

## 04.Quarta Unità

# MODELLI RIABILITATIVI ED HANDICAP GRAVE (AUTISMO)

### PREMESSA

#### Le possibilità d'intervento

In questo lavoro affronteremo la necessità di conoscenza del “diversamente abile” sotto tutti i punti di vista: dalle caratteristiche del danno fisiologico, di cui è portatore, alle sue abilità residuali, poiché ciò risulta essere indispensabile per inquadrare le possibilità del recupero attraverso interventi di riabilitazione mirati e perché sussiste una relazione stretta tra conoscenza del danno e recupero scolastico

Sia il sordastro, come l'emiplegico possono essere handicappati ma le possibilità di recupero dipendono da caratteristiche individuali e dalla conoscenza delle conseguenze prodotte dal danno sul piano fisio-psichico.

Il tipo di didattica che attiveremo per i disturbi di apprendimento di un sordastro sarà sicuramente molto diversa da quella relativa ai disturbi di un emiplegico poiché, molto probabilmente, il primo non avrà disturbi motori che invece sono tipici dell'emiplegico, del paraplegico o, molto spesso, di chi ha subito una sofferenza cerebrale.

E' pur vero che fenomeni identici, come la disgrafia, dislessia, discalculia in soggetti con diversa patologia (disturbi caratterizzati da un danno genetico, come il morbo di Down, e da cause scolastiche, caratterizzate, per esempio, da troppo anticipato apprendimento scolastico), non permettono uno stesso trattamento didattico. Infatti un bambino “normodotato” che, causa un prematuro inizio d'attività d'apprendimento richiedente un'adeguata maturità motoria e pratica, presenta disfunzioni di tipo prattognosico (disgrafia), non può essere “trattato” allo stesso modo, di un bambino affetto da cerebropatia congenita che presenta le stesse difficoltà disgrafiche.

Ma anche all'interno della stessa categoria di handicap si avranno delle differenziazioni rispetto alle manifestazioni individuali e sta in questa complessità la necessità della personalizzazione dei percorsi e degli interventi, mai generalizzabili o fissati una volta per tutte.

Si indicano, nel quadro sinottico seguente<sup>1</sup>, i tipi di handicap che, in genere si possono trovare nella scuola. La gravità, che viene valutata attraverso l'esame delle cause e delle conseguenze sui vari piani - fisici, intellettivi, emotivi, del comportamento - segue una via tassonomica che nel quadro sinottico va dall'alto verso il basso, anche se occorre considerare che un danno prenatale - di per sé piuttosto grave perché congenito - potrebbe essere di minima entità, mentre un danno postnatale, cioè insorgente quando il soggetto è normale, può viceversa presentarsi come molto grave.

Quindi, nonostante le numerose eccezioni, di cui bisogna tener conto, il principio rimane valido; in particolare il quadro eziologico-fenomenico delle encefalopatie infantili è molto ampio poiché va dalle gravi insufficienze mentali e dai danni genetici (non sempre presenti nella scuola) ai danni cerebrali di lieve entità e alle immaturità emozionali, che tuttavia richiedono una didattica particolare. Inoltre, alcuni disturbi, in apparenza molto diversi, possono avere un'eziologia analoga:

---

<sup>1</sup> L.TRISCIUZZI, L'integrazione dei bambini handicappati, in “La scuola di base. Continuità e integrazione”, La Nuova Italia, Firenze, 1990

si differenziano principalmente per una diversa estensione e sede della lesione anatomica e per un diverso grado di gravità.

L'intervento va mirato in base alla conoscenza delle cause del danno e della possibile «sede» della causa altrimenti è possibile che, a lungo andare, invece che alleggerirsi, il danno si aggravi.

Non si può dunque prescindere, in un corretto processo d'integrazione, dalla conoscenza di ciò che può essere definita la "causale" dell'intervento stesso.

Oltre alle attenzioni sopraddette, occorre riconoscere anche, per il diversamente abile, la necessità di svolgere un'attività scolastica che soddisfi la continuità del processo di apprendimento e di crescita sociale, poiché per tutti, normodotati e non, lo sviluppo psicosociale, anche se con ritmi diversi, è un processo senza soluzione di continuità.

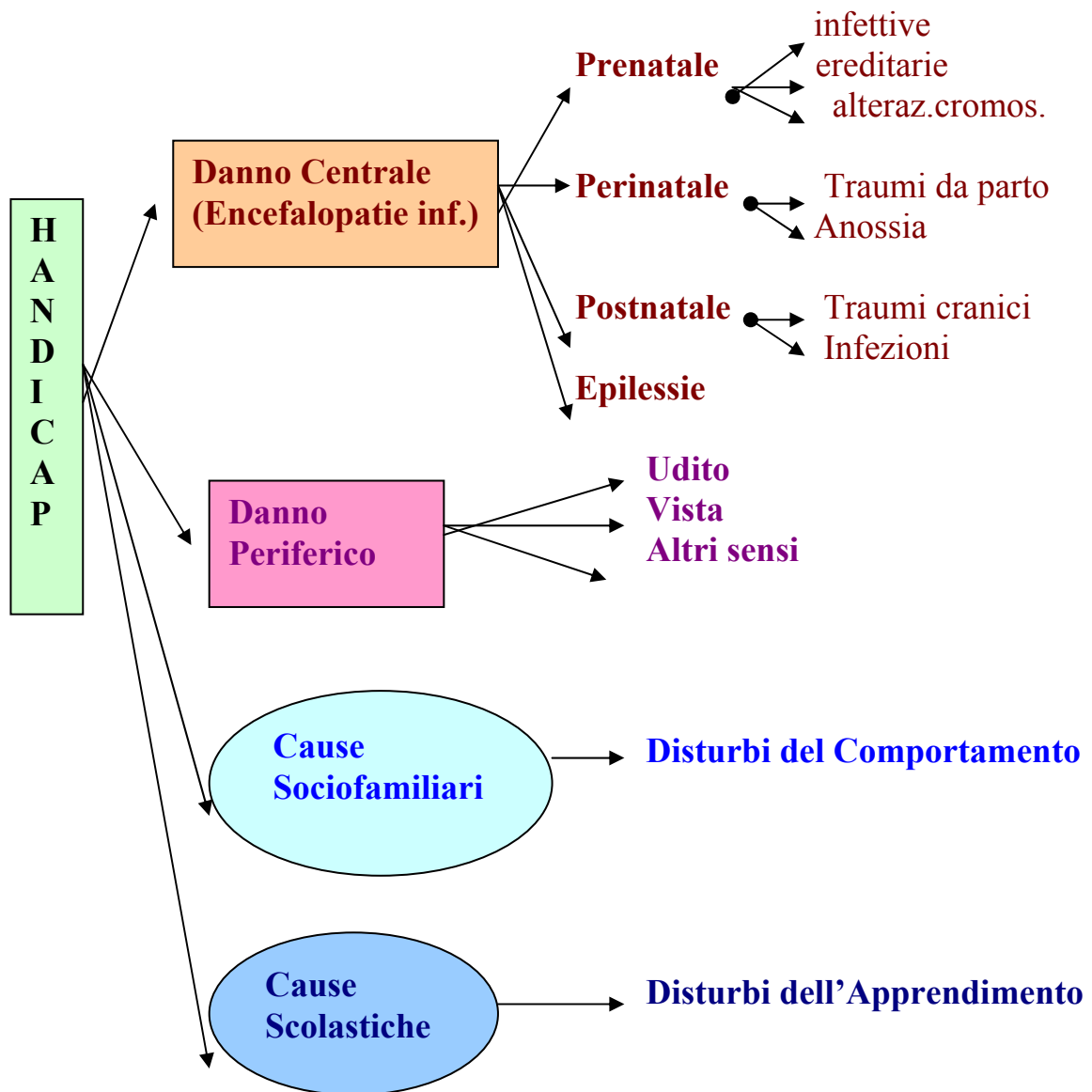
Lo sforzo dei docenti di classe e di sostegno sarà quindi rivolto ad individuare gli elementi che costituiscono i punti di riferimento comuni, graduati, ma costanti, tra i diversi ordini di scuola, costruendo il P.E.I. secondo una continuum di acquisizioni e di apprendimenti senza "salti" e arricchendo il Portfolio di ciascuno di tutte quelle documentazioni osservazioni, valutazioni indispensabili per ricostruirne il percorso di riabilitazione e di sviluppo.

