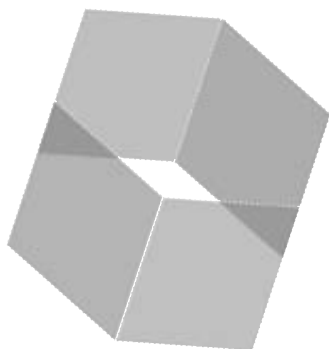


L'intervento psicoeducativo nei bambini con disturbi dello spettro autistico

L'educazione strutturata e l'uso consapevole del rinforzo e dell'aiuto



Mariela Ivana Alvarez,* Angela Varini**
e Virginia Giuberti***

* *Psicologa e psicoterapeuta, libera professionista*

** *Educatrice professionale, Centro Autismo e DPS AUSL di Reggio Emilia*

*** *Psicologa e psicoterapeuta, Centro Autismo e DPS AUSL di Reggio Emilia*

Sommario

L'articolo descrive i principi base dell'intervento psicoeducativo così come viene applicato nei progetti individualizzati rivolti ai bambini con disturbi dello spettro autistico (DSA) seguiti dal Centro Autismo e Disturbi Pervasivi dello Sviluppo dell'AUSL di Reggio Emilia. Si tratta di una sintesi teorica e pratica, frutto del pluriennale lavoro sul campo che gli operatori del Centro hanno condotto con i bambini, le loro famiglie e gli insegnanti, integrando un approccio di tipo cognitivo-comportamentale (derivato principalmente dal modello TEACCH; Schopler, Reichler e Lansing, 1991; Micheli, 1999) con un approccio di tipo evolutivo e relazionale (Denver Model; Rogers et al., 2001), considerando i modelli educativi e abilitativi della realtà dei servizi per l'infanzia italiani, in particolare di quelli reggiani.

Introduzione

Anche nel nostro Paese è ormai riconosciuto che l'intervento con i bambini che presentano disturbi dello spettro autistico/DSA deve essere precoce, intensivo e basato su un curriculum (SINPIA, 2005), che i programmi di trattamento comportamentali sono i più validati riguardo l'efficacia (Schreibman, 2003) e che quelli di tipo educativo sono ottimali per l'insegnamento delle abilità di base in un'ampia gamma di aree di sviluppo (Kunce e Mesibov, 2001). Tuttavia nella pratica clinica si manifesta spesso confusione sia sulle tipologie di trattamento da adottare sia sulle modalità di definizione degli interventi (filosofie, organizzazioni, metodologie, curricula, strategie, tecniche e strumenti) (Micheli, 2005).

Con questo contributo si intende analizzare l'esperienza del Centro Autismo e Disturbi Pervasivi dello Sviluppo dell'AUSL di Reggio Emilia, sorto nel 1998 (Dalla Vecchia e Mazzetti, 2003), descrivendo come l'applicazione dell'intervento psicoeducativo e dei principi dell'educazione strutturata in un contesto relazionale, che colloca sempre al centro il bambino e le sue interazioni con adulti e coetanei, abbia permesso di apportare innovazioni e specificità al trattamento per i bambini con autismo, in un servizio pubblico specificamente dedicato alla valutazione e al trattamento dei disturbi dello spettro autistico.

Dalla valutazione all'intervento

I bambini con disturbi dello spettro autistico differiscono notevolmente l'uno dall'altro per quanto riguarda la velocità, lo stile e le modalità di apprendimento: ciò dipende da una serie di fattori che variano dalle abilità intellettive e linguistiche, alla capacità di attenzione, alla motivazione e al tipo di interessi, all'esistenza di comportamenti problema.

Uno dei principali vantaggi dell'intervento psicoeducativo è che il trattamento si costruisce intorno al bambino. Il punto di partenza è sempre una valutazione attenta del singolo bambino, che metta in evidenza le sue competenze e le sue difficoltà, per garantire la messa a punto di un programma specifico e individualizzato (Micheli, 1999).

L'intervento psicoeducativo si compone di varie fasi di cui la valutazione funzionale è la prima; le fasi successive sono la definizione degli obiettivi di lavoro per ciascuna area esaminata, l'individuazione dei micro-obiettivi, la definizione delle tecniche e delle modalità di intervento, il monitoraggio continuo dell'andamento dell'apprendimento del bambino attraverso griglie di osservazione appositamente costruite.

La valutazione delle abilità del bambino avviene solitamente attraverso il *PEP-3 (Profilo Psicoeducativo*, terza edizione, Schopler et al., 2005), che prevede tre criteri di valutazione: *riuscito* (punteggio = 2), *emergente* (punteggio = 1) e *fallito* (punteggio = 0); si assegna il punteggio «2» per le abilità

che il bambino dimostra di possedere autonomamente, «1» per le abilità in riferimento alle quali il bambino dimostra di avere alcune conoscenze che, però, non è ancora in grado di esibire senza l'aiuto dell'adulto, e «0» per le abilità che il bambino non possiede ancora.

