

Università degli Studi di Genova
Laurea in Fisioterapia
Tesi di Laurea

Istituto Giannina Gaslini
Divisione di Recupero e Riabilitazione Funzionale
Primario: Dott.ssa M. Gremmo

La sindrome di Asperger : problematiche e aspetti riabilitativi

Relatore: Chiar.ma Ft. Fiorenza VISCARDI

Allieva: Renata CARRO

Anno Accademico 2002 - 2003

INDICE

Introduzione	pag.1
Capitolo 1	
L'inquadramento diagnostico	pag.3
Epidemiologia	pag.4
Il ruolo dei geni	pag.5
Le immagini del cervello	pag.7
I criteri diagnostici	pag.9
Valutazione: A.S.A.S.	pag.13
Capitolo 2	
Il linguaggio	pag.18
Pragmatica o l'arte della conversazione	pag.18
Prosodia e melodia del discorso	pag.19
Interpretazione e uso letterale del linguaggio	pag.20
Linguaggio formale pedantesco	pag.20
Uso idiosincratico delle parole	pag.21
Vocalizzazione dei pensieri	pag.21
Discriminazione acustica e distorsione	pag.21
Fluenza verbale	pag.22
Obiettivi e strumenti	pag.22
Capitolo 3	
Gli interessi e le routines	pag.24
Criteri diagnostici	pag.24
Interessi ristretti	pag.25
Le routines	pag.26
Obiettivi e strumenti	pag.27
Capitolo 4	
Il disordine motorio	pag.28
Che abilità sono affette?	pag.28
Locomozione	pag.29
Destrezza manuale	pag.30
Scrittura	pag.30
Movimenti rapidi	pag.30
Lassità articolare	pag.31
Imitazione dei movimenti	pag.31
Sindrome di Gilles de la Tourette	pag.31
Catatonie e caratteristiche parkinsoniane	pag.32
Intervento riabilitativo	pag.34
Obiettivi e strumenti	pag.42

Capitolo 5	
Le capacità cognitive	pag.46
La teoria della mente	pag.46
Il profilo delle abilità nei test d'intelligenza	pag.46
Memoria	pag.47
La flessibilità di pensiero	pag.47
Leggere, sillabare, e capacità numeriche	pag.47
Obiettivi e strumenti	pag.49
Capitolo 6	
Le caratteristiche sensoriali associate	pag.50
Tattile	pag.51
Vestibolare	pag.52
Propriocettivo	pag.53
Visivo	pag.53
Uditivo	pag.54
Gustativo	pag.55
Olfattivo	pag.55
Strumenti di valutazione	pag.55
Gli accertamenti formali	pag.56
Gli accertamenti informali	pag.58
Capitolo 7	
I problemi sensoriali – Intervento riabilitativo	pag.61
Episodi – interpretazioni – interventi	pag.62
Capitolo 8	
Il comportamento sociale	pag.75
Criteri diagnostici	pag.75
Intervento riabilitativo – Il gioco	pag.77
Conclusioni	pag.89
Tabelle riassuntive criteri diagnostici	pag.93
Siti Web	pag.97
Bibliografia	pag.98

INTRODUZIONE

L'idea di presentare una tesi sulla sindrome di Asperger a conclusione di questo corso, mi è venuta in seguito ad una mia precedente esperienza lavorativa in una scuola elementare.

In quell'occasione ebbi modo di conoscere G. , un bambino che al primo impatto mi sembrò "strano", un po' bizzarro nei suoi modi, ma decisamente simpatico.

Chiesi alle sue insegnanti quale fosse la causa di quell'insolito comportamento, mi risposero che quel bimbo era affetto dalla sindrome di Asperger e aggiunsero solo poche informazioni.

All'inizio non fu facile per me stabilire un contatto con G., ma la voglia di capirlo, aiutarlo mi portò già allora ad approfondire la conoscenza di questa sindrome, che ancora oggi per molti è sconosciuta.

Attraverso semplici giochi con i suoi compagni, sono riuscita a stabilire un rapporto di amicizia con lui, e ad ogni successivo incontro sentivo che il bambino era sempre più a suo agio durante le attività svolte insieme.

Ho aiutato G., tenendo conto della sua diversità negli interessi, e nella relazione con le altre persone.

Ho imparato ad avere molta pazienza, costanza e comprensione e ho capito che è di fondamentale importanza sapere accettare le sue peculiari caratteristiche.

Lavorare con questi bambini è una sfida interessante, che richiede studio e applicazione, ma la comparsa di un sorriso e di uno sguardo condiviso, guardando insieme un palloncino che vola, una palla che rotola, rende valido lo sforzo.

Alla luce di quell'esperienza lavorativa, degli studi svolti in questo corso, e grazie all'opportunità di partecipare al "Gruppo Asperger" e di seguire i trattamenti di bambini affetti da questa sindrome offertami dalla Sig.ra B.C. presso un centro di

riabilitazione , sono giunta così a trasformare quello che per me una volta era stato un “problema” in un progetto riabilitativo illustrato in questa tesi.

In particolare i capitoli sono stati così suddivisi: nel primo viene descritto l'inquadramento diagnostico e viene riportata la classificazione del DSM IV (1994) .

Dal secondo capitolo vengono descritti i seguenti argomenti:

il linguaggio; - gli interessi e le routines; - il disordine motorio; - le capacità cognitive; - le caratteristiche sensoriali associate ; - il comportamento sociale e il gioco.

A fine descrizione viene riportato l'intervento riabilitativo in particolare nel quarto capitolo relativo al disordine motorio, e nell'ottavo dedicato al comportamento sociale e alle attività ludico – terapeutiche.

CAPITOLO 1

L' INQUADRAMENTO DIAGNOSTICO

I bambini diagnosticati portatori della sindrome di Asperger (AS) sono visti come "eccentrici" e "particolari" dai compagni, le loro inadatte abilità sociali spesso li portano ad essere vittime o capri espiatori.

La goffaggine e gli interessi ossessivi in argomenti oscuri si aggiungono alla loro bizzarra presentazione. I bambini con AS mancano della capacità di comprensione delle relazioni umane o delle regole di convenzioni sociali; sono spesso ingenui e mancano cospicuamente di senso comune. La loro inflessibilità e incapacità di gestire i cambiamenti fa sì che questi individui siano facilmente stressati e emotivamente vulnerabili, ma allo stesso tempo sono spesso di intelligenza nella media o sopra alla media e hanno una superiore capacità di memorizzazione.

Le loro singolari attività di interesse possono portare a dei grandi risultati più tardi nella vita. La AS è considerata un disordine che si situa nella parte alta del continuum di autismo. Paragonando gli individui su questo continuum Van Krevelen (citato da Wing 1991) notò che i bambini con autismo a basso funzionamento 'vivono in un modo tutto loro', mentre i bambini con autismo ad alto funzionamento 'vivono nel nostro mondo ma in un modo tutto loro. Naturalmente non tutti i bambini sono simili. Ciascun bambino con la sindrome ha la sua propria e unica personalità, i 'tipici' sintomi della AS sono manifestati in modi specifici in ciascun individuo.

Lorna Wing, psichiatra presso l'Istituto di psichiatria di Londra (Burgoine e Wing 1983) descrive le caratteristiche cliniche principali della AS come:

- mancanza di empatia
- ingenua, inappropriata interazione unilaterale
- poche o nessuna capacità di fare amicizie

- discorso saccente, ripetitivo
- comunicazione non verbale povera
- assorbimento intenso di certi argomenti
- goffaggine, mancanza di coordinazione e posture bizzarre

La visione prevalente è che la AS è una variante dell' autismo e un Disturbo Pervasivo dello Sviluppo. Ciò vuol dire che, la condizione riguarda lo sviluppo di una vasta gamma di abilità. È considerato ora come un sottogruppo all'interno dello spettro autistico e ha i suoi propri criteri diagnostici.

E' altresì evidente che esso è molto di più comune che l'autismo classico e si può fare una diagnosi in bambini che non sono mai stati prima considerati autistici.

Epidemiologia

Gli studi finora effettuati suggeriscono che la AS è considerevolmente molto più comune che l'autismo 'classico'. Se l'autismo è stato tradizionalmente ritenuto interessare circa 4 su 10000 bambini, si stima che la AS raggiunga punte di 20- 25 su 10000. Questo significa che per ogni caso di autismo più classico la scuola può aspettarsi di incontrare molti più bambini con un quadro di AS (questo è tanto più vero nel contesto tradizionale di scuola dove sono trovati molti più bambini con questo disturbo). Infatti uno studio epidemiologico accurato sulla popolazione effettuato dal gruppo di Gillberg in Svezia, ha concluso che quasi lo 0.7% di bambini studiati ha un quadro clinico diagnostico o in un qualche modo allusivo della sindrome. In particolare se si includono quei bambini che hanno molte caratteristiche della sindrome in questione e sembrano essere manifestazioni più lievi lungo lo spettro man mano che sfuma nella normalità, la AS appare allora una condizione frequente.

Tutti gli studi si accordano sul fatto che la AS è molto più comune nei

ragazzi che nelle ragazze. La ragione di ciò è sconosciuta. La è quasi comunemente associata con altri tipi di diagnosi, ancora per sconosciuti motivi, che includono: sindrome di Tourette, problemi attenzionali e disturbi dell'umore come la depressione e l'ansia. In alcuni casi c'è una chiara componente genetica, con un parente (più spesso il padre) che mostra o un quadro completo della sindrome o alcuni dei tratti associati ad essa; fattori genetici sembrano essere più comuni, da soli o in combinazione, in genitori di bambini con la sindrome. Qualche volta dovrebbe esserci una storia familiare positiva per l'autismo nei famigliari che rafforza cos' l'impressione che autismo e AS siano spesso delle condizioni correlate. Altri studi hanno dimostrato un'alta incidenza di depressione sia unipolare che bipolare nei famigliari dei bambini con la AS che suggerisce un legame genetico a questi stessi casi. Sembra probabile che per la AS o per l'autismo il quadro clinico che noi vediamo sia influenzato da molti fattori includendo quelli genetici così che in molti casi non c'è una causa identificabile.

Il ruolo dei geni

Come per ogni altra malattia psichiatrica, l'ereditarietà dell'autismo non è mendeliana, ma chiama in causa un gran numero di geni, in alcuni casi forse più di 20, che insieme o separatamente terminano la suscettibilità alla malattia.

Il difetto genetico specifico più frequente - che tuttavia può dar ragione di non più dell'1-3 per cento dei casi è la duplicazione, ereditata per via materna, della regione cromosomica 15q11-q13. (Tale regione è critica per la sindrome di Angelman e di PraderWilli e codifica per i recettori del GABA, l'amminoacido neurotrasmettitore che modula tra l'altro la soglia epilettica, oltre che l'ansia.)

Ma negli ultimi anni sono state individuate altre possibili regioni candidate (in gergo tecnico *loci*), come per esempio quelle implicate in vari aspetti dell'organizzazione del sistema nervoso centrale o

nella codifica per i recettori o i trasportatori di diversi sistemi di trasmettitori chimici dei segnali nervosi: glutammato, serotonina, dopamina e così via. Regioni promettenti sono state segnalate nei cromosomi 2,3,6,7, 13,15, 17,18, 19 e nei cromosomi sessuali (indagati per la prevalenza dell'autismo puro nei maschi).

In realtà molte di queste indicazioni si sono poi rivelate contraddittorie, come nel caso del gene responsabile della serotonina (5-Ht), al quale si era pensato per il frequente aumento della serotonina nel sangue degli autistici, per l'efficacia dei farmaci che inibiscono selettivamente la ricaptazione della serotonina su alcuni sintomi autistici (stereotipie e comportamenti auto aggressivi) e per il ruolo trofico e modulatore esercitato dalla serotonina sull'organizzazione, in periodi critici dello sviluppo, dei sistemi talamo-corticale e della corteccia somatosensoriale nonché di ippocampo e cervelletto.

A tutt'oggi sono state pubblicate quattro estese ricerche (Scans) sui geni associati all'autismo, svolte dai seguenti consorzi internazionali: l'International Molecular Genetic Study of Autism (IMGSAC), il Paris Study, lo Stanford Study e il Collaborative Linkage Study of Autism (CLSA).

Una recente rigorosa analisi di tutti i dati a disposizione ha indicato le regioni 7q e 13q come quelle più significative, ma solo per 7q la responsabilità è stata effettivamente dimostrata. La regione interessata del braccio lungo del cromosoma 7 contiene peraltro almeno 190 geni conosciuti e l'identificazione, in quest'ambito, dei geni di suscettibilità all'autismo rimane un problema. Nella regione 7q22 è collocato il gene che codifica per la reelina, una glicoproteina attiva nell'organizzazione della migrazione e dell'interconnessione neuronale.

Recentemente in un campione di autistici sono stati trovati numerosi polimorfismi (tripleste ripetute) nel gene per la reelina in misura significativa rispetto al gruppo di controllo. Questo risultato, e la

somiglianza tra disorganizzazioni rilevante nel cervelletto e nel sistema limbico di autisti; alterazioni presenti in un topo mutante privo di reelin, hanno fatto ipotizzare che quei polimi abbiano un ruolo nella suscettibilità all'autismo o, più presumibilmente, in un sottogruppo particolare di autismi. L'ipotesi è tuttavia ancora da confermare, così come la specificità per l'autismo del sistema della reelin, che è stato chiamato in causa in numerose altre patologie, come schizofrenia, disturbo bipolare, depressione maggiore, lissencefalia e Alzheimer.

Ma la produzione di tali proteine difettose può avere anche cause diverse dalle mutazioni spontanee; possono essere responsabili danni di varia natura: fisici, chimici, immunologici, infettivi e ambientali (nei topi, per esempio, l'infezione da virus dell'influenza umana durante la gestazione agisce sulla reelin). Come per molte malattie psichiatriche, la già complessa genetica dell'autismo incontra dunque una ulteriore complessità: quella dell'interazione tra geni e ambiente, che, assieme a quella tra gene e gene, incide sull'espressione dei geni. Tutto ciò apre affascinanti percorsi, ma impone prudenza: la scoperta dell'autismo non è certo dietro l'angolo.

Per quanto riguarda lo sviluppo del sistema nervoso sappiamo che può venire direttamente alterato da fattori infettivi e immunologici, metabolici e tossici indagati da altre linee di ricerca.

Le immagini del cervello

Mentre si approfondiva il ruolo dei fattori genetici dell'autismo, le indagini neuropatologiche e le di *neuroimaging* come la risonanza magnetica nucleare (RSM) e la tomografia a emissione di positroni (PET) hanno cominciato a mappare i sistemi neurali implicati nell'autismo.

Gli studi neuropatologici eseguiti nel corso delle autopsie riguardano a tutt'oggi un numero limitato di casi e hanno messo in luce due tipi principali alterazioni: uno a carico di diverse strutture del sistema

limbico (amigdala, ippocampo, corteccia entorinale, corpi mammillari e setto) e uno riguardante strutture della parte posteriore dell'encefalo, in particolare le cellule del Purkinje della corteccia cerebellare e i nuclei cerebellari e olivari. Altri ricercatori hanno trovato invece alterazioni morfologiche e di organizzazione della neocorteccia. Si ritiene però che molte delle alterazioni anatomiche riscontrate (in particolare quelle della neocorteccia, del tronco e della fossa posteriore) riflettano difetti dello sviluppo che producono ritardo mentale e, solo secondariamente, autismo.

Il dato più volte confermato è l'aumento nella proporzione del 5- 10 per cento della massa cerebrale complessiva. Già Kanner aveva osservato il fenomeno della tendenziale macrocefalia di questi soggetti, fenomeno che è soprattutto evidente tra i 18 mesi e i 2 anni (il periodo in cui l'autismo in genere si rende manifesto) ed è seguito, negli anni successivi, da una decelerazione della crescita cerebrale. L'ingrandimento del cervello in quel periodo critico potrebbe forse indicare un'alterazione dei processi di selezione, riorganizzazione e integrazione dei sistemi neuronali, che potrebbe essere responsabile di quella difficoltà di «coerenza centrale» proposta come aspetto nucleare dell'autismo. Tale aumento si accompagna alla riduzione o all'alterazione di diverse strutture limbiche (amigdala e ippocampo in particolare) e del cervelletto e a una maturazione difettosa dal punto di vista funzionale dei lobi frontali, un quadro che suggerisce una disorganizzazione del sistema corteccia strutture limbiche-cervelletto. Le recenti tecniche che consentono di ottenere immagini cerebrali hanno fornito anche altri risultati. Per esempio si sta cominciando a distinguere gli aspetti specifici dell'autismo dalle patologie del neurosviluppo che determinano una compromissione cognitiva generale. Con la risonanza magnetica funzionale e la tomografia a emissione di positroni si è riusciti addirittura a mappare le difficoltà nello sviluppo delle capacità sociali e nella comprensione dello stato d'animo altrui negli autistici intellettualmente dotati e nei soggetti

affetti dalla forma di Asperger. Questa linea di ricerca comincia a produrre risultati di grande interesse, che pongono in primo piano il sistema limbico, in particolare l'amigdala e le sue connessioni con la corteccia prefrontale mediale e orbitale e con la corteccia temporale. Ciò è comprensibile, in quanto si tratta di circuiti alla base dell'integrazione emozionale, dell'apprendimento affettivo e in generale dell'orientamento emozionale e sociale, nonché del riconoscimento di espressioni e intenzioni. Si è ipotizzato che una disfunzione precoce di questi circuiti, per cause genetiche o di altra natura, renda inadeguati i processi di apprendimento sociale il che, a sua volta, produrrebbe una serie di esperienze cognitive e affettive anomale che possono finire col determinare durature conseguenze neurofunzionali e strutturali.

I criteri diagnostici

Secondo la classificazione dell'associazione psichiatrica americana pubblicata sotto il nome di D.S.M. IV * (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) – 4a edizione del 1994 - esistono 5 categorie di disturbi pervasivi dello sviluppo :

- Disturbo autistico
- Sindrome di Rett
- Disturbo disintegrativo dell'infanzia
- Sindrome d'Asperger
- Disturbo pervasivo dello sviluppo non specificato

F84.5 [299.80] Sindrome di Asperger

Caratteristiche diagnostiche :

Le caratteristiche essenziali della AS sono un'alterazione severa e prolungata dell'interazione sociale (Criterio A) e lo sviluppo di modi di comportamento, di attività e d'interessi ristretti, ripetitivi e stereotipati (Criterio B).

Il disturbo deve comportare un'alterazione clinicamente significativa nel funzionamento sociale, professionale, o di altri domini importanti

(Criterio C).

A differenza del disturbo autistico, non esiste ritardo clinicamente significativo del linguaggio (per es. il soggetto ha usato singole parole verso l'età di 2 anni e delle frasi con valore di comunicazione verso l'età di 3 anni) (Criterio D).

Inoltre, nel corso dell'infanzia, non si ha avuto un ritardo significativo sul piano clinico nello sviluppo cognitivo, né nello sviluppo, in funzione dell'età, delle capacità d'autonomia, del comportamento adattativo (salvo che nel dominio dell'interazione sociale) e della curiosità per l'ambiente (Criterio E).

Non si può fare la diagnosi di Sindrome d'Asperger se sono presenti i criteri di un altro specifico disturbo pervasivo dello sviluppo o della Schizofrenia (Criterio F).

