

Lavorare nella scuola dell'infanzia con bambini autistici.

Abstract: una volta definite le caratteristiche dell'autismo e presentate alcune fra le strategie di intervento più diffuse, si riportano suggerimenti pratici per la costruzione di un ambiente favorevole all'apprendimento del bambino autistico all'interno della scuola dell'infanzia; si elencano quindi alcune modalità operative per favorire le abilità sociali, cognitive, di autonomia personale sia attraverso il gioco sia mediante una rigorosa organizzazione dello spazio e del tempo. Si affronta infine il problema della socializzazione con i coetanei. All'interno dell'articolo sono inserite due schede: la prima riprende aspetti diagnostici, epidemiologici e prognostici dal Manuale DSM IV-TR dell'American Psychiatric Association; la seconda riassume le indicazioni relative alla fascia di età 0-6 anni contenute nelle Linee Guida pubblicate recentemente dalla Società Italiana di Neuropsichiatria Infantile, che risultano estremamente utili per gli insegnanti.

1. Eziologia e sintomi.

Negli ultimi anni le nuove conoscenze sull'autismo e le discussioni intorno alla sua possibile eziologia hanno delineato un quadro clinico assai complesso; non sono facili né l'interpretazione dei sintomi secondo criteri diagnostici univoci né la scelta degli interventi terapeutici e psico-educativi. In presenza di autismo con grave ritardo mentale, in particolare, non è facile discriminare comportamenti da attribuire alla vera e propria sindrome autistica piuttosto che al semplice ritardo mentale. Data la precocità dell'esordio, anche l'accertamento di eventuali problemi di udito riveste un'importanza centrale nell'individuazione delle cause dei problemi di comunicazione e di socializzazione che caratterizzano la malattia. Alcuni ritengono che l'autismo non si possa definire propriamente una malattia, ma piuttosto un diverso funzionamento della personalità.

Kanner fu il primo, nel 1943, ad individuare le caratteristiche peculiari del disturbo autistico. Prima di allora erano state formulate ipotesi sulle cause di quella che veniva definita "psicosi infantile" o "dementia praecox", alcune delle quali rivelarono poi clamorosamente false (mi riferisco in particolare all'idea che all'origine del disturbo ci fosse un cattivo rapporto con la madre nel periodo neonatale e nella primissima infanzia). Kanner oscillava in realtà fra ipotesi eziologiche ambientali ed altre che attribuivano, invece, maggior peso a fattori organici.

SCHEDA 1. Autismo: definizione, epidemiologia e criteri diagnostici*

*Riduzione e adattamento da: *DSM-IV-TR, Manuale diagnostico dei disturbi mentali (Masson 2003)*

Caratteristiche diagnostiche

Le manifestazioni del disturbo variano ampiamente a seconda del livello di sviluppo e dell'età cronologica del soggetto. In generale abbiamo:

A1. uno sviluppo anomalo o deficitario dell'interazione sociale

A1a: anomalie nell'uso di diversi comportamenti non verbali (per es., sguardo diretto, espressione del viso, posture corporee, e gestualità) che regolano l'interazione sociale e la comunicazione;

A1b: incapacità di sviluppare relazioni coi coetanei adeguate al livello di sviluppo;

A1c: mancanza di tentativi spontanei di condividere gioie, interessi o obiettivi con altre persone.

A1d: mancanza di reciprocità sociale o emotiva. Spesso la consapevolezza che il soggetto ha degli altri è notevolmente compromessa. I soggetti con questo disturbo possono essere incuranti degli altri bambini (inclusi i fratelli), possono non avere idea dei bisogni degli altri, o non accorgersi del

malessere di un'altra persona.

A2. uno sviluppo anomalo o deficitario della comunicazione

A2a: ritardo, o totale mancanza, dello sviluppo del linguaggio parlato.

A2b: nei soggetti che parlano, notevole compromissione della capacità di iniziare o di sostenere una conversazione con altri.

A2c: uso stereotipato o ripetitivo del linguaggio o linguaggio eccentrico.

A2d: mancanza di giochi di simulazione vari e spontanei, o di giochi di imitazione sociale adeguati al livello di sviluppo. Il tono di voce può essere monotono o inappropriato per il contesto oppure contenere accentuazioni anomale. La costruzione della frase, l'uso di strutture grammaticali e del repertorio lessicale sono compromessi. Anche la comprensione del linguaggio è deficitaria. Il gioco di immaginazione è assente.

A3. ristrettezza del repertorio di attività e di interessi.

A3a: dedizione assorbente per uno o più tipi di interessi stereotipati e ristretti che sono anomali o per intensità o per focalizzazione;

A3b: sottomissione del tutto rigida ad inutili abitudini o rituali specifici;

A3c: manierismi motori stereotipati e ripetitivi;

A3d: persistente eccessivo interesse per parti di oggetti.

