



"Malinconia". Edvard Munch, 1891

IL RITARDO MENTALE

Corso di Psichiatria a.a. 2002-03
Corso di laurea in Scienze dell'Educazione e della Formazione

Docente Prof. C. Cedro

Introduzione

Il ritardo mentale ha un tasso di prevalenza di circa l'1%. E' più comune tra i maschi con un rapporto maschi/femmine di 1,5:1. Oggi si preferisce usare la definizione di "ritardo mentale" piuttosto che di "insufficienza mentale" (definizione che comunque compare ancora nelle diagnosi) poiché quest'ultima dà l'idea di un punto di arrivo, di qualcosa di definitivo, di una "insufficienza" appunto, mentre nel termine "ritardo" è implicita l'idea di una "recuperabilità".

Secondo la definizione del DSM IV (Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali), per effettuare una diagnosi di ritardo mentale bisogna riscontrare almeno tre elementi, a prescindere dalla coesistenza di disturbi fisici o altri disturbi mentali:

1. Funzionamento intellettuale generale significativamente sotto la media (quindi presenza di un deficit di tipo intellettuale con un quoziente intellettuale (Q.I.) di 70 o inferiore a 70, ottenuto con un test somministrato individualmente. Per i bambini

molto piccoli il ritardo viene espresso in termini di quoziente di sviluppo (Q.S.).

2. Deficit significativi o inadeguatezza nel funzionamento adattivo (cioè incapacità del soggetto di adattarsi all'ambiente)

3. Esordio della patologia prima dell'età di 18 anni (per convenzione si considerano come limite i 18 anni: se un quadro clinico simile si sviluppa per la prima volta dopo i 18 anni la diagnosi è di "demenza"; tuttavia una demenza può sovrapporsi su un ritardo mentale precedentemente esistente come nel caso di un bambino con ritardo mentale lieve il cui funzionamento intellettivo si deteriora dopo aver subito un danno cerebrale per un incidente).

CENNI STORICI SULLA TERMINOLOGIA

In origine si consideravano con attenzione solamente i casi più gravi di idiozia e imbecillità. Sino al secolo XVII la parola "idiota" o "deficiente" fu applicata a tutti gli insufficienti mentali, mentre "imbecille" implicava un significato di debolezza soprattutto in senso fisico. In tempi più antichi i deficienti erano considerati con disprezzo e conseguentemente venivano emarginati e, in qualche caso, addirittura soppressi come avveniva, per esempio, a Sparta dove non solo i deficienti ma tutti i bambini portatori di tare fisiche o psichiche venivano fatti precipitare dall'alto del monte Taigeto, come stabilito nella legislazione di Licurgo. Anche i romani eliminavano i deboli ma tolleravano i deficienti specie se potevano far divertire.

Nel Medio Evo erano considerati creature del demonio e molti epilettici, psicotici e sordomuti venivano confusi spesso con i deficienti mentali. In Oriente invece il borbottio degli idioti era considerato di ispirazione divina e quindi i deficienti erano ritenuti innocenti e sacri. Finalmente sotto Costantino, il vescovo di Myra raccomanda di aver cura degli idioti.

Il termine "cretino", usato ancora oggi scientificamente in Francia, deriva da "chrétien" che significa "cristiano", con evidente riferimento all'attitudine propria dei cristiani a sopportare le offese. Tale attitudine non poteva essere apprezzata e neppure compresa in un contesto culturale basato sul culto della forza, in cui i cristiani apparivano incapaci di reagire, deboli, cretini appunto. In Inghilterra invece il problema fu affrontato in termini più pratici e obiettivi: già al tempo di Edoardo I e di Edoardo II (1200-1300) si elaborarono leggi per il trattamento dell'idiota e dei suoi beni.

Lo studio delle anomalie mentali inizia soltanto quando si comincia a considerare il deficiente come un essere umano che costituisce una variabile inevitabile. Anche i primi psicologi non riuscirono a spiegare gli aspetti dello sviluppo intellettivo e confondevano i deficienti con i pazzi. Il vero studio della psicologia dei deficienti iniziò dopo la Rivoluzione Francese. Nel 1837 Sèguin fondò a Parigi una scuola per deficienti formulando per questi un programma rieducativo. Anche in Inghilterra si provvedeva con speciali istituzioni alla educazione e alla cura di questi soggetti: nel 1840 Andrea Reed ottenne la fondazione

di Highgate a Park House che fu il primo asilo per deficienti in Inghilterra. La fondazione ebbe così ampio consenso che nel Colchester, nel 1849 fu aperto un nuovo ricovero, Essex Hall, per quasi cento deficienti con lo scopo di insegnar loro semplici lavori manuali. Anche in Svizzera e in Germania nascevano scuole simili.

