propria disabilità ma in una dispersione dell'energia cerebrale, fenomeno che riduce la possibilità di organizzare, coordinare e regolare le condotte umane³⁴. Nello specifico tali difficoltà sono causate da:

1. mancata acquisizione di attività intenzionali intese come abilità e competenze, o acquisizione di strategie povere e stereotipate
2. ridotta capacità di rappresentarsi "l'oggetto" su cui agire l'intera azione o le sequenze che la compongono;
3. difficoltà a coordinare e ordinare in serie i relativi movimenti elementari in vista di uno scopo (pianificazione e programmazione dell'atto motorio).³⁵

Maggiore chiarezza è data dalla Classificazione Statistica Internazionale delle Malattie e dei Problemi Sanitari Correlati - ICD-10, in cui è messo in evidenza il

32 P.Crispiani, *Dislessia come disprassia sequenziale*, Parma, Edizioni Junior 2015

33 Dispense Master Pedagogia Clinica -*Lezione Disprassia* – 2019, 2020

34 aidee.it (Associazione Italiana della Disprassia Evolutiva)

35 aidee.it (Ibidem)

Disturbo Evolutivo Specifico della Funzione Motoria (SDDMF) identificandolo attraverso i seguenti criteri³⁶:

- Difficoltà di coordinazione, presente dalle prime fasi di sviluppo e non dipendente da deficit neurosensoriali e neuromotori; quindi il deficit della coordinazione motoria non può essere spiegato da una condizione di ritardo mentale.
- Entità della compromissione variabile e modificabile in funzione dell'età.
- Ritardo di acquisizione, (non costante), delle tappe di sviluppo motorio, a volte accompagnato da ritardo dello sviluppo del linguaggio (componenti articolatorie).
- Goffaggine nei movimenti.
- Ritardo nell'organizzazione del gioco e del disegno con difficoltà in compiti visuo spaziali e deficit costruttivo
- Difficoltà in compiti visuo-spaziali.
- Presenza di segni neurologici sfumati, privi di sicuro significato localizzatore.
- Presenza (non costante) di difficoltà scolastiche e di problemi socio-emotivo-comportamentali.

Quest'ultimo aspetto non va sottovalutato in ambito clinico; va tenuto conto infatti del carico di frustrazione che il bambino neurodiverso deve sopportare nel corso dello sviluppo e rispetto alle richieste dell'ambiente; spesso i bambini disprassici per cui neurodiversi vengono considerati poco intelligenti, pigri, svogliati. Il rischio è quindi quello di innescare disturbi comportamentali e psicopatologici.

Attualmente la condizione disprassica è inquadrata all'interno dei disturbi motori minori, ed è possibile trovarla in comorbilità con sindromi neurologiche o patologie maggiori³⁷ infatti, nonostante le cause di tale disordine siano ancora poco chiare e definite, è possibile distinguere due tipologie di disprassia:

- 1. Disprassia primaria** , non è legata a problemi neurologici o ad altre patologie

³⁶ Minello, *Vygotskij e la Neurodiversità. Riformulare i problemi per i bambini con Bisogni Educativi Speciali* ,2013

³⁷ P.Crispiani, *Dislessia come disprassia sequenziale*, Parma, Edizioni Junior 2015

2. Disprassia secondaria, è conseguente ad altre patologie (es, sindrome autistica, sindrome di Down..) ³⁸

La disprassia secondaria presenta un'elevata comorbidità, sono state individuate componenti disprassiche in varie patologie dello sviluppo, quali Disturbo Specifico di Apprendimento, Disturbo Specifico di Linguaggio, ADHD e Sindrome dello Spettro Autistico. Tali comorbidità permettono di interpretare la disprassia come un disturbo pervasivo che coinvolge diverse aree dello sviluppo che si influenzano reciprocamente.

In modo particolare la Sindrome dello Spettro Autistico può essere considerata come una forma di disprassia gravissima che può racchiudere disordini nell'ambito motorio, verbale, ideativo, sequenziale, percettivo, cognitivo ed emotivo ³⁹.

A confermare la condizione di neurodiversità nella condizione disprassica sono le ricerche di diversi studiosi i quali hanno evidenziato atipie a livello corticale a carico della sostanza bianca, ipotizzando disfunzioni cerebellari o disconnessioni inter-intraemisferiche. In modo particolare Portwood , Hill e Bishop ⁴⁰ ritengono che il soggetto disprassico presenti parti del SNC non completamente mature, tali da provocare interruzioni di tipo sinaptico nell'esecuzione di schemi motori complessi. Ciò determinerebbe un deficit nell'organizzazione del movimento, problemi percettivi e del linguaggio, rallentamenti e smarrimenti nella successione. Secondo gli studi di Portwood, Hill e Bishop ⁴¹, gli impulsi nervosi trasmessi attraverso una rete di circuiti nervosi, raggiungono la corteccia cerebrale, ovvero la parte più estesa del cervello costituita da due aree interconnesse tra loro attraverso uno strato di fibre detto corpo calloso. La corteccia agisce sul pensiero, sul linguaggio, sul movimento volontario,

38 Dispense Master Pedagogia Clinica -Lezione Disprassia – 2019, 2020

39 P. Crispiani, *Lavorare con l' autismo – dalla diagnosi ai trattamenti*, Parma, Edizioni Junior, 2016

40 Portwood M.M, *Developmental dyspraxia- A practical manual for parents and professionals*, 1996

41 Crispiani P., *Dislessia Come Disprassia Sequenziale*, Parma, Edizioni Junior 2015

sul ragionamento, sulla percezione e raccoglie le informazioni del mondo esterno secondo uno schema S/R e, di conseguenza, l'immaturità a livello dello sviluppo della corteccia può causare difficoltà nella coordinazione, nell'intenzionalità e nell'esecuzione dei movimenti.

In sinergia con la corteccia lavora il sistema limbico che presiede le emozioni, l'affettività, il tono dell'umore, le sensazioni di piacere o dolore. Una parte di esso, l'ippocampo, è coinvolto nei processi di memoria, attenzione, apprendimento e apprendimento spaziale. Anche l'immaturità del sistema limbico può compromettere il comportamento e causare l'insorgere di comportamenti di tipo iperattivo, impulsivo o disattento, oltre che disorientare il soggetto nel riconoscimento dell'emotività.⁴²

Sempre in ambito delle dinamiche neuro-corticali sono le analisi di A. Chiarenza⁴³ e collaboratori, i quali identificano la condizione disprassica come un disturbo neurofisiologico, della programmazione ed integrazione delle informazioni sensoriali, con coinvolgimento del cervelletto e delle funzioni motorie e con attenzione ai tempi di reazione e di autoregolazione del comportamento.

Nello stesso contesto si pone la Teoria Prassico Motoria di P. Crispiani⁴⁴ che riconosce un disturbo delle prassie a carico dei circuiti corticali ed in particolare dello scambio inter-emisferico con interessamento dell'organizzazione spazio-temporale e della dominanza laterale, ponendo l'attenzione alle sequenze ed alla fluidità delle funzioni esecutive.

In sintesi, la neurodiversità, che presenta sempre una matrice disprassica, è presente “quando un eccezionale livello di variazione tra i processi neurocognitivi offre risultati di debolezze evidenti e inaspettate nello svolgimento di alcune attività

42 Dispense Master Pedagogia Clinica -Lezione Disprassia – 2019, 2020

43 Chiarenza A., *Le disprassie dello sviluppo e i disturbi motori associati*, Suyi Publication 2008

44 - Disprassiaitard.eu

-Crispiani P., *METODO CRISPIANI*, Edizioni Junior, Gruppo Spaggiari, Parma, 2016

quotidiane, se confrontato con le prestazioni molto più elevate relative a un sottoinsieme di misure di abilità verbali e / o visive per un dato individuo. I compiti di tutti i giorni che sono dipendenti dal trattamento neurocognitivo di informazioni, comprendono compiti di apprendimento e memoria, gestione del tempo, l'interazione sociale e la capacità di attenzione, così come le attività che richiedono movimenti del motore, raffinati e basilari. Si tratta di un termine generico atto a comprendere una gamma di differenze di apprendimento specifiche, tra cui dislessia, discalculia, ADD/AD(H)D e sindrome di Asperger. Una o più differenze specifiche d'apprendimento possono essere presenti contemporaneamente, ed è possibile, per alcune forme di neurodiversità – come una debolezza solo nella memoria di lavoro – la mancanza di una categoria diagnostica.”⁴⁵

I disturbi cognitivi correlati alla condizione disprassica denotano quindi neurodiversità ed esprimono una varianza della popolazione, non sono malattie o patologie, ma caratteristiche di sistemi nervosi atipici. La condizione disprassica è però oggetto di abilitazione mediante processi intensivi di attivazione di sequenze d'azione in costanza e fluidità, tali da riorganizzare e potenziare i flussi corticali interemisferici generando maggiore fluidità esecutiva che di conseguenza migliora le capacità di frenaggio elettrofisiologico da cui dipendono le funzioni di autoregolazione, autoinibizione ed autocontrollo.⁴⁶

45R. Minello, *Vygotskij e la Neurodiversità. Riformulare i problemi per i bambini con Bisogni Educativi Speciali*

46 pierocrispiani.it – *Il principio attivo del Metodo Crispiani* -

1.3 La sindrome di Asperger, potenzialità e fragilità

Nel 1994 la Sindrome di Asperger (AS) è stata riconosciuta come disturbo nel Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali (DSM-IV) e i suoi criteri diagnostici stavano ad indicare un disturbo pervasivo dello sviluppo (DPS).

Tuttavia, nel 2013, con la pubblicazione del DSM-V, la diagnosi di Sindrome di Asperger è stata sostituita dalla nuova categoria diagnostica di *Disturbo dello spettro autistico di Livello 1, senza compromissione intellettiva o del linguaggio associata*.⁴⁷

Tuttavia T. Attwood- psicologo inglese considerato il massimo esperto mondiale della sindrome di Asperger- sostiene che “ l'eliminazione della sindrome di Asperger dal DSM-V influenzerà negativamente l'identità degli adulti per i quali ha costituito vantaggi; per esempio ha favorito la creazione di gruppi di auto-sostegno e l'accesso alla letteratura e a gruppi di supporto su internet basati su caratteristiche ed esperienze comuni. (...) Inoltre, aggiunge Attwood, i genitori di bambini in età scolare potrebbero essere poco disposti a prendere in considerazione una valutazione diagnostica per autismo, dal momento che attualmente il termine è associato a bambini con necessità di supporto molto elevata e prognosi molto limitata. (...) Alcune persone, di conseguenza, potrebbero restare non diagnosticate e continuare ad essere considerate non idonee a ricevere supporto, trattamenti, comprensione e servizi adeguati”⁴⁸

Per questo motivo nel mio elaborato ho deciso di utilizzare il termine Sindrome di Asperger anziché la nuova definizione fornita dal DSM-V.

La Sindrome di Asperger rientra nel concetto di neurodiversità in quanto è rappresentata da variazioni neuro-biologiche che determinano una struttura cerebrale

47 D.Vagni, D.Moscone, *La sindrome di Asperger e l'autismo lieve, tra Neurodiversità e disabilità*, Roma, 2012

48 T. Attwood., *Guida completa alla Sindrome di Asperger*., EDRA 2019

che elabora percezioni e pensieri diversamente rispetto alla maggioranza della popolazione, con conseguenze in ambito sociale, affettivo e lavorativo.⁴⁹

Nello specifico, tale sindrome rappresenta un disturbo pervasivo dello sviluppo, caratterizzato principalmente da:

- QI nella norma / al di sopra della norma – ciò rende più complicato riuscire ad ottenere una diagnosi (Kim, 2011)⁵⁰
- difficoltà socio- emotive (Frith, 1991).⁵¹
- atteggiamenti e comportamenti in contesti sociali goffi e/o fuoriluogo (Wing, 1981,1991)⁵²
- espressione verbale solitamente fluente, ma il contenuto della conversazione può risultare ristretto e riflettere gli interessi circoscritti del soggetto
- difficoltà nel creare rapporti di amicizia, il soggetto *aspie*⁵³ può essere motivato a formare amicizie, ma spesso non possiede le competenze per avere successo (Happé, 1996, Myles, 2002)⁵⁴

49 J. Singer e L.Mottron, 2004 - D.Vagni, D.Moscone, *La sindrome di Asperger e l'autismo lieve, tra Neurodiversità e disabilità*, Roma, 2012

50 Kim Y.S., Leventhal B.L., Koh Y.J., Fombonne E., Laska E., Lim E.C. e Grinker R.R. (2011), *Prevalence of autism spectrum disorders in a total population sample*, «*American Journal of Psychiatry*», vol. 168, n. 9, pp. 904-912.

51 Frith U. (1991), *Autism and Asperger syndrome*, Cambridge, Cambridge University Press

52 -Wing L. (1981), *Asperger's syndrome: A clinical account*, «*Psychological Medicine: A Journal of Research in Psychiatry and the Allied Sciences*», vol. 11, pp. 115-130. 47.

-Wing L. (1991), *The relationship between Asperger's syndrome and Kanner's autism*. In U. Frith (a cura di), *Autism and Asperger syndrome*, Cambridge, Cambridge University Press.

53 L. H. Willey, *Pretending to be Normal.*, 1999 –*Aspie è un termine che deriva da asperger, ma non è un termine medico bensì un termine identitario che rappresenta quindi una sotto cultura e quindi è usato in senso più ampio ad includere tutti quelli che si riconoscono in certe problematiche indipendentemente dalla diagnosi.*"

54 -Happé F. e Frith U. (1996), *The neuropsychology of autism*, «*Brain*», vol. 119, pp. 1377-1400.

- Myles B. e Simpson R.L. (2002), *Asperger syndrome: An overview of characteristics*, «*Focus on Autism and Other Developmental Disabilities*», vol. 17, pp. 132-138.

Nella quotidianità i soggetti aspie hanno quindi difficoltà con il ragionamento sociale, i rapporti interpersonali, gli aspetti pragmatici del linguaggio, si riscontra inoltre un **deficit della teoria della mente** -caratterizzato dall'incapacità di prevedere le azioni umane in termini di desideri, intenzioni, pensieri e credenze⁵⁵- e un **deficit della coerenza centrale**⁵⁶ che comporta l'assenza di una comprensione globale del tutto in relazione al contesto di riferimento con il conseguente spostamento dell'attenzione su un dettaglio per volta.