I soggetti con Disturbo Autistico mostrano una gamma di interessi notevolmente ristretta e sono spesso eccessivamente assorbiti da un singolo e ristretto interesse (per esempio date, numeri di telefono). Possono comportarsi in maniera monotona, essere legati a precisi rituali e mostrare reazioni catastrofiche a piccoli cambiamenti.

I movimenti corporei stereotipati riguardano le mani (battere le mani, schiacciare le dita), o l'intero corpo (dondolarsi, buttarsi a terra, oscillare). Possono essere presenti anomalie della postura (per es., camminare in punta di piedi, movimenti delle mani o atteggiamenti del corpo bizzarri). Questi soggetti mostrano un persistente, eccessivo interesse per parti di oggetti (bottoni, parti del corpo). Possono essere anche affascinati dai movimenti (ruote dei giocattoli che girano, aprire e chiudere la porta, un ventilatore elettrico, o altri oggetti che ruotano rapidamente). Vi può essere intenso attaccamento ad alcuni oggetti inanimati (un pezzo di spago oppure un elastico).

Criterio B: L'anomalia deve manifestarsi con ritardi o funzionamento anomalo in almeno una (e spesso alcune) delle seguenti aree **prima dei 3 anni di età**: interazione sociale, linguaggio usato per l'interazione sociale o gioco simbolico o di immaginazione.

Criterio C : Se vi è un stato periodo di sviluppo normale, questo non si può estendere oltre i 3 anni di età. In caso contrario si può trattare di **Disturbo di Rett** o di **Disturbo Disintegrativo dell'Infanzia**.

Manifestazioni e disturbi associati

Ritardo Mentale (può essere lieve o grave);

Anomalie nello sviluppo delle capacità cognitive, con capacità verbali tipicamente più deboli di quelle non verbali. Talvolta sono presenti capacità speciali. Non sempre la stima del vocabolario di parole singole (ricettivo o espressivo) è valida per valutare i livelli di linguaggio (cioè le capacità reali di linguaggio possono essere ad un livello molto più basso).

Sintomi comportamentali:

- iperattività,
- scarso mantenimento dell'attenzione,
- impulsività,
- aggressività,
- comportamenti autolesivi,
- accessi di collera,

- risposte bizzarre a stimoli sensoriali (per es., un'alta soglia per il dolore, ipersensibilità ai suoni o
- all'essere toccato, reazioni esagerate alla luce o agli odori, affascinata attrattiva per certi stimoli)
- anomalie nell'alimentazione (per es., limitazioni dietetiche, pica)
- disturbi del sonno (ricorrenti risvegli notturni con dondolamenti)
- anomalie dell'umore o dell'affettività (per es., riso sciocco o pianto senza apparente motivo,
- un'apparente assenza di reazioni emotive).
- mancanza di paura di fronte a pericoli reali, ed un eccessivo timore di fronte ad oggetti innocui.

Caratteristiche collegate a età e genere

Nel Disturbo Autistico la natura della compromissione dell'interazione sociale può cambiare nel tempo e può variare a seconda del livello di sviluppo del soggetto. Nei bambini in età infantile vi può essere incapacità di stare in braccio; indifferenza o avversione all'affetto o al contatto fisico; mancanza di contatto visivo, di risposta mimica, o di sorrisi finalizzati al rapporto sociale; e mancanza di risposta alla voce dei genitori. Inizialmente i genitori possono preoccuparsi che il bambino sia sordo. I bambini piccoli con questo disturbo possono trattare gli adulti come intercambiabili oppure possono attaccarsi meccanicamente ad una determinata persona o possono usare la mano del genitore per ottenere gli oggetti desiderati senza mai entrare in contatto visivo (come se la mano fosse più rilevante della persona). Nel corso dello sviluppo il bambino può diventare maggiormente disponibile ad essere coinvolto passivamente nell'interazione sociale, e può anche diventare più interessato alla stessa. Comunque, anche in questi casi, il bambino tende a trattare le altre persone in modi inusuali (per es., aspettandosi che le altre persone rispondano a domande rituali in modi specifici, avendo uno scarso senso dei confini delle altre persone, ed essendo eccessivamente intrusivi nell'interazione sociale). Nei soggetti più grandi, le prestazioni che comportano memoria a lungo termine (per es., orari dei treni, date storiche, formule chimiche, parole esatte di canzoni ascoltate anni prima) possono essere eccellenti, ma le informazioni tendono ad essere ripetute più e più volte, a prescindere dall'adeguatezza dell'informazione rispetto al contesto sociale.

Epidemiologia

Il tasso del disturbo è da 4 a 5 volte maggiore nei maschi che nelle femmine. Le femmine con questo disturbo hanno comunque maggiori probabilità di avere un Ritardo Mentale più grave.

Il tasso mediano del Disturbo Autistico negli studi epidemiologici è di 5 casi su 10.000 con tassi riferiti che variano da 2 a 20 casi su 10.000.

