



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI SASSARI

Dipartimento di Scienze Biomediche

Corso di Laurea in Scienze e tecniche psicologiche dei processi cognitivi

PARENTAL INSIGHTFULNESS:

**L'importanza della sua applicazione negli interventi per il
disturbo dello spettro autistico.**

Relatore:

Prof. Arcangelo Francesco Uccula

Laureanda:

Alice Clarissa Salas Iturra

Anno Accademico 2018/2019

INDICE

ABSTRACT	1
INTRODUZIONE	2
CAPITOLO 1: DEFINIZIONE DEL DISTURBO DELLO SPETTRO AUTISTICO	
1.1. Cenni Storici	4
1.2. Definizione del Disturbo dello spettro autistico	7
1.3. Neuroanatomia dell'autismo	10
1.4. Gli interventi maggiormente utilizzati	12
CAPITOLO 2: LA TEORIA DELL'ATTACCAMENTO APPLICATA ALL'AUTISMO	
2.1. La nascita della teoria dell'attaccamento	15
2.2. Lavoro con Mary Ainsworth	18
2.3. La Strange Situation applicata ai bambini con autismo	22
CAPITOLO 3: L' IMPORTANZA DELL' INSIGHTFULNESS GENITORIALE	
3.1. L'Insightfulness genitoriale	25
3.2. Il processo diagnostico	31
3.3. L' intervento genitoriale	34
CONCLUSIONI	37
BIBLIOGRAFIA	39

ABSTRACT

Autism spectrum disorder (ASD) refers to a broad spectrum of conditions that appear early in developmental age, characterised by deficits in social interactions, restricted and repetitive behaviors. The onset of ASD is influenced by a combination of environmental, genetic and epigenetic factors, with an incidence in the population of 1 in 150 children, with a greater prevalence in males. The most used treatments are psychoeducational interventions, cognitive behavioral therapy and ABA.

Recent research shows the effectiveness of using parental sensitivity and Insightfulness in interventions. Moreover, to help the parents of children with autism during treatments, targeted parent training seems to be recommended in order to relieve the stress and discomfort experienced during this phase.

The definition of the concepts of Insightfulness and parental sensitivity was influenced by John Bowlby's Theory of attachment, developed in collaboration with Mary Ainsworth.

Insightfulness is the ability of the caregiver to read mental states and tune into the child's emotional states. This is very difficult for the parents of a child with autism, given their child's difficulties with social interactions. It has been shown that a good level of parental insightfulness is effective in the prognosis of treatments.

In this study, we will examine the relationships between the caregiver-child attachment style and the effectiveness of parenting insightfulness in interventions, emphasizing the importance of guiding parents to understand themselves and the needs of their child with autism, in order to meet these needs effectively.

INTRODUZIONE

Il disturbo dello spettro autistico è una sindrome del neurosviluppo, caratterizzata dalla presenza di deficit nelle interazioni sociali reciproche, anomalie negli schemi di comunicazione e comportamenti ristretti e stereotipati. Tali aspetti vengono osservati prima dei tre anni di età e la ricerca scientifica, ha compiuto importanti progressi per comprendere la comparsa dei sintomi dopo il primo anno di vita, in modo tale da intervenire in maniera precoce.

Oltre ad una maggiore comprensione della sintomatologia, inizialmente di appannaggio esclusivo della psichiatria, la ricerca ha avuto modo di evidenziare gli aspetti eziologici, nosografici e clinici del disturbo, comprendendo in seguito, la collaborazione di più discipline scientifiche come la psicologia, le neuroscienze e la psicobiologia.

L'interazione di più discipline ha portato ad una migliore comprensione del disturbo, dando modo all'ambito clinico di strutturare interventi efficaci, e data l'eterogeneità del disturbo, li ha condotti a prediligere gli interventi individuali.

L'obiettivo del mio lavoro è quello di fornire un'accurata analisi del disturbo, partendo dalla descrizione dell'evoluzione del concetto di autismo, fino alla definizione di interventi innovativi dimostrati dalle recenti ricerche in ambito clinico.

