

UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI PADOVA

FACOLTA' DI SCIENZE DELLA FORMAZIONE

CORSO DI LAUREA IN PEDAGOGIA

**“LA COMUNICAZIONE NEI BAMBINI CON
AUTISMO: OSSERVAZIONE DIRETTA IN UN
CONTESTO TERAPEUTICO EDUCATIVO”**

RELATRICE: CH.MA
PROFESSORESSA DANIELA
LUCANGELI

LAUREANDA: DANIELA DALLA
POLA

ANNO ACCADEMICO 2021 – 2022

INDICE

INTRODUZIONE.....	pag. 5
CHE COS'E' AUTISMO.....	“ 5
Cap. 1. CENNI STORICI.....	“ 7
1.1 Caratteristiche dei bambini con autismo descritti da Leo Kanner.....	“ 10
1.2 Caratteristiche dei bambini con autismo descritti da Hans Asperger ..	“ 11
1.3 Autismo e schizofrenia.....	” 12
1.4 Autismo e compromissione intellettiva.....	“ 13
Cap. 2. IPOTESI EZIOLOGICHE.....	” 15
2.1 Ipotesi eziologiche ad orientamento psicogenetico.....	” 15
2.2 Ipotesi eziologiche di tipo genetico, ambientale,.....	” 18
neurobiologico	
2.3 Neuroni specchio.....	” 20
Cap. 3. EPIDEMIOLOGIA.....	” 21
Cap. 4. DEFINIZIONE DI AUTISMO.....	” 22
“	
Cap. 5. DSM 5.....	” 25
5.1 I tre livelli di gravità.....	” 28
Cap. 6. DIAGNOSI DIFFERENZIALE.....	” 29
Cap. 7. ATTUALI METODI DI OSSERVAZIONE E.....	” 32
DI VALUTAZIONE DELL'AUTISMO	
7.1 Strumenti diagnostici.....	” 32
Cap. 8. LATRIADE DEI DISTURBI.....	” 34
Cap. 9. LA TEORIA DELLA MENTE.....	” 38
9.1 comunicazione e teoria della mente.....	” 41
Cap. 10. TEORIA DELLA COERENZA CENTRALE.....	” 43

Cap. 11 SPIEGAZIONE DELLA TRIADE DEI DISTURBI.....”	47
DI L. WING, DELLA TEORIA DELLA MENTE E DELLA COERENZA CENTRALE	
Cap. 12. PROGRAMMI DI INTERVENTO.....”	50
12.1 TEACCH.....”	52
Cap. 13. LINGUAGGIO E COMUNICAZIONE.....”	54
13.1 Ecolalia.....”	56
13.2 Linguaggio idiosincratico.....”	56
13.3 Inversione pronominale.....”	56
Cap. 14. COME OSSERVARE LA COMUNICAZIONE.....”	57
NEI BAMBINI CON AUTISMO	
Cap. 15. LE DIVERSE DIMENSIONI.....”	59
DELLA COMUNICAZIONE	
15.1 Funzioni.....”	59
15.2 Contesti.....”	61
Cap. 16. DALLA COMPRESIONE TEORICA DELL’AUTISMO...”	62
ALL’INTERVENTO EDUCATIVO	
Cap. 17. OSSERVAZIONE IN UN CONTESTO.....”	63
TERAPEUTICO EDUCATIVO	
Cap. 18. IL CENTRO.....”	63
Cap. 19. BAMBINO VISTO.....”	64
19.1 Edoardo.....”	64
Cap. 20. IL CONTESTO TERAPEUTICO OSSERVATO.....”	66
20.1 La strutturazione dello spazio.....”	66
20.2 La strutturazione del tempo.....”	68
20.3 La strutturazione delle attività.....”	69

Cap. 21 REGISTRAZIONI.....”	69
21 1 Schede di registrazione.....”	70
Cap. 22. CONSIDERAZIONI SULLE OSSERVAZIONI E.....”	84
CONCLUSIONE	
BIBLIOGRAFIA.....”	86

INTRODUZIONE

CHE COSA E' AUTISMO ?

Definire in modo completo e chiaro di che cosa si tratta quando si parla di Autismo non è facile. Una miriade di esempi vengono alla mente e si ha la sensazione che nessuno sia veramente esaustivo nel far capire la varietà e la complessità degli aspetti che lo caratterizzano. In realtà è proprio questa la peculiarità di questo handicap che mette in evidenza bisogni tanto speciali e particolari delle persone con questa disabilità. Esse sono assolutamente poco attrezzate per vivere con gli altri, in quanto portatrici di deficit a livello di interazione e comunicazione sociale, comportamento e tipologia di interessi.

Forse raccontare esperienze vissute può essere di aiuto.

Penso di aver avuto contatto con l'autismo quando, da bambina, incontravo un mio coetaneo, figlio di amici, che vedendomi, iniziava a ripetere continuamente sempre la stessa domanda, come una cantilena, con le stesse parole, velocissimamente ed in modo automatico. Forse cercava di dirmi qualcosa, forse, sentendosi agitato nell'incontrare persone o per le situazioni insolite cercava sicurezza in un suo modo, singolare di esprimersi. Purtroppo il risultato era che io, non sapevo rispondere e non sapevo cosa fare, spesso finiva con l'aggredermi come poteva e col cercare di picchiarmi. In tutto ciò, ricordo, molto bene, l'imbarazzo dei genitori, che cercavano di fargli capire che non ci si poteva comportare in quel modo e cercavano di scusarsi. Ho saputo poi che hanno cercato invano risposta al loro bisogno di aiuto.

Negli anni millenovecentosessanta la disabilità del mio amico non era conosciuta nella sua vera natura e trovarsi nella sua situazione era una vera sventura.

Questa tesi nasce dall'esigenza di osservare se e come un intervento educativo, attento in particolare agli aspetti comunicativi, possa modificare il comportamento in bambini con disturbo dello spettro autistico portandoli gradualmente ad utilizzare forme di comunicazione funzionali all'ambiente in cui si trovano ed adeguate ai loro bisogni. L'azione educativa mira ad aiutarli a dare significato alla realtà che li circonda ed a sostituire così i comportamenti, spesso costituiti da sfoghi violenti, autolesionismo o da stereotipie con comportamenti adeguati al contesto.

1 CENNI STORICI

I disturbi caratterizzanti l'autismo probabilmente sono sempre stati presenti nella storia dell'uomo, ma forse a causa delle sue caratteristiche, che a livello comportamentale individuano chi ne è affetto come persona "stana, solitaria, bizzarra", sono stati confusi con altri disturbi psichici e poco osservati in modo autonomo a scopo di studio.

Prima di Kanner ed Asperger infatti le descrizioni cliniche di autismo sono rare, con l'eccezione di quella data da Itard medico francese che nel 1801-1806 affascinato dalla possibilità di educare Victor, un ragazzo trovato in una foresta della Francia centrale in totale abbandono, ne descrisse meticolosamente il comportamento.

Naturalmente non è possibile dare dei giudizi definitivi su un caso di due secoli fa, data la distanza temporale e culturale considerevole, ma il suo resoconto fa capire in modo chiaro come "l'isolamento autistico" sia evidente ed intenso anche se la persona autistica è in mezzo alla gente a causa della sua incapacità di comprendere gli stati della mente altrui. Le descrizioni di Itard fanno notare che per Victor è come se le menti degli altri non esistessero. Nonostante il medico francese abbia dimostrato che l'istruzione poteva portare a miglioramenti sensazionali nella qualità della vita di Victor, questi non apprese mai il significato di alcuni valori sociali fondamentali, il suo comportamento non sembrava essere influenzato dall'intenzione di piacere a qualcuno, dalla gratitudine, o dal riconoscere di essere al centro dell'attenzione. (U.Frith 1989)

Le prime dettagliate descrizioni di casi di autismo si hanno con la pubblicazione degli studi compiuti su questo disturbo da parte di Leo Kanner (Baltimora 1943) e Hans Asperger (Vienna 1944). Indipendentemente l'uno dall'altro essi osservarono casi di bambini che avevano in comune particolari caratteristiche. Sembrava che non sapessero allacciare normali relazioni affettive con le persone e che questo disturbo fosse presente fin dalla nascita. (Frith 1989)

L'ingresso dell'autismo nel mondo della medicina è avvenuto proprio con la pubblicazione dell'articolo di Leo Kanner intitolato: "Disturbi autistici del contatto affettivo" nella rivista "Nervous child",2, (1943). Detto articolo presentava gli studi che egli aveva compiuto su undici bambini seguiti per diversi anni nella sua attività di psichiatra. Kanner osservò che il comportamento di questi bambini differiva da ogni altra sindrome riscontrata in precedenza da psichiatri e psicologi ed usò in questo articolo il termine "autistico" per descrivere ciò che più risultava evidente: la loro incapacità di rapportarsi con gli altri e la loro propensione ad essere lasciati da soli. ("Cosa sapere sull'autismo" R.L.Simpson, P.Zionts Ed. Erickson). Essi mostravano oltre al rifiuto del contatto sociale una varietà di sintomi e comportamenti unici, tra i quali figuravano una notevole abitudinarietà (ad esempio, modificazioni anche lievi delle loro routine e del loro ambiente provocavano agitazione e sofferenza), e lo sviluppo anormale del linguaggio (ad esempio, ritardi nel parlare o produzione linguistica limitata alla ripetizione di parole altrui). L'uso del termine "autismo" risultò, tuttavia, equivoco poiché prima di Kanner la diagnosi di autismo specificava uno dei sintomi più importanti della schizofrenia infantile. Il termine, infatti, era stato usato per la prima volta da Bleuler nel 1911 per designare uno dei sintomi fondamentali della schizofrenia: "l'evasione dalla realtà con, al tempo stesso, una predominanza

relativa o assoluta della vita interiore’’; identificava quindi un disordine dei processi di pensiero che portava al rinchiudersi volontario nella fantasia tipico di questa patologia, cioè a un restringimento delle relazioni con le persone e con il mondo esterno talmente estremo da escludere qualsiasi cosa eccetto il proprio sé. Di qui i termini “autistico” ed “autismo” derivanti dal greco “autòs” che significa “sé”. (Frith 1989) .

Kanner invece con questo termine denomina una sindrome clinica comportamentale distinta sia dal ritardo mentale che dalla schizofrenia, osservata in bambini in tenera età, caratterizzata da un *mancato sviluppo* delle relazioni sociali, *non* da un *rinchiudersi volontario nella fantasia* tipico della schizofrenia. Inoltre, Kanner nota che questo disturbo è presente già dalla prima infanzia e a differenza della schizofrenia, non è accompagnato da un deterioramento progressivo bensì migliora con l’apprendimento e lo sviluppo.

Le caratteristiche comportamentali osservate da Kanner sono tutt’oggi considerate la base per la formulazione della diagnosi di autismo e si ritrovano nei due più importanti strumenti per la classificazione dei disturbi mentali attualmente adottati: il DSM 5 (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 2013*) e ICD XI (*International Classification of Diseases 2019*)

1.1 CARATTERISTICHE DEI BAMBINI AUTISTICI DESCRITTI DA LEO KANNER

Le caratteristiche rilevate da Kanner e definite da lui “comuni” agli 11 bambini che aveva osservato sono:

- **estrema solitudine:** essi sembravano ignorare ciò accadeva nell’ambiente circostante, giocando da soli e non sviluppando relazioni significative;
- **anormalità nel linguaggio:** ritardo nella sua acquisizione, presenza di ecolalia, inversione pronominale e interpretazione letterale dei contenuti;
- **ossessivo desiderio per il mantenimento di una condizione:** presenza di comportamenti ripetitivi, stereotipati e reazioni d’angoscia e smarrimento per ogni cambiamento nella routine giornaliera;
- **buon potenziale cognitivo:** livello intellettuale pressoché nella norma con picchi nelle capacità mnestiche e musicali;
- **normale sviluppo fisico:** assenza di marker fisici e acquisizione delle principali funzioni;
- **genitori molto intelligenti ma “freddi”.**

(De Meo, Vio, Maschietto 2000)

1.2 CARATTERISTICHE DEI BAMBINI AUTISTICI DESCRITTI DA HANS ASPERGER

Contemporaneamente a Kanner che lavorava a Baltimora anche Asperger a Vienna, nel 1944, osservava e descriveva casi di bambini che avevano in comune alcune caratteristiche, in particolare, sembrava che non sapessero allacciare normali relazioni affettive con le persone. La definizione che Asperger dette dell'autismo o, come lui la chiamava, "psicopatia autistica", è assai più ampia di quella di Kanner, in quanto egli incluse casi in cui erano presenti gravi danni organici ed altri che sfumavano nella normalità. Negli studi di Asperger, inoltre, sono rilevabili le seguenti differenze rispetto alle osservazioni di Kanner:

- **nella capacità di acquisizione del linguaggio:** acquisito nell'età attesa anche se utilizzato in modo "innaturale";
- **nella potenzialità di apprendimento:** questi bambini infatti evidenziavano un discreto livello cognitivo globale nonostante la capacità di comprensione di contenuti astratti fosse quasi sempre deficitaria;
- **nelle abilità motorie:** pur essendo acquisiti i movimenti grossi e fini, tuttavia veniva rilevata una significativa povertà di espressioni facciali.

Attualmente il termine di "sindrome di Asperger" viene utilizzato per le persone autistiche con un buon livello intellettuale ed un linguaggio ben sviluppato caratterizzato comunque da aspetti di alterazione prosodica, contenuti ripetitivi ed elementi bizzarri che rendono la funzione comunicativa complessiva inappropriata al mantenimento di un dialogo. (De Meo, Vio, Maschietto 2000)

1.3 AUTISMO E SCHIZOFRENIA

Dopo Kanner ed Asperger altri ricercatori hanno proposto i loro criteri di valutazione per identificare l'autismo compilando elenchi di voci diagnostiche di varia lunghezza. Poiché sia l'autismo che la schizofrenia danno luogo a disturbi di tipo sociale, non sorprende che il termine "schizofrenico" sia stato usato in riferimento a persone autistiche.

Nel 1961, ad esempio, Creak elencò nove voci diagnostiche per l'identificazione di quella che lui definì "la sindrome schizofrenica infantile". Il fatto che l'autismo continuasse ad essere collegato alla psicosi alimentò per parecchio tempo i fraintendimenti e non contribuì certo a chiarire il problema della diagnosi né a dare degli interventi adeguati. (M. AARONS T. GITTENS 1990) Il passaggio alla distinzione tra le due patologie è stato difficile e lungo, tuttavia nel 1978 Rutter giunge alla conclusione che "l'autismo e la schizofrenia sono così diversi che dovrebbero venire considerati come due condizioni completamente separate."

E' importante che l'autismo non sia più classificato insieme alle malattie mentali o alle psicosi come in passato. Il termine "malattie mentali" implica che il primo trattamento deve essere psichiatrico e che solo quando questo si rivela insufficiente l'attenzione deve rivolgersi ad una educazione specifica. Nei "disturbi generalizzati dello sviluppo" invece per il trattamento diventa prioritario l'intervento educativo, sebbene in circostanze eccezionali possa essere necessaria anche la terapia psichiatrica.

1.4 AUTISMO E COMPROMISSIONE INTELLETTIVA

L'aspetto fisico normale fece credere a Kanner che i bambini autistici avessero un'intelligenza normale e che i loro deficit funzionali (cioè ritardi nello sviluppo) fossero causati principalmente dall'incapacità di instaurare relazioni sociali (cioè fossero una diretta conseguenza della condizione autistica). Purtroppo questo è uno dei punti inerenti l'autismo su cui egli si è sbagliato. Ancora durante gli anni sessanta e i primi anni settanta si riteneva che i bambini autistici possedessero un'intelligenza normale, che le loro difficoltà venissero originate dall'incapacità di comunicare e che vi fossero delle possibili implicazioni di carattere emotivo.

L'intervento educativo e la terapia tendevano a focalizzarsi su singoli "isolotti" di abilità fine a se stessi, senza che venisse presa in considerazione la natura globale delle difficoltà del bambino.

Con l'approfondirsi degli studi si è visto che la maggior parte dei soggetti autistici ha anche difficoltà di apprendimento associate, per lo più gravi.

Più sono gravi tali difficoltà più è probabile che il soggetto sia affetto da autismo, sebbene risulti sempre più difficile distinguere gli effetti dell'autismo dagli effetti di una grave compromissione intellettiva. (R. Jordan S. Powel 1995)

Studi neuropsicologici approfonditi e l'analisi epidemiologica dei dati confermano che circa il 70 % dei soggetti autistici presenta un Q.I. inferiore a 70 e, tra questi, un 40 % inferiore a 50.

