

Erickson 2° Convegno Internazionale "Autismi. Dai bambini agli adulti dalla famiglia alla società"
Riva del Garda - Tn 22 e 23 novembre 2010

Il Modello DIR: trattamento su misura nella riabilitazione di soggetti con severi disordini nella relazione e nella comunicazione.

Dall'individuale al piccolo gruppo: esperienza presso il Centro AIABA.

dott.ssa **Giuliana Bucciante**
Psicologa-psicoterapeuta orientamento evolutivo
relazionale e Certificato DIR C1 presso il DIR-
Floortime Institute (Washington)

e-mail: *g.bucciante@virgilio.it*

Presentazione del Centro

L'A.I.A.B.A. ONLUS (Associazione Italiana Assistenza Bambini Autistici) con sede in Firenze, via D. da Settignano 20, sito web: www.aiaba.it, è un'associazione di genitori, senza fini di lucro e con personalità giuridica, sorta nel 1970 al fine di promuovere la conoscenza dei problemi specifici relativi all'autismo infantile e di costruire un Centro di riabilitazione in grado di offrire un intervento riabilitativo mirato e complessivo.

Il percorso è stato lungo e l'AIABA ha vissuto al suo interno, nell'arco di questi 40 anni, il modificarsi delle conoscenze, dei bisogni e degli obiettivi del trattamento. Intanto i bambini di allora sono cresciuti, diventando adolescenti, giovani adulti ed ora adulti.

Al momento l'AIABA sta lavorando per realizzare un percorso per l'autismo e DPS (disturbi pervasivi dello sviluppo) con risposte differenziate in relazione all'età ed offre:

-un servizio riabilitativo semiresidenziale per 20 utenti al giorno.

-un trattamento ambulatoriale intensivo per 10 utenti al giorno.

Viene attuato un modello di presa in carico globale e integrato, che coinvolge nel trattamento la famiglia e le altre agenzie coinvolte con il soggetto (scuola, operatori sanitari ed educativi).

Il progetto abilitativo-riabilitativo si articola soprattutto in piccoli gruppi di soggetti, con un rapporto utente /operatore di 2 a 1. Nello specifico le attività previste sono: attività espressive come pittura, danza, teatro, musica - attività educative finalizzate all'autonomia - attività psicomotorie svolte anche in strutture esterne: piscina, palestra, maneggio, orto, pet-terapy. Inoltre si offrono trattamenti in rapporto individualizzato volti al rafforzamento di alcune competenze.

Per poter svolgere con continuità un intervento efficace con i nostri pazienti è necessario un costante monitoraggio e sostegno agli operatori, garantito con riunioni di gruppo settimanali di discussione e formazione.

In questi ultimi anni è stato avviato un lavoro di conoscenza del modello DIR tramite supervisione di casi con la dott.ssa M.T. Sindelar (faculty e referente europeo) e con la mia diretta partecipazione ai corsi di formazione negli USA, arricchendo la mia esperienza come operatrice dell'AIABA e coordinando il trattamento ambulatoriale intensivo.

In occasione del nostro Convegno tenutosi a Firenze il 16 aprile 2010 con la mia relazione e quella di M.T. Sindelar, i genitori hanno potuto comprendere meglio il metodo ed hanno richiesto un ulteriore approfondimento per una formazione specifica delle famiglie.

Integrazione tra il modello AIABA ed il modello DIR

Dal 2003 quindi, l'AIABA offre anche un trattamento ambulatoriale intensivo per la fascia di età intorno ai 10 anni, 2h giornaliere, dopo l'orario scolastico dei bambini e dal 2004 è iniziata una collaborazione con la referente europea per un lavoro di supervisione che si è rivelato molto utile nella comprensione del disturbo autistico e nel trattamento terapeutico svolto presso il Centro.

Quindi c'è stata un'ottima integrazione tra l'approccio con il "piccolo gruppo" del Centro e quello individuale - multidimensionale (sensoriale-affettivo-cognitivo) del modello DIR.

Facendo infatti una buona valutazione individuale, secondo i principi dell'ICDL si ha la possibilità di "regolare" il profilo sensoriale, il livello emotivo quindi anche il comportamento di ogni bambino che interagisce all'interno del gruppo, modificando indirettamente anche il profilo del gruppo stesso. Altrimenti i gruppi, in alcuni casi, possono presentarsi esplosivi o inattivi a seconda dei profili individuali dominanti.

