



Valorizzazione del corpo nella proposta didattica al soggetto con Sindrome dello Spettro Autistico

Body enhancement in teaching proposal to the subject with Autism Spectrum Syndrome

Pietro Montesano

DISMEB – Università degli Studi di Napoli “Parthenope”
pietro.montesano@uniparthenope.it

Francesco Peluso Cassese

Università degli Studi Niccolò Cusano- Telematica Roma
francesco.peluso@unicusano.it

Domenico Tafuri

DISMEB – Università degli Studi di Napoli “Parthenope”
domenico.tafuri@uniparthenope.it

ABSTRACT

The theoretical and diagnostic approaches to Autistic Syndrome have changed over the years following the results of clinical studies that have established the organic etiology as well as behavioral. It is still difficult to identify with certainty the cause of the disease but are more clear types of treatments to use. At scholastic level, the number of autistic children attending public schools has increased and intervention teaching techniques were perfected. Of particular importance is the enhancement of the body that silent body must become a living body capable of action and convey emotions limiting redundancies, stereotypes and establishing effective relationships.

Gli approcci teorici e diagnostici relativi alla Sindrome Autistica sono mutati nel corso degli anni in seguito ai risultati delle ricerche cliniche che hanno sancito l'etiologia organica oltre che comportamentale. Risulta ancora difficile individuare con certezza la causa della patologia ma sono più chiari le tipologie di trattamenti da utilizzare. A livello scolastico il numero dei soggetti autistici frequentanti le scuole pubbliche è aumentato e sono state perfezionate le tecniche didattiche d'intervento. Particolare importanza riveste la valorizzazione del corpo che da corpo muto deve diventare un corpo vivo capace di agire e trasmettere emozioni limitando le ridondanze, le stereotipie e stabilendo efficaci relazioni.

KEYWORDS

Autism, Didattica, Body, School, Motor Activity.
Autismo, Didactics, Corpo, Scuola, Attività Motoria.

- I paragrafi 1 e 2 sono attribuibili al Prof. Domenico Tafuri. I paragrafi dal 2 al 4 sono attribuibili al Prof. Pietro Montesano. I paragrafi dal 5 al 7 sono attribuibili al Prof. Francesco Peluso Cassese.

Introduzione

L'Autismo è un grave disturbo dello sviluppo, una sindrome comportamentale, causato da un disordine dello sviluppo biologicamente determinato, con esordio nei primi due/tre anni di vita.

La patologia si manifesta prevalentemente con difficoltà di interazione sociale e con difficoltà di sviluppare abilità atte a comunicare idee e sentimenti. Le caratteristiche del deficit sociale assumono un'espressività variabile nel tempo trattandosi di una *disabilità* permanente che accompagna il soggetto per tutto l'arco della vita. Le cause sono molteplici e multifattoriali ma la ricerca medica ha dimostrato il collegamento con:

- Anomalie della struttura o funzione cerebrale;
- Squilibri nutrizionali e metabolici;
- Esposizione a sostanze chimiche durante la gravidanza;
- Fenilchetonuria, rosolia e sindrome da malassorbimento intestinale non curate;
- Danni e traumi dell'embrione di vario tipo;
- Fattori genetici.

L'incidenza della Sindrome Autistica² (DSA) negli Stati Uniti d'America è aumentata di circa dieci volte negli ultimi quaranta anni passando da un caso su 150 individui nel 2007 a un caso su 88 individui nel 2014. L'autismo colpisce i maschi circa 3-4 volte più delle femmine e può essere frequentemente associato ad altre patologie quali Ritardo Mentale (circa 75%), Epilessia (circa 25%), Sindrome X-fragile (circa 3-25%), Sclerosi Tuberosa (circa 17-60%).

In Italia, pur non disponendo di dati omogenei, si stima³ che i soggetti affetti da autismo sono compresi tra i 300.000 ed i 500.000 individui.

In considerazione dell'ampiezza del fenomeno l'Organizzazione delle Nazioni Unite (ONU), dal 2007, ha designato ufficialmente il 2 aprile come giornata mondiale della sensibilità⁴.

L'Autism Society of America (ASA) considera l'autismo come «grave menomazione dello sviluppo psichico che compare nei primi tre anni di vita. Presente in tutto il mondo con uguale frequenza ed in famiglie di ogni razza, ceto ed etnia. Nessun fattore psichico, chimico-fisico o biologico noto, presente nella famiglia o nell'ambiente, svolge un ruolo etiopatogenetico del determinismo della malattia. I sintomi che, nelle forme più gravi, includono comportamenti di automutilazione, di ripetitività, e di elevata aggressività sono dovuti ad alterazioni organiche del sistema nervoso centrale» mentre per l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) l'autismo è «una sindrome da alterazione globale dello sviluppo psicologico caratterizzato da anomalie qualitative delle interazioni sociali e delle modalità di comunicazione e da un repertorio limitato, stereotipato, ripetitivo di interessi e di attività. Le anomalie sono una caratteristica preminente del funzionamento dell'individuo in tutte le situazioni, e sono di grado variabile. Nella maggior parte dei casi lo sviluppo è anomalo sin dalla prima infanzia e, nella stragrande maggioranza dei casi, le condizioni in questione si manifestano durante i primi cinque anni di vita».

Le ricerche cliniche solo dal 1970 hanno considerato l'autismo non più come

2 Centers for Disease Control (USA), 2014.

3 ISTAT, 2014.

4 World Autism Awareness Day.

una manifestazione esclusivamente infantile ma come una patologia presente durante l'arco della vita e le classificazioni cliniche (DSM-IV-TR, 1994) sono ormai orientate, univocamente, a definire la DSA «*un disturbo pervasivo dello sviluppo ad eziopatogenesi sconosciuta*».