In Italia è il De Sanctis ad aprire il primo asilo-scuola nel 1899 e i primi ambulatori di neuropsichiatria infantile (1903) mentre Montessori, Montesano e Bonfiglio fondavano la Lega Nazionale per la protezione dei fanciulli deficienti. Nel 1908 venivano organizzate le prime classi differenziali a Roma e nel 1915 a Milano Medea fondava la "Pro infanzia anormale".

Così in tutta Europa e negli Stati Uniti si andava diffondendo il concetto di doveroso obbligo di assistenza ai minorati mentali; le fondazioni sorgevano però sempre per iniziativa privata. In questi istituti il maggior lavoro di rieducazione fu compiuto con soggetti affetti da grave insufficienza mentale, ineducabili in senso scolastico; impararono a giocare, ad aver cura nel vestirsi e ad effettuare semplici lavori manuali.

CLASSIFICAZIONI DELLA INSUFFICIENZA MENTALE

La più antica definizione distingueva i frenastenici in "idioti" (suddivisi in tre gradi a seconda dell'assenza più o meno completa della parola) e "imbecilli" (senza capacità di scrittura). In seguito fu introdotta la debolezza mentale. Sollier considerava gli idioti come malati ma "addestrabili"; gli imbecilli invece erano ritenuti incorreggibili, degenerati e, in base al comportamento, antisociali. Voisin al contrario sottolineava il fatto che mentre l'idiotia è un infermo che deve essere completamente assistito poiché non sa provvedere alle sue necessità, l'imbecille, per quanto maldestro, turbolento ed incapace, può essere considerato un elemento attivo della società.

I Paesi Scandinavi, la Germania e l'Italia hanno adottato il termine di "oligofrenia" o "cretinismo" per indicare quelle insufficienze dell'intelligenza congenite o precocemente acquisite, che, pur diversificandosi dal punto di vista eziologico e clinico, presentano un quadro psico-patologico pressoché omogeneo. Bleuler suddivide l'oligofrenia in gradi:

- il grado massimo è denominato "idiozia"
- il grado medio corrisponde all'"imbecillità"
- il grado lieve è definito "debolezza mentale"

Tuttavia in tale classificazione le demarcazioni tra i vari livelli non erano nette né oggettive per cui dai primi del '900 ad oggi la psicomatria ha elaborato una misurazione quantitativa dei limiti e dei gradi dell'intelligenza. Inoltre con il tempo e con l'uso i termini "imbecille", "deficiente", "idiotia" ecc. che in precedenza erano riferiti esclusivamente al deficit intellettuale, assunsero una valenza negativa diventando offensivi. Si rese necessaria, pertanto l'adozione di un nuovo tipo di classificazione essenzialmente descrittiva, non implicante alcun concetto né eziologico, né patogenetico, né valutativo, basata sul quoziente intellettuale (Q.I.)

definito come rapporto tra età mentale ed età cronologica.

Binet e Simon elaborarono una scala per misurare l'intelligenza e, attraverso un esame consistente nella somministrazione di batterie di tests di livello di sviluppo intellettivo e di efficienza, si stabiliva l'età mentale del soggetto in funzione del superamento delle prove differenziate a seconda dell'età cronologica e sulla base del numero di risposte valide e non.