Goldstein e Lancy nel 1985 hanno dimostrato che la forma della distribuzione dei punteggi ai test di intelligenza nella popolazione autistica è la stessa della popolazione normale con la differenza che la media è spostata in basso di 50 punti di

Q.I. Lo spostamento sarebbe dovuto a disfunzioni cerebrali, ma vi sarebbero comunque dei bambini con punteggi relativamente più alti.

Diversi studi confermano che l'autismo come disturbo dello sviluppo precoce dà luogo a deficit intellettivi notevoli poiché in questo caso tutto il processo di costruzione delle esperienze ne è colpito. (Frith pag 68)

L'autismo può essere associato alle lesioni cerebrali e agli handicap mentali gravi. Fino a non molto tempo fa le caratteristiche autistiche del bambino venivano prese in considerazione senza far riferimento al suo livello di capacità intellettiva. Questo approccio perdurò, nonostante il gran numero di studi citati da Rutter (1978) che dimostravano che il quoziente di intelligenza era un indicatore attendibile dei possibili risultati futuri dei bambini autistici. (Frith 1989)

E' stata ampiamente smentita la concezione erronea riguardante la presunta non validità dei test psicometrici per la mancanza di collaborazione dei bambini autistici. In realtà la difficoltà è dell'operatore che deve possedere la necessaria pazienza, perseveranza, oltre che competenza, per la selezione e applicazione degli adeguati strumenti di valutazione. I bambini presi in carico con le specifiche metodologie riabilitative per autistici mostrano gradualmente adeguatezza per i test compatibili col loro livello cognitivi e rifiuto solo per compiti a loro inaccessibili.

L'analisi qualitativa delle competenze cognitive permette di differenziare una compromissione intellettiva associata all'autismo avente caratteristiche corrispondenti a quelle delle persone affette da sola compromissione intellettiva, ed un ritardo mentale secondario ad un disturbo autistico con aspetti di variabile disarmonia tra le diverse competenze cognitive. Ci può essere ad esempio una buona capacità mnestica e di categorizzazione ed un deficit nelle relazioni causali e nella funzione simbolica.

Rutter nel 1971 ha inoltre dimostrato che non sembra esservi rapporto tra il livello intellettuale e la gravità del comportamento autistico, evidenziando che ci sono caratteristiche comportamentali simili nei bambini autistici sia con Q.I. elevato sia con Q.I. basso.(SCIFO 1999) Le terapie comportamentali intensive migliorano lo stato generale per molti pazienti, ma i sintomi che essi presentano impediscono loro di vivere in maniera autonoma, anche se il loro Q.I. risulta normale.

2 IPOTESI EZIOLOGICHE

Attualmente le reali cause dell'autismo non si conoscono e sono ancora allo studio, è comunque comunemente riconosciuto che una molteplicità di fattori diversi si combinano a determinare questo handicap.

La ricerca sulle cause è ancora aperta e si basa su un approccio multidisciplinare che implica la considerazione di aspetti sia neurobiologici, sia genetici, sia psicobiologici, che ambientali.

2.1 IPOTESI EZIOLOGICHE AD ORIENTAMENTO PSICOGENETICO

Durante gli anni sessanta e i primi anni settanta vennero sviluppate diverse teorie eziologiche. Vari autori asserivano l'importanza dell'ambiente socio emotivo precoce come determinante per lo sviluppo dell'autismo in alcuni bambini. Lo stesso Kanner, d'altra parte, se inizialmente aveva parlato di una innata inabilità per i contatti interpersonali, supponendo un disturbo dello sviluppo cerebrale alla base della disfunzione autistica, successivamente spostò la propria attenzione sulle caratteristiche comportamentali genitoriali, materne in particolare, basandosi su semplici

osservazioni limitate alla tipologia familiare afferente al servizio da lui diretto. Ciò gli fece presumere una maggiore incidenza di autistici tra le classi sociali di livello più elevato. Questo dato fu totalmente smentito dagli studi epidemiologici successivi che hanno dimostrato come Kanner avesse potuto annotare questa differenza sociale poiché negli anni in cui egli esercitava la sua professione, soltanto le classi sociali più abbienti si potevano permettere di afferire ad una consulenza medico psichiatrica se i loro figli manifestavano dei problemi. (R. Scifo 1999). Queste sue osservazioni sui genitori furono prese maggiormente in considerazione quando furono applicate all'autismo le nuove conoscenze psicologiche basate sulle teorie freudiane che ponevano l'accento sull'importanza delle relazioni familiari e in particolare delle relazioni madre bambino. (Lelord e Souvage 1994)

Spitz (1965), in questo stesso periodo, dimostrava la possibile influenza dell'isolamento del bambino nello sviluppo affettivo. Egli descriveva gravi reazioni di ritiro sociale, con pesanti ripercussioni sulle tappe dello sviluppo psicomotorio, in lattanti privati delle cure materne per periodi superiori a tre mesi nel primo anno di vita.

Notevole rilevanza ebbero i lavori di Bettelheim (1967) che, prendendo spunto dalle esperienze definite da "situazione estrema" quale quella dei sopravvissuti ai lager nazisti che egli aveva vissuto direttamente, assegnava un ruolo decisivo alle madri, ritenute incapaci di sviluppare rapporti empatici e "nutritivi" dal punto di vista affettivo nei confronti del loro figlio (Scifo). Egli sosteneva che il fattore che faceva precipitare il bambino nell'autismo era il desiderio dei suoi genitori che egli non esistesse (B. Bettelheim 1967), questo faceva percepire al bambino il proprio ambiente

come freddo, minaccioso e ostile tanto da rifiutarlo o da rendersi impermeabile ad esso.

Nel 1972 anche Tinbergen e Tinbergen affermarono che la causa dell'autismo era da ricercarsi in una anomalia all'interno del normale processo di creazione del legame tra madre e bambino. (M. Aarons -T. Gittens 1990)

L'applicazione di questi modelli all'autismo ha portato ad ipotizzare cause psicogenetiche. Si è affermato che il bambino non aveva inizialmente disturbi, né deficit intellettivi, ma la comparsa dell'autismo era legata ad errori educativi o ad anomalie della relazione madre - bambino. Di conseguenza i genitori sono stati spesso gravati da un senso di colpa e di ansia e la psicoterapia è stata usata per parecchio tempo come cura pur non essendo stata comprovata scientificamente la sua efficacia.

Rimland, genitore di soggetto autistico e ricercatore, in un suo libro del 1964, fu il primo a criticare con argomentazioni scientifiche le teorie psicogenetiche. Da allora numerosi ricercatori tra i quali U. Frith e L. Wing hanno condotto studi, con rigorosa metodologia scientifica, sui genitori di soggetti autistici comparati a gruppi di controllo. Questi studi non hanno dimostrato differenze significative in riferimento alle caratteristiche di capacità relazionali, di calore emotivo e di accettazione del bambino. (Scifo 1990)

“Le teorie che considerano l'autismo un disadattamento emotivo o una forma di malattia mentale adulta sono obsolete. Oggi sappiamo che l'autismo è un tipo di deficit mentale dovuto ad anormalità del cervello” (Frith 1989) afferma U.Frith, attualmente una delle più autorevoli studiosi dell'autismo.

Michael Rutter (1983) afferma che il problema è dato da una intrinseca inadeguatezza dell'apparato cognitivo del bambino non da una singola funzione che ha

“sbagliato strada” in un apparato in sé fondamentalmente integro. (Frith 1989) Si è visto infatti che i bambini autistici non hanno storie di deprivazione affettiva estreme, eppure sembrano incapaci di utilizzare normali stimolazioni ambientali a causa della disfunzione primaria del loro Sistema Nervoso Centrale. (Scifo 1999)

Benché le descrizioni della persona con autismo siano rimaste sostanzialmente costanti da Kanner ad oggi, completamente diverso è ciò che si pensa sulla natura del disturbo (Schopler 1998).

Attualmente è opinione comune che l'autismo sia un handicap grave, globale nella sua estensione e con implicazioni durature, quindi, non un rifiuto o un blocco psicologico (Aarons e Gittens 1990)

2.2 IPOTESI EZIOLOGICHE DI TIPO GENETICO, AMBIENTALE, NEUROBIOLOGICO

“La base ereditaria dell'autismo è sostenuta principalmente dall'osservazione dei gemelli monozigoti, che condividono completamente il patrimonio genetico, essi hanno maggiori probabilità di essere entrambi affetti da autismo rispetto ai gemelli dizigoti. All'interno dei disturbi dello spettro autistico vi è una concordanza del 92% tra gemelli monozigoti e del 10% tra gemelli dizigoti. Inoltre, un fratello o una sorella di una persona affetta da autismo ha un rischio superiore di sviluppare il disturbo (circa il 7% per i maschi e 1-2% delle femmine) o di presentare forme lievi di problemi dello sviluppo che coinvolgono il linguaggio, la socialità o altri sintomi comportamentali (circa il 4-6%)”. (Istituto Superiore di Sanità ISS)

Gli studi sulle cause genetiche dell'autismo sono in continua evoluzione e hanno finora consentito di identificare un certo numero di geni più frequentemente associati a questo disturbo. Alcuni di questi geni sono coinvolti nella produzione di importanti molecole che consentono ai neuroni di comunicare tra loro e sono fondamentali nello sviluppo cerebrale.

Ciò porta a pensare che i soggetti con autismo possano ereditare una particolare combinazione di geni "difettosi". Tuttavia la presenza di tale particolare combinazione, sebbene possa essere causa del disturbo può non essere la condizione sufficiente a svilupparlo.

E' possibile che in alcuni casi tale combinazione di geni "difettosi" dia origine al disturbo solo in seguito a fattori ambientali scatenanti, quali ad esempio l'esposizione ad agenti infettivi durante la vita prenatale, lo status immunologico materno-fetale, l'esposizione a farmaci o agenti tossici anche attraverso l'alimentazione durante la gravidanza. Il ruolo dei geni è perciò sempre di più interpretato come un importante fattore di comorbidità che interagisce con altri fattori, genericamente detti ambientali, nel determinare la comparsa della sindrome. Ad esempio è attivo oggetto di studio il possibile coinvolgimento di particolari condizioni che si possono verificare durante lo sviluppo fetale e neonatale (andamento della gravidanza, infezioni contratte dalla madre come ad esempio la rosolia o la toxoplasmosi, fattori legati alle condizioni del parto). Un settore importante di ricerca riguarda infine il ruolo dell'esposizione ad agenti tossici durante lo sviluppo, come il mercurio o altri inquinanti ambientali quali certi tipi di pesticidi (organo fosfati o organo clorurati) nonché l'utilizzo di farmaci in gravidanza.

Attualmente ci sono tecniche di indagine strumentale che consentono di esplorare la neuroanatomia dell'autismo quali la TAC e la Risonanza Magnetica Nucleare (RMN), e tecniche che consentono di misurare aspetti del metabolismo cerebrale nelle diverse aree, permettendo di leggerne l'attività, quali la Tomografia ad Emissione di Positroni (PET), la Tomografia Computerizzata ad Emissione di Singolo Fotone (SPECT) Esse hanno evidenziato varie anomalie cerebrali nei soggetti autistici che concorrono alle compromissioni date da questo handicap a livello cognitivo, comportamentale, sociale.

2.3 NEURONI SPECCHIO

Un'importantissima scoperta che dà un contributo fondamentale alla comprensione dei meccanismi che sottostanno al funzionamento neurobiologico della mente è quella avvenuta nei primi anni del 1990 nel gruppo di ricerca di Vittorio Gallese con la scoperta dei neuroni specchio. La sede dei neuroni specchio è stata individuata nell'area di Broca situata nella regione frontale dell'emisfero sinistro. La funzione dei neuroni specchio è quella di permettere una rappresentazione interna, e quindi la comprensione, di una determinata azione reale, linguistica o socio comportamentale "mappando le azioni osservate sugli stessi circuiti nervosi che ne controllano l'esecuzione attiva" (Gallese, 2003)

Osservazione, esecuzione, comprensione attivano gli stessi circuiti neuronali. L'attività dei neuroni specchio si manifesta attraverso la capacità imitativa.

Questa scoperta è stata determinante per dare prova scientifica alla Teoria Della Mente illustrata da Baron Cohen (1997). La funzione della teoria della mente è quella

di spiegare l'inferenza degli stati mentali di un individuo attraverso l'osservazione dei suoi comportamenti.

Ci sono prove che nelle persone con disturbo dello spettro autistico, il meccanismo dello specchio è disturbato e quindi non sono in grado di attribuire stati mentali ad altri individui e quindi non li comprendono e ciò il mancato sviluppo o uno sviluppo deficitario delle competenze socio comportamentali e linguistiche.

3 EPIDEMIOLOGIA

L'autismo è una patologia relativamente rara. Si potrebbe pensare che non sia possibile contare quanti sono i bambini autistici se la ricerca, pur avendo raggiunto conoscenze notevoli sulle sue caratteristiche è ancora in atto. Per sapere se una persona è autistica bisogna richiamarsi a criteri precisi così come avviene in ogni campo della medicina. I criteri più comunemente usati sono quelli formulati dalla Organizzazione Mondiale della Sanità e sono codificati nell'ICD 11 (International Classification of Disease, XI versione 2019) e nel DSM 5° (Diagnostic and Statistical Manual, 5° versione, sviluppato dall'American Psychiatric Association, APA 2013) Ricerche epidemiologiche svolte secondo i criteri del DSM III (1987) hanno portato a stimare una prevalenza di bambini autistici pari a 10 casi su 10.000.

Nel DSM5° vengono riportati dati di prevalenza che si avvicinano all'1% della popolazione, con stime simili in campioni di bambini e adulti.

“Non è chiaro se i tassi più alti riflettano un ampliamento dei criteri diagnostici del DSM IV per comprendere i casi sottosoglia, una maggiore attenzione verso la

patologia, differenze nelle metodologie di studio o un vero e proprio aumento della frequenza del disturbo dello spettro dell'autismo.” (DSM 5°)

Vari studi epidemiologici hanno dimostrato che l'autismo interessa i maschi in misura 3 - 4 volte superiore rispetto alle femmine.

Una recente mozione presentata alla camera dei deputati il 3 marzo 2022 concernente iniziative per la diagnosi e la cura dello spettro autistico, riporta i seguenti dati epidemiologici:

“Il CDC (Center for Disease Control) di Atlanta ha stimato un'incidenza di nuovi nati con disturbo dello spettro autistico negli Usa pari a 1 ogni 54 persone (CDC, 2016) ed un più recente studio, condotto da Autisme Europe, prendendo in esame diversi Stati europei, ha stimato una incidenza pari a 1 su 89 nuovi nati (Asdeu, 2018); quanto al nostro Paese – come denunciato dalle associazioni rappresentative per i diritti delle persone con disturbi dello spettro autistico – non vi sono purtroppo strumenti di raccolta dati in materia, né studi epidemiologici condotti su scala nazionale. Pertanto, gli unici dati attualmente disponibili in Italia (prevalenza di 1 su 100 nati, circa 600 mila nuclei familiari interessati) sono il frutto di deduzioni, a partire dai sopra citati studi internazionali, nonché di proiezioni statistiche che si innestano su ricerche condotte in alcune realtà territoriali italiane, in quelle regioni che si sono dotate di strumenti di raccolta dati epidemiologici (ad esempio, Emilia-Romagna e Piemonte).

MOZIONI CONCERNENTI INIZIATIVE PER LA DIAGNOSI E LA CURA DEI DISTURBI DELLO SPETTRO AUTISTICO

Testo Allegato all'Ordine del Giorno della seduta n. 650 di Giovedì 3 marzo 2022

4 DEFINIZIONE DI AUTISMO

Il quadro clinico dell'autismo, quale venne descritto da Kanner (1943), presenta un numero ben definito di sintomi la cui identificazione, in teoria, rende possibile la

formulazione di una diagnosi specifica. Le caratteristiche originariamente osservate e descritte da lui comprendevano:

- l'incapacità di sviluppare relazioni sociali,
- il ritardo nell'acquisizione del linguaggio parlato,
- l'uso non comunicativo del linguaggio parlato se esistente,
- l'ecolalia ritardata,
- le inversioni pronominali,
- i giochi ripetitivi e stereotipati,
- l'avversione ai cambiamenti,
- la mancanza di immaginazione,
- buone capacità di ripetizione mnemonica meccanica
- aspetto fisico normale. (Aarons, Ghittens 1990.)

In pratica però la gamma dei problemi è infinitamente più varia e complessa, infatti molti ricercatori considerano l'autismo nell'ambito di un continuum di deficit di sviluppo (Arons, Gittens 1990)

Nel **DSM IV** l'autismo è incluso nella categoria dei "disturbi generalizzati o pervasivi dello sviluppo", a metà tra il "ritardo mentale" e i "disturbi specifici dello sviluppo".