Caratteristiche e disturbi associati :

La AS si osserva talvolta in associazione con affezioni mediche generali, che devono essere codificate sull'Axe III.

Si possono notare sintomi neurologici non specifici vari. Le tappe dello sviluppo possono essere ritardate e si osserva spesso una goffaggine motoria.

Prevalenza

Da alcune informazioni sulla prevalenza della AS sembrerebbe che il disturbo sia più frequente nei maschi.

Evoluzione

La Sindrome d'Asperger sembra debuttare più tardi del disturbo autistico, od almeno sembra essere riconosciuto più tardi di questo. Prima dell'ingresso nella scuola, si può osservare un ritardo motorio, una goffaggine motoria. Nel contesto scolastico, sono presenti difficoltà nelle interazioni sociali che diventano manifeste. È in questo periodo che gli interessi idiosincratici o circoscritti particolari (per es. l'essere affascinati dagli orari dei treni) possono apparire o essere riconosciuti come tali. Nell'età adulta, i soggetti hanno difficoltà in ciò che concerne l'empatia e la modulazione delle interazioni sociali. La

sindrome segue apparentemente un'evoluzione continua e, nella grande maggioranza dei casi, persiste per tutta l'esistenza.

Aspetti familiari

Benché i dati familiari siano limitati, sembra esistere una frequenza aumentata della Sindrome d'Asperger nei parenti dei soggetti colpiti.

Diagnostica differenziale

Non si può fare la diagnosi di Sindrome d'Asperger se sono presenti i criteri di un altro Disturbo pervasivo dello sviluppo o della Schizofrenia. La Sindrome d'Asperger deve essere ugualmente distinta dal Disturbo ossessivo-compulsivo e dalla personalità schizoide. La Sindrome d'Asperger e il disturbo ossessivo-compulsivo hanno in comune i modi di comportamento ripetitivi e stereotipati. A differenza del Disturbo ossessivo-compulsivo, la AS si caratterizza per un'alterazione qualitativa dell'interazione sociale e per un ambito più ristretto d'interessi e d'attività. A differenza della Personalità schizoide, la AS si caratterizza per dei comportamenti e interessi stereotipati e per un'interazione sociale più severamente alterata.

Criteri diagnostici del F84.5 [299.80] Sindrome d'Asperger :

A - Alterazione qualitativa delle interazioni sociali, come testimoniano almeno due degli elementi seguenti :

1. alterazione marcata nell'utilizzazione, per regolare le interazioni sociali, di comportamenti non verbali multipli, come il contatto oculare, la mimica facciale, le posture corporali, i gesti.
2. incapacità a stabilire relazioni con i coetanei corrispondentemente al livello di sviluppo.
3. il soggetto non cerca spontaneamente di condividere i suoi piaceri o le sue conquiste con gli altri (per es. non cerca di mostrare, indicare col dito o portare gli oggetti che lo interessano).
4. mancanza di reciprocità sociale o emozionale.

B - Carattere ristretto, ripetitivo e stereotipato dei comportamenti, degli interessi e delle attività, come testimonia almeno uno degli

elementi seguenti:

1. preoccupazione circoscritta a uno o più centri d'interesse stereotipati e ristretti, anormale sia per l'intensità sia per il suo orientamento.
2. aderenza apparentemente inflessibile ad abitudini od a rituali specifici e non funzionali.
3. manierismi motori stereotipati e ripetitivi (per es., lo sbattere o la torsione delle mani o delle dita, movimenti complessi di tutto il corpo).
4. preoccupazione persistente per certe parti degli oggetti.

C – Il disturbo comporta un'alterazione clinicamente significativa del funzionamento sociale, professionale, o in altri domini importanti.

D – Non esiste ritardo generale del linguaggio significativo sul piano clinico (per es., la persona utilizza parole isolate verso l'età di 2 anni e delle frasi con valore di comunicazione verso l'età di 3 anni).

E – Nel corso dell'infanzia, non si è avuto ritardo significativo sul piano clinico nello sviluppo cognitivo né nello sviluppo, in funzione dell'età, delle capacità d'autonomia, del comportamento adattativo (salvo che nel dominio dell'interazione sociale) e della curiosità per l'ambiente.

F – Il disturbo non risponde ai criteri di un altro disturbo pervasivo dello sviluppo specifico né a quello di una schizofrenia.

* American Psychiatric Association. DSM-IV. (WashingtonDC, 1994).

Valutazione

Il questionario che segue vuole identificare i comportamenti e le abilità indicative della AS nei bambini che frequentano le scuole elementari. Questa è l'età in cui il modello insolito di comportamento e capacità è più evidente.

AUSTRALIAN SCALE ASPERGER'S SYNDROME A.S.A.S.

A. Competenze sociali ed emozionali :

1. Il bambino comprende male come deve giocare con gli altri bambini? Per esempio, non ha coscienza delle regole implicite dei giochi sociali :

0 ___ 1 ___ 2 ___ 3 ___ 4 ___ 5 ___ 6
frequentemente raramente

2. Quando potrebbe giocare con gli altri bambini, come per esempio a ricreazione, il bambino evita il contatto sociale con loro? Per esempio, si rifugia in un posto tranquillo o va alla biblioteca :

0 ___ 1 ___ 2 ___ 3 ___ 4 ___ 5 ___ 6
frequentemente raramente

3. Il bambino dà l'impressione di non aver coscienza delle convenzioni o delle regole di condotta sociale, agendo o facendo commenti inappropriati? Per esempio, facendo un'osservazione personale a qualcuno senza realizzare che questa osservazione potrebbe offenderlo :

0 ___ 1 ___ 2 ___ 3 ___ 4 ___ 5 ___ 6
frequentemente raramente

4. Il bambino manca di empatia, vale a dire della comprensione intuitiva dei sentimenti degli altri? Per esempio non capisce che una scusa potrebbe aiutare l'altro a stare meglio :

raramente
0 ___ 1 ___ 2 ___ 3 ___ 4 ___ 5 ___ 6
frequentemente raramente

5. Il bambino sembra aspettarsi che le altre persone conoscano i suoi pensieri, le sue esperienze e la sua opinione? Per esempio, non realizza che non potete sapere qualcosa perchè non eravate con lui in quel momento :

0 ___ 1 ___ 2 ___ 3 ___ 4 ___ 5 ___ 6
frequentemente raramente

6. Il bambino ha un bisogno eccessivo di essere rassicurato, soprattutto se le cose cambiano o non vanno bene?

0 ___ 1 ___ 2 ___ 3 ___ 4 ___ 5 ___ 6
frequentemente raramente

7. Il bambino manca di sfumature nella sua espressione

emozionale? Per esempio manifesta una tristezza o dell'affetto in modo sproporzionato in rapporto alla situazione :

0___ 1___ 2___ 3___ 4___ 5___ 6

frequentemente

raramente

8. Il bambino manca di precisione nella sua espressione emozionale? Per esempio, non comprende il livello d'espressione emozionale appropriato alle diverse persone :

0___ 1___ 2___ 3___ 4___ 5___ 6

frequentemente

raramente

9. Il bambino manifesta disinteresse a partecipare agli sports, ai giochi o alle attività competitive :

0___ 1___ 2___ 3___ 4___ 5___ 6

frequentemente

raramente

10. Il bambino è indifferente alla pressione sociale dei suoi coetanei? Per esempio, non segue l'ultima infatuazione in materia di giochi o di vestiti :

0___ 1___ 2___ 3___ 4___ 5___ 6

frequentemente

raramente

B. Competenze di comunicazione :

11. Il bambino prende le espressioni o i commenti alla lettera? Per esempio, è in difficoltà con espressioni come "dai la tua lingua al gatto" o "non restare piantato là!" :

0 ___ 1 ___ 2 ___ 3 ___ 4 ___ 5 ___ 6

frequentemente

raramente

12. Il bambino ha un tono di voce inusuale? Per esempio da l'impressione d'avere un "accento straniero" o monotono senza accento tonico sulle parole importanti :

0 ___ 1 ___ 2 ___ 3 ___ 4 ___ 5 ___ 6

frequentemente

raramente

13. Quando si parla con il bambino, da l'impressione di non essere interessato dalla vostra parte nella conversazione? Per esempio, non fa domande e non commenta i vostri pensieri o le vostre opinioni sul soggetto :

0 ___ 1 ___ 2 ___ 3 ___ 4 ___ 5 ___ 6

frequentemente

raramente

14. Durante una conversazione, il bambino ha la tendenza a utilizzare il contatto oculare meno di quello che ci si può attendere?

0 ___ 1 ___ 2 ___ 3 ___ 4 ___ 5 ___ 6

frequentemente

raramente

15. Il linguaggio del bambino è troppo preciso o pedante? Per esempio parla in modo formale o come un dizionario ambulante :

0 ___ 1 ___ 2 ___ 3 ___ 4 ___ 5 ___ 6

frequentemente

raramente

16. Il bambino ha problemi ad adattarsi a una conversazione? Per esempio quando non comprende quello che è stato detto, non domanda chiarimenti ma ritorna piuttosto su un soggetto familiare, o prende molto tempo per trovare una risposta :

0 ___ 1 ___ 2 ___ 3 ___ 4 ___ 5 ___ 6

frequentemente

raramente

C. Competenze cognitive :

17. Il bambino legge libri soprattutto per informarsi, non sembra essere interessato alla finzione? Per esempio, è un lettore avido d'enciclopedie o di libri scientifici ma non di romanzi d'avventura :

0 ___ 1 ___ 2 ___ 3 ___ 4 ___ 5 ___ 6

frequentemente

raramente

18. Il bambino ha una memoria a lungo termine eccezionale per i fatti e gli avvenimenti? Per esempio, si ricorda il numero della targa della macchina del vicino dopo parecchi anni, o si ricorda chiaramente delle scene che sono passate da molto tempo:

0 ___ 1 ___ 2 ___ 3 ___ 4 ___ 5 ___ 6

frequentemente

raramente

19. Il bambino manca di gioco sociale immaginativo? Per esempio gli altri bambini non sono inclusi nei suoi giochi immaginari o non comprende i giochi del "far finta" degli altri bambini :

0 ___ 1 ___ 2 ___ 3 ___ 4 ___ 5 ___ 6

frequentemente

raramente

D. Interessi specifici :

20. Il bambino è affascinato da un soggetto particolare, al punto di collezionare con avidità le informazioni o le statistiche su quel soggetto? Per esempio il bambino è diventato una enciclopedia ambulante sulle macchine, le carte geografiche o i risultati sportivi :

0 ___ 1 ___ 2 ___ 3 ___ 4 ___ 5 ___ 6

frequentemente

raramente

21. Il bambino è particolarmente turbato dai cambiamenti di routine o delle sue aspettative? Per esempio prendere un'altra strada per andare a scuola :

0 ___ 1 ___ 2 ___ 3 ___ 4 ___ 5 ___ 6

frequentemente

raramente

22. Il bambino ha delle routines o dei rituali elaborati che rispetta sempre? Per esempio allineare i giocattoli prima di andare a letto :

0 ___ 1 ___ 2 ___ 3 ___ 4 ___ 5 ___ 6

frequentemente

raramente

E. Competenze motorie :

23. Il bambino ha dei problemi di coordinazione? Per esempio, non è molto bravo ad acchiappare un pallone :

0 _____ 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5 _____ 6
frequentemente raramente

24. Il bambino corre in modo bizzarro?

0 _____ 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5 _____ 6
frequentemente raramente

F. Altre caratteristiche :

In questa parte, segnate ciascuna delle caratteristiche se il bambino l'ha presentata :

a) Paura o angoscia inusuale causata da :

1. suoni ordinari, per esempio gli apparecchi elettrici
2. un contatto corporale leggero sulla pelle o la testa
3. portare certi vestiti
4. rumori inattesi
5. la vista di certi oggetti
6. i luoghi rumorosi, con gente, come i supermercati

b) Tendenza a battere le mani o a dondolarsi in caso d'eccitazione o d'angoscia

c) Una sensibilità poco importante per piccoli dolori

d) Un ritardo d'apparizione del linguaggio

e) Smorfie o tic facciali inusuali

CAPITOLO 2

IL LINGUAGGIO

Indagini recenti suggeriscono che quasi il 50 per cento dei bambini con la AS presentano un ritardo nello sviluppo del linguaggio, ma parlano correntemente all'età di cinque anni (Eisenmajer altri. 1996), mentre appaiono incapaci di iniziare una conversazione .

Sebbene l'acquisizione della fonologia e della sintassi (la pronuncia e la grammatica) segua lo stesso modello come per gli altri bambini, le differenze sono soprattutto in aree specifiche della pragmatica (come il linguaggio è usato in un contesto sociale); della semantica (non c'è il riconoscimento dei diversi significati); e della prosodia (un inusuale tono, accento o ritmo).

Tra i criteri diagnostici di Carina e Christopher Gillberg (1989) rientra la peculiarità dell'eloquio e del linguaggio (almeno tre delle manifestazioni seguenti) :

- sviluppo ritardato
- linguaggio espressivo formalmente perfetto
- linguaggio formale pedante
- prosodia e caratteristiche di voce particolari
- alterazioni nella comprensione, fra cui malintesi letterali o significati impliciti

Peter Szatmari e colleghi (1989) hanno identificato i criteri diagnostici nelle alterazioni del discorso, e aggiungono che il bambino può parlare troppo o troppo poco, può mancare di nessi associativi nella conversazione ed ha un uso di idiosincrasie di parole e modelli di discorsi stereotipati .

Pragmatica o l'arte della conversazione

Qui il problema è l'uso del linguaggio in un contesto sociale (Baltaxe. 1995; Baron-Cohen 1988; Eales 1993; Tantam altri. 1993). Questo aspetto è molto evidente quando si è coinvolti nella conversazione con qualcuno con la AS.

La persona può cominciare l'interazione con un commento irrilevante alla situazione o rompendo i codici sociali o culturali.

Una volta che la conversazione è iniziata sembra che nessuno possa interromperla fino a quando il bambino non completa il suo discorso. Qualche volta i genitori possono sapere precisamente che cosa il bambino dirà e allo stesso tempo il bambino sembra dimenticarsi dell'ascoltatore.

Un bambino piccolo può imparare la pragmatica attraverso giochi di ruolo dove le diverse circostanze sono illustrate, e gli viene spiegato perché certe conversazioni sono inappropriate.

Altre aree dove il bambino può avere difficoltà sono:

- "rimediare" ad un malinteso in una conversazione
- superare la tendenza a fare i commenti irrilevanti
- sapere quando non interrompere l'interlocutore.

Quando una conversazione diventa confusa, forse perché l'altra persona è imprecisa, la reazione naturale è cercare una chiarificazione. Una persona con la AS quando è incerta su che cosa dire, può avere la tendenza ad avere lunghe pause per pensare prima di rispondere o a cambiare tema.

Ci può essere una riluttanza a rispondere ad una domanda, ed una mancanza di fiducia a dire "non so" o "sono confuso".

Una delle caratteristiche dei bambini affetti da AS è l'aver interessi ristretti specifici (vedi capitolo 3) che offrono la possibilità di dominare la conversazione, di avere un vocabolario considerevole e di dimostrare una conoscenza del tema con un'ottima fluency.

Prosodia o melodia di discorso

Nella conversazione si cambia il tono e il volume dell'enfasi delle parole importanti. Quando si ascolta il discorso di una persona con la AS, si percepisce che c'è una mancanza di variazione in accento e ritmo o nella melodia del discorso (Fine 1991).

Ci può essere una mancanza della modulazione, e il discorso

diventa monotono o piatto, e ogni singola sillaba viene pronunciata con una dizione molto precisa.

Il bambino con la AS è probabilmente meno capace di cambiare il suo accento e qualche volta assume l'accento dei suoi programmi televisivi preferiti. Può avere anche difficoltà nel capire la necessità di cambiare tono, di cambiare inflessione o l'enfasi di certe parole quando ascolta il discorso di un'altra persona.

Interpretazione e uso letterale del linguaggio

Le persone con la AS faticano a comprendere i cambiamenti socialmente determinati nel significato delle parole e/o nel contesto situazionale e questo incide profondamente sul linguaggio espressivo.

L'interpretazione e l'uso letterale del linguaggio permettono di farsi un'idea dei processi di pensiero delle persone affette dalla AS. Sembra che a cose e persone vengano assegnate certe etichette a seconda del modo in cui viene specificatamente percepito il tono delle affermazioni, legandolo a delle esperienze precedenti.

La tendenza all'uso letterale può anche conferire al linguaggio un che di bizzarro e pedantesco.

L'uso e l'interpretazione letterale del linguaggio denotano uno stile rigido di apprendimento cognitivo in cui i significati sono assegnati alle parole come se fossero "scolpiti nella pietra". Così mancando di flessibilità, le persone persistono nelle loro "prime impressioni" delle parole per lo più legate a situazioni specifiche, senza tenere conto degli usi sociali e/o delle situazioni che mutano a seconda del contesto.

Linguaggio formale pedantesco

La scelta delle parole può essere eccessivamente formale, tanto da avere l'impressione di parlare ad un adulto piuttosto che ad un bambino.

Uso idiosincratico delle parole

Il bambino sembra avere l'abilità ad inventare parole uniche (o neologismi), o è soggetto ad idiosincrasie o un uso originale del linguaggio (Tantam 1991; Volden e Luod 1991).

Qualche volta il suono o il significato di una parola particolare può provocare una risata .

Vocalizzazione dei pensieri

Una caratteristica di tutti i bambini piccoli è che devono vocalizzare i loro pensieri quando giocano da soli o con gli altri.

La vocalizzazione può avere uno scopo positivo o rassicurante.

È importante capire perché la persona parla da sola.

Poiché questo aspetto del linguaggio può diventare un problema, si può incoraggiare il bambino a bisbigliare piuttosto che a parlare , ed a " pensare, senza parlare " quando è vicino ad altre persone.

È da notare che alcuni adulti con la AS continuano ad avere una tendenza a muovere silenziosamente le loro labbra in sincronia con i loro pensieri.

Discriminazione acustica e distorsione

Diverse persone con la AS hanno riferito di avere problemi nel concentrarsi ad ascoltare la voce di una persona quando più persone stanno parlando.

Malgrado la sua riluttanza ad essere aiutato, si dovrà incoraggiare il bambino a chiedere all'interlocutore di ripetere che cosa stava dicendo, semplificando o mettendo altre parole

Un'altra soluzione è di chiedere al bambino di ripetere ad alta voce l'istruzione se si sospetta che il discorso sia stato percepito in maniera errata. Può anche essere di aiuto fare una breve pausa tra una frase e l'altra per permettere alla persona di elaborare ciò che è stato detto.

Fluenza verbale

I bambini possono parlare troppo o troppo poco . Qualche volta l'entusiasmo per i loro particolari interessi innesca un discorso estremamente loquace, senza fine.

Il bambino è acuto nel dimostrare la sua conoscenza e la sua scorrevolezza verbale, così come per imparare nuove informazioni del suo interesse, può diventare taciturno e questo può essere dovuto ad un alto livello d'ansia.

Spesso alcuni adulti con la AS sono soggetti a balbettare quando sono ansiosi. Qui il problema non è un danno nelle abilità del linguaggio , ma l'effetto dell'emozione sulla capacità di parlare.

