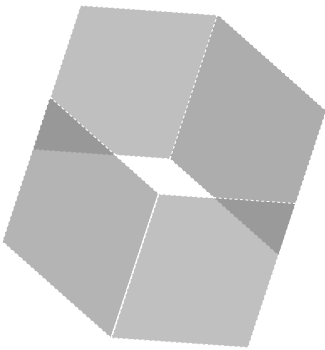


# L'intervento precoce nell'autismo: integrazione tra TEACCH e contenimento emotivo

Uno studio su caso singolo



Dario Sepe, Adriana Onorati, Lucia Zeppetella,  
Fortunata Folino, Maria Grazia Totino  
e Valeria Manganaro

## Sommario

*L'articolo presenta i risultati di uno studio sull'intervento precoce, realizzato su un bambino di 3 anni e 9 mesi, con una diagnosi di autismo infantile, seguito secondo l'approccio PEIAD, un modello di intervento globale, che integra l'approccio cognitivo-comportamentale e, in particolare, il metodo TEACCH, con un modello di intervento sistemico-relazionale, che coinvolge tutti i sistemi di riferimento a cui il bambino autistico appartiene. I risultati hanno evidenziato come un intervento precoce e globale, che integri l'utilizzo di strategie di strutturazione dell'ambiente di vita e del setting di apprendimento, previste dall'approccio TEACCH, e un intervento mirato alla sfera relazione ed emotiva, mediante la tecnica del «contenimento evolutivo», consentano al bambino autistico di utilizzare pienamente le sue potenzialità e di raggiungere, anche in breve tempo, importanti acquisizioni.*

## Introduzione

L'approccio *PEIAD*, *Progetto Evolutivo Integrato Autismo e Disabilità* (Sepe, Onorati e Zeppetella, 2000), utilizzato presso l'Associazione ONLUS «Il Filo dalla Torre», si pone, come obiettivi primari, la crescita e l'evoluzione del bambino autistico, delle persone e dei sistemi di riferimento. Affinché sia possibile l'evoluzione del bambino, è necessario che vengano coinvolti tutti gli individui che interagiscono con lui: l'obiettivo definitivo per il bambino diviene un obiettivo di crescita per tutti i sistemi coinvolti.

In ambito educativo, l'approccio *PEIAD* integra l'utilizzo del *TEACCH* con il modello sistemico-relazionale: infatti, un aspetto fondamentale è l'attenzione alla sfera emotiva e relazionale sia del bambino, sia degli adulti di riferimento. Ciò è legato alla difficoltà tipica dell'autismo nelle relazioni e nella comunicazione, difficoltà che porta, spesso, questi bambini ad *agire* le emozioni, non riconosciute o negate dagli adulti di riferimento, attraverso comportamenti disadattivi o *non comprensibili* (stereotipie, comportamenti auto ed etero-aggressivi). In questo senso, assume un'importanza fondamentale l'«ascolto emotivo», per cui ogni persona che si prende cura del bambino deve analizzare e riconoscere le emozioni vissute nei confronti del bambino e nelle altre relazioni della vita quotidiana.

In particolare, il *Treatment and Education of Autistic and related Communication Handicapped Children (TEACCH)* (Schopler, Reichler e Lansing, 1980), ideato e progettato da Erich Schopler nel 1971, prevede una presa in carico sia in senso «verticale» che «orizzontale», ovvero in ogni momento della giornata, in ogni periodo dell'anno e della vita e per tutto l'arco della sua esistenza (Micheli et al., 2002).

Ritenendo il disturbo autistico organico e irreversibile, il programma, di tipo educativo, non si prefigge come scopo il raggiungimento della «normalità», ma piuttosto il potenziamento delle autonomie del soggetto e il miglioramento della sua qualità di vita personale, sociale e lavorativa (Società Italiana di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza/SINPIA, 2005).

Il programma di insegnamento deve essere individualizzato e molto strutturato, basato sui punti di forza e di debolezza dei singoli bambini, i quali vanno frequentemente rivalutati. Inoltre il *TEACCH* prevede che i genitori vengano coinvolti attivamente nel percorso educativo del proprio figlio per aiutare la generalizzazione dei compiti appresi e garantire la coerenza tra i vari contesti di vita (Schopler et al., 1980). Il trattamento, peraltro, non è da considerarsi prettamente comportamentale in quanto, pur utilizzando tecniche come il rinforzo, preferisce modificare l'ambiente in modo che l'apprendimento sia reso più agevole, piuttosto che forzare il bambino a modificare il comportamento attraverso la ripetitività. In quest'ottica l'ambiente di lavoro è strutturato negli spazi, nei tempi, nei materiali di lavoro, in modo che ogni cosa abbia uno spazio chiaramente e visibilmente delimitato, con funzioni specifiche, per permettere al bambino di sapere con precisione ciò che deve fare in ogni luogo (Peeters, 1998): di fatto molte testimonianze

di persone autistiche parlano di un mondo senza senso, di un «caos senza padrone» (Micheli et al., 2002). Anche la sequenza temporale della giornata viene strutturata attraverso un'organizzazione che permette al bambino di sapere esattamente cosa accadrà: ciò sempre al fine di aumentare il controllo del bambino sulla situazione e diminuire di conseguenza l'incertezza che è fonte l'ansia. Tuttavia, va specificato che *strutturazione* non è sinonimo di rigidità: infatti il progetto individualizzato deve essere flessibile, costruito in funzione dei bisogni e del livello di sviluppo del singolo bambino e soggetto a modifiche in ogni momento (ibidem, 2002).

Nell'approccio PEIAD, la metodologia TEACCH si integra con l'utilizzo del *contenimento evolutivo*, come strategia di intervento che ha l'obiettivo di intervenire per favorire la crescita delle persone con disabilità psichica, consentendo l'ascolto, l'accettazione e la trasformazione delle emozioni del bambino o del ragazzo con disabilità, attraverso un contenitore esterno, rappresentato dall'adulto, che trasforma e restituisce al bambino le emozioni, rielaborandole e offrendole in una forma e una maniera che il bambino stesso può riconoscere, accettare e contenere. L'obiettivo a lungo termine è che il ragazzo possa acquisire la capacità di essere un contenitore autonomo, ampio e stabile delle proprie emozioni.