Infatti, l'esperienza clinica conferma che, mentre le persone con sindrome di Asperger possono avere una notevole capacità intellettuale, il mondo interiore e interpersonale può essere un territorio difficile da esplorare⁵⁷. Il soggetto autistico è quindi portatore di problemi nelle relazioni sociali, nella comunicazione e talvolta nella comprensione della realtà. Egli pertanto deve imparare ciò che gli altri acquisiscono in modo spontaneo e continuo⁵⁸, il che lo pone in stato di forte o totale inadeguatezza a vivere nei propri contesti

I modelli teorici dell'autismo sviluppati nell'ambito della psicologia cognitiva e la ricerca in neuro-psicologia e neuro-imaging offrono alcune spiegazioni sui motivi per cui i soggetti nello spettro autistico tendono ad avere problemi nelle abilità sociali e nella manifestazione dell'empatia, spesso correlati a disturbi dell'umore⁵⁹. In particolar modo, nei soggetti con Sindrome di Asperger e/o con altri disturbi che presentano deficit nel controllo degli impulsi come per esempio l'ADHD, oltre alle disfunzioni relative ai circuiti corticali e gli scambi inter-emisferici presenti nella

55 Baron-Cohen S., Ring H.A., Bullmore E.T., Wheelwright S., Ashwin C. e Williams S.C. , *The amygdala theory of autism*, «*Neuroscience & Biobehavioral Reviews*», vol. 24, n. 3, pp. 355-364. 2000

56 Vagni D.,Moscone D., *La Sindrome Di Asperger E L'autismo Lieve, Tra Neurodiversità E Disabilità* , Roma, 2012

57 T. Attwood., *Guida completa alla Sindrome di Asperger* ., EDRA 2019

58 P. Crispiani, *Lavorare con l' autismo – dalla diagnosi ai trattamenti*, Parma, Edizioni Junior, 2016, cit. p22

59 Vagni D.,Moscone D., *La Sindrome Di Asperger E L'autismo Lieve, Tra Neurodiversità E Disabilità* , Roma, 2012

condizione disprassica -sempre presente nei soggetti nello spettro autistico- , sono state individuate delle anomalie funzionali e strutturali nell'amigdala, l'area cerebrale preposta alla decodifica emotiva di stimoli sensoriali e sociali oltre che alla regolazione di alcune emozioni come la rabbia, l'ansia e la tristezza. Dalle diverse ricerche effettuate è emerso che i collegamenti tra amigdala e corteccia prefrontale – la parte decisionale del cervello che integra gli stimoli in base al contesto e fornisce la risposta - sono scarsi o difettosi, per tanto “le persone con Sindrome di Asperger possono non essere immediatamente coscienti che a livello fisico è in atto un aumento dell' *arousal* (livello dell'energia emotiva), per cui quando l'impulso nervoso dall'amigdala arriva al lobo frontale è talmente intenso, e di conseguenza la persona talmente agitata, che ogni tentativo di controllo cognitivo sia interno che esterno risulta inutile e talvolta controindicato (...)”⁶⁰ Tali anomalie spiegherebbero perché le persone con Sindrome di Asperger tendono ad essere disinibite ed impulsive e ad avere una relativa mancanza di consapevolezza che si ripercuote sul funzionamento generale della persona.

Sempre in ambito neurologico si registrano tesi sul mancato funzionamento del sistema di pianificazione e controllo del pensiero attribuito a danni ai lobi frontali e/o prefrontali⁶¹. I primi consentono infatti la pianificazione e il controllo del comportamento e sono responsabili del raffinamento cognitivo del pensiero e dell'azione; in presenza di danni o disfunzioni si assiste a forme di comportamento disorganizzato. I lobi prefrontali invece hanno il compito, insieme alla corteccia frontale, di regolare le funzioni esecutive (organizzazione, pianificazione, programmazione, etc).⁶²

60 T. Attwood , *Esplorare i sentimenti – Terapia Cognitivo Comportamentale per gestire ansia e rabbia* , Armando Editore, 2013

61 P. Crispiani, *Lavorare con l' autismo – dalla diagnosi ai trattamenti*, Parma, Edizioni Junior, 2016

62 P. Crispiani 2016 (ibidem)

I disordini nelle funzioni esecutive sono inoltre correlati alla regolazione cognitiva delle emozioni, per cui i soggetti Aspie avrebbero la tendenza a reagire a indizi emotivi senza una riflessione o un'attenta valutazione cognitiva.

I dati di queste ricerche permettono danno spazio a riflessioni sul motivo delle improvvise e violente crisi comportamentali, con ripercussioni anche fisiche e sensoriali -*meltdown* - che spesso le persone nello Spettro Autistico sperimentano senza essere in nessun modo consapevoli di quello che sta per succedere al loro corpo.

Un'altra difficoltà incontrata dai soggetti neurodiversi riguarda l'ambito della comunicazione verbale e non verbale. Infatti, non è insolito osservare nei soggetti neurodiversi, e in particolare nei soggetti Asperger, la tendenza ad interpretare alla lettera ciò che viene detto poiché non riescono a cogliere il fatto che il linguaggio sia dotato di diverse proprietà implicite come il carico affettivo, la situazione e lo scopo della conversazione⁶³. A ciò si aggiungono anche una scarsa integrazione della comunicazione verbale e non verbale, come per esempio le anomalie del contatto oculare, la prosodia povera e monocorde, difficoltà nella comprensione e nell'uso della gestualità comunicativa fino ad arrivare alla totale mancanza di espressività facciale nei soggetti più compromessi.

Nello specifico, le difficoltà vissute nella comunicazione verbale spesso dipendono dalla presenza di disprassia linguistica che compromette sia la sintattica sia la semantica; “infatti, se un bambino ha una capacità sintattica limitata, anche la sua capacità di esprimere forme semantiche sarà ridotta, poiché le forme semantiche vengono espresse normalmente con la sintassi”.⁶⁴ Da ciò ne deriva che, disturbata la sintassi, quindi la sequenza dell'eloquio, può essere messa in difficoltà la semantica, quindi il significato di parole, i sintagmi nuovi, le figure retoriche, etc.⁶⁵ Tale

63 P. Crispiani, *Lavorare con l'autismo – dalla diagnosi ai trattamenti*, Parma, Edizioni Junior, 2016

64 M. Cfr. Harris – M. Coltheart, *L'elaborazione del linguaggio nei bambini e negli adulti*, cit., pp.118 ss.

65 P. Crispiani, C. Giaconi, *La sindrome di Jack – smarrimento cognitivo sequenziale ovvero “I bambini che si perdono nelle sequenze”*, Parma, Edizioni Junior 2015

situazione può generare nel soggetto sensazioni di inadeguatezza e uno scarso senso di auto efficacia. Per questo motivo in ambito riabilitativo è necessario che il bambino attivi esperienze metacognitive, sperimentando azioni di successo, verificandone il risultato e le procedure, potenziando così la capacità di costruire o migliorare sia le funzioni adattive sia le funzioni esecutive, ciò avviene secondo il principio dell'Apprendimento Interattivo-Relazionale⁶⁶ che diviene possibile quando l'organizzazione delle attività e il metodo educativo che si impiega permettono di instaurare un circolo virtuoso tra soggetto – ambiente (interazione) – adulto (mediazione) seguendo la Teoria del Condizionamento Reciproco⁶⁷ secondo cui l'agire e l'osservare sono azioni in stretta correlazione tra loro e permettono al soggetto di apprendere dall'esperienza. Inoltre, l'atto motorio strutturato secondo uno schema VISTA-MOTRICITA'-VISTA favorisce l'attivazione dei neuroni a specchio⁶⁸, i quali permettono la comprensione degli stati intenzionali, sviluppano l'empatia e la favoriscono la costruzione delle inferenze e, insieme alla teoria della mente, rappresentano i meccanismi base dell'intersoggettività.

Tuttavia, sebbene i soggetti con Sindrome di Asperger mostrino difficoltà nella gestione degli aspetti emotivi e delle relazioni interpersonali, è doveroso sottolineare le potenzialità che possono essere sfruttate per motivarli e migliorare di conseguenza il loro stato psicofisico⁶⁹. Ad esempio, alcuni soggetti asprie presentano notevoli abilità in interessi specifici (come il calcolo, la memorizzazione, l'arte..) altri spiccano nelle abilità mnemoniche o di approfondimento, inoltre, solitamente

66 J. Dewey, *Esperienza ed Educazione (1938)*, Milano, Raffaello Cortina Editore 2014

67 J. Dewey, 2014 (ibidem)

68M. Ammaniti & V. Gallese – *La Nascita dell'Intersoggettività. Lo Sviluppo del Sé tra Psicodinamica e Neurobiologia*. Milano, Raffaello Cortina Editore

69 cuorementelab.it *I problemi relazionali degli adulti con sindrome di Asperger* – T.Attwood

presentano un rigido rispetto per le regole che permette loro di orientarsi in un mondo che considerano “strano” ed estremamente confuso.⁷⁰

Infine, prendendo in considerazione il principio dell'ecologia di secondo livello, è doveroso ricordare l'importanza del contesto scolastico al fine di incrementare nei soggetti Asperger l'apprendimento, l'educazione, lo sviluppo cognitivo, intellettuale ed affettivo/relazionale.

Anche nel trattamento clinico, attraverso l'utilizzo di strategie ecologico-plurali⁷¹, sarà necessario lavorare sulla comunicazione, sui comportamenti stereotipati e gli interessi ristretti, sulle abilità cognitive e motorie e sulla vulnerabilità emotiva per incrementare il più possibile l'adattamento del soggetto nei diversi contesti di vita.

70 T. Attwood., *Guida completa alla Sindrome di Asperger* ., EDRA 2019

71P. Crispiani, *Lavorare con l'autismo – dalla diagnosi ai trattamenti*, Parma, Edizioni Junior, 2016

II . L'EDUCAZIONE COGNITIVO-AFFETTIVA

2. Fondamenti teorici della Terapia Cognitivo-Comportamentale e dell' Educazione Cognitivo-Affettiva

Le competenze intersoggettive, in cui rientrano le capacità di comunicare le proprie emozioni, decodificare e interpretare gli stati emotivi, comprendere il significato attribuito ai sentimenti e gestire i comportamenti in risposta alle emozioni, rappresentano aspetti deficitari nelle persone nello spettro autistico.

Diverse ricerche⁷² hanno confermato la presenza, nei soggetti autistici, di un deficit nell' *intelligenza emotiva*, ovvero la capacità di riconoscere le emozioni e di gestirle, nell' autoconsapevolezza che permette alla persona di monitorare le proprie emozioni e le relazioni che ne derivano, sia individualmente, sia nella relazione con gli altri.⁷³ Per fronteggiare tale problematica, spesso motivo di inadeguatezza e isolamento nei soggetti neurodiversi, in anni recenti sono state sviluppate metodologie specifiche, tra cui l' Educazione Cognitivo-Affettiva, per far acquisire delle capacità legate alla gestione delle emozioni e dei comportamenti che da esse derivano.

L'educazione cognitivo-affettiva pone le sue radici nei principi della Terapia Cognitivo Comportamentale (Cognitive Behaviour Therapy – CBT)⁷⁴, quest'ultima si concentra sugli “aspetti di carenza in termini di **maturità, complessità ed efficacia**

72 Vagni D., Moscone D., *La Sindrome Di Asperger E L'autismo Lieve, Tra Neurodiversità E Disabilità*, Roma, 2012

73 D. Goleman, *Intelligenza emotiva: che cos'è e perchè può renderci felici.*, BUR 2019

74 Beck JS *Cognitive behavior therapy: Basics and beyond (2nd ed.)*, New York, NY: The Guilford Press, pp.19–20, 2011,

del pensiero riguardante le emozioni e su quelli di **distorsione cognitiva** in termini di pensieri disfunzionali e assunti incorretti⁷⁵, la CBT trova quindi applicazione su bambini e adulti che hanno problemi e distorsioni cognitive riguardo pensieri e sentimenti.

Nello specifico, i problemi di carattere cognitivo possono includere *immaturità* nell'espressione delle emozioni – specialmente riguardo affetto e rabbia – *complessità* riguardante il lessico emotivo, ovvero la presenza di un vocabolario limitato di parole per esprimere la sottile variazione di emozioni “ la difficoltà nell'esprimere verbalmente le emozioni, o più in generale, l'insieme di difficoltà nella competenza emotiva manifestate dalla minore capacità di mentalizzare, percepire, riconoscere e descrivere verbalmente gli stati emotivi propri e altrui, prende il nome di *alessitimia*- letteralmente “non avere parole per le emozioni”- la quale è molto diffusa tra le persone con difficoltà emotive/relazionali ed in particolar modo tra le persone nello Spettro Autistico⁷⁶, e una scarsa *efficacia* riguardante i meccanismi di riparazione delle emozioni.

La *distorsione cognitiva*, invece, include il fraintendimento delle intenzioni dell'altro, la tendenza alla comprensione letterale del linguaggio e i pensieri disfunzionali.⁷⁷

Il nucleo della CBT e nello specifico, l' Educazione Cognitivo- Affettiva, riguarda, infatti, l'insegnamento di strategie cognitive e comportamentali per trasmettere abilità comportamentali, cognitive ed emotive (*Social Skills Training*) utili a modificare pensieri e comportamenti, causa di emozioni negative come ansia, depressione e

⁷⁵ Vagni D., Moscone D., *La Sindrome Di Asperger E L'autismo Lieve, Tra Neurodiversità E Disabilità* , Roma, 2012

⁷⁶ T. Attwood , *Esplorare i sentimenti – Terapia Cognitivo Comportamentale per gestire ansia e rabbia* , Armando Editore, 2013

⁷⁷ T. Attwood, 2013 (Ibidem)

rabbia. I programmi di CBT, che hanno come componente l' Educazione Cognitivo – Affettiva, per essere efficaci devono essere divisi in più fasi.⁷⁸

- **La valutazione della natura e del grado del disturbo dell'umore:** questa prima fase consiste nel valutare la natura e l'entità dei problemi associati ad una specifica emozione, usando l'autovalutazione e l'automonitoraggio. In questo modo si evidenziano le cause del problema e, in parte il motivo per cui è così radicato.
- **L'educazione Emotiva ed Affettiva:** lo scopo di questa fase è quello di aumentare la comprensione delle emozioni proprie e altrui, andando a sviluppare la capacità di Teoria della mente, il principio base è che una maggiore capacità di identificazione e comprensione delle emozioni comporti una maggiore capacità di espressione e gestione delle stesse, fornendo inoltre un insegnamento e un incentivo alla maturità e alla sottigliezza delle risposte emotive in situazioni specifiche.
- **La ristrutturazione cognitiva⁷⁹:** questa fase ha il compito di modificare i concetti e le credenze disfunzionali portando di conseguenza ad un cambiamento comportamentale che permetta di gestire costruttivamente le emozioni.
- **La programmazione di attività per esercitarsi e mettere in pratica le nuove strategie e abilità cognitive:** l'ultima fase della CBT consiste nel continuare a praticare le nuove capacità cognitive e comportamentali nelle situazioni di vita reale, “è infatti estremamente utile per favorire la maturazione del soggetto che quest'ultimo possa effettuare le sue attività direttamente in situazioni reali, concrete, nelle quali esercitare e coinvolgere le sue facoltà in modo dinamico e deciso.”⁸⁰

Per cui lo scopo educativo dell' Educazione Cognitivo- Affettiva, in quanto componente della Terapia Cognitivo- Comportamentale, è quello di imparare i vantaggi e gli svantaggi delle emozioni, identificando i diversi livelli di espressione

⁷⁸ Vagni D., Moscone D., *La Sindrome Di Asperger E L'autismo Lieve, Tra Neurodiversità E Disabilità* , Roma, 2012

⁷⁹ Beck JS., *Terapia cognitiva e disturbi emotivi- International Universities Press*, Madison, CT, 1975

⁸⁰ L. D'Alonzo., *Pedagogia Speciale per preparare alla vita*, La scuola, 2016

nelle parole e nelle azioni , in sé e negli altri, imparando poi a correggere credenze e concetti disfunzionali⁸¹. A livello neurobiologico “l' Educazione Cognitivo-affettiva è stata studiata al fine di migliorare la funzionalità dell'amigdala nella sua attività di informazione e scambio da e verso la corteccia frontale, in quanto mediatrice del livello di stress e dell'eccitazione, migliora quindi la connettività e la comunicazione tra i centri limbici che innescano le reazioni emotive e quelli più evoluti in grado di controllarle.”⁸²

L'educazione all' intelligenza emotiva rappresenta quindi una responsabilità che il pedagogo deve sapersi assumere⁸³, il trattamento educativo deve essere orientato verso un approccio cognitivo proponendo esperienze di metacognizione⁸⁴ ed esplicitazione verbale al fine di favorire nel soggetto le abilità di riconoscimento delle proprie e altrui emozioni, la riflessione sui comportamenti che ne derivano, il successivo apprendimento di nuove risposte e il controllo di se stesso e dei processi interni in modo ordinato.

