

IL LINGUAGGIO BLISS NEL RAGGIUNGIMENTO DELLA REGOLAZIONE EMOTIVA E DELLE AUTONOMIE NELLA VITA DEL PAZIENTE PSICHIATRICO

ABSTRACT

Lo studio in oggetto mira ad illustrare l'incremento delle abilità sociali e l'adattamento della Riabilitazione Psichiatrica attraverso l'utilizzo della Comunicazione Aumentativa Alternativa (CAA) e l'analisi di casi clinici di pazienti affetti da Disturbo dello Spettro Autistico (DSA) e Disturbo Ossessivo-Compulsivo (DOC). Attraverso gli interventi basati sulla Comunicazione Aumentativa e Alternativa (CAA) l'obiettivo della ricerca è dimostrare l'efficacia del Linguaggio Blissymbolics in ambito psichiatrico, permettendo di raggiungere la Recovery clinica quindi il miglioramento dei sintomi, e funzionale, il reinserimento in società e nelle attività quotidiane e autonome del paziente con disturbo psichico, "superando qualunque barriera..." (C. Bliss, 1949).

ABSTRACT

This review aims to illustrate the increase of social skills and adaptation of Psychiatric Rehabilitation through the use of Alternative Augmentative Communication (AAC) and the analysis of clinical cases of patients suffering from Autism Spectrum Disorder (ASD) and Obsessive-Compulsive Disorder (OCD). Through interventions based on Augmentative and Alternative Communication (AAC-BASED INTERVENTIOS) the aim of the research is to demonstrate the effectiveness of Blissymbolics in psychiatric settings, allowing clinical recovery and therefore symptom improvement, Functional, the reintegration into society and into the daily and autonomous activities of the patient with psychic disorder, "overcoming any barrier..." (C. Bliss, 1949).

INTRODUZIONE

Le patologie psichiatriche possono influire su vari aspetti della vita, in particolare, la presenza di alterazioni a livello cognitivo (disturbi della memoria, dell'attenzione, funzioni esecutive ecc), sociale (disfunzioni a livello della Teoria della Mente) e la presenza di disturbi del pensiero con conseguente disturbi comunicativi rendono difficile la comprensione del proprio sé, dell'ambiente e degli altri, alterando o annullando le relazioni interpersonali, e la presenza di una rete di Social Network (Biedermann F, Frajo-Apor B, Hofer A., 1990).

Molteplici sono stati gli studi sulla Riabilitazione Psichiatrica definita come l'insieme di tecniche e interventi utili orientati alla Recovery, a diminuire gli effetti della cronicizzazione della patologia psichiatrica e a promuovere il reinserimento nel contesto sociale e lavorativo.

La Recovery indica il percorso che i pazienti con disturbi psichici devono compiere per vivere una vita piena e soddisfacente nonostante i limiti dovuti alla presenza del disturbo (Robert P. Liberman, 2008). L'obiettivo della ricerca è dimostrare come si possa raggiungere la Recovery della Riabilitazione Psichiatrica con l'utilizzo del Linguaggio Bliss e della Comunicazione Aumentativa e Alternativa (CAA) e come si possano ottenere netti risultati nel miglioramento della sintomatologia psichiatrica del Disturbo dello Spettro Autistico (DSA) e del Disturbo Ossessivo Compulsivo (DOC). Il linguaggio Bliss rappresenta uno dei primi sistemi simbolici utilizzati in Comunicazione Aumentativa Alternativa. Le parole Bliss utilizzate in CAA sono sempre accompagnate dalla traduzione nella lingua di appartenenza dell'utilizzatore. La grafica con cui tutti i simboli vengono disegnati, deriva dalla combinazione dei caratteri lineari. Essi vengono così definiti perché consentono di "scrivere significati" esattamente come le diverse composizioni delle lettere dell'alfabeto consentono di scrivere le parole (F. Ganzaroli, 2023). Adattare le attività riabilitative psichiatriche alla CAA permette di catturare meglio l'attenzione di quei pazienti affetti da Disturbo dello Spettro Autistico e Disturbo Ossessivo-Compulsivo. Il Disturbo dello Spettro Autistico (ASD, Autism Spectrum Disorder) è definito dalla presenza di un deficit persistente nella comunicazione sociale e nell'interazione sociale in diversi contesti e da un pattern di comportamenti, interessi o attività ristretti e ripetitivi (DSM-5, APA, 2013). L'ipotesi attualmente più accreditata è che il Disturbo dello Spettro Autistico sia risultato dell'interazione di molteplici fattori di natura sia genetica che epigenetica (DSM-5, APA, 2013). Il Disturbo dello Spettro Autistico (DSA) è