Appare logico - oltre che epistemologico – "partire innanzi tutto dall'ambiente socio-culturale in cui l'allievo vive: qui va rintracciato quell'insieme di stimolazioni che creano quei bisogni psicosociali e quelle aspettative che dovranno trovare risposte nei contenuti scolastici. Questi ultimi, a loro volta, costituiscono «il tessuto connettivo» per la formazione dei processi mentali e delle strutture comportamentali utilizzabili nella crescita psicosociale."<sup>2</sup>

---

<sup>2</sup> cfr. Trisciuzzi, 1985, Op.cit.pag.159

## Quadro sinottico de i tipi di handicap



Riteniamo utile riportare il seguente schema illustrativo di L.Trisciuzzi in cui viene trattato il problema del rapporto tra bisogni psicosociali (A), contenuti scolastici (B), processi mentali e comportamentali (C) e livello di capacità intellettuale del soggetto (D).

“Gli stadi dello sviluppo del bambino, sia normodotato che handicappato, si commisureranno in C: questi «punti d'arrivo» sono raggiunti quando non sussiste uno sfasamento tra A e D, che in piena parità concorrono nel trasferire in B (la scuola) aspirazioni e capacità di tradurle in processi mentali

e comportamentali. Una «lettura» interpretativa dello schema (sottoriportato) - ci riferiamo a titolo d'esempio alla scuola elementare - ci fa capire che al bisogno psicosociale del bambino di interpretare e controllare la realtà segnica (leggere e comprendere le informazioni e le relazioni del mondo reale) la scuola offre gli «strumenti», ossia dei contenuti (B), che si concretano nell'apprendimento della lettura, scrittura e misura, assieme all'acquisizione di processi mentali (C) di spazio, tempo e pensiero logico. Per raggiungere questo livello di socializzazione, l'insegnante deve poter far assegnamento su determinate capacità intellettive ed emotive dello scolaro (D). In altre parole, l'insegnante fa leva su A e D (i bisogni e le capacità) e per mezzo di B (i contenuti) raggiunge C, i processi mentali che lo scolaro utilizzerà in contesti e tempi diversi.

Quanto detto ci porta necessariamente a perlomeno due riflessioni sul problema dell'handicappato. Una concerne il diverso apporto regolativo di quelle due «variabili» che abbiamo definite A e D: nell'handicappato, diversamente che nel normodotato, necessita partire da D e non da A. Ciò significa che i ritmi di sviluppo vengono regolati «artificialmente» da una funzione «sussidiaria» e interna, come le capacità del soggetto, anziché da una esterna, ma fondamentale, come la società.

La seconda riflessione, che rappresenta il corollario di quanto è stato finora detto, riguarda l'assoluta necessità di iniziare quanto prima l'attività integrativa dell'handicappato nell'ambiente sociale del normodotato. Soltanto un precoce inserimento permette - nei limiti del possibile - un tempestivo allineamento di A con D, ossia del rapporto tra i bisogni psicosociali e le capacità di realizzarli.<sup>3</sup>

### QUADRO DELLO SVILUPPO PSICOSOCIALE NEI TRE ORDINI DI SCUOLA

<i>A</i> <i>Bisogni psicosociali</i>	<i>B</i> <i>Contenuti scolastici</i>	<i>C</i> <i>Processi mentali e comportamentali</i>	<i>D</i> <i>Livello di capacità</i>
<b>SCUOLA MATERNA anni 3 - 6</b>			
regolare i rapporti interpersonali con giochi e linguaggio	autocontrollo del comportamento e del pensiero	gioco simbolico; rappresentazione articolata della realtà	pensiero simbolico; pensiero intuitivo
<b>SCUOLA ELEMENTARE anni 6 - 11</b>			
regolare e controllare la realtà segnica	lettura scrittura misura	spazio, tempo, pensiero logico	pensiero operatorio concreto
<b>SCUOLA MEDIA DELL'OBBLIGO anni 11- 14</b>			
interpretare la realtà	attività di lavoro;	apprendimento di tutto	pensiero operatorio e

<sup>3</sup> Trisciuzzi,, Op.cit.

tecnico scientifica e normativa	documentazione, ricostruzione storica e funzionale	ciò che è sociale, culturale, scientifico	formale
---------------------------------	--	---	---------

## Integrazione e facilitazione

Come abbiamo già potuto constatare nei precedenti interventi, esistono in Italia chiare e avanzate disposizioni normative riguardanti l'integrazione scolastica delle persone disabili (Legge 104/1992, sui diritti della persona disabile, D.P.R.1994, Atto di indirizzo e coordinamento relativo ai compiti delle unità sanitarie locali in materia di alunni portatori di handicap, che ne regola l'attuazione), l'obbligatorietà della diagnosi precoce e di un'attività di prevenzione permanente che tuteli i bambini fin dalla nascita.

Dalla normativa esistente si evincono indicazioni riguardanti:

- l'*individuazione* dell'alunno disabile da parte degli specialisti competenti,
  - la stesura della cosiddetta *diagnosi funzionale* derivante dall'acquisizione di elementi clinici e psicosociali (ossia la descrizione analitica della compromissione funzionale dello stato psicofisico dell'alunno...), cui provvede l'Unità Multidisciplinare composta: dal medico specialista nella patologia segnalata, dallo specialista in neuropsichiatria infantile, dal terapeuta della riabilitazione, dagli operatori sociali in servizio presso l'ASL o convenzionati. Essa deve tenere particolarmente conto delle potenzialità registrabili in ordine all'aspetto:
    - cognitivo (livello di sviluppo raggiunto e capacità di integrazione delle competenze);
    - affettivo-relazionale (livello di autostima e rapporto con gli altri);
    - linguistico (comprensione, produzione e linguaggi alternativi);
    - sensoriale (tipo e grado di deficit con particolare riferimento alla vista, all'udito, e al tatto);
    - motorio-prassico (motricità globale e motricità fine);
    - neuropsicologico (memoria, attenzione e organizzazione spazio temporale);
  - autonomia personale e sociale.
  - la redazione di un *Profilo dinamico Funzionale*, dopo un periodo di inserimento scolastico, che indichi il prevedibile livello di sviluppo che l'alunno in situazione di handicap dimostra di possedere nei tempi brevi (sei mesi) e nei tempi medi (due anni). Esso viene redatto da parte dell'Unità Multidisciplinare, in collaborazione con i docenti curricolari e specializzati della scuola (che riferiscono sulla base delle osservazioni dirette ovvero in base all'esperienza maturata in situazioni analoghe), e dei familiari dell'alunno.
  - la stesura del *Piano Educativo Individualizzato* contenente tutto il curriculum integrato pensato per il disabile
  - i *raccordi* tra i servizi territoriali
- e, più recentemente, dalle nuove Indicazioni e Raccomandazioni Ministeriali che sostituiranno i vecchi Programmi per la scuola dell'obbligo:
- la programmazione dei *Percorsi di Studio Personalizzati (PSP)* in collaborazione con la famiglia e l'allievo
  - la predisposizione del *Portfolio* individuale per ciascun ragazzo contenente tutto il suo percorso di studi e i risultati dei suoi apprendimenti.