Che cos'è il Modello DIR

E' un modello contemporaneo (psico-bio-sociale) che superando i due opposti riduzionismi, quello biologico e quello psicologico permette di creare nuovi ponti tra neurobiologia, comportamenti umani, emozioni e contesti sociali. Il modello DIR proposto da S. Greenspan e S. Wieder (1987) è un modello basato sullo sviluppo (D) che identifica il livello di sviluppo funzionale ed emotivo raggiunto dal bambino e l'integrazione di tutte le sue capacità (aspetti emozionali, il linguaggio, modulazione sensoriale etc.) per rapportarsi con il mondo in modo finalizzato ed emotivamente significativo.

Tiene conto delle differenze individuali (I) nella modalità di processare le informazioni sensoriali e motorie. E' necessario focalizzare l'attenzione sugli aspetti che caratterizzano il processo di elaborazione dell'informazione quali il livello dell'attivazione, la regolazione dello stato emotivo, la pianificazione, l'organizzazione, l'attenzione condivisa e tutti quegli elementi coinvolti nei comportamenti sociali come la reciprocità e l'empatia.

Inoltre considera molto importante il tipo di relazioni e interazioni (R) che si instaura tra bambino e genitore, o chi se ne prende cura, per la creazione di emozioni significative come promotori di sviluppo e, quindi, di vero apprendimento.

Il metodo DIR si fonda su principi evidenziati in numerosi studi presenti in letteratura (Rogers, S. J., 1986; Lewis, H. C., Reis, K. 1988; Prizant, B., Wetherby, A. 1998; Dunlap, G., Fox, E., 1999; Matsuzawa et al. 2001).

Cosa vuol dire trattare l'autismo e perché il DIR considera importante l'interazione

Attualmente si considera l'autismo come una sindrome complessa, con difficoltà qualitative nell'interazione sociale, nella comunicazione e con la presenza di interessi limitati ed attività ripetitive, espressione di uno sviluppo biologico diverso.

In un disturbo come l'autismo, il cui nucleo è la disfunzione delle aree deputate all'ingresso del bambino nel mondo delle relazioni sociali, è necessario pensare ad interventi tesi a potenziare tali funzioni sociali e basati su problemi di regolazione affettiva che sono alla loro base.

Il ruolo dell'intervento terapeutico assume particolare importanza se il disturbo autistico viene inteso in senso moderno cioè non come sinonimo di imm modificabile e cronicamente stabile, quanto piuttosto come disturbo basato su una disfunzione molto precoce che si può organizzare in un deficit cronico se nessun fattore ambientale viene frapposto come elemento di modulazione e di modificazione tra programma genetico ed espressività clinica.

Le ricerche sui primi anni di vita del bambino con autismo mostrano come la rigidità sintomatologica sia ancora assente e il disturbo autistico si costruisce attorno ad una disfunzione precoce dell'INTERSOGETTIVITA'.

L'INTERAZIONE, più che la relazione E' IL VERO PROBLEMA DEL BAMBINO AUTISTICO e quindi riguarda l'intersoggettività, cioè quel processo di Condivisione dell'attività mentale che avviene tra soggetti quando comunicano. Nei bambini con autismo il disturbo diventa evidente soprattutto nell'intersoggettività secondaria, cioè verso il secondo anno di vita quando si manifesta una maggiore alterazione dell'attenzione condivisa, non appare la triade e il gioco simbolico non si sviluppa.

Tenendo presenti queste premesse e le più recenti scoperte delle neuroscienze secondo cui il cervello è in continua mutazione come avviene per la mente, si privilegia l'approccio EVOLUTIVO-INTERATTIVO, ossia la co-costruzione attraverso l'esperienza di significati emotivi socialmente condivisi. Questo permette di intervenire sulla disfunzione della corteccia destra del cervello, area orbitofrontale e amigdala, che comportano alterazioni delle percezioni corporee, socio-emotive e la disintegrazione delle auto-rappresentazioni. Il risultato di questa modulazione è che le esperienze del cervello destro cariche dal punto di vista affettivo ma a questo punto regolate, possono essere comunicate all'emisfero sinistro per un'ulteriore elaborazione.

Per costruire la base per un sano sviluppo emozionale bisogna compiere alcuni passi che sono le 6 pietre miliari del DIR: REGOLAZIONE ED ATTENZIONE CONDIVISA, ALLARGARE I CIRCOLI COMUNICATIVI attraverso la comunicazione gestuale e poi verbale, RISOLUZIONE DI PROBLEMI SOCIALI fino a raggiungere il MONDO SIMBOLICO ed infine il PENSIERO MULTI-CASUALE E RIFLESSIVO.