Il termine «evolutivo» si riferisce al fatto che tale strategia non ha l'obiettivo di rendere il bambino dipendente dal contenitore esterno, sviluppando un'autonomia ridotta e un eccessivo attaccamento, ma di permettergli di sperimentare l'esperienza del contenimento, affinché si avvicini con maggiore tranquillità e fiducia all'esplorazione del proprio mondo interno, per accettarlo e gestirlo in autonomia.

La tecnica del contenimento fa riferimento agli studi effettuati dagli esponenti dell'*approccio Etodinamico*, che si fonda su una serie di tecniche utili per la gestione del rapporto emotivo con il bambino in generale, e con disabilità psichica in particolare (Tinbergen e Tinbergen, 1984).

Secondo diversi autori, l'espressione delle emozioni in tutta la loro gamma, negli esseri umani, spesso ripercorre lo sviluppo delle specie animali (Schefflen, 1977; Ricci Bitti e Cortesi, 1977); di conseguenza, al di là della possibilità di utilizzare la parola e la comunicazione verbale, in diverse occasioni, specie quando il bambino è molto piccolo o presenta difficoltà di comunicazione come nel caso dell'autismo, è indispensabile il ricorso al canale corporeo, che meglio di altri permette di trasmettere i contenuti emotivi, nella loro intensità, nel loro carattere e nella loro forma. Di conseguenza, negli anni, gli esponenti dell'approccio Etodinamico, tra cui, in Italia, Michele Zappella e la sua équipe (1996), hanno dato luogo alla creazione di alcune tecniche, fondate sul contatto corporeo, sul gioco di scambio sul piano fisico e sull'utilizzo di schemi comportamentali fisici e verbali, propri di alcuni primati, che permettono di trasmettere messaggi a contenuto emotivo, sul piano fisico piuttosto che attraverso la comunicazione convenzionale.

Il contenimento evolutivo fa riferimento in maniera ampia a tali ricerche e studi, fondandosi spesso sull'utilizzo del corpo come strumento e canale di

contenimento e accoglienza, oltre che di trasformazione dei vissuti emotivi, che spesso il bambino non è in grado di contenere e riconoscere.

Tali riferimenti teorici, nel PEIAD, vanno a integrarsi con la dimensione prettamente etica che lo caratterizza, secondo la quale il fine ultimo del contenimento evolutivo nei confronti di una persona con disabilità è quello di sviluppare la consapevolezza delle proprie emozioni, della loro espressività e peculiarità. Tale consapevolezza rappresenta il passo successivo alla trasformazione che contraddistingue ogni forma di contenimento, dove il bambino o il ragazzo, attraverso il contenitore esterno, può conferire significati sempre più precisi alle proprie emozioni, attribuire ad esse un nome con il quale definirle dentro e fuori di sé e divenire più protagonista dei propri vissuti, integrandoli nella visione e nella percezione di sé.

## Campione e metodologia

Lo studio su un caso singolo ha coinvolto Gianluca, un bambino di circa 4 anni, con diagnosi di autismo infantile. Il bambino, che ha una sorella gemella (eterozigote) con sviluppo normotipico, giunge all'Associazione «Il Filo dalla Torre» all'età di 3 anni e 9 mesi, nell'ottobre del 2006, dove viene sottoposto a un accurato processo di valutazione diagnostica, che prevede un momento di osservazione e l'utilizzo di una serie di scale per la valutazione sintomatologica e per la valutazione funzionale.

In seguito alla valutazione, viene intrapreso un intervento specifico, presso l'Associazione «Il Filo dalla Torre», secondo l'approccio PEIAD, nei seguenti interventi:

- *consulenza familiare* con frequenza mensile;
- *parent training* con frequenza mensile;
- *consulenza scolastica* con cadenza mensile;
- *intervento ambulatoriale* con frequenza bisettimanale.

Dopo un intervento di un anno, viene effettuata una valutazione, sintomatologica e funzionale, con l'adozione degli stessi strumenti, utilizzati in fase diagnostica. Lo studio presenta il confronto dei dati, relativi a entrambe le valutazioni, evidenziando i progressi compiuti dal bambino.

## Strumenti

Per la valutazione sintomatologica vengono utilizzati tre test: la *Childhood Autism Rating Scale/CARS* (Schopler, Reichler e Renner, 1988), l'*Autism Behavior Checklist/ABC* (Krug, Arick e Almond, 1980) e l'*Echelle Resumé d'Evaluation du Comportement Autistique/ERC-A* (Lelord e Sauvage, 1990).

La CARS è una scala di valutazione del comportamento autistico, usata a partire dai 2 anni di età cronologica, costituita da 15 item che esplorano

altrettante aree di sviluppo: relazioni interpersonali, imitazione, affettività, utilizzo del corpo, utilizzo degli oggetti, livello di adattamento, responsabilità agli stimoli visivi e uditivi, modalità sensoriali, reazioni d'ansia, comunicazione verbale ed extra-verbale, livello di attività, funzionamento cognitivo e impressioni generali dell'esaminatore.

A ogni item si attribuisce un punteggio che va da 1 («normale per l'età») a 4 («fortemente anormale per l'età»). Una volta che il bambino è stato valutato, per ogni item si calcola un punteggio globale con la somma dei singoli punteggi. I bambini con punteggio compreso tra 15-29,5 vengono considerati «non autistici». I bambini con punteggio tra 30-36,5 sono considerati affetti da «autismo leggero, moderato» e quelli con punteggio tra 37-60 risultano affetti da «autismo grave».

L'ABC è una scala di valutazione utilizzata a partire dai 18 mesi di età cronologica. Valuta 57 comportamenti problematici divisi in 5 categorie: linguaggio, socializzazione, uso degli oggetti e stereotipie, sensorialità e autonomia. A ogni item è attribuito un punteggio che varia da 1 a 4 e che viene attribuito solo nel caso in cui, nel comportamento del bambino, si manifesta la descrizione fatta dall'item. Al termine della somministrazione viene definito per addizione un punteggio globale, che viene poi confrontato con il punteggio medio globale per ogni gruppo diagnostico esaminato dalla scala (per i soggetti autistici il punteggio medio globale è 77,49; per i soggetti con ritardo mentale grave è 43,95 e per i soggetti normodotati è 3,90).