La genesi e la scoperta della patologia⁵ è attribuita a Kanner (1943) che descrisse uno studio su undici bambini, cinque figli di psichiatri o psicologi e altri sei di professori universitari, definendo i bambini «*incapaci di mettersi in relazione con persone e situazioni fin dall'inizio della vita*».

L'indagine, da cui emerse che i bambini sembravano essere in guscio, permise di definire i criteri diagnostici per l'individuazione del disturbo dell'autismo infantile precoce:

- Esordio nel primo anno di vita;
 - Assenza del contatto con gli altri, *aleness*;
 - Preoccupazione ossessiva che l'ambiente esterno rimanga immutabile, uniforme, monotono, *sameness*, con forte angoscia per i cambiamenti;
 - Potenzialità intellettive conservate e uso anomalo del linguaggio.
- Tali indicatori, nel 1956, furono poi ridotti a tre:
- Isolamento estremo;
 - Avversione ai cambiamenti;
 - Esordio nei primi due anni di vita.

I criteri diagnostici attuali comprendono sia disabilità (ICF, 2000) multiple nelle funzioni sociali e nelle comunicazioni che comportamenti restrittivi e ripetitivi che si manifestano prima dei tre anni di età.

Nel corso degli anni sono state raccolte numerose testimonianze di soggetti affetti da autismo che hanno superato il comprensibile imbarazzo e l'isolamento esplicitando il disagio conseguente alla presa di coscienza della patologia. Significativa è l'esperienza della Grandin, una docente di scuola superiore, che afferma «[...] Anche oggi, le relazioni personali sono qualcosa che non riesco a capire fino in fondo...Io non so leggere i sottili indizi emozionali. Ho dovuto imparare per prove ed errori cosa significano certi gesti e certe espressioni facciali. All'inizio della mia carriera prendevo i primi contatti per telefono, il che mi era più facile perché non mi costringeva a gestire segnali sociali complessi» (Grandin, 1995).

1. Manifestazioni autistiche

L'individuazione di un soggetto affetto da autismo deve essere effettuata attraverso diversi step diagnostici. La diagnosi di DSA deve soddisfare sei criteri di cui almeno due nell'ottica del danneggiamento dell'interazione sociale ed uno nell'ambito delle aree del disagio della comunicazione, degli atteggiamenti comportamentali restrittivi, ripetitivi e stereotipati. I principali tipi di trattamento prevedono interventi sinergici tra Terapia Farmacologica Tradizionale, Logopedia, Psicomotricità, Terapia Integrativa Sensoriale, Terapia Psicoeducativa (Relationship Development Intervention, Applied Behavior Analysis, Verbal Behavior), Pet Therapy, Terapia Biomedica, Comunicazione Facilitata.

Le compromissioni riguardano, in particolare, la comunicazione verbale e non verbale, l'interazione sociale e l'immaginazione o repertorio di interessi. Le manifestazioni autistiche si evidenziano attraverso l'utilizzo di un linguaggio con

5 dal greco *autos* "se stesso" – "vivere nei termini del sé".

ripetizione di parole, suoni o frasi che il soggetto sente pronunciare (ecolalia) o attraverso l'isolamento, il mutismo. Il linguaggio non è adeguato all'età cronologica (difficoltà ad instaurare una conversazione) e l'assenza di linguaggio non favorisce alcun tentativo di comunicazione gestuale o mimica. Lo sviluppo del linguaggio è associato all'ecolalia immediata o ritardata, alla prosodia monotona, all'utilizzo di pochi vocaboli, all'espressione delle emozioni (gioia, piacere, sorpresa, collera) che il più delle volte non è manifestata, eccettuata quella di angoscia. Le capacità imitative non sono compromesse ma, spesso, i soggetti autistici denotano rilevanti difficoltà ad impiegare i nuovi apprendimenti in modo efficace anche perché è frequente la presenza di ritardo mentale (Temali et al., 2003). La difficoltà di comunicazione si associa a quella di interazione sociale che si manifesta con apparente carenza di interesse e di reciprocità con gli altri; con tendenza all'isolamento e alla chiusura; con apparente indifferenza emotiva agli stimoli o ipereccitabilità agli stessi; con difficoltà ad instaurare un contatto vivo (es. guardare negli occhi le persone). Il soggetto autistico evita di entrare in contatto con gli altri, di attirare l'attenzione, non aggancia lo sguardo, non imita gli altri. Non manifesta espressioni di piacere, di condivisione di interessi (assenza di *pointing*), il suo sguardo sembra vuoto, lontano, estraneo.

I comportamenti sono limitati e ripetitivi (dondolii) e si palesano difficoltà a rispettare il turno, a rispondere alle domande e a partecipare alla vita o ai giochi di gruppo. Le stereotipie sono abitudinarie e i rituali, apparentemente privi di significato simbolico, occupano la maggior parte delle attività quotidiane. Altresì si riscontra interesse eccessivo per oggetti, o parti di essi, che hanno forme tondeggianti o per quelli con superficie ruvida.

I soggetti autistici sono resistenti ai cambiamenti e le manifestazioni si evidenziano con espressioni terrorizzate, con l'esplosione in crisi di pianto o riso, con tendenze autolesionistiche, con iperattività (Marcelli, 1999) ed aggressività verso altri soggetti o verso oggetti oppure con l'eccessiva passività e l'ipotonia. Sono stati riscontrati anche dei disturbi del comportamento alimentare che riguardano il gusto, con la scelta esclusiva di alcuni cibi, o l'aspetto dei cibi che possono attrarre o respingere in relazione al colore, alla forma, alla grandezza.

Indicatori significativi riguardano la sfera motoria e quella intellettiva. La motricità può manifestarsi con comportamenti passivi (soggetto fermo, inerte, senza iniziativa motoria) o iperattivi con irrequietezza motoria, con squilibri posturali, con andature insolite, saltellanti o rigide. A livello intellettivo le performance dei soggetti autistici, pur con profili eterogenei, risultano, nel complesso, inferiori alla media; gli aspetti visivo-spaziali e quelli relativi alla capacità mnemonica sono in genere migliori rispetto alla capacità di ragionamento e di *tenuta* delle informazioni.