Il programma d'intervento che ne deriva sarà composto dall'80% circa delle abilità risultate riuscite (punteggio 2) e dal 20% circa delle abilità risultate emergenti (punteggio 1) (Micheli, 1999). Questa modalità di costruzione del programma di lavoro consente all'operatore di lavorare con il bambino direttamente sulla «zona di sviluppo prossimale» (Vygotskij, 1974), garantendo un maggior successo dell'intervento e riducendo notevolmente la possibilità che il bambino sperimenti frustrazione e inadeguatezza di fronte alle richieste, in quanto queste sono sempre regolate in base al suo livello di sviluppo.

La valutazione con osservazione diretta effettuata in ambulatorio viene poi integrata con i dati forniti dai familiari attraverso la compilazione del questionario per i genitori previsto nel PEP-3 (Schopler et al., 2005) o di altre scale per i caregiver (ad esempio, le *scale Vineland*; vedi Sparrow, Balla e Cicchetti, 1984). A questi strumenti formali si affiancano le informazioni emerse dalle conversazioni tra operatori e familiari che avvengono in contemporanea all'osservazione del bambino, grazie all'indispensabile uso dello specchio unidirezionale, e dai colloqui con i referenti clinici.

La partecipazione dei genitori alla valutazione e alla definizione del programma d'intervento risulta fondamentale: le osservazioni dei genitori sulle competenze e le difficoltà del bambino, nonché le loro preoccupazioni circa gli eventuali comportamenti problematici, portano il clinico a rivolgere la propria attenzione ai problemi incontrati dal bambino nella quotidianità (Vio, 2005). In questo modo si stabiliscono insieme ai genitori le priorità dell'intervento.

È fondamentale che l'intervento sia condiviso dai genitori e dai familiari, da tutti gli operatori dell'équipe di riferimento del bambino, dagli educatori e dagli insegnanti, perché solo così sarà possibile costruire un *sistema curante* (Dalla Vecchia e Mazzetti, 2003), con l'obiettivo di migliorare la qualità della vita di quel singolo bambino e della sua famiglia.

Dalla valutazione, formale e informale, descritta dettagliatamente in una relazione scritta, si passa direttamente a un programma di trattamento individualizzato, che deve essere monitorato nel tempo attraverso osservazioni sistematiche con apposite griglie di registrazione dati e follow-up periodici.

Nel Centro per l'Autismo e i Disturbi Pervasivi dello Sviluppo dell'AUSL di Reggio Emilia, i programmi d'intervento derivano da una valutazione effettuata da un'équipe multiprofessionale che comprende figure diverse (neuropsichiatra infantile, psicologo, educatore professionale o tecnico della riabilitazione psichiatrica, logopedista, tutti con conoscenze sullo sviluppo infantile, neuropsicologiche e cognitivo-comportamentali), alcune delle quali diventeranno i referenti per il trattamento del bambino.

A seconda dei casi l'équipe referente è costituita da un referente clinico (NPI o psicologo) e da terapisti (educatore professionale o tecnico della riabilitazione psichiatrica, logopedista) che lavorano direttamente con il bambino in ambulatorio, nell'ambiente scolastico, ed eventualmente effettuano osservazioni nell'ambiente familiare, per poi offrire indicazioni agli assistenti domiciliari.

Per valutare, incontro dopo incontro, le capacità manifestate dal bambino l'operatore si avvale dei tre criteri di valutazione previsti dal PEP-3: riuscito, emergente e non riuscito (Schopler et al., 2005). Per favorire la generalizzazione e il mantenimento delle abilità apprese, il terapeuta si preoccuperà di modificare spesso i materiali utilizzati e le attività proposte, facendo attenzione a usare lo stesso materiale per raggiungere obiettivi diversi, oppure svolgendo una stessa attività con materiale differente (ad esempio, se l'attività prevede che si debba colorare rispettando i bordi di una determinata figura, il materiale da utilizzare potrà essere rappresentato da tempere, pennarelli o colori a dita). Inoltre si impegnerà a concordare e trasmettere attività e materiali a insegnanti, educatori e genitori, condividendo con loro modalità e strategie, e considerando le peculiarità dell'applicazione degli obiettivi specifici nei differenti contesti di vita.

I principi dell'educazione strutturata

Nonostante i bambini con disturbi dello spettro autistico presentino una notevole eterogeneità, è possibile individuare alcune caratteristiche neuropsicologiche di base, che costituiscono i punti di forza e di debolezza comuni. Tra i punti di forza occorre menzionare: buone abilità visuo-spaziali, buona memoria meccanica e associativa, capacità di pensiero concreto (Surian, 2006), abilità potenziali di pre-lettura e lettura, tendenza alla ripetitività e adesione a routine (Kunce e Mesibov, 2001). Tra i punti di debolezza occorre segnalare: difficoltà di attenzione e di elaborazione di stimoli salienti, percezione disorganizzata dell'ambiente, difficoltà di pensiero astratto, deficit nelle capacità di «teoria della mente» (Surian, 2006), difficoltà di imitazione e nelle capacità prassiche e deficit nelle funzioni esecutive (Rogers, 1998).

L'educazione strutturata, proprio per le sue caratteristiche, sfrutta i punti di forza tipici dei soggetti con autismo ed è in grado di supportarne le debolezze: infatti, poiché la difficoltà fondamentale di un individuo con DSA consiste nel ricavare e riconoscere un significato socialmente condiviso nelle attività richieste, la struttura permette al soggetto di utilizzare per apprendere le sue caratteristiche con una connotazione positiva: memoria meccanica, ripetitività, buone capacità percettive visive per compensare le scarse capacità uditive, soddisfacenti capacità di motricità fine e globale.