Che cos'è il Floortime

E' una TECNICA d'intervento, ma rappresenta anche la FILOSOFIA del modello DIR, implica una sintonizzazione affettiva per vivere anche un'esperienza cognitiva e non scinde corpo-mente considerando una VISIONE OLISTICA DELLA PERSONA.

Non esistono bambini che non fanno nulla, e se ciò che fanno corrisponde alla loro motivazione o ad un modo per regolarsi, è un'osservazione di questo aspetto che fornisce la chiave per entrare nel loro mondo. Questo è il primo obiettivo per poi favorire il sorgere di un'interazione spontanea e introdurre progressivamente nuove sfide portando il bambino ad un MONDO di CONDIVISIONE per raggiungere il miglior livello possibile delle sue capacità funzionali emozionali.

E' importante cogliere i PUNTI di FORZA del bambino e prendere ciò che sta facendo per trasformarlo in un elemento di comunicazione, aiutarlo ad espandere, attraverso turni, gesti, parole e gioco di finzione, quello che ha nella propria mente (SE SI TRATTA DI UN COMPORTAMENTO PROBLEMATICO AIUTARLO, ATTRAVERSO LA REGOLAZIONE, A TROVARE UNA MODALITA' ALTERNATIVA PIU' SOCIALMENTE ACCETTABILE: coinvolgimento - comunicazione bidirezionale - significati condivisi - pensiero emotivo).

I genitori sono indirizzati (dal terapeuta) a scoprire il potenziale dei loro figli, ad essere più creativi, non direttivi ma partecipi, per trarre vantaggio anche dalle situazioni quotidiane e trasformarle in uno strumento di coinvolgimento e quindi d'apprendimento.

A chi si rivolge il DIR-floortime e rapporto con le altre tecniche

Questa tecnica d'intervento è rivolta a bambini con disturbi dello sviluppo, della relazione, del linguaggio, dell'apprendimento e con Disturbi Pervasivi dello Sviluppo.

Non ci sono limiti di età per la sua applicazione che è caratterizzata da un'estrema flessibilità ed adattabilità anche se, essendo centrata sull'intervento precoce e sulla fase sensomotoria dello sviluppo, in base all'età può modificare il contesto e lo spazio nel quale viene praticato.

Agli interventi intensivi, comprensivi e nucleari dell'intervento precoce, si possono integrare, soprattutto quando ci si avvicina all'età scolare, anche interventi più strutturati e finalizzati ad un apprendimento specifico, più circoscritto. Lo scopo è quello di canalizzare, dare un senso concreto a qualche loro interesse sviluppando le loro potenzialità per una maggiore autonomia.

A questo punto, in alcuni casi può essere possibile anche integrare o prendere spunto, da altri approcci d'intervento più squisitamente comportamentali (ABA, V.B.) a seconda delle necessità: ad es. nei gruppi 3 e 4, che sono i più svantaggiati da un punto di vista cognitivo e di processazione sensoriale, può essere utile (pur rimanendo sempre in un clima affettivo-motivazionale), ricorrere a tecniche di scomposizione o semplificazione per favorire il motor-planning.

Inoltre alcune tecniche TEACCH, C.A.A. risultano molto utili per l'aggancio visivo e quindi anche per i problemi di processazione uditiva e di pianificazione, facilitano la prevedibilità e di conseguenza abbassano il livello d'ansia: questo non può che avere una ripercussione positiva sul comportamento e sul benessere della persona.

Tutte le tecniche conosciute che abbiamo a disposizione possono avere il valore se si tiene conto di cosa ha bisogno veramente la persona che ci troviamo di fronte. L'evoluzione del trattamento naturalmente dipende anche dal quadro clinico di partenza. Il DIR considera 4 gruppi che vanno da 1 a 4: il gruppo 1 e 2 sono meno svantaggiati per un pieno recupero, gli altri gradualmente devono fare un percorso più lungo, anche se per tutti è possibile un notevole miglioramento. Naturalmente non si può mai prescindere dall'individualità, dall'età, dal contesto storico-sociale e dal tipo di trattamento che dovrebbe essere unico per quel bambino. **E' IMPORTANTE SEMPRE PARTIRE DAGLI ASPETTI SOTTOSTANTI E FONDAMENTALI PER LO SVILUPPO, TESI A DIMINUIRE I TRATTI AUTISTICI.**

Cosa si propone il Modello DIR

Il DIRfloortime è un modello strutturale che aiuta operatori clinici ad eseguire una valutazione completa secondo una classificazione dimensionale e multi-assiale ICDL , fornendo gli strumenti a tutti i componenti del team terapeutico (educatori, genitori, insegnanti, terapisti motori e del linguaggio) per sviluppare un programma di intervento fatto su misura, teso a sviluppare le capacità individuali dei bambini con autismo ed affrontare le sfide dello sviluppo.