caratterizzato secondo il DSM-5, da deficit in due aree, la socialità e il comportamento. Per quanto riguarda la socialità si registrano: deficit di reciprocità socio-emotiva, deficit dei comportamenti comunicativi non verbali; deficit di sviluppo, gestione e comprensione delle relazioni. Il Disturbo Ossessivo-Compulsivo è stato considerato un disturbo raro in età evolutiva fino alla fine del secolo scorso. Solo tra gli anni Ottanta e Novanta, la ricerca scientifica sul DOC in età evolutiva si è incrementata nel tentativo di definire più chiarezza le caratteristiche di un disturbo che appariva tutt'altro che raro in età evolutiva. Il Disturbo Ossessivo Compulsivo viene individuato come entità nosologica autonoma insieme ad altri disturbi ad esso correlati. Anche in età evolutiva, come nell'adulto, il DOC è definito dalla presenza di ossessioni/e o compulsioni. La caratteristica psicopatologica essenziale del disturbo ossessivo compulsivo è un'attività mentale e/o comportamentale continua che occupa il soggetto per buona parte del suo tempo (A. Persico, 2018).

MATERIALI E METODI

Il metodo utilizzato per lo studio in oggetto riguarda l'intervento di tipo riparativo o anche chiamato restorativo, basato sulle conoscenze acquisite nel campo delle neuroscienze, con elemento centrale la plasticità neurale, con particolare riferimento alla possibilità di una concreta riparazione dei processi neurali compromessi e alla capacità da parte del cervello di svilupparsi ed evolvere per tutta la durata della vita (Lindemayer et al. 2008). La maggior parte dei paradigmi di rimedio cognitivo in psichiatria impiega un modello di intervento di tipo restorativo, che si avvale di principi *bottom-up* e *top-down*. Gli approcci di tipo *bottom-up* pongono al centro dell'intervento il recupero delle capacità neurocognitive di base, come l'attenzione, per poi raggiungere i livelli più complessi di abilità, come il *problem solving*. Questi approcci adottano un intervento di tipo *drill and practice* (istruzione e pratica), che individua le aree più compromesse e attraverso la ripetizione di esercizi di specifiche abilità, che vedremo più avanti, si pongono l'obiettivo di migliorare i deficit. Gli approcci di tipo *top-down*, invece, utilizzano fin dal principio abilità più complesse con l'obiettivo specifico di migliorare indirettamente singoli e specifici domini neurocognitivi. Questi interventi si basano perlopiù su tecniche di apprendimento basate sull'elaborazione di strategie e insegnano abilità di *problem solving* e sono definiti rimedi di tipo strategico (*strategy coaching*) (Wykes e Reeder 2005). È necessario specificare che non esistono modelli unicamente compensatori o unicamente restorativi, in quanto questa classificazione dei modelli nella pratica è eccessivamente riduttiva. Infatti, è possibile che i diversi approcci di rimedio cognitivo e sociale possano essere complementari e sinergici, e che il potenziamento di specifiche funzioni cognitive favorisca anche il simultaneo apprendimento di nuove strategie compensatorie di *problem solving*, da applicare e generalizzare alla vita quotidiana. I protocolli strutturati di rimedio cognitivo definiti restorativi utilizzano anche strategie di apprendimento compensatorie, e allo stesso tempo, protocolli definiti compensatori utilizzano tecniche di apprendimento tipiche dei modelli restorativi. Per individuare i possibili moderatori di efficacia dei diversi metodi di rimedio cognitivo è utile prendere in considerazione tale interventi come attività nelle quali i pazienti vengono istruiti a prestare attenzione, risolvere problemi complessi, sviluppare rapidamente le informazioni e ricordare meglio (Medalia e Choi, 2009). Questo non è correlato esclusivamente alle abilità cognitive, ma dipende anche dall'interazione di più fattori legati al paziente e, soprattutto, alle modalità di somministrazione. Queste tecniche riabilitative psichiatriche sono state adattate al caso clinico attraverso la Comunicazione Aumentativa e Alternativa (CAA), in particolare il Linguaggio Bliss. L'utilizzo del Linguaggio Bliss è stato fondamentale per il raggiungimento degli obiettivi proposti. Il **linguaggio Bliss** è un linguaggio sotto forma di disegni e composto da un determinato numero di simboli base, ciascuno dei quali rappresenta un concetto che di volta in volta può essere combinato con altri simboli al fine di rappresentare in forma grafica nuovi concetti. Il Bliss non corrisponde ad alcuna lingua parlata in particolare e a nessuno dei suoi simboli è associata una pronuncia (*Linguaggio iconico Bliss: simboli, metodo, sistema, quando si usa*, su medicinaonline.co). Il metodo Bliss è semplice, logico e facile. È basato sul significato e non sulla fonetica e tutta l'organizzazione del sistema deriva da una logica estremamente semplificata. I simboli possono essere di diverso genere: pittografici, mnemonici. Il linguaggio Bliss è costituito da un piccolo numero di forme base che combinate fra loro, danno luogo ad altri significati. (*L'AICA e il linguaggio Bliss in MCmicrocomputer*, n. 134, Roma, Technimedia, novembre 1993, pp. 254-259, ISSN 1123-2714 (WC · ACNP). La semplicità del linguaggio e la presenza dei pittogrammi hanno permesso di adattare la Task Analysis alla CAA, tecnica riabilitativa psichiatrica che prevede la scomposizione in più sotto obiettivi di un macro-obiettivo, fondamentale nel trattamento del Disturbo dello Spettro Autistico e il Disturbo Ossessivo Compulsivo per il raggiungimento delle autonomie quotidiane come, ad esempio, la cura personale. La Task Analysis permette difatti di individuare e raggiungere gli obiettivi del progetto