Che cosa significa «educazione strutturata»? Con il termine «educazione» si intende un «fatto» tipicamente umano, attraverso il quale l'adulto

intende condurre il bambino a un livello conveniente di maturità intellettuale, sociale e comportamentale. L'educazione, essendo sempre ancorata a fatti, azioni ed esperienze (Prellezo e Lanfranchi, 1995), è per sua natura dinamica, flessibile e in continua evoluzione. Strutturare significa organizzare, ordinare, predisporre, quindi nello specifico per i bambini con DSA significa trasformare le informazioni verbali e astratte provenienti dall'ambiente in informazioni concrete costituite da arredi, oggetti e materiali (ad esempio, fotografie, disegni, simboli, ecc.); significa anche conferire rilievo agli elementi essenziali di quel contesto specifico per renderlo di per sé chiaro e comunicativo, eliminando eventuali elementi di confusione (Xaiz e Micheli, 2001).

L'educazione strutturata consiste quindi nell'adattare l'ambiente alle caratteristiche del singolo soggetto, al fine di massimizzare la realizzazione delle sue potenzialità di apprendimento e, quindi, di crescita e di maturazione. L'educazione strutturata consente di costruire il setting appropriato per l'abilitazione, creando un «ponte» tra l'adulto e il bambino. Grazie all'educazione strutturata è possibile comunicare in modo chiaro, evidente e prevedibile con il bambino con DSA, insegnandogli abilità funzionali, comportamenti socio-comunicativi e adattivi, favorendo anche lo sviluppo dell'autonomia.

La strutturazione non implica rigidità, poiché deve essere flessibile, individualizzata e modificabile; inoltre non deve essere fine a se stessa, ma deve rappresentare un mezzo per aiutare una persona con difficoltà a comunicare. Adattare l'ambiente alla persona e presentare gradualmente le difficoltà significa rispettare l'individuo nella sua diversità e avere fiducia nella sua capacità di apprendimento indipendente (Vivanti, 1998).

Questi principi di base della strutturazione sono propri del Programma *TEACCH* (Schopler, Reichler e Lansing, 1991), i cui scopi possono essere sintetizzati nel cercare di favorire lo sviluppo dell'individuo, la sua integrazione sociale e l'autonomia, tenendo conto dei deficit specifici (Vivanti, 1998).

Per strutturare occorre avere presenti alcune domande specifiche che il soggetto con DSA si pone quando deve affrontare una determinata situazione, cercando di rispondere ad esse in modo concreto. Le domande sono le seguenti: «che cosa devo fare?», «quando?», «dove?», «come?», «con chi?», «con cosa devo cominciare?», «per quanto tempo?», «quando finirò?», «e dopo, che cosa dovrò fare?» (ibidem).

La strutturazione dello spazio fisico

La *strutturazione dello spazio fisico* ci consente di rispondere in modo chiaro alla domanda «dove?». Per strutturare lo spazio occorre stabilire aree e confini visivamente evidenti e coerenti con le attività che vengono insegnate in quel determinato luogo. Ad esempio, se il nostro obiettivo

è quello di insegnare l'alternanza gioco-lavoro, potremmo prevedere un luogo delimitato visivamente dove si svolgeranno delle attività a tavolino e un luogo ludico-ricreativo per il gioco (ad esempio, tappetone, poltrona, tavolo con il materiale preferito dal bambino, ecc.); ogni luogo potrà anche essere contrassegnato da simboli di identificazione. In questo modo il bambino imparerà gradualmente a gestire in modo autonomo i due spazi. La strutturazione dello spazio fisico comprende anche la riduzione degli stimoli distraenti e non pertinenti alle attività di apprendimento.

Rendere chiaro e prevedibile l'ambiente fisico significa ridurre l'ansia per l'imprevedibilità e, quindi, prevenire i problemi di comportamento: ciò assicura una base solida per l'apprendimento. La strutturazione degli spazi è risultata utile anche nell'intervento con bambini molto piccoli, incentrato principalmente sulle abilità socio-comunicative e di gioco più che sulle abilità funzionali e sulle prestazioni: infatti la strutturazione spaziale aiuta il bambino a conferire un significato a ciò che accade in quell'ambiente, favorendo la costruzione di una relazione positiva con l'adulto.

L'intervento psicoeducativo si pone il problema di favorire l'acquisizione di una certa autonomia di movimento nell'uso degli spazi. A tal fine la strutturazione degli ambienti comprende anche delle aree di transizione, cioè delle aree dove sono presenti i programmi giornalieri (tabelle-schemi costituiti da supporti visivi in sequenza dall'alto verso il basso o da destra verso sinistra; vedi Hodgdon, 2005), verso i quali il bambino con autismo si dirigerà per ricevere informazioni concernenti il luogo in cui dovrà svolgere le diverse attività.