Lo scopo del modello è di costruire delle BASI SANE con CAPACITA' SOCIALI, EMOTIVE E COGNITIVE piuttosto che concentrarsi su abilità e comportamenti isolati di superficie.

La classificazione multidimensionale basata sul Modello DIR tiene conto dei seguenti assi:

ASSE I: diagnosi primaria (categoria diagnostica)

ASSE II: osservazione delle capacità funzionali-emozionali (attenzione e regolazione, condivisione, comunicazione intenzionale a due, problem-solving socialmente condiviso, pensiero simbolico e collegamento tra le idee)

ASSE III: area di elaborazione sensoriale e pianificazione motoria (modulazione sensoriale, discriminazione sensoriale, abilità motorie basate sul sensoriale, controllo posturale e pianificazione motoria)

ASSE IV: Comunicazione e capacità di linguaggio (intenzionalità comunicativa con gesti o parole)

ASSE V: Capacità visuo-spaziali (posizione e consapevolezza del proprio corpo nello spazio e orientamento spaziale, relazione tra oggetti e persone)

ASSE VI: pattern bambino caregiver e con i familiari (caratteristiche del bambino e dell'interazione con i familiari e l'ambiente)

ASSE VII: stress (fattori di stress familiari, stress coniugali, perdita di un familiare, disorientamento per la separazione dei genitori, stato di confusione o sgomento di un genitore).

ASSE VIII: altre diagnosi mediche e neurologiche (allergia, epilessia ecc.)

Metodologia e progetto di formazione AIABA secondo il Modello

L'Aiaba ritiene molto importante mettere in pratica uno dei principali prerequisiti del Modello DIR, ossia offrire non solo agli operatori ma anche ai genitori gli strumenti per interagire con il loro figlio a casa, continuando e arricchendo il lavoro che viene svolto presso il Centro.

Inoltre occorre collaborare anche con la scuola per la gestione di situazioni problematiche, di inserimento scolastico, e la relativa padronanza di abilità accademiche.

Collaborazione tra AIABA- FAMIGLIA- SCUOLA ed altri contesti riabilitativi con formazione specifica secondo il ruolo professionale.

Ripercussioni in ambito familiare, scolastico e altri ambienti di vita

La pratica clinica ed applicativa conferma l'importante valenza abilitativa di questo metodo in merito allo sviluppo delle competenze simboliche e rappresentative, del pensiero astratto e degli apprendimenti, oltre che delle aree dell'emotività e dell'intersoggettività. L'accrescimento di queste competenze comporta conseguentemente un'evoluzione positiva a livello del comportamento.

Intervento e comportamento, applicazione ed esito condividono dunque i medesimi contesti, ovvero gli ambienti di vita del bambino (casa, scuola, terapie).

TRATTAMENTO TERAPEUTICO NEL PICCOLO GRUPPO AMBULATORIALE INTENSIVO (esperienza di lavoro rivolto a bambini in età scolare presso il Centro AIABA di FI)

Cos'è il "piccolo gruppo" ambulatoriale- intensivo

L'AIABA negli ultimi anni, non potendo offrire assistenza a diversi soggetti in età evolutiva, per i quali un intervento riabilitativo precoce e intensivo sarebbe stato quanto mai necessario, offre dal 2003 oltre al trattamento semiresidenziale anche un trattamento ambulatoriale intensivo per la fascia d'età intorno ai 10 anni.

Visto l'esito positivo del primo gruppo e il bisogno di altri bambini, nel 2005 è partito un altro gruppo con la stessa modalità d'intervento.

Noi abbiamo denominato questi gruppi: COCCINELLA 1 e COCCINELLA 2

ORARIO delle attività: 16-18

FREQUENZA: in media 3 volte a settimana, con inserimento graduale e una coppia fissa di operatori

RAPPORTO operatore -bambino 2/4 più la presenza di una tirocinante psicologa, a rotazione ogni sei mesi

DIAGNOSI: Autismo, Disturbo Generalizzato dello Sviluppo.