81 Vagni D., Moscone D. , *L'educazione Cognitivo- Affettiva E le Condizioni Dello Spettro Autistico Ad Alto Funzionamento*, Trento, Erikson 2013.

82 D. Vagni , D. Moscone, *L'Educazione Cognitivo- Affettiva e le condizioni dello Spettro Autistico ad Alto Funzionamento* , Trento, Erikson 2013

83 Dispense Master Pedagogia Clinica – Lezione Emotività e Apprendimento- 2019,2020

84Con **metacognizione** si indica un costrutto teorico utilizzato in ambito psicologico ed educativo. La **metacognizione** indica un tipo di autoriflessività sul fenomeno cognitivo, attuabile grazie alla possibilità di distanziarsi, auto-osservare e riflettere sui propri stati mentali.

2.1 L'importanza dell' Educazione Cognitivo-Affettiva per i soggetti con Sindrome di Asperger

Una delle caratteristiche più evidenti nella diagnosi dei soggetti Asperger riguarda le notevoli difficoltà che quest'ultimi hanno nell'allacciare relazioni con i coetanei, come sottolinea Hans Asperger (1944)⁸⁵ « la natura di questi bambini si rivela con la massima chiarezza nel loro comportamento verso le altre persone, e senza dubbio quello nel gruppo sociale è il segno più chiaro del loro disturbo », ciò è dovuto ad un deficit nella Teoria della Mente⁸⁶ – presente in tutte le condizioni di spettro autistico in forma più o meno grave - per questo motivo “i soggetti aspie sviluppano con maggiore difficoltà la capacità di capire possibili pensieri o sentimenti degli altri, inoltre rivelano una capacità piuttosto limitata nel riconoscere e di conseguenza gestire efficacemente le proprie emozioni.”⁸⁷

Queste caratteristiche condizionano le abilità relazionali dei soggetti con sindrome di Asperger, i quali desiderano amicizia, relazioni e approvazione sociale ma sono spesso privi dell'innata abilità che permette di ottenerle facilmente, come scrive Marc Segar - persona con Sindrome di Asperger- « le persone neurodiverse devono capire scientificamente ciò che le persone neuritipiche capiscono già istintivamente »⁸⁸, infatti le numerose ricerche di Neuroimaging sui deficit di Teoria della Mente e

85 Asperger H. (1944), *Die «Autistischen Psychopathen» im Kindesalter*, «*European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*», vol. 117, n. 1, pp. 76-136.

86 Baron-Cohen S., Ring H.A., Bullmore E.T., Wheelwright S., Ashwin C. e Williams S.C. , *The amygdala theory of autism*, «*Neuroscience & Biobehavioral Reviews*», vol. 24, n. 3, pp. 355-364. 2000

87 T. Attwood., *Guida completa alla Sindrome di Asperger* ., EDRA 2019

88M. Segar, *Guida alla sopravvivenza per persone con sindrome di Asperger*, LEM 2009

funzioni esecutive, unite all'esperienza clinica⁸⁹, individuano la presenza di una maggiore predisposizione, nelle persone con Sindrome di Asperger in confronto ai neurotipici, rispetto a due caratteristiche cognitive:

1. Maggiore facilità ad assumere come proprie idee, schemi di pensiero e assunzioni distorte.
2. Difficoltà nel considerare spiegazioni o soluzioni alternative ad un problema e nell'elaborare autonomamente una rappresentazione degli eventi in prospettiva⁹⁰.

Queste particolarità possono portare il soggetto con Sindrome di Asperger a chiudersi in se stesso riducendo le relazioni sociali al minimo così da evitare rifiuti e/o derisioni⁹¹. Ciò può aggravarsi creando uno stato di solitudine prolungato che può rendere la persona aspie più vulnerabile nei confronti della depressione infatti da recenti sondaggi sembrerebbe che “ un adolescente su tre e due adulti su tre con la sindrome di Asperger abbia avuto almeno un episodio di depressione grave nella loro vita”⁹².

Motivo per cui negli ultimi anni è stata sottolineata l'importanza di promuovere interventi, rivolti ai soggetti neurodiversi e in particolar modo ai soggetti con Sindrome di Asperger, di ristrutturazione cognitiva e di educazione emotiva attraverso l'utilizzo di protocolli propri della CBT e nello specifico dell' Educazione Cognitivo-Affettiva⁹³.

Queste metodologie prevedono l'adozione di modalità di insegnamento concrete e visive, che si focalizzano sull'analisi dei sentimenti propri e quelli altrui, al fine di

89 Vagni D.,Moscone D., *La Sindrome Di Asperger E L'autismo Lieve, Tra Neurodiversità E Disabilità* , Roma, 2012

90 Vagni D.,Moscone D., 2012 (ibidem)

91 T.Attwood e M. Garnett., *Sconfiggere la depressione nello spettro autistico.*, EDRA , 2018

92 T.Attwood e M. Garnett.,2018 (ibidem)

93 Vagni D., Moscone D. , *L'educazione Cognitivo- Affettiva E E Condizioni Dello Spettro Autistico Ad Alto Funzionamento*, Trento, Erikson 2013.

aiutare i soggetti a mettere in relazione gli eventi esterni con i propri pensieri, emozioni e comportamenti. Inoltre viene suggerito l'esercizio nelle abilità sociali tramite apposite "simulate" o role play al fine di favorire la consapevolezza di come le proprie azioni influiscano a loro volta sui pensieri, le emozioni e i comportamenti degli altri.⁹⁴

Il lavoro nella promozione di competenze sociali ed affettive nei soggetti Asperger risulta quindi fondamentale in quanto l'incremento della manifestazione dell'affettività, intesa come la capacità di mettere in atto comportamenti appropriati nell'espressione dei sentimenti, il prendersi cura di qualcuno ed esprimere gratitudine verso l'altro⁹⁵, rappresenta un forte predittore di buon adattamento nell'età adulta. Risulta inoltre fondamentale accompagnare il lavoro educativo svolto con i soggetti neurodiversi con un lavoro parallelo svolto sull'intera società, permettendo a quest'ultima di riconoscere che "l'incapacità della persona neurodiversa di rispondere a una situazione emozionale in un modo socialmente appropriato non è evidenza di un deficit, di un disturbo o di una patologia. E' piuttosto evidenza del fatto che possiedono un dono che il resto di noi non ha sviluppato nello stesso modo. La loro connessione emotiva e intuitiva con gli altri e con il loro ambiente va oltre la nostra capacità immaginativa. Semplicemente loro non sanno cosa fare con l'informazione ricevuta. Possiamo aiutarli a capire cosa fare con

l'enorme quantità di stimoli emozionali del loro ambiente: come reagire, come prendersi cura di se stessi. Possiamo aiutarli a imparare a far pace con i loro doni, e come utilizzarli in un mondo in cui non sono capiti."⁹⁶

94 Vagni D., Moscone D., *La Sindrome Di Asperger E L'autismo Lieve, Tra Neurodiversità E Disabilità*, Roma, 2012

95 Vagni D., Moscone D., *L'educazione Cognitivo- Affettiva E E Condizioni Dello Spettro Autistico Ad Alto Funzionamento*, Trento, Erikson 2013

96 Kennell G., *-L'espressione dell'empatia - Autism & Empathy*, 2011

2.2 Strumenti utili per il trattamento clinico-pedagogico: Il Cat Kit e Il Sistema CO.CLI.TE unito all' Activity Gym.

L'incertezza diagnostica sulla sindrome di Asperger, insieme alla difficoltà dei professionisti nell'individuare e nel saper trattare forme così lievi di autismo, hanno contribuito a rallentare lo sviluppo di trattamenti educativi specifici ed efficaci per queste forme di neurodiversità; come sottolineano A. Kin e Fred R. Volkmar⁹⁷ “mentre per l'autismo associato a ritardo mentale c'è una maggiore sensibilità ed un'ampia offerta di interventi specifici, i genitori di individui con Sindrome di Asperger si trovano nell'impossibilità di giovare delle notevoli risorse associate al termine “autismo” perché i bisogni e le sfide dei loro bambini, come anche le loro risorse, sono abbastanza diversi. Questo sviluppo storico ha dato come risultato un vuoto nei servizi per bambini più capaci con deficit sociali e per le loro famiglie.”

Infatti, nonostante l'impegno in letteratura riguardo la necessità di costruire strategie d'intervento incentrate sullo sviluppo delle abilità sociali, emotive, comunicative e metacognitive, scarseggiano di fatto programmi specifici di intervento su queste aree; attualmente “ insegnanti, professionisti e genitori che lavorano con persone Asperger, hanno a disposizione solo dei testi che si concentrano su principi e tecniche generali piuttosto che sul fornire un approccio pratico facilmente applicabile e accessibile ”.⁹⁸

Nel corso degli anni, al fine di creare strumenti concreti per soggetti i cui deficit maggiori si identificano nelle competenze emotive ed affettive, sono nate diverse tipologie di terapie. In particolar modo tra gli anni '90 e i primi anni 2000 si assiste al

97 Kin A, Volkmar F. R., *Linee guida per il trattamento e l'intervento per gli individui con la Sindrome di Asperger*, Roma: Giovanni Fioriti Editore, 2006

98 Vagni D., Moscone D., *La Sindrome Di Asperger E L'autismo Lieve, Tra Neurodiversità E Disabilità*, Roma, 2012

ritorno delle terapie più strettamente comportamentali, quali l' ACT (Acceptance and Commitment Therapy) di Hayes, Dtroshal e Wilson⁹⁹, la DBT (Dialectical Behaviour Therapy) di Linehan¹⁰⁰, la MBSR (Mindfulness- Based Stress Reduction) di Kabat-Zinn¹⁰¹; in modo particolare il modello dell'Educazione Cognitivo – Affettiva è la terapia maggiormente usata con le persone neurodiverse e trae la sua origine dalla REBT (Rational Emotive Behaviour Therapy) di Ellis.¹⁰²

In generale “queste terapie vengono considerate come aspetti di un unico approccio di base che espande la tradizione della Terapia Cognitivo Comportamentale - CBT, e sono basate su pratiche come l'accettazione di sé l'autoconsapevolezza e l'impegno al cambiamento”.¹⁰³

Tutte le terapie sopracitate sono promotrici di validi strumenti utili al fine di favorire la comprensione delle emozioni e il controllo emotivo, è quindi opportuno che il terapeuta sia in grado di “utilizzare in maniera flessibile le componenti funzionali dei diversi approcci, in modo da costruire un ponte teoricamente coerente e

99 Hayes, S. C., Wilson, K. G. . *Acceptance and commitment therapy: Altering the verbal support for experiential avoidance. The Behavior Analyst*, 17 (2), 289-303; 1994

100 Linehan M., *Trattamento cognitivo comportamentale del disturbo borderline*, Raffaello Cortina Editore, 2011

101 Kabat Z. , *Mindfulness for Beginners: reclaiming the present moment - and your life.* , 2012

102 Ellis A., *L'autoterapia razionale emotiva*, Erickson 2007

L'assunto di base della **REBT** sostiene che le nostre reazioni emotive e i nostri comportamenti sono enormemente influenzati dal modo in cui interpretiamo e valutiamo ciò che ci accade, in breve da come pensiamo. Scopo dell'intervento con la REBT è favorire, quindi, l'acquisizione di un modo di pensare scientifico, che sia aperto al cambiamento, che non assolutizzi nulla, quindi flessibile e che dimostri la falsità e l'illogicità dei pensieri irrazionali. La REBT mira ad addestrare la mente ad individuare le convinzioni irrazionali, che si manifestano in pensieri automatici negativi (negative automatic thoughts) al fine di cambiarli in preferenze. Questo si realizza attraverso la disputa, cioè la messa in discussione, mediante argomentazioni logiche, delle convinzioni irrazionali, espressione di schemi e nuclei di pensiero (core beliefs) disfunzionali. Una volta ristrutturato il pensiero è necessario passare all'azione e quindi esercitarsi nel nuovo comportamento attraverso gli homework che vengono assegnati dal terapeuta.

103 Hayes, Follette e Linehan, *Mindfulness and acceptance: expanding the cognitiv-behavioral tradition* , Guildford Press 2004

valido da un punto di vista empirico, che inizi dall'intervento precoce e venga costruito sulle specificità del singolo individuo.”¹⁰⁴

Attualmente uno dei maggiori strumenti utilizzati a livello internazionale nell'educazione Cognitivo- Affettiva al fine di facilitare la comprensione e la gestione delle emozioni è il **CAT-Kit -Cognitive Affective Training Kit-** ideato dal Dr. Tony Attwood insieme a Kirsten Callesen e Annette Moller Nielsen¹⁰⁵.