Attraverso l'associazione tra supporto visivo presente nel programma e supporto visivo presente nell'area dell'ambiente corrispondente alla funzione da svolgere, il soggetto impara a dirigersi dove richiesto e a prepararsi a eseguire una determinata attività. Lo spostamento autonomo può essere favorito anche dall'utilizzo delle carte di transizione che il soggetto riceve o preleva alla fine di un'attività (Vio, 2005). L'organizzazione dello spazio fisico può rappresentare un prompt al comportamento richiesto, favorendo l'emissione del comportamento appropriato. È necessario che il terapeuta o l'educatore organizzi lo spazio in modo che il prompt venga compreso dal bambino in modo autonomo. Una volta che l'ambiente è stato strutturato e il bambino riesce a orientarsi nello spazio in modo autonomo, sarà opportuno sfumare gradualmente i prompt costituiti dalla struttura dell'ambiente fisico fino alla loro eliminazione.

È importante tenere presente che alcuni bambini, per svolgere in modo indipendente molte delle loro attività, avranno bisogno di un ambiente che, per certi versi, potrà essere permanentemente protetto. Altri, invece, sfrutteranno la sicurezza data dall'apprendimento di sequenze di azioni e di abilità in un ambiente protetto, per passare a esercitarle in ambienti sempre meno protetti, fino all'ambiente naturale della loro comunità (Xaiz e Micheli, 2001).

La strutturazione del tempo

La *strutturazione del tempo* consente di rispondere in modo chiaro alla domanda «quando? che cosa c'è da fare ora?». Si tratta di rendere visibile il tempo che di per sé è astratto e, quindi, di utilizzare *schemi temporali* (Hodgdon, 2005) per consentire al bambino di visualizzare, per poi interiorizzare, lo scorrere del tempo (prima-adesso-dopo).

Gli schemi temporali o *agende* devono essere individualizzati in modo da risultare direttamente comprensibili da quel determinato bambino. Quindi, le «agende» potranno avere durate differenti (ad esempio, poche attività oppure le attività di un'intera seduta, la giornata o l'intera settimana), a seconda delle competenze del bambino, e potranno essere costruite con materiali diversi a seconda delle capacità di simbolizzazione del soggetto (oggetti, fotografie, disegni o parole scritte). L'agenda, inoltre, andrà collocata sempre nello stesso spazio. È possibile distinguere diversi tipi di agende. Un esempio potrebbe essere quello dell'agenda della giornata a scuola o della seduta in ambulatorio, che consente di rendere evidente la sequenza delle attività che si svolgeranno in quel luogo.

Dopo che ogni attività è stata completata, occorrerà prevedere un modo concreto per indicare la fine di essa, ad esempio mettendo una crocetta, girando la foto corrispondente o staccandola dall'agenda. Ci può essere lo schema di lavoro che permette al bambino di lavorare in modo indipendente superando le difficoltà legate all'immagazzinamento e all'uso di autoistruzioni interiorizzate. Ad esempio, a sinistra verrà collocato il lavoro da fare («prima prendo»), al centro del tavolo il lavoro da svolgere («ora faccio») e a destra il lavoro finito («dopo metto via»). Un altro esempio potrebbe essere rappresentato dal fatto di mettere sullo scaffale di sinistra le attività numerate (1, 2, 3, 4, ecc.), per comunicare al bambino l'ordine in cui esse dovranno essere svolte.

La strutturazione del materiale di lavoro

La *strutturazione del materiale di lavoro* consente di rispondere alla domanda «cosa devo fare? e come?». Il compito da svolgere deve quindi essere presentato in modo chiaro (ad esempio, contenuto in una scatola o su un supporto fisso) e deve «parlare da solo», cioè non deve richiedere spiegazioni verbali (ad esempio, puzzle, attività di montaggio con spiegazioni visive, ecc.).

Nel dettaglio per strutturare un compito occorre considerare le seguenti condizioni:

1. *Analisi e scomposizione del compito.* L'operatore dovrà conoscere tutte le operazioni necessarie per portare a termine il compito. Se il lavoro ha come unico obiettivo quello dell'esercizio indipendente, l'educatore curerà che tutte le abilità implicite nel lavoro siano già presenti nel repertorio del bambino. La quantità delle operazioni da compiere e

la loro complessità dipenderanno dalla valutazione delle abilità del soggetto.

2. *Organizzare il materiale.* I materiali dovranno essere organizzati in modo che il compito sia «autoevidente» per poter garantire al bambino assoluta indipendenza nella comprensione del compito, del modo in cui dovrà essere svolto, della durata/quantità e della fine.
3. *Controllo degli elementi «distrattori» che possono innescare un comportamento problema.* Se il bambino è capace di esercitare una forma di autocontrollo e non è attratto da componenti percettive dominanti, i materiali potranno fare rumore o avere colori luminosi, essere rotondi e ruotare; al contrario, se il bambino è distratto da stimoli sensoriali che lo portano a produrre stereotipie, il compito sarà costruito con una scatola solida e materiale pensato ad hoc, solidamente fissato con gli oggetti posizionati ognuno in un'apposita sede.
4. *Capacità di auto-organizzazione e di pianificazione del bambino.* Se il bambino è capace di organizzarsi comprendendo con facilità la richiesta, allora il compito sarà organizzato con materiali diversi collocati in un solo contenitore (ad esempio, cestino con i fogli da pinzare e pinzatrice); se, invece, il livello del bambino è tale da richiedere aiuti più chiari ed evidenti, allora il compito sarà organizzato in modo da suggerire la sequenza delle azioni necessarie (ad esempio, un vassoio con tre contenitori: a sinistra i fogli da pinzare, al centro la pinzatrice, a destra un contenitore con un foglio già pinzato in cui riporre il lavoro finito).