Per "ritardo mentale" si intende uno sviluppo più lento: lo sviluppo di chi soffre di ritardo mentale segue le stesse linee degli altri individui anche se più lentamente, dato che la sua età mentale resta inferiore rispetto all'età cronologica.

Per "disturbi specifici dello sviluppo" si intendono invece quei casi in cui lo sviluppo sia rallentato o imperfetto in una particolare area di abilità. Un soggetto affetto da dislessia, per esempio, ha una specifica difficoltà nell'apprendimento e,

sebbene possieda un'intelligenza normale, ha insolite difficoltà nell'imparare a leggere. Quando invece, ci siano numerose aree che presentano menomazioni qualitative si parla di "disturbo generalizzato dello sviluppo". La caratteristica più importante dei disturbi generalizzati dello sviluppo è che le difficoltà principali riguardano insieme l'acquisizione di abilità cognitive, linguistiche, sociali motorie. Con il termine "menomazioni qualitative" si vuole indicare che le menomazioni possono essere causate da qualcosa di più di un semplice sviluppo ritardato, come avviene nella compromissione intellettiva, o da un handicap secondario sensoriale o motorio. L'autismo infatti, è anche "diversità", nel senso che la persona con autismo ha uno stile cognitivo diverso e questo rappresenta l'aspetto "qualitativo" della sua diversità. Chi soffre di disturbo generalizzato o "pervasivo" dello sviluppo può allo stesso tempo avere un certo grado di ritardo, e questo significa che la persona è affetta anche da un altro disturbo "associato" all'autismo.

Uno degli aspetti fondamentali della vita è la capacità di comunicare con gli altri, capire il loro comportamento, rapportarsi con gli oggetti, le situazioni e le persone in modo creativo; ma è proprio in queste tre aree specifiche che gli autistici incontrano le difficoltà maggiori. I soggetti con disturbo autistico possono avere una gamma di sintomi comportamentali, come iperattività, scarso mantenimento dell'attenzione, impulsività, aggressività, comportamenti autolesivi e, specie nei bambini più piccoli, accessi di collera. Possono esservi risposte bizzarre a stimoli sensoriali (per es. un'alta soglia per il dolore, ipersensibilità ai suoni o all'essere toccato, reazioni esagerate alla luce ed agli odori, affascinata attrattiva per certi stimoli).

Possono esservi anomalie nell'alimentazione (per es. limitazioni dietetiche, Pica) o nel sonno (ricorrenti risvegli notturni con dondolamenti).

Possono essere presenti anomalie dell'umore o dell'affettività (per es. riso o pianto senza apparente motivo, un'apparente assenza di reazioni emotive).

Può esservi mancanza di paura di fronte a pericoli reali ed un eccessivo timore di fronte ad oggetti innocui. Possono essere presenti svariati comportamenti autolesivi (per es. sbattere la testa o le dita, mordere le dita, le mani o i polsi). Nell'adolescenza o nella prima età adulta, i soggetti con disturbo autistico che hanno capacità intellettive di introspezione possono diventare depressi quando si rendono conto delle loro gravi compromissioni.

Secondo U. Frit I disturbi che caratterizzano l'autismo oltre all'ipotetico inadeguato sviluppo di una "teoria della mente", sono costituiti da una costellazione, o "sindrome", di altri disturbi che riguardano vari processi cognitivi, dalla percezione alla memoria al ragionamento. (Frith 1989)

5 IL DSM 5

Manuale Statistico Diagnostico dei disturbi mentali 2013

Il DSM5° parla di DISTURBO DELLO SPETTRO DELL' AUTISMO secondo due fondamentali criteri diagnostici che riguardano due macro aree:

la comunicazione e interazione sociale
i modelli di comportamento, interessi o attività ripetitivi e ristretti.

il Disturbo dello Spettro Autistico deve soddisfare i criteri A, B, C e D:

A. Deficit persistente nella comunicazione sociale e nell'interazione sociale in diversi contesti, e manifestato da tutti e tre i seguenti punti presenti attualmente o nel passato:

Deficit nella reciprocità socio-emotiva che vanno da un approccio sociale anormale e insuccesso nella normale reciprocità della conversazione, attraverso una ridotta condivisione di interessi, emozioni, all'incapacità di dare inizio o di rispondere a interazioni sociali.

Deficit nei comportamenti comunicativi non verbali usati per l'interazione sociale, da una scarsa integrazione della comunicazione verbale e non verbale, attraverso anomalie nel contatto oculare e nel linguaggio del corpo, o deficit nella comprensione e nell'uso della comunicazione non verbale, fino alla totale mancanza di espressività facciale e gestualità.

Deficit dello sviluppo, della gestione e della comprensione delle relazioni che vanno dalla difficoltà nell'adattare il comportamento per adeguarsi ai diversi contesti sociali; alle difficoltà nella condivisione del gioco immaginativo e nel fare amicizie fino all'apparente assenza di interesse per i coetanei.

B. Pattern di comportamenti, interessi o attività ristretti e ripetitivi come manifestato da almeno due dei seguenti punti, presenti attualmente o nel passato:

Linguaggio, movimenti o uso di oggetti stereotipati o ripetitivi, come semplici stereotipie motorie, ecolalia, uso ripetitivo di oggetti, o frasi idiosincratice.

. Eccessiva fedeltà alla routine priva di flessibilità, comportamenti verbali o non verbali riutilizzati o eccessiva riluttanza ai cambiamenti: rituali motori, insistenza nel

fare la stessa strada o mangiare lo stesso cibo, domande incessanti o estremo stress a seguito di piccoli cambiamenti.

. Interessi altamente ristretti e fissati, anormali in intensità o argomenti: forte attaccamento o interesse per oggetti insoliti, interessi eccessivamente persistenti o circostanziati.

Iper o Ipo-reattività agli stimoli sensoriali o interessi insoliti verso aspetti sensoriali dell'ambiente: apparente indifferenza al caldo/freddo/dolore, risposta avversa a suoni o consistenze tattili specifiche, eccessivo annusare o toccare gli oggetti, attrazione per luci o oggetti roteanti.

C. I sintomi devono essere presenti nella prima infanzia (ma possono non diventare completamente manifesti finché le esigenze sociali non oltrepassano il limite delle capacità o possono essere mascherati da strategie apprese in età successiva).

D. L'insieme dei sintomi deve limitare e compromettere il funzionamento quotidiano in ambito sociale lavorativo o altre aree importanti.

E. Queste alterazioni non sono meglio spiegate da disabilità intellettiva o da ritardo globale dello sviluppo. La disabilità intellettiva e il disturbo dello spettro dell'autismo spesso sono presenti in concomitanza; per porre diagnosi di comorbidità di disturbo dello spettro dell'autismo e di disabilità intellettiva, il livello di comunicazione sociale deve essere inferiore a quanto atteso per il livello di sviluppo generale.

NOTA: Gli individui con diagnosi consolidata DSM IV di Disturbo autistico, disturbo di Asperger o disturbo pervasivo dello sviluppo senza specificazione, dovrebbero ricevere la diagnosi di disturbo dello spettro dell'autismo,

5.1 I TRE LIVELLI DI GRAVITA':

Una novità introdotta nel DSM5° rispetto al precedente è la necessità di indicare la gravità della sintomatologia del disturbo dello spettro autistico su una scala di tre punti.

Livello 3: Richiede supporto molto significativo

- Comunicazione sociale: i gravi deficit nella comunicazione sociale, verbale e non verbale, causano una grave difficoltà nel funzionamento; iniziativa molto limitata nell'interazione sociale e minima risposta all'iniziativa altrui. –

Interessi ristretti e comportamenti ripetitivi: preoccupazioni, rituali fissi e/o comportamenti ripetitivi che interferiscono marcatamente con il funzionamento in tutte le sfere. Stress marcato quando i rituali o le routine sono interrotti; è molto difficile distogliere il soggetto dal suo focus di interesse, e se ciò avviene egli ritorna rapidamente ad esso.

Livello 2: Richiede supporto significativo –

Comunicazione sociale: Deficit marcati nella comunicazione sociale, verbale e non verbale, l'impedimento sociale appare evidente anche quando è presente supporto; iniziativa limitata nell'interazione sociale e ridotta o anormale risposta all'iniziativa degli altri. –

Interessi ristretti e comportamenti ripetitivi: preoccupazioni, rituali fissi e/o comportamenti ripetitivi appaiono abbastanza di frequente da essere evidenti per l'osservatore e interferiscono con il funzionamento in diversi contesti. Stress o frustrazione appaiono quando sono interrotti ed è difficile ridirigere l'attenzione.

Livello 1: Richiede supporto –

Comunicazione sociale: senza supporto i deficit nella comunicazione sociale causano impedimenti che possono essere notati. Il soggetto ha difficoltà a iniziare le interazioni sociali e mostra chiari esempi di atipicità o insuccesso nella risposta alle iniziative altrui. Può sembrare che abbia un ridotto interesse nell'interazione sociale. Per esempio una persona che è in grado di formulare frasi complete e si impegna nella comunicazione ma fallisce nella comunicazione e i tentativi di fare amicizia sono strani e generalmente senza successo.

Interessi ristretti e comportamenti ripetitivi: l'inflessibilità di comportamento causa interferenze con uno o più contesti. Difficoltà nel cambiare attività e problemi nell'organizzazione e nella pianificazione ostacolano l'indipendenza.

6 DIAGNOSI DIFFERENZIALE

Il DSM5° stabilisce che per il disturbo dello spettro dell'autismo associato ad una condizione medica o genetica o ad un fattore ambientale o ad altro disturbo del neurosviluppo mentale o del comportamento, deve essere registrato disturbo dello spettro dell'autismo “associato a.....”

. Il **Sindrome di Rett** differisce dal disturbo autistico per la sua caratteristica distribuzione tra i sessi e per il tipo di deficit. Il Disturbo di Rett è stato diagnosticato solo nelle femmine, mentre il Disturbo Autistico si manifesta molto più frequentemente nei maschi. Nel Disturbo di Rett vi è una modalità caratteristica di rallentamento della crescita del cranio, la perdita di capacità manuali finalistiche già

acquisite in precedenza e l'insorgenza di andatura o di movimenti del tronco scarsamente coordinati.

Specie durante l'età prescolare i soggetti con Disturbo di Rett possono dimostrare difficoltà nell'interazione sociale simili a quelle osservate nel disturbo autistico, ma queste tendono ad essere transitorie.

Il Disturbo autistico differisce dal **Disturbo Disintegrativo della Fanciullezza**, che presenta una modalità caratteristica di regressione dello sviluppo dopo almeno due anni di sviluppo normale. Nel Disturbo Autistico, le anomalie di sviluppo vengono di solito notate nel primo anno di vita. Quando non sono disponibili informazioni sullo sviluppo precoce quando non è possibile documentare il periodo di sviluppo normale richiesto, si dovrebbe far diagnosi di Disturbo Autistico.

La Sindrome di Asperger può essere distinto dal Disturbo Autistico dalla mancanza di ritardo nello sviluppo del linguaggio. Il Disturbo di Asperger non viene diagnosticato se non sono soddisfatti i criteri per il disturbo Autistico. La **Schizofrenia** con esordio nella fanciullezza di solito si sviluppa dopo anni di sviluppo normale, o quasi normale. Si può fare una diagnosi aggiuntiva di schizofrenia se un soggetto con Disturbo Autistico sviluppa le caratteristiche tipiche della schizofrenia con sintomi della fase attiva caratterizzati da rilevanti deliri o allucinazioni che durano per almeno un mese. Nel Mutismo Selettivo il bambino di solito mostra adeguate capacità di comunicazione in alcuni contesti e non ha la grave compromissione nell'interazione sociale e le modalità ristrette di comportamento associate col Disturbo Autistico. Nel **Disturbo della Espressione del Linguaggio e nel Disturbo Misto della Espressione e della Ricezione del Linguaggio** vi è una compromissione del linguaggio ma essa non è associata con la presenza di compromissione qualitativa nell'interazione sociale

e con modalità di comportamento ristrette, ripetitive e stereotipate. Talvolta è difficile determinare se un' ulteriore diagnosi di Disturbo Autistico sia giustificata in un soggetto con **Compromissione intellettiva** specie se la compromissione intellettiva è grave o gravissima. Una diagnosi aggiuntiva di disturbo Autistico è riservata a quelle situazioni in cui vi sono deficit qualitativi delle capacità sociali e di comunicazione ed i comportamenti specifici caratteristici del Disturbo Autistico. Le stereotipie motorie sono caratteristiche del Disturbo Autistico; una diagnosi aggiuntiva di **Disturbo dei Movimenti Stereotipati** non va fatta se questi sono meglio giustificati come parte della sintomatologia del Disturbo Autistico. (DSM IV 1994)

7 ATTUALI METODI DI OSSERVAZIONE E DI VALUTAZIONE DELL'AUTISMO

7.1 STRUMENTI DIAGNOSTICI

La diagnosi di autismo è quasi esclusivamente basata sull'osservazione del bambino, attraverso essa si dovrebbe evidenziare un certo numero di comportamenti deficitari nell'area della socializzazione, della comunicazione e degli interessi.

Le interviste ed i questionari diagnostici attualmente utilizzati danno una valutazione qualitativa e quantitativa dei su citati aspetti, per valutarli ricorrono a più fonti di informazione tramite: interviste strutturate, scale standardizzate per genitori e/o insegnanti, osservazione dirette del bambino in situazioni strutturate.

Gli strumenti valutativi principalmente utilizzati sono:

:

La *Childhood Autism Rating Scale* (CARS; Shopler, Reichler, e Renner, 1986)

è una scala che può essere compilata dall'insegnante, dai genitori o dalla terapeuta. Essa valuta il comportamento del bambino in 15 diverse aree che riguardano: la relazione con le persone, l'imitazione, l'uso del corpo, le relazioni con oggetti, l'adattamento al cambiamento, la risposta a stimoli visivi, la risposta a stimoli uditivi, la risposta a nuove stimolazioni, le reazioni ansiose, la comunicazione verbale, la comunicazione non verbale, il livello di attività, le funzioni intellettive. A ciascun item viene dato un punteggio attraverso un criterio a 4 punti che va dall' "appropriato per età" al "profondamente anormale o assente".

Autism Diagnostic Observation Schedule (ADOS Lord et al. 1989)

prevede l'organizzazione di una sessione di gioco standardizzata e semi strutturata che permette di osservare i comportamenti comunicativi e sociali. Vengono valutate la capacità di gioco simbolico, la comunicazione non verbale e le abilità di conversazione. Prevede il coinvolgimento nella sessione di più persone. E' appropriato per bambini dai 6 agli 8 anni con un'età mentale di almeno 3 anni. Lo strumento prevede anche un'intervista strutturata ai genitori.

La Parent Interview for Autism (PIA; Stone e Hogan, 1979)

è un'intervista strutturata per genitori, utilizzata per ottenere informazioni sul comportamento e sulle caratteristiche del bambino prima dei sei anni. Contiene 118 item nei quali viene chiesta la frequenza di determinati comportamenti secondo una scala di 5 punti che va da "mai" al "molto spesso".

La Psicoeducational Profile (PEP; Schopler e Reichler, 1979)

è uno strumento che serve a definire il profilo funzionale dei bambini con autismo e quindi a valutare i loro punti di forza e di debolezza, e ad ottenere tutte le informazioni necessarie alla pianificazione di un programma di intervento in ambito sia scolastico che familiare. Vengono considerati un insieme di comportamenti che consentono di valutare le abilità del bambino in aree diverse, quali, la percezione, le abilità motorie e quelle cognitive. Gli item propongono compiti appropriati per bambini da un anno a sette anni. La valutazione si basa su tre livelli: giusta, sbagliata, emergente. Comprende anche un questionario per i genitori.

E Autismo? (Aarons e Gittens, 1990)

è un test di valutazione psicopedagogica che facilita la raccolta di informazioni sul bambino in modo da individuare i punti di forza e di debolezza e poter così focalizzare le aree di lavoro sulle abilità emergenti. La scheda di valutazione è suddivisa in otto sezioni: osservazioni generali, controllo dell'attenzione, funzionalità sensoriale, funzione simbolica non verbale, formazione dei concetti, sequenzialità e ritmi, parola e linguaggio, intelligenza e risultati scolastici.

8 LA TRIADE DEI DISTURBI

Sappiamo che i soggetti con autismo, oltre a presentare delle peculiarità di tipo comportamentale, specificate nei criteri del DSM, evidenziano dei deficit specifici anche a livello cognitivo. Tali deficit hanno trovato spiegazione in diversi modelli di funzionamento cognitivo: la teoria della mente, la teoria della coerenza centrale, la teoria delle funzioni di programmazione e di controllo.