Obiettivi e strumenti

Pragmatica

- Imparare:
 - appropriati commenti di apertura
 - cercare chiarimenti o assistenza quando il bambino si sente confuso
- incoraggiare la fiducia ad ammettere " non so"
- suggerimenti per : quando rispondere, interrompere o cambiare tema
- sussurrare nell'orecchio del bambino che cosa dire ad un'altra persona

Interpretazione letterale:

- pensare come un commento o istruzione possono essere fraintesi
- spiegare metafore e figure retoriche

Prosodia:

- insegnare come cambiare il ritmo, il tono nell'enfasi delle parole importanti e nelle emozioni associate

Idiosincrasia delle parole:

- un aspetto sinceramente creativo della AS deve essere incoraggiata

Vocalizzazione dei pensieri

- incoraggiare a bisbigliare e a " pensare , e non dire " quando si è vicino ad altre persone

Discriminazione acustica e distorsione

- incoraggiare a chiedere di ripetere le istruzioni , a semplificare ,ad usare altre parole
- fare brevi pause tra le istruzioni

Fluenza verbale:

- prestare attenzione al livello dell'ansia in quanto può inibire il discorso .

CAPITOLO 3

GLI INTERESSI E LE ROUTINES

La persona sviluppa una conoscenza enciclopedica, leggendo avidamente tutte le informazioni di suo interesse, e ponendo continuamente domande . Di solito , l'interesse è soprattutto una ricerca solitaria, e non una “mania” tipica dei suoi coetanei .

Una caratteristica comune è il fascino della statistica, dell' ordine e della simmetria.

I bambini con AS hanno ossessioni eccentriche o bizzarre, fissazioni intense (qualche volta collegate ossessivamente a cose inusuali). Essi tendono a rimanere rigidamente su un'area di interessi, e seguire le proprie inclinazioni incuranti delle domande esterne, e qualche volta rifiutano di imparare qualcosa che va al di fuori del loro limitato campo.

I bambini possono sviluppare un interesse appassionato nel fingere di essere una persona o un animale, possono diventare un elettricista, un poliziotto o un muratore.

Sono solitamente occupazioni solitarie che dominano i loro pensieri e i loro giochi.

La realtà di una persona autistica è confusa, nell'interazione degli eventi di massa , delle persone, dei luoghi, dei suoni, sembra non esserci un confine chiaro, un ordine .

Criteri diagnostici per gli interessi le routines

I criteri dei Gillbergs (1989) per la AS fanno riferimento a interessi ristretti e alle routines, con almeno uno dei seguenti punti:

- esclusione da altre attività
- svolgimento ripetitivo
- attività più meccaniche che significative.

Interessi ristretti

La componente essenziale di questi interessi è la raccolta di oggetti o informazioni

La differenza tra la serie normale e l'eccentricità osservati nella AS è che questi inseguimenti sono spesso solitari, soggetti ad idiosincrasie e dominanti il tempo della persona e le sue conversazioni.

Le persone con la AS hanno spesso difficoltà a stabilire ed affrontare cambiamenti nella loro vita quotidiana.

Le loro attività spesso sono rivolte a mettere ordine, a catalogare informazioni, o a creare tabelle.

Questi interessi solitari e ripetitivi possono essere un'opportunità per evitare gli stress associati al contatto sociale e per rilassarsi nella sicurezza della routine.

Il problema per le famiglie è tollerare le domande incessanti sullo stesso tema, la riluttanza a considerare qualsiasi altra attività.

I genitori possono provare a distogliere il bambino dal continuare il suo ossessivo interesse, negando l'accesso o l'acquisizione di nuovo materiale, ed incoraggiandolo verso nuovi interessi.

Una soluzione è l'accesso controllato.

Il problema non è l'attività in se stessa ma la sua durata e la dominanza su tutti gli altri interessi.

Buoni risultati si sono ottenuti limitando il tempo per quella attività usando un orologio o un timer.

Quando il timer si spegne o suona, l'attività deve cessare.

Ci deve essere qualcos'altro ad occupare i pensieri della persona mentre la spinta a continuare l'interesse gradualmente si abbassa.

Se la persona è angosciata, si dovrà offrirle una riassicurazione con una tabella oraria che indichi chiaramente quando potrà riprendere quell'attività.

Si potrà sfruttare la fissazione del bambino come modo per estendere il suo repertorio di interessi.

L'interesse può naturalmente durare diverse settimane o mai decadere , ma quando finisce si sostituisce subito con un altro.

Di solito i bambini sono motivati dal desiderio di piacere ai loro insegnanti, genitori o amici, di essere competitivi, collaboranti, o di imitare le attività di altri bambini, mentre questi desideri sono significativamente ridotti nel bambino con la AS, ed è un dilemma comune per i genitori e gli insegnanti la mancanza di motivazione per alcune attività che essi suggeriscono.

Le routines

La routine sembra imporsi per rendere la vita prevedibile e per stabilire l'ordine, dove novità, caos o incertezza sono intollerabili.

Le manifestazioni di ansia sono legate alla loro insicurezza , alla possibilità di fare errori e al fatto di non sapere se ci sarà un cambiamento nella routine .

I bambini con AS tendono ad essere meno ansiosi, ad avere meno difficoltà comportamentali, se nell'ambiente intorno a loro gli eventi avvengono con una sequenza regolare.

Ma che cosa si può fare per prevenire che una routine diventi eccessiva?

Il bambino può essere deciso a non cambiare mai la routine e i genitori dovrebbero insistere a trovare un compromesso e ad avere qualche esperienza alternativa.

Nella persona matura, l'insistenza alla routine tende a diminuire, ma un cambiamento non è mai tollerato facilmente.

Una tecnica per aiutare i bambini a comprendere, accettare e seguire la sequenza degli eventi quotidiani è l'uso di agende individualizzate. Così come la maggioranza degli adulti le utilizzano per fare fronte agli impegni quotidiani, i bambini con AS possono trarre vantaggio dal fatto di avere un programma individualizzato giornaliero, settimanale o mensile che li informa su che cosa aspettarsi. Da molto tempo le agende sono parte integrante

dell'insegnamento strutturato all'interno del programma TEACCH (Mesibov e altri , 1994; Van Bourgondien, 1993) e il loro impiego è raccomandato anche da altri autori in questo settore (Dalrymple, 1995; Dewey, 1991; Hodgdon, 1995;) .

Le agende dovrebbero essere individualizzate tenendo conto dei bisogni evolutivi, cognitivi e comportamentali di ogni bambino.

Per esempio l'agenda del giorno di un bambino piccolo potrebbe consistere in una serie di semplici disegni attaccati ad un pannello con il velcro , dove le diverse figure indicherebbero l'ordine delle attività da svolgere.

Obiettivi e strumenti

Interessi ristretti

- incoraggiare la conversazione su diversi argomenti
- usare rinforzi positivi selettivamente diretti a modellare un comportamento desiderato
- dare significato al divertimento e al rilassamento
- limitare la durata dell'interesse tramite un accesso controllato

Routines imposte per rendere la vita prevedibile.

- trovare dei compromessi col bambino
- insegnare il concetto di tempo ed indicare la sequenza delle attività attraverso l'uso di agende.

CAPITOLO 4

IL DISORDINE MOTORIO

Uno dei primi indicatori del disordine motorio è che alcuni bambini con la AS imparano a camminare alcuni mesi più tardi rispetto agli altri (Manjiviona e Prior 1995).

Nell'infanzia manifestano una scarsa abilità nei giochi con la palla, e difficoltà nel cammino e nella corsa.

Quando il bambino inizia a frequentare la scuola, l'insegnante può notare una scrittura primitiva e scarsa attitudine nelle attività motorie scolastiche.

Nell'adolescenza una piccola minoranza sviluppa spasmi involontari dei muscoli della faccia, o rapidi ammiccamenti .

Tutte queste caratteristiche indicano un impaccio motorio e specifici disturbi del movimento.

All'impaccio motorio si associa una serie di disordini dello sviluppo.

L'indagine di alcuni autori (Ehlers e Gilberg 1993; Ghaziuddin 1994; Gillberg 1989; Szatmari 1990; Tantam 1991) evidenzia tra il 50 e il 90 per cento di bambini e adulti con la AS presentano problemi di coordinazione motoria

Corina e Christopher Gillberg hanno incluso il disturbo motorio come uno dei sei criteri diagnostici.

Contrariamente, i criteri di Peter Szatmari e colleghi non fanno nessun diretto riferimento all'impaccio motorio.

Che abilità sono affette?

Diversi studi che hanno investigato le capacità motorie, la coordinazione in bambini con la AS, usando una serie di test standardizzati.

Questi test includono: il Griffiths, e il Bruninks-Oseretsky .

Griffith Scale

Questo test può essere usato dalla nascita fino agli 8 anni. Da un profilo dello sviluppo psicomotorio espresso come quoziente di sviluppo.

Si compone di 5 sottoscale che vengono utilizzate dalla nascita ai 2 anni e di 6 sottoscale utilizzate dai 3 anni fino agli 8.

Scala A – Locomotoria

Scala B – Personale e sociale

Scala C – Abilità verbali

Scala D – Coordinazione manuale e visiva

Scala E – Performance

Test di Bruninks-Oseretsky

Questo test è rivolto a bambini dai 4 e mezzo ai 14 e mezzo che presentano una disabilità motoria medio-lieve .

Gli items sono distribuiti in otto categorie per ogni fascia d'età:

- velocità e agilità nella corsa
- equilibrio
- coordinazione bilaterale
- forza
- coordinazione degli arti superiori
- tempo di reazione
- controllo visuo – motorio
- destrezza e velocità manuali

I parametri valutati riguardano sia la motricità globale che le abilità fino-motorie.

Locomozione

Quando la persona cammina o corre, i movimenti appaiono privi di grazia, simili ai movimenti di un "burattino". Alcuni bambini camminano senza l'oscillazione delle braccia (Gillberg 1989)

evidenziando una mancanza di coordinazione tra arti superiori ed inferiori (Hallett altri 1993) mentre risultano più abili nel nuoto.

Tale attività deve essere incoraggiata per favorire esperienze positive e rendere più armonico il movimento .

Nelle azioni di afferrare e lanciare i movimenti delle braccia sono spesso poco coordinati, e rallentati (es. nel gioco con la palla) (Tantam 1991), e in aggiunta i bambini spesso non guardano nella direzione del bersaglio prima di lanciare (Manjiviona e Prior 1995).

Tali difficoltà si presentano anche nel gioco del calcio.

L'inserimento in una attività sportiva a squadre può essere utile per migliorare la coordinazione e imparare il rispetto delle regole.

Possono essere presenti anche problemi di equilibrio (Manjiviona 1995; Tantam 1991).

Destrezza manuale

Questa area di capacità coinvolge l'abilità ad usare entrambe le mani, ad esempio imparando a vestirsi, ad allacciarsi le scarpe o a mangiare con le posate (Gillberg 1989). Questo può anche estendersi alla coordinazione tra piede e gamba come imparare ad andare bicicletta.

Scrittura

A scuola l'insegnante può aver bisogno di molto tempo per interpretare e correggere gli scarabocchi indecifrabili del bambino, che è consapevole della scarsa qualità della sua scrittura e può essere riluttante ad impegnarsi nelle attività che coinvolgono la scrittura estesa.

Movimenti rapidi

Uno studio recente ha posto l'attenzione sul fatto che mentre sono impegnati in attività prassiche, come tagliare sagome con un paio di forbici, una proporzione significativa di bambini con la AS tende a

svolgere in modo frettoloso il compito (Manjiviona e Prior 1995).
Sembrano essere impulsivi, incapaci di mantenere un ritmo lento, commettendo spesso errori.
L'errore può farli infuriare, e pertanto necessitano di supervisione ed incoraggiamento per trovare il un ritmo adatto, e correggersi .
Talvolta possono essere incoraggiati a rallentare tra le azioni, e ad usare un metronomo per indicare un ritmo adatto.

Lassità articolare

Una delle caratteristiche accertate è la presenza di articolazioni lasse (Tantam, sempre e Hersov 1990).
Non si sa se questa è un'anormalità strutturale o dovuta ad un tono muscolare basso .
Questa caratteristica potrebbe spiegare il motivo della presa difficoltosa della matita e quindi i difetti di calligrafia.

Imitazione dei movimenti

Durante la conversazione c'è la naturale tendenza ad imitare le posture, i gesti, i manierismi delle altre persone.
Questo è più facile che accada se c'è un buon rapporto e simpatia, e avviene senza un pensiero cosciente.
La persona con la AS può avere difficoltà nel sincronizzare o ripetere "specularmente" i movimenti di un'altra .
Può essere utile incoraggiarli ad osservare attentamente i movimenti del corpo dell'interlocutore e ripeterli immediatamente.

Sindrome di Gilles de la Tourette

C'è un' evidenza crescente che alcuni bambini e adulti con autismo e con la AS sviluppano segni della sindrome di Tourette (Kereshian e Burd 1986,1996; Marriage e Miles 1993; Swerd 1991; Wing e Attwood 1987).

I segni ricadono dentro tre categorie: motoria, vocale e

comportamento.

Tutte le alterazioni del movimento si possono interpretare erroneamente come "abitudini nervose".

I segni vocali includono l'espressione di suoni incontrollabili e irripetibili come schiarirsi continuamente la gola , sbuffare o fare versi di animali come abbaiare come i cani o gridare come le scimmie.

Altri disturbi vocali includono la palilalia (ripetere le proprie parole) e l'ecolalia (ripetere le parole di un altro). Tutto questo si verifica in persone con un linguaggio fluente .

I segni comportamentali possono essere ossessivi o compulsivi tali come il fare e disfare il letto, o controllare per vedere se le porte sono chiuse.

Il trattamento può coinvolgere una terapia medica e una terapia cognitiva .

Catatonìa le caratteristiche parkinsoniane

I segni di catatonìa sono stati identificati in associazione con l'autismo e la AS (Realmuto e Agosto di 1991; Attwood 1987).

Con la catatonìa le persone sviluppano posture alterate delle mani e l'interruzione momentanea di movimenti in corso . Nel mezzo di un'attività come fare colazione o rifarsi il letto , la persona diventa immobile e sembra "gelata " per alcuni secondi.

Questi movimenti appaiono simili a quelli che si riscontrano nella sindrome di Parkinson. (Maurer e Oamasio 1982; Szatmari altri. 1990; Vilensky, Oamasio e Maurer 1981).

I segnali sono movimenti piatti , amimia facciale, ipocinesia, bradicinesia , acinesia, tremore e rigidità .

La persona può sviluppare segni di catatonìa o caratteristiche parkinsoniane, ed è importante che questi segni siano segnalati tempestivamente .

Una terapia medica può ridurre significativamente l'espressione di

questi rari disordini motori , e esistono tecniche semplici per aiutare ad iniziare o re-iniziare il movimento.

Muoversi a tempo di musica può aiutare a mantenere la fluidità del movimento.

Intervento riabilitativo

In riferimento ai deficit motori presenti nel bambino affetto dalla AS si riporta di seguito una serie di semplici esercizi che verranno effettuati con il fisioterapista.

Occorre tenere presente che la motricità ha un ruolo di primo piano nei problemi del carattere e nel comportamento sociale del bambino.

Riepilogando il bambino può presentare difficoltà di :

- equilibrio;
- coordinazione globale
- coordinazione oculo-manuale
- motricità fine della mano

A. Equilibrio

Un equilibrio corretto è alla base di qualsiasi coordinazione globale. Se l'equilibrio è deficitario, assorbe l'energia utile allo svolgimento di un determinato movimento, e in conseguenza stanca più facilmente e distrae involontariamente l'attenzione.

Esercizi di equilibrio. Educazione dell'andatura

1. Tavolette di legno (oppure pezzi di carta fissati al suolo).

Il bambino posa i piedi sulle tavolette. Queste ultime vengono spostate progressivamente fino a trovarsi l'una davanti all'altra.

Progressione degli esercizi di spostamento:

Le tavolette sono poste da una parte e dall'altra della linea direttrice

Le tavolette oltrepassano la linea direttrice.

Le tavolette sono disposte una dietro l'altra

Le tavolette si toccano

2. Linea bianca (tracciata al suolo)

Camminare piede contro piede

Camminare lateralmente a destra e a sinistra (il secondo piede va a raggiungere il primo).

Camminare lateralmente incrociando i piedi.

Varianti:

- camminare sulla linea retta in direzioni di ...
- camminare sulla linea retta guardando il fisioterapista
- camminare sulla linea retta ad occhi chiusi

Equilibrio statico

Il bambino tiene con tutte e due le mani una palla sopra la testa:

- solleva un piede (destro o sinistro) e ritorna a terra
- solleva un piede, tiene la posizione e ritorna
- sposta lateralmente un piede e ritorna

B. Esercizi di coordinazione globale

Esercizi per la deambulazione: camminare a passi corti, camminare a passi lunghi.

Usando dei sacchi di sabbia, far salire il bambino su un sacco, su due, tenere la posizione.

Salire sul sacco, chiudere gli occhi (sentire con i piedi) fare mezzo giro e ritornare.



Esercizi per il ritmo

Usando dei blocchetti di legno, il bambino deve camminare sui blocchi. Il fisioterapista batte con le mani una cadenza corrispondente allo spostamento del bambino.

Progressivamente i blocchi possono essere distanziati, i passi possono essere meno rapidi e il rinforzo sonoro segue lo spostamento del bambino.

C. Coordinazione oculo-manuale

Un'importanza particolare è riconosciuta alla coordinazione oculo-manuale, da cui dipende l'abilità della mano sollecitata nell'apprendimento della scrittura e con un ruolo fondamentale nel consolidamento della dominanza laterale.

Nel formulare gli esercizi per questa capacità devono essere considerati tre elementi :

- le palle e i palloni, dai più piccoli a quelli più grossi, e da quelli più leggeri a quelli più pesanti;
- la traiettoria: rimbalzo, tesa,

- la distanza: da vicino, poi da lontano.

Esercizi per la ricezione della palla

1. Seguire con gli occhi gli spostamenti del pallone.

All'inizio utilizzare un pallone gonfiabile (grosso a colori vivaci). E' molto leggero, scende e risale lentamente; il bambino ha il tempo di vederlo e di affinare la prensione.

2. Lanciare un pallone leggero in aria, e farlo prendere al bambino con tutte e due le mani.

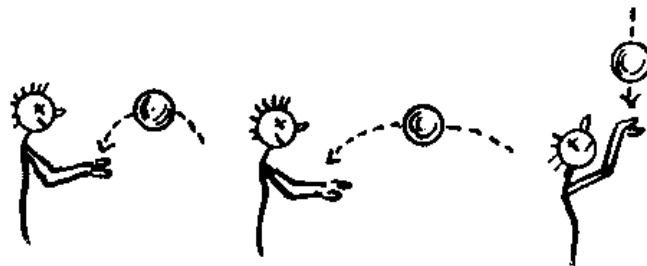
3. Far rimbalzare il pallone e osservare le sue traiettorie. Simulare con la mano gli spostamenti del pallone

4. Lanciare la palla in un bersaglio e verificare con il bambino: se è troppo alta, bassa ecc.

Esercizi per le sensazioni tattili e cinestesiche

1. Funzione delle mani e delle braccia:

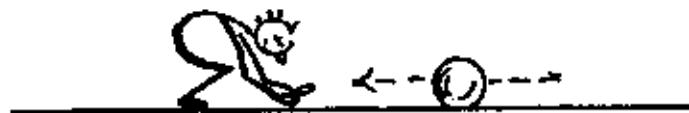
usare un pallone leggero (poi una palla più grossa), il fisioterapista lo lancia, da lontano e poi da vicino:



Seguendo una traiettoria prima curva, poi tesa, poi verticale.