L'esecuzione di compiti successivi

Quando un bambino è in grado di svolgere da solo, in totale indipendenza, un compito che gli è stato proposto e lo porta a termine con successo, sono possibili più percorsi: *sviluppare l'attività* o *modificarne l'utilizzo*. Inoltre, se il soggetto ama svolgere il compito, esso potrà essere usato come passatempo-rinforzo o compito di riscaldamento per l'avvio delle attività.

Quando si decide di cambiare un'attività, si possono modificare i seguenti fattori: la natura del materiale, la quantità degli elementi, lo sforzo richiesto al bambino a livello di attenzione e carico di memoria, la capacità di auto-organizzazione richiesta. Così un compito può rimanere invariato come tipo di operazioni richieste e come materiale utilizzato e variare nel numero di elementi da completare; ad esempio, se il bambino deve infilare, in un'asta con due bastoncini, quattro anelli di cui due rossi e due blu, una possibile modificazione del compito sarà quella di aumentare il numero di anelli da infilare: il bambino avrà così dieci anelli rossi e dieci anelli blu.

Un compito può rimanere invariato come operazione richiesta e numero di elementi e mutare nel tipo di materiale usato: ad esempio, se il bambino deve infilare in una scatola con un buco dieci palline di spugna, un com-

pito diverso sarà quello di presentare al bambino una scatola con un buco quadrato in cui dovrà infilare dieci cubetti di legno.

Un compito può rimanere invariato in riferimento al tipo di materiale utilizzato e variare nell'operazione che viene richiesta al bambino: ad esempio, se il compito è infilare palline in un buco rotondo e cubi in un buco quadrato, un compito successivo sarà quello di classificare palline e cubi in due diverse vaschette in cui è già stato incollato un modello.

Un compito può restare invariato rispetto al materiale, alle operazioni e al numero di elementi, ma variare nelle modalità di organizzazione del materiale stesso: ad esempio, se il bambino deve infilare in un bastoncino degli anelli, inizialmente questi potranno essere collocati in un contenitore suddividendoli uno a uno (ad esempio in un contenitore tipo «portauova», per evitare che vengano mescolati); successivamente gli anelli potranno essere presentati in un contenitore tutti insieme (Micheli e Zacchini, 2004).

I compiti che verranno proposti successivamente serviranno per raggiungere gli obiettivi funzionali al bambino sempre più complessi previsti nel programma di intervento: ciò favorisce la generalizzazione delle attività.

Il rinforzo

Per raggiungere gli obiettivi stabiliti nell'intervento psicoeducativo è importante ricorrere all'utilizzo del *rinforzo*. Il rinforzo consente di rispondere alla domanda «perché?». Una conseguenza rinforzante è «un evento stimolo che aumenta la probabilità che la risposta si verifichi nuovamente in condizioni analoghe». La conseguenza di un determinato comportamento aumenta dunque la probabilità che quel comportamento si manifesti nuovamente (Schopler, 2005).

Per il bambino con DSA può essere difficile, soprattutto all'inizio dell'insegnamento, comprendere per quale motivo debba eseguire delle richieste e, di conseguenza, è necessario fornirgli delle motivazioni concrete, strettamente collegate nel tempo all'esecuzione del compito e *legate* alle sue preferenze. Il rinforzo può essere concreto-naturale (ad esempio, una ricompensa alimentare, il permesso di dedicarsi all'attività preferita) o sociale (ad esempio, lodi, carezze).

Tutti noi usiamo rinforzi più o meno consapevolmente. È importante programmare sempre il rinforzo e considerare che, per poter essere efficace, esso deve essere proposto subito dopo che è stato emesso il comportamento corretto, per far comprendere al bambino ciò che noi desideriamo da lui. Se lasceremo passare troppo tempo dalla risposta del bambino, potrebbe non risultargli chiaro quale sia il comportamento desiderato. Inoltre è utile rinforzare non solo le risposte riuscite ma anche le approssimazioni, stimolando in questo modo la conclusione corretta del compito (Perini, 1997).

È bene che i rinforzi vengano pensati per *quel* bambino in particolare, avendo cura di conoscerne le caratteristiche e preferenze, in modo da mo-

tivarlo in modo efficace nel dare risposte positive. Inizialmente potrebbe essere necessario rinforzare ogni volta il comportamento desiderato per incrementare le risposte positive da parte del bambino; nel corso del trattamento, quando è evidente il consolidamento dell'apprendimento, si potrà ridurre la frequenza del rinforzo.

Durante gli incontri possiamo diversificare i rinforzi in base a ciò che chiediamo al bambino: se di fronte a una nuova proposta il bambino ottiene un successo, questa risposta va rinforzata in modo importante, differenziandola da un'acquisizione ormai completamente appresa. Alcuni ricercatori (Hopper e Wambold, 1978) hanno rilevato che, rinforzando l'uso sistematico di alcuni giocattoli con lodi e cibo, si poteva accrescere l'interesse del bambino per determinate attività e diminuire le stereotipie.