La normalità o meno del soggetto si stabiliva raffrontando i risultati ottenuti dal soggetto con i livelli medi. Un eccessivo allontanamento da questi indicava un ritardo mentale. Poi si capì che lo spazio intercorrente tra l'età cronologica e l'età mentale ha effetti più gravi a seconda dell'età cronologica. Vale a dire che lo stesso numero di anni di ritardo rispetto all'età cronologica varia di importanza e di significato a seconda dell'età reale del soggetto. Quindi più il paziente è piccolo, più il suo ritardo dal punto di vista diagnostico è grave. Per esempio il ritardo di 2 anni sui 12 anni è ben più lieve che lo stesso ritardo sui 4 anni. Così il risultato conseguito venne espresso secondo il concetto di Q.I., che lo pone in rapporto all'età reale, moltiplicando per 100 allo scopo di evitare le cifre decimali:

$$\text{Q.I.} = \frac{\text{Età Mentale (E.M.)}}{\text{Età Cronologica (E.C.)}} \times 100$$

Non è comunque sostenibile la costanza del Q.I. in quanto sono possibili delle variazioni sotto l'influenza dell'ambiente. E' vero che i deficit più gravi sono in genere meno influenzabili dal punto di vista rieducativo. Inoltre per tutti i gradi di deficit intellettivo si deve sempre tener presente la concorrenza di turbe associate che aggravano il deficit originario di intelligenza: turbe motorie, sensoriali, del linguaggio, gnosiche, prassiche, della percezione spazio-temporale, dello schema corporeo, della lateralità, e ancora le turbe del comportamento o dipendenti dalla maturazione affettiva o reattiva all'infermità e all'atteggiamento dell'ambiente. Più grave è il ritardo mentale, più grande è la possibilità di anomalie associate in uno o più apparati (neurologiche, neuromuscolari, visive, uditive e cardiovascolari). Tali anomalie possono ulteriormente menomare il funzionamento adattivo della persona. I sintomi comportamentali comunemente osservati nel ritardo mentale includono passività, dipendenza, bassa auto-stima, bassa tolleranza alla frustrazione, aggressività, scarso controllo degli impulsi, auto-stimolazione stereotipata e comportamenti autolesivi. In taluni casi questi comportamenti possono essere appresi e condizionati da fattori ambientali; in altri casi possono essere legati a un disturbo fisico sottostante. Particolarmente comuni come diagnosi associate sono i disturbi generalizzati di sviluppo da deficit di attenzione con iperattività e il disturbo da stereotipia-abitudine.

Oltre a un deficit nel funzionamento intellettivo, il quadro clinico di ritardo mentale coinvolge anche un deficit del funzionamento adattivo che concerne l'efficienza del soggetto in aree come le attività sociali, la comunicazione e le attività

della vita quotidiana; valuta quindi quanto agevolmente il soggetto riesce a raggiungere gli standards di indipendenza personale e di responsabilità sociale che ci si possono aspettare dall'età o dal gruppo culturale di appartenenza. Il comportamento adattivo è più suscettibile di miglioramento a seguito di tentativi terapeutici di quanto non lo sia il Q.I. che tende a rimanere stabile. Esistono delle scale per quantificare il funzionamento o il comportamento adattivo (per esempio le Scale Vineland per il comportamento adattivo).

Ponendo l'accento sulla adattabilità e capacità sociale, l'insufficienza mentale può essere definita come "una vasta gamma di condizioni di grado diverso, dipendenti da una serie di cause patologiche, caratterizzate da uno sviluppo incompleto della psiche, tale che l'individuo è incapace di adattarsi all'ambiente sociale in modo ragionevole, efficiente e armonioso e ha bisogno di una sorveglianza e di un controllo esterno".(1)

C. Morosini, A. Marini - La riabilitazione delle paralisi cerebrali infantili con insufficienza mentale, 1967 pag.10.

I GRADI DI GRAVITA' DEL RITARDO MENTALE

Si considerano 4 gradi di gravità in rapporto al Q.I. del soggetto (poiché ogni misurazione è suscettibile di errore, un punteggio Q.I. viene generalmente considerato approssimato di circa 5 punti; pertanto un Q.I. di 70 può rappresentare una zona che va da 65 a 75. Il livello di Q.I. di 70 è stato scelto perché la maggior parte dei soggetti con Q.I. inferiore a 70 necessita di servizi e di assistenza speciale, particolarmente durante l'età scolastica):

GRADO DI GRAVITA'	Q.I.
Lieve.....	da 50-55 a circa 70
Moderato.....	da 35-40 a 50-55
Grave.....	da 25-20 a 35-50
Gravissimo.....	inferiore a 20-25

- Ritardo Mentale Lieve

In questo gruppo rientra la maggior parte dei soggetti con ritardo mentale, cioè circa l'85%. In questi soggetti è possibile lo sviluppo di capacità sociali e di comunicazione negli anni pre-scolari (da 0 a 5 anni); essi hanno menomazioni minime nelle aree senso-motorie e spesso, fino ad una certa età, non si distinguono dai bambini normodotati. Possono acquisire capacità scolastiche corrispondenti circa alla quinta elementare. Durante la vita adulta possono arrivare ad avere capacità sociali e professionali adeguate per un minimo di autosostentamento necessitando talvolta di guida e assistenza, specie se sottoposti a situazioni di stress.