Il bambino dovrà imparare a mettere in posizione le braccia, le mani, a guardare il pallone e a riceverlo.

2. Il fisioterapista fa rotolare per terra la palla in direzione del bambino, il quale la deve fermare con due mani, poi con una mano sola. Ripetere lo stesso esercizio aumentando la velocità del pallone. Varianti: far arrivare al bambino la palla a destra e a sinistra, farla rimbalzare ecc.



Esercizi per la coordinazione fine

Per questi tipo di abilità è meglio utilizzare palline da tennis di gomma piuma . Il bambino tiene in mano la pallina, la fa cadere e la

riceve dopo il rimbalzo.

Varianti: afferrare la pallina solo con una mano .

Lanciare la pallina e cercare di prenderla solo con le dita.

Far manipolare la pallina tra le mani del bambino.

Lanciare la pallina con una mano e riprenderla con l'altra.

Far rimbalzare la pallina sul palmo della mano.

D. Esercizi per la motricità fine della mano

1. Indipendenza del braccio e della mano In funzione del grafismo

Circonduzione delle braccia: il bambino è di fronte ad uno specchio, gambe e tronco fermi, la mano tiene una palla.



Cerchi del braccio davanti al corpo con un solo braccio.

Lo stesso esercizio adattato ai vari ritmi proposti dal fisioterapista, rapido poi lento.

Lo stesso esercizio tendendo la pallina solo con le dita (rilasciamento della mano e del polso).

Lo stesso esercizio senza palla.

2. Circonduzione del polso e indipendenza della mano

Il bambino è di fronte allo specchio , con il braccio aderente al tronco.



Piccoli cerchi della mano, che tiene una palla.

Per variare gli esercizi: aggiungere il ritmo , cercare di ottenere il rilasciamento della mano.

3. Circonduzione del braccio – circonduzione del polso

Circonduzione del braccio teso davanti al corpo (cerchio grande), seguita da una circonduzione del polso e della mano (cerchio piccolo).

Lo stesso esercizio ritmato.

Coordinazione e precisione

1. Indipendenza delle dita

Occorre educare sistematicamente non soltanto l'indice della mano destra, ma tutte le dita delle due mani. Tracciare sempre i tratti da sinistra a destra.

Tracciare sempre i cerchi in senso sinistro giro con la mano destra e, nell'apprendimento della scrittura, anche con la mano sinistra.

Con una lavagna: far seguire con il dito un tratto disegnato dal fisioterapista .

Progressivamente: seguire con il dito in modo sempre più preciso.

Imparare a fermarsi, indicare dove si incomincia e dove si finisce.

Seguire successivamente dei tratti sempre più corti o sempre più lunghi. Indicare la linea più lunga, quella più corta.

Seguire con il dito un cerchio disegnato alla lavagna.

Progressivamente: seguire in modo sempre più preciso dei cerchi sempre più piccoli.

Le cinque dita della mano

Il pollice: il papà. L'indice: la mamma. Il medio: il nonno. L'anulare: la nonna. Il mignolo: il bambino (o la bambina).

Le cinque dita ripiegate: tutta la famiglia è tornata a casa.

In associazione con gli esercizi di espressione verbale: il papà esce (estensione del pollice). Che cosa farà ? La mamma esce. Che cosa farà? Il bambino esce. Dove va?...

Si possono così far uscire ed entrare tutti i personaggi, graduare agevolmente le difficoltà, poi far immaginare dal bambino tutta una serie di storie.

In associazione con gli esercizi di visione globale dei numeri: quante persone ci sono fuori? Quante ne restano a casa?

Esercizi del tamburellare:

Polso appoggiato, poi non appoggiato: battere colpi sul tavolo, sulla lavagna, sul pavimento ecc.

Battere con ciascun dito successivamente.

Battere alternativamente con 2 dita: indice e medio, medio e anulare... Accelerare, rallentare la cadenza (rinforzo sonoro).

2. Educazione alla pressione

Far mettere un dito nell'acqua: tracciare un tratto alla lavagna, il sottile possibile (sfiorare) e più lungo che sia possibile (a lungo). Se il bambino preme, il tratto si arresta.

Dito intinto nell'acquerello, lo stesso esercizio sulla carta: tracciare dei tratti orizzontali, dei tratti verticali.

Nella plastilina: tracciare un solco profondo, un solco leggero (sfiorare).

3. Educazione alla prensione

Con due dita: pollice e indice, pollice e medio ... Con la mano destra, poi con la sinistra: prendere e posare degli oggetti progressivamente sempre più piccoli: grosse biglie, biglie normali, perle grosse...

Prendere con due dita e tenere in mano 2, 3, 4, 5.. oggetti sempre più piccoli.

2, 3, 4, 5... oggetti sempre più piccoli in mano: disporli, distribuirli, metterli, posarli con 2 dita.

Associare questi stessi esercizi di prensione alla scelta dei colori, alla numerazione.

F. Preparazione all'espressione grafica

Prolungamento della mano: ***gli strumenti per scrivere***

In questi esercizi si possono utilizzare dei fogli da disegno.

Progressione nella prensione:

a) Cominciare con una matita

b) proseguire con un pennarello di grosse dimensioni

c) modi di tenere la matita: con tre dita, pollice, indice e medio;

con due dita: pollice e indice, pollice e medio, pollice e anulare.

con due dita senza che la mano tocchi il foglio.

d) Orientamento della matita: « la matita guarda il soffitto (è girata verso l'alto).

Seguire e premere su un tratto (tracciato fine) preparato dal fisioterapista. Tracciare dei tratti spessi e in seguito sottili.

Tracciare dei tratti orizzontali per tutta la lunghezza del foglio , dei tratti sempre più diritti, sempre più orizzontali, sempre più fini.

Prolungamento degli esercizi di indipendenza della mano e del braccio:

Mano posata piatta sul muro, dita dirette verso l'alto: il braccio e la mano eseguono dei cerchi.

Mano posata piatta: cerchi del braccio associati allo spostamento laterale.

Mano posata piatta: eseguire dei cerchi sempre più piccoli.

La mano tiene la matita:



Disegnare dei cerchi grandi per arrivare a disegnare cerchi sempre più piccoli.

Le varianti a questi esercizi sono date dalle diverse matite (dure, morbide), dall'utilizzare pennelli , pennarelli ecc.

Obiettivi e strumenti

Camminare e correre

- migliorare la coordinazione tra arti superiori e inferiori
- migliorare il ritmo del passo

Abilità con la palla

- perfezionare la ricezione, il tiro
- la coordinazione globale

Scrittura

- esercizi di motricità fine della mano
- esercizi di coordinazione oculo-manuale

Movimenti rapidi

- supervisione ed incoraggiamento a rallentare il ritmo dei movimenti
- usare un metronomo per dare il ritmo



Figura 1.

Disegno realizzato da G. all'età di 4 anni

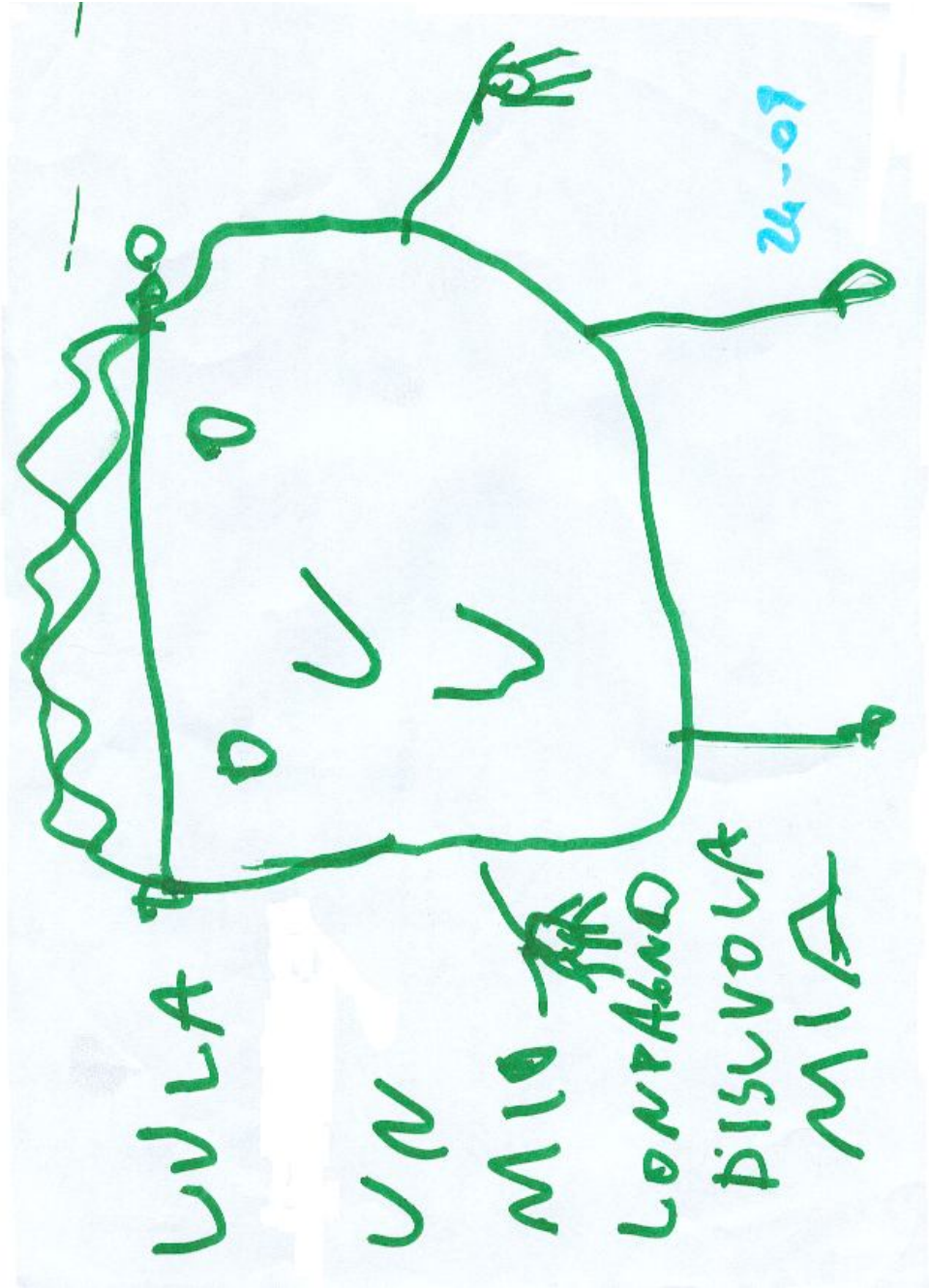


Figura 2
Disegno realizzato da G. a 8 anni



Figura 3
Disegno realizzato da R. a 5 anni

CAPITOLO 5

LE CAPACITÀ COGNITIVE

Le capacità cognitive includono l'intelligenza, il pensiero, la memoria e l'immaginazione. Una delle più importanti scoperte è quella di Uta Frith e colleghi, sull'ipotesi che i bambini con questa sindrome hanno un danno nell'abilità fondamentale di "leggere nella mente" (Frith 1989; Happé 1994).

La teoria della mente

Dall'età di circa quattro anni, i bambini capiscono che le altre persone hanno pensieri, conoscenze, credenze e desideri che influenzeranno il loro comportamento.

Le persone con la AS sembrano avere qualche difficoltà a comprendere i pensieri e i sentimenti di un altro.

Gli individui affetti dalla AS presentano difficoltà specifiche nella comprensione delle informazioni sociali e soprattutto sono limitati nella capacità di compiere supposizioni, parte integrante del concetto di competenza comunicativa.

I genitori e gli insegnanti devono insegnare al bambino a pensare alle conseguenze prima di agire, con una forma simile a:

Stop. Pensare. Agire.

Il profilo delle abilità nei test d'intelligenza

Elizabeth Wurst, collega di Hans Asperger, fu la prima ad identificare un profilo distinto di abilità intellettuali usando prove standardizzate d'intelligenza.

Le prove che richiedono una conoscenza del significato delle parole, informazioni che riguardano fatti, l'aritmetica e il disegno, hanno dato risultati positivi.

Quando il bambino è sottoposto ad un accertamento appare meno brillante sul piano cognitivo.

Ciò è dovuto ad una caduta sugli items che riguardano la

comprensione, il disegno copiato e quello astratto (Carpentieri e Morgan 1994).

Il bambino può avere soprattutto difficoltà nella soluzione di problemi.

Memoria

L'abilità a ricordare scene, si può estendere anche nel ricordare pagine intere di un libro.

Questa memoria eidetica o fotografica può essere estremamente utile ai fini scolastici del bambino.

La flessibilità di pensiero

La persona con la AS ha scarsa flessibilità cognitiva; “una mente ad un solo binario” (Minshew 1992).

Il pensiero tende ad essere rigido e a non adattarsi a nessun cambiamento.

Essi possono avere solo un approccio ai problemi e aver bisogno di essere aiutati a pensare soluzioni alternative.

Ai bambini è possibile insegnare la flessibilità usando giochi dove si chiede “che cosa si può fare?” o “tu faresti in altro modo?”.

Tale rigidità non permette di imparare per “prove ed errori”.

La “mente ad un solo binario” rende difficile utilizzare gli apprendimenti.

Leggere, sillabare, e capacità numeriche

Hans Asperger (1944) riferisce come un gruppo di bambini evidenziasse segni di dislessia e di disgrafia.

Contrariamente, alcuni sono affascinati dai numeri ad un'età straordinariamente precoce ed imparano a contare altrettanto presto.

Una caratteristica interessante è che il bambino con la AS non riesce ad adattarsi alle sequenze tradizionali per imparare le diverse abilità scolastiche.

A scuola si dovrà favorire al massimo la capacità di prestare attenzione alle informazioni e di resistere alle distrazioni. Si farà in modo che l'alunno sieda vicino all'insegnante, inoltre per i bambini sarà utile avere una zona di lavoro indipendente .

Occorre ricordare che questi bambini hanno un linguaggio evoluto, che può indurre a sopravvalutare le loro capacità linguistiche che in realtà sono limitate come suggerisce la ricerca (Klin et al.1995): pertanto è opportuno che chi si rivolge a loro semplifichi il proprio modo di esprimersi.

Hans Asperger (1991) riferisce: *“regolarmente si evidenzia un disturbo dell'attenzione”*, infatti l'osservazione clinica dimostra che il disturbo dell'attenzione è sempre presente.

I bambini con AS sono spesso distratti da stimoli esterni, sono molto disorganizzati, hanno difficoltà a mantenersi focalizzati sulle attività che stanno svolgendo (spesso non è che l'attenzione non ci sia ma piuttosto la localizzazione è bizzarra; gli individui con AS non riescono a comprendere ciò che è rilevante (Happe 1991), così la loro attenzione è centrata sugli stimoli irrilevanti).

Le situazioni di gruppo rendono più difficoltoso l'apprendimento

Obiettivi e strumenti

Teoria della mente

- imparare a capire la percezione e i pensieri degli altri usando regole di gioco e istruzioni
- incoraggiare il bambino a fermarsi e pensare come le persone si sentiranno prima di agire o parlare

Memoria

- applicare richiami di informazioni di fatti usando giochi o quiz

Flessibilità nel pensiero

- insegnare a pensare soluzioni alternative

- imparare a domandare aiuto

Abilità scolastiche

- frammentare i compiti in piccole unità
- dividere il lavoro in sessioni di tempo
- utilizzare segnali non verbali con il bambino quando non è attento

CAPITOLO 6

LE CARATTERISTICHE SENSORIALI ASSOCIATE

Di seguito, descriverò un tipo di bambino particolarmente interessante ed estremamente riconoscibile . I bambini che presenterò hanno tutti in comune un disturbo fondamentale che si manifesta nella loro apparenza fisica, nelle funzioni espressive e, anche, nella totalità del loro comportamento . (Asperger, 1944, p. 37)

Con queste parole Hans Asperger (1944) cominciava a descrivere le caratteristiche di bambini che lui aveva chiamato come " autistici psicopatici" , attualmente riconosciuti come affetti dalla AS.

Oggi, si sa che gli individui con la AS tipicamente mostrano:

- un 'intelligenza sopra la media
- un deficit sociale di comunicazione
- interessi precisi ossessivi e strettamente definiti
- pensiero concreto e letterale
- inflessibilità
- risoluzione di problemi e problemi organizzativi
- difficoltà a discernere lo stimolo irrilevante da quello rilevante
- problemi comportamentali che sono spesso connessi con la mancanza di comprensione degli accenti, o una reazione di panico difensiva (Asperger, 1944; Attwood, 1998; Myles e Simpson, 1998; Myles, Simpson, e Bock, 2000; Myles e Southwick, 1999; Wing, 1981).

Sebbene Hans Asperger descrivesse le difficoltà sensoriali dei bambini che osservava, i ricercatori e i professionisti hanno spesso ignorato questo aspetto del suo lavoro.

Infatti, fino a poco tempo fa nessun articolo era stato pubblicato sui problemi sensoriali della AS.

Uno studio su 42 bambini e ragazzi con AS di Myles, Dunn, e colleghi (2000) sostiene che i processi sensoriali possano costituire

un'area particolare .

Infatti, più del 50% dei bambini e ragazzi con la AS ha difficoltà acustiche, vestibolari, tattili , e orali(Dunn, 1999).

Infatti più del 70% di questi individui riporta problemi di modulazione relativi a:

- a) livello di attività motoria
- b) input sensoriale
- c) input visivo .

Di seguito, si andranno ad esaminare le seguenti aree :

(a) tattile, (b) vestibolare, (c) propriocettiva, (d) visiva, (e) acustica, (f) gustativa, e (g) olfattiva.

Tattile

Hans Asperger riportava che molti bambini hanno reazioni di esitamento tattile verso particolari sostanze o tessuti come velluto, seta, cotone, lana.

Bambini con la AS possono essere ipersensibili o, iposensibili agli stimoli tattili.

Ipersensibilità tattile

Asperger riportava soprattutto comportamenti ipersensibili.

I bambini che sono ipersensibili avvertono un forte disagio fisico quando vengono a contatto con qualcuno o qualche cosa che per il resto delle persone è una consapevolezza.

Conosciuta anche come difesa tattile (Ayres, 1979), l'ipersensibilità può avere un impatto su tutte le aree di funzionamento degli individui con la AS.

Un bambino con la AS ha difficoltà anche a stare in fila, tenta di stare lontano dagli altri o li spinge via se qualcuno gli si avvicina troppo . In risposta , gli altri bambini possono spingerlo o tentare di ignorarlo .

Il problema tattile ha un impatto sulle scelte del gioco , per questo non partecipano ai giochi che coinvolgono lo stare in fila o ai giochi di squadra.