Si tratta di uno strumento – disponibile in versione cartacea o web ¹⁰⁶- con un semplice supporto visivo finalizzato all’educazione e alla regolazione emotiva e a stimolare le abilità sociali. Il lavoro che ha portato Tony Attwood, Annette Møller Nielsen e Kirsten Callesen alla realizzazione del Cognitive Affective Training kit è consistito nel “tradurre” in materiale concreto e visivo, alcune delle strategie della CBT (come ad esempio l’automonitoraggio dei comportamenti e delle emozioni, l’analisi funzionale del comportamento, il problem solving, gli homework, ecc.), questo strumento rappresenta una grande evoluzione per i trattamenti orientati allo sviluppo dell'emotività e dell'affettività, come sottolinea la prof.ssa Tammie Ronen¹⁰⁷, responsabile del Renata Adler Memorial Research Center for Child Welfare and Protection presso l'Università di Tel Aviv, «il CAT-kit rappresenta un primo e promettente esempio di un processo di adattamento di queste tecniche ai bambini. Spesso i terapeuti che utilizzano la CBT con i bambini si aspettano che questi siano in grado di cambiare le proprie emozioni, ma non gli insegnano come farlo. La capacità di identificare, esprimere, comprendere, accettare e controllare le emozioni non può

104 Vagni D.,Moscone D., *La Sindrome Di Asperger E L'autismo Lieve, Tra Neurodiversità E Disabilità* , Roma, 2012

105 Cat-kit.it

106 Attwood T. , *Esplorare I Sentimenti – Terapia Cognitivo Comportamentale Per Gestire Ansia E Rabbia* , Roma, Armando Editore, 2013.

107 Moscone D.,*COGNITIVE AFFECTIVE TRAINING kit.Programma di intervento CBT per la percezione, il riconoscimento, la gestione delle emozioni e l’insegnamento delle abilità sociali.*,2014

essere data per scontata ed i bambini dovrebbero imparare ad acquisire ognuna di queste abilità».

Nello specifico, gli strumenti compresi nel CAT-Kit forniscono un supporto visivo per¹⁰⁸:

- ◆ Comunicare le emozioni
- ◆ Spiegare come le emozioni influiscono sul comportamento
- ◆ Visualizzare la successione degli eventi a livello di giorno, settimana e anno per aiutare a comprendere come pensieri ed emozioni siano causa di certi comportamenti ripetitivi
- ◆ Rappresentare graficamente la rete sociale del bambino/ragazzo e come ci si deve comportare
- ◆ Fornire un supporto visivo per la prevedibilità degli eventi e gestire eventuali cambiamenti nella routine quotidiana.

Lo scopo principale del Cognitive- affective- training kit ¹⁰⁹ è quello di sviluppare nei bambini e ragazzi che normalmente hanno difficoltà a percepire la circolarità tra pensieri, emozioni e comportamenti, una forma di pensiero realistico e razionale con l'obiettivo di migliorare le abilità del bambino ad agire in modo appropriato e favorire l'autoconsapevolezza, attraverso l'automonitoraggio e altre tecniche cognitive.

Il pedagogo durante il trattamento insegnerà al bambino ad utilizzare, in modo flessibile, i materiali visivi proposti nel Cat-Kit . Lo scopo del lavoro pedagogico sarà quello di facilitare l'apprendimento di un lessico comune sul mondo delle emozioni,

108Cat-kit.it

109 Vagni D., Moscone D. , *L'educazione Cognitivo- Affettiva E E Condizioni Dello Spettro Autistico Ad Alto Funzionamento*, Trento, Erikson 2013.

favorendo inoltre le abilità della Teoria della Mente, insegnando all'utente a collocarsi secondo la prospettiva altrui¹¹⁰.

Per questo motivo il CAT-kit può essere utilizzato sia in sedute individuali che di gruppo¹¹¹, all'interno del gruppo infatti il soggetto può familiarizzare con gli schemi di pensiero degli altri, questo favorisce una migliore comprensione della mente altrui e porta ad una maggiore tolleranza verso le diverse modalità di pensiero e di comportamento degli altri.

Inoltre, è bene sottolineare che, essendo il CAT-Kit uno strumento operativo basato sui principi generali del comportamento umano, non è utile solo per le persone Asperger, ma anche per altre condizioni per esempio ADHD, disturbo bipolare giovanile, disturbo oppositivo-provocatorio, disturbo borderline, disagio sociale, etc che rendono complessa la gestione delle emozioni, come ansia, rabbia¹¹².

Gli strumenti proposti dal CAT-Kit sono quindi finalizzati sia ad un'educazione affettiva (es. termometro, il corpo, le parole sentimento, le faccine delle emozioni..) sia ad una ristrutturazione cognitiva (es. conversazione a fumetti, scatola degli attrezzi, storie sociali..).

Nello specifico, gli strumenti principali del CAT-Kit finalizzati all'*educazione affettiva* sono¹¹³:

♦ **Il termometro\il misuratore:** questo strumento serve a determinare e a rendere visibile il grado di intensità di una determinata emozione. Permette inoltre di

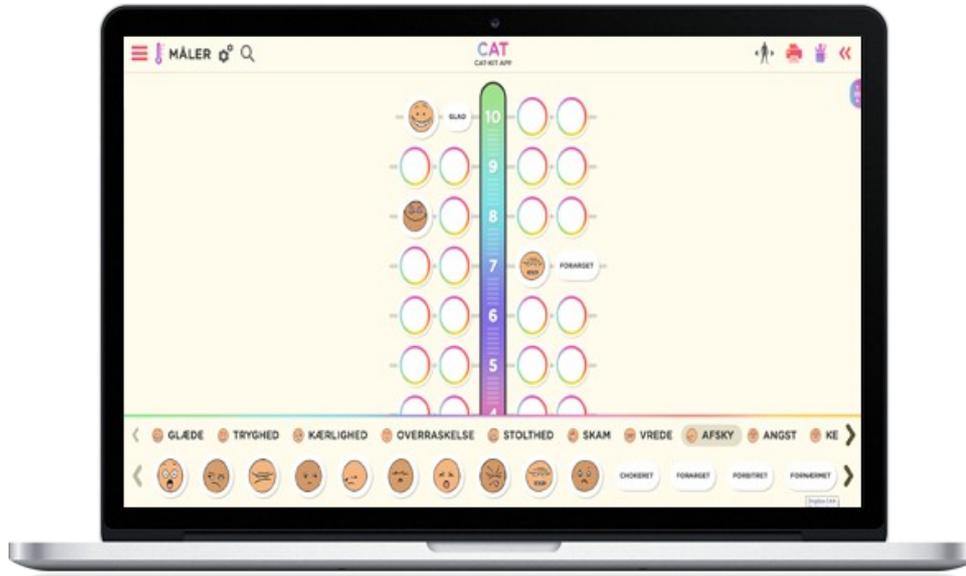
110 Attwood T. , *Esplorare I Sentimenti – Terapia Cognitivo Comportamentale Per Gestire Ansia E Rabbia* , Roma, Armando Editore, 2013.

111 Cat-kit.it

112 Attwood T. , *Esplorare I Sentimenti – Terapia Cognitivo Comportamentale Per Gestire Ansia E Rabbia* , Roma, Armando Editore, 2013.

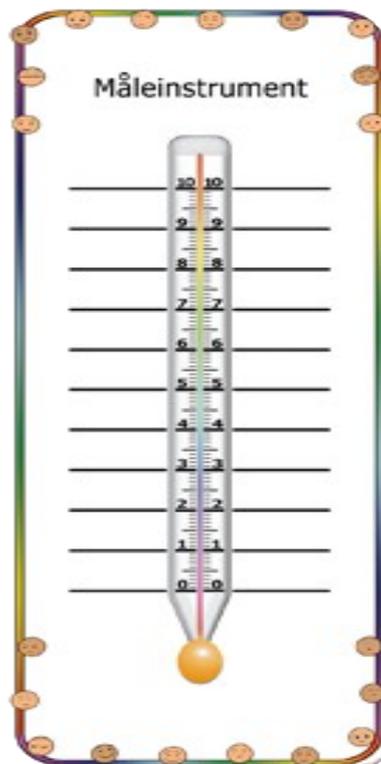
113 Vagni D., Moscone D. , *L'educazione Cognitivo- Affettiva E E Condizioni Dello Spettro Autistico Ad Alto Funzionamento*, Trento, Erikson 2013.

affiancare le proprie emozioni alle emozioni di una seconda persona eventualmente coinvolta nella situazione descritta dal soggetto. (es, litigio con un amico).



Il misuratore - versione Web

Il misuratore- versione cartacea



- ◆ **Schede temporali (il giorno, la settimana):** questi strumenti permettono di tenere traccia dei cambiamenti dell'umore e delle situazioni affrontate nel corso della routine giornaliera e settimanale, permettono così di analizzare il contesto, lo stato psicofisico, e gli antecedenti di un'emozione.

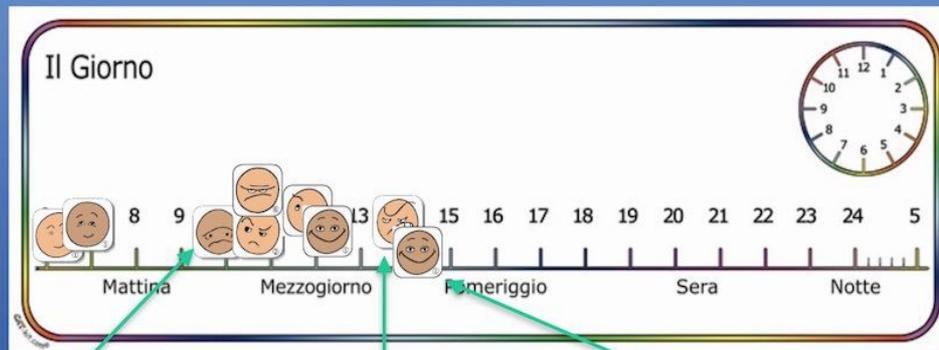
La Settimana

Ti sei sentito arrabbiato ed irritato tutti i giorni prima di pranzo?
Ha avuto importanza in che classe fossi o chi fosse la tua insegnante?

Come hai trascorso la settimana ?

Quando ti sei sentito bene ? 
Quando ti sei sentito arrabbiato/irritato? 
Quando ti sei sentito contento/felice?  

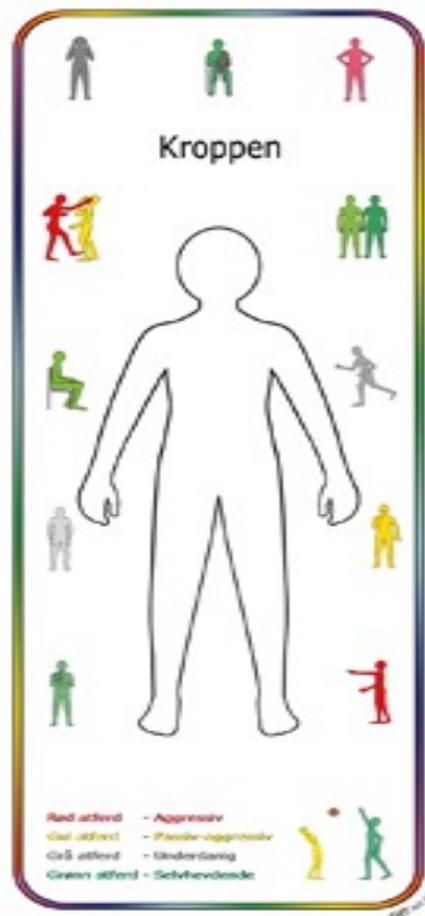
Orario	Lunedì	Martedì	Mercoledì	Giovedì	Venerdì	Sabato	Domenica
Mattina Dalle 6 alle 10	Sveglia  Colazione  <small>Pulmino scolastico</small> Italiano 	Sveglia  Colazione  <small>Pulmino scolastico</small> Geografia 	Sveglia  Colazione  <small>Pulmino scolastico</small> Attività 	Sveglia  Colazione  <small>Pulmino scolastico</small> Attività 	Sveglia  Colazione  <small>Pulmino scolastico</small> Italiano 	Andare a pescare  papà e Gianni 	
Mezzogiorno Dalle 10 alle 14	Matemat.  Pranzo 	Storia  Pranzo 	Sport  Pranzo 	Matemat.  Pranzo 	Nuoto  Pranzo 		Chiesa 
Pomeriggio Dalle 14 alle 18	English  Geografia  Storia 	Musica  Fisica  Matematica 	Matematica  Nuoto 	Scrittura  Fisica  Matematica 	Matemat.  Biblioteca  Musica 		Andare a trovare n. 
Sera Dalle 18 alle 23							
Notte Dalle 23 alle 6							



- *Deluso a livello 9*
- Quando siamo arrivati al mare la bandiera rossa non c'era. Il vento era molto forte e c'erano delle grandi onde.
- *Arrabbiato a livello 9*
- Alle 14.00 gli adulti hanno detto che era ora di rientrare a casa. Mi sono arrabbiato molto. Volevo rimanere al mare.
- *Contento a livello 7*
- Al ritorno mi è stato permesso di sedere accanto al conducente. Mi piace. Dal sedile riesco a prendere i CD e posso decidere che musica ascoltare.

♦ **Il corpo:** è lo strumento per insegnare a riconoscere gli indicatori fisici delle emozioni in se stessi e negli altri e per aiutare a rappresentare graficamente le sensazioni generate dalle emozioni e a collegarle con il comportamento conseguente. “ Si può discutere su come il corpo risponda alle emozioni e alle azioni e come reagisca a livello comportamentale e su come si possa rispondere e reagire meglio alle nostre emozioni e ai comportamenti degli altri nei nostri confronti.”¹¹⁴

114D. Vagni , D. Moscone, *L'Educazione Cognitivo- Affettiva e e condizioni dello Spettro Autistico ad Alto Funzionamento* , Erikson 2013



Il corpo

♦ **Le faccine e le parole sentimento:** questi strumenti possono essere utilizzati insieme al misuratore per rendere cosciente la valutazione cognitiva delle emozioni collegate all'esperienza soggettiva. Le diverse parole\faccine indicano la componente qualitativa dell'esperienza mentre sul misuratore si stabilisce l'intensità.

Le faccine\parole sentimento possono anche essere utilizzate insieme alle schede temporali con lo scopo di mostrare concretamente che le emozioni hanno una durata limitata nel tempo e che sono sempre in relazione ad un determinato contesto.



Faccine e Parole sentimento

♦ **I Miei Cerchi:** questo strumento sfrutta i diagrammi di Todd¹¹⁵ a cerchi concentrici i quali aiutano il soggetto a visualizzare e a identificare lo spazio sociale e il comportamento adeguato per i vari livelli di rapporti sociali¹¹⁶.