Dunque, l'integrazione richiede una programmazione ben mirata e documentata e il coinvolgimento di figure e servizi diversi.

A questo proposito si può procedere secondo **due diverse prospettive**.

**La prima** pone al centro della questione la persona disabile e il problema del trattamento e della riabilitazione delle sue specifiche difficoltà nel contesto integrato, predisponendo condizioni psicopedagogiche, sociali e riabilitative che, in considerazione delle caratteristiche delle disabilità e del soggetto da integrare, possano ridimensionarle.

## **Facilitazione dell'inserimento**

In quest'ottica si muovono tutti quei programmi volti ad incrementare i livelli di autonomia delle persone disabili quali: capacità di nutrirsi, lavarsi, utilizzare il bagno, curare il proprio aspetto, muoversi nell'ambiente, manipolare funzionalmente oggetti comuni, socializzare con gli altri, comunicare i propri bisogni, e stimolare le abilità scolastiche di base (leggere, scrivere, far di conto), anche in presenza di gravi ritardi mentali, in modo da permettere loro, il più precocemente possibile, di inserirsi in ambienti normali di scolarità riducendo la probabilità di comparsa di situazioni conflittuali.

La cosiddetta "facilitazione all'inserimento" mira dunque da una parte ad incrementare le abilità specifiche implicate nell'apprendimento scolastico, dall'altra a sostenere quelle necessarie per un buon adattamento al contesto scolastico comune.

La programmazione della prima tipologia di questi interventi, al di là del loro contenuto specifico, si propone dunque il decremento dei deficit diagnosticati nei soggetti che vengono inseriti nei contesti comuni e si basa generalmente su quei principi che a partire dagli anni '80, anche in Italia, hanno ispirato i cosiddetti *training centrati sui deficit* che continuano ad essere suggeriti e realizzati con successo soprattutto per affrontare le prime fasi dell'apprendimento.<sup>4</sup>

Questi programmi d'intervento sul deficit hanno come modello lo **Human Information Processing (HIP)** che tende a considerare l'organismo umano come un elaboratore d'informazioni per cui le sue prestazioni, anche quelle associate all'apprendimento scolastico, "richiedono il coinvolgimento di funzioni e processi relativi alla raccolta e alla traduzione di segnali di tipo fisico, al loro riconoscimento, alla loro memorizzazione, processazione ed utilizzazione. Il ruolo della memoria (sensoriale, di lavoro, a breve e lungo termine), delle abilità attentive e percettive, linguistiche e psicomotorie sarebbero, come noto, in relazione alle caratteristiche dei compiti di apprendimento e dei soggetti. Lo scopo principale della diagnosi è quello di individuare le disfunzioni che possono essere ritenute responsabili delle difficoltà del soggetto e, quello dell'intervento, di focalizzare la propria attenzione proprio su di esse"<sup>5</sup>.

Tutte le ricerche sviluppatesi intorno alle relazioni esistenti tra funzioni e processi, soprattutto cognitivi, hanno prodotto strumenti sempre più specifici di assessment e di programmi d'intervento che si rifanno ad un modello cognitivo-comportamentale attento alle tematiche del rinforzo, del perseguimento di obiettivi graduali e dello sviluppo funzionale delle abilità oggetto d'intervento.

---

<sup>4</sup> Vedi per approfondimenti Kirk e Kirk, 1976; Corni di, 1977; Zucco e Soresi, 1982; Soresi S. e Nota L., La facilitazione dell'integrazione scolastica, Erip editrice, Pordenone, 2001

<sup>5</sup> Soresi S. e Nota L., Op.Cit.

Secondo Kirk, un intervento efficace **“centrato sul deficit”** dovrebbe rispondere alle seguenti nove caratteristiche:

- **alla realizzazione di diagnosi di tipo educativo** (anziché legate a modelli sanitari e psicologici che non riescono a suggerire tecniche d'intervento operative concrete);
- **alla scelta di interventi "centrati" sulle prestazioni deficitarie** (occorre cioè intervenire in modo specifico sulle “aree deboli” ricorrendo magari a particolari approcci e supporti per lo sviluppo delle competenze deficitarie, mentre spesso si osservano interventi su ciò che il ragazzo sa già fare - ad esempio interventi di tipo motorio anche se non esistono tali difficoltà - più gratificanti per il docente che con ciò ingigantisce gli squilibri tra ciò che il soggetto fa bene e ciò in cui è inadeguato) ;
- **all'utilizzazione delle abilità residue e ben sviluppate** (mantenere alto il livello delle abilità già presenti usandole come punti di forza per i nuovi apprendimenti; grosse difficoltà nella lettura possono essere superate tramite l'uso di immagini, animazioni, supporti vari che permettano ugualmente la decodifica dei messaggi attraverso altri canali sensoriali)
- **al ricorso massiccio a prestazioni multisensoriali** (solo quando l'informazione ricevuta da più canali può essere integrata dal soggetto, quindi solo dopo un'attenta considerazione della natura delle menomazioni presenti e del tipo di obiettivo perseguito);
- **all'enfasi sullo sviluppo dei pre-requisiti dell'apprendimento** (gradualità attraverso la scomposizione dei compiti e la precisa individuazione delle funzioni cognitive e non coinvolte nella realizzazione di una prestazione);
- **alla costante utilizzazione di feedback** (cioè considerare con particolare attenzione il tipo di reazione che compare in seguito a ciò che si è proposto ed appreso che è funzionale al raggiungimento degli obiettivi individuati e che serve per procedere con gli interventi futuri. Essi facilitano la regolazione dell'apprendimento e aiutano ad individuare gli adattamenti programmatici necessari. Esistono diverse tipologie di feedback: quelli che gli operatori ricevono dai soggetti in seguito all'analisi delle prestazioni stimolate, quelli che gli operatori danno agli alunni dopo la comparsa della prestazione richiesta, quelli derivanti dalle stesse prestazioni attivate, che sono i più difficili da gestire dall'esterno ma importantissimi per incrementare la motivazione intrinseca e la metacognizione degli apprendimenti);
- **alla necessità di stimolare in modo funzionale le abilità** (cioè puntare su quelle abilità che sono direttamente mirate alla realizzazione delle attività di vita quotidiana, in modo da massimizzare le probabilità d'inserimento e di normalizzazione del soggetto nel suo contesto di appartenenza. Principio del “praticismo”);
- **alla necessità di intervenire il più precocemente possibile** (è professionalmente corretto iniziare molto precocemente a stimolare lo sviluppo delle abilità deficitarie, fin dai primissimi anni di vita, senza aspettare l'età della scolarizzazione per effettuare trattamenti sistematici significativi)
- **alla necessità di individualizzare l'intervento** (l'intervento è tanto più efficace quanto più risulta essere collegato alle effettive caratteristiche e necessità del soggetto interessato senza che ciò debba per forza significare allontanamento o ghettizzazione rispetto al gruppo classe).