Bambini e ragazzi che sono ipersensibili possono portare esclusivamente un certo tipo di stoffa o tollerare certi vestiti, addirittura solo se sono stati lavati con un detersivo specifico.

A causa dell'ipersensibilità, un bambino con la AS può mangiare solo determinati cibi e serviti ad una specifica temperatura.

Iposensibilità tattile

In opposizione a quanto esposto, bambini e ragazzi con la AS che sono iposensibili accettano il contatto corporeo purchè non sia particolarmente intenso.

Di conseguenza, sono spesso lenti a rispondere o ad avvertire uno stimolo tattile utilizzato per richiamare la loro l'attenzione.

L'ipotesensibilità può essere accompagnata da un basso tono muscolare, di conseguenza appaiono goffi nei movimenti.

Vestibolare

Approssimativamente la metà dei bambini e dei ragazzi con la AS studiati da Myles e dai suoi colleghi (2000) presentano problemi nell'area vestibolare.

Ipersensibilità vestibolare

Individui con l'ipersensibilità vestibolare tendono ad avere una bassa tolleranza per le attività di movimento . Hanno difficoltà a cambiare direzione, velocità , a mantenere una posizione.

Questi individui sono stati chiamati " gravitazionalmente insicuri " (Ayres, 1979) a causa della loro paura di staccare i piedi dal terreno.

Alcuni bambini con la AS non riescono a bloccare le loro articolazioni in una posizione per stabilizzare il loro corpo.

Queste caratteristiche hanno un impatto sulle opportunità del bambino di partecipare ad attività che in generale sono considerate divertimento.

Molti sports richiedono sistemi vestibolari intatti (per es. pallacanestro, calcio) e spesso i bambini con la AS non riescono in

queste attività.

Iposensibilità vestibolare

Il bambino, si presenta goffo ed ha difficoltà ad iniziare e fermare le attività che includono il movimento.

Bambini con la AS hanno difficoltà a rispettare le semplici regole dei giochi di squadra, come ad esempio in una staffetta non riescono a rispettare la linea del traguardo e finiscono per scontrarsi con gli altri bambini.

Propriocettivo

Il sistema propriocettivo, è composto da organi nervosi sensibili che avvertono le modificazioni relative ai movimenti e alla posizione del corpo. I bambini affetti dalla AS possono avere un sistema propriocettivo deficitario.

Visivo

Comparato con altre aree sensoriali, il sistema visivo sembra essere una forza relativa per bambini e ragazzi con la AS. Myles ed altri (2000) hanno trovato che quasi la metà dei 42 bambini che hanno esaminato rispondevano agli input visivi in modo simile a bambini che non avevano nessuna necessità particolare. Meno del 20% ha problemi visivi definiti; un supplementare 19% può avere difficoltà in questa area sensoriale.

I problemi visivi connessi al processo sensoriale possono avere diverse forme.

Spesso bambini e ragazzi con la AS non riescono a trovare ciò che hanno davanti ad es. non vedono il libro sul loro banco, mentre trovano subito Charizard in una confusione di 150 figurine dei Pokemon. Perché questa discrepanza? La motivazione e la concentrazione possono essere le risposte.

Quando la motivazione è forte, la concentrazione è alta ma può richiedere uno sforzo tale da non poter essere sostenuta a lungo.

Molti bambini hanno problemi di scrittura, in parte, legati ai deficit visivi.

Quando copiano dalla lavagna hanno difficoltà a scrivere sulla riga del quaderno e a mantenere la distanza tra le lettere.

Il problema opposto, cioè una ipersensibilità non permette loro di concentrarsi sul lavoro se sono in una stanza con luci fluorescenti. Riferiscono che vedono le luci pulsare e che questo movimento è molto fastidioso e irritante.

Uditivo

Miles e colleghi hanno osservato che oltre l'85% dei bambini con la AS hanno problemi uditivi definiti o probabili, relativi ai processi uditivi piuttosto che ai problemi di udito tipici; possiedono abilità uditive intatte, tuttavia non sono in grado di interpretare le informazioni uditive in modo efficiente o accurato.

E' spesso presente ipo o ipersensibilità al rumore.

Sintetizzando i casi studiati di individui con la psicopatia autistica, Hans Asperger scriveva :*"c'è ipersensibilità al rumore. Tuttavia gli stessi bambini che sono ipersensibili al rumore, in particolari situazioni, possono sembrare iposensibili. Essi sembrano essere "spenti" anche se c'è un rumore fortissimo"*.

Ipersensibilità uditiva

Alcuni bambini con la AS rispondono negativamente ai rumori con toni alti: i campanelli sono spesso fastidiosi, piccoli rumori possono essere irritanti.

Alcuni bambini presentano difficoltà di concentrazione in presenza di rumori di sottofondo ad es. ascoltare qualcuno che parla quando la televisione è accesa, o leggere se un altro sta parlando.

Iposensibilità

I genitori e gli insegnanti riferiscono che spesso i bambini non ascoltano ciò che loro dicono, non rispondono alle domande o

quando vengono chiamati per nome anche in assenza di rumori di fondo.

Gustativo

Il senso del gusto può essere un'area con problemi. Un'analisi delle voci del Sensory profile di Miles rivela che più di un terzo degli individui con la AS :

- a) evita certi gusti che sono tipici delle diete dei bambini
- b) mangia cibo solo determinati sapori
- c) è di scarso appetito.

Asperger descrive la preferenza per cibi fortemente speziati o molto saporiti. Spesso c'è un forte disgusto per le verdure e di prodotti caseari.

Olfattivo

Oltre il 75% dei bambini con la AS studiati da Miles e colleghi , avevano problemi alla sensibilità orale.

Il 40% dei genitori e insegnanti risponde che i bambini evitano determinati odori come ad esempio: dopo barba o profumi ; liquidi usati per pulire i pavimenti; colle, materiali per l'educazione artistica ; cibi; odori relativi alla palestra.

Strumenti di valutazione

Sebbene alcuni neuroscienziati stiano ancora studiando i vari processi sensoriali e comportamentali, non si è ancora in grado di determinare la relazione di causa-effetto.

Esiste una varietà di tests che fornisce una valutazione delle informazioni circa i processi sensoriali.

Queste misure possono essere classificate in : formali ed informali.

Gli accertamenti formali includono norme di riferimento e strumenti standardizzati che possano comparare il profilo di un individuo a quelli di coetanei normalmente sviluppati.

Gli accertamenti informali, consistono in revisioni di registrazioni ,

liste di controllo, interviste, e osservazioni. Gli accertamenti informali spesso forniscono informazioni descrittive su comportamenti e possono essere utili per lo sviluppo di strategie. Comunque, esse non producono risultati di paragone con una popolazione normale.

Gli accertamenti formali

Tre accertamenti formali sono riassunti qui:

1. ***the Sensory Profile*** (Dunn, 1999);
2. ***the Short Sensory Profile*** (Dunn, 1999);
3. ***Sensory Integration and Praxis test (SIPT)*** (Ayres, 1989).

The Sensory Profile (Dunn, 1999)

Questo questionario composto di 125 items può essere completato da chiunque sia familiare al bambino, dai genitori, dagli insegnanti, dai terapisti occupazionali, dai fisioterapisti.

Le singole voci del profilo descrivono le risposte comportamentali a diverse esperienze, le reazioni a stimoli sensoriali specifici (uditivo, visivo, vestibolare ecc).

Il profilo sensoriale fornisce inoltre una descrizione di risposte emozionali e comportamentali associate alle difficoltà del processo sensoriale stesso.

Il profilo sensoriale può essere somministrato in un format d'intervista che permetta una chiarificazione delle voci se richiesto.

La persona completa il profilo leggendo ogni descrizione e determinando quanto il bambino si impegni (sempre, frequentemente, saltuariamente, raramente, o mai).

Questa parte del profilo prende circa 30 minuti di tempo per essere completata.

Alle risposte viene dato un valore, cosicchè i risultati possono essere paragonati ad un modello semplice di bambino senza disabilità.

Nel manuale, Dunn provvede a paragonare profili di bambini di tre e

quattro anni e ad illustrare lo sviluppo appropriato delle prestazioni per queste età.

I risultati sono classificati tra: prestazione tipica, differenza probabile, o differenza definita.

Per interpretare i risultati dei profili e successivamente pianificare l'effettivo intervento, viene richiesta una solida comprensione del processo sensoriale e come esso può riguardare l'abilità del bambino a partecipare alle attività a casa e a scuola.

Per l'assegnazione del punteggio e per l'interpretazione del profilo occorrono di solito 20- 30 minuti.

Short Sensory Profile (Dunn,1999).

Questa forma abbreviata contiene 38 items del profilo sensoriale, studiato da McIntosh, Miller, Shyu e Dunn, ed è adatto per soggetti di età compresa tra i 3 e i 17 anni.

Esso può essere usato come strumento di controllo per determinare se è necessario o no un più accurato accertamento sensoriale.

Il profilo richiede 10 minuti per la somministrazione e per il punteggio e interpretazione tra i 10 e i 20 minuti.

Sensory Integration and Praxis Test (SIPT) (Ayres,1989)

Questa batteria standardizzata di 17 test è stata designata per identificare i modelli di funzione e disfunzione nell'integrazione sensoriale e motoria (prassie).

Adatta per bambini dai 4 agli 8 anni. La somministrazione di questo accertamento richiede circa 2 ore, sebbene ognuno dei test possa essere sviluppato separatamente in circa 10 minuti.

L'autore specifica che qualsiasi combinazione di test può essere usata e classificata.

Inoltre non

è necessario completare tutti i 17 tests.

I test possono essere interpretati tramite un programma al computer .

Gli accertamenti informali

Sei misure informali sono riassunte in questa sezione:

1. **Sensory Integration Inventory-Revised** (Reisman e Hanschu, 1992);
2. **Checklist for Occupational Therapy** (Occupational Therapy Associates Watertown, 1997);
3. **Building Bridges Through Sensory Integration** (Yack, Sutton, e Aquilla, 1998);
4. **Questions to Guide Classroom Observations** (Kientz e Miller, 1999);
5. **Motivation Assessment Scale** (Durand e Crimmins, 1992).

Sensory Integration Inventory – Revised (SII- R) (Reisman e Hanschu, 1992).

Questa valutazione può essere usata in due modi:

- a) può essere completata in circa 30 minuti da fisioterapisti o insegnanti del bambino;
- b) essa può essere usata da un terapeuta occupazionale come un'intervista semi – strutturata per genitori, insegnanti, ed altri.

Gli items del test sono organizzati in quattro sezioni: tattile, vestibolare, propriocettivo e reazioni generali.

Bonnie Hanschu, uno degli autori del SII-R, ha sviluppato una griglia, per valutare e interpretare l'integrazione sensoriale di individui con disabilità inerenti lo sviluppo (Hanshu, 1998). Questo permette di aiutare a determinare se l'osservazione dei comportamenti è o non è indicativa di difesa sensoriale, difficoltà di modulazione sensoriale, difficoltà di registrazione sensoriale, o difficoltà di integrazione sensoriale.

Checklist for Occupational Therapy (Occupational Therapy Associated-Watertown 1997)

Questa serie di quattro liste di controllo per neonati, bambini in età prescolare, e in età scolare, adolescenti e adulti fornisce le informazioni sulla persistenza o meno di determinati comportamenti.

Le voci riguardano i comportamenti che possono essere connessi a difficoltà del processo sensoriale (movimento, suoni, vista, auto-regolazione, tatto), con le categorie dei comportamenti che cambiano con le età .

Le liste di controllo per l'età infantile indagano se un comportamento è frequente o no, mentre il controllo dell'adulto o dell'adolescente utilizza una scala da 1 a 5 (1 mai, e 5 sempre) .

Secondo gli autori, lo strumento può essere completato dalle insegnanti, terapisti occupazionali, o fisioterapisti senza un precedente addestramento specifico.

Building Bridges Through Sensory Integration (Yack e altri 1998).

Questo strumento di valutazione considera i comportamenti di un bambino attraverso le aree sensoriali (propriocettivo, vestibolare, tattile, visivo, uditivo, olfattivo e gustativo), all'interno del contesto di compiti quotidiani specifici come l'igiene personale, vestirsi, alimentarsi, fare i compiti, giocare, e compiti di interazione sociale.

Gli indicatori delle difficoltà del processo sensoriale (Abrash).

Agli interessati che completano questa lista di controllo si richiede di segnare, accanto ai comportamenti osservati attraverso i diversi sistemi sensoriali, le aree propriocettiva, tattile, visiva, acustica, gustativa , olfattiva , vestibolare/kinestesica, e coscienza sociale.

La condotta dell'area tattile e vestibolare /kinestesica è suddivisa in ipo e iperreattività.

Similmente, i comportamenti della visione sono divisi in acutezza e funzione oculomotrice, percezione visiva, ed iperreattività.

Le informazioni raccolte dalla lista di controllo permetteranno al terapeuta e all'insegnante di evidenziare gli obiettivi e gli strumenti per un più adeguato intervento riabilitativo e didattico.

CAPITOLO 7

I PROBLEMI SENSORIALI

INTERVENTO RIABILITATIVO

Episodi, interpretazioni, interventi

Questo capitolo contiene tabelle che riportano i comportamenti specifici che un bambino con la AS può avere.

Ogni tabella è divisa in:

- **episodio** : descrive il comportamento osservato
- **interpretazione**: possibili ragionamenti basati sul sistema sensoriale interessato e sul perché del comportamento
- **interventi**: strategie che possono fornire un supporto basato sul sistema sensoriale in questione.

Si può dire che l'episodio , l'interpretazione, e l'intervento sono tre indicatori, che identificano un comportamento, determinano la causa o le cause , offrono gli strumenti più specifici e adatti per intervenire sia a scuola che a casa.

Genitori ed educatori devono lavorare insieme per segnalare il comportamento del bambino (episodio) ,segnalare la sua causa (interpretazione), e le risoluzioni pratiche (intervento).

Il riabilitatore è un membro particolarmente prezioso di questa squadra multidisciplinare .

Episodi, interpretazioni, interventi.

Tab. I

Episodio Soggetto ad avere incidenti/ Ha difficoltà nel versare e nel porgere senza versare
Interpretazione: <ul style="list-style-type: none">• Ha problemi motori relativi al completamento di un compito con successo.• Può richiedere input addizionali sensoriali per giudicare i movimenti e gli aggiustamenti necessari .
Intervento: <ul style="list-style-type: none">• Aumentare il peso del contenitore mentre decresce la quantità del liquido in esso.• Usare piatti più pesanti• Lasciare che il bambino porti oggetti a tavola, usando contenitori che non si rovesciano.• Riempire tazze o ciotole solo parzialmente.

Tab. II

Episodio :attenzione/ Non sembra capire la gestualità o le espressioni facciali.
Interpretazione <ul style="list-style-type: none">• Può essere difficile dirigere l'attenzione alle parti del corpo, al viso delle altre persone• Può avere difficoltà ad elaborare i principali cambiamenti nei movimenti del corpo e nelle espressioni facciali.• Può essere preoccupato dal fatto di essere circondato da altre persone• Mantiene una certa distanza da gli altri per evitare il contatto fisico, ma così può non percepire il linguaggio del corpo e delle espressioni facciali.
Intervento. <ul style="list-style-type: none">• Fornire suggerimenti acustici per dirigere l'attenzione.• Insegnare i significati delle espressioni facciali, e il linguaggio del corpo.• Ogni qualvolta possibile, eliminare parte delle distrazioni che possono essere presenti nell'ambiente.• Rispettare il bisogno dell'individuo a mantenere la distanza per evitare il contatto fisico e rassicurarlo verbalmente.• Richiedere di guardare il terapeuta – l'insegnate per suggerimenti specifici• Accompagnare le espressioni facciali, i gesti e il linguaggio del corpo verbalmente.• Provare a trattare poche modalità sensoriale alla volta

Tab. III

Episodio: ha problemi ad entrare in contatto visivo con gli altri.
Interpretazione: <ul style="list-style-type: none">• La visuale periferica può essere più confortevole o più utile di quella centrale.• Può avere difficoltà a "guardare" e "ascoltare" allo stesso tempo.• Può non aver fiducia delle sue capacità.• Le attività di movimento possono essere più confortanti o positive se il bambino riesce a fissare l'attenzione su qualche cosa che sta dietro alla persona che sta parlando
Intervento: <ul style="list-style-type: none">• Posizionarsi sulla linea visiva senza stare troppo vicino.• Fornire suggerimenti acustici o tattili per incoraggiare l'attenzione visiva• Dividere i compiti in fasi più piccole, così questi saranno più facilmente realizzati• Suggerire giochi d'imitazione.

Tab. I V

Episodio: fissa intensamente le persone
Interpretazione: <ul style="list-style-type: none">• Ha difficoltà a sapere quali stimoli gli servono.• Può avere bisogno di tempo supplementare per elaborare le informazioni dal suo ambiente.• L'acuità visiva può non essere ottimale.• Ha una bassa tolleranza per il movimento, sostanzialmente limitato ai movimenti del capo.• Ha problemi di comprensione, così il bambino cerca informazioni visive più intense come compenso.• Potrebbe fissare un modello non relativo al compito come un modo per aiutare la concentrazione o prevenire un sovraccarico sensoriale.
Intervento <ul style="list-style-type: none">• Sviluppare suggerimenti acustici o visivi che il bambino possa usare per sapere che cosa gli serve.• Istruire il bambino su come spostare l'attenzione.• Usare giochi di imitazione• Procurare una storia sociale da discutere di come gli altri si sentono quando le persone li stanno fissando.

Tab. V

Episodio Ha difficoltà a mantenere fermi mani e piedi quando è seduto in gruppo.
Interpretazione <ul style="list-style-type: none">• Cerca insistentemente un input tattile.• Non capisce i confini personali.• Può imparare manipolando oggetti.
Intervento <ul style="list-style-type: none">• Fornire confini visivi o fisici per stare seduti, delimitando linee di confine con tappeti, stuoie, cuscini gonfiabili.• Se la reazione accade durante un'attività al tappeto, e il bambino è in posizione prona, far mettere le mani sotto al mento.• Far tenere stretto un cuscino sull'addome.• Dare al bambino un oggetto manipolabile

Tab. VI

Episodio Ha difficoltà nel regolare le reazioni durante il pranzo, (come reazioni colleriche, grida o rifiutandosi di cooperare)
Interpretazione <ul style="list-style-type: none">• Le situazioni che hanno forti rumori, molto movimento, e forti profumi possono essere molto stressanti.
Intervento <ul style="list-style-type: none">• Permettere che il bambino vada alla mensa presto.• Permettere che il bambino mangi in classe o in un altro ambiente senza troppi stimoli• Diminuire il tempo per il pranzo.• Assistere il bambino per il pasto

Tab.VII

Episodio si appoggia sui compagni mentre è in fila, seduto in gruppo o a tavola
Interpretazione <ul style="list-style-type: none">• Può avere uno scarso controllo posturale.• Può richiedere input sensoriali o vestibolari
Intervento <ul style="list-style-type: none">• Suggestire attività motorie come saltare, tirare e spingere.• Permettere al bambino di stare in piedi durante le attività.• Fornire al bambino l'opportunità di muoversi spesso

Tab. VIII

Episodio quando cammina urta i talloni dei compagni, perde la sedia quando sta tentando di sedersi, si siede sui compagni quando il gruppo è seduto sul pavimento
Interpretazione <ul style="list-style-type: none">• Ha difficoltà a pianificare le azioni motorie .• Può avere un processo propriocettivo scarso.
Intervento: <ul style="list-style-type: none">• Considerare di mettere il bambino in cima o in fondo alla fila.• Assicurare uno spazio sufficiente tra il bambino e gli studenti in fila.• Istruire il bambino a portare i suoi libri contro il suo corpo con le mani che toccano i gomiti opposti .• Insegnare al bambino un canzone che può cantare mentre sta camminando

Tab. IX

Episodio: ha difficoltà a vestirsi
Interpretazione <ul style="list-style-type: none">• Ha una diminuita consapevolezza del proprio corpo o ha difficoltà a sentire che i vestiti non sono in ordine
Intervento <ul style="list-style-type: none">• Creare una tabella con gli orari per vestirsi ordinatamente• Far indossare al bambino abbigliamento "comodo" per aumentare la sua consapevolezza.• Insegnare al bambino una strategia per capire se è in ordine (guardarsi allo specchio i capelli , se ha la camicia abbottonata correttamente, se i pantaloni sono allacciati e così le scarpe).