IL GRUPPO AMBULATORIALE, essendo di recente formazione, permette di vedere più da vicino come avviene la formazione di un "piccolo gruppo", le dinamiche che si creano, i livelli che si possono raggiungere e come ci sostengono alcuni principi teorici nel lavoro che si svolge.

Oltre al lavoro di gruppo ambulatoriale, riteniamo molto importante lavorare con le famiglie e con la scuola (con periodiche riunioni e collaborazioni dei servizi territoriali).

Riguardo alle famiglie, cerchiamo di sostenere la "motivazione parentale" considerando gli autentici bisogni del bambino; riguardo alla scuola, ci possono essere difficoltà per la gestione di situazioni problematiche e di inserimento scolastico oltre alla relativa padronanza di abilità cognitive.

Periodicamente si riunisce l'intero staff di operatori che ruota intorno al gruppo.

Valutazione e regolazione individuale secondo i principi del DIR

La costituzione del gruppo non esclude la pianificazione di interventi riabilitativi-individualizzati, anzi la nostra attenzione è molto focalizzata sull'individualità di ogni bambino e in questo ci aiuta molto il Metodo DIR, il quale considera importantissimo ritagliare su ognuno un INTERVENTO SU MISURA.

In particolare, il piano riabilitativo viene progettato dopo un periodo variabile di osservazione, attraverso l'uso di strumenti (sopra elencati) della classificazione multi-assiale ICDL.

L'assessment multi-assiale permette di tener conto dell'individuo in modo complessivo tenendo presente i 3 pilastri fondamentali:

-D: LIVELLO EMOTIVO-COGNITIVO-FUNZIONALE

-I: PROFILO REGOLATORIO-SENSORIALE

-R: TIPO DI RELAZION-I.INTERAZIONI BAMBINO CAREGIVER

Facendo un buon lavoro individuale, tenendo conto di questa MULTIDIMENSIONALITA', abbiamo la possibilità di "REGOLARE" il profilo sensoriale e il livello emotivo, quindi anche il COMPORTAMENTO di ogni bambino all'interno del gruppo, MODIFICANDO indirettamente anche il PROFILO DEL GRUPPO STESSO.

INTERVENENDO SULLA MODALITA' DI RELAZIONE (R) SI MODIFICA IL PROFILO SENSORIALE (I) E SI ALZA IL LIVELLO DI SVILUPPO EMOTIVO-COGNITIVO(D)

Cosa offre il Piccolo Gruppo al bambino

Il CONTESTO nel quale si svolge l'attività terapeutica costituisce un fattore non trascurabile: svolgere il trattamento in un gruppo di bambini ed operatori che mediano mette a disposizione di ciascuno UN SISTEMA DI RELAZIONI che costituisce un LUOGO ECOLOGICO, nel quale il comportamento del singolo bambino si arricchisce di significati ed i tentativi comunicativi possono essere più estesi e variegati.

In genere, il gruppo è condotto da una figura maschile ed una femminile, che rappresentano sia la sicurezza che la mediazione e costituiscono un ambiente flessibile e piacevole.

Con la nostra MEDIAZIONE e COMPrensione, il nostro avvicinarci il più possibile alla loro area prossimale di sviluppo, partendo dal loro interesse (o cercando di costruirlo insieme) soprattutto favorendo un processo empatico in un clima di accettazione e disponibilità e di fiducia (prevedibilità e migliore anticipazione per non sentirsi minacciato), ogni bambino man mano allenta quella sorta di difesa protettiva messa in atto nel rapporto verso gli altri. (Atteggiamenti evitanti, aggressivi e frammentati).

Ciò che accade all'interno del piccolo gruppo dell'AIABA è alla loro portata perché è MOLTO PIU' SEMPLICE DA UN PUNTO DI VISTA SOCIALE rispetto ad altre situazioni della loro vita.

Il gruppo si crea una modalità di funzionare che permette di costruire un'identità di gruppo, ma salvaguardando l'identità individuale, favorendo nel soggetto il ruolo dell'attivatore o dell'osservatore, a seconda dei casi e delle situazioni.

Il bambino può permettersi di diluire le sue tensioni rivedendo negli altri cose che magari gli appartengono in modo non diretto.

Le esperienze che noi facilitiamo e condividiamo rappresentano la possibilità di COSTRUIRE INSIEME UNA RETE DI SIGNIFICATI, ossia nuovi costrutti che regolano i processi psicologici della persona.