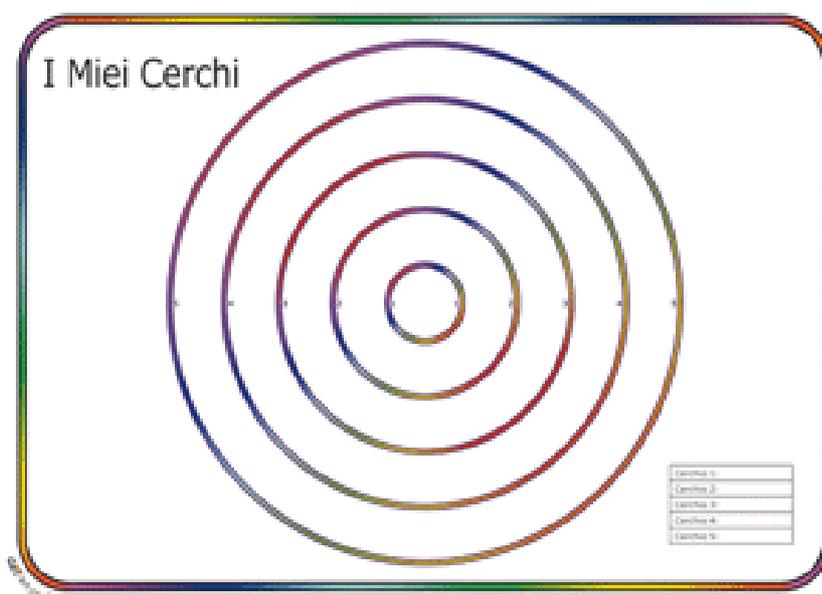
I Cerchi rappresentano graficamente la rete sociale della persona: ogni cerchio concentrico, contrassegnato da un numero, corrisponde ad un gruppo sociale (genitori,

¹¹⁵ *La Mappa di Todd* è uno strumento di misurazione della rilevanza relazionale. Nello specifico, si tratta di uno strumento di rilevazione grafica che consente di misurare la rete sociale di un soggetto. Graficamente, la Mappa di Todd può essere rappresentata con un ampio cerchio costituito da cinque cerchi concentrici, suddivisi in spicchi e settori. Ognuno di questi settori individua un diverso ambito di relazione: amici, famiglia, vicini, operatori dei servizi. La procedura di compilazione della Mappa consiste nel chiedere alla persona intervistata di collocare il proprio nome nello spazio centrale del cerchio, il centro della rete, e poi, di scrivere per ciascun settore il nome delle persone con cui è in relazione, a distanza diversa a seconda di quanto egli senta queste persone importanti e vicine a sé (I quadrante: “relazione Importantissima”; II quadrante: “relazione Molto importante”; III quadrante: “relazione Abbastanza importante”; IV quadrante: “relazione Poco importante”). Dopo che il soggetto ha compilato la Mappa, la tecnica prevederebbe di chiedere all'intervistato di collegare tra di loro le persone che si conoscono disegnando delle linee in modo da visualizzare i legami esistenti: si ottiene in questo modo la rappresentazione grafica della rete sociale che circonda la persona. Infine, si dovrebbe invitare l'intervistato ad indicare la qualità relazionale con ciascuna persona nominata unendo se stesso ad ogni persona con frecce di tipo diverso.

¹¹⁶ Scott J., *Social network analysis: A handbook*, London, Sage Publications 2000

parenti, amici, insegnanti, compagni di classe etc.) Per ogni gruppo si può scrivere come salutare, di quali argomenti si può parlare con ogni membro di ogni cerchio (gruppo sociale).

I miei Cerchi possono essere utilizzati anche per migliorare la consapevolezza delle proprie idee o giudizi su attività e persone e modificarle attraverso la presa di prospettiva. “Spesso, con i ragazzi con Sindrome di Asperger, questo strumento viene utilizzato per lavorare sul concetto di *amicizia*, rispondendo alla domanda «di chi mi fido?» e scrivendo su questo elemento del kit i nomi delle persone, iniziando da quelle di cui ci si fida di più per finire con quelle sulle quali non si può fare affidamento”.¹¹⁷



I miei cerchi

♦ **Il Semaforo del Comportamento e La Ruota:** entrambi rientrano negli strumenti considerati *organizers* della personalità in quanto permettono di lavorare non solo sugli aspetti più articolati della persona come l'organizzazione cognitiva e la teoria su noi stessi, ma anche sugli stili di comportamento.

¹¹⁷D. Vagni, D. Moscone, *L'Educazione Cognitivo- Affettiva e le condizioni dello Spettro Autistico ad Alto Funzionamento*, Erikson 2013

Il semaforo presenta 3 colori che corrispondono a 3 stili di comportamento: assertivo (verde), aggressivo (rosso), aggressivo – passivo (giallo) e remissivo (grigio). Questo strumento aiuta ad esercitarsi in questi modi di agire tramite role-play, in tal modo il soggetto diviene consapevole che esistono diversi stili di comportamento alcuni dei quali sono meno accettabili degli altri e, di conseguenza, aumenta l'autoconsapevolezza del “colore” del proprio comportamento, evidenziando che una stessa persona può assumere comportamenti differenti a seconda delle situazioni.

La Ruota invece prevede che vengano disegnati e contrassegnati da un nome, i diversi i diversi aspetti di sé usando ad esempio colori, animali, personaggi dei cartoni etc. In questo modo il soggetto può comprendere meglio tutti gli aspetti della propria personalità. La Ruota può anche essere utilizzata per lavorare sulle emozioni complesse e sul fatto che più emozioni possono essere provate contemporaneamente.



Il semaforo del comportamento



La Ruota

Una volta raggiunti gli obiettivi di educazione affettiva prestabiliti, il terapeuta può procedere alla fase di ristrutturazione cognitiva, la quale permette al soggetto di modificare il proprio *frame*¹¹⁸, ovvero la propria visione del mondo, degli altri individui e di se stesso, in modo da correggere le convinzioni disfunzionali e favorire il raggiungimento di uno stile di pensiero più funzionale e adattivo.

È importante sottolineare che la componente di ristrutturazione cognitiva va sempre accompagnata da strumenti di rilassamento, accettazione e defusione¹¹⁹. e inserita all'interno dell'intervento pedagogico con un approccio amichevole e non inquisitore. Anche per questa fase Il Cat Kit propone alcuni strumenti utili per il trattamento educativo:

118 Attwood T. E Garnett M. ., *Sconfiggere La Depressione Nello Spettro Autistico*.,Milano, Edra S.P.A. , 2018

119 Vagni D., Moscone D., 2013 (ibidem)

♦ **Lo Scudo:** questo strumento è costruito dal soggetto insieme al terapeuta tramite una riflessione di tipo metacognitivo in cui il bambino è invitato a creare un proprio “scudo” che rappresenta in maniera visiva la propria *resilienza*¹²⁰.

Lo strumento prevede l'inserimento in forma scritta dei seguenti elementi:

- Una parola\ un' immagine che mi descrive
- Una causa importante
- Due faticose vittorie
- Un sogno (senza restrizioni)
- Una lezione importante
- Una persona importante\un modello
- Tre parole\simboli che vorrei che le persone utilizzassero per descrivermi
- Un motto

♦ **Le storie sociali e conversazioni a fumetti:** le storie sociali insieme alle conversazioni a fumetti, entrambe ideate da Carol Gray, rappresentano attività utili alla ristrutturazione cognitiva in quanto forniscono efficacemente gli strumenti adatti affinché il bambino comprenda gli indizi e le risposte a situazioni sociali ed emotive specifiche. Inoltre, “costruire una storia sociale aiuta le persone a comprendere la prospettiva del bambino e a capire perchè il suo comportamento possa apparire eccessivamente confuso, ansioso, aggressivo o oppositivo.”¹²¹

♦ **La cassetta degli attrezzi:** questo strumento viene costruito insieme al bambino e consiste nell'individuare i diversi tipi di oggetti e comportamenti utili a risolvere i

120 La *resilienza* è la capacità di un sistema di adattarsi al cambiamento.

Wieland, A. & Wallenburg, :*The Influence of Relational Competencies on Supply Chain Resilience: A Relational View*. International Journal of Physical Distribution & Logistics Management, 2013 Vol. 43, pp. 300-320

121 C.Gray, *Il nuovo libro delle storie sociali. Promuovere le competenze relazionali in bambini e giovani adulti con autismo e sindrome di Asperger.*, iMateriali Erickson, Trento 2015

problemi connessi alle emozioni negative, in particolare ansia, rabbia e tristezza. La varietà di strumenti può essere suddivisa in categorie¹²²: quelli che, in maniera costruttiva, rilasciano velocemente l'energia emotiva (es. attività fisica), quelli che la riducono lentamente (es. attività di rilassamento) e quelli che migliorano la capacità di pensiero e la prospettiva su se stessi (*mindset*) sul mondo e sugli altri e quindi ristrutturano il proprio pensiero cambiando il modo in cui si interpreta la realtà (es. monologo interiore, auto-istruzioni).

Alla cassetta degli attrezzi possono essere aggiunti gli *interessi speciali* del soggetto “gli interessi speciali possono essere associati ad un intenso piacere e può escludere pensieri negativi. L'interesse speciale può essere fonte di rilassamento e fungere come un interruttore di spegnimento quando si è agitati o arrabbiati.”¹²³ In questa fase è fondamentale la condivisione con la famiglia del bambino¹²⁴ per identificare i diversi strumenti che aiutano a “riparare” il sentimento e quelli che, invece, vanno evitati perchè producono effetti negativi.

Il *Cognitive Affective Training Kit* può quindi rappresentare un valido strumento per favorire lo sviluppo nel soggetto di una maggiore consapevolezza emotiva ed affettiva; l'Educazione Cognitivo-Affettiva rappresenta tuttavia solo una delle diverse strategie cognitive a cui il clinico può affidarsi per favorire lo sviluppo nel soggetto di abilità e competenze metacognitive. Una componente comune a tutte le strategie di intervento cognitivo riguarda infatti l'educazione alla connessione tra pensieri, emozioni e comportamenti, allo scopo di riconoscere la relazione esistente tra il nostro comportamento e quello che le persone pensano, sentono e agiscono.

122 Vagni D., Moscone D., *L'educazione Cognitivo- Affettiva E E Condizioni Dello Spettro Autistico Ad Alto Funzionamento*, Trento, Erikson 2013.

123 T. Attwood, *Esplorare i sentimenti – Terapia Cognitivo Comportamentale per gestire ansia e rabbia*, Armando Editore, 2013

124 T. Attwood 2013 (ibidem)

Rimane quindi di fondamentale importanza il lavoro del pedagogo nel saper modificare e adattare i vari strumenti e strategie considerando l'unicità del soggetto.

Inoltre, se si considera la neurodiversità sempre correlata ad una condizione disprassica – seppur con diversi livelli di interessamento- risulta fondamentale per l'intervento educativo porre l'attenzione sull'importanza della fluidità e della sequenzialità delle attività proposte al soggetto, al fine di potenziare lo sviluppo e l'accuratezza delle funzioni esecutive complesse, responsabili anch'esse della regolazione emotiva e dell'autocontrollo.

A confermare ciò sono i promulgatori della TPM¹²⁵ (Teoria – Prassico – Motoria), secondo cui il lavoro sul movimento sequenziale ed organizzato “aiuterebbe la persona ad evitare o contenere lo stato di smarrimento cognitivo nelle situazioni comunicative o cooperative svolte sequenzialmente nel tempo e nello spazio”¹²⁶, inoltre la fluidità dei flussi corticali inter-emisferici che deriva dalla pratica del ritmo durante l'atto motorio, favorisce nel soggetto neurodiverso maggiore organizzazione cognitiva e conseguente capacità di autocontrollo “pertanto svolge una duplice funzione formativa di esercizio e di aiuto bio-psicologico generale facilitandone stati di rilassamento generale e di benessere.”¹²⁷

Sulla Teoria Prassico Motoria pone le sue radici il Metodo Crispiani, in questo ambito, il trattamento abilitativo è condotto da operatori specialisti che seguono le linee procedurali e le logiche della Strategia Ecologico-Dinamica nel contesto del Sistema **CO.CLI.TE.** (*COgnitivo CLInico Trattamento Educativo*), “costituito da dodici azioni cognitivo-dinamiche che lavorano in un regime di dinamicità sulla cognitivà, ovvero sulla coordinazione e organizzazione del pensiero. Il lavoro abilitativo previsto dal sistema CO.CLI.TE contribuisce al potenziamento dei circuiti

125 Crispiani P., *METODO CRISPIANI*, Edizioni Junior, Gruppo Spaggiari, Parma, 2016

126 Crispiani P., Giaconi C., *La Sindrome Di Jack – Smarrimento Cognitivo Sequenziale Ovvero “I Bambini Che Si Perdonano Nelle Sequenze”* 2015, cit. p. 63

127 Proietti M., Soraci S., *L'educazione motoria nella scuola materna.*, Soc. Stampa Sportiva, Roma 1983, cit. p. 47

neurali che regolano le funzioni esecutive umane coordinate nel tempo e nello spazio”¹²⁸.

Il trattamento si basa quindi sull’esecuzione di compiti cognitivi e motori in un regime di giusta intensività e coerenza, con lo scopo di favorire maggiore fluidità e potenziare la sequenzialità. Proprio perchè i movimenti svolti secondo un regime di sequenzialità e fluidità favoriscono nel soggetto maggiori capacità di autocontrollo e autoregolazione, le dodici azioni ¹²⁹ del Sistema CO.CLI.TE e, in generale le azioni cognitive proposte durante il trattamento clinico, possono essere anticipate dall’ **Activity Gym**¹³⁰ la quale consiste nello svolgimento di cinque minuti di dinamiche prassico-motorie intensive preparatorie alle attività abilitative (incipit del training), allertamento delle funzioni esecutive complesse, in tre ambiti più significativi per i coordinamenti neuro-psico-motori che costituiscono la Triade dinamizzante: – motricità generale, – schemi laterali e crociati, – schemi rotatori¹³¹.

L’ Activity Gym condotta in un regime di fluidità e giusta pressione esecutiva è dunque orientata ai vettori *Successioni – Automatismi – Fluidità*, che costituiscono il *Polo SAF* del Metodo Crispiani. Lo scopo del trattamento educativo secondo la Teoria Prassico Motoria è quindi quello di sollecitare, monitorare e spingere a fluidità le capacità motorie, percettive, di memoria, linguistiche, di pensiero, grafo motorie e

128 Crispiani P., Bitti N., Esposito L., Fiorillo A., Gulli F., Mignanelli F., *SISTEMA CO.CLI.TE – Cognitivo Clinico Trattamento Educativo.*, Edizioni Junior, Parma 2016

129 Le 12 azioni cognitive del sistema CO.CLI.TE: autoanalisi, motricità, percezione, memoria, linguaggio, grafo-motricità, Barrages, letto-scrittura, narrazione, discalculia, pensiero, comprensione del testo.

130 L’*Activity Gym* rappresenta un’ evoluzione della seconda azione del Sistema CO.CLI.TE, la *motricità*. Successivamente l’*Activity Gym* è stata ulteriormente sviluppata con il *COGNITIVE-MOTOR-TRAINING*.