- Ritardo Mentale Moderato

A questo gruppo appartiene il 10% dei soggetti con ritardo mentale. I soggetti con questo livello di ritardo mentale possono imparare a comunicare negli anni pre-scolari, e sono in grado di prendersi cura di se stessi. Possono essere addestrati alle attività professionali e sociali, ma è improbabile che progrediscano oltre il livello della terza elementare nelle materie scolastiche non essendo in grado di seguire corsi completi di apprendimento scolastico. Possono imparare a spostarsi autonomamente in luoghi familiari. Durante l'adolescenza la loro difficoltà nel rispettare le convenzioni sociali può interferire nella relazione tra coetanei. Nell'età adulta possono essere in grado di contribuire al proprio sostentamento eseguendo lavori semplici sotto stretta supervisione.

- Ritardo Mentale Grave

Questo gruppo è costituito dal 3-4% dei soggetti con ritardo mentale. Durante il periodo pre-scolare mostrano uno sviluppo motorio deficitario e acquisiscono poche o nulle capacità comunicative. Possono usufruire solo limitatamente dell'istruzione nelle materie pre-scolastiche ; le capacità di apprendimento scolastico infatti si limitano a qualche sporadica nozione elementare come la conoscenza dell'alfabeto, qualche semplice operazione o la lettura a vista di alcune parole fondamentali. Nella vita adulta possono riuscire a svolgere semplici compiti se assistiti.

- Ritardo Mentale Gravissimo

Di questo gruppo fa parte l' 1-2% dei soggetti con ritardo mentale. Durante i primi anni di vita questi bambini mostrano minime capacità di funzionamento senso-motorio. L'unica azione educativa possibile è l'addestramento inteso come "ripetizione di atteggiamenti e di situazioni imposti da altri in vista dell'acquisto di automatismi di comportamento nell'ordine fisico, sociale, scolastico, professionale" (Mathis). L'addestramento e la precoce e costante assistenza individualizzata di un terapeuta è indispensabile per il miglioramento dello sviluppo motorio e per l'acquisizione della capacità di auto-accudimento e di comunicazione. Questi soggetti, incapaci di elaborare le loro esperienze personali , sono esposti ad ogni tipo di abusi e vanno dunque protetti.

CAUSE DEL RITARDO MENTALE

All'esame clinico (TAC o Risonanza Magnetica Nucleare) può non apparire nessuna lesione organica evidente. Il ritardo mentale non è necessariamente associato

a disfunzioni motorie; a volte coesistono deficit motori e psichici nello stesso soggetto, ma in molti altri casi si riscontrano solo disfunzioni di natura psichica o viceversa solo motorie. Tali disfunzioni però inevitabilmente influenzano anche la crescita psichica. Inoltre non si può separare lo stato affettivo dalle funzioni cognitive, dato che perturbazioni in un ambito finiscono per influire sull'altro. In tal modo gravi alterazioni affettive si accompagnano sempre, a lungo andare, ad alterazioni cognitive, così come l'insufficienza mentale è facilmente complicata da una qualche difficoltà affettiva, tanto più grave quanto più profonda è la deficienza.

I fattori eziologici possono essere biologici, psicosociali o una combinazione di entrambi. In circa il 30-40% dei casi osservati nessuna chiara eziologia ha potuto essere determinata. Nei restanti casi i principali fattori causali sono:

- Fattori ereditari (in circa il 5% dei casi) come errori congeniti di metabolismo (ad esempio nel caso della fenilchetonuria), alterazioni di singoli geni (ad esempio nella sclerosi tuberosa) o aberrazioni cromosomiche (come nella sindrome di Down da traslocazione).
- Alterazioni precoci dello sviluppo embrionale (in circa il 30% dei casi) come mutazioni cromosomiche (come la sindrome da trisomia 21), danno prenatale dovuto a tossine (ad esempio alcoolismo materno, infezioni) o a cause sconosciute.
- Problemi gravidici e perinatali (in circa il 10% dei casi) come la malnutrizione fetale, la prematurità, l'ipossia o traumi.
- Disturbi fisici acquisiti nella fanciullezza (in circa il 5%) come infezioni, traumi e avvelenamenti da piombo.
- Influenze ambientali e disturbi mentali (in circa il 15-20% dei casi) come deprivazioni nutritive e di stimoli sociali e verbali; disturbi del comportamento (aggressività) dovuti all'incapacità di recepire certi stimoli ed elaborare risposte adeguate; o come complicate di disturbi mentali gravi: sul ritardo si possono innestare infatti disturbi psicotici o depressivi.

VALUTAZIONE DELLE FUNZIONI COGNITIVE

Per definire l'intelligenza di un soggetto lo si esamina somministrandogli dei test di livello intellettuale che misurano la capacità di superare determinate prove di vario tipo. Quando si effettuano queste prove ai bambini bisogna considerare anche vari fattori, come il nervosismo o l'emozione che possono condizionare i risultati. La diagnosi, oltre che sui test sarà anche basata su una anamnesi del soggetto. Bisogna valutare anche le capacità adattive del soggetto all'ambiente in cui vive e la sua autosufficienza che in genere diminuisce con la diminuzione del Q.I.

Nel 1905, Alfred Binet elaborò, su richiesta del Ministro della Pubblica Istruzione, allo scopo di individuare i bambini non adatti all'istruzione, la "Scala Metrica dell'Intelligenza", il primo test intellettuale. Ma il concetto di intelligenza non era ancora ben precisato e varie furono le definizioni formulate. Lo stesso Binet diceva scherzando che l'intelligenza è "ciò che il mio test misura".(1) Per il Dailly essa è "quell' attività che permette all'essere umano di imparare, conoscere, utilizzare il suo sapere, creare, adattarsi al mondo e controllarlo".(2)

(1) J. De Ajuriaguerra, D. Marcelli - *Psicopatologia del bambino*, Masson, Milano, 1992.

(2) *ibidem*

Piaget dimostrò come non ci si potesse limitare ad un semplice studio quantitativo dell'intelligenza, cioè al livello delle performances valutato dal Q.I.

Zazzo riteneva indispensabile uno studio che comprendesse le modalità del ragionamento: non solo l'efficienza scolastica ma anche la capacità di integrazione sociale o di comprensione delle relazioni interindividuali.

Vennero proposti due tipi di tecniche di valutazione:

- il metodo psicometrico, tratto dai lavori di Binet
- il metodo clinico, tratto dai lavori di Piaget

Vengono prese in esame le funzioni neurofisiologiche e l'evoluzione della maturazione individuale. Considerando lo sviluppo normale dell'intelligenza nelle sue diverse fasi (sensomotoria, preoperatoria, delle operazioni concrete e formali) e il loro succedersi invariabile, si osserva come l'accesso allo stadio successivo richiede l'integrazione dello stadio precedente e qualsiasi alterazione di questo determina alterazioni di quello. Un fattore che entra anche in gioco è l'energia necessaria al buon funzionamento delle funzioni cognitive, cioè l'affettività concepita come intenzionalità e pulsione ad agire.

Tests Preverbal di sviluppo psicomotorio

L'assenza di un sufficiente linguaggio prima dei 3-4 anni rappresenta un limite che permette di separare i test preverbal, basati essenzialmente sullo studio dello sviluppo psicomotorio, dai test in cui interviene il linguaggio all'epoca della seconda infanzia.

Questi test vengono applicati dall'età di pochi mesi fino a 5 anni. I test di Gesell, di Brunet- Lézine e di Casati- Lézine valutano una serie di performances motorie per ogni età.

Per i soggetti di questa età la valutazione di livello viene attuata con l'applicazione delle "scale di sviluppo". La somma dei punteggi ottenuti nelle varie prove costituisce l'età di sviluppo espressa in giorni. Si ottiene poi un Quoziente di Sviluppo (Q.S.) dividendo l'età di sviluppo per l'età reale, anch'essa espressa in giorni e moltiplicando per cento per evitare le cifre decimali:

$$Q.S. = \frac{\text{Età di sviluppo in giorni}}{\text{Età reale in giorni}} \times 100$$

Il Q.S. viene considerato anormale quando il suo valore è inferiore a 70, ma non costituisce comunque un equivalente del Q.I. che potrà variare poi. Permette di stabilire lo sviluppo psicomotorio di un bambino piccolo.