Recentemente la ricerca si è allontanata dai puri e semplici elenchi di voci diagnostiche a favore di descrizioni più dettagliate delle caratteristiche osservabili. Queste descrizioni, sebbene non semplifichino la diagnosi, hanno contribuito ad aumentare la consapevolezza della molteplicità dei sintomi possibili e dell'enorme complessità del "continuum" autistico che si definisce così poiché si svolge in un'ampia gamma di gravità all'interno dei disturbi fondamentali della comunicazione, dell'interazione sociale, dell'immaginazione. E' importante prendere in considerazione gli elementi costitutivi della triade di Lorna Wing (1988) per poter riconoscere e capire le variazioni e le manifestazioni dell'autismo. Wing tratta questi

aspetti nel volume “The Diagnosis and Assessment of Autism” (1987) dove descrive la “triade dei deficit nell’interazione sociale” che risultano essere alla base del disturbo autistico ma anche, come si vedrà, di altre condizioni di deficit.

Lorna Wing e Judith Gould circa vent’anni fa condussero uno studio che ebbe conseguenze importanti nell’educazione dei bambini autistici o con disturbi associati all’autismo e videro che bambini con disturbi motori, psichiatrici, comportamentali o di apprendimento, mostravano contemporaneamente difficoltà nello sviluppo delle capacità di comunicazione, di interazione sociale e di immaginazione.

Questa triade di disturbi, risultò essere alla base del disturbo autistico, sia in persone autistiche con ritardo mentale che in persone autistiche dette “high functioning” cioè ad alto funzionamento cognitivo. Si dimostrarono essere presenti anche in una alta percentuale di individui che erano stati classificati come ritardati mentali, psicotici o affetti da disturbi emozionali. In particolare si parla rispettivamente di una incidenza di 4-5 bambini su 10.000 con autismo, e di una incidenza di 22 bambini su 10.000 con disturbi associati all’autismo. (Frith 1989) (Peeters 1998)

I disturbi nelle tre aree della comunicazione, dell’interazione sociale e dell’immaginazione erano così spesso collegati che potevano essere descritti come una triade. L’unico interesse dei bambini con questa triade di disturbi poteva ridursi ad attività ripetitive stereotipate, che potevano persistere per mesi o anni. (Peeters 1998)

I tre aspetti della triade sono: deficit nella funzione di riconoscimento sociale, deficit nella comunicazione sociale, deficit nella comprensione sociale e nell’immaginazione.

- Il deficit nella funzione di riconoscimento sociale si manifesta, nella sua forma più estrema, come distacco e indifferenza nei confronti degli altri. I soggetti meno gravi, sebbene non instaurino autonomamente dei contatti sociali, accettano però gli approcci degli altri. Alcuni possono giungere ad attivare dei rapporti sociali, ma questi sono unilaterali ed egocentrici ed esistono unicamente in funzione delle preoccupazioni idiosincratiche del bambino. La forma più leggera si riscontra in quei soggetti adulti che abbiano compiuto dei progressi tali da rendere il loro deficit non immediatamente evidente. Essi mostrano tuttavia di non comprendere le sfumature delle regole che governano le situazioni sociali e di non essere in grado di “percepire” l’altro in un contesto sociale. Sembra che queste persone abbiano appreso solo superficialmente una parte delle regole più semplici del comportamento sociale.

- Nelle forme più estreme di deficit nella funzione di comunicazione sociale si riscontra l’assenza totale di qualsiasi desiderio di comunicazione con gli altri. In alcuni casi la comunicazione viene ridotta esclusivamente all’espressione dei propri bisogni. Più oltre lungo il continuum si collocano coloro che fanno dei commenti sulla realtà, ma non come parte attiva e significativa di un’interazione e spesso in modo sganciato rispetto al contesto sociale. All’apice del continuum si trovano i bambini più grandi e gli adulti che parlano molto, ma che non si curano della risposta dell’interlocutore e non instaurano dialoghi con uno scambio reciproco di informazioni.

-Nei casi più gravi di deficit nella comprensione sociale e nell’immaginazione, l’imitazione ed il gioco di fantasia (“far finta di ...) sono assenti. I soggetti meno gravi ripetono le azioni degli altri, ma senza capirne realmente il significato ed il fine. Ad esempio, fanno il bagno alla bambola, la mettono a letto, ma non giocano spontaneamente con la propria fantasia. Alcuni recitano un ruolo in modo ripetitivo e

stereotipato; variazioni proprie o espressioni di immedesimazione o empatia sono totalmente assenti. All'apice del continuum vi sono quei soggetti che capiscono che c'è qualcosa nelle menti degli altri, ma che non posseggono alcuna strategia che permetta loro di capire di che cosa si tratti. Altri bambini che presentano forme di deficit molto leggere, dimostrano di possedere una certa abilità nel riconoscere i sentimenti e le emozioni altrui; tuttavia anche in questo caso si tratta del risultato di un processo di apprendimento, più che di comprensione empatica dell'altro. (Aarons e Gittens 1990)

Come abbiamo visto prima il risultato degli studi di Wing e Gould aveva dimostrato: 1)-che il numero di bambini con un grave disturbo sociale era molto più alto di quanto si pensasse poiché colpiva anche bambini con disturbi diversi dall'autismo, 2)-che tra i bambini con ritardo mentale grave o profondo, la percentuale del disturbo sociale era elevata, addirittura al livello più elevato di ritardo, QI sotto 20, era molto difficile rilevare delle risposte sociali, 3) –che tutti i bambini con disturbo sociale, anche quelli con un adeguato sviluppo intellettuale, presentavano contemporaneamente un disturbo della comunicazione verbale e non verbale e delle attività immaginative.

Questa triade di deficit sta alla base dei criteri diagnostici usati dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (ICD 10) (1990) e dall' American Psychiatric Association (DSM IV) (1994) (Jordan Powel 1995) che all'interno del gruppo di bambini con disturbi evolutivi di tipo sociale individuano diversi sottogruppi, tra i quali solo uno è costituito dall'autismo classico.

9 LA TEORIA DELLA MENTE

Una delle più accreditate teorie che hanno tentato di spiegare il disturbo autistico fa riferimento a un deficit nell'abilità di rappresentare gli altri e la mente degli altri.

Baron Cohen, Lesile e Frith (1985) hanno cercato di dare una spiegazione ai tre deficit comportamentali fondamentali nell'autismo (socializzazione, comunicazione, immaginazione) in una teoria psicologica cognitiva che ha avuto molta risonanza negli ultimi anni: "La teoria della Mente". Questi autori hanno suggerito che i tre deficit sopra menzionati risultano da una difficoltà nell'abilità di "leggere la mente", cioè l'abilità di inferire gli stati mentali degli altri, quali i loro pensieri, desideri ed emozioni (De Meo, Vio, Maschietto 2000) Utha Frith nel suo libro "L'autismo spiegazione di un enigma" 1996 descrive come per mezzo di specifici test di risoluzione di problemi, attraverso immagini e giocattoli strutturati in senso narrativo, i bambini presi in esame dovessero immaginare delle "false convinzioni" di personaggi di scenette test. Uno dei test, ad esempio, è l'esperimento di Sally ed Anna elaborato da Wimmer e Perner (1983) per studiare lo sviluppo di una teoria della mente nei bambini piccoli. Il loro esperimento ha dimostrato che la "teoria della mente" è un processo che i bambini normali non sviluppano prima dei tre o quattro anni. Cioè prima di questa età non riescono a realizzare le implicazioni di una "falsa credenza" (la credenza è un tipo di stato mentale), non sono in grado di cogliere la differenza tra la loro credenza e quella di qualcun altro e di comprendere che possono esistere credenze differenti su un singolo evento. L'esperimento di Sally ed Anna si serve di due bambole, Sally ed Anna, e mima una scenetta: "Sally ha un cestino ed Anna ha una scatola. Sally ha una biglia e la mette nel suo cestino, poi se ne va. Anna tira fuori la biglia dal cestino di Sally e la mette nella sua scatola mentre Sally è via.

Quando Sally torna vuole giocare con la sua biglia.” A questo punto viene posta la domanda: “Dove cercherà la biglia Sally?” Naturalmente la risposta corretta è: “Nel cestino” poiché la biglia è stata spostata mentre Sally era via. La maggior parte dei bambini non autistici ha dato risposta corretta. I soggetti autistici, invece tendono a dare delle risposte coerenti con la loro interpretazione della situazione, indicano la scatola, ovvero il posto in cui si trova “realmente” la biglia senza tener conto della “credenza” di Sally, senza cioè “mettersi nei panni”, o riuscire a rappresentarsi mentalmente l’inevitabile “falsa convinzione” del personaggio che nella scenetta, in maniera molto evidente, non può sapere ciò che è accaduto. La difficoltà sta nell’inferire che, se Sally non ha visto che la biglia è stata spostata nella scatola, allora deve ancora credere che sia nel cestino. In altre parole non avevano compreso che vedere è sapere e non vedere è non sapere. La logica della mentalizzazione per noi è semplice ed ovvia, ma non è affatto così nei bambini autistici.

Tale teoria prende origine dalle formulazioni di Alan Leslie (1987), secondo il quale esiste una netta somiglianza tra la logica che sottende alla mentalizzazione e la logica della finzione, (sono entrambe una pura rappresentazione mentale) anzi la capacità di mettere in atto il gioco di finzione è vista come anticipatrice di una teoria della mente. E’ stato osservato che raramente i bambini con autismo si impegnano in giochi di finzione; questo tipo di gioco spesso in loro è assente.

La capacità di apprendere nozioni sul mondo avviene normalmente nel bambino allorché egli sa costruire delle rappresentazioni delle cose, delle persone, degli eventi. Esse sono dette *rappresentazioni primarie* in quanto sono strutture di dati costruite a partire da informazioni percettive, quindi reali, concrete. A partire da un anno il bambino è capace di andare oltre, può costruire delle rappresentazioni di

rappresentazioni o metarappresentazioni del mondo reale. Esse sono dette *rappresentazioni secondarie* in quanto sono strutture di dati che codificano gli atteggiamenti che una persona ha in determinate situazioni, quali credere, desiderare, far finta. Nella finzione la realtà viene deliberatamente distorta. Un bambino, ad esempio è capace di immaginare che una banana possa essere una pistola o che un oggetto inanimato sia animato. Leslie chiama questo meccanismo operazione di “distacco” in quanto il pensiero libero dai suoi normali doveri di riferimento alla realtà può attribuire ad essa un sorprendente cambiamento di significato.(Frith 1989)

Secondo i suoi studi è un meccanismo innato, matura soltanto nel secondo anno di vita ed il significato di questo progresso evolutivo è della massima importanza per tutte le funzioni mentali superiori poiché dalla capacità di fingere, gradualmente si sviluppa la capacità di mentalizzare (Frith 1989) e con questa la capacità di cogliere il significato di una miriade di espressioni che caratterizzano la comunicazione umana, di “leggere tra le righe” di parole e comportamenti che spesso sono carichi di significati non letterali ed immediati. Utha Frith, a questo proposito, definisce “comportamentiste” in senso stretto le persone autistiche poiché hanno grosse difficoltà a “leggere” emozioni, intenzioni e pensieri, un’azione per loro è solo un’azione ed è veramente innaturale coglierne il significato non manifesto. In altri test che presentavano tipi diversi di storielle (una storia meccanicistica, una storia comportamentale, una storia mentalistica) i bambini normali e quelli con sindrome di Down, anche di un’età mentale inferiore, se la cavarono meglio dei bambini autistici nelle storielle mentalistiche, mentre tutti i bambini autistici comprendevano la storiella meccanicistica e la sapevano ricostruire con ordine (ad esempio: “Il pallone è scoppiato perché è stato forato da un ramo”), come pure riuscivano a spiegare uno

scenari comportamentale (ad esempio: “Una ragazza va in un negozio a comperare dei dolci. Paga il venditore e porta con sé i dolci”).

Bowler (1992) ha cercato di replicare gli studi sulla teoria della mente ed ha visto che i soggetti autistici più dotati, o con disturbo di Asperger, pur essendo in grado di risolvere in modo corretto problemi del tipo “Paolo pensa che Luca pensa...”, all’interno dei test, quando si chiede loro di spigare la risposta che hanno dato, non sono in grado di farlo. Non sanno cioè applicare alla vita reale delle conoscenze sociali che sembrano acquisite nel test. Questo può essere spiegato grazie all’idea di “stato logico-affettivo” di Hermelin e O’Connor (1985), secondo la quale i bambini autistici impiegano un procedimento cognitivo e logico per risolvere dei problemi che normalmente appartengono ad un dominio affettivo ed emozionale. Uta Frith (1989) afferma che questi soggetti hanno trovato una strategia per dare delle soluzioni corrette, ma che non sono in grado di generalizzarle alla vita reale.

L’ipotesi di un deficit nella metarappresentazione, e quindi nella teoria della mente, nei soggetti con disturbo autistico, sembra, quindi, spiegare in modo coerente ed esaustivo i disturbi nella comunicazione, nelle relazioni sociali e nel gioco di finzione, essa però non spiega altrettanto bene sintomi come il repertorio ristretto di interessi, il comportamento ripetitivo e le stereotipie.

9.1 COMUNICAZIONE E TEORIA DELLA MENTE

Le esperienze sociali ed affettive fanno parte del dinamismo di coesione e di distacco dei nostri processi centrali di pensiero. La comunicazione ne è l’espressione più diretta.

Poiché c'è una profonda differenza tra le interazioni umane con uno scambio di informazioni esplicite e quelle con scambi emozionali impliciti, è molto difficile per le persone autistiche, anche se molto dotate, la comprensione del linguaggio e delle relazioni sociali ed affettive che comportano l'emissione di una serie molto vasta e variabile di segnali verbali e non verbali. L'impossibilità per le persone autistiche di concettualizzare gli stati mentali e di sentire le interazioni come parte di una rete di presupposti impliciti a causa della loro incapacità di mettere insieme grandi quantità di informazione su eventi, persone e comportamenti fa sì che non possano entrare in empatia con i sentimenti e con i modi di pensare degli altri. Abbiamo visto che la persona autistica interpreta il comportamento in sé e per sé, in modo letterale, non dal punto di vista delle intenzioni retrostanti. Le intenzioni che cambiano il significato del comportamento, come ad esempio l'inganno, l'adulazione, la persuasione e l'ironia, presentano dei difficili problemi di interpretazione per le persone con autismo. L'osservazione di come avviene il dialogo con una persona autistica che parla, ha mostrato che l'informazione è ricevuta ed emessa da questa, in modo indifferenziato senza che sia in grado di considerarne gli effetti sull'interlocutore. Ciò indica che il deficit di comunicazione intenzionale e l'incapacità di rapportarsi affettivamente agli altri sono in realtà la stessa cosa. Il deficit si rivela in maniera evidentissima nel fatto che nelle persone autistiche molto dotate la comprensione sia del linguaggio che delle relazioni sociali ed affettive rimane letterale.

10 LA TEORIA DELLA COERENZA CENTRALE

L'inadeguatezza dei soggetti autistici nel dare risposte adatte al contesto, vista anche nei vari esempi portati per illustrare la teoria della mente, può essere spiegata, come dice Uta Frith, dalla presenza di un deficit persistente e pervasivo di "coerenza centrale", cioè da una specifica difficoltà ad integrare informazioni a differenti livelli.

Uta Frith parla del deficit di "coerenza centrale" come di un'ipotesi da considerare per capire la natura delle disfunzioni intellettive nell'autismo.

La normale operazione della coerenza centrale fa sì che gli esseri umani diano priorità alla comprensione del significato globale di una parola, di una frase, di un'azione, di una figura o di un'immagine. La comprensione nel sistema cognitivo normale avviene all'interno di un contesto significativo che aiuta a dare un'interpretazione corretta degli input provenienti dalla realtà esterna al soggetto.

Frith ha verificato, somministrando dei test di diversa natura, che tutti i bambini normali hanno una buona prestazione quando comprendono e considerano il contesto in cui è inserito il compito da eseguire mentre non è così per i bambini con autismo che, invece, svolgono molto bene test che saggiavano competenze astratte con compiti decontestualizzati.