131 Crispiani P., Bitti N., Esposito L., Fiorillo A., Gulli F., Mignanelli F., *SISTEMA CO.CLI.TE – Cognitivo Clinico Trattamento Educativo – Azione 2 La Motricità.*, Edizioni Junior, Parma 2016

in generale, potenziare le funzioni esecutive complesse¹³² favorendo, in questo modo, nel soggetto lo sviluppo di maggiori abilità e competenze cognitive e metacognitive.

Dato il vasto panorama di strategie cognitive utili al trattamento educativo rimane compito fondamentale del clinico saper integrare i diversi strumenti al fine di aiutare il soggetto nel suo percorso verso l'autodeterminazione.

Infine, una volta individuati gli strumenti più adatti, rimane come ultima componente la *pratica* di tutte le strategie trovate¹³³. La pratica graduale è necessaria per garantire che il bambino sia in grado di utilizzare le strategie in modo efficace. L'uso del *modelling*¹³⁴ sull'operatore e il gioco di ruolo con i bambini costituiscono la prima fase di questa componente¹³⁵; il passo successivo consiste nell'uso delle strategie in situazioni reali e l'identificazione degli stili di comportamento opportuni da adottare nei diversi contesti di vita quotidiana. Per poter raggiungere traguardi significativi è infatti necessario che il soggetto riesca a riproporre le strategie imparate con il terapeuta anche in altri contesti, imparando così a generalizzare quanto imparato in studio. In modo particolare per i soggetti neurodiversi è fondamentale che l'intervento educativo sia programmato su obiettivi concreti e sia orientato alla globalità e alla sequenzialità, infatti scrive G. Edelman -biologo statunitense, premio Nobel per la medicina nel 1972- "l'addestramento e la ripetizione incrementano gli schemi automatici o anticipativi conducendo alla conduzione del movimento

132Crispiani P., *Manuale Itard - Manuale Clinico Di Pedagogia Speciale 2013-2014*, Libreria Floriani Macerata .

133 Attwood T. , *Esplorare I Sentimenti – Terapia Cognitivo Comportamentale Per Gestire Ansia E Rabbia* , Roma, Armando Editore, 2013.

134 Bandura A., *Social Learning and Personality Development*, 1963

La tecnica del modellamento (modeling) consiste nella promozione di esperienze di apprendimento attraverso l'osservazione del comportamento di un soggetto che funge da modello.

135 Ozonoff S., Geraldine D., Mc Partland J., *"Sindrome Di Asperger E Autismo. Una Guida Per Genitori"*, 2007

eccellente”¹³⁶, considerando come tale anche il movimento neuronale del sistema nervoso centrale che regola l'agire umano e le emozioni.

Proprio per questo motivo uno dei compiti principali del pedagogo in questo ambito consiste nel lavoro di *training* con i genitori del soggetto e con le agenzie educative ¹³⁷(es. scuola, oratorio,..) in cui quest'ultimo è inserito. Il pedagogo dovrà spiegare loro l'utilizzo corretto degli strumenti che verranno proposti al bambino, in questo modo è possibile estendere il lavoro svolto in studio anche in contesti diversi e per il soggetto significativi.

Per concludere ritengo che siano particolarmente importanti le parole rilasciate da T. Attwood in un'intervista riguardo il ruolo dell'operatore in questo ambito

« è importante che l'operatore capisca che deve essere degno di **fiducia**. Le persone Asperger hanno una lunga esperienza di incontri con persone che non le hanno mai capite fino in fondo e possono essere molto veloci nel determinare se gli piaci o meno. Questo non significa che non sei un buon operatore, ma solo che loro possono immediatamente decidere se tu gli piaci o meno. Inoltre devono fidarsi del fatto che quello che tu gli suggerisci sia una strategia migliore rispetto a quella che hanno usato finora. Per le loro intense emozioni hanno già iniziato ad usare strategie e funzionano... ma si devono fidare che quella che tu gli stai suggerendo sia realmente migliore. »¹³⁸

Si ribadisce quindi l'unicità della persona come valore fondamentale per ogni intervento educativo, quest'ultimo accompagnato sempre da ascolto attivo, non giudicante, in grado di creare un sentimento di fiducia tra pedagogo e soggetto, al fine di permettere il raggiungimento degli obiettivi educativi.

136Edelman G., “*Sulla teoria della mente*”, Adelphi 1993

137 Vagni D., Moscone D., *L'educazione Cognitivo- Affettiva E E Condizioni Dello Spettro Autistico Ad Alto Funzionamento*, Trento, Erikson 2013.

138Moscone, *Intervista a T. Attwood- I vantaggi e gli svantaggi della Sindrome di Asperger*. - Roma, 2014

III. ESPERIENZA DI TIROCINIO: TRATTAMENTI EDUCATIVI CON MINORI CON SINDROME DI ASPERGER

3. Esperienza di tirocinio con il *gruppo Asperger* presso il centro per l'autismo Enrico Micheli – ANGSA Novara-Vercelli.

PROGETTO DEL GRUPPO

Il progetto di Angsa Novara - Vercelli dedicato alle persone con Disturbo dello Spettro Autistico ad alto funzionamento nasce nel 2017 e si pone come obiettivo principale il coinvolgimento di ragazzi con Sindrome di Asperger in contesti motivanti e tutelati in cui possano esprimere al meglio le proprie potenzialità e creare relazioni autentiche.

Il gruppo volge a migliorare la comprensione di sé stessi, degli altri, la regolazione affettiva, l'autonomia, le abilità sociali e la crescita personale.

Il modello di trattamento prende spunto dalla branca della psicologia che si occupa di intelligenza emotiva ed educazione cognitivo affettiva con il supporto degli strumenti forniti dal Cognitive Affective Training Kit- e dalla terapia cognitivo-comportamentale di terza generazione (Acceptance and Commitment Therapy- ACT e Mindfulness Based stress Reduction - MBSR e Mindfulness Based Cognitive Therapy-MBCT)¹³⁹.

Attualmente ANGSA Novara- Vercelli ha attivi due gruppi dedicati alle persone con Disturbo dello Spettro Autistico ad Alto Funzionamento: nella sede di ANGSA - Vercelli è presente un gruppo per i ragazzi Asperger frequentanti le scuole superiori, nella sede di Novara è attivo un gruppo per i ragazzi delle scuole medie.

Il gruppo Asperger della sede di ANGSA-Novara - dove ho svolto una parte della mia esperienza di tirocinio da febbraio 2019 a marzo 2020- è mediato da due operatrici del centro per l'autismo Enrico Micheli , la dott.ssa Laura Lunghi, educatrice professionale, e la dott.ssa Chiara Ghidina, psicologa.

Attualmente il gruppo è costituito da quattro ragazzi di età compresa tra gli 11 e i 12 anni e svolge le sue attività con cadenza quindicinale, il venerdì dalle 17.00 alle 18.30

L'obbiettivo principale del gruppo riguarda la promozione di maggiori competenze cognitive ed affettive, al fine di favorire il riconoscimento delle proprie e altrui emozioni aiutando ciascun ragazzo a trovare le giuste strategie per relazionarsi in modo efficace e funzionale con le altre persone.

Per questo motivo durante gli incontri con i ragazzi sono state proposte attività di autoanalisi e riflessione metacognitiva utilizzando strumenti propri del CAT-Kit, accompagnati da attività di simulazione, role play, brainstorming, giochi di ruolo, etc.

GESTIONE ED ORGANIZZAZIONE DEL GRUPPO

Il gruppo si ritrova alle ore 17.00 presso la sede del centro ANGSA-Novara.

Dopo una prima fase di accoglienza, le operatrici chiedono ai ragazzi di raccontare i diversi avvenimenti e i pensieri che li hanno accompagnati nelle settimane precedenti.

Dalle tematiche portate dai ragazzi stessi si sviluppa l'attività della giornata. Durante la mia presenza nel gruppo l'argomento maggiormente ricorrente nei discorsi dei minori ha riguardato le difficoltà nella creazione dei legami con i coetanei e la successiva gestione delle relazioni di amicizia.

Tale tematica è di grande spessore anche negli adolescenti neurotipici, infatti la vita, per la maggior parte delle persone, è costituita da interazioni sociali all'interno di vari gruppi e il successo che ognuno ha all'interno di questi gruppi è soprattutto determinato dalla qualità delle proprie interazioni sociali, le quali risultano essere influenzate dalla propria comprensione sociale e dalle proprie capacità e competenze generali.

Come detto nei capitoli precedenti, per i ragazzi con Sindrome di Asperger, le interazioni sociali con i coetanei possono rappresentare delle vere e proprie sfide giornaliere in quanto i ragazzi nello spettro autistico hanno spesso difficoltà nella comunicazione, nella socializzazione, e nel comportamento, presentando inoltre una limitata comprensione delle situazioni sociali e delle risposte da fornire in un determinato contesto sociale. I ragazzi Aspie non apprendono questo tipo di abilità dall'ambiente circostante, ma hanno bisogno che gli vengano insegnate una gamma di strategie dirette all'ampliamento della loro comprensione sociale e delle loro competenze in modo tale che la loro comprensione e risposta alle relazioni interpersonali divenga produttiva e costruttiva.¹⁴⁰ Questo implica l'insegnamento di modi appropriati di vivere e lavorare insieme in situazioni sociali e sviluppare una sempre più realistica comprensione delle convenzioni e delle complessità associate all'interazione con il mondo sociale.

Dai racconti dei ragazzi del gruppo ho potuto constatare come la difficoltà nell'instaurare relazioni autentiche con i propri coetanei sia molte volte fonte di grande malessere a cui spesso i ragazzi non riescono trovare una spiegazione e una soluzione.

Per favorire la riflessione sulle relazioni interpersonali, durante gli incontri con il gruppo si è riflettuto sulle seguenti domande:

1. Chi è un amico?
2. Di che cosa parlano gli amici?
3. Come si comporta un amico?

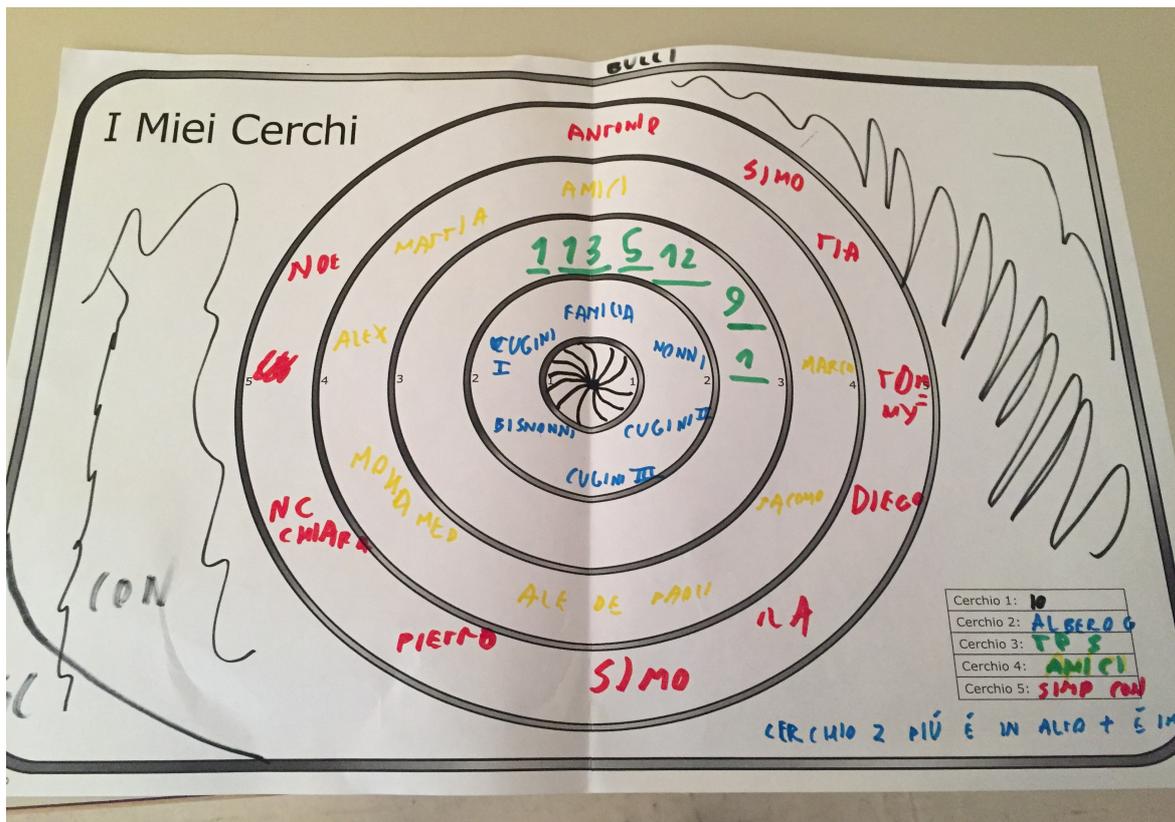
140 Cuorementelab.it – Questioni di Amicizia -

4. Come si mantengono le amicizie?

Nell'affrontare ciascun argomento sono state proposte ai ragazzi diverse tipologie di attività.

Nello specifico, per rispondere alle prime due domande “Chi è un amico” e “Di che cosa parlano gli amici?” è stata proposta l'attività “I miei Cerchi” fornita dal CAT-Kit:

A ciascun ragazzo è stato dato un foglio con disegnati 4 cerchi concentrici, è stato loro spiegato che il cerchio più interno rappresenta la propria persona, gli altri cerchi rappresentano la loro rete sociale, dalle persone più vicine a quelle più lontane. Dopodiché è stato chiesto di scrivere in ogni cerchio i nomi delle persone conosciute, parenti, amici, compagni di classe, etc.