Il gruppo rappresenta uno "SPAZIO INTERMEDIO" tra il mondo esterno e il loro mondo costretto o fantasmatico, un ambiente abbastanza rassicurante costruito per loro, che non minaccia il proprio sé ma contribuisce a diminuire le difese autarchiche, favorendo lo sviluppo di un certo grado di socialità. Si crea così un tessuto affettivo che diventa strumento terapeutico in quanto mobilita anche i meccanismi cognitivi (AFFETTIVITA' - BASE DELL' APPRENDIMENTO).

Inoltre rappresenta l'occasione per condividere un'esperienza affettivo-emotiva vissuta liberamente in un'atmosfera di gioco. Offre "UNO SPAZIO FISICO" pensato per loro, colorato, attraente , con giocattoli, poster, tappeto e musica oppure un posto più sobrio dove svolgere specifiche attività, ma offre soprattutto "LO SPAZIO MENTALE " degli operatori, elastico, flessibile , accogliente che crea quella rete che ci tiene uniti.

La forza coesiva del gruppo modula l'eccitazione e dilata i confini di ogni bambino, permettendo di partire dai livelli di base, fondamentali per il successivo sviluppo: REGOLAZIONE ED ATTENZIONE , CONDIVISIONE, TOLLERANZA E RISOLUZIONE DI QUALCHE PROBLEMA SOCIALE.

Si presta molta attenzione al LINGUAGGIO E ALLA COMUNICAZIONE perché spesso il bambino non riuscendo ad esprimere i suoi pensieri o sentimenti, può avere crisi di fuga, pianto o aggressività. Si incrementa il GIOCO DI FINZIONE E IL COLLEGAMENTO FRA LE IDEE per aiutarlo a sviluppare una rappresentazione interna e muoversi tra realtà e fantasia.

Nella formazione dei gruppi di solito predomina un criterio di omogeneità in base all'età, al tipo di disturbo (Autismo e spettro); però col gruppo spesso capita naturalmente di disporre di una certa ETEREOGENEITA' e questo può risultare utile.

L'integrazione di bambini con differenti profili può favorire modalità di relazione e interazione più complesse ma anche più ricche (ad es., il bambino iporeattivo ha bisogno di stimolazioni affettive più vivaci, intense con un tono di voce più alto, input vestibolari e propriocettivi; al contrario il bambino iper-reattivo ha bisogno di toni più pacati, di relazioni calmanti e di controllare l'ambiente; ma allo stesso tempo ognuno permette all'altro di confrontarsi con un pattern relazionale diverso.

Le fasi del Piccolo Gruppo

Dopo una prima fase di FORMAZIONE, si entra nella fase centrale dove si raggiunge un certo equilibrio ed ogni bambino trova il suo "RUOLO".

Gli operatori ora possono stabilire qualche regola in più e con alcuni cominciare anche a PATTEGGIARE, perché c'è una maggiore capacità di tollerare le frustrazioni: si allargano i loro interessi, accettano di più la vicinanza degli altri e partecipano a semplici giochi interattivi.

A questo punto i comportamenti problematici in genere si attenuano molto, forse perché il gruppo è riuscito ad accoglierli dandone un senso e il bambino, sentendosi compreso, trova altre modalità interattive più socialmente accettabili. Per es. all'interno del gruppo un bambino sempre in disparte ed evitante (con ipersensibilità sensoriale e difficoltà di regolazione, con tendenza all'aggressività) ha gradualmente assunto il ruolo del bambino con più iniziative, abilità di gioco ed autonomia, cominciando anche a tener conto delle situazioni e di cosa può provare l'altro. In un altro caso, un bambino dopo vari tentativi di ripristinare nel gruppo le sue ossessività, si è adeguato sempre di più ai cambiamenti ed anche all'imprevedibilità e al disordine che a volte il gruppo comporta.

Nei casi in cui il bambino presenti un profilo con improvvise oscillazioni dall'IPO- all'IPER-REATTIVITA', occorre ricreare un RITMO BIOLIGICO oltre che EMPATICO-AFFETTIVO, per fare in modo che diventi "REGOLATO" per tempi più lunghi. Potrebbe succedere che in alcuni casi abbiano bisogno di un sostegno più individualizzato oltre a quello offerto dal gruppo.

Interventi ed attività di gruppo

IL GIOCO STRUTTURATO O SEMISTRUTTURATO è la cornice entro la quale poniamo i nostri interventi ed in esso inseriamo gradualmente nuovi pattern relazionali e comportamentali.