Un esempio è dato dall'applicazione di due test tratti dalla scala di misurazione del Q.I. di Wechsler (Wechsler Intelligence Scale for Children WISC) che hanno fornito molte informazioni sulle prestazioni caratteristiche dei bambini autistici: uno di questi è il subtest di "Comprensione" che richiede risposte di senso comune a domande ipotetiche (ad esempio: "Che cosa faresti se ti tagliassi?") ed implica un alto grado di competenza comunicativa, un altro è il subtest di "Disegno con i cubi" che richiede di riprodurre con dei cubi recanti parti di un disegno astratto, entro un tempo

prefissato, il disegno intero. Nel primo test i bambini autistici falliscono poiché in loro la comunicazione è disturbata. Il secondo test è risultato essere relativamente facile per i bambini con autismo e per i bambini normali scolarizzati abituati a compiti decontestualizzati, mentre era particolarmente difficile per i bambini con ritardo mentale e per i bambini normali ma privi di istruzione. Per questi ultimi la neutralità e il distacco dalla realtà di un test astratto risultano essere così strani ed inusuali che hanno difficoltà a mostrare delle capacità che fanno parte, tuttavia, della loro intelligenza nelle situazioni reali. La capacità dei bambini normali, ma privi di istruzione, di contestualizzare si può vedere chiaramente in un esempio che riporta uno studio condotto su bambini brasiliani non scolarizzati che facevano i venditori ambulanti. Lo studio ha messo in luce come questi bambini riportassero un insuccesso nei test del Q.I. svincolati dal contesto e un successo nella soluzione degli stessi problemi posti nella vita reale. Qui “l’intelligenza nei test “ e “l’intelligenza nelle situazioni reali” sono in netto contrasto tra di loro come in alcuni bambini con autismo, ma in senso opposto. I bambini venditori ambulanti infatti erano particolarmente abili nel calcolare i prezzi ed il cambio quando vendevano la frutta, mentre quando erano posti di fronte a calcoli matematici molto simili da fare in maniera astratta non erano capaci di eseguirli. Molto probabilmente il compito, senza i presupposti forniti dal contesto ordinario, non aveva tanto senso, per quei bambini, da riuscire ad attivare le abilità che possedevano. I bambini con autismo si sono dimostrati, altresì, più abili nei test liberi da un contesto e dove il compito non si basava molto sulla comunicazione sociale o verbale, ma lo stesso materiale sembrava suggerire ciò che si doveva fare.

Altri studi improntati all'analisi delle caratteristiche della memoria risultante, nei bambini autistici, come una delle "isole" di capacità, hanno dimostrato che la loro è una memoria di tipo "automatico" che permette di ricordare sequenze anche senza senso. I test di memoria applicati a bambini autistici e non, della stessa età mentale, consistenti nel cercare di richiamare stringhe di parole ora associate in modo del tutto casuale, ora legate in una frase significativa, hanno mostrato che i bambini autistici ricordano bene entrambi i tipi di sequenze mentre i bambini normali o con ritardo mentale memorizzano meglio le parole strutturate in una frase in cui il significato agisce come uno stimolo per mettere insieme le parole in una unità coerente. Lo stesso accadeva con sequenze di suoni o di colori. Il significato generale del messaggio o la struttura non casuale dell'insieme che sono le caratteristiche più importanti per i bambini normali, non lo sono altrettanto per i bambini autistici. E' proprio la mancanza di preferenza per gli stimoli coerenti rispetto agli stimoli non coerenti che è considerata anormale. Un'altra ricerca, condotta da Amita Shah e Uta Frith (1983), prevedeva l'applicazione del test "Delle figure nascoste" consistente nell'individuare all'interno di un disegno presegmentato una figura (ad esempio: un triangolo o una casetta) la cui forma era poco visibile a causa della presenza di altre linee che la confondevano. Questa ricerca ha dimostrato che i soggetti autistici sono significativamente più bravi (in velocità e correttezza) rispetto al gruppo di controllo nello scoprire la figura nascosta all'interno di quella che la contiene, dimostrando un preponderante stile di analisi di tipo locale. Essi hanno la preminente capacità di cogliere i singoli particolari piuttosto che l'insieme. Partendo da questa analisi U. Frith ipotizza un modello della mente basato sul modo di elaborare le informazioni, su come

il mondo esterno è rappresentato nel mondo interno e su come la mente agisce sul mondo.

Questo modello distingue i processi centrali del pensiero e i processi più periferici dell'input e dell'output. I processi periferici sono specializzati per varie funzioni, ad esempio il linguaggio. I meccanismi dell'input trasformano le sensazioni in percezioni attraverso molti stadi di elaborazione e possono essere concepiti come moduli fatti su misura, altamente specializzati; il loro prodotto finale è l'informazione utilizzabile già interpretata. Questa informazione può essere ulteriormente interpretata dai processi di pensiero centrali. Anche il sistema centrale può fornire molti stadi di elaborazione in molti sottosistemi specializzati. Ciò che è importante sottolineare è che esso ha a che fare con un'informazione già elaborata ad un livello molto alto. Il sistema centrale interpreta, confronta ed immagazzina; trae inferenze e reinterpreta; dà inizio alle azioni. Per l'esecuzione di queste azioni vi sono anche qui meccanismi di output molto specializzati. E' possibile che esista una forza coesiva molto forte che trascini insieme, a livello centrale, grandi quantità di informazioni. Senza questo tipo di coesione di alto livello i frammenti di informazione rimarrebbero solo frammenti e come tali sarebbero di uso limitato nei programmi a lungo termine dell'organismo per il suo adattamento intelligente all'ambiente. L'ipotesi è che nell'autismo ci sia una forza coesiva centrale debole rispetto alle forze coesive di livello inferiore e che pertanto ci sia un mondo incoerente di esperienze frammentate. Uta Frith chiama con il termine "distacco" la debolezza di coesione centrale e con vari test ha dimostrato che i bambini autistici riescono nei compiti che richiedono l'isolamento degli stimoli e favoriscono il distacco, mentre dimostrano una ridotta capacità nelle prestazioni e nei

compiti che richiedono la connessione degli stimoli e favoriscono la coerenza. (Frith 1989)

La teoria della coerenza centrale sembra trovare una spiegazione anche per i comportamenti ripetitivi, sia semplici che complessi e le “isole di abilità” o interessi particolari che spesso i soggetti autistici presentano. I primi infatti potrebbero essere interpretati come “frammenti di azioni più complesse che vengono decontestualizzate e ripetute senza che ci sia un sistema in grado di inibirli adeguatamente. U. Frith e H Appè (1994) suggeriscono che il deficit di coerenza centrale e della teoria della mente possano coesistere indipendentemente nell’autismo. Queste autrici ipotizzano che nell’autismo siano deficitari due differenti sistemi cognitivi: un sistema deputato a elaborare e modulare l’informazione riguardante gli stati mentali, un altro sistema, più vasto che determina un particolare “stile cognitivo” con il quale tutte le informazioni vengono elaborate.

11 SPIEGAZIONE DELLA TRIADE DEI DISTURBI DI WING, DELLA TEORIA DELLA MENTE E DELLA COERENZA CENTRALE

La teoria della mente con l’ipotesi del “distacco” elaborata da Leslie ci consente, più di ogni altra, di spiegare i tre sintomi che costituiscono la triade dei disturbi di Lorna Wing riscontrati in tutti i bambini autistici. Abbiamo visto che la triade di Wing si riferisce ai disturbi nelle relazioni sociali, ai disturbi della comunicazione ed ai disturbi nel gioco di finzione.

Ciò che spesso appare come un problema relativo al linguaggio si può comprendere meglio se lo si interpreta come un problema relativo alla semantica degli stati mentali. Allo stesso modo, ciò che appare un problema legato alle relazioni affettive può essere compreso come una conseguenza dell'incapacità di rendersi pienamente conto di cosa significhi avere una mente e pensare, conoscere, credere e provare sentimenti in maniera diversa dagli altri. Questo ci consente anche di interpretare quello che appare come un problema di apprendimento del comportamento sociale. L'acquisizione delle regole sociali su un piano puramente esteriore non è sufficiente: bisogna saper "leggere tra le righe", bisogna saper leggere i pensieri delle persone.

La mancanza di attenzione condivisa tra i bambini autistici e le loro madri è stata identificata come uno dei primissimi e più efficaci indici discriminativi dei bambini autistici rispetto ai bambini con ritardo mentale. Anche questa caratteristica può essere attribuita ad una incapacità di considerare gli altri come individui con interessi diversi dai propri. Il comportamento che deriva da questo deficit nel bambino autistico molto piccolo comprende l'incapacità di mostrare e indicare oggetti e situazioni interessanti, nonché gli interminabili monologhi degli autistici dotati su argomenti per i quali il partner non nutre alcun interesse. Si spiega così anche un'altra caratteristica importante dei bambini con autismo: il loro scarso uso del contatto oculare. Esso potrebbe essere un'incapacità di apprendere il "linguaggio degli occhi" cioè di imparare ad usare e comprendere i segnali associati a particolari stati mentali. La mancanza di una teoria della mente può spiegare sia l'evitamento del contatto sociale sia un approccio non appropriato poiché entrambi derivano da una mancata

comprensione di ciò che le altre persone pensano, sentono o desiderano. Un insuccesso nella comunicazione è il risultato inevitabile di questo deficit.

Tutti i bambini autistici classici mostrano sintomi addizionali che vanno al di là della triade di Wing; ad esempio, la configurazione particolare delle capacità intellettive e i fenomeni ripetitivi delle stereotipie e dei rituali. Questi fenomeni possono essere spiegati come effetti di una disfunzione cognitiva centrale, la quale, a sua volta può essere vista come un “distacco”, cioè come una spinta debole alla coerenza centrale di tutta l’informazione. In sintesi Uta Frith ritiene che l’elaborazione dell’informazione fino alla sua interpretazione da parte del sistema nervoso centrale sia normale nell’autismo nucleare, come fanno pensare i suoi problemi percettivi. Nei bambini autistici i vari elaboratori di stimoli specifici non mostrano un’assenza anomala di effetti di coesione: questa assenza risulta solo a livello più alto del pensiero centrale, che è anche il livello di metarappresentazione. Da qui, dice Uta Frith, è possibile guardare ai nostri pensieri come un viaggiatore nello spazio osserverebbe la terra. La capacità di mentalizzare può essere considerata come il congegno interpretativo unificante per eccellenza: spinge un’informazione complessa, che deriva da fonti del tutto disparate, a integrarsi in un insieme che abbia significato. La capacità che ci permette di conoscere che noi conosciamo (teoria della mente) può essere la chiave della capacità di dare senso (teoria della coerenza centrale).

12 PROGRAMMI DI INTERVENTO

Diverse ipotesi sul concetto di autismo si sono susseguite nel tempo. A ogni teoria corrisponde un diverso approccio di intervento. Le terapie o i trattamenti sono veramente molteplici e, purtroppo, possono essere disorientanti per chi ne ha bisogno.

L'estrema eterogeneità all'interno dello spettro autistico, della multifattorialità eziologica e della complessa influenza dei fattori ambientali fa sì che sia difficile individuare una terapia ideale.

TABELLA

Tecniche di intervento per il disturbo autistico

<ul style="list-style-type: none">• Danzoterapia• Delfinoterapia• Comunicazione facilitata• Dieta Feingold• Holding• Terapia del comportamento intensivo• Terapia interattiva• Logoterapia• Terapia Fisica	<ul style="list-style-type: none">• Musicoterapia• Farmacoterapia• Ludoterapia• Ippoterapia• Psicoanalisi• Linguaggio dei segni• Terapia del linguaggio• Terapia cognitiva-comportamentale (TEACCH)• Terapia cognitiva
--	--

Si possono raggruppare le varie tecniche di intervento secondo tre principali approcci al problema:

- **Approccio psicodinamico;** fa riferimento alla teoria psicoanalitica che interpreta il disturbo autistico come un problema emotivo. Viene usato

sempre meno per la presa di coscienza che si tratta di un disturbo dello sviluppo anziché emozionale e che nemmeno i soggetti “alto funzionanti” sono in grado di comprendere e quindi usufruire delle dinamiche messe in luce dalla interpretazione.

- **Approcci farmacologico;** enfatizza gli aspetti biochimici coinvolti nell'autismo attraverso la proposta di farmaci che intervengono sui sintomi maggiormente disturbanti per le attività quotidiane quali l'iperattività, l'aggressività, l'autolesionismo, l'ansia. Dovrebbero essere parte di un programma più completo e attento ad altri aspetti del disturbo della vita dell'individuo quali l'apprendimento e l'adattamento alla vita sociale e familiare.

Approccio cognitivo comportamentale: le tecniche di modificazione del comportamento sono certamente le più efficaci per il raggiungimento di obiettivi di autonomia personale e di apprendimento di condotte adattive al posto di quelle gravemente disadattive. Hanno tutte il ricorso ai principi generali del condizionamento e delle strategie di apprendimento. L'esempio più famoso e più riuscito di tale approccio è il metodo TEACCH (*Treatment and Education of Autistic and Communication Handicapped Children 1972*)

12.1 TEACCH

E' un sistema di interventi messo a punto nel North Carolina ed attivo dal 1972 che comprende attività di ricerca, formazione ed organizzazione dei servizi per persone con autismo, disturbi generalizzati dello sviluppo, disturbi della comunicazione e compromissione intellettiva.

Si propone di modificare l'ambiente in funzione delle esigenze individuali per sviluppare al massimo le autonomie del soggetto autistico e migliorare le qualità di vita sue e dei suoi familiari diminuendo i comportamenti problematici.

I principi chiave della filosofia TEACCH sono:

- Avere ben presenti le caratteristiche dei soggetti con autismo,
- Migliorare l'adattamento dell'individuo all'ambiente,
- Attenta valutazione diagnostica e clinico comportamentale per individualizzare gli interventi,
- Attenta considerazione del livello di sviluppo per l'uso di materiali e l'organizzazione delle attività,
- Sistema di educazione strutturata,
- Collaborazione con i genitori,
- Approccio aperto all'ampia gamma dei problemi posti dai soggetti soprattutto in vista del futuro,
- Organizzazione dei servizi che copra l'intero arco di vita.

La sua applicazione avviene tramite un sistema di educazione strutturato che prevede:

- L'organizzazione spaziale, in modo che gli spazi siano immediatamente identificabili nella loro funzionalità dal bambino,
- L'organizzazione dell'attività giornaliera tramite schemi organizzativi della giornata o "agende" che servono ad anticipare al bambino le attività della giornata in modo da limitare i problemi di orientamento temporale.
- Una organizzazione visiva della zona lavoro in modo che il bambino sappia agire autonomamente indipendentemente dalla supervisione dell'educatore.
- L'organizzazione del compito con una chiara leggibilità delle modalità di svolgimento tramite una particolare disposizione dei materiali che dovranno essere utilizzati in sequenza per il completamento di ogni attività.

13 LINGUAGGIO E COMUNICAZIONE

“Il linguaggio è un mezzo per accedere a tanta ricchezza di informazioni, che però non sembra accessibile alle persone autistiche seppure dotate di linguaggio”.
(Frith 1989)

Il linguaggio richiede una vasta gamma di capacità nascoste:

la fonologia è relativa alla capacità di elaborare i suoni verbali;

la sintassi alla capacità di seguire le regole della grammatica;

la semantica alla capacità di comprendere e creare i significati.

Infine, separata dalle competenze linguistiche primarie, vi è la pragmatica relativa alla capacità di usare il linguaggio con lo scopo di comunicare. Le ricerche hanno dimostrato che le difficoltà nel dominio della pragmatica sono una caratteristica universale dell'autismo. Qualunque sia il livello raggiunto nelle capacità sintattiche o semantiche, che in alcune persone con autismo può essere alto, il livello della pragmatica risulta comunque inferiore. La competenza verbale dei bambini autistici è molto varia; ad esempio, vi è il caso di un giovane che fino a nove anni non aveva mai parlato, quando gli fu regalato uno strumento di comunicazione computerizzato lo seppe usare con efficacia; ci sono bambini che non parlano mai ma che in rare occasioni hanno pronunciato frasi intere e ci sono bambini che parlano “a pappagallo” ma quasi mai spontaneamente. In tutti questi casi è più appropriato parlare di grave disturbo della comunicazione piuttosto che di disturbo del linguaggio. I problemi relativi all'acquisizione del linguaggio possono derivare da problemi di comunicazione. Il processo normale di acquisizione del linguaggio è indubbiamente favorito da un desiderio innato di comunicare in modo intenzionale. Tuttavia se questo desiderio è presente in misura ridotta, come nei bambini con autismo, allora

l'acquisizione del linguaggio potrebbe essere bloccata. Nei bambini normali le nuove parole vengono apprese facilmente se sono associate ad un oggetto o ad un argomento che ha rilevanza per il bambino. Ad esempio un bambino normale coglie il significato preciso della parola "biscotto" nella situazione in cui il biscotto è un oggetto di interesse condiviso con altre persone; la parola sarà allora pronunciata e compresa al momento giusto.