2. Approcci teorici

Dagli anni Settanta del secolo scorso, i diversificati paradigmi teorici hanno contribuito ad inquadrare la sindrome autistica in un'ottica clinica e diagnostica che è mutata nel corso degli anni (APA, 1994).

Dagli studi dei coniugi Timbergen⁶ è stato teorizzato l'*approccio etologico* (Timbergen N.&E., 1989) che descrive il comportamento del bambino utilizzando alcuni concetti etologici, in particolare quelli di *sistema funzionale principale* e di *conflitto motivazionale* (Tab.1).

6 Niko Timbergen è conosciuto soprattutto per essere stato, nel 1973, insignito del Premio Nobel per la Medicina e la Fisiologia, insieme a Lorenz e Von Frish.

APPROCCIO ETOLOGICO	<p>I coniugi Timbergen affrontano la problematica dell'autismo affermando che le condizioni interne del soggetto determinano il grado di disposizione a reagire agli stimoli esterni. Per Bonci (2008) «[...] <i>l'autismo deriverebbe da un insieme di aspetti sia costituzionali che ambientali, e questi studiosi lo analizzano facendo proprie le modalità di osservazione etologica, focalizzando l'analisi sui modi in cui il soggetto interagisce con l'ambiente esterno</i>».</p> <p>L'approccio utilizza poi i concetti di <i>sistema funzionale principale</i> e di <i>conflitto motivazionale</i>. Il primo si riferisce a comportamenti che svolgono una funzione particolare, che perseguono uno scopo, quale per esempio: il nutrirsi o l'attività sessuale. Il secondo si riferisce a comportamenti non classificabili né come avvicinamento, né come evitamento (Cottini, Rosati, 2008)</p> <p>La <i>Teoria della mente</i> (Baron-Cohen, 1997) ha approfondito la capacità del bambino di attribuire agli altri intenzioni o desideri o, in sintesi, <i>stati mentali</i> (Cavalli et al., 2013). La teoria ha esperito alcune indagini tra cui quella della falsa credenza (Tab. 2).</p>
---------------------	--

Tab. 1 – Approccio Etologico

TEORIA DELLA MENTE	<p>La teoria viene esplicitata con il <i>Test della Falsa Credenza</i>⁷ elaborato inizialmente da Wimmer & Perner (1983) e perfezionato da Baron-Cohen et al. (1985). L'esperimento, denominato anche <i>Sally-Anne test</i>, consiste nel mostrare al bambino autistico uno scenario in cui si trovano due bambole Sally e Anna. La prima bambola, Sally, nasconde la sua biglia in una scatola e poi esce a fare una passeggiata. Mentre Sally è fuori, Anna sposta la biglia e la nasconde in un cesto. Sally ritorna e vuole la sua biglia. Il monitoraggio prevede alcune domande di controllo che vengono poste al bambino per assicurarsi che abbia prestato attenzione alla sequenza degli eventi.</p> <p>Al termine dell'esperimento al bambino viene chiesto: «<i>dove andrà Sally a cercare la sua pallina?</i>»</p> <p>In genere i bambini di 3 anni e i bambini autistici, anche intelligenti, rispondono indicando il luogo dove la biglia si trova realmente e non dove Sally crede che sia. A 4 anni, invece, il bambino è in grado di dare una risposta corretta attribuendo il comportamento di Sally a ciò che lei pensa, cioè alla sua credenza che la biglia è nella scatola.</p> <p>Molti autori ritengono tuttavia che la <i>teoria della mente</i> si strutturi ben prima dei 4 anni e che ciò avvenga attraverso la comparsa di una serie di precursori che compaiono nei primi due anni quali <i>l'attenzione condivisa</i> e la <i>comunicazione intenzionale</i>.</p> <p>Lo studio delle psicosi infantili ha generato la <i>Teoria psicoanalitica</i> (Mahler et al., 1978) che si occupa, prevalentemente, del rapporto precoce tra madre e bambino approfondendo l'argomento della nascita psicologica del bambino che si svolge lentamente attraverso un processo di separazione-individuazione (Tab. 3).</p>
--------------------	--