Come primo approccio abbiamo inserito nelle nostre attività GIOCHI DI SCAMBIO, GIOCHI DI CONTATTO E DI MOVIMENTO con attivazione e sintonizzazione emotiva, fiducia ed attaccamento, oltre alle sensazioni cinestetiche, tattili, uditive e visive. Infine i GIOCHI COSTRUTTIVI ossia il fare qualcosa insieme con calma e concentrazione, condividendo le regole del gioco.

Abbiamo dato spazio a tutte quelle attività di gruppo che permettono di compendiare tutti questi elementi sopraelencati:

Pet-therapy - ha favorito l'utilizzo da parte dei nostri bambini di abilità cognitivo-motorie di base attraverso il feed-back fornito dall'animale, sull'appropriatezza dei loro gesti nelle interazioni di gioco e nelle manovre di manipolazione e di cura. Quest'ultimo aspetto ha permesso di ribaltare la situazione del bambino: da oggetto di cura a soggetto, come colui che fornisce cura ed accudisce l'altro. Il contatto fisico ha favorito anche la condivisione di una comunicazione non verbale, infatti l'animale autorizza o rifiuta il contatto attraverso le sue manifestazioni corporee.

Attività espressive - favoriscono lo scambio emotivo ed interattivo, aggregano il gruppo per cui abbiamo inserito: **Musica** (abbinata al movimento, **Danza** ed in alcuni casi il canto con il microfono), **Pittura** (abbinata anche a colorare le acque), **Manipolazione** (con farina e didò).

Con la musica attiviamo modalità funzionali alla comunicazione: l'elemento sonoro-musicale funge da mediatore ed apre nuovi canali di comunicazione per gestire e godere di interazioni di gioco (il rincorrersi, fare il trenino, passare sotto la galleria, accelerare e rallentare, la pausa ed infine la mimica espressiva ed il ritmo danzante). Un bambino che si isolava dagli altri, ascoltando canzoncine o storie con la sua radiolina auricolare, che non abbandonava mai e portava sempre con sé con questa attività l'ha gradualmente abbandonata in tutte le sue situazioni di vita.

Anche l'esperienza pittorica è un valido strumento terapeutico: mescolare i colori, ottenerne sempre nuovi e diversi. La trasparenza e la luminosità dell'acquerello si rivela stimolante con l'espandersi del colore sul foglio per il fluire ineffabile ed in continua trasformazione, richiedendo disponibilità al cambiamento e alla spontaneità. Con l'acquerello i bambini sperimentano la libertà o anche la confusione del fluire ma anche il controllo rappresentato dal margine del foglio, dal nostro aiuto, dalle piccole regole.

Con la manipolazione si sperimentano e si riconoscono le sensazioni generate dal materiale manipolato, lavorando sul fare tutti insieme la stessa cosa: impastare, pizzicottare, sullo scambio e trasformazione del materiale, a volte anche sul produrre qualcosa di buono per tutti, come per esempio fare i biscotti, la schiacciata, oppure creare qualcosa di bello e di interessante con l'aiuto delle varie forme.

Tra le **Attività ricreative sociali** ci sono, oltre la merenda (un momento prezioso per il gruppo perché li accomuna tutti, sperimentano nuovi sapori e generalizzano abbastanza presto anche a casa), l'USCITA AL BAR, SUPERMERCATO, GIARDINO che uniscono allo svago anche la possibilità di scegliere le proprie cose preferite, di favorire una buona convivenza tra di loro ed assumere un comportamento abbastanza adeguato anche in ambienti esterni.

Attualmente con il gruppo si organizzano delle brevi esperienze di SOGGIORNO FUORI CASA (cominciando da un giorno ed una notte), PER FAVORIRE GRADUALMENTE DEI MOMENTI DI DISTACCO dall'ambiente familiare e un certo grado di AUTONOMIA PERSONALE E SOCIALE.

Conclusioni

I risultati di questo tipo di lavoro sono in genere confortanti, i bambini riescono nel corso di un anno all'interno del gruppo e di due per quanto riguarda la generalizzazione in altri ambienti (casa, scuola) a raggiungere livelli sufficienti per quanto riguarda:

-LA RIDUZIONE DEI COMPORTAMENTI PROBLEMA (aggressività, mancanza di regolazione, iper o ipo-reattività, perseverazione)

-IL RAGGIUNGIMENTO DI UN EQUILIBRIO ADATTIVO (in più situazioni e più contesti)

-L'ATTUTIRSI DELLA SINTOMATOLOGIA PROPRIAMENTE AUTISTICA (riduzione delle stereotipie e comportamenti perseverativi)

-L'ACQUISIZIONE DI NUOVE COMPETENZE (soprattutto sociali, la capacità di stare ad esempio al supermercato in modo adeguato: prendere il carrello per P., scegliere i prodotti e leggere l'elenco della spesa per I., pagare per N.)