L'ERC-A è un test carta-matita di facile utilizzo. Gli item di cui la scala è costituita sono 29, raggruppabili in 7 voci che corrispondono a 7 aree di comportamento; i primi item si riferiscono ai sintomi considerati specifici dell'autismo secondo il DSM-IV (APA, 1996), gli altri corrispondono invece ai disturbi definiti associati. La scala consente di delineare la presenza o meno dei sintomi caratteristici dell'autismo, nonché la gravità della manifestazione degli stessi. Essa è costituita da una tabella per l'attribuzione dei punteggi ai diversi item e da un piccolo manuale che descrive dettagliatamente i sintomi e i comportamenti, specificando quale di questi deve essere presente per ogni item descritto, per poter poi definire con quale frequenza si manifesta. L'attribuzione dei punteggi segue una scala da 1 a 4: tali punteggi indicano la frequenza, in cui lo 0 corrisponde al «mai», l'1 ai comportamenti che si verificano «talvolta», 2 corrisponde a «spesso», 3 a «molto spesso», 4 ai comportamenti che si verificano «sempre». Al termine si dà luogo alla somma dei punteggi ottenuti, per cui più alto è il punteggio, maggiore sarà la presenza di sintomi tipici dell'autismo infantile e maggiore sarà il livello di gravità del deficit valutato.

La valutazione funzionale viene effettuata mediante il test *PEP-R (Psycho-Educational Profile)* (Schopler e Reichler, 1979), costituito da 174 item, che consiste in una serie di giochi e attività ludiche presentate al bambino da un esaminatore che osserva, valuta e registra le risposte del soggetto. Il PEP-R è diviso in due scale: la scala *evolutiva* e la scala *comportamentale*. La scala evolutiva determina la funzione di sviluppo del bambino in 7

aree: imitazione, percezione, motricità fine, motricità grossa, integrazione oculo-manuale, performance cognitiva e performance cognitiva-verbale. I livelli di valutazione sono *superato-emergente-insuccesso*. Il punteggio globale ottenuto alla scala evolutiva del PEP-R fornisce un profilo che identifica i punti forti e quelli deboli del bambino nelle diverse aree di sviluppo. La scala comportamentale analizza invece 4 aree: le relazioni sociali, l'interesse per il materiale, le risposte sensoriali e il linguaggio. I livelli di valutazione di questa scala sono *appropriato-lieve-grave*. La scala comportamentale valuta la presenza o meno e il livello di gravità dei comportamenti tipici dell'autismo, derivati dai criteri diagnostici del DSM-IV e dalle categorie della scala CARS.

## Tecniche di intervento

Come anticipato nell'introduzione, l'intervento realizzato sul bambino prevede l'integrazione del metodo TEACCH e di un intervento orientato agli aspetti emotivi e della relazione, con l'utilizzo della tecnica del contenimento evolutivo. Quindi, l'intervento ambulatoriale della durata di 60 minuti, con una frequenza di due volte a settimana, viene realizzato con la seguente modalità: una prima parte, della durata di circa 15-20 minuti, viene dedicata al contenimento evolutivo; di seguito, nella seconda parte, viene effettuato un intervento di tipo cognitivo, con la strutturazione prevista dal metodo TEACCH.

### *Il contenimento evolutivo*

Come anticipato nella premessa, il contenimento evolutivo è una strategia che ha l'obiettivo di aiutare il bambino o il ragazzo con autismo o con disabilità ad ascoltare, accettare e trasformare le proprie emozioni, attraverso l'adulto, che esercita la funzione di contenitore esterno.

Nel contenimento evolutivo, è possibile distinguere diverse fasi che si susseguono in ordine progressivo. La prima fase è quella dell'*Individuazione* di un'emozione particolare che il bambino fatica a gestire. In tale fase ci si avvale di strumenti che permettano di effettuare un'osservazione strutturata delle azioni che precedono e conseguono al comportamento preso in considerazione, ad opera del bambino e spesso dell'ambiente che lo circonda, in modo da individuare con certezza il comportamento e l'emozione che lo accompagna, prima di poter intervenire, cogliendone il senso sottile ed espressivo e le modalità.

Nelle fasi successive, legate all'*Attivazione* delle diverse emozioni e all'*Armonizzazione* di queste nella visione che il bambino ha di sé, si verifica spesso, specie quando si lavora con la rabbia o l'angoscia, l'espansione di un attrito, che aumenta l'intensità dell'emozione provata, che si espande

con una notevole produzione di energia, che rende sempre più chiara la difficoltà del bambino a contenerla e gestirla autonomamente. In queste fasi, è stretta la vicinanza tra chi contiene e chi viene contenuto; anche sul piano fisico si entra in stretto contatto. Queste fasi spesso possono richiedere tempi molto lunghi, a seconda dell'intensità e della difficoltà del bambino nella gestione del piano emotivo.

Le emozioni che vengono espresse dal bambino durante il contenimento, nelle diverse fasi descritte, partono dal basso e salgono verso l'alto. Inizialmente, il bambino prova paura e rabbia, emozioni più viscerali, per poi toccare l'angoscia, associata alla bocca dello stomaco, per passare quindi al dolore e alla gioia, associate al cuore. Il passaggio dal basso verso l'alto delle emozioni è un indice della loro trasformazione.

Se il bambino passa dal dolore alla rabbia, durante il contenimento, vuol dire che l'emozione sta tornando in basso e, quindi, non si sta trasformando, elevandosi: questa è, pertanto, un'indicazione del fatto che occorre un periodo più lungo di sperimentazione, per accompagnare il bambino ad affrontare le emozioni nella loro gradualità.

Nel momento in cui questi passaggi si realizzano pienamente in tutti i loro aspetti, senza che si creino stacchi o momenti di non ascolto da parte di chi contiene, si arriva gradualmente alla fase della *Fusione*, nella quale l'adulto e il bambino arrivano a provare la stessa emozione, con la stessa intensità; mentre il bambino ha difficoltà a contenerla, l'adulto è in grado di gestire per sé e per il bambino, con tranquillità e ampiezza, premesso che egli stesso abbia svolto un lavoro di conoscenza, accettazione e contenimento della propria sfera emotiva.

Quando la *Fusione* si realizza (solitamente, occorrono lunghi mesi di lavoro) si può dire che il contenimento è avvenuto e il bambino è pronto a separarsi, per una nuova individuazione di un nuovo stato emotivo, più contenuto e accettabile, perché trasformato per lui, nel contatto diretto e intimo con un contenitore stabile, forte ed affidabile.