La tesi è articolata in tre capitoli: Nel primo capitolo, verrà descritta la storia della scoperta dell'autismo, la definizione clinica e neuroanatomica, concludendo con la descrizione degli interventi maggiormente utilizzati, prestando attenzione all'importanza che ricopre il genitore durante il percorso riabilitativo.

Nel secondo capitolo, verrà analizzata la teoria dell'attaccamento di John Bowlby, strutturata in collaborazione con Mary Main e Mary Ainsworth, descrivendo in seguito la metodologia definita da quest'ultima, la Strange Situation. In conclusione, verranno esposti i risultati delle recenti ricerche che hanno applicato la Strange Situation al disturbo dello spettro autistico, data la credenza generale che afferma l'assenza della relazione di attaccamento nei bambini con autismo, dimostrando al contrario, l'importanza della sensibilità materna nell'instaurare la relazione di attaccamento tra caregiver e figlio.

Infine, nel terzo capitolo, partendo dal concetto di sensibilità materna definito da Mary Ainsworth, verrà descritto l'insightfulness genitoriale, definizione di recente coniazione da parte di David Oppenheim che rappresenta la capacità del genitore di comprendere gli stati mentali del bambino.

Il lavoro proseguirà con l'enunciazione dell'importanza di quest'ultimo per far fronte alle difficoltà genitoriali durante il processo diagnostico e con l'esposizione di interventi terapeutici innovativi basati su tale concetto, dimostrati efficaci da recenti ricerche.

La motivazione che mi ha portato ad approfondire tali tematiche, è stata influenzata dall'esperienza di tirocinio pratico svolto in uno studio multidisciplinare, che svolge interventi di tipo psicologico, neuropsicologico e pedagogico. Grazie a tale esperienza, dove ho osservato prevalentemente bambini con disturbi comportamentali e dello spettro autistico, ho avuto modo di approfondire i miei interessi riguardo all'ambito clinico e neuropsicologico.

Considerando l'importanza che lo studio dedica al sostegno genitoriale, vedendo personalmente l'impegno, i sacrifici e le speranze dell'insorgere di piccoli ma significanti miglioramenti.

Ciò mi ha portato a concludere quanto sia fondamentale strutturare un intervento personalizzato per i bambini e soprattutto per la famiglia, che sono coloro che svolgono il ruolo principale nell'intervento terapeutico.

La ricerca evidenzia in continuazione nuove informazioni, utili per la comprensione del disturbo e soprattutto per la riabilitazione, che per ottenere risultati efficaci deve essere in continuo aggiornamento per far fronte alle nuove esigenze.

CAPITOLO 1: DEFINIZIONE DEL DISTURBO DELLO SPETTRO AUTISTICO

1.1 Cenni Storici

L'origine del nome "Autismo" si deve allo psichiatra svizzero **Eugen Bleuler**, con la pubblicazione nel 1911 del testo "*Dementia Praecox o il gruppo delle schizofrenie*" in cui, venne coniato tale termine per descrivere un sintomo secondario della Schizofrenia. Bleuler riteneva che l'autismo fosse una forma di dissociazione che consisteva nel ritiro sociale, dissociazione affettiva accompagnato da pensieri e comportamenti ripetitivi e bizzarri da parte di pazienti adulti (Bleuler,1911/2017).

Questa concezione rimase tale fino agli anni '40, periodo in cui i due pionieri nel campo dell'autismo, **Leo Kanner** e **Hans Asperger** apportarono importanti contributi nella comprensione e diagnosi del disturbo, differenziandolo dalla descrizione di Bleuler (Feinstein,2010/2014).

Leo Kanner venne considerato come un pioniere della psichiatria infantile e adolescenziale, in particolar modo con la pubblicazione nel 1943 nella rivista "*Pathology*" dell'articolo "*Disturbi autistici di contatto affettivo*" dove ebbe modo di coniugare la pratica clinica con la ricerca.

In seguito agli studi condotti su bambini affetti da psicosi infantile, evidenziò la presenza di caratteristiche simili ai sintomi secondari della Schizofrenia, ma che differivano in ulteriori aspetti tra cui, la presenza di allucinazioni e deliri nella schizofrenia e tipi di difficoltà nel linguaggio differenti tra le due patologie in esame. Dunque, Kanner propose di separare questi casi dalla classificazione della Schizofrenia definendo la diagnosi di Autismo infantile precoce.