Tests della seconda infanzia

Dalla revisione del test di Binet vennero tratti altri test:

- Il test di Binet-Simon che introduce due novità: la possibilità di collocare i bambini in una gerarchia numerica dell'insufficienza mentale e la possibilità di riconoscere fin dall'inizio della scolarizzazione alcune insufficienze mentali che, fino all'entrata nella scuola erano passate inosservate. E' utilizzabile tra i 4 e i 10 anni; riserva troppo spazio alle acquisizioni scolastiche non considerando l'importante ruolo dell'ambiente sociale, affettivo e culturale.
 - Il test di Terman-Merill (1937, Revisione americana) utilizzabile fino all'età adulta.
 - NSMI (Nuova Scala Metrica dell'Intelligenza) di Zazzo (1966, Revisione francese)
- Si tratta di scale d'età che indicano il ritardo o l'avanzamento dello sviluppo intellettuale di ogni bambino e ne indicano l'età mentale in rapporto alla media.
- WISPP (Wechsler Intelligence Scale for the Preschool Period) utilizzabile tra i 4 e i 6 anni.
 - WISC (Wechsler Intelligence Scale for Children) utilizzabile dopo i 6 anni.
- Questi tests comprendono prove verbali e non verbali (performances).

Tests strumentali, che esplorano un ambito più preciso delle funzioni cognitive basate sia sullo schema corporeo, sia sull'organizzazione spaziale, sia sul linguaggio ecc.

- Test di inizio del gesto di Bergès-Lézine (2-10 anni) : esplora la conoscenza dello schema corporeo.
- Test di Bender (4-7 anni): esplora l'organizzazione grafopercettiva.
- Figura di Rey : esplora l'organizzazione spaziale, la capacità attentiva e la memoria immediata. Si chiede al bambino di riprodurre un disegno tenendolo sotto gli occhi.
- Test di Benton (dopo gli 8 anni) : indaga l'organizzazione visuomotoria e valuta la memoria differita. Consiste nella riproduzione di figure geometriche dopo 10 secondi di osservazione.

LA RIEDUCAZIONE DEI SOGGETTI CON RITARDO MENTALE

La rieducazione, intesa come "azione pedagogica specializzata, rivolta cioè al

trattamento dei vari soggetti anormali" (P. Bartolini), ha per fine (come del resto ogni tipo di azione educativa, sia rivolta al normodotato, sia rivolta all'insufficiente mentale) la promozione della personalità umana. Oltre all'aspetto puramente didattico è importante instaurare un buon rapporto interpersonale con il soggetto affidatoci; dunque, oltre ad una conoscenza dei metodi e delle tecniche è indispensabile genialità educativa e sensibilità che si affinano attraverso la faticosa esperienza di ogni giorno.

Dobbiamo considerare il nostro alunno ritardato solo come "diverso" dagli altri; il limitato livello di capacità e di attitudine va interpretato più qualitativamente che quantitativamente, nel rispetto del principio della individualizzazione e della gradualità. Così l'insufficiente mentale, rispetto agli altri, non deve essere ritenuto semplicemente un ipodotato, bensì un essere diverso che in conseguenza di questa sua diversità richiede interventi particolari, adeguati alle sue necessità.

Il recupero è tanto più efficace quanto più è tempestivo l'intervento. L'educatore pertanto ha bisogno della guida e del sostegno di altri operatori specializzati, perché l'insufficienza venga precocemente diagnosticata e interpretata. L'insufficienza mentale inoltre esige una molteplicità di interventi da parte di diversi operatori: l'insegnante di classe e quello specializzato, il terapeuta del linguaggio, il terapeuta della psicomotricità, il pedagogo e i vari componenti dell'équipe medico-psico-pedagogica. Nasce così l'esigenza di una collaborazione nella rieducazione ed è opportuno il mantenimento di costanti rapporti e di cooperazione tra educatori e terapisti perché l'intervento sia unitario.