Sono state rivolte diverse critiche a questi tipi di training, che si riportano qui di seguito.

L'enfasi rivolta a programmi per lo sviluppo delle abilità motorie e percettive, considerate prerequisite di quelle cognitive, senza rilevanza rispetto alla vita quotidiana e demotivanti perché stereotipati e ripetitivi (schede fotocopiate da riempire); tali proposte didattiche, molto individualizzate, contribuivano a ridurre le attività comuni d'insegnamento e d'apprendimento con il resto della scolaresca.

Lo sviluppo, a partire dagli anni '80, di curricoli funzionali, per la vita di tutti i giorni (cura di sé, igiene personale, uso del denaro...) - da proporsi anche ai compagni dei disabili - che però si dimostrarono poco generalizzabili rispetto alle abilità oggetto di trattamento poiché avrebbero

dovuto essere insegnati nei luoghi deputati ad essi, a casa, nell'ambiente sociale, al lavoro e non solo a scuola. Si dimostrarono inoltre anche poco efficaci per preparare la persona disabile ad essere indipendente.

L'eccessiva specificità diagnostica che impedisce l'integrazione delle funzioni e dei processi che i programmi di riabilitazione devono trattare in modo congiunto e interdipendente.

L'esclusione e separazione dalla classe, dai compagni e dalle normali attività didattiche del disabile e dell'insegnante di sostegno per l'individualizzazione dell'intervento, per lo più fuori dall'aula.

La diffusione del convincimento che, per la predisposizione dei programmi personalizzati, fossero necessarie specifiche competenze professionali non possedute da tutti i docenti, incrementando conflitti di ruolo e deleghe di responsabilità; una sorta di medicalizzazione degli interventi personalizzati di abilitazione.

**La seconda prospettiva** preferisce trattare la tematica dell'integrazione prevedendo e considerando soprattutto le difficoltà che possono incontrare, in contesti educativi e sociali, tutti coloro che si rivolgono agli stessi servizi sociosanitari ed educativi (non solo per questa o quella tipologia di soggetti), realizzando condizioni psicopedagogiche facilitanti l'apprendimento e relazioni interpersonali soddisfacenti.

“L'integrazione dei disabili, in tal modo, sollecita un ripensamento della concezione tradizionale dei servizi territoriali tramite il ricorso alle seguenti prospettive:

1. Una **concezione ambientalista della disabilità** e dei disagi ad essa associati: nell'ottica della massima integrazione possibile, pur non misconoscendo la necessità di garantire risposte sociosanitarie e formative alle singole persone in difficoltà. Sono oggi molto numerose le voci di quanti suggeriscono di considerare la situazione, il contesto, l'intera realtà in cui il bisogno di intervento è maturato ed è stato espresso (Bandura 1969; Perini 1997; Perini e Bijou 1993; Scortegagna 1981; Soresi 1979; 1981a; 1981b; 1985; 1988; Tampieri, Soresi e Vianello 1988). Il nuovo quadro teorico di riferimento, che da più parti ha assunto il nome di territorialità, dovrebbe rendere possibile l'attivazione di servizi strettamente collegati tra loro come, d'altra parte, lo sono i bisogni presenti, appunto, nel territorio.
2. Una visione dell'organizzazione dei servizi in termini di accessibilità che superi l'ottica della categorizzazione dei bisogni e, di conseguenza, dei servizi stessi. Da questo punto di vista, considerare un **servizio aperto** il più possibile **a tutti** significa evitare che venga aprioristicamente considerato per una o più categorie «speciali» di individui: un servizio aperto a tutti, al contrario, è concepito come una risorsa per la soddisfazione dei bisogni, che tutti possono utilizzare se ne hanno la necessità. È naturale che anche nel secondo caso alcuni la useranno di più di altri, ma questo non contrasta con il concetto di «risorsa» (Scortegagna 1981, 19).
3. Un costante riferimento al **principio della prevenzione**. Pur interessandoci a situazioni di disabilità, le problematiche della prevenzione non dovrebbero essere trascurate: Sono noti a tutti i rischi associati al deterioramento che, in numerose situazioni di disabilità, si registrano per l'assenza di condizioni favorevoli al mantenimento delle potenzialità e dei livelli di integrazione acquisiti.

In questo contesto la prevenzione risulterà un elemento caratterizzante il servizio nella misura in cui lo stesso riuscirà a considerare in modo integrato i bisogni e a organizzarsi in termini di servizio per tutti.

La prevenzione e l'integrazione, infatti, richiedono, tra l'altro, anche il coinvolgimento di persone non portatrici di disabilità e l'attivazione di quanti, con la loro presenza professionale e non, potrebbero far aumentare i livelli di tolleranza, di accettazione e di aiuto verso le situazioni meno fortunate.”<sup>6</sup>

## **Importanza del contesto d'integrazione e dei compagni.**

La ricerca psicologica internazionale, e i numerosi studi condotti sull'inserimento e l'integrazione dei disabili nella scuola di tutti, hanno dimostrato che il modello dell'integrazione, nonostante la presenza di numerose difficoltà a diversi livelli, è quello che offre significativi vantaggi rispetto a quelli ottenuti dal trattamento delle disabilità in strutture «speciali» per cui tutte le decisioni, anche a livello legislativo, che in Italia vengono adottate, vanno nella direzione del miglioramento dell'«accoglienza» dei diversamente abili in situazioni di «normalità».

In questo momento la ricerca contemporanea è volta ad approfondire altre componenti riguardanti l'integrazione, soprattutto quelle associate alla sfera relazionale, al clima della classe, ai comportamenti dei docenti e dei compagni rispetto al disabile.

Uno tra i problemi più presenti, quando il diversamente abile è accolto in classe, è la scarsa preparazione psicopedagogica degli insegnanti di classe, in generale, e della loro carente formazione rispetto alla personalizzazione dell'insegnamento e alla predisposizione di Piani di studi personalizzati rispetto alla loro disciplina, che tengano conto delle abilità residuali del soggetto.

Nell'altro versante stanno i pregiudizi e gli stereotipi che influenzano l'accettazione degli allievi disabili da parte dei compagni di classe.