Le caratteristiche fondamentali di tale disturbo comprendevano l'estremo isolamento dall'ambiente circostante, manifestazione di comportamenti ripetitivi e stereotipati accompagnati dal rifiuto al cambiamento, ipersensibilità agli stimoli, anomalie linguistiche tra cui la presenza di ecolalia, in alcuni casi difficoltà cognitive e sviluppo fisico normale. Inoltre, sottolineò la necessità di distinguere il disturbo da altre patologie infantili e affermò che si trattava di una condizione presente dalla nascita (Pavel,2015).

Kanner notò che la maggior percentuale dei bambini che provenivano da una famiglia benestante presentava il disturbo e ciò, lo portò ad ipotizzare che l'eziologia della patologia fosse causata sia da un aspetto biologico, sia dall'assenza o dall'inadeguatezza delle cure materne e dalla presenza di un clima anaffettivo e

freddo all'interno della famiglia. Successivamente, definì il criterio diagnostico che esplicitava la presenza di almeno 8 sintomi nelle aree di deficit di comunicazione e interazione sociale, restrizione di interesse e comportamenti ripetitivi. Tale classificazione, permise l'introduzione della sindrome nella terza edizione del DSM (Barahona-Corrêa et al.,2016).

Nel 1944 **Hans Asperger** con la pubblicazione del testo "*Gli psicopatici autistici in età infantile*" utilizzando il termine coniato da Bleuler , definì un disturbo che presentava molte somiglianze con "l'autismo classico" rappresentato da Kanner, ma tuttavia vi erano delle differenze, tra cui la presenza di maggiori capacità cognitive, disarmonia motoria, sviluppo normale delle competenze linguistiche ma con una riduzione delle relazioni interpersonali, data dall'incomprensione delle regole sociali e la presenza di deficit nella comunicazione non verbale. Secondo Asperger, i bambini possedevano un pensiero originale e "diversamente" intellettuale, che li portava ad avere interessi ristretti a temi insoliti e originali.

Per molti anni ci furono disaccordi nella comunità scientifica, su chi tra i due medici fosse da considerare come il "padre dell'autismo" e si arrivò alla conclusione che a loro insaputa, pubblicarono i rispettivi testi a distanza di pochi anni. Il testo di Kanner ebbe una maggiore divulgazione, mentre l'elaborato di Asperger rimase poco noto fino al 1981, anno in cui **Lorna Wing** propose una differenziazione tra "l'autismo di Kanner" e la "Sindrome di Asperger" e data l'assenza di un criterio diagnostico in quest'ultima, venne integrata nella pubblicazione del DSM IV (Sheffer, 2018).

Kanner e Asperger ritenevano che le cause della sindrome, fossero di tipo biologico, ma nel corso degli anni, molti ricercatori continuarono a studiare il disturbo cercando di individuare una possibile eziologia. Uno dei primi a ipotizzare la possibile causa dell'autismo, fu **Bruno Bettelheim**, che diede un'impronta psicoanalitica alla sua teoria, enfatizzando la causa relazionale piuttosto che quella biologica.

La sua ipotesi è stata influenzata dalla reclusione nei campi di concentramento nazisti e dall'osservazione dei casi clinici, durante la presidenza della Shankman Orthogenetic School di Chicago nel 1944. Con la pubblicazione del testo "The Empty Fortress" esplicita che l'eziologia dell'autismo sia dato da un trauma di una situazione estrema, causata dall'ostilità delle figure genitoriali, in particolar modo la madre. Con il termine "madre frigorifero" descrive il comportamento freddo, distaccato e con relazioni interpersonali anomale della figura materna.

Inoltre, indicò come unica terapia la separazione del bambino dalla madre.

Inizialmente la teoria di Bettelheim venne approvata da numerosi membri della comunità scientifica che utilizzavano un approccio psicomodinamico per la definizione del disturbo, ma tuttavia non tutti confermarono la sua ipotesi (Meyer, 2010).

Lo psicologo **Bernard Rimland** iniziò ad approfondire l'argomento dopo la diagnosi di autismo al figlio. Come altri genitori, non approvava la teoria della "madre frigorifero" e tale movente, permise l'inizio di nuovi studi sulla causa del disturbo.