I bambini con autismo, al contrario possono non afferrare le situazioni in cui un argomento è oggetto di interesse anche di altre persone che pronunciano la relativa parola giusta al momento giusto. Questo significa che i bambini con autismo imparano parole o frasi pronunciate da qualcuno sganciandole dal contesto, senza rendersi conto della loro associazione con l'evento nel quale le hanno udite. Questa è una delle spiegazioni del linguaggio singolare spesso presente nel linguaggio dei bambini che hanno questo disturbo. Il ritardo nell'acquisizione del linguaggio può quindi essere interpretato come la conseguenza di un disturbo della comunicazione piuttosto che come un problema linguistico specifico.

Lo "stile cognitivo inflessibile" delle persone con autismo e la grande difficoltà che incontrano nell'interpretare e capire le situazioni che vivono si riflette anche nelle menomazioni qualitative dello sviluppo della comunicazione.

Aspetti peculiari quali l'ecolalia, il linguaggio metaforico o idiosincratico e l'inversione dei pronomi "io" e "tu" che rappresentano le caratteristiche comportamentali più attendibili dell'autismo, furono già osservati da Kanner .

13.1 ECOLALIA

Molte persone con autismo presentano ecolalia che consiste nella ripetizione letterale di parole o frasi, immediata (subito dopo aver sentito una parola o una frase, è simile a un eco) o ritardata (di parole o frasi sentite giorni prima). Essa fa parte dello sviluppo normale dei bambini e si presenta intorno ai 18 mesi, nei bambini con autismo compare intorno ai 36 mesi e, nel caso ci sia compromissione intellettiva l'ecolalia si sviluppa anche più tardi. La sua funzione è importante in quanto può aiutare nello sviluppo del linguaggio parlato.

13,2 LINGUAGGIO IDIOSINCRATICO

E' un uso singolare del linguaggio che consiste nel pronunciare parole o frasi in modo apparentemente strano perché non consono alla situazione e con significato non condiviso socialmente. Ad esempio “non versare” per dire “voglio acqua” oppure cantare la sigla di un cartone per chiedere di accendere la televisione.

13.3 L'INVERSIONE PRONOMINALE

Sembra che anche la difficoltà ad usare correttamente i pronomi “io” e “tu”, “noi” e “loro” sia legata alla mancanza di flessibilità mentale. La lettura psicanalitica la interpretava come una prova di rifiuto cosciente dell'altro o di costruire una propria personalità. In realtà è la scarsa flessibilità che rende complicato comprendere come mai una persona a volte sia “io” altre “tu” oppure “lui” o “lei”. Per questo risulta più

facile, parlando di sé, utilizzare i pronomi che gli altri utilizzano con la persona con autismo quando ci si rivolge a lei. Tali difficoltà sono ampliate dal fatto che i bambini autistici non effettuano giochi di ruolo che li stimolerebbero ad imitare e ad immedesimarsi in altri soggetti.

14 COME OSSERVARE LA COMUNICAZIONE NEI BAMBINI CON AUTISMO

L'osservazione della comunicazione dei bambini autistici avviene con l'ausilio della scheda "campione di comunicazione" messa a punto dal programma di comunicazione TEACCH sviluppato da L. R. Watson, C. Lord, B. Schaffer e E. Schopler. Il programma di comunicazione è specificamente indirizzato a quei bambini le cui abilità comunicative vanno da un livello non verbale a quello di frasi semplici, comparabile, a grandi linee con le abilità comunicative di bambini di tre anni o tre anni e mezzo. Ha lo scopo di fornire un metodo per valutare e insegnare abilità comunicative a bambini con autismo o simili disturbi dello sviluppo. Si parla di "abilità di comunicazione" piuttosto che di "abilità di linguaggio" perché lo scopo prioritario dell'educazione in questo campo è teso a migliorare le capacità comunicative nelle situazioni quotidiane. La scheda "campione di comunicazione" valuta la comunicazione dei bambini autistici tenendo presenti cinque dimensioni principali implicate in ogni atto comunicativo che sono:

- 1) le funzioni o scopi della comunicazione,

2) i contesti o situazioni nei quali avviene la comunicazione,

3) le categorie dei significati o categorie semantiche che vengono espresse da un bambino

4) le parole i gesti o i segni che un bambino utilizza nella comunicazione,

5) le forme in cui avviene la comunicazione (gesti, figure, singole parole o frasi).

Ogni atto comunicativo in quanto tale, infatti, ha una specifica forma, serve a una funzione particolare, esprime alcuni significati usando parole o unità che le sostituiscono, avviene in un contesto particolare. Queste cinque dimensioni sono tratte da approcci psicolinguistici allo studio dello sviluppo della comunicazione nei bambini normali e descrivono i differenti aspetti di conoscenza che sono in gioco ogni volta che una persona partecipa con successo a un episodio comunicativo. La scheda “campione di comunicazione” ci fornisce una struttura per osservare le abilità comunicative possedute e le abilità che mancano in un bambino con autismo o con handicap della comunicazione. Da ciò si potrà comprendere meglio perché un bambino può riuscire a comunicare bene in una determinata situazione ed invece avere problemi in un'altra. Questa stessa struttura verrà poi usata al momento di sviluppare i programmi educativi individualizzati per aumentare le abilità di comunicazione.

Particolare importanza viene data alle due dimensioni:

-funzioni o scopi della comunicazione,

-contesti o situazioni nei quali la comunicazione avviene. (Watson, Lord

Schafer, Schopler 1989)

Alla prima perché i bambini autistici non comprendono intuitivamente lo scopo della comunicazione ma hanno bisogno di impararlo, alla seconda perché “il contesto è l’ingrediente più essenziale ed immediato in una piena comunicazione intenzionale ed è una caratteristica che distingue quest’ultima dalla pura e semplice trasmissione di un messaggio” (Frith 1989)

15 LE DIVERSE DIMENSIONI DELLA COMUNICAZIONE

15.1 FUNZIONI

Il concetto di “funzione comunicativa” si riferisce all’intento o scopo che si manifesta nell’atto di comunicare. Spesso tale scopo non è direttamente palese perciò chi partecipa all’atto comunicativo è costantemente impegnato a fare inferenze sullo scopo della comunicazione che gli giunge. Ad esempio se una persona chiede ad un'altra: “Puoi passarmi il sale?” ci viene spontaneo capire che questa domanda si riferisce ad una richiesta di avere del sale e non semplicemente al desiderio di conoscere se l’altro è capace di passare il sale. Ciò significa che per comunicare veramente si deve conoscere il “perché” della comunicazione, l’intenzione che sta dietro al messaggio, a che cosa serve, che potere ha di modificare la realtà che ci circonda. I bambini autistici dimostrano di non capire a che cosa serve comunicare e sono fortemente limitati nell’abilità di comunicazione per funzioni o scopi differenti. Un bambino, ad esempio, può mostrare di provare piacere a nominare le cose ma allo stesso tempo può non capire che quelle stesse parole possono essere usate per chiedere oggetti di cui ha bisogno o che desidera. Un altro può essere capace di usare il

linguaggio per chiedere oggetti ma non per fare commenti su di essi. Ci sono poi bambini che non sanno chiedere informazioni quando ne hanno bisogno e, per esempio, non riuscendo a trovare un oggetto dov'è di solito vagano per tutta la stanza senza scopo e manifestano accessi di collera oppure di autolesionismo. Un'altra difficoltà che i bambini autistici incontrano nel comunicare con scopi diversi è legata al loro modo insolito di esprimere le loro intenzioni. Spesso usano parole o frasi caratterizzate dall'uso immediato o differito di ecolalia. Nonostante essa sembri non servire a scopi comunicativi può accadere che i bambini inizino ad usare frasi ecolaliche in contesti appropriati e in modo comunicativo. Ad esempio un bambino che ha appena imparato ad usare il water dice: "Sei stato bravo" rivolgendosi alla nonna che da molto tempo gli ripeteva questa frase per sollecitarlo ad imparare da usarlo. E' comunque molto difficile, nel momento in cui un bambino autistico prova a comunicare qualcosa, essere in grado di fare una ragionevole inferenza sullo scopo della sua comunicazione (ameno che non si conosca molto bene il bambino, la sua storia, le sue abitudini, i suoi interessi). Una grande difficoltà con questi bambini sta infatti proprio nel riuscire a stabilire se, quando dicono qualcosa, intendano comunicare o no e qual'è la corretta interpretazione del loro atto comunicativo. Questa difficoltà è accentuata da un'altra loro caratteristica: l'incapacità di mettere in atto quegli atteggiamenti tipici della comunicazione umana che consistono nell'avvicinarsi all'altro e guardarlo negli occhi quando si ha intenzione di comunicare con lui (attenzione condivisa). Questi esempi mostrano che i bambini con autismo sono limitati nella loro capacità di comunicare con diversi scopi, in modo appropriato ed interpretabile perciò un intervento educativo teso ad aumentare le loro abilità comunicative dovrà avere tra i suoi obiettivi il fornire loro strategie per praticare una

comunicazione che sia utile ad un'ampia varietà di funzioni. Ad esempio un bambino che abbia imparato a dire la parola "acqua" perché ha sete e vuole bere facendo così una richiesta non è detto che sappia usare questa stessa parola per definire l'acqua che scorre dal rubinetto facendo un commento su ciò che vede.

15 2 CONTESTI

Il termine "Contesto" si riferisce in modo molto ampio alle diverse situazioni in cui le persone comunicano. Ogni situazione richiede capacità comunicative differenti a seconda delle persone, dei luoghi, delle circostanze in cui la comunicazione avviene. Ad esempio il modo di comunicare che si usa con una persona sconosciuta incontrata per strada è del tutto diverso da quello che si usa con un familiare in casa. Per riconoscere e usare le sottili variazioni nella comunicazione che dipendono da contesti diversi occorrono delle abilità che sono carenti nelle persone autistiche anche se hanno un alto livello di funzionamento intellettuale. Questo sembra dovuto alla mancanza di "intuizione sociale" che abbiamo visto costituire una delle caratteristiche dell'autismo.

16 DALLA COMPRENSIONE TEORICA DELL' AUTISMO ALL'INTERVENTO EDUCATIVO

L'insegnamento e l'istruzione hanno un ruolo fondamentale nella crescita e nello sviluppo dei bambini autistici poiché una cura medica non esiste. E' riconosciuto infatti che i progressi che questi bambini riescono a raggiungere sono dovuti ad interventi di tipo educativo ed ai programmi messi a punto per l'insegnamento specificamente rivolto a loro (Simpson, Zionts 1994)

Anche se la diagnosi dà una descrizione importante della sindrome, essa non definisce una serie di caratteristiche di apprendimento che sono diverse da bambino a bambino. Tali caratteristiche possono essere problemi di comprensione o di espressione verbale, di attenzione, di astrazione, di disorganizzazione o di scarsa memoria per ciò che non è al centro dei propri interessi specifici. Nell'autismo sono stati individuati anche punti di forza cognitivi che possono consistere, ad esempio, in interessi molto forti, abilità di memoria meccanica, buoni processi visuospatiali.

E' necessario, quindi, comprendere sia i deficit sia i punti di forza di ogni singolo bambino e le circostanze ambientali in cui tali caratteristiche si mostrano. L'uso di uno schema della giornata scolastica realizzato in modo visivo, ad esempio, può aiutare un'insegnante ad ottenere l'attenzione di un bambino mentre indicazioni verbali non solo non ottengono l'attenzione ma possono creare situazioni di forte disagio sia per il bambino che per l'insegnante. (Schopler 1998))

17 OSSERVAZIONE IN UN CONTESTO TERAPEUTICO EDUCATIVO

Il lavoro che viene qui presentato nasce dall'esigenza di conoscere e verificare tramite l'osservazione diretta quanto esposto nella parte teorica di questa tesi sulle caratteristiche dell'autismo, con particolare attenzione ad una delle aree che sono più specificamente colpite in questo handicap: quella della comunicazione in tutti i suoi aspetti, sia verbale che non verbale. L'osservazione si è svolta presso un centro specializzato per la diagnosi e la riabilitazione di bambini con disturbi dello spettro autistico. Qui i bambini con diagnosi di autismo vengono seguiti e sono inseriti in un programma terapeutico di tipo educativo in adesione alla convinzione ora diffusa presso la comunità scientifica secondo la quale il trattamento più adeguato per questo handicap è l'educazione.

L'osservazione ha come scopo, non la raccolta di dati ed informazioni al fine di incrementare conoscenze statistiche, bensì rispondere al desiderio di apprendere informazioni significative sulle modalità relazionali che risultano più efficaci e validate scientificamente per approcciarsi con questi bambini in un contesto educativo.

18 IL CENTRO

Il Centro è nato nel 1995 dalla volontà di due genitori che, essendo impegnati nell'ambito della consulenza psicopedagogica, hanno messo a disposizione la loro competenza allo scopo di organizzare un servizio specialistico per l'autismo ed hanno creato un team di lavoro specifico con l'intento di dare ai soggetti con autismo l'opportunità di una diagnosi precoce frutto di una osservazione condotta con

strumenti e metodi adeguati. Il Centro si impegna, inoltre, in un servizio di riabilitazione e coadiuva, se richiesto, il lavoro degli insegnanti di sostegno nella scuola per un inserimento attento alle caratteristiche particolari di questi bambini. Collabora, inoltre, con i genitori per aiutarli a comprendere le specificità dei loro figli e a relazionarsi con loro in modo più efficace. Il lavoro del Centro si ispira ai principi che reggono l'operato della divisione TEACCH ed alla metodologia educativa da essi praticata. L'obiettivo del lavoro terapeutico-educativo è quello di riuscire ad aumentare la capacità di autonomia nella vita quotidiana dei bambini seguiti, tenendo comunque sempre in prima considerazione le caratteristiche che identificano la personalità di ogni singolo bambino nonostante le disabilità che caratterizzano il suo handicap.

19 BAMBINO VISTO :

Edoardo: ha sette anni, frequenta il primo anno della scuola primaria, viene seguito, per due ore, tutti i pomeriggi della settimana dalle educatrici del Centro per un totale di dieci ore la settimana. Ha diagnosi di autismo. La sua diagnosi funzionale è del gennaio 2000 ed evidenzia quanto segue:

(Riporto l'analisi funzionale relativa all'area linguistica rilevata con lo strumento diagnostico PEP (*Psychoeducational Profile*) per la valutazione e l'intervento educativo individualizzato per i bambini con i disturbi dello spettro autistico)

Comprensione: il linguaggio verbale è assente e compromesso il livello di comprensione.

Potenzialità: è emergente la comprensione di alcuni messaggi gestuali.

Il bambino sta seguendo un training sull'utilizzo di comunicazioni alternative come quelle dell'immagine, che nel suo caso si è dimostrato molto utile, infatti egli è in grado di comprendere molti messaggi mediati da foto rappresentative.

Difficoltà: non ci è dato sapere con certezza quanto Edoardo (i bambini con autismo in generale) è in grado di decodificare il linguaggio verbale poiché la compromissione nella comunicazione fa sì che, pur comprendendo alcune parole o frasi, queste non vengano recepite come messaggi comunicativi e pertanto non producono una modifica del suo comportamento.

Produzione:

è totalmente assente la produzione linguistica, sono presenti alcune ecolalie raramente utilizzate a fini comunicativi.

Potenzialità: Si sta lavorando per insegnare linguaggi alternativi con funzione comunicativa. Attraverso l'uso del linguaggio visivo il bambino ha iniziato ad esprimere alcuni suoi bisogni mostrando le foto corrispondenti.

Difficoltà: è assente la produzione linguistica spontanea

20 IL CONTESTO TERAPEUTICO OSSERVATO

Nel Centro i bambini incontrano un ambiente strutturato appositamente per rispondere alla necessità, per loro fondamentale, di trovarsi in un luogo comprensibile, in cui sapere con chi lavoreranno, in cui gli spazi e gli oggetti “parlino da sé”, in cui gli stimoli non siano di disturbo o disorientanti ma servano a comunicare il più chiaramente possibile. La strutturazione dello spazio del tempo e delle attività sono indispensabili a questo fine.

20.1 LA STRUTTURAZIONE DELLO SPAZIO

L'ambiente terapeutico è costituito da due aule nelle quali lo spazio interno è diviso in quattro parti corrispondenti ciascuna ad una attività ben definita e riconoscibili dalla disposizione dei mobili. Le quattro parti sono così distinte:

- area di lavoro “face to face”;
- area di lavoro individuale;
- area di lavoro col computer;
- area di riposo e gioco.

L'area di lavoro “face to face” adibita ad attività di tipo cognitivo e di motricità fine è costituita da un tavolo al quale il bambino lavora su compiti proposti di volta in volta dall'educatore che gli sta seduto di fronte. Il tavolo può essere strutturato per far comprendere al bambino quanti compiti dovrà svolgere quando vi è impegnato, ad esempio con una numerazione posta alla sua sinistra costituita da numeri scritti su cartoncini attaccati con del velcro al tavolo che il bambino toglie ogni volta che esegue

un compito. Inoltre, perché sia ben comprensibile quando inizia un esercizio viene dato, con ordine, sopra il tavolo alla sinistra del bambino e quando è finito riposto alla sua destra dentro un cesto.