riabilitativo: migliorare ed incrementare la comunicazione, diminuire la presenza dei sintomi negativi come apatia e abulia, promuovere l'interazione sociale, aumentare la possibilità di inserirsi in un'attività sociale o lavorativa, incrementare la presenza di relazioni significative e la rete sociale, ridurre il disagio causato da un insuccesso comunicativo, inserire nuove abitudini riguardo l'igiene personale. (Anthony W. ,2000).




	I HAVE A SHOWER (1)		OPEN THE WATER TAP (2)
	I SOAP MY HAIRS WITH SHAMPOO (3)		AND RINSE OUT (4)
	I USE SOAP FOR MY BODY (5)		RINSE OUT AND CLOSE THE WATER TAP. GET OUT OF THE SHOWER (6)

Tabella 1 Task Analysis in lingua inglese per raggiungere le autonomie dentro la doccia con l'obiettivo di incrementare l'igiene personale. Global Symbols Board Builder, Communication boards, 2024.

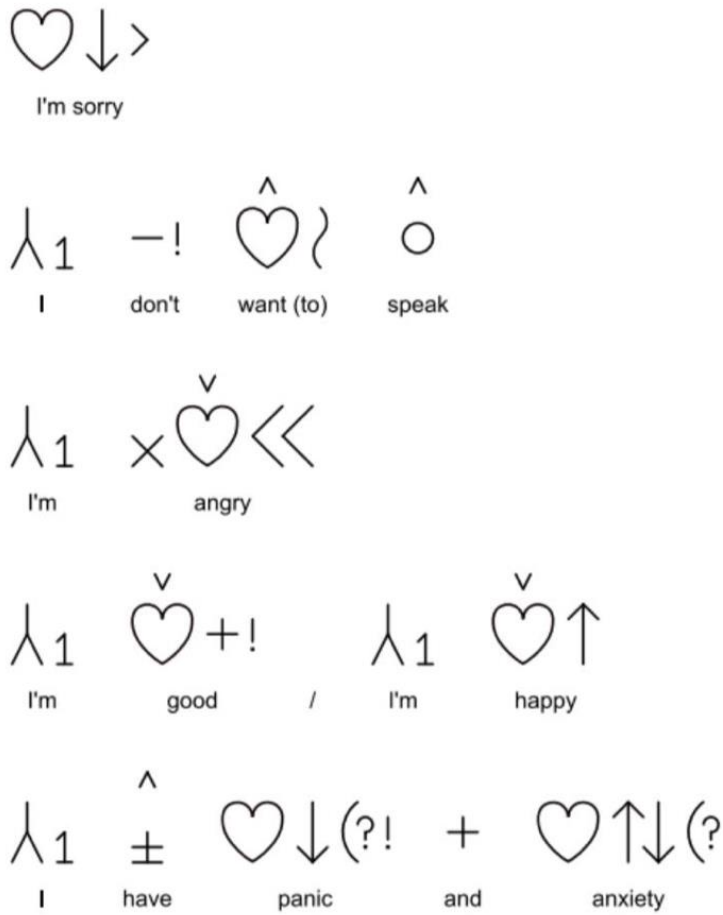








Immagine 1, vocabolario per la comunicazione. "Bliss Online". Alternative and Complementary Communication (AAC) tool for people with communication difficulties. The National Agency for Special Needs Education and School, 2024.