Il bambino stesso e il suo stato emotivo dopo il contenimento rappresentano dei validi indicatori, per cogliere se e quanto l'intervento si è rivelato efficace; difatti, spesso, se il bambino si sente contenuto, si allontana spontaneamente alla ricerca di stimoli nuovi, con tranquillità, senza scatti, oppure mostra la propria gratitudine al contenitore, esprimendo gesti e azioni affettuose e calde; in quasi tutte le situazioni, comunque, si verificano un rilassamento graduale e spontaneo del bambino, successivo a una fase di intensa attivazione energetica, nel quale il bambino trasmette uno stato di pace e serenità interna, che parla proprio di uno spazio contenuto e gestito internamente.

## *La strutturazione secondo il TEACCH*

I bambini autistici o con ritardo mentale grave hanno notevoli difficoltà a strutturare autonomamente uno spazio mentale in cui l'attenzione sia orientata al compito da imparare. Per questo motivo, secondo il programma

TEACCH, fornire una strutturazione esterna, attraverso l'uso di strumenti costruiti *ad hoc*, per eliminare qualsiasi stimolo distraente e per rendere il più chiaro possibile il compito da svolgere, risulta fondamentale per accelerare i tempi di apprendimento.

Quasi per qualsiasi tipo di compito è possibile la strutturazione di uno spazio di apprendimento chiaro e definito, che tipicamente è rappresentato da un tavolo piuttosto lungo posto contro una parete vuota (senza stimoli che possano attrarre l'attenzione del bambino, come foto, quadri, mensole con giochi e così via), una sedia e una scatola contenente un compito adatto all'apprendimento che si vuole conseguire.

L'uso della scatola è finalizzato a presentare il compito «da solo», in maniera chiara, circoscrivendo l'area a cui il bambino deve prestare attenzione: questo lo aiuta a rimanere concentrato sul compito.

Una sessione di lavoro di Gianluca dura circa 20 minuti (spesso, data la velocità del bambino, molto meno); i compiti da svolgere sono solitamente 6 o 7 e, nell'ambito di ogni intervento ambulatoriale, gli vengono proposte circa 2 o 3 sessioni, intervallate da momenti di pausa e gioco.

La successione delle attività della sessione è indicata mediante uno schema di lavoro costituito da una striscia di velcro su cui venivano apposti vari tasselli, corrispondenti alle scatole delle attività, poste una sull'altra.

Al momento di iniziare la sessione Gianluca trova davanti a sé, sulla sinistra, una pila di scatole e una fila di tasselli sullo schema che gli indicano quali scatole prendere. Sul lato destro di ogni scatola, sono apposti due pezzi di velcro e su uno di essi è attaccato un tassello identico a quello sistemato sullo schema di lavoro, in modo da sollecitare l'associazione.

Alla fine dello schema di lavoro è applicato un simbolo corrispondente al premio che ottiene al termine delle attività (vedi figura 1).

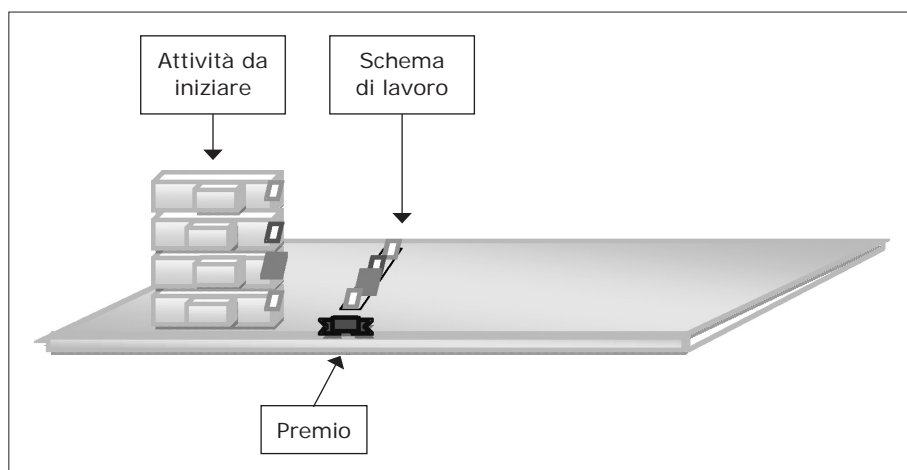


Fig. 1 Tavolo delle attività all'inizio della sessione.



Partendo dall'alto, Gianluca stacca il primo tassello e lo attacca vicino a quello posto sulla scatola; poi prende l'attività e la svolge al centro. Alla fine ripone la scatola alla sua destra. Questa operazione viene ripetuta fino al completamento dello schema (vedi figura 2).

Alla fine di una sessione di lavoro il bambino si trova con una pila di scatole alla propria destra e su ognuna di queste si trova la coppia di tasselli abbinati. A questo punto il bambino riceve una ricompensa, solitamente l'ascolto della musica (vedi figura 3).

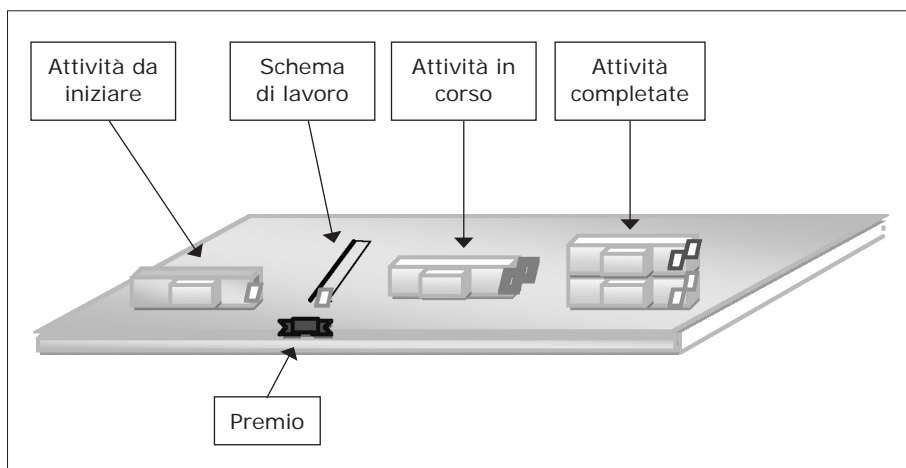


Fig. 2 Tavolo delle attività in corso d'opera.