Tab. 2 – Teoria della mente

7 Dall'inglese *false belief test* o Test della credenza erronea.

TEORIA PSICO-ANALITICA	<p>La teoria psicoanalitica viene associata immediatamente a Freud ma nel caso dell'autismo saranno presi in considerazione i punti di vista della Mahler e della Tustin.</p> <p>Secondo la Mahler (1978) la nascita psicologica del bambino si sviluppa attraverso un lento processo di separazione-individuazione che riguarda, soprattutto, l'esperienza del proprio corpo e il rapporto con l'oggetto d'amore primario, la madre.</p> <p>Il processo di separazione-individuazione prevede quattro sottostadi:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Differenziazione e sviluppo dell'immagine corporea (4°-8° mese);2. Sperimentazione (8°-14° mese);3. Riavvicinamento (14°-24° mese); <p>Costanza dell'oggetto libidico (3° anno).</p> <p>Lo stadio di <i>Differenziazione</i> corrisponde alla presa di coscienza del corpo del bambino. Grazie alla coordinazione motoria, il bambino apprende il proprio schema corporeo (con le mani e la bocca esplora tutto il suo corpo). Intorno a i sei mesi, esplora gli oggetti che si trovano alla sua portata ed il viso di sua madre (i capelli, il naso, gli occhi). A sette-otto mesi, il bambino distingue la madre dalle altre persone e sperimenta reazioni di angoscia quando la madre lo lascia, comincia a differenziarsi da essa e reagisce in modo diverso in base alle persone presenti. La <i>Sperimentazione</i> coincide con i progressi motori che ampliano e fortificano le relazioni. Il bambino riesce ad allontanarsi o ad avvicinarsi alla madre e giocando riesce a controllare la paura della separazione. Con la conquista della deambulazione riuscirà ad affermare ancora di più la propria individualità. La Mahler nota anche che in questa fase i bambini si interessano alle loro parti genitali, ed alla differenza anatomica tra maschi e femmine. Durante lo stadio di <i>Riavvicinamento</i> si nota l'importanza che il bambino conferisce a fatti e gesti della mamma, alla successione di movimenti di avvicinamento e di allontanamento del bambino nei confronti della madre. Intorno ai ventuno mesi, il bambino è capace di trovare una distanza ideale dalla madre. Sono palesi i progressi del linguaggio. Nel quarto stadio, <i>Costanza dell'oggetto libidico</i>, il bambino ha una rappresentazione stabile, permanente e distinta di sé stesso e di sua madre. Non solo egli si sente veramente separato dalla madre, ma percepisce anche le sue caratteristiche sessuali, cioè si percepisce come femmina o maschio, con degli organi sessuali propri della sua identità sessuale. È nel corso di questa fase che l'individualità del bambino si afferma. Egli sta insieme ad altri bambini, utilizza i pronomi personali ed il suo senso del tempo si sviluppa. Al termine di questi tre anni il bambino ha sviluppato la propria identità, percepisce chi è e che è presente nel mondo. Non solo sa di essere diverso da sua madre, ma conosce bene il suo nome, non piange più quando la mamma è assente, ha la propria vita extrafamiliare, a scuola. Tuttavia, questo processo di separazione e di individuazione non è del tutto terminato, e delle frustrazioni o angosce troppo intense possono farlo regredire.</p>
---------------------------	--

	<p>Nel bambino autistico non è facile riscontrare lo sviluppo attraverso gli step previsti dalla Mahler poiché esso ha difficoltà a far fronte agli stimoli provenienti dall'esterno se non erigendo una barriera verso questi, soprattutto verso le richieste di contatto umano o sociale. Il bambino autistico cerca di mantenere le situazioni esterne il più immutate possibili, si <i>affeziona</i> preferibilmente ad oggetti inanimati, tende a deanimare anche quelli animati, come quando per es. utilizza la mano del genitore come strumento per raggiungere un oggetto.</p> <p>La Tustin si è occupata di psicosi infantili di orientamento psicoanalitico osservando che la situazione reale è infinitamente sfumata e complessa e varia da bambino a bambino. Nell'ottica dell'autismo afferma che «[...] <i>l'autismo sia il risultato di un trauma che dissolve il senso del contenimento corporeo. Dato che il contenimento corporeo è un prerequisito necessario per lo sviluppo psichico, questo pregiudica la crescita mentale</i>» (Spensley, 1997). I bambini autistici presentano caratteristiche assimilabili ai non udenti, così come per gli psicotici, poiché una delle principali difficoltà è quella di stabilire un canale d'ascolto con l'esterno.</p> <p>Ancora il <i>modello sistemico</i> (Tab.4) è anch'esso centrato sullo studio dei disturbi psichiatrici ma, a differenza della teoria psicoanalitica, è allargato al trattamento delle dinamiche relazionali e comunicative disturbate all'interno della famiglia (Andolfi, 2005) e non finalizzato all'esclusività del rapporto madre-bambino.</p>
--	---

Tab. 3 – Teoria psicoanalitica

<p>MODELLO SISTEMICO</p>	<p>Nel Modello Sistemico si intersecano la <i>teoria del doppio legame</i> di Bateson e quella della <i>teoria generale dei sistemi</i> di Von Bertalanff.</p> <p>Si afferma l'importanza dello sviluppo della terapia familiare e quindi del coinvolgimento nelle terapie dell'intero gruppo familiare e non più solo del singolo soggetto con la madre.</p> <p>La differenza che connota il <i>modello sistemico</i> dalla <i>concezione psicoanalitica</i> consiste nell'inserimento delle difficoltà emotive della madre in un contesto in cui sia il marito sia la famiglia di origine del soggetto autistico sono coinvolti attivamente.</p> <p>L'approccio comportamentale (Tab. 5), infine, studia il comportamento del soggetto ed in particolare dei cambiamenti del comportamento e dei fattori che determinano tali cambiamenti. I dati raccolti sono analizzati con la <i>Applied Behavior Analysis</i> (o analisi del comportamento applicata, ABA) (Ricci et al., 2014).</p>
--------------------------	---

Tab. 4 – Modello sistemico

<p>APPROCCIO COMPOR- TAMENTALE</p>	<p>Il comportamento del soggetto autistico è analizzato in un'area di ricerca finalizzata ad applicare i dati raccolti per comprendere le relazioni che intercorrono fra determinati comportamenti e le condizioni esterne attraverso l'utilizzo della <i>Applied Behavior Analysis</i> (ABA) adottata a seguito degli studi di Baer (1968). L'approccio utilizza i dati ricavati per formulare teorie relative al perché un determinato comportamento si verifica in un particolare contesto e, conseguentemente, si mettono in atto una serie di interventi finalizzati a modificare il comportamento e/o il contesto. Le informazioni ricavate dall'analisi del comportamento, vengono utilizzate in maniera propositiva e sistematica per modificare il comportamento. L'applicazione viene effettuata, in genere, con il metodo UCLA Model of Service Delivery ideato dal dottor Lovaas (1990). Il principio centrale su cui si basa l'ABA, è quello di rinforzo: la frequenza e la forma di un determinato comportamento possono essere influenzate da ciò che accade prima o dopo il comportamento stesso. Il principio del rinforzo e delle tecniche comportamentali (<i>shaping, chaining, fading, prompting modeling</i>) possono essere utilizzati per incrementare o ridurre determinati comportamenti, sviluppare e consolidare nuovi apprendimenti (Pear & Martin, 2000). L'utilizzo dell'ABA viene consigliato per il setting ambientale che, di norma, il soggetto frequenta come famiglia, scuola e attività del tempo libero.</p>
--	---

Tab. 5 – Approccio comportamentale

3. Autismo e scuola

I soggetti disabili che frequentano la scuola italiana aumenta di anno in anno. Per l'anno scolastico 2014-2015 gli alunni disabili iscritti sono stati oltre 150.000 (centocinquantamila).