Board 1

 HAPPY	 IN LOVE
 ANGRY	 ANXIOUS
 CALM	 TIRED
 SAD	 AFRAID

27/01/2024
50047813072 P44L T21S10P10L55
globalesymbols.com

Blissymbols symbols Creative Commons BY SA 4.0

Global Symbols
Made with Board Builder

Tabella 2. Attività in lingua inglese sul riconoscimento delle emozioni e regolazione delle stesse. Global Symbols Board Builder, Communication boards, 2024.

DISCUSSIONE, RISULTATI, CONCLUSIONI

L'attuazione del Linguaggio Bliss in Riabilitazione Psichiatrica ha permesso di diminuire la difficoltà percepita nella vita quotidiana nel paziente, portando la diminuzione di sentimenti negativi come frustrazione e angoscia. In particolare, è stato raggiunto un ottimo traguardo nel dominio della comprensione e comunicazione e delle attività della vita quotidiana, nonché della partecipazione sociale, nonché un miglior livello di consapevolezza e di adattamento alle attività sociali.

Attraverso l'intervento sulla cognizione sociale tramite la CAA in lingua inglese è stata incrementata competenza, interesse e autostima.

Negli ultimi anni sono stati sviluppati interventi riabilitativi integrati con l'obiettivo di migliorare sia i deficit delle funzioni cognitive sia quelli della competenza sociale, che, come abbiamo esposto precedentemente, è gravemente compromessa nel paziente psichiatrico. Alcuni gruppi di studiosi hanno operato uno spostamento dei target delle strategie di intervento dalla riduzione dei fattori stressanti/incremento di quelli protettivi allo sviluppo/ristrutturazione di competenze sia cognitive che sociali. Difatti, diverse ricerche hanno dimostrato come gli interventi di rimedio cognitivo abbiano causato importanti e durevoli miglioramenti non solo sulla sfera cognitiva, ma anche sulla sintomatologia e sulle abilità sociali e lavorative (Wykes et al. 2011). Sebbene i numerosi studi e protocolli abbiano portato ad un notevole miglioramento della vita dei pazienti trattati e quindi a raggiungere l'obiettivo della recovery, la ricerca futura dovrà provare a fare luce su numerose questioni, che attualmente restano aperte o controverse: gli effetti specifici ed aspecifici del trattamento, gli elementi attivi del rimedio cognitivo, i mediatori e moderatori di efficacia, il ruolo della motivazione, della

metacognizione, della social cognition, la persistenza e la generalizzazione dei miglioramenti (Anthony W. A recovery-oriented system. *Psychiatric Rehabilitation Journal* 2000).

BIBLIOGRAFIA

- Anthony, W. (2000). *A recovery-oriented system. Psychiatric Rehabilitation Journal.*
- APA (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.)* (DSM-5). American Psychiatric Association.
- Biedermann, F., Frajo-Apor, B., Hofer, A. (1990). *Enciclopedia dei Simboli.*
- Ganzaroli, F. (2023). *Linguaggio Bliss in CAA: Un sistema simbolico per la comunicazione aumentativa.*
- Lindemayer, J., et al. (2008). *Does computerized cognitive remediation change brain activation patterns in schizophrenia: fMRI pilot data.* *Eur Psychiatry* 23:S127-2128.
- Liberman, JA-Drake RE-Sederer LI et al. (2008). Science and recovery in schizophrenia.
- Liberman, R. P (2012) *Il recovery della disabilità.* *Manuale di Psichiatria* (2012).
- Medalia, A., & Choi, J. (2009). *Cognitive remediation in schizophrenia.* *Neuropsychol Rev* 19:353-364..
- Persico, A. (2018). *Manuale di Neuropsichiatria Infantile e dell'Adolescenza, Roma, 2018.*
- Wykes, T., & Reeder, C. (2005). *Cognitive remediation therapy for schizophrenia. Theory and Practice.* Routledge, London.
- Wykes, T., et al. (2011). *Thinking about the future cognitive remediation therapy-what works, and could we do better?* *Schizophr Bull* 37 (suppl 2): S90-90.