Decorso

Gli studi disponibili indicano che solo una piccola percentuale di soggetti con questo disturbo riesce, nell'età adulta, a vivere e a lavorare in modo indipendente. In circa un terzo dei casi, è possibile un certo grado di indipendenza parziale. I soggetti adulti affetti da Disturbo Autistico con funzionamento più elevato continuano tipicamente a mostrare problemi nell'interazione sociale e nella comunicazione, oltre a una notevole ristrettezza di interessi e attività.

Familiarità

Vi è un maggiore rischio di Disturbo Autistico tra i fratelli di soggetti affetti da questo stesso disturbo con circa il 5% dei fratelli che possano presentare il disturbo. Vi possono inoltre essere rischi per varie difficoltà dello sviluppo nei fratelli affetti.

Diagnosi differenziale

Nel normale sviluppo si possono osservare periodi di regressione dello sviluppo, ma questi non sono né così gravi né così prolungati come nel Disturbo Autistico. Il Disturbo Autistico deve essere distinto dagli **altri Disturbi Pervasivi dello Sviluppo**. Il **Disturbo di Rett** differisce dal Disturbo Autistico per la sua caratteristica distribuzione tra i sessi e per il tipo dei 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 mostrare difficoltà nell'interazione sociale simili a quelle osservate nel

Disturbo Autistico, ma queste tendono ad essere transitorie. Il Disturbo Autistico differisce dal **Disturbo Disintegrativo dell'Infanzia**, che presenta una modalità caratteristica di grave regressione dello sviluppo in parecchie aree del funzionamento 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 o quando non è possibile documentare il periodo di sviluppo normale richiesto, si dovrebbe fare diagnosi di Disturbo Autistico. Il **Disturbo di Asperger** può essere distinto dal Disturbo Autistico dalla mancanza di ritardo o dalla devianza nello sviluppo del linguaggio. Il Disturbo di Asperger non viene diagnosticato se 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 1 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 **Ritardo Mentale**, specie se il Ritardo Mentale è Grave o Gravissimo. 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 da Movimenti Stereotipati** non va fatta se questi sono meglio giustificati come parte della sintomatologia del Disturbo Autistico. Sintomi di iperattività o di mancanza di attenzione sono frequenti nel Disturbo Autistico, ma non si può diagnosticare un **Disturbo dell'Attenzione/Iperattività** se è presente il Disturbo Autistico.

2. Dall'individuazione delle cause alla terapia.

Dagli anni Sessanta in poi ricevettero crescenti consensi da parte della comunità scientifica ipotesi di cause neurobiologiche a scapito di quelle ambientali ed affettivo-relazionali, mentre gli interventi restarono ancorati ai metodi della psicoanalisi, della terapia familiare e della terapia comportamentale. Quest'ultima, in particolare, si avvaleva delle tecniche classiche di **rinforzo**, di **modeling** e di **graduale riduzione dell'aiuto** ed era finalizzata a migliorare la socializzazione e a favorire l'acquisizione di comportamenti adattativi. Lovaas mise a punto un protocollo di trattamento strutturato, il *Discrete Trial Training*, suddiviso in "trials" o eventi di apprendimento, ciascuno dei quali impegnava una seduta del trattamento; da questo modello scaturirono poi altri approcci di matrice neo-comportamentista, ad esempio *UCLA Young Autism Project*, che prevedeva un massiccio uso del **rinforzo positivo**.

Negli anni '60 Eric Schopler rifiutò definitivamente l'ipotesi che vedeva l'autismo come un disturbo emotivo causato da un cattivo rapporto con i genitori o da altri fattori ambientali sfavorevoli, sostenne l'attribuzione delle cause ad origini neurobiologiche e genetiche e considerò allo stesso tempo i **genitori** come una risorsa importantissima per mettere in atto un programma di trattamento volto a superare, almeno parzialmente, gli ostacoli apparentemente insormontabili alla comunicazione tra il bambino autistico e le altre persone e a garantirgli l'acquisizione delle abilità di autonomia personale.

Alla base del programma TEACCH sta l'idea che i bambini affetti da autismo resteranno tali per tutta la vita; è irrealistico pensare ad un programma di intervento basato su tappe di sviluppo identiche a quelle di tutti gli altri bambini. Tutte le nuove abilità acquisite, in particolare le abilità sociali, conserveranno il loro tratto autistico; occorre dunque seguire la via del **mutuo adattamento**, lavorando cioè sui punti di forza e sugli interessi dei singoli soggetti e allo stesso

tempo trovando un compromesso con le richieste ambientali. Scopo del programma è quello di far acquisire al soggetto il maggior grado possibile di autonomia.