Nell'area di lavoro individuale il bambino svolge da solo compiti per i quali ha già acquisito le abilità necessarie. È un'area nella quale si trova un tavolo, ben circoscritta, delimitata su tre lati dal muro o da scaffalatura per limitare al massimo le possibilità di distrazione del bambino. L'educatore svolge prevalentemente attività di controllo o aiuto se richiesto. Quando il bambino ha problemi di attenzione particolarmente gravi questa area, avendo un campo visivo più limitato, perciò limitando le possibilità di distrazione, viene usata al posto del tavolo di lavoro "face to face" ed in questo caso l'educatore interviene a fianco del bambino per aiutarlo.

L'area di lavoro col computer è anch'essa ben delimitata da muro e scaffalatura. In questo ambito il bambino usa il computer per consolidare o imparare a generalizzare abilità già acquisite quali colorare dentro i contorni di un disegno, seguire con una linea un percorso dentro un labirinto, costruire dei puzzle, riconoscere i numeri le lettere dell'alfabeto o parole. Si sta mostrando molto utile l'uso del computer anche per far apprendere nuove abilità a bambini che hanno difficoltà di motricità fine e di attenzione in quanto si può usare il touch-screen, o il mouse inizialmente soltanto per far cliccare il bambino, esso si sta mostrando, inoltre, uno strumento utile all'apprendimento perché è in grado di attirare particolarmente l'attenzione e l'interesse dei bambini con autismo.

L'area del riposo è costituita da un divano rosso affiancato da una scaffalatura nella quale sono riposti diversi giochi. Le fotografie o i disegni dei vari giochi sono riportati su cartelline attaccate col velcro su un tabellone, di modo che il bambino

possa scegliere il gioco desiderato. In questa area l'attenzione è rivolta all'attività grosso motoria, alla stimolazione sensoriale, alla comunicazione. In genere è l'area più gradita ai bambini e quella in cui l'interazione con l'educatore è più intensa. Il tipo di giochi che vi si svolgono, infatti, a volte sono cose che il bambino ama fare da solo, ad esempio guardare dei libri illustrati, far suonare un carillon, ascoltare della musica, fare le bolle; altre volte sono giochi sociali, quali ad esempio il gioco del "cù-cù", il solletico, i salti, il "far finta di" battere le mani al ritmo di una canzoncina il gioco con una palla.

20.2 LA STRUTTURAZIONE DEL TEMPO

Consiste nel creare routine e nel dare schemi visivi che consentano di cogliere immediatamente "ciò che succederà dopo".

Per spiegare come si svolgerà la successione dei compiti all'interno dell'aula viene posta all'ingresso, vicino alla porta la striscia del tempo. Si tratta di una striscia verticale che indica con immagini poste su un cartoncino attaccato col velcro la precisa successione delle attività. L'educatore o il bambino (se ha acquisito questa abilità) all'inizio di ogni attività strappa l'immagine che la rappresenta, e, quando è terminata la ripone e prende la seguente. Questo modo di procedere è importantissimo perché consente al bambino di sapere in ogni momento quanto tempo è passato e quanto ne manca per tornare a casa.

20.3 LA STRUTTURAZIONE DELLE ATTIVITA'

Ogni singolo lavoro da svolgere deve portare in sé l'immediata comprensione a livello visivo di ciò che viene richiesto e di come dovrà essere completato, ad esempio completare un disegno da modello, fare un puzzle, costruire con mattoncini vedendo l'opera finita.

Ogni compito è contenuto in una scatola posta a sinistra del bambino ed è contrassegnato con un simbolo o immagine. Al bambino è data una sequenza con i simboli o immagini dei compiti da svolgere. Ogni compito terminato viene riposto in una scatola a destra. Così è chiaro il lavoro già eseguito e quello che resta da eseguire.

21 REGISTRAZIONI

Queste registrazioni riportate nelle tabelle in modo descrittivo sono state fatte ponendo l'attenzione soprattutto agli aspetti comunicativi che intervenivano nel rapporto educatore-bambino nel contesto terapeutico educativo che ho visto.

La cosa che mi interessava era vedere come si poteva creare una relazione con bambini la cui specificità è proprio la difficoltà di comunicare.

Per la registrazione delle sedute mi sono ispirata alla scheda "Campione di comunicazione" dell'approccio TEACCH di E: Schopler, semplificandola per facilitarmi il lavoro di stesura delle osservazioni. Esse, infatti, sono avvenute in modo diretto annotando quanto vedevo durante le sedute di attività terapeutico educativa attraverso uno specchio unidirezionale. Ho strutturato la mia scheda in modo da poter rilevare i seguenti tre aspetti: il contesto, il comportamento dell'educatore ed, il comportamento del bambino. Le osservazioni si sono svolte nel corso di un anno.

21 1 SCHEDE DI OSSERVAZIONE

DATA: 4/4/2000

EDOARDO

CONTESTO	EDUCATORE	EDOARDO
<p>Area Riposo: gioco del pennello (stimolazione sensoriale)</p>		<u>Alza</u> con la mano il pantalone porgendo la gamba <u>per chiedere</u> di essere accarezzato col pennello lungo la gamba (spontaneamente)
	“Enrico sulla mano di Emanuela”	E. accarezza col pennello la mano dell’educatrice
	“Dov’è?”(L’educatrice ha nascosto il pennello tra i vestiti sulla gamba di Enrico)	E. cerca con la mano il pennello nascosto sulla sua gamba
	“Sulla bocca”(L’educatrice accarezza col pennello varie parti del corpo di E. nominandole di volta in volta)	“Bo” (ripete)
	Altri giochi:	“Cosa vuoi Enrico?”(mostra il tabellone dei giochi)
<p>Area del lavoro individuale: Composizione di un disegno da modello</p>	“Prendi, attento..”	E. sta attento, prende e lancia la palla quattro volte
	“Scegli”(mostrando ancora il tabellone dei giochi)	E. indica da solo la foto dei libri per chiederli e si mette a guardarli interessato
<p>Area lavoro “face to face” Verbalizzazione</p>		E. compone il disegno e quando vuole colorare coi pennarelli li cerca sullo scaffale da solo, <u>non</u> li chiede anche se fatica a trovarli
	(L’educatrice mostra delle schede raffiguranti oggetti con la relativa parola scritta sotto in stampatello e mostrandole nomina, anche più volte, l’oggetto raffigurato aspettando che il bambino cerchi di ripetere la parola)	
	“Acqua”	Cerca di ripetere “A”

	“Bagno” “Bolle” “Carta” “Colla” “Fiori” “Crecher” “Frutta” “Letto” “Mare” “Palla” “Pane” “Pasta” “Piatti” “Sedia” “Sole” “Tazza” “Torta” “Uovo” “Libro” “Blu” “Giallo” “Nero” “Rosso” “Verde”	“Ba” “Bo” “Ca” “Co” / “E”(?) “U”(?) / / / “Pa” “Pa” “Patti” “Dia” “So” “Ta” / “U” “B” “Blu” “Gia” “Ne” / /
Fine della seduta:		<u>“Ciao”, accompagnato dal gesto di saluto della mano e dallo sguardo rivolto all’interlocutore.</u>

DATA: 5/ 4/ 2000
 EDOARDO

CONTESTO	EDUCATORE	EDOARDO
Prima di iniziare la seduta:		“Cio mm” (saluta la mamma spontaneamente)
Area riposo: gioco del pennello (stimolazione sensoriale)	“Vuoi pennello Enrico?” “Sulla gamba di Enrico” “Adesso sulla mia gamba” “Ancora?”	“Pe” (ripete) “Anco” (ripete) dopo aver tentato di prendere il pennello con le mani
Altri giochi	“Hai caldo?”	“Ca” (ripete)
	“Cosa vuoi?”(mostrando il tabellone dei giochi)	E. <u>indica</u> da solo la foto dei libri per chiederli e poi li sfoglia
Gioco del “Cù cù”	“Cù cù.....bau!” (L’educatrice ripete questa cantilena mentre nasconde alternativamente il proprio viso e quello del bambino con un pezzo di stoffa per	“Cù cù”(ripete per tre volte alternandosi all’educatrice)

<p>Area lavoro “face to face”: “Dammi” oggetti</p> <p>“Dammi...”(una certa quantità coi regoli)</p> <p>Area riposo: gioco del “far finta” coi pupazzi</p> <p>Fine della seduta:</p>	<p>stimolarlo ad interagire e a chiedere verbalmente il gioco se desidera continuarlo, infatti lo riavvia solo se il bambino dice “Cù cù”, non se lo chiede a gesti.</p> <p>L’educatrice mostra oggetti che in genere il bambino usa (Es: matita, quaderno, colla, astuccio...) e gli chiede di darglieli ad uno ad uno, accompagnando la richiesta verbale con quella gestuale dell’indicare con l’indice destro il palmo della mano sinistra.</p> <p>“Dammi uno” “Dammi due”.....</p>	<p>“iiiiiiiiiiii iiiiiiiiiii iiiiiiiiiiii” *1)</p> <p>“iiiiii.....iiiiii” *1)</p> <p>(E.finge di mangiare con coltello e forchetta e ne dà anche all’educatrice e ai pupazzi)</p> <p>“Ciao”, accompagnato dal gesto di saluto della mano.</p>
--	---	---

*1)Edoardo si agita, ride ed esprime: “iiiiiiiiii” quando non riesce a capire il compito che deve eseguire, non riesce a farlo o non vuole. Quando ha capito esegue in fretta. Cerca, inoltre, l’assenso a ciò che fa guardando l’educatrice, di tanto in tanto, mentre esegue il compito.

DATA: 11/4/2000

EDOARDO D. D.

CONTESTO	EDUCATORE	EDOARDO
Aula: Area lavoro "face to face": Area riposo: Gioco del "Cù cù" Capriola	 "Cù cùbau!" "Cosa vuoi Enrico? Solletico o capriola?"	E' entrato agitato ed ha pianto per circa mezz'ora "Ciao" spontaneamente (dopo essersi calmato ha lavorato) "Maee" (Manuela ?) "C" "Ca" (<u>ripete</u> "ca" per tre volte <u>per chiedere</u> di fare la capriola) "Cai" E. va verso l'armadio e si prende i pennelli da solo per avere il solletico. Spinge la mano dell'educatrice per farsi accarezzare la gamba coi pennelli .

DATA: 12/4/2000

EDOARDO

CONTESTO	EDUCATORE	EDOARDO
Aula: Area riposo: gioco dei pennelli Area lavoro: (Ci sono quattro compiti da eseguire)	 "Sulla manosul viso.....sul braccio"	Arriva in aula piangendo disperatamente <u>Chiede con i gesti,</u> all'educatrice di giocare con i pennelli, prendendola per mano e portandola dove ci sono i pennelli*1) Ripete, coi gesti, accarezzando anche lui alternativamente sulla mano, sul viso sul braccio... (con questo gioco E. si calma ed accetta di andare al lavoro)

<p>Area del lavoro individuale: Disegno libero</p> <p>Area lavoro “face to face”: Verbalizzazione</p>	<p>“Metti nel finito”</p> <p>(l’educatrice mostra schede raffiguranti oggetti con la relativa parola scritta sotto, nomina l’oggetto ed invita il bambino a ripetere la parola)</p> <p>“Verde” “Uovo” “Torta” “Tazza” “Sole” “Sedia” “Rosso” “Piatti” “Pasta” “Pane” “Palla” “Nero” “Mare” “Frutta” “Fiori” “Crecher” “Colla” “Carta” “Bolle” “Blu” “Bagno” “Acqua”</p>	<p>(Esegue)</p> <p>Fa un disegno libero Ad un certo punto viene verso lo specchio unidirezionale e dice: “Mamm”(E. sa che di solito la mamma è dietro lo specchio)</p> <p>/</p> <p>/</p> <p>“To ta” “Ta za” “So e” “Se” “O” “P” “Pa” “Pa e” “P” “Ne” “Ma” “Fi” “Fiori” “Che” “Co” “Carta” “Boe” “Blu” “Bagno” / *2)</p>
<p>Area riposo: Gioco della palla</p> <p>I libri</p> <p>Gioco del “Cù cù” (E’ un gioco tipo nascondino fatto con un pezzo di stoffa, teso a stimolare l’interazione)</p>	<p>“Edoardo prendi”</p> <p>Propone il gioco “Cù cù”</p>	<p>“Pe”*2) (ripete), quando vuole smettere di giocare a palla la prende, la rimette al proprio posto e <u>chiede da solo</u> i libri gestualmente: <u>indicando</u> col dito i libri si gira verso l’educatrice e dice: “Libri” (<u>spontaneamente</u>)</p> <p>E. non lo accetta, si agita, va nell’armadio dove ci sono i pennelli, li prende, va nel divano si siede e si alza il pantalone <u>porgendo</u> la gamba all’educatrice <u>e guardandola</u></p>

Gioco dei pennelli	Accetta il gioco dei pennelli "Sulla gamba" "Gamba" "Braccia" "Ancora?" "Solletico?" "Sulla pancia" "Sul naso" "Sulla mano" "Sul collo"	con un sorriso (<u>richiesta gestuale</u>) "Ga" "Gamba" "Ba" "Braccia" "Anco" "So" "Pacia" "Naso" "Ma" "Co" (ripete) *2)
--------------------	--	---

*1) Anche se nel piano di lavoro giornaliero non è previsto di iniziare con l'area riposo e quindi col gioco, se il bambino arriva particolarmente turbato e indisposto al lavoro, c'è l'attenzione a rispettare le sue esigenze e il disagio che in quel momento sta manifestando, cercando di dare spazio anche alle sue manifestazioni e ai suoi tempi.

* 2) Enrico ha una buona propensione a ripetere le parole (ecolalia) inoltre quando è fortemente motivato sa chiedere ciò che vuole anche se non sempre riesce a farlo in maniera corretta dal punto di vista comunicativo, cioè con gesti o parole. A volte non sa manifestare in modo funzionale ciò che vuole ed ha accessi di pianto, gesti stereotipati autolesivi, comportamento immediatamente incomprensibile.

DATA: 2/5/2000

EDOARDO

CONTESTO	EDUCATORE	EDOARDO
Area lavoro "face to face" Verbalizzazione		Alla fine del lavoro E .ha dato la cartellina col colore giallo all'educatrice e glielo ha indicato col dito chiamandola con la mano fino a che lei ha verbalizzato "giallo"
Dammi oggetti	"Quaderno" "Libro" "Penna" "pennello"	
Area riposo		E. prende la <u>foto di ciò che vuole fare</u> (es: libro, bau.) e gliela mostra <u>indicandola col dito</u>
Al divano		" <u>Ancora</u> " guarda l'educatrice negli occhi per farsi accarezzare ancora col pennello (gli piace tantissimo)

DATA:3/5/2000

EDOARDO

CONTESTO	EDUCATORE	EDOARDO
Area lavoro "face to face" "Dentro fuori"	"metti dentro" "metti fuori"	Esegue
Area riposo Divano: gioco del pennello		"gamba"
	"devi chiedere a Luisa"	E. si gira verso l'educatrice indicata
	"dove E.? Sulla gamba?"	"ga....ba"
	"devi chiedere a Marisa" "Sulla gamba? Sulla...."	E. si gira "ga ba" Completa la frase
		"ba.....oo" per chiedere il solletico sul braccio
	"Dove facciamo solletico col pennello? Sul piede?"	"pi"
	"Chiama Marisa"	"Ma"

DATA:24/5/2000

EDOARDO

CONTESTO	EDUCATORE	EDOARDO
Area riposo Divano	Entra l'educatrice	"Cia" mentre stava sdraiato sul divano Cerca i pennelli per il solletico, si prende da solo il tappetino e lo stende per cercare il solletico *1
Area lavoro "face to face" Associare figure piccole e grandi	"Prendi piccolo" "Metti piccolo" "Prendi grande" "Metti grande"	Esegue
	"Finito"	
	Edoardo, seduto bene"	E. si siede bene
	"Hai sete Edoardo?"	"No"

Area riposo Al divano con palloncini da gonfiare	“Chiudi la colla”	Esegue
	“Ancora una volta e poi basta”	
	“Questa colla è finita, ne prendiamo un'altra”	
	Questi quaderni sono troppi, li mettiamo via”	E. mette via i quaderni in un cestino
	L'educatrice guarda dalla finestra e non sta con E.	Con la mano prende la camicia dell'educatrice per farsi infilare il palloncino nella pompetta
	“Aiuto Edoardo?”	E. chiama l'educatrice col piede
“Aiuto Edoardo?”	“Aiuto” guardandola	
“Andiamo do là”	“No!”	