Tab . X

Episodio Non gli piacciono certi vestiti.
Interpretazione <ul style="list-style-type: none">• Certe tessiture o materiali possono irritare più di altri.• Le caratteristiche di articoli specifici possono essere irritanti e scomodi per il bambino come la lunghezza della maniche• Alcuni non sopportano il rumore del nailon , del velluto dei pantaloni quando camminano
Intervento <ul style="list-style-type: none">• Rispettare i desideri del bambino per certi tipi di tessuto .• Usare acque profumate delicate sul bambino.• Massaggiare il bambino con un asciugamano per aumentare la tolleranza a certe tessiture e solo successivamente presentare un nuovo capo d'abbigliamento .• Rimuovere le etichette dell'abbigliamento in quanto possono causare irritazione.• Usare sempre lo stesso detersivo• Considerare il profumo del detersivo

Tab. XI

Episodio: ha difficoltà a vestirsi specialmente con vestiti che hanno chiusure lampo
Intervento <ul style="list-style-type: none">• Ha difficoltà con la motricità fine delle mani• Può avere i muscoli della mano deboli.
Interpretazione: <ul style="list-style-type: none">• Far lavorare il bambino con del velcro.• Cominciare con chiusure lampo grandi o con bottoni .• Una volta che questo è stato appreso provare con chiusure più piccole .• Comprare vestiti che abbiano poche o nessuna chiusura lampo.• Mostrare al bambino come ci si allaccia.• Usare attività per aumentare la forza dei muscoli della mano , usare la creta inserendovi dentro degli oggetti piccoli nascosti . Il bambino deve imparare a manipolare questi materiali e a separare gli oggetti .

Tab XII

Episodio : Rifiuta di camminare a piedi nudi specialmente sull'erba
Interpretazione: <ul style="list-style-type: none">• I piedi possono essere molto sensibili
Intervento <ul style="list-style-type: none">• Provare a strofinare i piedi del bambino con una stoffa o con un asciugamano.• Stimolare i piedi del bambino con sabbia, fagioli, riso ecc.• Offrire ma non forzare queste attività.• Spiegare al bambino che con le calze ha un nuovo " tatto."

Tab. XIII

Episodio: abbigliamento inappropriato per la situazione – senza scarpe o giacca sulla neve
Interpretazione <ul style="list-style-type: none">• Tessitura e stile dell'abbigliamento possono essere irritanti
Intervento. <ul style="list-style-type: none">• Assicurare che i vestiti indossati diano una pressione adatta e che siano di un tessuto confortevole per il bambino.• Rispettare le preferenze individuali, quando appropriate.• Gradualmente presentare nuovo vestiti. Ad esempio, per bambini piccoli presentare un articolo facendolo indossare dalla bambola preferita .• Per bambini più grandi presentare un nuovo articolo che includa un logo o un personaggio della televisione

Tab. XIV

Episodio : mangiare/masticare. Mastica vestiti , penne, matite.
Interpretazione <ul style="list-style-type: none">• Può trovare la calma• Potrebbe ricercare un input propriocettivo• Può piacergli questo input sensoriale
Intervento <ul style="list-style-type: none">• Permettere al bambino di masticare una gomma , caramelle gomgnose , caramelle dure, snacks tostati o gommosi .• Fornire una bottiglia d'acqua difficile da rovesciare dalla quale possa bere• Considerare alternative con un enfasi orale forte.

Tab. XV

Episodio : si infastidisce se sente determinati odori
Interpretazione <ul style="list-style-type: none">• Può essere molto sensibile per certi odori e diventare molto irritato quando vi è sottoposto.
Intervento <ul style="list-style-type: none">• Usare shampoo o detersivi diluiti.• Evitare profumi, lozioni, o dopo barba che sono irritanti per il bambino• Far sì che l'ambiente sia libero da odori.

Tab. XVI

Episodio : non gradisce determinati gusti.
Interpretazione <ul style="list-style-type: none">• Può essere molto sensibile a determinati sapori del cibo
Intervento <ul style="list-style-type: none">• Rispettare le differenze individuali se la nutrizione non viene compromessa.• Cambiare una caratteristica del cibo alla volta.• Se il bambino preferisce la frutta, la frutta disidratata introduce un nuovo gusto .• Combinare due tipi di frutta preferiti.• Presentare piccole porzioni

Tab. XVII

Episodio : mangia disordinatamente , preferisce usare le dita piuttosto che le posate .
Interpretazione <ul style="list-style-type: none">• Può non essere in grado di " sentire " la sensazione attorno alla bocca.• Può provare antipatia al tatto delle posate nella sua bocca o nelle sue mani.• Può avere una scarsa motricità fine .
Intervento <ul style="list-style-type: none">• Massaggiare leggermente la bocca del bambino usando materiali diversi .• Incoraggiare attività che coinvolgono la bocca, fischiare, fare le bolle, usare un"kazoo"

Tab. XVIII

Episodio non mangia certi cibi.
Interpretazione <ul style="list-style-type: none">• Può essere sensibile alla temperatura di certi cibi• Può essere ipersensibile a certi gusti.
Intervento <ul style="list-style-type: none">• Permettere al bambino di scegliere cibi senza che la sua nutrizione venga compromessa• Applicare una pressione profonda a denti e gengive usando un articolo duro, ma pieghevole. Ad esempio, masticare della gomma può aiutare il bambino.• Presentare nuovi cibi con una caratteristica sensoriale alla volta. Ad esempio, se il bambino mangia dello yogurt, metterci dentro dei fiocchi di avena, acini d'uva, o noci

Tab. XIX

Episodio : non prova piacere nell'essere toccato o baciato, ma può volerlo se è il bambino ad iniziare.
Interpretazione <ul style="list-style-type: none">• L'essere toccato può infastidirlo se soprattutto l'azione è inaspettata
Intervento <ul style="list-style-type: none">• Quando appropriato, permettere al bambino di determinare quando sarà preso in braccio o baciato• Illustrare ai genitori e agli amici le preferenze del bambino, evitando situazioni spiacevoli o imbarazzanti

Tab. XX

Episodio : Ha difficoltà a fare amicizia
Interpretazione <ul style="list-style-type: none">• L'ipersensibilità per le sensazioni tattili accidentali o non pianificate può provocare reazioni che non sono comprese dagli altri.• Può diminuire l'osservazione, la comprensione, il significato della gestualità e delle espressioni facciali.• Parla da solo e manifesta comportamenti ansiosi che possono interferire con la capacità di fare conversazione con gli altri.• Ha insolite reazioni emozionali che possono avere un impatto sull'abilità del bambino a fare nuove amicizie
Intervento <ul style="list-style-type: none">• Stabilire un'attività strutturata da interrompere con ruoli prestabiliti.• Insegnare al bambino come avvicinarsi ad un individuo o in un gruppo così come il bisogno di interagire con i coetanei.• Fornire un oggetto manipolabile, lasciando disponibile l'attenzione visiva• Sviluppare un cerchio di amici• Sviluppare la funzione del gioco di gruppo

Tab. XXI

Episodio : non gli piace lavarsi la faccia o i capelli
Interpretazione <ul style="list-style-type: none">• Il tocco leggero può essere doloroso o irritante.
Intervento <ul style="list-style-type: none">• Permettere al bambino di lavarsi i capelli da solo• Usare una pressione costante.• Avvisare il bambino che sta per essere toccato prima che questo accada

Tab. XXII

Episodio : non gli piace lo spazzolino da denti.
Interpretazione <ul style="list-style-type: none">• Lo spazzolino da denti può essere troppo grande o con le setole troppo dure.• Il gusto del dentifricio può essere irritante per il bambino
Intervento <ul style="list-style-type: none">• Considerare uno spazzolino da denti più piccolo con setole più molli o uno spazzolino da denti che vibra.• Scegliere un dentifricio di sapore gradevole per il bambino• Controllare la quantità di dentifricio sullo spazzolino da denti.

Tab. XXIII

Episodio : non gli piace farsi tagliare i capelli .
Interpretazione <ul style="list-style-type: none">• Può essere sensibile al movimento, all'altezza o alla sedia troppo grande del barbiere.• Doversi appoggiare al lavatesta può essere spiacevole• Il rumore e la vibrazione del rasoio elettrico o delle forbici possono essere molto fastidiosi e irritanti• La sensibilità visiva e tattile può essere irritata dalla troppa vicinanza del barbiere. La sensazione intorno al collo e il rumore del telo acrilico può essere fastidioso.• Può avere problemi con i capelli tagliati che cadono sul corpo e sui vestiti.
Intervento <ul style="list-style-type: none">• Fornire un supporto visivo che sottolinei le fasi del taglio dei capelli.• Per il bambino piccolo dare un giocattolo, una bambola, un animale di pezza.• Illustrare , verbalmente il taglio dei capelli• Tagliare i capelli su una sedia mettendo dei cuscini sotto e intorno al bambino.• Mettere della musica.• Applicare una pressione profonda sulla testa del bambino prima di iniziare a tagliare i capelli. Questo si può fare usando direttamente le dita o un asciugamano per strofinare la testa.• Permettere al bambino di manipolare, agitare o tenere un oggetto che vibri nelle sue mani mentre gli tagliano i capelli.• Portare dell'abbigliamento per cambiare il bambino a seguito del taglio• Considerare di svolgere un'attività preferita dopo il taglio.

Tab. XXIV

Episodio Movimento / Ha difficoltà a camminare nei corridoi.
Interpretazione <ul style="list-style-type: none">• Può essere toccato inaspettatamente da qualcuno e questo può essere interpretata male causando una risposta difensiva.• Ci può essere troppo rumore• L'attività visiva può disorientarlo.
Intervento <ul style="list-style-type: none">• Permettere che il bambino sia il primo o l'ultimo della fila.• Permettere che il bambino lasci la classe 5 minuti in anticipo.• Far portare al bambino qualche cosa di pesante per dargli un input propriocettivo.• Creare una mappa che fornisca un piano visivo o una strada per raggiungere i diversi locali.• Considerare la collocazione preferenziale di stare in fondo alla fila così diminuiscono le opportunità per eventuali contatti intenzionali con gli altri studenti.

Tab. XXV

Episodio :preferisce impegnarsi da solo in attività sedentarie (televisione, computer, videogiochi).
Interpretazioni <ul style="list-style-type: none">• La limitazione delle azioni può essere un modo per evitare le attività sgradevoli o il movimento in generale• Può avere uno scarso concetto di se stesso circa le abilità motorie che hanno come risultato movimenti scoordinati.
Intervento <ul style="list-style-type: none">• Far rientrare l'attività fisica nelle attività di routine, come fare il letto, portare via l'immondizia ecc• Incorporare il movimento nelle attività sedentarie del bambino. Ad esempio, se vuole giocare con un video game, fargli salire una scala oppure mettere il gioco su una mensola in alto.• Aggiungere la musica al compito fornendo una partenza strutturata e un punto dove fermarsi• Utilizzare l'area dell'interesse specifico per elaborare una attività.• Fornire un supporto visivo che dimostri le fasi dell'attività non sedentaria

Tab. XXVI

Episodio : ha difficoltà ad elaborare suoni .
Interpretazione <ul style="list-style-type: none">• Quando esposto a diversi suoni nello stesso tempo, può essere difficile per il bambino sapere a quali suoni prestare attenzione e quando.
Intervento <ul style="list-style-type: none">• Ottenere l'attenzione del bambino dando direttive lentamente, lasciando il tempo per elaborare ogni fase.• Dopo aver dato le direttive , chiedere al bambino di ripetere che cosa è stato detto per controllare per l'accuratezza

Tab. XXVII

Episodio: borbotta continuamente.
interpretazione <ul style="list-style-type: none">• Può essere iper stimolato dai rumori della classe . Il ronzio può impedire la diffusione dei rumori che causano l'ansia• Cerca input acustici o tattili.
Intervento <ul style="list-style-type: none">• Se il livello del rumore o dell' attività provoca ansia , allontanare il bambino• Se il bambino ha bisogno di borbottare per concentrarsi, insegnare a borbottare a bassa voce.• Permettere al bambino di usare e giocare con la "vibrazione" usando articoli come uno spazzolino da denti elettrico o un kazoo.

Tab. XXVIII

Episodio: e' infastidito dai rumori degli elettrodomestici di casa.
Interpretazione <ul style="list-style-type: none">• Qualche volta il tono e la frequenza degli elettrodomestici di casa possono essere molti distraenti ed infastidire i bambini che hanno problemi acustici .
Intervento <ul style="list-style-type: none">• Esporre il bambino al rumore "irritante" in piccole fasi, aumentando gradualmente la durata quando questa si perfeziona.• Avvertire il bambino che l'apparecchio sta per essere acceso così non sarà colto di sorpresa.• Se appropriato far provare ad usare l'apparecchio al bambino .• Diminuire l'effetto sgradevole del rumore combinandolo con suoni piacevoli (la musica della radio).• Associare il rumore con un'attività preferita.

Tab. XXIX

Episodio: avverte ogni minimo suono o cambiamento visivo nell'ambiente .
Interpretazione <ul style="list-style-type: none">• Queste distrazioni possono essere molto influenti , e dare difficoltà al bambino a concentrarsi .
Intervento <ul style="list-style-type: none">• Mantenere le distrazioni di visive/uditive al minimo.• Stare in un luogo quieto• Considerare posizioni alternative lontane dalle distrazioni.• Preparare il bambino in anticipo alle distrazioni come annunciare i visitatori, usare un supporto visivo che rifletta i cambiamenti .• Fornire cuffie o tappi per le orecchie per il bambino durante la seduta di lavoro o dopo che le istruzioni verbali sono state date.

Tab. XXX

Episodio :organizzazione /Ha scarse capacità organizzative ; perde continuamente il materiale scolastico .
Interpretazione <ul style="list-style-type: none">• Ha difficoltà a concentrarsi su stimoli rilevanti• Ha difficoltà a discriminare gli articoli di cui può aver bisogno dalle altre cose che sono sul suo banco .
Intervento <ul style="list-style-type: none">• Usare del nastro sul banco per delineare• Organizzare materiali sotto il banco o in uno scaffale così da essere sempre visibili.• Fornire un quaderno dal quale sia facile mettere e togliere i fogli con scritto chiaramente "compiti" divisi per ogni materia

Tab. XXXI

Episodio :routines /Ha difficoltà quando ci sono cambiamenti .
Interpretazione <ul style="list-style-type: none">• Una routine fornisce ed aiuta ad avere un'esistenza organizzata e focalizzata .• Ha bisogno di conoscere gli orari e le attività .• Non sa che cosa fare quando avviene un cambiamento .
Intervento <ul style="list-style-type: none">• Offrire al bambino un segnale prima di un cambiamento .• Preparare il bambino ai cambi usando supporti visivi .• Gradualmente incorporare attività "non pianificate" nell'orario, partendo con attività preferite

Tab. XXXII

Episodio ha rituali rigidi a casa e scuola.
Interpretazione <ul style="list-style-type: none">• Sente il bisogno di una tabella con orari e attività per evitare spiacevoli situazioni .• Pianificare attività motorie che possono variare la motivazione del bambino impegnandolo solamente in attività di cui si sente competente
Intervento <ul style="list-style-type: none">• Rispettare il rituale ogni qualvolta possibile se questo non interferisce con le attività quotidiane .• Usare un supporto visivo (schede) per aiutare il bambino ad organizzarsi.• Fare cambiamenti negli orari ed offrire strategie che il bambino possa usare per affrontare questi cambiamenti• Avvertire il bambino che la sua routine potrebbe essere diversa.• Offrire un luogo quieto per il bambino per aiutarlo a calmarsi o riorganizzarsi.

Tab.XXXIII

Episodio: sonno / dorme poco
Interpretazione <ul style="list-style-type: none">• Può non essere comodo nel suo letto e la luce può irritarlo piuttosto che calmarlo.• Può distrarsi per la luce o per il rumore mentre sta per addormentarsi
Intervento <ul style="list-style-type: none">• Far dormire il bambino in un sacco a pelo .• Scaldare la biancheria e le coperte .• Usare lenzuola di cotone• Prima dell'ora di andare a letto, massaggiare il bambino con acqua profumata , questo può calmarlo e aiutarlo a dormire.• Che cosa indossa il bambino per andare a letto può avere un impatto anche sul dormire comodamente. Alcuni bambini preferiscono un pigiama pesante, aderente, mentre altri sono più comodi in una camicia da notte o in una maglietta leggera .• Alcuni bambini preferiscono stare chiusi nel proprio letto in modo da poter filtrare luce e rumori.• Stabilire un routine prevedibile per l'ora d'andare a letto lo può aiutare.• Per alcuni bambini, giochi di lotta possono essere utili per prepararli al sonno.• Considerare che il bambino può aver bisogno di un bagno o di una doccia caldi prima di andare a letto.• Una musica rilassante può l'aiutarlo nel sonno.

Tab. XXXIV

Episodio : tatto / Evita materiali come vernici, colle, saponi.
Interpretazione: <ul style="list-style-type: none">• Le attività che coinvolgono certi tipi di materiali possono essere fastidiose
Intervento <ul style="list-style-type: none">• Incoraggiare la tolleranza (senza costringere) di questi materiali attraverso l'esposizione controllata, graduale ai vari articoli e tessiture.• Preparare il bambino per un'attività con un suggerimento visivo .• Fare attività progettate che sono spiacevoli seguite da attività che al bambino piacciono .• Come l'attività diventa più tollerabile, aumentare gradatamente il tempo per queste attività

Tab. XXXV

Episodio: tocca tutto.
Interpretazione: <ul style="list-style-type: none">• Può imparare attraverso il tatto .• Può desiderare più input sensoriali .
Intervento <ul style="list-style-type: none">• Quando possibile, permettere al bambino di esplorare.• Prima che il bambino entri in un ambiente nel quale ci sono molti articoli che possono essere toccati, dare al bambino una pressione profonda strofinando le spalle, la schiena o il palmo della mani.