Il programma TEACCH non prende avvio da teorie psicologiche che spiegano il funzionamento della mente di una persona non autistica per fornire dei metri di paragone normativi, onde formulare gli obiettivi; esso parte invece da quella particolare organizzazione del pensiero nel soggetto autistico. C'è stata insomma una specie di rivoluzione copernicana nel modo di concepire ed implementare l'intervento terapeutico. Si tratta di un programma creato appositamente per un pensiero che privilegia il canale visivo e, in generale, la comunicazione non verbale e concreta; un pensiero caratterizzato da una severa compromissione delle capacità di generalizzazione ed astrazione, ma anche di organizzazione spazio-temporale e di individuazione delle relazioni causali.

Il programma TEACCH è un percorso di insegnamento strutturato che, proprio per questa sua ultima caratteristica, ha diversi elementi in comune con la "vecchia" terapia comportamentale. Il tempo del bambino è rigidamente organizzato e di tale rigida successione di eventi il bambino è informato in anticipo, mediante simboli chiari, affinché sappia fin da subito cosa accadrà, quando sarà chiamato ad effettuare una scelta, quanto lo terrà impegnato un lavoro, quando finirà. I compiti sono di natura non verbale o, nel caso di compiti di natura verbale, si avvalgono dell'aiuto di mediatori non verbali. L'ambiente di lavoro è organizzato in maniera chiara ed è commisurato alle esigenze e alle capacità del bambino; ogni porzione dello spazio ha una precisa funzione visualizzata in genere attraverso un'immagine o un oggetto significativo.

Non si tratta certamente dell'unico tipo di intervento oggi utilizzato nel trattamento dell'autismo, anche se attualmente sembra essere quello che ha ricevuto maggiori conferme di validità sperimentale. Tra le altre possibilità di trattamento citiamo: l'ABA (Applied Behavior Analysis), che è stata in parte inglobata nel TEACCH e che fa riferimento all'apprendimento discriminativo di Lovaas; il PECS (Picture Exchange Communication System – Sistema di comunicazione basato sullo scambio di immagini) che si avvale dell'uso di immagini prestabilite per comunicare; la TED (Thérapie d'Exchange et Développement – terapia di scambio e sviluppo), praticata quasi sempre in strutture sanitarie semi-residenziali, che prevede un ambiente privo di distrazioni e si basa sull'interazione mediata dagli oggetti; trattamenti farmacologici; la comunicazione Aumentativa/Alternativa (o Comunicazione Facilitata), che si avvale prevalentemente di supporti informatici o di materiale facilitante; programma Howlin o della Teoria della Mente, dedicato ai casi con ritardo mentale lieve e che prevede esercitazioni nel campo della comprensione delle emozioni, dei pensieri e degli stati d'animo altrui.

Scheda 2. Indicazioni di trattamento per bambini in età pre-scolare*

*Riduzione e adattamento da: Società Italiana di Neuropsichiatria Infantile, "Linee Guida per l'Autismo", in: Giornale di Neuropsichiatria dell'Età Evolutiva, n. 25/2005.

Specificità del periodo pre-scolare che giustificano una particolare attenzione nel trattamento dei disturbi dello spettro autistico:

- A.** È l'età in cui viene abitualmente formulata per la prima volta la diagnosi di autismo;
- B.** è l'età in cui il "fenotipo" comportamentale risulta abbastanza omogeneo, con un quadro clinico dominato dalla compromissione dell'interazione sociale e della comunicazione
- C.** è l'età in cui i processi di maturazione e crescita del Sistema Nervoso Centrale sono particolarmente spinti e in cui non si è ancora verificata una definita differenziazione delle strutture encefaliche. Probabilmente, è proprio questo che determina la massima "pervasività" dei sintomi e, paradossalmente, la particolare omogeneità del fenotipo comportamentale;
- D.** è l'età in cui è praticamente impossibile individuare elementi con significato prognostico e prevedere anche in termini generici l'evoluzione a lungo termine.
- E.** È opinione condivisa dalla comunità scientifica internazionale che in questa fascia di età

l'intervento debba essere: *precoce, intensivo, curricolare*.

F. La **precocità** permette di "operare" in un periodo di maggiore plasticità mentale.

Il carattere **intensivo** dell'intervento implica la disponibilità di tempo: quello necessario, innanzitutto, ad implementare una serie di situazioni strutturate, per ampliare il più possibile il numero e la qualità delle esperienze. Il tempo dedicato ai programmi di intervento strutturati, secondo le ultime ricerche, non dovrebbe essere inferiore alle 18 ore settimanali. È necessario inoltre lavorare sui genitori e coinvolgerli nel progetto terapeutico. Anche questo obiettivo richiede tempo per conoscere i genitori, tempo per aiutarli ad elaborare le angosce connesse al disturbo e all'incertezza della sua futura evoluzione, tempo per concordare insieme le strategie. Il termine "intensivo" si riferisce anche all'esigenza di **un'adeguata organizzazione dei tempi, degli spazi e delle attività del bambino** nel corso di una sua giornata abituale. La "terapia" non è solo quella che si svolge nel Centro di riabilitazione, ma coinvolge anche la famiglia e la scuola.