Con la pubblicazione del libro "*Autismo Infantile*" ebbe modo di rendere divulgabile la sua teorizzazione integrata con ottimi risultati scientifici riguardo alla componente genetica come eziologia del disturbo. Nel 1965 fondò la "*National Society for Autistic Children*" che ebbe modo di creare una rete di divulgazione su informazioni e consigli per i trattamenti, seguita dalla fondazione nel 1967 della "Autism Research Institute" che conduce ancora oggi un ruolo fondamentale nella ricerca (Edelson, 2009).

Altri importanti contributi alla ricerca si devono a **Premack, Woodruff** e **Simon Baron-Cohen**, che intorno agli anni '80, hanno ipotizzato una delle concezioni fondamentali dell'autismo, *la teoria della mente*. Tale concetto, riguarda le abilità del bambino, di comprendere gli stati mentali altrui e utilizzare tali informazioni, per interpretare il comportamento che consegue un determinato stato mentale.

È stato dimostrato che all'età di 3-4 anni, i bambini posseggono una teoria della mente ben sviluppata, mentre i bambini con autismo presentano un deficit in tale area. La ricerca ha dimostrato che tale capacità, può venire insegnata attraverso dei programmi educativi, attraverso il potenziamento dei cinque livelli dell'insegnamento degli stati mentali, che comprende la comprensione delle emozioni, comprensione degli stati informativi e sviluppo del gioco simbolico (Howlin, Baron-Cohen & Hadwin, 2011).

2 Definizione del Disturbo dello spettro autistico

Il disturbo dello spettro autistico (DSA) è una condizione che compare in età evolutiva e può essere diagnosticata prima dei due-tre anni di età.

Nella quinta edizione del Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali DSM-V (2014) il disturbo autistico, rientra nella categoria dei disturbi del neurosviluppo e comprende la Sindrome di Asperger, il disturbo pervasivo dello sviluppo non altrimenti specificato e il disturbo di Rett. Tali sottotipi rientrano nello spettro, ma alcune caratteristiche differiscono tra loro, come il grado di disabilità intellettiva e lo sviluppo del linguaggio (American Psychiatric Publishing [APP], 2014).

Inoltre, il disturbo si manifesta in 1 su 150 bambini e ha una prevalenza maggiore nel sesso maschile, delineato con un rapporto maschi: femmine = 4:1

Sono stati individuati i fattori di rischio, suddivisi in:

•**Genetici:** Gli studi genetici stanno apportando numerosi contributi alla ricerca, l'ipotesi maggiormente diffusa stabilisce un'ereditabilità del 85% e una maggiore trasmissione nelle famiglie multiplex (ovvero con più componenti affetti dal disturbo) piuttosto che nelle famiglie simplex. Altri studi confermano che l'autismo può essere causato da numerose alterazioni genetiche di tipo allelico, che influenzano i percorsi biologici dello sviluppo e della plasticità del cervello.

•**Ambientali:** Rientrano in tale categoria:

I *fattori prenatali* che comprendono l'emorragia durante la gravidanza, diabete gestazionale, assunzione di farmaci con il sodio di valproato, esposizioni a infezioni intrauterine e virali gestazionali.

Per i *fattori perinatali e neonatali* le cause principali comprendono l'emorragia materna, sofferenza fetale, parto prematuro, traumi, basso punteggio APGAR e anemia neonatale.

•**Epigenetici:** Diversi studi hanno confermato una disregolazione epigenetica nel disturbo, causata dalla mutazione di geni che sono coinvolti nella regolazione epigenetica (Chaste & Leboyer, 2012).

Il disturbo dello spettro autistico è caratterizzato dall'alterazione delle seguenti aree:

1. Deficit dell'interazione e della comunicazione sociale, visibile in più contesti e manifestato da:

A) Deficit della reciprocità socio-emotiva, inteso come la mancanza di iniziativa nelle interazioni sociali con conseguente assenza di interesse al contesto relazionale e difficoltà nella comprensione di emozioni e sentimenti altrui.