A questo proposito comunque, è confortante sapere che una mole piuttosto consistente di lavori di ricerca indica ormai chiaramente come i soggetti con disabilità, integrati in contesti scolastici comuni, “manifestino generalmente miglioramenti significativi tanto nello sviluppo cognitivo quanto nella sfera relazionale (...) e che anche gli altri compagni sembrerebbero trarre da questa esperienza opportunità di crescita e di sviluppo, non solo per quanto concerne l'aspetto relazionale, ma anche da un punto di vista cognitivo e comportamentale”<sup>7</sup>

Oggetto di specifici progetti di intervento dovrebbero essere i seguenti problemi di integrazione scolastica ancora da risolvere, come alcune ricerche hanno dimostrato:

1. i compagni di classe, «spontaneamente», non sono portati a interagire con gli allievi disabili inseriti, né li scelgono come compagni di gioco, a meno che non si sia intrapresa con la classe un'attività di integrazione e di condizioni educative favorevoli al contatto fisico e all'interazione sociale tra i diversi membri della classe.
2. lo “status sociale” decisamente inferiore sperimentato dai soggetti disabili inseriti, perché meno accettati dei loro coetanei «normali»;
3. Il livello di accettazione del disabile sembra spesso diminuire con il trascorrere del tempo dell'inserimento, che non sembra agevolare la comparsa di relazioni soddisfacenti tra i soggetti

---

<sup>6</sup> S.Soresi, Psicologia dell'handicap e della riabilitazione, Il Mulino, Bo, 1998, pag. 153-154

<sup>7</sup> S.Soresi, 1998, Op.Cit.

in classe, anche se questo fenomeno sembra meno consistente a livello di scuola media superiore e all'Università

4. L'influenza significativa sulla qualità e quantità dell'integrazione esercitata dagli atteggiamenti degli insegnanti, dei genitori di figli disabili e non, e dalle scelte operative degli addetti ai servizi sociosanitari. Specifiche relazioni esisterebbero tra il comportamento del docente e l'accettazione degli allievi: più egli propone interventi di tipo punitivo-repressivo nei confronti del disabile, meno quest'ultimo viene accettato dai compagni, viceversa, disponibilità e rinforzi positivi produrrebbero accettazione; è migliore e più significativo l'inserimento «in un grande gruppo diretto dall'insegnante» (classe comune), piuttosto che in piccoli gruppi autogestiti.
5. I training predisposti nell'ambito delle abilità sociali, per tutti i membri della classe, incrementano i contatti tra studenti
6. l'influenza positiva, sul livello di accettazione sociale, dei programmi di coinvolgimento precoce dei compagni e di prosocialità, indirizzati ai soggetti disabili; l'accoglienza favorevole si mantiene nel tempo se sostenuta dagli insegnanti e dai genitori.

## Facilitare l'integrazione

Esistono diversi programmi di facilitazione che dell'integrazione volti ad insegnare come aiutare ed interagire con i compagni diversamente abili sviluppando atteggiamenti positivi nei loro confronti. Secondo Cole (1996), si tratterebbe di insegnare le "regole per fornire l'aiuto" cioè *a chi, come e quando aiutare* poiché, dopo questi training di tutoraggio, si sono osservati incrementi delle relazioni supportive e un miglioramento dei rapporti, in generale, tra compagni.

Questi programmi, ormai molto diffusi e sperimentati in ogni ordine di scuola, anche con bambini molto piccoli, in età prescolare, hanno dimostrato la loro validità e utilità per favorire l'integrazione.

Se ne citano alcuni quali, in Italia, un programma di coinvolgimento precoce predisposto da Brunati e Soresi (1990) inizialmente per facilitare l'inserimento di un bambino autistico e di un bambino con sindrome di Down, in un gruppo di bambini di scuola materna; successivamente altri programmi adattati per la scuola elementare, media e superiore (Soresi, 1998)<sup>8</sup>.

Tali programmi sono strutturati in un certo numero di Unità didattiche indicanti ciascuna l'obiettivo perseguito, le condizioni, le prestazioni, il criterio di padronanza.

Gli autori, con l'applicazione del percorso, nel suo insieme, si proponevano di perseguire essenzialmente i seguenti due obiettivi:

- **incrementare nei bambini capacità osservative e discriminanti sulle differenze esistenti fra tutte le persone quando vengono confrontate con altre;**
- **incrementare capacità di fornire aiuti, collaborazioni e solidarietà.**

“In quell'occasione sono stati considerati comportamenti di **aiuto** tutti quelli, verbali e motori, attivati in favore dell'alunno integrato per consentirgli la manifestazione di prestazioni altrimenti per lui impossibili (aiuti nell'esecuzione di movimenti, di attività didattiche, ecc.). Sono stati invece considerati comportamenti di **solidarietà** tutti quelli attivati dagli alunni nei confronti di adulti e coetanei tesi alla realizzazione di un contesto relazionale ed educativo favorevole all'integrazione

---

<sup>8</sup> per approfondimenti vedere: S.Soresi, 1998, Op.Cit. pagg.162 e seguenti

Inoltre: Soresi S., Difficoltà di apprendimento e ritardo mentale, Pordenone, Erip Editrice 1990

scolastica dei soggetti disabili (richiesta e trasmissione di informazioni sulle caratteristiche ed esigenze dell'alunno disabile, individuazione di barriere, ecc.) (...)

...i comportamenti «integranti» manifestati dai soggetti del gruppo sperimentale sono risultati significativamente più frequenti di quelli attivati dai compagni del gruppo di controllo che non avevano beneficiato del programma”<sup>9</sup>

Le ricerche sui programmi per facilitare l'integrazione hanno dimostrato che:

- i bambini diversamente abili traggono giovamenti nel loro sviluppo sociale e cognitivo dalla frequentazione di compagni "normali";
  - migliorano atteggiamenti e comportamenti dei compagni “normodotati”, nei confronti della disabilità, dopo training di conoscenza delle diversità e di assunzione di comportamenti d'aiuto;
  - svolgono un ruolo determinante nello strutturarsi di atteggiamenti positivi verso le disabilità le informazioni preventivamente fornite a proposito delle necessità e delle caratteristiche del "compagno da aiutare"
  - la variabile età influisce sulla conoscenza e comprensione delle cause che determinano le disabilità che possono essere pienamente comprese solo dopo i dieci, undici anni, età in cui si riescono a cogliere anche gli aspetti psicologici, interni ed emotivi
  - è fondamentale la predisposizione di condizioni che consentano anche agli alunni disabili di svolgere compiti adeguati alle loro possibilità, sia per l'incremento dell'autostima sia per l'integrazione sociale degli stessi, poiché i compagni osservando le loro abilità svilupperebbero atteggiamenti più favorevoli nei loro confronti. Inoltre, favorendo la funzione di tutor dei compagni si potenzia il loro senso di responsabilità.
- la partecipazione a programmi di coinvolgimento, comunque, anche se non lo elimina del tutto, riduce il gap relazionale tra “abili e disabili”.