Il termine "**curricolare**" si riferisce infine ai contenuti che devono essere insegnati e alla modalità di definizione degli obiettivi. In termini di contenuti, si può fare riferimento ad un ordine sequenziale di "tappe", che sono quelle che normalmente compaiono nel corso dello sviluppo. Per quanto riguarda la definizione degli obiettivi e del monitoraggio sistematico del percorso terapeutico, è necessario:

- individuare, fra gli obiettivi possibili, quelli che si riferiscono a competenze osservabili e misurabili;
- stabilire un punto di partenza e prefissare una serie di tappe sequenziali;
- predisporre un sistema per la raccolta dei dati in itinere e la valutazione dei risultati in tempi prefissati.

"Punti critici" e aspetti prioritari del periodo 0-6 anni:

1. il disorientamento dei genitori;
2. il disturbo dell'interazione sociale e della comunicazione, espresso da una marcata difficoltà (impossibilità) di aggancio relazionale e da una scarsa (assente) disponibilità ad esperienze condivise;
3. la scarsa modulazione degli stati emotivi.

Individuare questi tre aspetti quali punti critici cui deve rivolgersi il progetto non significa ignorare eventuali altri problemi. Va ricordato tuttavia che molti di questi "altri" problemi sono spesso derivati da quelli appena elencati. **Ma come si può agire, concretamente, su tali punti critici?**

1. disorientamento dei genitori: bisogna aiutare i genitori a raggiungere una buona conoscenza dell'autismo, documentandosi sul quadro clinico, sulle cause, sulle ricerche, sulle possibili indagini mediche "aggiuntive" che possono effettuare e metterli al corrente del percorso terapeutico che il bambino seguirà a breve termine; bisogna inoltre far capire ai genitori che non esistono comportamenti esatti o sbagliati in assoluto: le scelte pedagogiche devono tener conto della personalità dei genitori e del bambino e delle caratteristiche uniche di ciascuna famiglia..

2. Il disturbo dell'interazione sociale e della comunicazione.

Una serie di ricerche internazionali ha evidenziato che il "deficit" sottostante le atipie dell'interazione sociale e della comunicazione è di tipo cognitivo. In particolare, nella fascia di età 0-6 anni i comportamenti atipici sono da attribuire a un'**inadeguatezza dell'attenzione congiunta** ed una **difficoltà nell'uso dei simboli**.

L'**attenzione congiunta** è la capacità di stabilire con l'altro un comune fuoco di interesse. Essa nasce come un bisogno di richiamare l'attenzione dell'Altro su un proprio interesse e di rivolgere la propria attenzione a qualcosa che sembra interessare l'altro. Ciò permette la comprensione di emozioni, quindi desideri e infine credenze dell'altro. Tale comprensione porta successivamente a comprendere le motivazioni e le intenzioni altrui, all'interno del cosiddetto processo di cognizione sociale. L'**uso dei simboli** si riferisce alla capacità del bambino di acquisire e padroneggiare i codici (sguardo, mimica, postura, gesti, suoni e parole) che gli permettono di comunicare con l'altro: è il processo di simbolizzazione.

Queste capacità sono interdipendenti e l'una condiziona lo sviluppo dell'altra.

Esempi di sequenze di interazione attivabili

1. Agganciarsi ad attività effettuate dal bambino, anche in maniera non intenzionale, ripetendole, per

cominciare ad avviare un processo di condivisione di attività

2. Stabilire una condivisione di affetti (cercando il suo sguardo e sorridendogli).
3. Attivare sequenze di interazione sociale, mediante canali privilegiati (per esempio, contatto fisico fra bambino e terapeuta, coordinato con gesti e vocalizzazioni) (= relazione diadica, bambino-terapeuta, senza interposizione di oggetti).
4. Attirare l'attenzione a stimoli anticipatori di tali eventi piacevoli (quali, sguardo, mimica, postura e/o vocalizzazioni che vengono poi seguiti da esperienze che il bambino ha mostrato di gradire).
5. Stimolare l'imitazione di azioni semplici.
6. Utilizzare "spettacoli" interessanti (per esempio, palloncini gonfiabili o bolle di sapone) per "catturare" l'attenzione del bambino ed operare su tali "spettacoli" per stimolare il bambino a richiedere che l'altro faccia qualcosa per lui (= relazione triadica, bambino-oggetto-operatore, in cui l'oggetto è il fine e l'operatore lo strumento).
7. Arricchire, nel corso delle sequenze su accennate, il repertorio di comportamenti comunicativi, anche se inizialmente finalizzati al solo scopo di richiedere l'aiuto dell'altro (sguardo, gesti, vocalizzazione).
8. Attirare l'attenzione del bambino su eventi, spettacoli o oggetti a cui il terapeuta sembra prestare particolare interesse (= attenzione congiunta in risposta a sollecitazioni dell'operatore).
9. Rinforzare comportamenti proto-dichiarativi utilizzati dal bambino per dimostrare un suo interesse (= attenzione congiunta su iniziativa del bambino).
10. Arricchire, nel corso delle sequenze di attenzione congiunta, il repertorio di comportamenti comunicativi, che in questo caso assumono il significato di condividere con l'operatore un comune fuoco di interesse (dallo sguardo ai gesti e, infine, alla verbalizzazione).
11. Stimolare giochi di finzione di complessità progressivamente crescente.
12. Inserirsi progressivamente nel gioco di finzione (= relazione triadica, bambino- oggetto-operatore, in cui l'oggetto è lo strumento e l'operatore è il fine).