A partire dalla riforma della scuola media⁸, nel secolo scorso, sono state, progressivamente, eliminate le classi speciali di insegnamento ed è stato iniziato il difficoltoso processo⁹ di inserimento e integrazione¹⁰ che oggi viene inglobato nel termine inclusione¹¹.

Le esperienze di ogni giorno documentano quanto sia complesso promuovere forme di inclusione scolastica (Arcangeli et al., 2008) per il soggetto autistico ma, malgrado ciò, è indispensabile perseguire l'integrazione-inclusione in un'ottica della scuola di tutti, anche se l'allievo presenta rilevanti problematiche cognitive, relazionali e comportamentali.

La serena coesistenza con coetanei normodotati, costituisce un'occasione pressoché unica non solo per ricercare apprendimenti funzionali, ma anche per

8 Vedi Legge n. 1859 del 31/12/1962 - *Istituzione della Scuola Media unica triennale.*

9 Vedi Legge n. 517 del 4 agosto 1977 - *Norme sulla valutazione degli alunni e sull'abolizione degli esami di riparazione nonché altre norme di modifica dell'ordinamento scolastico.*

10 Vedi Legge n. 104 del 5 febbraio 1992 - *Legge-quadro per l'assistenza, l'integrazione sociale e i diritti delle persone handicappate.*

11 Vedi MIUR – Direttiva Ministeriale del 27/12/ 2012; C.M. n.8 del 2013 prot.561 *“Strumenti di interventi per alunni con bisogni educativi speciali e organizzazione territoriale per l'inclusione scolastica”. Indicazioni operative.*

comprendere meglio il mondo con le sue regole, a volte così oscure ed illogiche per la persona con autismo, e per generalizzare in situazioni diverse gli apprendimenti specifici acquisiti in ambito riabilitativo.

Il soggetto disabile nella società contemporanea, dominata da valori legati ai consumi, al mito del successo, alla cultura del corpo e dell'immagine, è una presenza provocatoria e poco rassicurante. Per la realizzazione delle finalità inclusive è fondamentale un adattamento organizzativo della istituzione scuola, un investimento vero di risorse, un coinvolgimento di tutte le figure interne ed esterne che interagiscono con il bambino e l'adozione di affinate metodologie di facilitazione comunicativa e didattica.

In questo contesto la scuola pubblica ha dimostrato di riservare la massima attenzione al problema degli alunni disabili con normative ispirate alla logica delle *pari opportunità*. In base a questo principio è stata valorizzata la *diversità*, intesa come occasione di maturazione comune e come motivo ispiratore di una nuova logica integrativa, orientata a far valere sia le ragioni dell'efficienza che i valori della democrazia, proprio perché rispettosa della capacità individuali e dei bisogni relazionali e cognitivi di tutti, bambini, adolescenti, adulti. L'integrazione-inclusione non è però riferita al solo soggetto disabile ma tale processo investe l'intera comunità scolastica. L'inserimento del disabile nelle scuole normali ha rappresentato di per sé la più grossa riforma scolastica: ha costretto la scuola ad interessarsi al ragazzo non solo come destinatario di informazione, bensì come soggetto da integrare nella scuola uguale per tutti e diventare diversa per ciascuno, attivando una flessibilità di organizzazione interna ed un collegamento con i servizi socio-psicopedagogici e sanitari-specialistici. Canevaro (1976) afferma che *«quando un bambino va a scuola, è come se fosse portato nel bosco, lontano da casa. Ci sono bambini che si riempiono le tasche di sassolini e li buttano per terra in modo da saper ritrovare la strada di casa anche di notte alla luce della luna. Ma ci sono bambini che non riescono a far provvista di sassolini e lasciano delle briciole di pane secco (...) una traccia molto fragile e (...) i bambini si perdono nel bosco e non sanno più ritornare a casa»*. La favola di Pollicino diventata, per Canevaro, il simbolo della separazione – crescita – allontanamento del bambino dal nucleo familiare alla scuola, rappresentata dal bosco. Quando il bambino è in condizioni di disabilità, l'esperienza scolastica assume spesso aspetti complessi, suscita timori, conflitti, a volte angosce, sia in lui che nei genitori e negli insegnanti. La scuola può apparire un bosco pauroso, un luogo in cui ci si perde e la disabilità può diventare oggetto di esclusione e di abbandono. Affinché ciò non avvenga, è compito delle istituzioni scolastiche e dei docenti riuscire a trasformare la dolorosa realtà dell'alunno fragile, privo di una dotazione psicologica o fisica adeguata, in un'esperienza di maturazione e di graduale integrazione, aiutandolo ad entrare nel bosco senza perdersi (Casale et al., 1991).

All'interno di una società moderna l'istruzione scolastica svolge un ruolo importante e delicato anche se spesso, ormai, essa assolve a un ruolo di supplenza educativa al posto della famiglia. La scuola dovrebbe *aiutare i giovani a fare propri i valori della civiltà cui appartengono, dovrebbe preparare, se pur parzialmente, all'esercizio di una professione, dovrebbe aiutare a conseguire una coscienza critica che è la base della convivenza civile e della struttura democratica della società e dello Stato*. Per Dewey (1982) *«l'educazione è un processo sociale, la scuola è una forma di vita comunitaria in cui si accentuano tutti i fattori particolarmente atti a rendere il fanciullo partecipe delle risorse ereditate dalla gente e a metterlo in grado di servirsi delle sue capacità per fini sociali»* e ancora *«il vero centro dell'apprendimento non è nella scienza o nella letteratura, nella storia o nella geografia, ma nelle attività sociali del fanciullo»*.