L'aiuto

L'aiuto consente di rispondere alla domanda «come svolgere il compito?». Guidare il bambino verso esperienze positive significa aiutarlo ad accrescere il suo livello di autostima, supportandolo verso la costruzione e lo sviluppo di comportamenti più adeguati e di relazioni affettive significative. Nell'accompagnare un bambino nel suo sviluppo è importante saperlo «aiutare», dosando questo aiuto in modo da favorire l'apprendimento di nuove abilità e, successivamente, il loro utilizzo indipendente. Un aiuto è uno stimolo supplementare per guidare la risposta del bambino.

Gli aiuti che noi possiamo offrire ai bambini gli consentono di apprendere con più facilità, ottenendo più successi, e ciò aumenta la loro motivazione. Le facilitazioni che possiamo utilizzare sono diverse e possono essere di tipo *fisico, gestuale o verbale*.

L'aiuto a livello *fisico* rappresenta sicuramente quello più esplicito e intrusivo, dove il terapeuta guida e modella il corpo del bambino per ottenere il risultato desiderato.

Il secondo tipo di aiuto è di tipo *visuale-gestuale* e consiste nell'insieme di indicazioni capaci di dimostrare al bambino dove porre attenzione, ad esempio attraverso l'indicazione, oppure attraverso la proposta di un modello, cioè di un gesto necessario per portare a termine un compito (ad esempio, movimento necessario per aprire un contenitore), oppure spostando un oggetto dal posto sbagliato al posto giusto.

L'aiuto *verbale*, infine, è il livello meno invasivo per supportare il bambino durante l'esecuzione di un'attività. Diventa in questo caso indispensabile verificare in precedenza il livello di comprensione verbale del bambino: a tale scopo è utile utilizzare parole semplici, essenziali e sempre uguali per una stessa spiegazione, evitando un linguaggio troppo figurato.

Si possono poi applicare alcune strategie specifiche (Foxx, 1995), come l'attenuazione degli aiuti (*fading*) quando il bambino dimostra di saper eseguire il compito in modo quasi autonomo. Il terapeuta dovrà quindi

avere l'accortezza di ridurre gradualmente gli aiuti, siano questi di tipo fisico, gestuale o verbale.

È possibile aiutare il bambino a ottenere l'obiettivo attraverso approssimazioni successive (*shaping*), cioè rinforzando tutti i tentativi che gli permettono di raggiungere il comportamento meta. Ad esempio, nell'insegnare a nuotare (obiettivo finale da raggiungere), può essere efficace rinforzare piccole tappe come galleggiare, battere i piedi, muovere le braccia, ecc.

Un'altra strategia che può risultare utile per aiutare il bambino ad apprendere nuove abilità è il concatenamento (*chaining*), che può essere *in avanti* o *a ritroso*. Il concatenamento in avanti consiste nella frammentazione di un compito complesso (ad esempio, infilarsi una maglietta) in una sequenza di tappe dove si inizierà a insegnare la prima tappa, poi la seconda, la terza e così via, fino ad arrivare al raggiungimento dell'obiettivo. Il concatenamento a ritroso richiede sempre la frammentazione di un compito in piccole tappe, ma si inizierà a insegnare l'ultima tappa, poi la penultima e così via, fino ad arrivare all'inizio della sequenza (Perini, 1997).

Generalizzazione e mantenimento

Poiché tutte le abilità apprese devono essere generalizzate nei vari ambienti di vita e devono essere mostrate con persone diverse, sarà importante sviluppare programmi di *generalizzazione* attiva delle acquisizioni e di *mantenimento* delle stesse, consapevoli che i soggetti con DSA tendono ad associare l'apprendimento a una situazione o a una persona (Schopler e Mesibov, 1998). La difficoltà di generalizzazione comporta la necessità di pensare fin da quando il bambino è piccolo a insegnare competenze che saranno utili nel suo futuro, cercando di avere obiettivi comuni e di instaurare forme di collaborazione tra famiglia e operatori.

Osservazioni conclusive

La conoscenza e l'applicazione di queste strategie dell'approccio psicoeducativo risultano indispensabili nell'intraprendere un programma d'intervento per bambini con disturbi dello spettro autistico, considerando sempre che il principio chiave consiste nell'individualizzazione dell'intervento: alcuni bambini richiedono l'applicazione massiccia e organizzata di molte di queste tecniche e strategie, mentre altri riescono ad apprendere in situazioni più naturali, dove l'utilizzo di aiuti e rinforzi è più limitato. Inoltre, è sempre indispensabile tenere conto dell'età cronologica del bambino, del suo profilo di sviluppo derivato dalla valutazione funzionale (punti di forza e di debolezza emersi nel PEP-3, in altre valutazioni standardizzate e nell'osservazione informale) e dell'ambiente in cui si andrà a lavorare con il soggetto (scuola, casa, ambulatorio).