3) Scarsa modulazione degli stati emotivi.

Il bambino autistico a questa età non è capace di organizzare coerentemente le esperienze immagazzinate. Nella primissima infanzia lo sviluppo neuropsicologico ancora molto primitivo limita l'ingresso di stimoli. A partire dai 12 mesi, le modifiche morfo-funzionali dell'encefalo determinano un aumento di stimoli che il bambino autistico non riesce a sistematizzare in un tutto coerente. Ciò determina una situazione di disorientamento e di panico. Molti dei comportamenti disadattivi (*challenging behaviors*) tradurrebbero dunque la frustrazione del bambino di fronte all'incapacità di "capire e farsi capire". In questa prospettiva risulta particolarmente importante:

- la "regolarità" e la prevedibilità del contesto all'interno del quale si svolgono le esperienze;
- la coerenza, la stabilità e la continuità degli atteggiamenti delle figure che si rapportano al bambino.
- l'uso di approcci educativi di tipo strutturato (cognitivo-comportamentali), senza rinunciare però agli aspetti piacevoli e alle sfumature delle relazioni interpersonali.

Il lavoro sull'attenzione congiunta e, soprattutto, quello sulla capacità di usare i simboli per la comunicazione forniscono un contributo determinante.

Ruolo dell'asilo nido e della scuola dell'infanzia

Considerando l'età, il livello di sviluppo e la natura del problema, l'ambiente scolastico (Asilo Nido e Scuola dell'Infanzia) permette di trasferire, in un contesto di incontro e confronto con i coetanei, il lavoro programmato per l'attenzione congiunta, la capacità di usare simboli, la comunicazione e la modulazione degli stati emotivi. Affinché tale spazio possa assumere una valenza terapeutica è, tuttavia, necessario che gli operatori della scuola vengano coinvolti attivamente nel progetto. Si ripropone ancora una volta la necessità di definire, a monte dei contenuti dell'intervento, la *strutturazione del contesto*. Una risorsa importante è la *presenza dei coetanei, che, con la loro spontaneità permettono* di facilitare la crescita sociale del bambino autistico. Attenzione però perché il ruolo terapeutico dei coetanei è soprattutto potenziale. È sempre indispensabile che l'adulto intervenga per sensibilizzare i bambini al problema del loro compagno e favorire modalità di

Secondo la Società Italiana di Neuropsichiatria Infantile, dunque, la scuola costituisce l'anello di congiunzione tra la vita quotidiana del bambino a casa e in altri contesti sociali, estremamente variabile, e la situazione altamente strutturata dell'intervento terapeutico nei centri di riabilitazione. L'ambiente della scuola dell'infanzia è meno rigido di quello fornito dalla struttura sanitaria; garantisce tuttavia un buon livello di prevedibilità e assicura la presenza costante dell'adulto come mediatore nelle relazioni sociali. A questa età l'approccio psico-educativo sarà basato principalmente sul gioco. Per interventi strutturati (es. programma TEACCH) occorrerà consultare il parere dell'équipe medico-psico-pedagogica che ne indicherà tempi e modi di svolgimento.

3. Come organizzare lo spazio e i materiali.

Immaginiamo dunque di trovarci in una delle tante scuole dell'infanzia, organizzate più o meno in questo modo: un atrio di ingresso più o meno grande; un salone dove si svolgono le attività di gioco libero e magari anche le attività motorie con gli attrezzi (palle, cerchi, birilli, tappeti) sistemati in un angolo; le aule; il bagno; il corridoio; la sala mensa; la cucina; la palestra (quando c'è); un ripostiglio; una piccola stanza per gli insegnanti con telefono, scrivania, computer e macchinetta del caffè.

È importante capire che molti di questi spazi andranno organizzati in funzione degli speciali bisogni del bambino autistico. Ciascun ambiente dovrebbe essere contrassegnato da un'immagine o da un oggetto che lo identifichi e che rimanga sempre lì. Se esiste un ambiente polifunzionale (ad esempio il salone che funge da palestra in alcuni giorni della settimana, da luogo per il gioco libero in alcuni momenti della giornata e da luogo per il riposo pomeridiano in altri momenti) è bene, quando possibile, delimitare i settori dedicati alle diverse attività con mobili o altri elementi visibili.