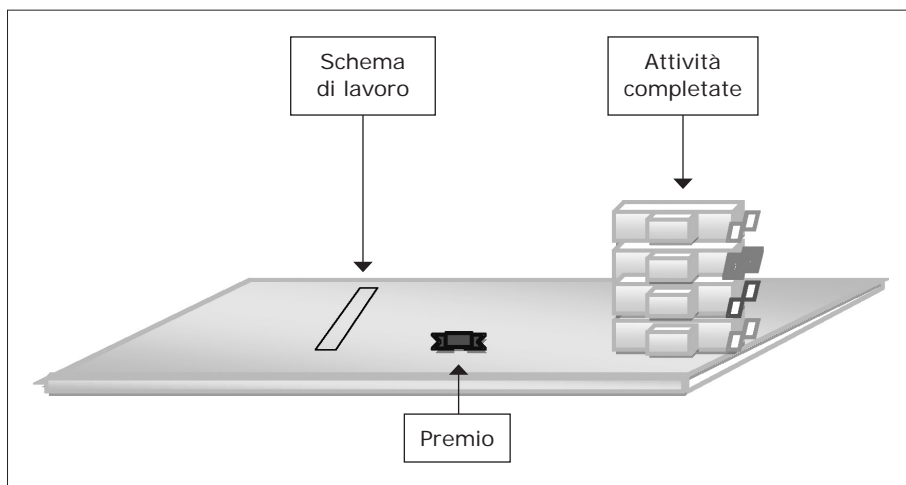


Fig. 3 Tavolo delle attività alla fine della sessione.

Secondo i principi dell'approccio TEACCH, tale strutturazione serve soprattutto per rendere i ragazzi progressivamente autonomi nello svolgimento delle attività.

L'operatore, dopo aver preparato i materiali con la massima precisione, si pone sullo sfondo, mettendosi dietro al bambino, parlando il meno possibile, dando solo le indicazioni strettamente necessarie. Gli aiuti sono per lo più gestuali o prevedono l'uso di parole indispensabili per la spiegazione del compito: infatti, in questo tipo di strutturazione, la comunicazione deve essere sempre brevissima, chiara e diretta, poiché non deve inficiare l'attenzione e la concentrazione.

## Risultati

Di seguito vengono riportati i risultati ottenuti da Gianluca nelle due valutazioni, a distanza di un anno. In particolare, viene fatta una distinzione tra i risultati ottenuti alla valutazione sintomatologica e quelli ottenuti alla valutazione funzionale.

### La valutazione sintomatologica

Nella tabella 1 e nella figura 4 vengono riportati i punteggi globali ottenuti da Gianluca al test CARS.

Dal confronto fra le due valutazioni alla CARS, emerge che Gianluca, dopo l'anno di intervento, passa da un punteggio di 37,5 a uno di 34,5: in particolare, il bambino presenta dei piccoli miglioramenti nel comportamento imitativo, nell'uso del corpo e degli oggetti; le difficoltà maggiori, in entrambe le valutazioni, riguardano l'area del linguaggio.

**TABELLA 1**  
**Punteggi globali di Gianluca**  
**alla scala CARS**

	Valutazione	
	I	II
Punteggio totale CARS	37,5	34,5

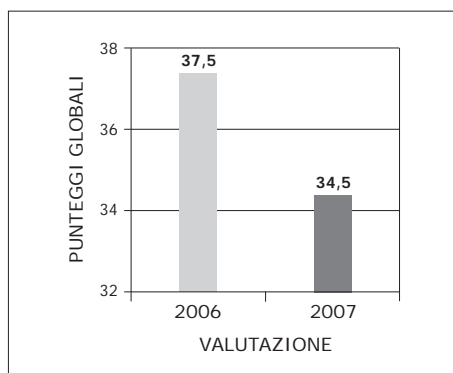


Fig. 4 Punteggio globale CARS ottenuto da Gianluca nelle due valutazioni relative al 2006 e al 2007.

I risultati delle valutazioni con l'ABC vengono sintetizzati nella tabella 2 e nella figura 5.

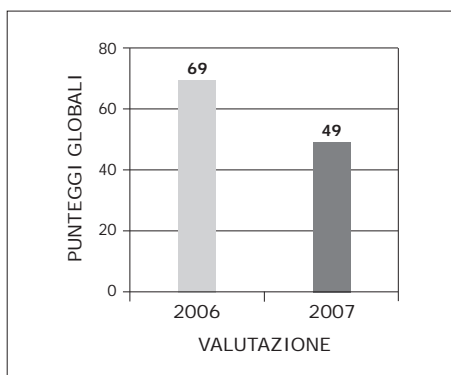
Dal confronto, emerge che Gianluca presenta un miglioramento significativo, passando da un punteggio globale di 69 a uno di 49: tale miglioramento, in particolare, riguarda i compiti relativi all'uso degli oggetti, al contatto oculare e corporeo e alla percezione. Infatti, fa un uso più strumentale degli oggetti, non oppone una maggiore resistenza quando viene abbracciato o toccato e ha smesso di guardare fisso nel vuoto per lunghi periodi di tempo.

Infine, nella tabella 3 e nella figura 6 viene presentato il confronto tra le due valutazioni con l'ERC-A.

Gianluca ottiene alla prima valutazione un punteggio di 37 e alla seconda di 30: il bambino presenta miglioramenti nel contatto oculare e corporeo,

**TABELLA 2**  
**Punteggi globali di Gianluca**  
**alla scala ABC**

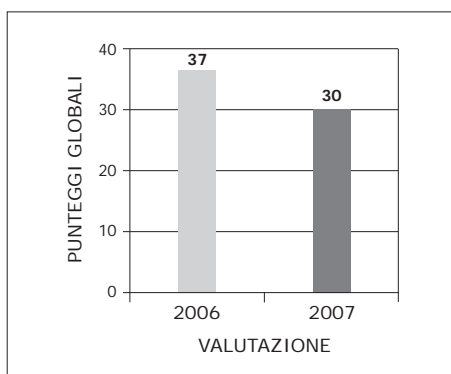
	Valutazione	
	I	II
Punteggio totale ABC	69	49



*Fig. 5* Punteggio globale ABC ottenuto da Gianluca nelle due valutazioni relative al 2006 e al 2007.

**TABELLA 3**  
**Punteggi globali di Gianluca,**  
**scala ERC-A**

	Valutazione	
	I	II
Punteggio totale ERC-A	37	30



*Fig. 6* Punteggio globale ERC-A ottenuto da Gianluca nelle due valutazioni relative al 2006 e al 2007.

una diminuzione delle stereotipie e un'aumentata capacità di mantenere l'attenzione.