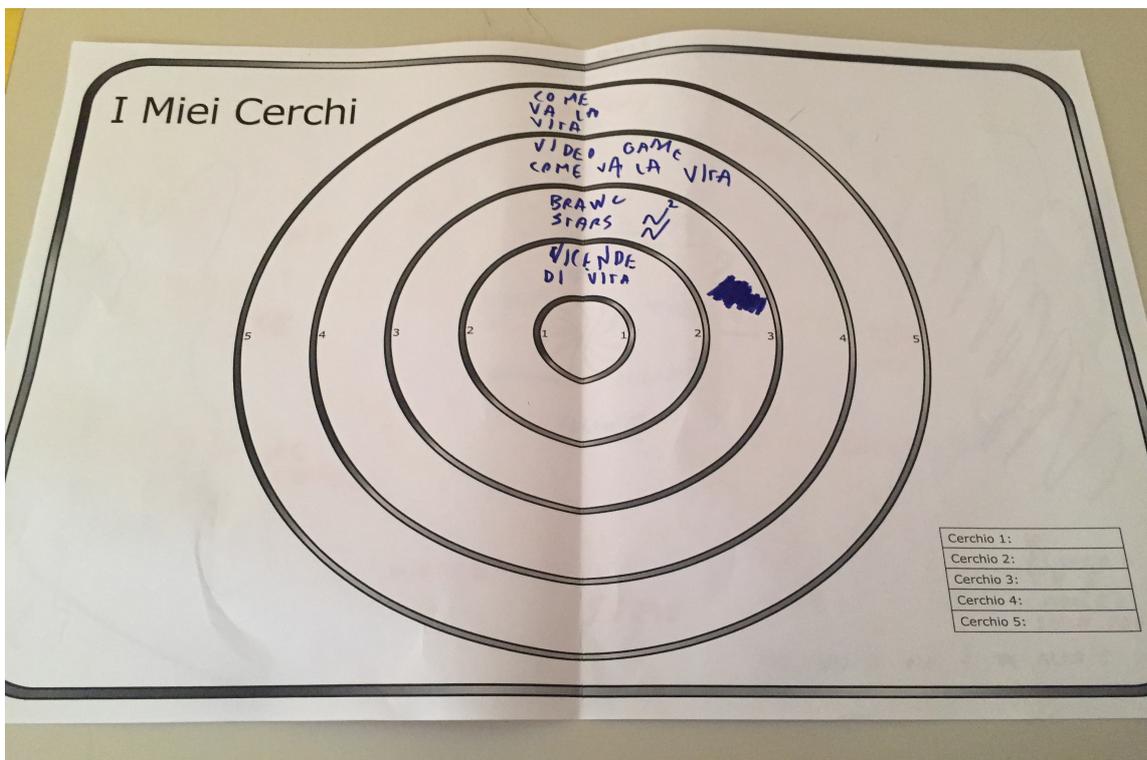


A. 12 anni

Ai ragazzi sono stati dati circa 15 minuti per pensare e riflettere sulle proprie relazioni interpersonali. In generale, dopo un primo momento di difficoltà, tutti sono riusciti a scrivere i nomi delle persone che ritengono più vicine a loro. Alcuni hanno voluto evidenziare anche le persone più lontane e quindi poste fuori dai cerchi. (es. A. “bulli” e D. “sconosciuti”). Allo scadere del tempo è seguita una fase di riflessione, guidata dalle operatrici, rispetto a quanto scritto da ogni ragazzo.

Successivamente è stato dato un altro foglio identico al primo, ma questa volta è stato chiesto ai ragazzi di scrivere in ogni cerchio gli argomenti di cui è possibile parlare con le persone dei rispettivi cerchi.

In questa seconda fase è stata osservata una difficoltà maggiore nel riflettere e nel pensare a quali argomenti siano più adeguati e funzionali alle diverse relazioni. I ragazzi, in generale, hanno mostrato scarsa flessibilità nella scelta degli argomenti, riproponendo, per ciascun gruppo di persone, quelli riguardanti i propri interessi speciali.



A.

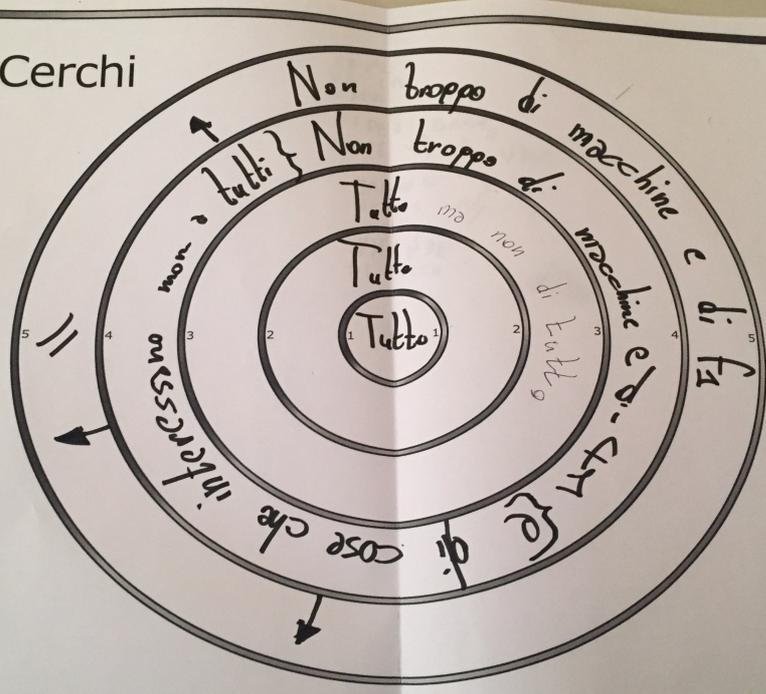
Miei Cerchi



Cerchio 1:
Cerchio 2:
Cerchio 3:
Cerchio 4:
Cerchio 5:

F.

I Miei Cerchi



Cerchio 1:
Cerchio 2:
Cerchio 3:
Cerchio 4:
Cerchio 5:

D.

Durante gli incontri con il gruppo, sempre in relazione ai rapporti con i coetanei, specialmente in ambito scolastico, è emersa la tendenza dei ragazzi ad intervenire al posto dei loro compagni di classe, venendo di conseguenza isolati ed etichettati come “secchioni”.

Per aiutare la riflessione rispetto alle conseguenze di tali comportamenti è stata proposta un'attività di Role Play:

Ciascun ragazzo è stato invitato ad assumere un certo “ruolo” e ad agirlo in una simulazione che rappresentava un'interrogazione all'intera classe da parte del professore – quest'ultimo interpretato prima da un'operatrice e poi a turno dai ragazzi stessi.-

I ragazzi hanno potuto sperimentarsi in ruoli diversi, provando le emozioni vissute dai loro compagni quando vengono interrotti e, allo stesso tempo, hanno potuto osservare le diverse reazioni di compagni e professori in conseguenza ai propri comportamenti.

Questa attività ha aiutato il gruppo a riflettere sulla domanda “Come si comporta un amico?” favorendo inoltre l'apprendimento e lo sviluppo di abilità di cooperazione, abilità sociali, Teoria della Mente e problem solving.

Infine, per riflettere sull'ultima domanda “Come si mantengono le amicizie” è stata proposta un'attività di Brainstorming. Ogni componente del gruppo è stato invitato, per più incontri, a condividere un pensiero su cosa si possa fare per mantenere un'amicizia. I ragazzi, sempre con la mediazione delle operatrici, hanno potuto riflettere su come semplici gesti come lo scrivere ai propri amici, invitarli a casa propria, aiutarli nelle materie scolastiche, condividere i propri e altrui interessi, rispettare le idee degli altri, etc.. possano essere utili e funzionali al mantenimento di un legame di amicizia.

Purtroppo, a causa della situazione di emergenza creata dal Covid-19, ho dovuto sospendere l'attività di tirocinio due mesi prima del termine previsto (maggio 2020), per cui non ho avuto la possibilità di osservare e partecipare ad altre attività che erano in programma.

Tuttavia, durante la mia presenza nel gruppo ho potuto osservare come, oltre alle attività pratiche proposte ai ragazzi, la relazione stessa con le operatrici abbia assunto un ruolo fondamentale nel guidare i ragazzi alla riflessione e all'autoanalisi favorendo un clima sereno e rispettoso.

Questa osservazione mi ha permesso di riflettere ulteriormente sull'importanza del rapporto di fiducia che si crea tra operatore e utente, che va oltre agli strumenti pratici proposti e si pone come elemento imprescindibile per la buona riuscita dell'azione educativa e il raggiungimento degli obiettivi ad essa connessi.

3.1 Trattamenti educativi individuali con il Cat Kit e con il metodo CO.CLI.TE – Activity Gym presso il Centro di Educativa Territoriale di Arona (NO)

In concomitanza all'esperienza di tirocinio con il centro per l'autismo di Angsa-Novara, ho voluto sperimentare, presso il centro di Educativa Territoriale di Arona - dove lavoro come educatrice professionale da quattro anni- gli strumenti del CAT-Kit e alcuni strumenti propri del metodo CO.CLI.TE all'interno degli interventi educativi individuali con 3 utenti di età compresa tra gli 11 e i 12 anni.

I minori - due dei quali sono diagnosticati Asperger, il terzo è in fase di valutazione per i Disturbi Specifici dell'Apprendimento - sono in carico al servizio di Educativa Territoriale con la sottoscritta da circa un anno e mezzo, tutti e tre mostrano grandi difficoltà nel riconoscimento e nella gestione delle proprie emozioni per cui ho ritenuto utile avviare un percorso di Educazione Cognitivo-Affettiva all'interno dell'intervento individuale.

Nello specifico ho introdotto, durante l'intervento educativo, un prima fase di attivazione motoria seguendo gli esercizi proposti dall'azione 2 del CLIDD, per favorire lo scambio inter-emisferico, promuovere le abilità di autocontrollo e potenziare le funzioni esecutive complesse.

Dopodichè ho invitato i minori a svolgere delle riflessioni metacognitive, mediate dalla sottoscritta, riguardanti i rapporti interpersonali e il riconoscimento e la gestione delle proprie emozioni, utilizzando alcuni strumenti del Cat Kit .

SVOLGIMENTO INTERVENTO EDUCATIVO INDIVIDUALE



R.12 anni

Ai ragazzi è stato proposto, come apertura del trattamento educativo, un primo momento di **Activity Gym** – 10 minuti.

Obbiettivi:

- promuovere lo scambio interemisferico
- sollecitare, monitorare e spingere a fluidità le capacità motorie, percettive, di memoria, linguistiche, di pensiero, grafo motorie
- potenziare le funzioni esecutive complesse
- favorire l'autocontrollo e le competenze metacognitive



R.12 anni

Con uno dei ragazzi, date le frequenti crisi di ansia vissute nel contesto scolastico, è stata proposta la realizzazione della **“Cassetta degli Attrezzi”** (da utilizzare se necessario – in accordo con i professori- durante le ore scolastiche che per R. rappresentavano le situazioni di maggiore stress emotivo)

Obbiettivi:

- riflettere sulle emozioni negative (rabbia, tristezza, sconforto..)
- pensare ad oggetti \ attività utili a fronteggiare situazioni particolarmente stressanti, da inserire all'interno della scatola
- favorire il riconoscimento delle emozioni negative e l'abilità di autocontrollo

Sempre con la collaborazione della scuola è stato inoltre possibile, nei momenti di forte crisi emotiva, permettere al minore in questione di uscire dalla classe con l'insegnante di sostegno e utilizzare altri strumenti del Cat Kit (es. il termometro delle emozioni e le schede temporali) per favorire maggiori capacità di autocontrollo, decomprimendo la sensazione di ansia e andando di conseguenza ad supportare l'autostima del minore.

Un'altra attività particolarmente apprezzata dai minori ha previsto la creazione di uno “Scudo”, con lo scopo di rappresentare in maniera visiva la propria resilienza.



L.11 anni



R. 12 anni

Ai ragazzi è stato chiesto di creare uno scudo da dividere in 8 parti in cui sono state inserite:

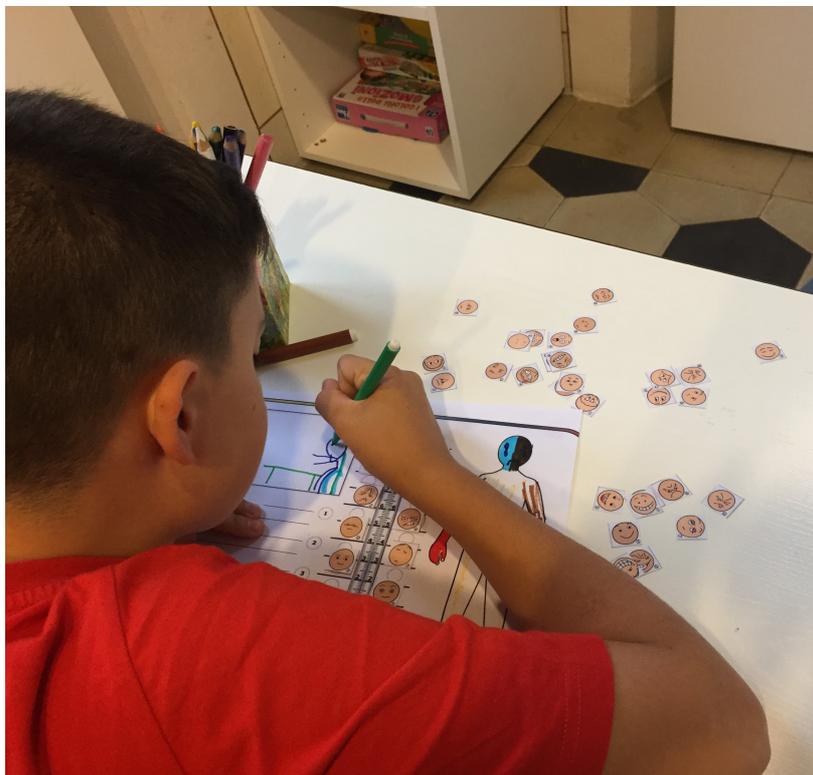
- Una parola\ un' immagine che mi descrive
- Una causa importante
- Due faticose vittorie
- Un sogno (senza restrizioni)
- Una lezione importante

- Una persona importante\un modello
- Tre parole\simboli che vorrei che le persone utilizzassero per descrivermi
- Un motto

Questo strumento ha permesso ai minori di individuare, attraverso una riflessione guidata dall'educatrice, i propri punti di forza. Andando ad implementare la propria autostima e il proprio senso di autoefficacia.

Infine uno degli strumenti maggiormente usati durante gli interventi educativi individuali è stata una scheda rappresentante: Il corpo, Il termometro delle emozioni e la descrizione sia disegnata che scritta di un episodio significativo, a livello emotivo, per il ragazzo.

La possibilità di avere i 3 strumenti su di un'unica scheda ha permesso ai minori di raccontare e rendere più visibile la situazione vissuta, permettendo loro di riflettere con più fluidità sulle emozioni provate riconoscendole anche a livello corporeo.