All'interno dell'aula l'organizzazione in "angoli" dedicati a diverse tipologie di attività, adottata già in parecchie scuole, va benissimo. Gli angoli dovranno essere **chiaramente delimitati ed identificabili** e non dovranno variare durante l'anno scolastico. Non dovranno esserci troppi **elementi di distrazione**, ma soltanto gli oggetti essenziali per lo svolgimento delle attività prefissate; gli arredi dovranno essere comodi e confortevoli per il bambino, tenendo conto di eventuali esigenze particolari (molti bambini autistici non sopportano determinati colori o materiali o sono ipersensibili ad alcuni rumori prodotti da oggetti, ad esempio potrebbe essere necessario applicare dei feltrini sotto i piedi di banchi e sedie).

4. Quali attività proporre al bambino

Riprendendo le indicazioni della Società Italiana di Neuropsichiatria Infantile presentate nella Scheda 2, vediamo come gli aspetti a cui dare maggiore importanza siano "l'uso di approcci educativi di tipo strutturato (cognitivo-comportamentali), senza rinunciare però agli aspetti piacevoli e alle sfumature delle relazioni interpersonali" e "il lavoro sull'attenzione congiunta e, soprattutto, quello sulla capacità di usare i simboli per la comunicazione".

Occorre individuare delle specifiche attività per queste tre aree:

a. area delle abilità socio-relazionali;

b. area delle abilità cognitive, linguistiche, percettive, di coordinazione, di imitazione

c. area delle abilità pratiche (autonomie).

In particolare, favorire lo sviluppo di abilità socio-relazionali significa favorire l'uso dello sguardo, la risposta al saluto, l'attenzione congiunta, la richiesta gestuale, la richiesta di ripetizione di un'attività o un gioco attraverso atteggiamenti di attesa o altri comportamenti comunicativi, l'alternanza dei turni. Esistono dei giochi che possiamo fare con il bambino, all'inizio in ambiente separato e dedicato. I materiali usati per i giochi differiscono spesso dai comuni giocattoli utilizzati dai bambini della stessa età; si tratta di oggetti d'uso comune in grado di attirare l'attenzione del bambino, di provocare sorpresa, di produrre suoni graditi o di muoversi. Il libro di Xaiz e Micheli¹ fornisce un ottimo elenco di materiali dal quale partire. Una volta che andremo a proporre questi materiali al bambino ci renderemo subito conto di quali sono più graditi e cercheremo di privilegiare questi ultimi per instaurare le prime forme di scambio comunicativo; introdurremo gradualmente gli altri, quando il bambino ci sembrerà pronto. Non dobbiamo mai dare per scontato che a quel bambino piaccia un tipo particolare di oggetto: come per tutti i bambini e, in fondo, per tutti gli esseri umani è normale cambiare gusti e preferenze nel corso del tempo. Potrebbe capitare di osservare nel bambino una netta reazione di rifiuto per un gioco che fino a pochi giorni prima lo interessava moltissimo. Tra i materiali suggeriti dagli autori abbiamo, ad esempio: bolle di sapone, biglie, palline, palle, cubi di vari materiali e dimensioni, palloncini, macchinine e personaggi meccanici e a molla, animali di plastica, stoviglie giocattolo, trottole, ma anche materiali di uso comune come scatole di cartone o di legno, cestini, sacchetti di stoffa, oggetti lucenti come collane e ciondoli, vassoi di metallo, specchi, carta di diversi materiali e colori, cuscini, scatoloni, teli, foulard; materiali per giochi con l'acqua: piscinetta gonfiabile, bacinelle, spruzzino, pistole ad acqua, imbuti, oggetti galleggianti, spugne, bagnoschiuma di differenti profumi e colori; materiali sonori come maracas, xilofono, bastone della pioggia, carillon, campanelli, tamburi, cembali.

Durante i giochi occorre tenere sempre presenti gli obiettivi che ci siamo prefissati. Se il nostro scopo è aumentare l'uso dello sguardo, ad esempio, dobbiamo sollecitare questo uso attraverso richieste gestuali e verbali e attraverso rinforzi positivi; se vogliamo insegnare al bambino lo scambio di turni, dobbiamo innanzitutto catturare il suo interesse per una determinata azione lasciandogliela svolgere da solo o lasciandolo osservare noi mentre la svolgiamo molte volte; quindi bisognerà introdurre gradualmente un'alternanza, evitando accuratamente che il bambino si stanchi di aspettare o perda interesse per l'attività. Per avviare il bambino alla condivisione degli stati d'animo spesso è necessario enfatizzare le espressioni emotive, per renderle chiare ed inequivocabili, ma non bisogna esagerare: va bene lo slancio, ma a patto che non inneschi eventuali reazioni di difesa. Per stimolare l'attenzione congiunta si cercherà di "guardare insieme" un oggetto in movimento e, per stimolare atti comunicativi come la richiesta di ripetizione, sarà opportuno sospendere il gioco per breve tempo.