4. Proposta didattica

La proposta didattica per i DSA deve essere formulata attenendosi alle normative scolastiche¹² con l'utilizzo dei documenti consigliati, Diagnosi Funzionale (DF)¹³ – Profilo Dinamico Funzionale (PDF)¹⁴ – Piano Educativo Individualizzato (PEI)¹⁵, che rappresentano un veicolo di inclusione atto a favorire l'avvio e la realizzazione di un processo positivo di inserimento attivo nella vita di relazione-apprendimento legata a tutti gli ambienti cui afferisce il soggetto autistico.

La stesura di un piano di lavoro, riportato poi nel PEI (lanes & Celi, 2001), deve prevedere una *valutazione iniziale* atta a raccogliere informazioni dettagliate sulle diverse aree di funzione poiché, come per tutti i disabili, le persone autistiche presentano dei profili estremamente disomogenei. Significativa è la conoscenza dell'*ambiente* che concorre a determinare condizioni idonee, o sfavorevoli, alla costruzione del benessere dell'allievo. È necessario definire poi obiettivi da perseguire, strategie da utilizzare e modalità di verifica e valutazione dei risultati ottenuti.

La valutazione degli elementi a disposizione induce a proporre come paradigma di riferimento il Modello Strutturale Integrato (MSI) (Ariano, 2005).

Nel MSI l'uomo viene considerato come un'unità gerarchicamente organizzata in relazione con gli altri e con il mondo ed inserito in un orizzonte da cui riceve e dà senso.

Agisce in base a quattro *linguaggi di esistenza* (Tab.6):

- Linguaggio corporeo;
- Linguaggio emotivo;
- Linguaggio fantastico;
- Linguaggio razionale.

12 Vedi Legge 104/92 cit.

13 Descrizione analitica della compromissione funzionale dello stato psicofisico dell'alunno in situazione di handicap.

14 descrizione delle difficoltà e dello sviluppo potenziale dell'alunno diversamente abile nei tempi brevi (sei mesi) e medi (due anni).

15 In esso vengono descritti gli interventi finalizzati alla piena realizzazione del diritto all'educazione, all'istruzione ed alla integrazione scolastica

Linguaggio corporeo	Il soggetto, identificandosi con il suo corpo, instaura una comunicazione non verbale che consente agli altri, attraverso il suo linguaggio, di leggere il proprio corpo e quello degli altri (lettura del non verbale); consente di entrare in contatto in modo empatico con se stessi (propriocezione) o con gli altri (lettura empatica somatica); permette di far emergere sensazioni, emozioni, fantasie e pensieri.
Linguaggio emotivo	Tutto ciò che esiste è in relazione a qualcos'altro o a qualcun altro. Perché una relazione possa essere definita <i>emozione</i> deve essere vissuta come occasione di crescita o di pericolo per l'idea che ogni soggetto ha di sé. Nel MSI si ipotizzano quattro tipi di relazioni emotive fondamentali: rabbia, paura, tristezza, gioia. La legge del linguaggio emotivo è quella dell'esserci (dasein), una legge attraverso cui si salvaguarda il modo singolare, soggettivo, di ogni individuo di posizionarsi nell'universo.
Linguaggio fantastico	L'uomo vive anche nelle immagini che produce. La sua peculiarità è che per interpretare la sfera fantastica è necessario tener conto della soggettività dei postulati di partenza. La legge del linguaggio fantastico è la <i>polivalenza</i> : ogni immagine può acquistare mille significati in base al postulato di partenza che si sceglie per interpretarla.
Linguaggio razionale	Si ipotizza che non esiste una realtà obiettiva in sé, unica e uguale per tutti, ma ognuno struttura la realtà secondo la sua storia. Il linguaggio razionale ha la funzione fondamentale di permettere agli uomini di costruire un mondo di significati condivisi dal gruppo di appartenenza.

Tab. 6 – Linguaggi di esistenza

La poliedricità dell'approccio presuppone però l'identificazione del corpo del soggetto autistico come un *corpo muto* menomato a percepire i concetti già a livello di *linguaggio corporeo*. L'assenza di manifesti bisogni, non lo spinge ad inventare formule (sviluppare l'attività mentale) per appagarli. Ciò gli impedisce di avere delle emozioni e lo rende incapace di vivere in relazione. Il *corpo muto* dell'autistico è quindi *il corpo che ha le cose ma non sa cosa sono*. È quindi un corpo che non ha schemi corporei e non riesce a costruirli spontaneamente; non avendo tali schemi, di conseguenza non ha emozioni né tantomeno bisogni, quindi neanche la funzionalità osteo-muscolare si sviluppa adeguatamente.

La tonicità corporea è riferita alla concezione strutturalista di Piaget che vede lo sviluppo come una progressione di stadi (Petter, 1984). Nello stadio senso-motorio (0-24 mesi), l'interazione con l'ambiente si basa unicamente sulla percezio-

ne e su azioni palesi. Si acquisisce *un'intelligenza senso-motoria* che utilizza mezzi e fini percettivamente presenti e non immagini ed azioni mentali.

Assume quindi importanza il linguaggio non verbale o analogico.