La possibilità di una efficace azione ortopedagogica è subordinata, come dicevamo, alla capacità di instaurare un valido rapporto interpersonale tra educatore e alunno. L'approccio con l'ipodotato e con il disadattato comunque lascia un margine limitato all'intuizione e alla libera iniziativa dell'educatore poiché l'indirizzo educativo è determinato dal grado di gravità dell'insufficienza mentale, dal tipo di disturbo e dalle sue molteplici manifestazioni. E' anche vero però che l'educatore specializzato può interpretare i fatti in maniera originale per orientare la propria condotta. Per questa ragione è facile sbagliare e impostare cioè il rapporto pedagogico in maniera tale da non permettere l'attuazione di un intervento efficace. Talvolta si possono addirittura produrre effetti negativi. E l'errore pedagogico o educativo, sia da parte dell'insegnante che della famiglia, della scuola e dell'ambiente esterno può avere pesanti conseguenze sul soggetto. Considerata l'enorme importanza che assume l'apprendimento per imitazione nel bambino, è necessario tener presente che quanto noi diciamo e facciamo assume di fronte ad esso il valore di un orientamento, di uno stimolo ad azioni corrispondenti. Per questo l'adulto, sia esso un familiare o l'insegnante, dovrebbe sentire questa importante responsabilità e cercare di rappresentare un buon modello di comportamento.

Un atteggiamento frequente dei genitori del bambino ritardato è caratterizzato da un uso eccessivo di termini vezzeggiativi e di manifestazioni affettive puerili, cosa che costituisce un incentivo alla regressione. Un altro atteggiamento errato nel quale è facile incorrere e che pregiudica anch'esso la instaurazione di un valido rapporto educativo è l'iperprotezione: riconosciuto lo stato di minorazione del bambino appare

legittimo ai genitori o all'insegnante evitargli ogni fatica, ogni impegno anche minimo, ogni tentativo di fare da solo. Così si spegne ogni spirito di iniziativa, cade ogni interesse, si mantiene immutato l'egocentrismo infantile. Secondo la tesi di alcuni studiosi, come la Mannoni, questa forma di eccessiva protezione impedisce o rallenta la maturazione e produce spesso nel bambino atteggiamenti di ostilità o di ambivalenza verso coloro che lo hanno protetto esageratamente. Non ci si deve sostituire al bambino impedendogli di fare la sua esperienza. L'insegnante deve stare al fianco del bambino ipodotato per giocare, parlare, lavorare con lui, sollecitandolo a cercare e scoprire da solo. In tal modo, sentendosi incoraggiato e sostenuto, egli avvertirà che l'adulto rimane vicino a lui non per ostacolare ma per favorire la sua crescita. Riconoscerà la necessità della sua presenza e della sua autorità e i suoi interventi saranno più facilmente accettati.

Così l'alunno ipodotato deve poter trovare nell'educatore quello che gli altri non hanno saputo dargli. E' utile che fin dal primo incontro abbia l'impressione di essere compreso da qualcuno che può aiutarlo. L'efficacia dell'azione pedagogica presuppone nell'educatore un'adeguata preparazione generale e specifica e la consapevole accettazione della particolare realtà del bambino minorato; presuppone inoltre la disposizione ad assisterlo e la partecipazione affettiva al suo lavoro e alle sue conquiste. Un atteggiamento di rifiuto renderebbe vano, anzi dannoso, qualsiasi intervento.

Difficile spesso è il rapporto tra la scuola e le famiglie degli insufficienti mentali. Lo stato di maggior bisogno in cui un figlio ipodotato viene a trovarsi può provocare nei genitori allarme permanente e condotte ansiose e iperprotettive che hanno come effetto quello di aggravare la situazione. Altre volte invece l'atteggiamento è di rifiuto o di iperesigenza. Consapevoli di queste difficoltà, bisogna fin dall'inizio cercare di conquistare la fiducia dei familiari dell'alunno ipodotato che entra nella scuola per ottenerne la collaborazione. Si deve evitare ogni forma di antagonismo tra scuola e famiglia, poiché il danno che deriva da atteggiamenti educativi non concordi assume per l'ipodotato proporzioni notevoli. E' per questo che l'azione dell'educatore non si limita all'alunno ma deve estendersi anche alla famiglia con informazioni e suggerimenti rivolti a far conoscere ai familiari lo stato del bambino e le sue possibilità. Non si può contare sulla collaborazione della famiglia se questa situazione non viene chiaramente compresa ed accettata. I familiari devono essere orientati ad assumere l'atteggiamento educativo che la diagnosi avrà consigliato agli stessi educatori. Si dovranno poi dare consigli affinché i familiari, vincendo talvolta resistenze e paure, completino l'opera della scuola guidando il bambino ad un graduale inserimento nell'ambiente esterno e all'intensificazione dei rapporti interpersonali. I familiari, da parte loro, possono contribuire al recupero riferendo fatti e circostanze risultanti dalle esperienze del bambino in famiglia.