Tab. XXXVI

Episodio : scrivere/colorare
Interpretazione <ul style="list-style-type: none">• Ha una scrittura disordinata; non è capace di stare dentro le linee• Non riceve l'appropriata sensazione di progettare come muovere e disegnare in sequenza ciò che viene dopo.• Il tatto della matita può interferire con la presa
Intervento <ul style="list-style-type: none">• Far impegnare il bambino in attività motorie grossolane (circondazioni della braccia, dei polsi ecc) prima di chiedergli di compiere attività motorie fini• Incoraggiare il bambino a partecipare ad attività che sviluppano la forza della mano (camminare a carriola , strisciare).• Nascondere degli oggetti nella creta e chiedere al bambino di trovarli.• Questo può diventare più difficile chiedendo al bambino di fare questa attività usando una mano sola• Enfatizzare il movimento della mano che scrive , come disegnare grandi lettere in aria o sulla lavagna.• Far scrivere il bambino su carta "irregolare" con linee

Tab. XXXVII

Episodio: tiene la matita con la punta delle dita
Interpretazione <ul style="list-style-type: none">• Può non avere una sensazione adeguata della forza delle sue mani
Intervento <ul style="list-style-type: none">• Fornire un input di pressione profonda (usare il pollice per strofinare) sul palmo del bambino mano prima dell'attività• Incoraggiare le attività che richiedono di toccare con le mani e tenere oggetti e materiali come costruire giocattoli.• Usare le attività che progrediscono partendo dall'uso solo delle punte delle dita per coinvolgere tutta la mano . Far provare a sporcarsi le dita con la pittura , crema da barba o lozioni. Poi passare ad attività che richiedano l'uso delle mani, come tenere una palla o giocare con il pongo.

CAPITOLO 8

IL COMPORAMENTO SOCIALE

La persona con AS non ha nessuna caratteristica fisica distinguibile ma è visto dalle altre persone come diverso a causa della sua qualità insolita di comportamento sociale ed abilità di conversazione.

Criteri diagnostici del comportamento sociale .

Nel 1989, Carina e Christopher Gillberg sottolineavano sei criteri diagnostici , basati sui loro studi in Svezia, e due di questi descrivono aspetti del comportamento sociale.

Nel primo criterio definito "danneggiamento sociale", rientra un bambino che ha almeno due dei seguenti caratteri:

- a) inabilità ad interagire con i pari
- b) la mancanza del desiderio ad interagire con i pari
- c) la mancanza dell'apprezzamento dei suggerimenti sociali
- d) comportamento socialmente ed emozionalmente improprio.

Un altro criterio esplora la comunicazione non verbale e le anomalie di comportamento sociale :

- a) limitato uso di gesti
- b) gestualità goffa/disordine motorio
- c) amimia
- d) sguardo particolarmente fisso e rigido.

Nelle sue carte originali Hans Asperger ,descriveva come un bambino non si unisse agli altri e potesse avere il panico se costretto a far parte di un gruppo (Asperger 1991).Il bambino piccolo con AS non sembra essere motivato a giocare con gli altri bambini della sua età perchè quest'ultimi sono "in sintonia" con l'attività sociale.

Il bambino preferisce giocare da solo, ma è bene indirizzarlo verso azioni socialmente accettabili. Il bambino può apparire aggressivo ma l'osservazione rivela che ha imparato semplicemente che tale comportamento assicura l'isolamento.

Possono essere definiti più egocentrici che egoisti, osservatori del sociale, o preferire la compagnia di bambini più grandi o più piccoli.

Quando coinvolti in un gioco di gruppo, tendono a imporre o dettare l'attività.

Il contatto sociale è tollerato finché gli altri bambini giocano secondo le loro regole.

Comunque, è chiaro che le loro abilità di gioco sociale sono immature e rigide e sono spesso rifiutati seccamente da altri bambini.

Questo è forse uno dei momenti più tristi per i loro genitori

Il bambino con AS può volere prendere il controllo totale dell'attività e non tollerare nessun suggerimento alternativo o voler includere altri bambini. È importante spiegare che l'attività non è "sbagliata" se condotta in un modo diverso, e può essere completata in tempo minore con un risultato migliore quando vengono condivisi strumenti ed idee.

Errori nel comportamento sociale sono dovuti a diversi fattori: in particolare non saper interpretare i sentimenti degli altri.

Non aver consapevolezza delle regole non scritte della condotta sociale .

Una ricerca (Baron-Cohen altri. 1995; Tantam,Cordess 1993) ha evidenziato la mancanza di contatto visivo durante il dialogo. Diversi adulti con AS hanno descritto come è più facile avere contatto visivo quando non devono ascoltare.

Il contatto visivo interrompe la loro concentrazione

La scarsa espressività e l'incapacità di adeguare gestualità e linguaggio alla situazione contingente spesso condiziona il rapporto empatico con l'interlocutore, questo non significa però che il bambino non piaccia agli altri.

L'elenco originale delle caratteristiche della sindrome di Asperger include la mancanza del bambino d'empatia. Questo non significa che il bambino non piaccia agli altri. (Attwood altri. 88; Capps altri. 1992).

INTERVENTO RIABILITATIVO : IL GIOCO

Giocare è necessario per sviluppare abilità cognitive, motorie, verbali e, a sua volta, il gioco è l'occasione in cui il bambino impara e potenzia queste abilità.

Schopler e Mesibov (1997), insieme ad altri ricercatori e terapisti della Division Teacch, hanno studiato modi concreti di comunicare con le persone colpite da disturbi generalizzati dello sviluppo.

Per comunicare in modo chiaro richieste e istruzioni ai bambini e agli adulti autistici, è necessario curare attentamente: l'organizzazione dello spazio fisico; la strutturazione del tempo; l'organizzazione del materiale; la relazione adulto-bambino; la scomposizione delle difficoltà in modo che il bambino ne incontri solo una alla volta.

L'attenta organizzazione dello spazio fisico in cui si chiede al bambino di giocare con noi è considerata un elemento necessario per facilitare l'interazione. La struttura del luogo predisposto per l'attività può essere molto semplice, ma deve essere ben visualizzata, cioè gli elementi che la compongono devono essere molto chiari e visibili per il bambino.

È molto importante, quindi, che lo spazio fisico del gioco sia:

- identificabile visivamente (il tappeto, per esempio, potrebbe essere di un colore brillante e gradito al bambino);
- circoscritto (definito con dei confini visibili: mobili, tramezzi, muri, ecc.);
- essenziale (dotato solo di quello che serve, per proporre il gioco);
- comodo e confortevole .

I giochi devono essere proposti con molta attenzione, pazienza, dedizione e impegno; al bambino, richiedono coinvolgimento in un'area per lui molto difficile. Per questo, è necessario praticarli per un tempo abbastanza breve, predeterminandone la durata.

L'aspetto tempo richiede decisioni su quanto deve durare il gioco, su come comunicare al bambino l'inizio e la fine di esso, e il terapeuta deve sapere cogliere attraverso i comportamenti del bambino

quando è il momento di interrompere la seduta.

Per comunicare al bambino l'inizio e la fine dell'attività, è utile che si utilizzino dei "rituali": la porta d'ingresso dello spazio-gioco che si apre all'inizio e si chiude alla fine; le scarpe, che si tolgono all'inizio e si rimettono alla fine; un oggetto amato dal bambino che gli viene consegnato come segnale di inizio del gioco, quindi riposto in un luogo apposito.

E' utile a fine incontro gratificare il bambino lasciandogli libertà di scelta del gioco anche se rientra nelle sue stereotipie. Un timer sonoro può essere utilizzato come segnale del trascorrere del tempo. I bambini con AS traggono vantaggio da situazioni ripetute e prevedibili e ripetute allo stesso modo. È importante che il gioco venga presentato sempre con le stesse modalità.

La scarsa motivazione, o bizzarrie e restrizioni nella motivazione fanno sì che il bambino si ecciti oltre misura e cerchi con energia solo determinate esperienze, rimanendo freddo e distante ad altre.

Con l'attività di gioco si desidera insegnare al bambino delle abilità nel campo dell'interazione sociale, quindi proprio nell'area in cui la motivazione può essere più scarsa

È sempre necessaria, l'organizzazione programmata dello spazio e degli oggetti, con la quale fargli capire messaggi che non è in grado di ricevere nei modi convenzionali.

Allo stesso modo, per favorire in lui la motivazione ad agire, adatteremo la nostra proposta a quello che abbiamo osservato essere comprensibile, chiaro e soprattutto interessante per quel singolo bambino.

La ricerca e la costruzione di materiali adatti, sia per il gioco sia per l'apprendimento di abilità in altri campi, sono alcune delle attività più importanti per chi si occupa di educazione del bambino con AS .

I giocattoli e i materiali che si potranno utilizzare sono i più svariati e si potranno adattare alle diverse situazioni, come ad esempio:

- Bolle di sapone

- Palline
- Palloni
- Cubi di legno, colorati, di varie dimensioni
- Palloncini da gonfiare colorati
- Cerchi colorati
- Modellini di animali, macchinine di gomma o plastica
- Modellini di frutta e ortaggi
- Cestini piccoli e grandi
- Scatole
- Carta , giornali, riviste
- Carta crespata, velina, colorate
- Teli, foulard
- Cuscini di gommapiuma
- Scatoloni di cartone
- Tappeti
- Materassini
- Tamburelli

Giochi con le bolle di sapone

Materiali: vasetti di bolle di sapone; altri attrezzi vari che hanno la funzione di produrre bolle, come pipette, oggetti che permettono di soffiare più bolle contemporaneamente, omini che soffiano bolle in modo automatico.

Funzioni: esprimere emozioni davanti a uno spettacolo affascinante (sintonizzazione emotiva fra adulto e bambino); guardare, guardare insieme, scambiare sguardi, sorrisi, vocalizzi; rispondere alla richiesta di guardare e di fare azioni (prendere le bolle); scambio dei ruoli.

Attività ludico - terapeutiche

Ci mettiamo di fronte al bambino; gli chiediamo di stare fermo, di guardare le bolle, quindi di guardarci in faccia mentre facciamo le bolle, di guardare le bolle che vanno in alto e poi a terra, finché scoppiano. Aspettiamo che il bambino ci guardi prima di rifarle, oppure lo richiamiamo dicendo: «Le rifaccio!».

Gli chiediamo di toccarle con le mani, con un piede (se riesce a stare in equilibrio su un piede solo), con un bastoncino (per coloro ai quali dà fastidio il sapone).

Descriviamo le caratteristiche delle bolle: «*Guarda come sono belle... grandi... piccole... Guarda come scoppiano... come vanno in alto... in basso. Arrivano sul naso... sulla manina...* ».

Proviamo a far soffiare il bambino e a introdurre il turno, una volta io, una volta tu». È importante condurre il gioco e non perdere mai il controllo della situazione; saremo noi a decidere quando smettere e quando cambiare gioco, prestando molta attenzione al bambino e ai suoi desideri da una parte, ai nostri obiettivi dall'altra.

Giochi con i palloncini

Materiall: palloncini di forme e colori vari; da gonfiare con la bocca o con la pompa.

Funzioni: attenzione congiunta; sintonizzazione emotiva. L'attenzione congiunta si ottiene attraverso : il suono del pallone che si gonfia, sia con il fiato, producendo un certo tipo di suono, sia con la pompa, producendo un altro suono, più ritmico; la visione del palloncino che aumenta di volume, coprendo il viso di chi lo gonfia o crescendo sullo stelo della pompa; il colore brillante del palloncino; le forme che assume; il meccanismo della pompa; il rumore e il movimento improvviso del palloncino che vola per la stanza sgonfiandosi; il dolce movimento nell'aria del palloncino annodato; la possibilità di prenderlo facilmente al volo. In tutti questi casi, il divertimento può essere condiviso creando un'emozione congiunta. Lo scoppio di un palloncino offre la possibilità di condividere anche lo spavento.

Attività ludico - terapeutiche

Chiediamo al bambino di guardarci mentre gonfiamo un palloncino e di osservare come lo gonfiamo . Lo lasciamo andare seguendo con lo sguardo la sua traiettoria mentre si sgonfia; chiediamo al bambino di guardare a sua volta, quindi indichiamo con il dito e chiediamo : «Dov'è andato il palloncino?». Ripetere l'azione tante volte, chiedendo al bambino di seguire con lo sguardo insieme a noi la traiettoria del palloncino, di cercarlo e di riportarcelo; se non lo fa, lo cercheremo assieme e poi riprenderemo il gioco. Possiamo anche gonfiare il palloncino e darlo in mano al bambino, che lo può tenere oppure può farlo volare; possiamo gonfiare un palloncino e poi fargli sentire l'aria che fuoriesce tenendolo vicino al suo viso, oppure fargli prestare attenzione al rumore che fa il palloncino sgonfiandosi.

E' importante adeguarsi ai tempi di attenzione del bambino.

Facciamo volare i palloncini chiedendo al bambino di guardarli; e di farli volare in alto o verso di noi.

Avviciniamo un palloncino al viso del bambino e al nostro e guardando attraverso la trasparenza, ci potremo osservare in volto; facilitare il contatto visivo e fornire una stimolazione tattile.

Giochi con i cerchi

Materiali:cerchi colorati di legno o di plastica di circa 35 cm di diametro.

Funzioni: attenzione congiunta,; sintonizzazione emotiva, scambio di turni, imitazione.

Attività ludico – terapeutiche

Seduti di fianco al bambino con una serie di cerchi a disposizione, gli chiediamo di guardare il cerchio che abbiamo in mano e che poi lo facciamo rotolare sul pavimento; gli chiediamo seguire con lo sguardo il cerchio che rotola e dove si ferma. Lo facciamo con tutti i cerchi, descrivendone il colore, la traiettoria e il luogo dove si fermano. Lo esortiamo poi ad andare a prenderli e a portarli vicino a noi, indicando bene con il gesto il luogo dove appoggiarli. Se non lo fa da solo, andiamo a riprenderli con lui. Ripetere il gioco introducendo il turno: un cerchio lo lanciamo noi, uno il bambino. Non fermiamo il gioco se il bambino non rispetta il turno, ma lo ripetiamo, sottolineando semplicemente a chi tocca lanciare il cerchio.

Sempre nella stessa posizione, prendiamo un cerchio e chiediamo al bambino di guardarlo; lo facciamo roteare sul pavimento e lo guardiamo marcando la suspense. Quando si ferma, indichiamo con il dito il cerchio che sta per fermarsi e commentiamo con enfatiche espressioni sonore verbali l'avvenimento.

Raccogliamo i cerchi e li diamo al bambino; ci posizioniamo di fronte a lui e gli chiediamo di lanciarli verso di noi. Usiamo espressioni di contentezza ogni volta che il bambino lancia un cerchio, anche se non ci arriva vicino; diamo un senso al suo gesto, prendendo il cerchio e dicendo: *“Grazie, l'ho preso”*. In questo modo, è probabile che via via il bambino lanci il cerchio nella nostra

direzione con un'approssimazione sempre maggiore.

Giochi con la palla

Materiali: una ventina di palle di varie dimensioni, di colori e materiali diversi (palline da tennis dure, morbide di spugna, palline sonore, ecc.); cestini grandi; scatoloni; un canestro giocattolo da basket; contenitore trasparente.

Funzioni: attenzione; attenzione congiunta; imitazione; condivisione emotiva; scambio di turni.

Attività ludico - terapeutiche

Seduti per terra di fronte al bambino, con le gambe distese e aperte, prendiamo una palla grossa, con disegni a colori vivaci. La facciamo girare su se stessa e chiediamo al bambino di guardare; la guardiamo insieme a lui indicandola e dopo un po' la fermiamo con un dito. Chiediamo al bambino di provare.

Da una distanza di 2-3 metri gli chiediamo di guardarci e gli mostriamo la palla; gliela lanciamo e gli chiediamo di prenderla con le mani. Il lancio deve avvenire con un gesto lento e preciso, aspettando quindi qualche secondo e gli chiediamo di ributtarcela.

Se non sa ancora prendere la palla al volo, oppure non desidera farlo, lo posizioniamo in modo da lanciargli lentamente la palla facendogliela fermare in grembo. In questo modo, considereremo come una risposta al nostro invito a rilanciare la palla anche il semplice gesto di spingerla via da se.

Ci muniamo di una scatola con numerose palle. Mettiamo un cesto a qualche metro di distanza; ci mettiamo di fianco al bambino, gli mostriamo una palla, gli chiediamo di guardare e la lanciamo. Lanciamo via via le palle, chiedendo sempre al bambino di guardare con noi la palla che viene lanciata. Facciamo fare a lui la stessa azione, guardiamo insieme ed enfatizziamo i commenti. Gratifichiamo il bambino quando lancia e guarda; anche se non riesce a centrare il cesto.

Lanciamo al bambino la palla con le mani, chiedendogli di prenderla

e di ributtarcela allo stesso modo, per alcune volte. Gliela buttiamo a quindi con i piedi e gli chiediamo di rilanciarla con i piedi, ripetendo più volte. Anche se il bambino fa fatica a cambiare modalità, continuiamo il gioco alternando le modalità con gesti lenti e precisi, accettando però la sua forma di risposta, anche se diversa dalla richiesta.

Giochi di contatto

Materiali: materassi, teli, stoffe, pallone grande gonfiabile da psicomotricità, palloncini, registratore, carillon.

Funzioni: scambio di contatto fisico, accettazione e sopportazione del contatto, condivisione del piacere del contatto; scambio di sguardi; scambio di voce; creazione di un'alternanza nei tempi dello scambio.

Attività ludico - terapeutiche

Ci mettiamo seduti vicino al bambino, a sua volta seduto o sdraiato. Lo copriamo con un telo e giochiamo a cercarlo. Se non si scopre, proviamo a dire: *“Vedo qualcosa muoversi! Vedo un piedino! Vedo una manina!..”* Quando si scopre, o quando decidiamo di scoprirlo, enfatizziamo l'avvenimento con delle frasi: *“Ti ho trovato! Eccoti qua!*, accompagnando la voce con gesti molto espressivi

Col bambino seduto comodamente di fronte a noi; battiamo le mani e gli chiediamo di batterle a sua volta. All'inizio guidiamo il suo movimento, per modulare il tono muscolare che è spesso anomalo e che a volte gli impedisce di compiere queste azioni.

Avviciniamo le nostre mani a quelle del bambino, esercitando una pressione leggera e adattandoci alla sua resistenza. Battiamo le mani contro le sue, via via più forte o più piano, in base alla sua risposta. Lo aiutiamo, guidando le sue mani, a rispondere con un movimento adeguato. Accompagnamo questi gesti con la voce, cantando o recitando una filastrocca, facendolo muovere avanti e indietro, facendogli flettere le braccia o le gambe.

Giochi di movimento

Materiall: materassini, cuscini, tavoli, scatoloni, teli.

Funzioni: attivazione e sintonizzazione emotiva; emozione congiunta; intenzione congiunta; fiducia e attaccamento; sincronizzazione di sensazioni cinestesiche con sensazioni tattili, uditive, visive.