Il concetto corporeo (Bocchi, 2001) si struttura:

- Mediante stimoli corporei, cominciando a costruire schemi corporei ed emotivi semplici;
- Stimolando l'individuazione di un bisogno e trasformandolo in concetto corporeo (movimento che si organizza per ottenere uno scopo);
- Mediante stimoli corporei, sia forti che delicati, allo scopo di ottenere reazioni sia fisiche che emotive;
- Ponendosi di fronte al soggetto, cercando di contattare lo sguardo fissandolo negli occhi;
- Proponendo giochi corporei con l'ausilio di foulard colorati (concetto topologici di: dentro/fuori; sotto/sopra; ci sono/non ci sono; dove sono, cercami, reciprocità, alternanza);
- Toccando varie parti del corpo con colpetti di varia intensità;
- Rotolando su un materasso;
- Creando un ostacolo da superare o schivare, associando a tale azione una emozione (rabbia, pianto).

Pertanto gli obiettivi da perseguire sono i seguenti:

- Acquisizione di schemi corporei naturali: espressione del volto, tono, vocalizzazioni, spazio, contatto corporeo, gestualità, postura;
- Schemi emotivi: controllo delle emozioni, gestione della respirazione;
- Schemi cognitivi: acquisizione del linguaggio verbale, della memoria, dell'attenzione.

La proposta operativa si prefigge di trasformare gli stimoli da afinalistici a finalistici, in un contesto di riconoscimento delle proposte che tenderanno a far emergere le capacità del soggetto ed a strutturare il mondo dei concetti.

L'attività motoria e sportiva risulterà di fondamentale importanza per la rilevazione del coinvolgimento del soggetto nelle diverse attività. La finalità specifica è quella di *stimolare il corpo muto*, che non deve limitarsi ad assumere un ruolo passivo di *corpo subito* ma deve poi superare il vincolo stadiale per passare al *corpo vissuto e poi al percepito*.

L'attività (Salvitti, 2001) deve facilitare la trasformazione da *corpo muto a corpo vivo* e ciò può verificarsi attraverso il gioco, favorendo l'esplicazione di funzioni esplorative, simboliche, organizzative, costruttive, regolative.

Lo sport ed in particolare quello di squadra, come ad esempio il basket, agiscono sulla *armonizzazione sistemica* in quanto avendo come obiettivo principale l'armonizzazione di tutti i sistemi di vita in cui è inserito il bambino, offre un ulteriore contesto esperienziale: una palestra che è anche *palestra di vita*, nel quale il soggetto può apprendere nuove abilità dal punto di vista cognitivo, affettivo e relazionale divertendosi. Inoltre, vengono trasmesse al bambino una serie di nuove competenze che gli permettono di essere autonomo nella gestione dei suoi spazi nella vita quotidiana. Il gioco di squadra agisce anche sulla dimensione educativa dell'*evoluzione del comportamento*. Il contesto altamente strutturato e la sequenza delle esercitazioni proposte stimola da una parte l'acquisizione di nuovi comportamenti funzionali alla crescita, dall'altra la riduzione dei comportamenti ritenuti non funzionali. È infatti possibile osservare l'attenuazione e/o la graduale scomparsa delle stereotipie tipiche dei bambini autistici e la comparsa di capacità coordinative ed abilità corporee.

Dal punto di vista operativo, dapprima vengono individuati i bisogni e le esigenze del bambino autistico e i comportamenti su cui è necessario intervenire, in modo da insegnargli condotte più funzionali che sostituiscano quelle disadattive; poi, in seguito, mediante l'intervento programmato, viene attivata l'acquisizione del nuovo comportamento, ponendo attenzione affinché quest'ultimo sia *armonizzato* rispetto alle attitudini del bambino e affinché possa *fondersi* con le sue stesse caratteristiche e essere un nuovo strumento atto a testimoniare l'esistenza al mondo.

Ad esempio gli obiettivi non sono finalizzati solo all'acquisizione del *fare canestro* nel basket, o del *tiro in porta* nel calcio, ma all'acquisizione di nuove competenze senso-motorie che possa utilizzare nella vita quotidiana. Oltre a far riconoscere e condividere le emozioni, risultano importanti i rinforzi, che non dovrebbero mai essere eccessivi: essi vengono espressi con cenni di incoraggiamento, con elogi a voce alta.

Lo sport di squadra, inoltre, agisce anche sulla *comunicazione progressiva*, offrendo diverse occasioni di espressione attraverso la comunicazione verbale e non verbale. Si attiva la tecnica della *ridefinizione ambientale*, guidando il bambino sia verso una migliore acquisizione del concetto di spazio (fisico e relazionale) che, attraverso la scansione delle attività, del tempo. Le nozioni e le relazioni spazio-tempo si elaborano progressivamente in sintonia con la maturazione delle condotte motorie e nervose oggettivate dall'esperienza muscolare e cinestetica.

I movimenti permettono di rapportarsi con l'ambiente, in tutta la sua globalità e nei suoi particolari, sviluppando il senso di orientamento con le variabili angolari, di curva, direzione e velocità. Gli esercizi-gioco consentono lo spostamento finalizzato del corpo nello spazio, accrescendo tutte le forme di sensibilità. L'attività sportiva favorisce lo *sviluppo dinamico corporeo* integrando l'approccio relazionale che privilegia il contatto corporeo diretto con modalità soft. È importante che attraverso il contatto non si trasmetta aggressività, emozione specifica che produrrebbe ulteriore chiusura-reazione negativa.

Attraverso l'esperienza motoria, il soggetto autistico ha la possibilità di migliorare la coordinazione, la resistenza, la forza e la velocità; impara inoltre a superare la *fatica*, che è uno dei primi ostacoli per la riabilitazione fisica. Il basket, ma anche sport individuali come l'atletica leggera, è fondamentale per migliorare il tono dei gruppi muscolari, per riprendere coscienza e controllo del proprio corpo e per riorganizzare gli schemi motori. La migliore percezione dello schema corporeo guida il bambino verso la capacità di *interiorizzare* le proprie azioni ed il riconoscimento del proprio corpo e la strutturazione fra corpo e spazio sono capacità atte a controllare le variazioni del movimento (Le Boulch, 1971).