B) Deficit dei comportamenti comunicativi non verbali utilizzati per l'interazione sociale, data dall'incapacità dell'apprendimento e dell'utilizzo del linguaggio non verbale, visibile dall'assenza di gestualità, espressioni facciali e contatto oculare con l'interlocutore.

C) Deficit dello sviluppo, della gestione e della comprensione delle relazioni, che ostacola lo sviluppo delle relazioni affettive e integrazione con i pari che portano il bambino a isolarsi dall'ambiente circostante.

D) Inoltre in alcuni casi, si possono osservare disturbi del linguaggio nella produzione e nella comprensione verbale che comportano la presenza di ecolalie, inversioni pronominali con conseguente assenza dell'uso dichiarativo e narrativo del linguaggio.

2. Pattern di comportamento, interessi o attività ristretti e ripetitivi che si possono manifestare con:

A) Iper- o iporeattività in risposta a degli stimoli sensoriali o interessi insoliti verso aspetti sensoriali dell'ambiente.

B) Insistenza e immodificabilità della monotonia, aderenza alla routine priva di flessibilità o rituali di comportamento verbale o non verbale, come percorrere la stessa strada, eseguire determinate azioni negli stessi orari e disporre gli oggetti in un ordine ben preciso. La modifica di qualche elemento che costituisce un'abitudine, comporta una marcata *resistenza al cambiamento* che si manifesta con crisi di agitazione e reazioni d'ansia.

C) Presenza di interessi limitati, fissi e che sono anomali per intensità o profondità, come per esempio l'estremo interesse per numeri di telefono, navi, macchine e/o altro.

D) Movimenti, uso degli oggetti o eloquio stereotipati o ripetitivi. La maggior parte delle stereotipie motorie, hanno una funzione calmante e/o auto-stimolante per far fronte agli eventi dell'ambiente esterno.

L'utilizzo inappropriato degli oggetti si osserva principalmente nella prima infanzia del bambino, dove durante l'attività ricreativa, l'oggetto o il gioco viene usato per

la ricerca di proprietà sensoriali, come un'attenta osservazione di parti non significative del gioco e la ricerca di uno stimolo uditivo provocato dal ripetuto sbattere dell'oggetto, mentre nell'età scolare può esserci un miglioramento ma con una predominanza delle attività ripetitive e meccaniche.

E) Inoltre, è importante sottolineare l'assenza o la scarsa capacità del gioco simbolico, data dall'impossibilità del bambino, di comprendere gli stati mentali, i processi empatici altrui e immedesimarsi con essi (APP, 2014).

3. Compromissione della Teoria della Mente (ToM)

Possiamo osservare la suddivisione della ToM in due dimensioni:

1) *Cognitivo*: Si manifesta con la capacità di comprendere gli stati mentali altrui, intenzioni, motivazioni e inferenze sulle credenze.

2) *Affettivo*: Si manifesta con la capacità di comprendere gli stati emotivi altrui, il modo con cui vengono comunicate le emozioni (espressioni, azioni, tono di voce ecc..) e la previsione di possibili comportamenti dati da una determinata emozione. Gli studi della ToM hanno avuto una fondamentale importanza per comprendere le problematiche a livello sociale e empatico caratterizzanti del disturbo.

Nei bambini con sviluppo tipico, percorre un'evoluzione della teoria della mente durante lo sviluppo infantile, fino a stabilirsi verso i 4-5 anni, mentre per i bambini con autismo, tale evoluzione avviene, ma con diversi tempi e con un raggiungimento instabile dell'acquisizione delle capacità, che causa una "cecità mentale". Principalmente, le difficoltà del bambino con autismo, si riscontrano con l'insensibilità nei confronti dei sentimenti altrui, incapacità di comprendere il significato espresso nelle conversazioni e incapacità di tener conto delle informazioni che gli altri posseggono.

Tali difficoltà vengono evidenziate tramite la somministrazione di test, tra cui "acid test" basato sulle false credenze, il "reading the mind in the eyes test" basato sulla comprensione degli stati mentali o emotivi attraverso lo sguardo, il "comic strip test" basato sulla comprensione di storie sociali, associato ad una buona capacità di linguaggio espressivo e ricettivo e il "strange stories test" che contiene delle storie con la presenza di inganni e bugie innocue utilizzate per la comprensione delle false credenze (Pedreño, Pousa, Navarro, et al., 2017).