Nell'esperienza del Centro per l'Autismo e i Disturbi Pervasivi dello Sviluppo dell'Azienda USL di Reggio Emilia, l'intervento di tipo psicoeducativo si basa sia sui principi e sulle teorie di tipo cognitivo-comportamentale (modello *TEACCH*, vedi Schopler, Reichler e Lansing, 1991; Micheli, 1999; principi *ABA*, vedi Foxx, 1995) che su un approccio di tipo evolutivo e relazionale (*Denver Model*, vedi Rogers et al., 2001), allo scopo di costruire una relazione positiva con il bambino e quindi un setting emotivo-relazionale entro cui applicare strategie specifiche e individualizzate per insegnare abilità specifiche.

L'educazione strutturata si è rivelata un utile e insostituibile strumento per creare il setting appropriato per l'insegnamento e per costruire il materiale più adeguato per l'intervento individualizzato. Nell'insegnamento strutturato è risultato fondamentale l'uso di schede e griglie di rilevazione dei dati in cui occorre riportare per ogni bambino obiettivi generali e specifici precisando aiuti e rinforzi, nonché i risultati ottenuti per ogni seduta, in modo da verificare l'andamento del programma e apportare le opportune modifiche. A tal fine nel Centro di Reggio Emilia ci si avvale sia di checklist già esistenti (ad esempio, con i bambini in età prescolare viene utilizzata la *Denver Curriculum Checklist*; vedi Rogers, Hall e Osaki, 2002) che di schede specificamente ideate dagli operatori per le sedute individuali o di piccolo gruppo; inoltre per obiettivi specifici individuali (ad esempio, intervento sui comportamenti problema in un determinato ambiente e momento della giornata) vengono usate schede ad hoc a seconda del caso.

L'individualizzazione dell'intervento ha permesso in questi anni di lavoro clinico abilitativo di differenziare:

- interventi individuali per bambini in età prescolare (Giuberti et al., 2004) e per bambini di età più avanzate, ma con il bisogno di lavorare su alcuni obiettivi in modo mirato e individuale;
- interventi di piccolo gruppo, in cui è possibile lavorare su obiettivi generali comuni soprattutto di tipo comunicativo-pragmatico, con un'attenzione particolare ad attività di gioco motorio e legate alle autonomie.

In diversi casi seguiti, il lavoro in piccolo gruppo si alterna a cicli con l'intervento individuale o coesiste con l'intervento individuale nel programma d'intervento settimanale. Per esemplificare, presso il Centro di Reggio Emilia, secondo le direttive del PRIA (Programma Regionale Integrato dell'Emilia Romagna per l'assistenza alle persone con disturbi dello spettro autistico), a un bambino con DSA al di sotto dei 7 anni, con almeno un anno di lavoro individuale intensivo e con risultati significativi nell'area dell'intersoggettività, vengono offerti un incontro in piccolo gruppo (circa 3-4 bambini abbastanza omogenei per età cronologica e competenze) della durata di due ore, in cui è presente un'importante strutturazione degli spazi, dei tempi e del materiale di lavoro, e due incontri individuali della durata di un'ora su obiettivi specifici di tipo psicoeducativo o logopedico, al fine

di proporre il trattamento che appare più adeguato per quel bambino in quel determinato periodo.

Parallelamente nell'ambiente scolastico, per bambini in età prescolare e per i primi anni della scuola primaria, vengono condotti settimanalmente interventi diretti con il bambino o viene fornita consulenza per l'attivazione di piccoli gruppi con coetanei a sviluppo tipico soprattutto su abilità di tipo socio-comunicativo, oppure per affrontare situazioni sociali problematiche o aspetti emotivi importanti. A un bambino con DSA con più di 7 anni, invece, a seconda delle necessità e degli obiettivi di lavoro, vengono offerti due incontri individuali settimanali o un incontro in piccolo gruppo (circa 4-5 bambini, differenziando soprattutto tra bambini a basso o ad alto funzionamento), per un totale di circa due ore settimanali, nonché una consulenza scolastica e degli incontri periodici con la famiglia.

Tutte queste proposte abilitative si rifanno sempre ai principi dell'educazione strutturata sopra descritti, applicati con flessibilità e creatività, osservando puntualmente i cambiamenti dei singoli per modificare l'intervento a seconda dei bisogni, confrontandosi sistematicamente nell'équipe multidisciplinare, cercando di trarre insegnamento da tutte le persone coinvolte nella quotidianità con il bambino e aggiornandosi continuamente. Seguendo queste modalità di lavoro, impegnative e spesso faticose, i bambini hanno ottenuto risultati di grande soddisfazione per gli specialisti, le famiglie e gli insegnanti.

Abstract

This article describes the basic principles of the psycho-educational approach as applied in the personalised projects intended for children with autistic spectrum disorders (ASD) adopted by the Autism and Pervasive Developmental Disorders Centre in the Local Healthcare Unit Facility (AUSL) of Reggio Emilia.

The article provides a theoretical and practical summary and represents the result of the multi-year work in the field that the Centre's staff performed with the children, their families and teachers, integrating a cognitive-behavioural approach (mainly derived from the Treatment and Education of Autistic and Communication Handicapped Children/TEACCH Model; Schopler, 1991; Micheli, 1999) with an evolutionary and relational type approach (Denver Model; Rogers et al., 2001) by considering the educational and qualifying models of the effective Italian early childhood services, in particular, the services provided in Reggio Emilia.