### La valutazione funzionale

Come già anticipato, per la valutazione funzionale i risultati analizzati sono ricavati dal test PEP-R (Schopler e Reichler, 1979).

Di seguito, vengono presentati i dati delle valutazioni, distinti nelle diverse aree dello sviluppo, che compongono il PEP-R.

*Area dell'Imitazione (I):* quest'area è costituita da 16 item e valuta le abilità di imitazione verbale e gestuale del bambino.

Nella tabella 4 e nella figura 7 si riportano i punteggi di G. nell'area dell'imitazione.

I risultati evidenziano come il bambino, dopo l'intervento, sia migliorato sensibilmente, diminuendo gli insuccessi e aumentando sia gli item superati che quelli emergenti. Pur rimanendo quella dell'imitazione una delle aree più compromesse, da questi dati si evince che il bambino ha un buon margine di sviluppo.

*Area della Percezione (P):* quest'area comprende 13 item che permettono di conoscere il funzionamento delle abilità sensoriali del bambino a livello uditivo e visivo.

Nella tabella 5 e nella figura 8 vengono confrontati i risultati di Gianluca in quest'area in entrambe le valutazioni.

In quest'area, individuata all'inizio dell'intervento come una di quelle sulle quali era necessario lavorare maggiormente, Gianluca presenta dei miglioramenti significativi, considerata anche la breve durata dell'intervento.

TABELLA 4  
Punteggi ottenuti da Gianluca nell'area dell'Imitazione

Risultato	Anno valutazione	
	2006	2007
Item superati (S)	2	4
Item emergenti (E)	2	4
Item insuccessi (I)	12	8

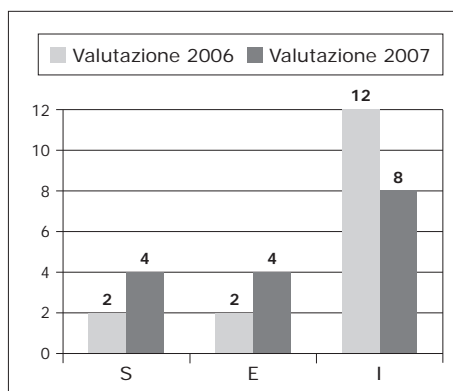
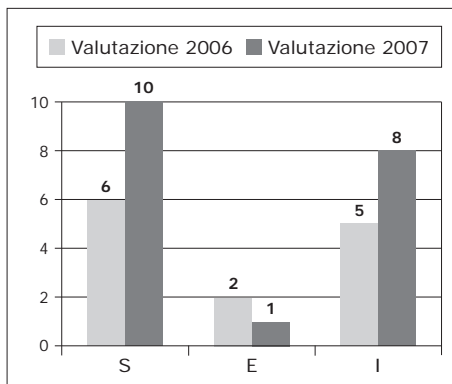


Fig. 7 Andamento dei punteggi di Gianluca nell'area dell'Imitazione.

**TABELLA 5**  
**Punteggi ottenuti da Gianluca**  
**nell'area della Percezione**

Risultato	Anno valutazione	
	2006	2007
Item superati (S)	6	10
Item emergenti (E)	2	1
Item insuccessi (I)	5	2



*Fig. 8* Andamento dei punteggi di Gianluca nell'area della Percezione.

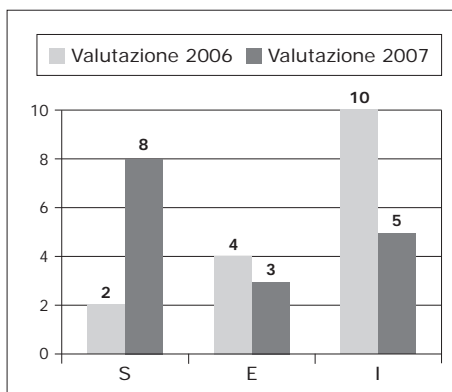
*Area della Motricità Fine (MF):* quest'area è costituita da 16 item e indaga la capacità di compiere movimenti e attività come coordinare l'uso delle mani, usare la prensione a pinza, infilare delle perline in uno spago, far cadere degli oggetti in un contenitore, ecc. Insieme alla motricità grezza, lo sviluppo di quest'area risulta fondamentale per l'acquisizione dell'autonomia che si raggiunge nei primi tre anni di vita.

Come evidenziano la tabella 6 e la figura 9, Gianluca riporta anche in questo caso ottimi miglioramenti.

Alla prima valutazione Gianluca supera solo due prove e ne fallisce ben dieci. Alla fine del suo anno di trattamento il bambino ha acquisito moltissime capacità che prima non possedeva, nemmeno in forma emergente. Tra queste conficcare il dito nella plastilina, infilare le perline in un filo rigido, usare la prensione a pinza, lasciar cadere gli oggetti in un contenitore. Inoltre,

**TABELLA 6**  
**Punteggi ottenuti da Gianluca**  
**nell'area della Motricità Fine**

Risultato	Anno valutazione	
	2006	2007
Item superati (S)	2	8
Item emergenti (E)	4	3
Item insuccessi (I)	10	5



*Fig. 9* Andamento dei punteggi di Gianluca nell'area della Motricità Fine.

alla fine del trattamento, diventano emergenti capacità che prima non lo erano, come svitare il coperchio di un barattolo, infilare le perline in uno spago non rigido, soffiare le bolle di sapone.

*Area della Motricità Grezza (MG):* quest'area, costituita da 18 item, indaga le capacità psicomotorie del bambino e risulta fondamentale per l'acquisizione dell'autonomia nei primi anni di vita.

Nella tabella 7 e nella figura 10 vengono confrontati i risultati di Gianluca in quest'area in entrambe le valutazioni.

Anche in quest'area Gianluca migliora, anche se in modo meno evidente rispetto alla precedente. Dopo i mesi di intervento acquisisce, ad esempio, la capacità di saltare su entrambi i piedi, di far oscillare lo spago con delle perline e di portare una palla.

*Area dell'Integrazione Oculo-Manuale (IOM):* quest'area è costituita da 15 item che indagano la capacità di coordinare i movimenti della mano con la percezione visiva. Tale capacità risulta necessaria per lo sviluppo delle abilità di scrittura e di disegno.

In quest'area Gianluca ottiene i risultati evidenziati nella tabella 8 e nella figura 11.