1.3 Neuroanatomia dell'autismo

La ricerca ha evidenziato numerose anomalie neuroanatomiche associate al disturbo dello spettro autistico.

I bambini affetti da DSA, intorno ai 12 mesi fino alla prima infanzia, attraversano uno sviluppo cerebrale precoce, che segue poi una progressiva decelerazione.

È stato dimostrato attraverso studi con fMRI, che durante lo sviluppo anomalo si osserva un aumento del 5-10% del volume totale del cervello, con conseguente aumento della sostanza bianca specialmente nel lobo frontale.

La neurofisiopatologia delle aree implicate nel DSA viene suddivisa in:

•**Cognizione sociale** : In tale area sono state riscontrate delle anomalie nell'*insula*, che è deputata alla regolazione emotiva, empatica e associata al sistema dei neuroni specchio, nella *circonvoluzione temporale superiore* che è coinvolta nella percezione delle emozioni nelle espressioni facciali, nella *corteccia prefrontale sinistra* che è deputata al sistema esecutivo e nell'*amigdala*, che ricopre un ruolo fondamentale nell'elaborazione emotiva e nell'apprendimento di eventi che formano il condizionamento alla paura e la regolazione emotiva.

La ricerca ha dimostrato un aumento delle dimensioni dell'amigdala nei bambini affetti da DSA, congiunta all'aumento della densità cellulare seguita dalla diminuzione delle dimensioni dei neuroni nell'amigdala. Il malfunzionamento dell'amigdala, potrebbe causare alterazioni anche nell'interazione sociale, memoria emotiva e nel riconoscimento facciale ed emotivo.

•**Comunicazione**: Viene coinvolto il linguaggio espressivo dato il malfunzionamento dell'*area di Broca*, mentre per il linguaggio ricettivo viene coinvolta l'*area di Wernicke*. Viene inoltre alterato il *solco temporale superiore* che è deputato all'attenzione congiunta, al riconoscimento delle voci umane e nell'elaborazione del linguaggio.

•**Comportamenti ripetitivi e stereotipati**: In tale area sono state dimostrate anomalie nella *corteccia orbitofrontale*, deputata al processo decisionale, al sistema di ricompensa e alla regolazione emotiva, danni in tale area provocano dei deficit nell'espressione di giudizi morali, perdita di inibizione e autocontrollo. Vengono coinvolti anche il *corpo striato* e il *talamo*.

Tuttavia, sono presenti dei deficit in altre regioni cerebrali, tra cui:

•**Il cervelletto:** Svolge funzioni motorie tra cui la coordinazione motoria, propriocizione, regolazione dell'equilibrio e funzioni cognitive come l'elaborazione cognitiva, regolazione affettiva e linguaggio.

Gli studi hanno dimostrato la comparsa di ipoplasia o iperplasia nel verme cerebellare, in base al fenotipo del disturbo, con conseguente diminuzione del volume delle cellule Purkinje.

Inoltre è stato dimostrato che alcune aree del cervelletto possono influenzare le aree neocorticali deputate all'interazione sociale, ciò potrebbe spiegare alcuni fenotipi comportamentali del disturbo.

•**Corteccia Frontale:** Svolge differenti funzioni esecutive, tra cui i processi cognitivi di ordine superiore come la gestione dell'attenzione, memoria, processo decisionale, apprendimento, comunicazione e comportamento sociale. Gli studi hanno mostrato che prima dei 2 anni, vi è presente un'anormale crescita dello spessore della corteccia frontale. Tale fenomeno porta alla disorganizzazione dei neuroni negli strati corticali con conseguente deficit nelle connessioni con le altre aree del cervello, che potrebbe spiegare le anomalie comportamentali presenti nel disturbo (Pedreño, Pousa, Navarro, et al. 2017) (Amaral, Schumann, Wu Nordahl, 2008).