Ritengo importante riportare i risultati delle interviste e osservazioni sui rapporti tra studenti, con e senza difficoltà, in classi integrate, ottenuti da una ricerca condotta nella scuola media superiore da Peck, Donaldson e Pezzoli (1992), per la significatività delle risposte

Gli studenti intervistati valutarono positivamente l'esperienza affermando di averne ricevuto molti benefici quali:

1. **Miglioramento del concetto di sé** (il contatto con persone con ritardo mentale ha consentito anche un incremento della capacità di percepire e apprezzare le proprie caratteristiche personali, includendo elementi di tipo sia affettivo sia cognitivo: «mi sono sentito soddisfatto di me stesso»; «ho capito meglio chi sono», ecc.).
2. **Maggiore comprensione Interpersonale** (aumento nella capacità di comprendere sentimenti e convinzioni che motivano il comportamento degli altri, maggiore consapevolezza della sostanziale uguaglianza tra le persone, e delle differenze interindividuali)
3. **Minor timore delle differenze umane.** (minor ansia e timore di fronte a persone dall'aspetto fisico e comportamentale insolito, accresciuta fiducia nella propria capacità di comportarsi in modo appropriato ed efficace anche in loro presenza)
4. **Maggiore tolleranza** (migliore capacità di accertare sentimenti, comportamenti e limiti personali delle persone non disabili, compresi i familiari e gli amici)

---

<sup>9</sup>Op.Cit.

5. **Sviluppo di valori personali.** (maggiore riflessione su alcuni principi personali, morali ed etici).

## L'HANDICAP GRAVE: L'AUTISMO

### La conoscenza del problema

Tra i tanti handicap gravi scolarizzabili, si è scelto di parlare della sindrome autistica poiché essa ha rappresentato, in questi ultimi anni l'oggetto di studio principale di molti educatori, ricercatori, psichiatri, teorici del comportamento, sotto la spinta di inserimenti selvaggi che hanno determinato numerosi situazioni di disagio e di rifiuto da parte dell'istituzione scolastica, impreparata a ricevere questi casi e a predisporre i dovuti percorsi personalizzati..

Oltre a ciò, lo studio di questa sindrome, ha rappresentato un tema di estrema importanza per le scuole psicologiche più rappresentative che hanno fornito il loro significativo contributo: "psicoanalitico (Bettelheim, 1967), etologico (Tinbergen & Tinbergen, 1972), cognitivo (Herrnstein & O'Connor, 1970), biologico (Rimland, 1964) e comportamentale (Ferster, 1961)<sup>10</sup>.

Recentemente, grazie anche a film famosi e all'attenzione della stampa, l'argomento ha avuto una grande diffusione anche in ambito extrascientifico, ed extrascolastico per gli aspetti di "spettacolarità" relativi alle capacità che tali soggetti (rarissimamente) possiedono per cui si sono meritati l'appellativo di "prodigious savants".

Non è comunque questa la modalità (di morbosa curiosità) con cui poter analizzare ed affrontare il problema.

La presenza di caratteristiche fortemente dissonanti con il quadro comportamentale complessivo rende spesso difficile classificare la patologia autistica e assimilare la sindrome all'interno di quadri diagnostici noti.

Nonostante ciò ultimamente si sono fatti sforzi notevoli per ridare chiarezza e scientificità al quadro complessivo di riferimento.

Le recenti ricerche delle **neuroscienze** inducono a considerare l'Autismo come un **disturbo precoce di sviluppo delle funzioni cerebrali**, individuabile fin dalla nascita, o dalla prima infanzia, che si manifesta come:

- Incapacità d'intrattenere normali relazioni sociali
- Comunicazione anormale

Differenti lesioni sottendono ai caratteristici fenotipi comportamentali dell'A.

Sono alterazioni cerebrali che colpiscono:

- Cervelletto
- Amigdala
- Ippocampo
- Aree frontali/temporali

e che danno comportamenti rituali, attività ripetitive, interessi limitati.

---

<sup>10</sup> R. Gentile, *Caratteristiche psicologiche del comportamento autistico: analisi funzionale del modello di intervento*, in (a cura di) S. Soresi, *Difficoltà d'apprendimento e Ritardo mentale*, Pordenone, Erip Editrice 1990

Da non sottovalutare la presenza di crisi epilettiche (scariche elettroencefalografiche subcliniche) presenti in un terzo dei bambini con Autismo per cui è importantissima una diagnosi precoce per un adeguato trattamento farmacologico che permetta un immediato recupero.

I bambini con Autismo sono **educabili** e, con trattamenti su misura per loro, si possono ottenere risultati notevoli. Non guariscono con l'età ma si possono riscontrare miglioramenti. Questi bambini hanno diritto di vivere in un ambiente **strutturato** e pensato per loro, organizzato per i loro bisogni per facilitarne l'apprendimento e migliorarne l'autonomia.

Essi presentano in genere queste caratteristiche:

- non partecipano ai giochi sociali
- presentano uno sguardo non diretto
- ignorano gli altri (anche i genitori)
- fanno gesti ripetitivi con le mani
- manifestano crisi di collera
- presentano spesso autolesionismo

L'autismo spesso, ma non sempre, è associato a ritardo mentale e il livello del linguaggio è variabile: può essere completamente assente o, talvolta, anche molto competente.

### **Le cause**

Si può affermare che esistono chiare cause biologiche dovute a:

- fattori genetici
- infezioni virali
- complicazioni prenatali e perinatali
- danni cerebrali

Queste cause non sono presenti in tutti i soggetti ma la ricerca è continua sulle ulteriori cause ancora da scoprire.

La presenza dell'Autismo si riscontra in tutte le classi sociali (Leo Kanner 1943) e in tutte le culture; è una malattia presente in 2-4 bambini ogni 10.000 (o 15-20 a seconda dei criteri adottati per la diagnosi). Il rapporto è di 3-4 maschi ogni femmina.

Due terzi di bambini con A., sottoposti a test di intelligenza, ottengono punteggi inferiori alla media, un terzo nella norma.

### **La diagnosi**

Occorre formulare, per questa sindrome, diagnosi precoci e migliorare gli strumenti diagnostici.

È una **sindrome comportamentale** che presenta una serie di tipologie di comportamenti anomali.

L'OMS (ICD-107) ha stabilito che per diagnosticare la malattia occorre che tutti e tre i seguenti fattori chiave si siano manifestati entro i 36 mesi; il sistema Americano (DSM-III R) prevede anche la riprova dell'età esatta d'inizio della malattia.

I tre comportamenti chiave che la contraddistinguono sono:

- anomalie nello sviluppo e nei rapporti sociali del bambino**
- carenze nello sviluppo della comunicazione**
- interessi limitati ad attività ripetitive piuttosto che varie e creative**

Altri comportamenti fra i più presenti sono: ansia, autolesionismo, difficoltà nell'igiene personale, iperattività, tic nervosi con vocalizzazione involontaria.

La valutazione diagnostica viene fatta in ospedale da figure professionali quali il neuropsichiatra infantile, psicologi o psichiatri.. poiché si prevedono test di linguaggio, del Q.I., visite neurologiche ecc. Viene completata con l'osservazione del comportamento del bambino a casa, scuola, nel contesto sociale di vita... Queste osservazioni devono essere molto accurate per non scambiare l'autismo con altre patologie come avviene spesso.