Prima dell'inizio del trattamento il bambino superava solo due item, relativi allo scarabocchiare su un foglio e al mettere un blocco in una scatola. Alla fine del suo percorso Gianluca acquisisce la capacità di mettere i blocchi l'uno sull'altro e di incastrare correttamente i pezzi secondo forma e grandezza; inoltre, comincia a emergere la capacità di copiare un cerchio, che prima era completamente assente.

*Area della Performance Cognitiva (PC):* quest'area, costituita da 26 item, indaga lo sviluppo cognitivo del bambino e la sua comprensione ricettiva del linguaggio ed è formata da item che non richiedono la capacità di

TABELLA 7  
**Punteggi ottenuti da Gianluca nell'area della Motricità Grezza**

Risultato	Anno valutazione	
	2006	2007
Item superati (S)	6	10
Item emergenti (E)	5	3
Item insuccessi (I)	7	5

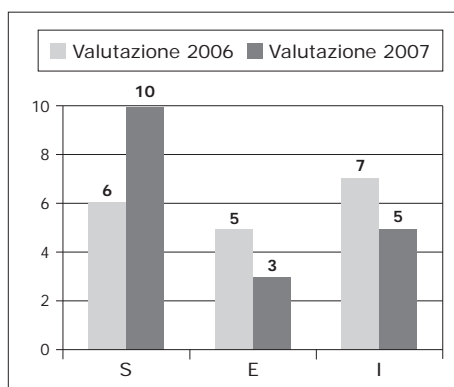
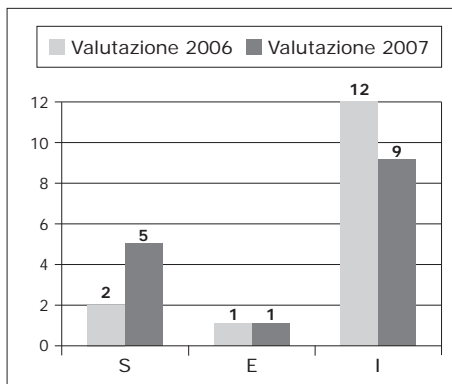


Fig. 10 Andamento dei punteggi di Gianluca nell'area della Motricità Grezza.

**TABELLA 8**  
**Punteggi ottenuti da Gianluca**  
**nell'area dell'Integrazione**  
**Oculo-Manuale**

Risultato	Anno valutazione	
	2006	2007
Item superati (S)	2	5
Item emergenti (E)	1	1
Item insuccessi (I)	12	9



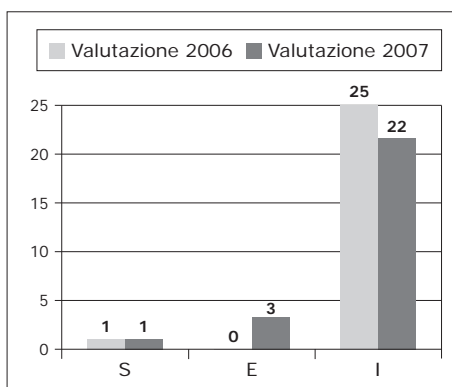
*Fig. 11* Andamento dei punteggi di Gianluca nell'area dell'Integrazione Oculo-Manuale.

utilizzare il linguaggio espressivo. I risultati sono riportati nella tabella 9 e nella figura 12. Per questioni di tempo non si è potuto lavorare molto su quest'area, che rimane quindi una delle più compromesse. Tuttavia, come emerge dal confronto dei dati presentati nella tabella 9 e nella figura 12, c'è un incremento delle emergenze, dovuto, almeno in parte, alle stimolazioni offerte al bambino durante il trattamento. Infatti Gianluca comincia a padroneggiare la capacità di dividere gli oggetti in due categorie, di reagire a ordini semplici e di anticipare le attività routinarie.

*Area Cognitivo-Verbale (CV):* quest'area comprende 27 item che richiedono l'uso del linguaggio espressivo. Quest'area valuta lo sviluppo del linguaggio e delle capacità comunicative del bambino.

**TABELLA 9**  
**Punteggi ottenuti da Gianluca**  
**nell'area della Performance**  
**Cognitiva**

Risultato	Anno valutazione	
	2006	2007
Item superati (S)	1	1
Item emergenti (E)	0	3
Item insuccessi (I)	25	22



*Fig. 12* Andamento dei punteggi di Gianluca nell'area della Performance Cognitiva.

Questa è l'unica area in cui Gianluca non manifesta alcun miglioramento. Tale fatto potrebbe essere in parte imputabile al bilinguismo del bambino, che ha reso difficile costruire un intervento vero e proprio sull'acquisizione del linguaggio. Tuttavia spesso durante gli interventi Gianluca ripeteva dei suoni assimilabili a parole di lingua inglese (ad esempio *help*), a testimonianza di un qualche lieve miglioramento: tuttavia tali progressi non hanno potuto trovare riscontro nel test.

Dal confronto dei punteggi ottenuti alla scala comportamentale emergono considerazioni affini a quanto emerso dai test sintomatologici, di cui, come detto sopra, costituisce una buona integrazione.

Nelle tabelle 10 e 11 e nelle figure 13 e 14 vengono messi a confronto i punteggi globali ottenuti a entrambe le scale della PEP-R, così da evidenziare l'andamento globale dei punteggi conseguiti da Gianluca.

### Discussione

Dall'analisi dei grafici, emerge chiaramente che Gianluca ha fatto moltissimi miglioramenti, riuscendo a far aumentare notevolmente gli item superati e acquisendo innumerevoli nuove capacità emergenti, nell'area della Percezione, della Motricità Fine e dell'Integrazione Oculo-Manuale. Inoltre il suo livello di attenzione è notevolmente migliorato, a dimostrazione di come un ambiente adeguatamente strutturato gli abbia facilitato la concentrazione sul compito. Un altro aspetto in cui si notano rilevanti cambiamenti è quello delle stereotipie: infatti appare notevolmente diminuita la tendenza a riprodurre suoni battendo le nocche delle dita sugli oggetti e quella a coprirsi le orecchie con le mani in situazioni di silenzio.