E' da osservare che un tale orientamento educativo potrebbe comportare delle difficoltà a causa delle resistenze della famiglia. La consapevolezza dei limiti operativi del soggetto portatore di handicap innesca infatti nei genitori il timore dei rischi a cui il figlio potrebbe essere esposto nel caso di un errore di scelta o di una

maldestra esecuzione di una scelta giusta. Il timore spesso si diffonde anche tra gli altri membri della famiglia e genera uno stato di ansia che porta ad assumere atteggiamenti di iperprotezione nei confronti del ragazzo e a diffidenza nei confronti dell'operatore scolastico aperto ad incoraggiarne l'autonomia e l'assunzione di iniziative. In tale situazione il compito dell'insegnante di sostegno è quello di svolgere un'opera di persuasione e di coinvolgimento.

Ogni azione educativa che si intraprende di fronte all'insufficiente mentale deve mirare a ricercare le condizioni che gli possono facilitare una graduale conquista dell'autonomia. Si deve sfatare l'idea che l'insufficiente mentale, perché limitato nelle capacità intellettive, dipendente e passivo, non possa aspirare al raggiungimento di un certo grado di libertà e di indipendenza. Il ritardato lieve, medio o grave può superare i limiti di un comportamento rigidamente condizionato dalle abitudini. E' sempre nella speranza di una possibile affermazione di sé che si deve dimostrare fiducia nelle capacità dell'insufficiente mentale, sollecitandolo all'iniziativa e concedendogli la possibilità di decidere in libertà. Il nostro atteggiamento di fiducia deve quindi tendere a responsabilizzare il nostro alunno. L'azione di recupero non può limitarsi all'azione didattica ma deve proporsi di eliminare quegli ostacoli che rendono difficile al ritardato il suo inserimento nella società. La rieducazione deve facilitargli la conquista di un sufficiente grado di autonomia e di adattamento, lo sviluppo dello spirito di iniziativa personale e la sicurezza nell'azione.

B I B L I O G R A F I A

- (1) AA.VV. - DSM-IV Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali, Milano,Parigi, Barcellona, Bonn, Masson, 1991
- (2) Ancona L. - Questioni di psicologia. Principi ed applicazioni per psicologi, medici, insegnanti ed educatori, Firenze, La scuola editrice, 1987
- (3) Ausubel D.P. - Educazione e processi cognitivi, Milano, Franco Angeli, 1987
- (4) Bruner J.S.(1966) - Studi sullo sviluppo cognitivo, Roma, Armando, 1968
- (5) Colpo G. - La motivazione scolastica, Giunti Barbera, Firenze, 1978
- (6) De Ajuriaguerra J., Marcelli D. - Psicopatologia del bambino, Masson, Milano, 1992
- (7) De Landsheere G. - Definire gli obiettivi dell'educazione, Firenze, La Nuova Italia, 1977
- (8) De Negri M. - Neuropsichiatria infantile, Genova, 1980
- (9) Erikson E.H. - Infanzia e società, Roma, Armando, 1966
- (10)Festinger L. - Teoria della dissonanza cognitiva,

Milano, Franco Angeli, 1973

(11)Moretti G.,Cannaio M. - Il grave handicappato mentale,

Il ritardo mentale, Armando Editore, Roma, 1985

(12)Nash R. - Aspettative dell'insegnante e apprendimento

dell'alunno, Teramo, Giunti & Lisciani, 1983

(13)Pontecorvo C. - Analisi del processo didattico,

Brescia, La Scuola, 1975

(14)Presutti F. - Test Psicodiagnostici per

l'insegnamento, Roma, Aleph, 1990