•**Neuroni Specchio:** Sono un sistema di neuroni localizzati nelle aree motorie e premotorie, nell'area di Broca e nel lobo parietale inferiore. La loro peculiarità consiste nella loro attivazione sia durante l'esecuzione di un'azione, sia durante l'osservazione della medesima azione compiuta da un altro soggetto. Costituiscono il "sistema specchio" che svolge un'importante funzione nei compiti imitativi, nel controllo delle azioni dirette verso una meta, comprensione del significato di azioni osservate, nell'empatia e nella teoria della mente.

La scoperta dei neuroni specchio ha fornito la possibilità di spiegare alcuni deficit presenti nel disturbo, tra cui l'incapacità di simulazione delle azioni altrui, incapacità nella creazione mentale e nell'identificazione del comportamento di altre persone, disarmonia nell'imitazione intenzionale, incapacità nel comprendere il significato delle azioni osservate e incapacità nel riconoscimento dell'espressività emozionale (Kelle, Bugiani, Fantin, Pirfo, 2011).

1.4 Gli interventi maggiormente utilizzati

Data la eterogeneità e complessità del disturbo, si è resa necessaria la strutturazione di interventi che tengano conto dei diversi elementi che costituiscono il disturbo. Prima di procedere a tale strutturazione, è di fondamentale importanza sia per la progettazione del programma sia per la diagnosi, la valutazione basata sullo sviluppo delle abilità comunicative, linguistiche, cognitive, sociali, intellettive e comportamentali. Inoltre, avrà modo di delineare le capacità maggiormente sviluppate e quelle carenti, dando la possibilità di strutturare un intervento personalizzato e efficace. La scelta degli strumenti di valutazione dipenderà dall'età cronologica e dallo sviluppo cognitivo, linguistico, intellettivo del bambino.

L'istruzione è la forma principale del trattamento, dato che promuove l'acquisizione di conoscenze e abilità scolastiche ed extrascolastiche, come la socializzazione, autocomprensione dei limiti linguistici, di apprendimento e sviluppo di capacità adattive, utili per lo sviluppo dell'indipendenza. I programmi di trattamento condividono obiettivi simili in alcune aree di intervento come la comunicazione verbale e non verbale, difficoltà comportamentali, sviluppo sociale e cognitivo. Mentre alcuni trattamenti mirano al miglioramento di comportamenti specifici:

• **Comunicazione aumentativa e alternativa (CAA):** È un intervento che come obiettivo ha il miglioramento della comunicazione espressiva e funzionale.

In base al tipo di deficit e bisogno vengono implementati diversi metodi, come il:
◦ *Linguaggio visivo* che utilizza icone o parole per rappresentare determinate unità comunicative, promuovendo l'elaborazione visiva e la comprensione semantica-linguistica.

◦ *La Tecnologia assistiva* utilizza dispositivi elettronici (come computer o tablet), dato che si è rivelato efficace per il potenziamento delle abilità di lettura, fonetiche, lessicali, pragmatiche e linguistiche (grazie alla sintesi e riconoscimento vocale) e al processamento di informazioni visuo/spaziale e associazioni semantiche.

◦ *Il Linguaggio dei segni* permette l'utilizzo del linguaggio espressivo, si è rivelato efficace per il potenziamento del linguaggio complessivo (National Research Council, 2001)

• **Applied Behaviour Analysis (ABA):** È un intervento basato sulle evidenze scientifiche dell'analisi comportamentale applicata. Viene utilizzato in campo clinico, sociale e educativo, di cui lo scopo principale è quello di ridurre i comportamenti distruttivi, incrementare i comportamenti positivi e le abilità sociali.

Le procedure principali sono:

1)*Rinforzo differenziato*: In base al tipo di comportamento che si vuole incrementare o diminuire, il rinforzo ha il compito di rafforzare l'acquisizione o la diminuzione del comportamento preso in esame. Si dividono in ***rinforzo positivo*** (fornire uno stimolo o "premio" desiderabile, dopo la manifestazione di un comportamento atteso, in modo tale da aumentare il ripetersi dell'azione) e in ***rinforzo negativo*** (rimuovere uno stimolo ostile e che aumenta la manifestazione di un comportamento in futuro).

I rinforzi devono essere diversi, abbinati a rinforzi sociali e primari, scelti in base alle preferenze dei pazienti, appropriati all'età, utilizzati in maniera differenziata (in base alla complessità del compito) e infine, quando il comportamento è stato appreso, il rinforzo deve estinguersi.