Conclusioni

L'utilizzo del corpo risulta essere un fondamentale strumento di esplorazione e di comunicazione con l'ambiente, con la creazione di canali comunicativi alternativi a quello verbale. Lo sport quindi, da attività ludica primaria diventa vero e proprio mezzo di conoscenza, di apprendimento, di esplorazione dello spazio in relazione al proprio corpo, di consapevolezza delle proprie azioni e reazioni. Sotto questo profilo l'attività motoria diventa lo strumento indispensabile per inquadrare la personalità del bambino autistico, per individuare le componenti psicologiche e caratteriali, per favorire le attività espressive e stimolare la spinta creativa.

Il fine preminente dell'attività sportiva è, dunque, quella di educare l'Io del bambino autistico attraverso l'atto motorio con l'obiettivo finale di poter svolgere l'attività sportiva in un contesto di inclusione. Il movimento, il gioco costituiscono il primo ponte di contatto fra il fanciullo e la realtà.

Riferimenti bibliografici

- American Psychiatric Association, (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 4th edition. Washington, DC.: American Psychiatric Press.
- Andolfi, M. (2005). *I pionieri della terapia familiare*. Milano: Franco Angeli.
- Ariano, G. (2000). *Diventare uomo. L'antropologia della psicoterapia d'integrazione strutturale*. Roma: Armando.
- Ariano, G. (2002). *Comprendere i sogni. Una grammatica per gli infiniti significati*. Roma: Armando.
- Ariano, G. (2005). *Dolore per la crescita. Antropopatologia della psicoterapia d'integrazione strutturale*. Roma: Armando.
- Baer, D.M., Wolf, M.M., Risley, T.R. (1968). Some current dimensions of applied behavior analysis. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 1, 91-97.
- Baron-Cohen, S. (1997). *L'autismo e la lettura della mente*. Roma: Astrolabio.
- Baron-Cohen, S., Leslie, A. M., Frith, U. (1985). Does the autistic child have a «Theory of Mind»? *Cognition*, 21(1), 37-46.
- Bettelheim, B. (1976). *La fortezza vuota: l'autismo infantile e la nascita del sé*. Milano: Garzanti.
- Bocchi, S., Caretti, S., Fiorini, G. (2003). *Corpo libero*. Torino: Petrini.
- Bonci, B. (2008). *Approccio Etologico*. In Cottini, L., Rosati, L. (a cura di). *Per una didattica speciale: dalla conoscenza del deficit all'intervento inclusivo*. Perugia: Morlacchi Editore.
- Canevaro, A. (1976). *I bambini che si perdono nel bosco: identità e linguaggi nell'infanzia*. Firenze: La Nuova Italia.
- Casale, M.A., Castellani, P.P., Saglio, F. (1991). *Il bambino handicappato e la scuola*. Torino: Bollati Boringhieri.
- Cottini, L. (2002). *L'integrazione scolastica del bambino autistico*. Roma: Carrocci.
- Dewey, J. (1982). *Il mio credo pedagogico: antologia di scritti sull'educazione*. Firenze: La Nuova Italia.
- Fenici, M. (2013). Il test della falsa credenza. *AphEx 8*, Periodico on-line.
- Ferretti, F.(a cura di) (2003). *La mente degli altri. Prospettive teoriche sull'autismo*. Roma: Editori Riuniti.
- Frith, U. (2005). *L'autismo: spiegazione di un enigma*. Roma: Laterza.
- Gori, M., Tanga, M. (1996). *Il corpo e l'azione motoria. Note per la costruzione di una nuova prassiologia*. Perugia: Calzetti e Mariucci.
- Grandin, T. (1995). *Pensare in Immagini*. Trento: Erickson (tr. It. 2002).
- Ianes, D., Celi, F. (2001). *Il piano educativo individualizzato*. Trento: Erickson.
- Le Boulch, J. (1971). *Educare con il movimento*. Roma: Armando.
- Lovaas, I. (1990). *L'autismo. Psicopedagogia speciale per autistici*. Torino: Omega.
- Mahler M. (1972), *Le psicosi infantili*. Torino: Boringhieri.
- Mahler, M., Pine, F., Bergman, A. (1978). *La nascita psicologica del bambino*. Torino: Boringhieri.
- Marcelli, D. (1999). *Psicopatologia del bambino*. Milano: Masson.
- Monti, B. (2004). Approcci educativi e terapeutici per l'integrazione «comunicativa» e sociale delle persone autistiche. *Handicap & Scuola*, anno 19, n. 115
- Pear, J., Martin. G. (2000). *Strategie e tecniche per il cambiamento*. London (UK): McGraw-Hill Education
- Ricci, C., Romeo, A., Bellifemine, D. et al. (2014). *Il manuale ABA-VB – Applied Behavior Analysis and Verbal Behavior. Fondamenti, tecniche e programmi di intervento*. Trento: Erickson.
- Salvitti, C. (2007). *L'alunno autistico va a scuola. Proposte di intervento didattico*. Cosenza: Pellegrini.
- Salvitti, C. (2001). *La pratica dell'attività motoria con disabili mentali adolescenti e adulti*. Tirrenia: Edizioni Del Cerro.
- Spensley, S. (1997). *Frances Tustin. Per una teoria psicoanalitica dell'autismo*. Roma: Armando.
- Temali, D., Maj, M., Catalano, F. et al. (2003). *ICD-10. Classificazione delle sindromi e dei disturbi psichici e comportamentali*. Milano: Masson.
- Timbergen, N., Timbergen, E. (1989). *Bambini autistici*. Milano: Adelphi.
- Wimmer, H., Perner, J. (1983). Beliefs about beliefs: representation and constraining function of wrong beliefs in young children's understanding of deception. *Cognition*, 13(1), 103-128.