Dall'analisi delle singole aree di sviluppo, è possibile notare che Gianluca presenta un profilo di sviluppo irregolare: non vi è omogeneità di sviluppo

TABELLA 10  
**Punteggi globali ottenuti da Gianluca nella scala evolutiva**

Risultato	Anno valutazione	
	2006	2007
Item superati (S)	19	39
Item emergenti (E)	15	15
Item insuccessi (I)	97	77

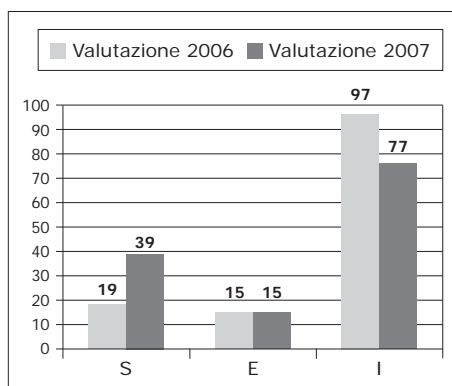


Fig. 13 Andamento dei punteggi globali di Gianluca nella scala evolutiva.



TABELLA 11

**Punteggi ottenuti da Gianluca nella scala comportamentale**

Valutazione	Anni trattamento	
	2006	2007
Item appropriati (A)	9	11
Item lievi (L)	14	18
Item gravi (G)	20	14

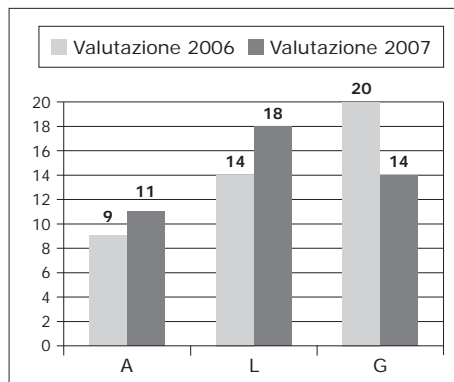


Fig. 14 Andamento dei punteggi globali di Gianluca nella scala comportamentale.

tra le varie aree e alcune risultano più sviluppate di altre. La presenza di profili diseguali nelle varie funzioni è, infatti, una delle caratteristiche dell'autismo. Tuttavia è possibile notare, nell'evoluzione del profilo di Gianluca, dei miglioramenti attribuibili all'intervento svolto nell'anno in cui è stato trattato presso l'Associazione.

La velocità con cui il bambino ha mostrato di assimilare nuove capacità conferma l'ipotesi secondo cui, per i bambini autistici, è fondamentale attuare un intervento altamente strutturato nei primi anni di vita (Grandin, 2001).

Inoltre, la variabile più significativa per una prognosi migliore è rappresentata dalla precocità della diagnosi e da un trattamento che sia altrettanto precoce e intensivo.

L'importanza della precocità della diagnosi e dell'intervento appare ancora più evidente se si pensa a quanto velocemente apprendano i bambini cosiddetti «normodotati»: la plasticità del SNC nei primi anni di vita è straordinaria, e consente anche ai ragazzi autistici, se adeguatamente stimolati, di recuperare terreno laddove hanno maggiori difficoltà.

I risultati del caso clinico riportato hanno, chiaramente, solo una funzione descrittiva, poiché non sono stati svolti i controlli necessari per dargli rigore sperimentale e scientifico: tuttavia si può supporre che i miglioramenti manifestati dal bambino nei mesi di trattamento nelle varie aree di sviluppo siano, almeno in parte, attribuibili al lavoro svolto con lui presso l'Associazione e, soprattutto, alla precocità dell'intervento.

## Summary

*The present work shows the results of a study on an early intervention carried out on a child of 3 years and 9 months of age, with infant autism. The child*

*involved in this case study has been treated according to the PEIAD pattern. This is a global pattern integrating the cognitive behavioural approach and, especially, the TEACCH method, a systemic-relational intervention method involving all the reference systems the autistic child belongs to.*

*The results show that an early intervention on a global basis, integrating the use of the structuring of the child's life environment and the learning setting as envisaged by the TEACCH method, and an intervention targeted to the emotional dimension, by means of the technique of the evolution containment, allow the autistic child to be able to use his potentialities utterly and to accomplish important acquisitions, even in a short time.*

## Bibliografia

- American Psychiatric Association/APA (1996), *DSM-IV. Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*, Milano, Masson.
- Grandin T. (2001), *Pensare in immagini e altre testimonianze della mia vita di autistica*, Trento, Erickson.
- Krug D.A., Arick J.R. e Almond P. (1980), *Behavior checklist for identifying severely handicapped individuals with high levels of autistic behavior*, «Journal of Child Psychology and Psychiatry», vol. 21, n. 3, pp. 221-229.
- Lelord G. e Sauvage D. (1990), *L'autismo infantile*, Milano, Masson.
- Lelord G. et al. (1981), *ERC-A, Eccelle Résumé du Comportement Autistique*. In G. Lelord e D. Sauvage (1990), *L'autisme de l'enfant*, Milano, Masson.
- Micheli E., Elia M., Visconti P. et al. (2002), *Autismo e integrazione sociale*, Reggio Calabria, Laruffa.
- Peeters T. (1998), *Autismo Infantile. Orientamenti teorici e pratica educativa*, Roma, Phoenix.
- Ricci Bitti P.E. e Cortesi S. (1977), *Comportamento non verbale e comunicazione*, Bologna, il Mulino.
- Schefflen A.E. (1977), *Il linguaggio del comportamento*, Roma, Astrolabio.
- Schopler E. e Reichler R.J. (1979), *Psycho-Educational Profile/PEP-R*, New York, Plenum Press.
- Schopler E., Reichler R.J. e Lansing M. (1980), *Individualized Assessment and Treatment for Autistic and Developmentally Disabled Children*, Austin, Pro-Ed, trad. it. *Strategie educative nell'autismo*, Milano, Masson, 1991.
- Schopler E., Reichler R.J. e Renner B.R. (1988), *The Childhood Autism Rating Scale (CARS)*, LA, Western Psychological Services.
- Sepe D., Onorati A. e Zeppetella L. (2000), *Il PEIAD: un approccio evolutivo*, Vasto (CH), Ed Gulliver.
- Società Italiana di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza/SINPIA (2005), *Linee guida per l'autismo. Diagnosi e interventi*, Trento, Erickson.
- Tinbergen N. e Tinbergen E.A. (1984), *Bambini autistici*, Milano, Adelphi.
- Zappella M. (1996), *Autismo infantile, studi sull'affettività e le emozioni*, Firenze, La Nuova Italia.