Bibliografia

AA.VV. (2005), *Linee guida per l'autismo. Raccomandazioni tecniche-operative per i servizi di neuropsichiatria dell'età evolutiva*, «Giornale di Neuropsichiatria dell'età evolutiva», Aprile 2005, vol. 25.

- Dalla Vecchia A.M. e Mazzetti A. (2003), *Il Centro Autismo e Disturbi Pervasivi dello Sviluppo della AUSL di Reggio Emilia*, «Autismo e disturbi dello sviluppo», vol. 1, n. 3, pp. 419-430.
- Foxx R. (1995), *Tecniche base del metodo comportamentale*, Trento, Erickson.
- Giuberti V., La Cava C., Melli P., Morandotti R., Tedeschi M. e Dalla Vecchia A.M. (2004), *Intervento abilitativo integrato in età prescolare nei disturbi dello spettro autistico*, «Autismo e disturbi dello sviluppo», vol. 2, n. 1, pp. 85-98.
- Hodgdon L. (2005), *Strategie vive per la comunicazione*, Gussago (BS), Vannini.
- Hopper C. e Wambold C. (1978), *Improving the indipented play of severely mentally retarded children*, «Education and Training of the Mentally Retarded», vol. 13, n. 1, pp. 42-46.
- Kunce L.J. e Mesibov G.B. (2001), *Interventi educativi per l'autismo high-functioning e la sindrome di Asperger*. In E. Schopler, G.B. Mesibov e L.J. Kunce (a cura di), *Sindrome di Asperger e autismo high-functioning*, Trento, Erickson.
- Micheli E. (1999), *Autismo: verso una migliore qualità della vita*, Reggio Calabria, Laruffa.
- Micheli E. (2005), *La scelta dell'intervento. Confusioni, differenze e linee guida*. In R. Cavagnola, P. Moderato e M. Leoni (a cura di), *Autismo: che fare?*, Gussago (BS), Vannini.
- Micheli E. e Zacchini M. (2004), *Verso l'autonomia. La metodologia TEACCH del lavoro indipendente al servizio degli operatori dell'handicap*, Gussago (BS), Vannini.
- Perini S. (1997), *Psicologia dell'educazione*, Bologna, il Mulino.
- Prellezo J.M. e Lanfranchi R. (1995), *Educazione e pedagogia nei solchi della storia*, Torino, Società Editrice Internazionale.
- Rogers S.J. (1998), *Neuropsychology of autism in young children and its implication for early intervention*, «Mental Retardation and Developmental Disabilities Research», vol. 4, pp. 104-112.
- Rogers S.J., Hall T. e Osaki D. (2002), *Dispense del Corso di formazione «Denver Model»*, Reggio Emilia, 15-19 Aprile 2002.
- Rogers S.J., Hall T., Osaki D., Reaven J. e Herbison J. (2001), *The Denver Model: A comprehensive, integrated educational approach to young children with autism and their families*. In J.S. Handleman e S. Harris (a cura di), *Preschool Education Programs for Children with Autism*, Austin, Texas, Pro-Ed.
- Schopler E. (2005), *Autismo in famiglia. Manuale di sopravvivenza per genitori*, Trento, Erickson.
- Schopler E. e Mesibov G.B. (1998), *Apprendimento e cognizione nell'autismo*, Milano, McGraw-Hill.
- Schopler E., Reichler R.J. e Lansing M. (1991), *Strategie educative nell'autismo*, Milano, Masson.
- Schopler E., Lansign M.D., Reichler R.J. e Marcus L.M. (2005), *Psychoeducational Profile: Third Edition*, Austin (TX), Pro-Ed, trad. it. *Profilo Psicoeducativo, terza edizione (PEP-3)*, edizione italiana a cura di E. Micheli e S. Villa, Gussago (BS), Vannini, 2006.
- Schreibman L. (2003), *Trattamenti comportamentali/psicoeducativi intensivi per l'autismo*, «Autismo e disturbi dello sviluppo», vol. 1, n. 1, pp. 29-40.
- Società Italiana di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza/SINPIA (2005), *Linee guida per l'autismo. Diagnosi e interventi*, Trento, Erickson.

- Sparrow S.S., Balla D. e Cicchetti D.V. (1984), *Vineland Adaptive Behavior Scales*, trad. it. a cura di G. Balboni e L. Pedrabissi, Firenze, Organizzazioni Speciali, 2003.
- Surian L. (2006), *Autismo. Indagini sullo sviluppo mentale*, Milano, Laterza.
- Vio C. (2005), *Autismo. Dalla diagnosi all'intervento psicoeducativo*, Gussago (BS), Vannini.
- Vivanti D. (1998), *Il programma TEACCH*. In S. Bagalà, D. Raso e D. Vivanti (a cura di), *L'autistico a scuola*, Reggio Calabria, Laruffa.
- Vygotskij L.S. (1974), *Storia dello sviluppo delle funzioni psichiche superiori*, Firenze, Giunti.
- Xaiz C. e Micheli E. (2001), *Gioco e interazione sociale nell'autismo. Cento idee per favorire lo sviluppo dell'intersoggettività*, Trento, Erickson.