Alcuni ragazzi hanno scoperto o incrementato L' USO DELLA SCRITTURA E DELLA LETTURA (ad es. scrivere e leggere l'elenco della spesa, le ricette o anche il giornale).

Inoltre é aumentata anche la CAPACITA' DI QUANTIFICARE E MANEGGIARE IL DENARO (ad es. pagare al supermercato).

In tutti i ragazzi é aumentato il senso dell' ORIENTAMENTO NELLO SPAZIO E NEL TEMPO, LA SEQUENZIALITA' E LA PROCESSAZIONE MOTORIA per compiere un'azione.

L'ASPETTO COGNITIVO E' SEMPRE INTEGRATO ALLA MOTIVAZIONE ED AL CONTESTO GIUSTO.

Tutto questo va nel senso di una ricerca di COMPORTAMENTI ADEGUATI che possono in alcuni casi incrementare l' AUTOSTIMA ED UNA MIGLIORE DEFINIZIONE DELLA PROPRIA IDENTITA'.

A questo punto un bambino può AIUTARE O CONSOLARE SPONTANEAMENTE UN ALTRO IN DIFFICOLTA': N. una ragazzina di solito molto evitante, prende in braccio una ragazzina più piccola di lei, in difficoltà, perché si sta inserendo da poco nel nostro gruppo, I. rinuncia a fare il suo gioco preferito al computer e si affretta a mettere il video preferito dalla bambina perché sa che le piace molto e la rasserena.

Un nuovo inserimento quindi, quando il gruppo é abbastanza consolidato, può non rappresentare una minaccia ma essere una sfida per un' ulteriore spinta verso un livello più alto dello sviluppo.

Riassumendo si può dire che il GRUPPO RISULTA UTILE perché permette di mettere insieme sia UN INTERVENTO DI TIPO TERAPEUTICO CHE UN INTERVENTO DI TIPO EDUCATIVO, momenti che si incontrano e si sovrappongono, permettendo di non rimanere legati solo agli aspetti più di superficie del problema del soggetto autistico.

Dalla nostra esperienza possiamo dedurre che anche se non tutti usufruiscono allo stesso modo delle possibilità che il Piccolo Gruppo offre, in quanto dipende anche da quando siano compromesse alcune capacità fondamentali, una buona funzione terapeutica può essere apprezzata da tutti.

Il gruppo è lo spazio in cui comunque vengono sviluppate: condivisione dell'attenzione, imitazione, tolleranza alla frustrazione, anticipazione dello scopo dell'altro, acquisizione dell'autocontrollo e di tutte quelle competenze che permettono un buon livello di autonomia.

BIBLIOGRAFIA

Bion W.R., "Apprendere dall'esperienza", Armando, Roma, 1996.

Damasio A.R., "L'errore di Cartesio. Emozione, ragione e cervello umano" Adelphi, Milano, 1995.

Greenspan S., Wieder S., "The child with special needs" New York 1998; traduzione italiana a cura di F. Muratori "Bambini con Bisogni Speciali" Vol.1 e Vol. 2, Fioriti Editore.

Greenspan S., Wieder S., "Trattare l'autismo"; traduzione italiana a cura di M.T. Sindelar, Cortina editore 2007.

Greenspan S., Salmon J., "The challenging child", New York 1995.

Greenspan S., De Cangi G., Wieder S., " The Functional Emotional Assessment Scale (FEAS)", USA 2001.

ICDL-DMIC "Diagnostic Manual for Infancy and Early Childhood", USA 2005.

Schore A.N., "La Regolazione degli Affetti e la Riparazione del SE", Casa Editrice Astrolabio"2008.

Stern D., "Il mondo interpersonale del bambino", Armando , Roma 1987.

Stern D., "L'interazione madre- bambino nello sviluppo e nella clinica " Raffaello Cortina, Milano 1998.

Stolorow, R.D. e Atwood, G.E. "I contesti dell'essere . Le basi intersoggettive della vita psichica, Boringhieri, Torino 1995 ed "La prospettiva intersoggettiva" Borla, 1996.

Trevarthen, C., Aitken, K., Papoudia, D., Robarts,J., " Children with autism: Diagnosis and interventions " London 1998.