L. 11 anni



SEI FELICE
QUESTO TUO
PAPA' E
TUO FILATRO

PIAZZ

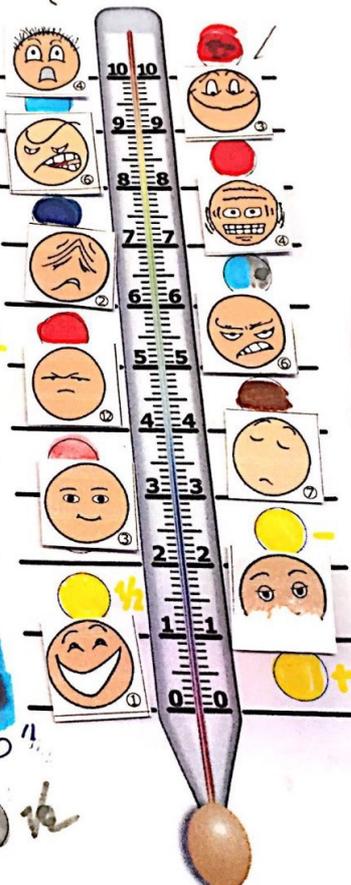
1 HO PREPARO IL MISTO E SENTO 1+

2 POI ANDAVO PAPA' CHE VUOL VERGARE LA MIA 2

3 PAPA CHE SCOPER LA AVVO SCOPPIO LA MIA 3

4 PAPA CHE DICE CHE NON SI GIUOLA "HO PENSATO CHE FOSSI TUO PAPA PICCOLO" 4

5 MAMMA DICE CHE SI SAREBBE CATTA PIU TONDI E QUANDO APPAREBBE IMPARATO LA MIA 5



C.11 anni

1 Mom avevo la minima voglia di andare a provare (come spesso capita) lui ha sempre sonno & mal di testa

2 Mio papà mi ha detto di scendere ad esercitarmi & ha detto che mi ca...

3 Allora mio papà si è arrabbiato in casino con me & ha detto le scido cose o chissà però ha detto che non mi avevo mai fatto suonare la batteria, il telefono e danza

4 Allora anche mia mamma si è incattivita & abbiamo cominciato a litigare

5 Abbiamo continuato poi dopo un po' mio papà si è calmato & ha detto che la casa della danza, telefono & batteria lo aveva detto solo per arrabbiato & abbiamo risolto in modo più pacatamente

SONNO 1
RABBIA 2
NOIA 3
RABBIA + TRISTEZZA 4
RABBIA + TRISTEZZA 4
RABBIA + TRISTEZZA 5
RABBIA + GIOIA 5
GIOIA / NORMALITÀ / QUOTIDIANITÀ 5

Ai ragazzi è stato inoltre proposto di costruire una propria “Enciclopedia delle emozioni” in cui associare le emozioni ai diversi colori utilizzati nello schema del corpo, con lo scopo di rendere più immediato il confronto tra le diverse situazioni vissute e le rispettive emozioni provate.

In generale i minori hanno partecipato con entusiasmo a tutte le attività proposte, mostrando grande interesse nel riflettere sulle emozioni e sugli effetti che queste hanno sul corpo e sul comportamento proprio e altrui.

Dato il successo riscontrato con i ragazzi, si ipotizza di proseguire gli interventi educativi utilizzando gli strumenti del CAT-Kit integrandoli ad altri strumenti del metodo CO.CLI.TE (come ad esempio l'azione 1, L'autoanalisi, e l'azione 11, Il pensiero). Considerando sempre la possibilità di modificare e riadattare i diversi strumenti in relazione alle singolarità di ogni soggetto.

CONCLUSIONI

In seguito alle ricerche effettuate e all'esperienza diretta svolta con minori neurodiversi, ho potuto riflettere sulle diverse condizioni neurobiologiche che costituiscono il genere umano.

In particolar modo ho constatato come la condizione di neurodiversità rappresenti oggi ancora un terreno poco conosciuto e sia spesso considerata dai soggetti neurotipici una condizione debilitante per l'individuo. La riflessione sui testi e sull'esperienza diretta mi ha invece permesso di comprendere le potenzialità che tale condizione porta con sé.

Allo stesso tempo questo lavoro ha promosso lo sviluppo di maggiori conoscenze e competenze relative ai protocolli dell' Educazione Cognitivo Affettiva, il cui scopo principale è quello di aiutare il soggetto a comprendere la natura delle emozioni e gestirle in modo adeguato, ma non solo, un altro aspetto importante riguarda l'esplorazione dei propri valori, imparando a conoscere sé stessi implementando l'autostima e strutturando l'identità personale. Per cui, l'educazione cognitivo affettiva, con i propri strumenti uniti alla relazione di fiducia tra operatore ed utente, è volta ad aiutare il giovane ad individuare e sviluppare i propri valori e vivere a pieno la propria vita, mostrandosi un valido percorso da proporre all'interno del progetto educativo sia a soggetti neurotipici che a soggetti neurodiversi.

Infine, vorrei concludere questo elaborato con le parole di Carol Gray – studiosa con Sindrome di Asperger di fama mondiale- relative alle potenzialità che la condizione di neurodiversità può offrire al soggetto e all'intera comunità.

“La scoperta della neurodiversità mette a fuoco opportunità preziose che ripetutamente non vengono colte, non attribuendo il giusto valore al loro potenziale.

C'è la possibilità di fare nuove amicizie, un'opportunità di riconsiderare chi sembrava un po' bizzarro, ma decisamente più onesto e genuino.

Oltre a scoprire nuove amicizie, c'è la possibilità di avvalersi di prospettive e talenti unici per affrontare i problemi.

C'è del lavoro da fare durante il prossimo secolo: malattie da curare, un ambiente da salvare, libertà da difendere. Fortunatamente ci sono persone dotate di una mente capace di affrontare la sfida e con l'abilità di focalizzarsi e perseverare; posseggono talenti e prospettive uniche a sufficienza per risolvere i problemi più grandi o migliorare i progetti più impegnativi.

Queste persone sono la prova vivente che i migliori luoghi da frequentare sono sempre quelli che devono ancora essere scoperti"

BIBLIOGRAFIA

- M. Ammaniti & V. Gallese – *La Nascita dell’Intersoggettività. Lo Sviluppo del Sé tra Psicodinamica e Neurobiologia*. Milano, Raffaello Cortina Editore 2014
- Asperger H. , *Die «Autistischen Psychopathen» im Kindesalter*, «*European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*», vol. 117, n. 1, 1944
- Attwood T. ., *Guida Completa Alla Sindrome Di Asperger .*, Milano, Edra S.P.A. 2019
- Attwood T. ., *Esplorare I Sentimenti – Terapia Cognitivo Comportamentale Per Gestire Ansia E Rabbia* , Roma, Armando Editore, 2013.
- Attwood T. E Garnett M. ., *Sconfiggere La Depressione Nello Spettro Autistico.*,Milano, Edra S.P.A. , 2018
- Bandura A., *Social Learning and Personality Development*,1963
- Barbieri M. ., *A Scuola Con Il Corpo: Motricità Relazionale Finalizzata Al Successo Educativo* , Vol 38, N 2, 2015
- Baron-Cohen S., Ring H.A., Bullmore E.T., Wheelwright S., Ashwin C. e Williams S.C. ., *The amygdala theory of autism*, «*Neuroscience & Biobehavioral Reviews*», vol. 24, n. 3
- Beck JS., *Terapia cognitiva e disturbi emotivi- International Universities Press*, Madison, CT, 1975
- Beck JS., *Cognitive behavior therapy: Basics and beyond (2nd ed.)*, New York, NY: *The Guilford Press*, 2011
- Blume, Harvey . *Neurodiversity*, 1998 The Atlantic.

- Caritas Italiana – *Newsletter Osservatori delle Povertà e Risorse* n. 1 – Luglio-agosto-settembre 2003
- Chiarenza A., *Le disprassie dello sviluppo e i disturbi motori associati*, Suyi Publication 2008
- Crispiani P., Bitti N., Esposito L., Fiorillo A., Gulli F., Mignanelli F., *SISTEMA CO.CLI.TE – Cognitivo Clinico Trattamento Educativo.*, Edizioni Junior, Parma 2016
- Crispiani P., Bitti N., Esposito L., Fiorillo A., Gulli F., Mignanelli F., *SISTEMA CO.CLI.TE – Cognitivo Clinico Trattamento Educativo – Azione 2 La Motricità.*, Edizioni Junior, Parma 2016
- Crispiani P., *Manuale Itard - Manuale Clinico Di Pedagogia Speciale 2013-2014*, Libreria Floriani Macerata .
- Crispiani P., *METODO CRISPIANI*, Edizioni Junior, Gruppo Spaggiari, Parma, 2016
- Crispiani P., *Pedagogia Clinica*, Parma, Edizioni Junior, 2001
- Crispiani P., *Pedagogia Clinica Della Famiglia Con Handicap*, Bergamo, Edizioni Junior, 2008
- Crispiani P. , *Lavorare Con L' Autismo – Dalla Diagnosi Ai Trattamenti*, Parma, Edizioni Junior, 2016
- Crispiani P., *Dislessia Come Disprassia Sequenziale*, Parma, Edizioni Junior 2015
- D'Alonzo L., *Pedagogia Speciale Per Preparare Alla Vita*, Milano, Editrice La Scuola, 2016
- Crispiani P., Giaconi C., *La Sindrome Di Jack – Smarrimento Cognitivo Sequenziale Ovvero “I Bambini Che Si Perdonano Nelle Sequenze”* , Parma, Edizioni Junior 2015

- Dewey J. ., *Democrazia Ed Educazione*, La Nuova Italia, Firenze, 1974
- Edelman G., “*Sulla teoria della mente*”, Adelphi 1993
- Ellis A., *L'autoterapia razionale emotiva*, Erickson 2007
- Frith U., *Autism and Asperger syndrome*, Cambridge, Cambridge University Press, 1991
- Gadamer H.G., *Verità e metodo*, Milano, Bompiani 1988
- Gelati M, *Pedagogia speciale e integrazione. Dal pregiudizio agli interventi educativi*, Carocci Editore 2004
- Gray C., *Il Nuovo Libro Delle Storie Sociali. Promuovere Le Competenze Relazionali In Bambini E Giovani Adulti Con Autismo E Sindrome Di Asperger.*, Trento, Imateriali Erickson, 2015.
- Goleman D., *Intelligenza emotiva: che cos'è e perchè può renderci felici.*, BUR 2019
- Hayes, S. C., Wilson, K. G. . *Acceptance and commitment therapy: Altering the verbal support for experiential avoidance. The Behavior Analyst*, 17 (2), 1994
- Happé F. e Frith U., *The neuropsychology of autism*, «*Brain*», vol. 119, 1996
- Hayes, Follette e Linehan, *Mindfulness and acceptance: expanding the cognitive-behavioral tradition* , Guildford Press 2004
- Kabat Z. ., *Mindfulness for Beginners: reclaiming the present moment - and your life.* , 2012
- Kennell G., *-L'espressione dell'empatia - Autism & Empathy*, 2011.
- Kim Y.S., Leventhal B.L., Koh Y.J., Fombonne E., Laska E., Lim E.C. e Grinker R.R., *Prevalence of autism spectrum disorders in a total population sample*, «*American Journal of Psychiatry*», vol. 168, n. 9, 2011

- Kin A, Volkmar F. R., *Linee Guida Per Il Trattamento E L'intervento Per Gli Individui Con La Sindrome Di Asperger*, Roma, Giovanni Fioriti Editore, 2006
- Linhean M., *Trattamento cognitivo comportamentale del disturbo borderline*, Raffaello Cortina Editore, 2011
- Mason (1994), Mason, Micheline, 1994, R. Risier 2000.
- Minello R., *Vygotskij E La Neurodiversità. Riformulare I Problemi Per I Bambini Con Bisogni Educativi Speciali*, 2013
- Moderato L., *Aiutami A Crescere – Guida Per Genitori Ed Educatori Di Bambini Disabili E Non.*, Brescia, Vannini Editore, 2001.
- Morrice, Polly, *Otherwise Minded*, The New York Times, review of *A Mind Apart: Travels in a Neurodiverse World*, 2006
- Moscone D., *COGNITIVE AFFECTIVE TRAINING kit. Programma di intervento CBT per la percezione, il riconoscimento, la gestione delle emozioni e l'insegnamento delle abilità sociali.*, 2014
- D. Moscone, *Intervista a T. Attwood- I vantaggi e gli svantaggi della Sindrome di Asperger.* - Roma, 2014
- Myles B. e Simpson R.L., *Asperger syndrome: An overview of characteristics*, «Focus on Autism and Other Developmental Disabilities», vol. 17, 2002
- Paley J, *The cartesian melodrama in nursing*, Nursing Philosophy 3, 2002
- Portwood M.M, *Developmental dyspraxia- A practical manual for parents and professionals*, 1996
- Proietti M., Soraci S., *L'educazione motoria nella scuola materna.*, Soc. Stampa Sportiva, Roma 1983
- Sandri P., *Elementi Di Didattica Speciale Per L'inclusione*, «L'INTEGRAZIONE Scolastica E Sociale», 2015.
- Scott J., *Social network analysis: A handbook*, London, Sage Publications 2000

- Simone R., *Aspergirls – Valorizzare Le Donne Con Sindrome Di Asperger E Condizioni Dello Spettro Autistico Lieve* , Roma , Armando Editore, 2010.
- Ozonoff S., Geraldine D., Mc Partland J., “*Sindrome Di Asperger E Autismo. Una Guida Per Genitori*”, 2007
- Segar M. , *Guida alla sopravvivenza per persone con sindrome di Asperger*, LEM 2009
- Vagni D., Moscone D., *La Sindrome Di Asperger E L'autismo Lieve, Tra Neurodiversità E Disabilità* , Roma, 2012
- Vagni D., Moscone D. , *L'educazione Cognitivo- Affettiva E E Condizioni Dello Spettro Autistico Ad Alto Funzionamento*, Trento, Erikson 2013.
- Vagni D., Moscone D., *Autismo E Disturbi Dello Sviluppo.*, Vol.11 N.1 Gennaio 2013, Trento, Edizioni Erikson.
- Vico G. , *Pedagogia generale e nuovo umanesimo*, Brescia, LA SCUOLA 2002
- Wieland, A. & Wallenburg, :*The Influence of Relational Competencies on Supply Chain Resilience: A Relational View*. International Journal of Physical Distribution & Logistics Management, 2013
- Wing L., *Asperger’s syndrome: A clinical account*, «*Psychological Medicine: A Journal of Research in Psychiatry and the Allied Sciences*», vol. 11, 1981
- Wing L., *The relationship between Asperger’s syndrome and Kanner’s autism. In U. Frith (a cura di), Autism and Asperger syndrome*, Cambridge, Cambridge University Press. , 1991
- Dispense Master Pedagogia Clinica -*Lezione Disprassia* – 2019, 2020
- Dispense Master Pedagogia Clinica – *Lezione Emotività e Apprendimento*- 2019, 2020

SITOGRAFIA

- www.aidee.it
- www.angsanovara.org
- www.cat-kit.it
- www.centroitalianodislessia.it
- www.centroclinicovictor-jesi.it
- www.cuorementelab.it
- www.disprassiaitard.eu
- www.divisioneautismocastelmonte.it
- www.logopedia.com
- www.neuropsicomotricista.it
- www.pierocrispiani.it
- www.portaledisabilita.wordpress.com
- www.spazioasperger.it
- www.tonyattwood.com.au