Attività ludico - terapeutiche

Facciamo salire il bambino , su un tavolo o sul lettino. Mettiamo per terra un materassino morbido; chiediamo al bambino di saltare e lo aspettiamo a braccia aperte, pronunciando il suo nome. Ripetiamo il gioco molte volte. Se il bambino non sa saltare, lo facciamo partire da seduto, posizionandolo bene, prendendogli quindi le mani. Gli chiediamo poi di saltare partendo da eretto, dapprima prendendogli le mani e poi chiedendogli di farlo senza. Agevoliamo e la risalita sul piano mettendo sedie, cuscini o altro.

Mettiamo una serie di cuscini in fila, visualizzando bene il percorso, ponendo alla fine di esso un oggetto di particolare interesse per il bambino. Lo invitiamo a seguire il percorso e glielo facciamo fare più volte. Introduciamo successivamente qualche variabile, ad esempio: *facciamo il percorso insieme tenendoci per mano... Fai il percorso da solo... Fai il percorso gattonando... Fai il percorso saltando. . . Porta questa palla nel cesto in fondo al percorso. . . Porta da mangiare all'orso che sta in fondo al percorso... Vieni da me che ti aspetto in fondo al percorso.* Il bambino svolgerà il compito di venire verso di noi secondo il livello di relazione che conosce e che sa padroneggiare .

È utile comunque rispondere con approvazione e commenti positivi al momento di massimo avvicinamento, sia esso in braccio o a qualche metro di distanza.

Posizioniamo degli scatoloni senza fondo in fila, in modo da costruire un tunnel: ci entriamo dentro e usciamo dall'altra parte. Chiediamo al bambino di fare la stessa cosa; lo aspettiamo dalla parte opposta

a quella da cui è entrato e, quando arriva, lo festeggiamo e gli diciamo qualcosa che gradisce. Se entra con piacere nel tunnel, possiamo rincorrerlo o giocare a nascondino. Se fa fatica a entrare, all'inizio ci accontentiamo che si affacci solo all'ingresso.

Giochi con oggetti

Materiali: sacchetti di stoffa, scatole, oggetti piccoli che piacciono al bambino (animaletti e personaggi di gomma, animali sonori, palline, collane, sonagli, ecc.), teli o foulard.

Funzioni: attenzione congiunta.

Attività ludico - terapeutiche

In un sacchetto mettiamo una serie di giochi graditi al bambino; ci sediamo vicino o di fronte a lui; infiliamo la mano nel sacchetto, prendiamo un oggetto glielo mostriamo, con un commento gestuale e verbale.

Gli lasciamo esplorare per un po' l'oggetto, poi lo riponiamo in una scatola, proponendone un altro, e così via. Occorre essere sufficientemente veloci nel far vedere l'oggetto successivo, quando mettiamo via il precedente e enfatizzare la ricerca dell'oggetto e la sorpresa. Può essere utile far cadere dall'alto l'oggetto nella scatola, creando così una sequenza di azioni: osservare l'oggetto, manipolarlo, buttarlo nella scatola, guardandolo cadere.

Successivamente possiamo mostrare al bambino l'oggetto, nascondendolo con diverse modalità: coperto solo parzialmente da un foulard lasciandolo in realtà ben visibile, per arrivare poi, attraverso una serie di variazioni, a un nascondiglio difficile anche al di fuori dello spazio-gioco usuale.

Giochi costruttivi

Materiali: cestini, scatole, stoffe, carta, gomitoli di lana, giornali, maglie vecchie da disfare, graffette metalliche e altri materiali adatti a essere smontati, strappati, spezzettati; gettoni, bottoni, tappi, contenitori di plastica, rocchetti di filo, contenitori di rullini fotografici, portauova di cartone, ecc. Altri materiali utili sono: animaletti, verdure e frutti di plastica, mezzi di trasporto, giochi a incastro e di costruzione, scatole con buchi di forma diversa, ecc.

Funzioni: la calma e la concentrazione che derivano al bambino dallo svolgere queste attività si riflettono sulla consapevolezza della presenza e dell'importanza della persona che organizza e regola il gioco. Condivisione dell'emozione, quindi, legata al piacere della ripetizione e al concetto di .finito..

Attività ludico - terapeutiche

Facciamo sedere il bambino di fronte a noi; lo posizioniamo bene con le gambe aperte; quindi ci sediamo facendo toccare i suoi piedi con i nostri. Nell'area circoscritta dalle nostre e dalle sue gambe, collochiamo degli oggetti come fogli di carta da strappare, pezzi di materiale da sminuzzare, tessuti di maglia da disfare, graffette di metallo da aprire e rompere, corde annodate da districare, ecc. Con il suo aiuto poniamo il materiale "lavorato" in una scatola, il segnale di fine sarà dato dal fatto che non ci sarà più materiale intero.

Il bambino potrà via via diventare più abile e collaborare all'organizzazione del materiale, per esempio mettendo lui stesso il materiale lavorato nella scatola, oppure prendendo il materiale da lavorare da un cestino e mettendo quello lavorato nella scatola.

Il gioco può diventare più costruttivo se da questi contenitori, gli oggetti vengono spostati in un altro, ad esempio: tappi che si infilano in un barattolo col coperchio in cui abbiamo praticato un buco rotondo; bottoni che si infilano in un salvadanaio; chiodini che si infilano nella base apposita, ecc.

A tavolino, vicino o di fronte al bambino, con una scatola piena di

animali , di frutta o di palline di molte specie, cominciamo a classificare gli oggetti: mettiamo in un posto i cavalli, in un altro gli animali da cortile, in un altro ancora le mucche, e così via. Chiediamo al bambino di fare altrettanto; osserviamo il suo modo di classificare , commentando il criterio da lui usato e dando, se opportuno, poche indicazioni verbali o gestuali per far condividere al bambino un certo tipo di classificazione. Possiamo fare questo gioco anche sul pavimento, mettendo dei foulard colorati per indicare lo spazio dove va posizionata ogni cosa: su uno la frutta, su un altro le verdure, su un altro ancora gli animali, e così via.

CONCLUSIONI

2003: Anno Europeo dei Disabili, definito così ufficialmente dal Consiglio dell'Unione Europea del 3 dicembre 2001, per **stimolare la riflessione e promuovere lo scambio di esperienze, sostenere la piena integrazione scolastica e sociale.**

L'espressione "**disabilità**" sottolinea il deficit, ciò che manca rispetto a una "abilità", rispetto alla normalità.

Molte persone che sono state definite prima "handicappate" ora sostengono con forza che il termine da usare sia quello di "**diversabilità**", tra queste Claudio Imprudente, Presidente del Centro di Documentazione Handicap di Bologna, afferma che spesso i termini utilizzati per indicare un deficit, hanno poco a che vedere con la fiducia.

Diversabile è un termine positivo e propositivo che mette in evidenza l'essere diversamente abile di molte persone con deficit.

Non si deve mai comunque dimenticare il deficit e l'handicap.

Orientarsi alle diversabilità, non deve significare negare le reali e gravi necessità di chi ha un deficit che va riconosciuto, valutato, abilitato e riabilitato.

Riferito a questa specifica patologia il termine "**diversabilità**" è particolarmente corretto.

Le "diverse abilità" dei soggetti affetti dalla AS sono spesso notevoli: la precisione maniacale nei confronti di alcuni interessi, consente loro di raggiungere abilità, che possono essere sfruttate a livello professionale, a patto che il contesto sociale sappia accettare le loro stranezze.

Questa disponibilità a comprendere la diversità e a vedere, accanto ai limiti, le potenzialità e l'originalità, rappresenta la base su cui può essere costruita l'integrazione sociale del bambino e successivamente dell'adulto con AS.

Asperger infatti, conclude il suo articolo con un paragrafo dal titolo: "Valenza sociale degli psicopatici autistici", dove si pone la domanda di quale ruolo questi bambini, una volta adulti, potranno occupare nella comunità sociale.

Asperger risponde con ottimismo, ritenendo che, in molti casi, l'integrazione sociale di questi bambini risulta positiva, soprattutto sul piano professionale, pur permanendo le difficoltà di relazione sociale.

Conclude, affermando *"Noi troviamo che anche queste persone hanno dunque il loro ruolo nell'organismo della comunità sociale, un posto che essi occupano pienamente, taluni forse come nessun altro potrebbe"*.

Questo era il pensiero di Asperger, nel 1943. Sessant'anni dopo, la domanda da porci è: "oggi siamo in grado di garantire le stesse possibilità di integrazione sociale, prospettate dal medico austriaco, ai bambini, agli adolescenti e agli adulti con AS?"

Una risposta positiva è rappresentata dall'impegno comune con cui, genitori, clinici, insegnanti, educatori, operatori sanitari, comunità locali, Istituzioni, operano per favorire lo sviluppo e l'integrazione delle persone diversabili.

Quanto è emerso da questa trattazione, è confermato dal **Manifesto per la riabilitazione del bambino** a cura del Gruppo Italiano per la Paralisi Cerebrale Infantile (Ottobre 2000) che definisce il ruolo della riabilitazione fornendo specifiche linee guida al fisioterapista.

I punti essenziali del manifesto sono i seguenti:

1) La **riabilitazione** è un processo complesso teso a promuovere nel bambino e nella sua famiglia la migliore qualità di vita possibile. Con azioni dirette e indirette essa si interessa dell'individuo nella sua globalità fisica, mentale, affettiva, comunicativa e relazionale (*carattere olistico*) coinvolgendo il suo contesto familiare, sociale e ambientale (*ecologico*). La riabilitazione si compone di interventi integrati di rieducazione, educazione, assistenza.

2) La **rieducazione** è competenza del personale sanitario ed ha per obiettivo lo sviluppo e il miglioramento delle funzioni adattive. Essa rappresenta un processo discontinuo e limitato nel tempo che deve necessariamente concludersi quando, in relazione alle conoscenze più aggiornate sui processi biologici del recupero, per un tempo ragionevole non si verificano cambiamenti significativi né nello sviluppo né nell'utilizzo delle funzioni adattive .

3) La **educazione** è competenza della famiglia, del personale sanitario e dei professionisti del settore ed ha per obiettivo sia la preparazione del bambino ad esercitare il proprio ruolo sociale (*educare il disabile*) sia la formazione della comunità, a cominciare dalla scuola, ad accoglierlo e integrarlo (*educare al disabile*), per aumentare le risorse ed accrescere l'efficacia del trattamento rieducativi.

...).

10) Il gruppo di lavoro deve essere composto da personale specializzato (medici, psicologi, terapisti, infermieri, tecnici, ecc.), essere numericamente adeguato rispetto ai bambini in carico, operare in modo interprofessionale ed in sinergia con la famiglia e le strutture sociali, disporre del tempo necessario anche per la raccolta di informazioni oggettive sull'evoluzione clinica di ciascun paziente e per la discussione interdisciplinare del caso. Il gruppo di lavoro deve garantire una gestione unitaria e complessiva dell'intervento riabilitativo (globalità) realizzare il progetto terapeutico attraverso programmi selettivi e mirati (specificità), erogarli tempestivamente (efficienza) e per il tempo necessario (efficacia) sin dalla prima infanzia quando maggiori sono le possibilità di influenzare favorevolmente lo sviluppo del bambino .

L'attività terapeutica deve avvenire in locali dedicati, sufficientemente ampi ed accessibili e dotati di attrezzature appropriate.

...) ...

13) La presa in carico riabilitativa deve comprendere il coinvolgimento attivo della famiglia attraverso il processo di comunicazione della diagnosi e della prognosi, la determinazione degli obiettivi e la scelta degli strumenti, l'assegnazione dei compiti e l'adattamento del contesto di vita fisico, psicologico e sociale (cultura della partecipazione).

Siti Web

Autismo e disturbi dello sviluppo

Rivista scientifica italiana dedicata al lavoro psicoeducativo e clinico sui disturbi dell'autismo

<http://www.erickson.it>

ERRE come riabilitazione

Problematiche sociali della riabilitazione

<http://www.hsantalucia.it>

HP – Accaparrante

Disagio sociale, handicap, formazione, scuola e integrazione

<http://www.accaparlante.it>

Informautismo

<http://www.autismoitalia.org>

Ciclo educativo e disabilità

Aspetti psicologici, sociali, educativi, riabilitativi/abilitativi

<http://www.lifespan.it>

www.asperger.it

www.autismile.com

www.autismoonline.it

www.camicipegiami.org. Gruppo Asperger

Bibliografia

- 1) Aarons M. e Gitters T, (1990), E' autismo?; Trento Erickson
- 2) American Psychiatric Association (1994) Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th edition. Washington, DC. American Psychiatric Association.
- 3) Argyle M. (1972) Il comportamento sociale; Bologna , Il Mulino
- 4) Asperger, H. (1944) 'Die Autistischen Psychopathen.' In Kindesalter, Archiv. Fur psychiatrie und Nervenkrankheiten 17, 76-136.
- 5) Asperger, H. (1979) 'Problems of infantile autism.' Communication, Journal of the National Autistic Society 1979.
- 6) Asperger, H. (1991) 'Autistic psychopathy in childhood.' In U. Frith (ed) Autism and Asperger's Syndrome. Cambridge: Cambridge University Press.
- 7) Attwood, T , Frith, V. and Hermelin, B. (1988) 'The understanding and use of interpersonal gestures by autistic and Down's Syndrome children', Journal of Autism and Developmental Disorders 18,2, 241-257.
- 8) Baron-Cohen, S., Campbell, R., Karmoff-Smith, A., Grant, J. and Walker, J. (1995) , Are children with autism blind to the mentalistic significance of the eyes?' British Journal of Developmental Psychology 13, 379-398.
- 9) Botroff, V., Bantak,L., Langford, P., Page, M. and Tong, B. (1995) 'Social cognitive skills and implications for social skills training in adolescents with autism.' Flinders University, Adelaide, Australia. Paper presented at the 1995 National Autism Conference.
- 10) Canevaro A. Ianes D. (2003) Diversabilità. Trento, Erickson
- 11) Cesaroni, L. and Garber, M. (1991) 'Exploring the experience of autism through first hand accounts.' Journal of Autism and Developmental Disorders 21, 303-313.
- 12) Courchesne, E. (1995) 'New evidence of cerebellar and brainstem hypoplasia in autistic infants, children and adolescents.' Journal of Autism and Developmental Disorders 25, 19-22.
- 13) De Meo T. Vio C. e Maschietto D (2002) Intervento cognitivo nei disturbi autistici e di Asperger, Trento, Erickson

- 14) Ehlers, S. and Gillberg, C. (1993) 'The epidemiology of Asperger's Syndrome - A total population study.' *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 34, 1327-1350.
- 15) Eisenmajer, R., Prior, M., Leekman, S., Wing, L., Gould, J., Welham, M. and Ong, B. (1996) 'Comparison of clinical symptoms in autism and Asperger's Syndrome.' *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 35, 1523-1531.
- 16) Frith, U. (1991) , 'Asperger and his syndrome.' In U. Frith (ed) *Autism and Asperger Syndrome*. Cambridge: Cambridge University Press.
- 17) Garnett, M.S. and Attwood, A.J. (1995) 'The Australian Scale for Asperger's Syndrome.' Paper presented at the 1995 Australian National Autism Conference, Brisbane, Australia.
- 18) Gillberg, C. (1983) 'Perceptual, motor and attentional deficits in Swedish primary school children: Some child psychiatric aspects.' *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 24, 377-403.
- 19) Grandin, T. (1984) 'My experiences as an autistic child and review of related literature.' *Journal of Orthomolecular psychiatry*, 13, 144- 174.
- 20) Gray, C. (1994) *Comic Strip Conversations*. Arlington: Future Horizons. Gray, C. (1996) *The Sixth Sense*. Unpublished manuscript.
- 21) Happe, F. (1991) 'The autobiographical writings of three Asperger's Syndrome adults: Problems of interpretations and implications for theory.' In U. Frith (ed) *Autism and Asperger's Syndrome*. Cambridge: Cambridge University Press.
- 22) Happe, F., Ehlers, S., Fletcher, P., Frith, U., Johansson, M., Gillberg, C. Dolan, R., Frackowiak, R. and Frith, C. (1996) 'Theory of mind: in the brain. Evidence from a PET scan study of Asperger's syndrome.' *Clinical Neuroscience and Neuropathology* 8, 197-201.
- 23) Manjiviona, J. and Prior, M. (1995) 'Comparison of Asperger's Syndrome and high-functioning autistic children on a test of motor impairment', *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 25,23-39.
- 24) Marriage, K. Miles, T. Stokes, D. Davey, 'Comparison of

Asperger's Syndrome and High – Functioning Autistic children on a test of motor impairment', *Journal Developmental Disorders*, 25, 23-39.

25) Mesibov, G.B. (1984) 'Social skills training with verbal adolescents and adults; A program model. ' *Journal Developmental Disorders* 14, 395-404.

26) Micheli E. Xaiz C. (2001) *Gioco e interazione sociale nell'autismo*. Trento, Erickson

27) Minshow, N.J., Goldstein, G., Muenz, L.R. and Poyton, J. (1992) 'Neuropsychological functioning in nonmentally retarded Autistic individuals. ' *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology* 14, 749-761.

28) Prior M. and Hoffman, W. (1990) 'Brief report: Neuropsychological testing of autistic children through an exploration with frontal lobe tests. ' *Journal of Autism and Developmental Disorders* 20, 581-590.

29) Realmuto, A. and August, G.J. (1991) 'Catatonia in autistic disorder: A sign of comorbidity or variable expression? *Journal of Autism and Developmental Disorders* 21, 517-528.

30) Schopler, E. and Mesibov, G.P. (eds) (1992) *High Functioning Individuals with Autism*. New York: Plenum Press.

31) Simblett, G.J. and Wilson, D.N. (1993) 'Asperger's Syndrome. Three cases and a discussion.' *Journal of Intellectual Disability Research* 85-94.

32) Szabo, C.P. and Bracken, C. (1994) 'Imipramine and Asperger's letter to the editor .' *Journal of the American Academy of Child and Adolescent psychiatry* 33, 431-432.

33) Szatmari, P., Archer, L., Fisman, S., Streiner, D.L. and Wilson, F. (1995) 'Asperger's Syndrome and autism: Differences in behaviour, cognition and adaptive functioning.' *Journal of the American Academy of Child and Adolescent psychiatry* 34, 1662-1671.

34) Szatmari, P., Bartolucci, G., Finlayson, M. and Tuff L. (1990) 'Asperger's Syndrome and Autism: Neurocognitive aspects.' *Journal of the American Academy of Child and Adolescent psychiatry* 29, 130-136.

35) Tantam, D. (1988) 'Lifelong eccentricity and social isolation:

Asperger's Syndrome or Schizoid Personality Disorder?' *British Journal of Psychiatry* 153, 783-791.

36) Volkmar, F.R., Klin, A., Schultz, R., Iacono, R., Sparrow, S. and Cohen, D.J. (1996) 'Asperger!' of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 8.8. and White, M.S. (1987) 'Autism from Hypotheses 24, 223-229.

37) Wing, L. (1981) , Asperger's Syndrome: A clinical Psychological Medicine II, 11 5-130.

38) Wing, L. (1992) , Manifestations of social problem autistic people.' In E. Schopler and G. Mesibov *Functioning Individuals with Autism*. New York: Plenum Press

39) Wing, L. and Attwood, A. (1987) 'Syndromes of a development.' In D. Cohen and A. Donnellan (eds) *Handbook of Autism and Pervasive Developmental Disorders*. New York John Wiley and Sons.