*1) Sono stati tolti dagli armadi i pennelli per la stimolazione sensoriale perché altrimenti Edoardo li cerca sempre, sembra che stia diventando una stereotipia.

DATA:6/6/2000

EDOARDO

CONTESTO	EDUCATORE	EDOARDO
Area riposo Gioco del nascondino (viene nascosta una collana tra i vestiti di E.)	“Dov'è?”	Cerca dove è stata nascosta la collana senza verbalizzare
Area lavoro “face to face” Verbalizzazione	“pane” “sole” “uovo” “mare” “acqua” “bagno” “bolle” “cane” “carta” “colla” “crecher” “letto” “uovo” “guarda la mia bocca E” “blu” “che colore è?” (giallo) “nero”	“pa-ne” “cio-le” “uo-vo” “ma-re” “acqua” “ba” “bo” “ca” “cata” “cola” “che” “letto” “u” “uvo” “blu” “gia” “nero”

	“verde” “fiori” “frutta” “libro” “palla” “tazza” “pane” “pasta” “piatti” “sedia” “torta”	“vede” lo dice quando lo vede prima che gli venga verbalizzato “ci-cio” “ciota” “bio” “pa” “ta” “tacia” “pane” “pa-ta” “petti” “se-cio” “tota” *1)
--	--	--

*1) Nella verbalizzazione Edoardo ha iniziata a dire anche la seconda parte della parola

DATA:21/2/2001

EDOARDO

CONTESTO	EDUCATORE	EDOARDO
Area lavoro	“Cosa vuoi E.?”	“co” “cola” “colla” Spontaneamente Incolla delle figurine
Area computer Alfabeto	“Scegli” “Devi mettere B” “Devi mettere C” “Devi mettere J”	E. sceglie “Imparo le parole” Ripete “B” “C” “J” e le richiede indicandole col dito sul foglio dell’educatrice . E’ molto attento “aaaaaaa” non capisce cosa deve fare e si batte in fronte
	“Ancora solletico?” “Sotto le ascelle”	“So”
	“Caldo?” e gli toglie la maglietta	“Caaaaa” (caldo)*1)
Numeri	“bravo! Edoardo!”	Associa bene i numeri agli animali Risponde alle lodi con evidente soddisfazione e cerca le coccole Si stende sulle ginocchia dell’educatrice per le carezze

<p>Area riposo Gioco di finzione: bere e mangiare</p>	<p>“finito”</p>	<p>Scappa e va alla cocacola</p>
	<p>“Cosa vuoi Edoardo?” “Cosa vuoi Edoardo?” “Cosa vuoi Edoardo?”</p>	<p>“cola” toccandola</p>
<p>Gioco del “Cu-Cu”</p>	<p>“Cu cu” “bau!” con un telo per nascondere il viso “Ancora?” “Ancora?”</p>	<p>“Anco” “iiiiiiiiiii” “iiii” prende il telo</p>
<p>Area lavoro Attaccare la parola sotto una immagine</p>	<p>“Cosa vuoi Edoardo?” “Carta?” Gli porge la carta per pulirsi le mani sporche di colla “Bravo Edoardo!”</p>	<p>Indica verso la carta “cata”</p>
<p>Collegare parole scritte alle rispettive figure</p>		<p>E. è molto attento alle parole che l’educatore scrive sul suo foglio per individuare la parola giusta</p>
<p>Verbalizzazione di sole parole scritte</p>	<p>Acqua Bagno Blu “Edoardo devi ripetere” Bolle Carta Colla Crecher Fiori Frutta Giallo Letto Mare Nero Palla Pane Pasta Piatti Rosso Sedia Sole Tazza Torta Uovo</p>	<p>Acqua / Blu (Si era distratto) / Ca Cola Chè Fioi Fu Giagio Leto Ma Nero Pa Pa Pata Pi Rocio Tia Ciole Tacia Tota Uovo</p>

<p>Scrittura di parole: L-I-B-R-O</p>	<p>“Aiuto?”</p> <p>“Prendi 2” “due parole” “indica B sulla tastiera”</p> <p>“Non si fa!” “Seduto” “Seduto bene” (lo aiuta a scendere)</p> <p>“Edoardo, seduto, non si sale sui mobili” “Non si fa!” (intimando anche col dito)</p> <p>“Scrivi B” (gli porge la matita) “Raccogli e vieni qui, seduto” “Non si fa”</p> <p>“Hai caldo?” “Togli il maglione”</p> <p>Edoardo, seduto, basta seduto “Seduto” (lo aiuta a sedersi) “Raccogli”</p> <p>Edoardo scrivi B(e lo aiuta ad indicarlo) Scrivi I(lo aiuta ad indicarlo) (così per altre lettere , sempre aiutandolo ad indicarle)</p> <p>“Raccogli”</p> <p>“Raccogli con la mano, non col piede”</p> <p>“Indica L” “Scrivi L” “Guarda”</p>	<p>“Aito” quando non riesce ad indicare</p> <p>Esegue correttamente</p> <p>“B” poi salta sul tavolo salta di nuovo sulla sedia</p> <p>salta di nuovo sulla sedia e poi sul tavolo</p> <p>Butta via la matita Raccoglie la matita e sale sulla sedia Si tocca il maglione</p> <p>“Ca” Scappa e si toglie il maglione</p> <p>Sta in piedi sulla sedia, ride e non si vuole sedere</p> <p>Scrive U invece di B getta la matita</p> <p>“iiiiiiiiiiiiii” Scrive D</p> <p>Scrive B e rilancia la matita Scrive I</p> <p>Le scrive. Ma fa cadere continuamente la matita</p> <p>Tenta di raccogliere la matita col piede</p> <p>Guarda per un attimo e</p>
---------------------------------------	--	---

<p>Lettura e verbalizzazione di parole scritte in stampato maiuscolo senza l'aiuto dell'immagine</p>	<p>“BISCOTTI” “BICI” “dillo bici, lo sai dire, bici, bici” “CAFFE” “CASA” “dillo, lo sai dire” “CIOCCOLATA” “COLLA”</p>	<p>giocherella Dopo ripetuti tentativi scrive O “Ooooo”</p> <p>?</p> <p>“Ca” “ca-sa”</p> <p>Gioca e si tiene le mani (gli viene insegnato al posto di battersi la testa)</p>
<p>Associazione foto-parola</p>	<p>“FORBICI” ripetuto tre volte “Bravo!!” “FRAGOLE” dillo Edoardo” GOMMA INSALATA LIBRO MELA MANO MATITA NASO OCCHI PATATINE PERE UVA</p> <p>CASA CUOLA MAESTRA PAPA’ MAMMA EDOARDO</p>	<p>“Fo-bi”</p> <p>“Fa”</p> <p>“Icia” “Li-bro” “Me” (la indica) “Ma-no” “Ma” “Gio” “Occhi” “Patatine” “Pe” “Uva”</p> <p>Associa bene ma tenta sempre di giocare e scappare</p> <p>“Ma” Mette per due volte la parola col suo nome sopra la sua foto senza che gli venga chiesto prima</p>

DATA: 15/3/2001

EDOARDO

CONTESTO	EDUCATORE	EDOARDO
<p>Area lavoro Scrivere i numeri in una griglia vuota con un modello sopra</p>	<p>“Uno, Due, Tre.....”</p> <p>“Contiamo insieme adesso, conta anche tu”</p> <p>“No! Non si può!” “<u>Controllo</u>, Edoardo, anche se ti piace non si può!”</p>	<p>Scrive</p> <p>Salta sulla sedia, toglie l’elastico ai capelli dell’educatrice e scappa sopra il tavolo”</p> <p>Si ferma, chiude gli occhi e poi continua a lavorare</p>

<p>Incollare bollini su insiemi vuoti indicanti il numero</p>	<p>“uno, due, tre, quattro, cinque” “Stop”</p> <p>“Aiuto?” “Edoardo, vuoi aiuto?” “Aiuto?”</p> <p>Solo quando pronuncia la parola -aiuto- viene aiutato ad abbottonare la maglietta</p> <p>“No, Edoardo, non si danno botte!!! <u>“Controllo”</u>*</p> <p>“Sei” “uno, due, tre,.....” “sei palline gialle”</p> <p>“Edoardo, andiamo al parco?”</p>	<p>Scappa sopra il tavolo e si vuole abbottonare la maglietta ma non ci riesce</p> <p>“Aiuto”</p> <p>Dà uno schiaffo all’educatrice</p> <p>“Co” si ferma</p> <p>Si arrabbia, grida forte e scappa “iiiiiiiiiiiiii” Prende da solo il cartoncino indicante -Passeggiata- “iiiiiiiiiiiiiiii”</p> <p>Corre sul divano, non si mette le scarpe da solo, è agitato e scappa fuori dall’aula</p> <p>Corre in terrazza, non vuole mettersi il maglione.</p>
---	--	---

*Ora ad Edoardo viene insegnato il controllo delle proprie reazioni.

22 CONSIDERAZIONI SULLE OSSERVAZIONI E CONCLUSIONE

Facendo riferimento a quanto emerso nella diagnosi funzionale eseguita nel gennaio 2000 e considerando le prime osservazioni rilevate nel mese di aprile si può notare che Edoardo pur con difficoltà sta imparando alcune funzioni del linguaggio comunicativo gestuale e mediato da immagini, ad esempio alzare la gamba ed il pantalone verso l'educatrice per chiedere di farsi accarezzare col pennello, o indicare l'immagine del gioco preferito per chiederlo. Al termine della seduta associa il saluto verbale "ciao" al gesto della mano e allo sguardo rivolto all'educatrice. Nella produzione linguistica la verbalizzazione di parole guidata dall'educatrice fa emergere che alcune parole cominciano ad essere pronunciate con la prima lettera (vocale o consonante) o con la prima sillaba. Permangono le stereotipie verbali soprattutto quando ha difficoltà a capire o è stanco. La durata delle sedute è breve perché Edoardo facilmente si stanca ed ha tempi di attenzione ridotti.

Considerando le ultime osservazioni, esse evidenziano che Edoardo talvolta comunica spontaneamente ed in maniera funzionale alcuni suoi bisogni, ad esempio commentando con l'uso della parola "caldo" se ha caldo e farsi togliere il maglione, oppure prendendo da solo il cartoncino che rappresenta l'immagine di due persone che camminano per chiedere di andare a fare una passeggiata. Inizia a prendere da solo i cartoncini delle attività. E' emergente la capacità di autocontrollo che sta imparando, come ad esempio stringere le mani anziché batterle sulla testa, o bloccarsi quando gli viene detta la parola "controllo" in momenti in cui è stanco e salta sulla sedia o picchia.

Nella produzione linguistica la verbalizzazione, guidata se si tratta di parole scritte, spontanea se si tratta di nominare oggetti in immagini, fa emergere che sempre più parole bisillabiche sono pronunciate interamente, ed anche qualche parola con più sillabe, ad esempio "patatine" Permangono alcune stereotipie verbali e comportamentali, ad esempio inserire ripetutamente le cassette in un registratore senza ascoltare alcunchè.

Il tempo di durata delle sedute è notevolmente aumentato sia per educare Edoardo a un impegno più duraturo che per una sua capacità di attenzione maggiore.

Alla luce di queste considerazioni si può dedurre che il lavoro svolto con Edoardo nell'area della comunicazione ha portato nel periodo di osservazione di quasi un anno, ad un miglioramento delle sue capacità di comunicare, dal punto di vista gestuale, con supporti di tipo visivo e, talvolta, verbale.

Inoltre ha manifestato un miglioramento nella capacità di rivolgersi ad un interlocutore con intenzionalità, ad esempio cercandone lo sguardo per avere assenso.

Da quanto sopra si evince che l'intervento educativo nei bambini con autismo improntato alle indicazioni derivanti dal programma TEACCH si dimostra, come riportato da numerosa letteratura scientifica, efficace nel migliorare la loro autonomia.

BIBLIOGRAFIA

AARONS MAUREEN – GITTENS TESSA “E’ autismo? Test di valutazione psicopedagogica” Erikson, Trento, 1990

AMPLATZ CRISTINA “Osservare la comunicazione educativa”, Pensa MultiMedia, Lecce 1999

ATTWOOD TONY “Guida alla sindrome di Asperger. Diagnosi e caratteristiche evolutive” Erikson, Trento, 2006

BALLERINI A., BARALE F., GALLESE V., UCELLI S., “Autismo. L’umanità nascosta” A cura di Stefano Mistura, Einaudi, Torino, 2006

BARON COHEN SIMON “L’Autismo e la lettura della mente” Astrolabio, Roma, 1997

BETTELHEIM BRUNO “La fortezza vuota” Garzanti, 1967

BEYER JANNIK, GAMMELTOFT LONE “Autismo e gioco” Phoenix Editrice, Roma, 2001

CALDIN PUPULIN ROBERTA “Introduzione alla pedagogia speciale” CLEUP, Padova, 2002

CAMAIONI LUIGIA (a cura di) “Sviluppo del linguaggio e interazione sociale” Il Mulino, Bologna, 1978

CHADE JOSE’ JORGE “Il linguaggio del bambino. Lo sviluppo, le difficoltà, gli interventi.” Erikson, Trento, 2004

COTTINI LUCIO “Che cos’è L’autismo infantile” Carocci Editore, Roma, 2002

COTTINI LUCIO “Educazione e riabilitazione del bambino autistico” Carocci Editore, Roma, 2003

DE MEO TIZIANA, VIO CLAUDIO, MASCHIETTO DINO “Intervento cognitivo nei disturbi autistici e di Asperger” Erikson, Trento, 2000

DSM IV (Diagnostic and statistical manual of mental disorders) American Psychiatric Association, 1994

DSM 5 (Diagnostic and statistical manual of mental disorders) American Psychiatric Association, 2013

FRITH UTA “L’autismo. Spiegazione di un enigma” GLF Editori Laterza, Bari, 1989

- GALLESE VITTORIO “Die Zeit” Intervista, 2008
- GRANDIN TEMPLE “Pensare in immagini, e altre testimonianze della mia vita autistica” Erikson, Trento, 2001
- GUASTI MARIA TERESA “L’acquisizione del linguaggio. Un’ introduzione” Raffaello Cortina Editore, Milano, 2007
- IANES DARIO, CAMEROTTI SOFIA “Comportamenti problema e alleanze psicoeducative. Strategie di intervento per la disabilità mentale e l’autismo” Erikson, Trento, 2002
- ICD-11 (International Classification of Diseases) World Health Organisation, 2018
- JORDAN RITA, STUART POWEL, “Autismo e intervento educativo” Erickson, Trento, 1995
- LELORD GILBERT, SAUVAGE DOMINIQUE “L’autismo infantile” Masson, 1994
- MICHELI ENRICO, ZACCHINI MARILENA “Verso l’autonomia. La metodologia T.e.a.c.c.h. del lavoro indipendente al servizio degli operatori dell’handicap” Vannini Editrice, Brescia, 2001
- ORLANDO CIAN DIEGA “Metodologia della ricerca pedagogica” Editrice La Scuola, Brescia, 1997
- PEETERS THEO “Autismo infantile - Orientamenti teorici e pratica educativa” Phoenix Editrice, Roma, 1998
- RODARI GIANNI “La passeggiata di un distratto” Tratto da “Favole al telefono” 1962, Emme Edizioni, Trieste, 2022
- RODIER PATRICIA M. “Le cause dell’autismo” in “Le Scienze” n, 380 Aprile 2000 pag.78 a 86
- SACKS OLIVER “Un antropologo su Marte”, Gli Adelphi, Milano 1995
- SCHOPLER ERIC “Autismo in famiglia” Erikson, Trento, 1998
- SCIFO RENATO “L’autismo tra psicoanalisi e neuroscienze. Verso un modello patogenetico e terapeutico integrato” Centro Scientifico Editore, Torino, 1999
- SIMPSON RICHARD L., ZIONTS PAUL “Cosa sapere sull’autismo. Concetti base e tecniche educative.” Erikson, Trento, 1994

SOCIETA' ITALIANA DI NEUROPSICHIATRIA DELL'INFANZIA E
DELL'ADOLESCENZA "Linee guida per l'autismo" Raccomandazioni tecniche
operative per i servizi di neuropsichiatria dell'età evolutiva.

SURIAN LUCA "L'Autismo" Il Mulino, Bologna, 2005

WATSON L.R., LORD C., SCHAFFER e E. SCHOPLER "La comunicazione
spontanea nell'autismo" Erikson, Trento, 1997

WILLIAMS DONNA "Nessuno in nessun luogo. La straordinaria autobiografia di una
ragazza autistica" Armando Editore, Roma, 2002