Molti dei giochi proposti nel libro di Xaiz e Micheli sono occasione per insegnare anche **abilità linguistiche, cognitive e motorio-prassiche**. Per quanto riguarda le **autonomie personali** invece è molto utile individuare le operazioni che si desiderano insegnare e suddividerle in sequenze di azioni più semplici (operare cioè la cosiddetta task analysis o "analisi del compito"). Le operazioni dovranno svolgersi sempre nello stesso modo, possibilmente nello stesso luogo e rispettando la medesima sequenza di azioni. È bene che assumano carattere di routine e che vengano svolte quasi sempre negli stessi momenti della giornata, anche quando se ne potrebbe fare a meno.

Una volta suddiviso un compito in azioni più semplici, si potrà insegnare un'azione alla volta scegliendo di partire dalla prima, dall'ultima o seguendo un criterio di difficoltà. Per tutte le

¹ Micheli, E., Xaiz, C., *Gioco e interazione sociale nell'autismo. Cento idee per favorire lo sviluppo dell'intersoggettività*. Trento, Centro Studi Erickson 2001.

azioni che il bambino non riesce a svolgere gli forniremo aiuti di vario tipo, dalla guida fisica totale al suggerimento verbale, avendo cura di rispettare il grado di “invadenza” del nostro intervento (la guida fisica totale dovrà essere utilizzata solo dopo che tutti gli altri tipi di aiuto si sono rivelati inefficaci) e di rinforzare ogni piccolo passo avanti verso la conquista dell’autonomia.

5. Strategie per il coinvolgimento dei compagni

La tendenza all’isolamento dei bambini autistici, unita alla frequente comparsa di comportamenti problema di natura aggressiva diretti verso gli altri e alla difficoltà di comprendere gli stati d’animo e le intenzioni altrui rendono estremamente difficile l’integrazione nel gruppo, specialmente quando si ha a che fare con bambini piccoli. È indispensabile coinvolgere i compagni informandoli, con parole adatte alla loro capacità di comprensione, sui problemi del bambino autistico e chiedendo loro una collaborazione attiva per superarli. Bisogna spiegare loro che quel bambino non è aggressivo perché è cattivo o perché intende far loro del male, ma perché non conosce ancora altri modi per comunicare e bisogna insegnarglieli con infinita pazienza. Bisogna invitarli a non reagire in maniera aggressiva, a non escluderlo, a non attendere passivamente che sia lui a chiedere di giocare, ma nello stesso tempo a non insistere troppo se non vuole unirsi al gioco, a non infastidirsi se preferisce restare a guardare.

Una volta conquistate alcune abilità di base nel gioco a due con l’insegnante, il bambino può essere stimolato a rapportarsi con un coetaneo precedentemente istruito sulle modalità di svolgimento di un gioco ben conosciuto, magari attraverso la mediazione dell’adulto per le prime volte. Successivamente si possono proporre attività da svolgere nel piccolo gruppo, senza mai forzare la partecipazione e senza lasciare che l’introduzione di nuovi attori nel gioco significhi un aumento di fattori imprevedibili o una variazione di alcuni elementi quali ad esempio il luogo di svolgimento e la durata del gioco. Se il bambino interagisce positivamente con due o tre bambini si può provare a proporgli un’attività particolarmente gratificante all’interno di un gruppo sempre più grande, per poi passare a differenziare maggiormente le attività in base al livello di interesse e di difficoltà e ridurre gradualmente la mediazione dell’adulto.

Bibliografia essenziale

Aarons, M., Gittens, T., *È autismo?* Trento, Centro Studi Erickson 1994.

American Psychiatric Association, *DSM-IV-TR Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*. Milano, Masson 2002.

Baron-Cohen S., Howlin, P., Hadwin, J., *Teoria della mente e autismo*. Trento, Centro Studi Erickson 1999.

Lovaas, I., “Behavioral Treatment and Normal Educational and Intellectual Functioning in Young Autistic Children” In: *Journal of Autism and Developmental Disorders*, n. 9/1987.

Micheli, E., Xaiz, C., *Gioco e interazione sociale nell’autismo. Cento idee per favorire lo sviluppo dell’intersoggettività*. Trento, Centro Studi Erickson 2001.

Schopler, E., *Autismo in famiglia*. Trento, Centro Studi Erickson 1998.

Schopler, E., Lansing, M., Waters, L., *Attività didattiche per autistici*. Milano, Masson 1995.

Società Italiana di Neuropsichiatria Infantile, “Linee Guida per l’Autismo”, in: *Giornale di Neuropsichiatria dell’Età Evolutiva*, n. 25/2005.