Esistono diverse **patologie consimili** quali:

1. il mutismo elettivo
2. i disturbi affettivi
3. i disturbi specifici del linguaggio
4. i vari handicap mentali -Ritardi
5. l'autismo atipico (compaiono solo una o due delle caratteristiche sopradette e oltre i 3 anni d'età)
6. la Sindrome di Asperger (anomalie nelle relazioni sociali)
7. i Disturbi Generalizzati dello Sviluppo (tratti autistici)
8. la Sindrome di Rett (problemi neurologici connessi a sudorazione eccessiva..)
9. l'Ipercinesia con stereotipie
10. la Sindrome di Landau-Kleffner (perdita della parola ed epilessia)

Attualmente è raro che l'A. venga diagnosticato prima dei due anni d'età poiché esiste una innegabile difficoltà a capirlo dato che spesso si confonde col ritardo mentale.

I genitori sono per la maggior parte dei casi inesperti a riconoscerlo e, molto spesso, ciò è vero anche per i medici di base.

Talvolta compaiono evidenti regressioni dopo i due anni perciò la sindrome emerge in modo manifesto proprio a quell'età.

Esistono numerose **patologie riscontrate in presenza di autismo** che rendono questa sindrome, come già detto, difficilmente inquadrabile. Esse sono di diversa natura:

#### *Patologie genetiche*

Sindrome del cromosoma X-fragile

Fenilchetonuria

Sclerosi tuberosa

Neurofibromatosi (sistema nervoso e cute con presenza di chiazze marroni sugli arti e tronco)

Altre anomalie cromosomiche

#### *Condizioni metaboliche*

Anomalie nel metabolismo della purina

Anomalie nel metabolismo dei carboidrati

#### *Sindromi da anomalie congenite*

Sindrome di Coffin Siris

Sindrome di Moebius

Sindrome di Cornelia de Lange

Sindrome di Noonan

Sindrome di William

Sindrome di Biedl-Bardet

Amaurosi di Leber

#### *Infezioni virali*

Encefalite rubeolica

Citomegalovirus  
Encefalite erpetica

A queste vanno aggiunte sindromi congenite osservabili dalla nascita quali: macrocefalia e basso impianto delle orecchie. Sono tutte associate a danni o disfunzioni cerebrali.

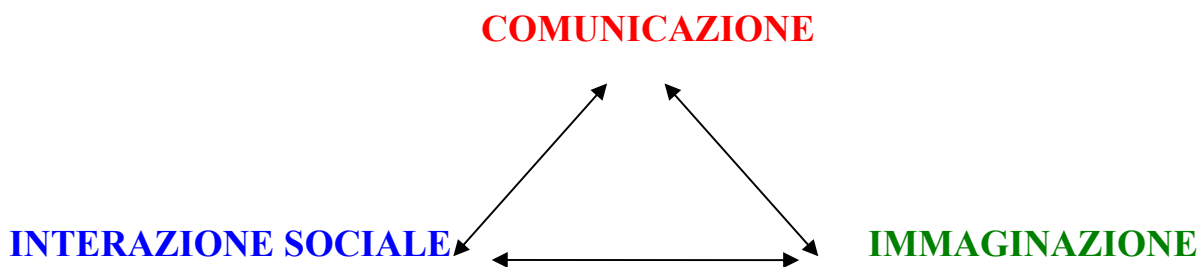
E' da dire che non tutti i bambini con Autismo presentano queste patologie né che tutti i bambini che hanno queste sindromi sviluppano autismo.

## **Problemi psicologici**

Gli aspetti che ci riguardano più da vicino sono le caratteristiche psicologiche di questa sindrome, collegate alle attività d'apprendimento.

Si tende spesso a confondere la Sindrome con i sintomi; il ripiegamento su sé stessi è un sintomo causato dalla sindrome. Certamente non desiderano isolarsi per scelta. Molti bambini inizialmente chiusi in sé stessi, evolvendosi si aprono all'ambiente, guariscono un sintomo ma non la sindrome, che si esprime come **difficoltà relazionali e di adeguamento sociale**.

Superato il ripiegamento su sé stessi rimane la Sindrome che si esprime nella seguente **triade**:



## **1-Comportamento sociale**

Leo Kanner (e il suo collega Leon Eisenberg) per primo descrisse l'autismo nel 1943; egli evidenziò il fatto che non esiste una singola anomalia, ma una serie quali:

- mancanza di reazione di fronte agli altri
- mancanza di attenzione agli altri
- trattamento di parti del corpo come fossero oggetti distaccati
- mancanza di sguardo diretto
- trattamento delle persone come fossero oggetti inanimati
- mancanza di comportamento adeguato alle norme sociali (del tipo "Quando si faceva giardinaggio, lei beveva l'acqua e mangiava le piante")
- attenzione per gli aspetti non relazionali delle persone
- mancanza di consapevolezza dei sentimenti altrui
- mancanza di "savoir-faire"
- solitudine

L'enorme difficoltà nelle interazioni sociali è aggravata dal fatto che questi soggetti manifestano inaspettati sentimenti di rabbia pura, gioia, tristezza nelle situazioni più disparate, non sanno esprimere orgoglio, vergogna, imbarazzo non capiscono cosa pensano gli altri e i loro sentimenti, non capiscono l'inganno.

## **2-Il linguaggio**

La comunicazione in questi soggetti è resa difficile da una serie di "limitazioni" che di solito caratterizzano la sindrome e che occorre conoscere per attivare riabilitazioni mirate.

### **A livello pre-verbale:**

- raramente indicano o mostrano oggetti, spesso li afferrano ignorando chi li tiene
- presentano un sistema gestuale e cinesico anomalo
- in molti casi è presente il mutismo

**Chi parla** manifesta le seguenti caratteristiche:

- ecolalia di parole o frasi
- linguaggio metaforico
- neologismi, invenzione di "parole nuove"
- inversione del pronome "tu" al posto di "io"
- intonazioni strane delle parole (meccanica/monotona)
- acquisizione del vocabolario ritardato o ossessivo per il significato delle parole
- enormi difficoltà con le deixis (parole con significati mutevoli all'interno della frase: qui/li ora/poi io/tu...)

-a livello di semantica: problemi con le parole astratte e figurate, uso letterale delle parole come "avere gli occhi fuori delle orbite"; rifiuto del fatto che due oggetti possano avere lo stesso nome;

-a livello di pragmatica (cioè insieme di regole che ci permettono di usare il linguaggio nel modo socialmente più adeguato a seconda del contesto e dell'interlocutore): i bambini con Autismo sono molto carenti; non deducono ciò che l'altro si aspetta

## **3-Mancanza di immaginazione e comportamenti ossessivi**

Per la loro incapacità di generalizzare e immaginare cose astratte hanno:

- difficoltà a fare giochi di finzione
- difficoltà a livello di pianificazione
- rigidità nella soluzione di problemi

Presentano inoltre ossessioni: nel gioco, nel fare i compiti, negli interessi, nelle abitudini alimentari...

## **Intelligenza e talenti**

I due terzi dei bambini con Autismo, nei tests di misurazione del Q.I. ottengono punteggi sotto il 70 (meno della media); ottengono inoltre punteggi bassi su test verbali mentre hanno punteggi normali sui non verbali.

Rispondono bene a test riguardanti abilità visuo-spaziali (puzzle) "isole di intelligenza". Secondo Kanner, superano i normodotati in musica, arte, calcolo, possono presentare "abilità dotte" inspiegabili (Nadia disegna con prospettiva all'età di tre anni)

Si sono verificati casi in cui bambini con Autismo erano in grado di :

fare disegni molto accurati, quasi fotografie  
ripetere a memoria interi e complicati brani musicali  
riprodurre melodie complesse con strumenti, anche sentite una sola volta  
riconoscere ogni nota (talento raro)

Hanno inoltre molte capacità mnestiche: possono immagazzinare elenchi di dati e riportarli con lo stesso ordine anche a distanza di tempo; riescono ad acquisire le regole del calendario...

Naturalmente questi talenti e abilità vanno incoraggiate e potenziate e possono fungere da supporto per sviluppare altre capacità.

## **Problemi educativi**

L'educazione deve essere adattata alle esigenze del bambino e la sua validità si vede nei progressi che egli fa, indipendentemente dal ritmo più o meno rapido con cui apprende.

Si è potuto constatare come, programmi d'insegnamento altamente strutturati hanno dato buoni risultati.

Strutturazione dei compiti e prevedibilità vanno calibrate con flessibilità e spontaneità. Il rapporto ottimale con l'insegnante specializzato e formato per seguire queste particolari disabilità è di 1 a 1, massimo 1 a 3.

Questi bambini, se opportunamente seguiti, migliorano considerevolmente già dopo due anni di scuola e migliorano anche i risultati del Q.I.

I soggetti che a cinque anni presentano un Q.I. sulla media possono avere sviluppi normali d'apprendimento, alcuni (raramente) possono conseguire anche la laurea.

Spesso si può usare il linguaggio dei segni per comunicare con questi bambini o comunque usare linguaggi non verbali; è indispensabile però poter predisporre approcci molto individualizzati ed esperti.

## **Metodi di riabilitazione e apprendimento**

Molti sono gli approcci e i metodi studiati e sperimentati per affrontare il problema dell'apprendimento in presenza di questa sindrome. Si riportano in modo sintetico i più conosciuti e attuati.

## **Metodo Comportamentista**

Vengono stilati programmi per ottenere comportamenti adatti (cura personale) e diminuire quelli disadattati (sputare)

Si sollecita l'identificazione dei fattori che premiano e quelli che scoraggiano; si favorisce la rimozione delle cause che determinano i comportamenti sbagliati.

Questo metodo è utile per far diminuire i comportamenti autolesionisti, l'iperattività, l'aggressività e i movimenti stereotipati, la cura di sé, il livello occupazionale, la quantità e qualità del linguaggio

Presenta carenze a il livello sociale, creativo, comunicativo.

## **Training delle capacità sociali**

Consiste in tecniche per insegnare ad interagire socialmente (come telefonare, contar soldi) attraverso la recitazione e successiva video-produzione.

Presentano difficoltà di adattare i comportamenti acquisiti a situazioni sempre nuove e nell'insegnare simpatia e sensibilità verso il pensiero e i sentimenti altrui

## **Metodo TEACCH (North Carolina da E.Schopler)**

E' un programma d'intervento per il linguaggio e per il comportamento costruiti individualmente; il lavoro è pensato anche con i genitori incoraggiandoli al training e alla terapia con gruppi di sostegno.

## **Psicoterapia**

Per i genitori (che son visti come causa dell'Autismo)

Risulta valida nei periodi di depressione che la presenza dell'Autismo spesso causa in famiglia

## **Ludoterapia**

Aiuta il bambino a giocare in modo più creativo controllando l'ansia.

## **Musicoterapia**

Programma basato sulla musica e il canto che facilitano la comunicazione. Si sono riscontrati buoni risultati soprattutto con effetto calmante.

## **Terapia del linguaggio**

Programmi mirati alla riabilitazione del linguaggio che hanno dato buoni risultati sugli aspetti più tecnici della comunicazione

## **Terapia del contenimento, Martha Welch, N.Y.**

Consiste nell'invitare la mamma, o un familiare vicino al bambino fin da piccolo, ad abbracciarlo molto, anche se protesta. Il contenimento forzato dopo un po' fa desistere il bambino dallo svincolarsi e così comincia ad esplorare il volto, toccare... ecc..

E' una terapia benefica anche per i genitori che si sentono in tal modo più vicini ai figli ed amati.

L'aspetto negativo è che inizialmente si assiste ad una vera e propria lotta tra madre e figlio.

## **Terapia della vita di tutti i giorni (Higashi Schools, Giappone e Stati Uniti)**

Dà importanza alle attività di gruppo; prevede un'intensa attività fisica, con insegnanti esperti e un programma altamente regolamentato senza lasciar mai il bambino isolato. E' quasi impressionante il programma artistico di queste scuole e la continua attività di gruppo.

Risultato: i bambini diventano veramente socievoli ma esiste un pericolo per la molta attività fisica proposta soprattutto per la presenza, in alcuni casi, dell'epilessia.

**Nella terapia del patterning (descritta da Carl Delacato)** i bambini affetti da Autismo vengono spronati a utilizzare canali sensoriali alternativi, al fine di sviluppare una sensibilità insolita e ringiovanire lo sviluppo del cervello.

**Il metodo Walden**, (dal nome del suo pioniere Geoffrey Walden) che mira allo sviluppo della comprensione e alla conseguente risoluzione dei problemi, con un approccio graduale, attraverso compiti interamente non verbali in cui il bambino prende l'iniziativa.

## **La comunicazione facilitata**

Questo tipo di metodo ha avuto di recente, in Nord America, un grosso impatto sull'insegnamento. In questa tecnica la mano del bambino viene tenuta da un adulto (il facilitatore) sulla tastiera di un computer e, con una simile guida fisica, sembra che il bambino riesca a comunicare più facilmente e a raggiungere notevoli apprendimenti in tutte le discipline..

**Nell'Option Process** (sviluppato da Barry e Suzi Kauffman), alcuni volontari fanno 24 ore di lavoro intensivo al fine di sviluppare una relazione con il bambino, mentre ai genitori viene proposto un programma familiare strutturato.

Infine nelle **Camphill Communities** (e nelle loro scuole e villaggi) alcuni bambini e adulti con Autismo vengono messi vicino ad altri con ritardo mentale. Queste scuole, collegi, villaggi seguono il principio sviluppato da **Rudolph Steiner**, dando cioè valore al lavoro, in comune, nella natura e provvedendo a un'attenzione individuale.

## **Terapie farmacologiche**

Queste terapie si basano sull'assunzione di farmaci inibenti vari aspetti secondari della sindrome e riducendo l'ansia, gli attacchi epilettici, l'iperattività.

**Fenfluramina** riduce il livello di serotonina nel sangue (le ricerche hanno dimostrato che negli animali causa danni al sistema nervoso)

**Megavitamine vitamina B6 più magnesio** (se sospesa causa crisi di astinenza)

**Tranquillanti** usati per controllare l'agitazione, l'aggressività, l'insonnia, le stereotipie, l'ansia, la collera ecc. ... Causano vari effetti collaterali

**Naltrexone**, sperimentale, blocca le sostanze oppioidi nel cervello

**Terapie farmacologiche contro l'epilessia** (di cui sono affetti il 30% dei bambini con Autismo)<sup>11</sup>

---

<sup>11</sup> Per approfondimenti: Simon Baron, Cohen Patrik Bolton, Autismo La conoscenza del problema, Ed.Phoenix 1998