2)*Modellamento (Shaping)*: È una tecnica che mira alla modifica graduale di un comportamento, servendosi in una prima fase, dell'imitazione delle azioni (lontane dall'obiettivo prefissato) e in seguito, fornendo rinforzi dopo l'acquisizione del comportamento atteso.

3)*Aiuto (Prompting)*: Viene fornito al paziente, un aiuto o suggerimento in modo tale da promuovere il comportamento atteso. È importante che il prompt venga fornito in maniera non intrusiva e un numero limitato di volte.

4)*Fading*: In questa fase viene insegnata la propria dipendenza dagli aiuti al paziente, che devono essere gradualmente rimossi, affinché avvenga l'apprendimento del comportamento senza i prompt.

5)*Concatenamento (Chaining)*: Si intende come la suddivisione in piccole unità delle abilità da apprendere, che vengono poi insegnate singolarmente e infine, concatenate tra loro (Vail, Freeman, 2008).

•***Terapia Cognitivo-Comportamentale (CBT)***: È un insieme di interventi che sono stati strutturati da un'impostazione teorica comune, ovvero che il comportamento e la regolazione delle emozioni sono regolati dalla valutazione cognitiva degli stimoli. Se tali valutazioni sono negative porteranno a distorsioni cognitive, atteggiamenti disfunzionali e pensieri negativi. L'obiettivo del processo diagnostico è quello di individuare e modificare tali disfunzioni, che indurranno dei cambiamenti anche nelle emozioni e comportamenti problematici.

Gli interventi utilizzati maggiormente sono la ristrutturazione cognitiva, tecniche comportamentali di esposizione allo stimolo, training delle competenze sociali, metodi psicoeducativi, rilassamento, tecniche di gestione della rabbia e dell'ansia e parent training.

Alcuni aspetti di cui si occupa la CBT sono:

- 1) *Valutazione e giudizio dei pensieri/affermazioni*
- 2) *Controllo degli stati mentali*
- 3) *Riconoscimento del legame logico fra le asserzioni*
- 4) *Utilizzo degli stati mentali nel regolare il proprio/altrui comportamento* (Graham,2008).

•**Denver Model:** E' un modello di intervento promosso da Sally Rogers, derivato dal concetto di **intersoggettività primaria**, ovvero la capacità innata di instaurare delle relazioni significative di tipo espressivo ed emotivo, che si sviluppa nei primi mesi di vita del bambino.

Nel DSA, il deficit intersoggettivo, compromette le abilità comunicative, di socializzazione e imitative.

Gli obiettivi principali del modello mirano alla compensazione del deficit intersoggettivo, socializzazione e comunicativo, attraverso la strutturazione di giochi sociali e imitativi che enfatizzino la condivisione di codici simbolici, di attività educative e sviluppino la socializzazione attraverso training intensivi. Tali attività vengono considerate come modalità efficaci per l'apprendimento cognitivo, con l'aumento di comportamenti adattivi e la diminuzione di quelli disadattivi.

Per ottenere dei risultati efficaci nei trattamenti è di fondamentale importanza il coinvolgimento della famiglia, in modo tale da rendere il bambino partecipe alla vita familiare e aumentarne l'inclusione (Fontani, 2016).

Grazie al lavoro di Matas, Arend e Sroufe (1978) è stato possibile verificare l'efficacia nei trattamenti, influenzato dalla presenza genitoriale. In particolar modo, la ricerca ha confermato l'importanza del tipo di **attaccamento** nel determinare lo sviluppo iniziale del disturbo, tra cui lo sviluppo linguistico, sociale e cognitivo. Il caregiver sensibile ai bisogni globali del figlio promuoverà l'apprendimento di comportamenti adeguati, per far fronte in maniera ottimale alle conseguenze che arreca la diagnosi del disturbo.

CAPITOLO 2: LA TEORIA DELL'ATTACCAMENTO APPLICATA ALL'AUTISMO

2.1. La nascita della teoria dell'attaccamento

Prima degli anni '50, riguardo lo sviluppo infantile e le relazioni familiari, le idee maggiormente condivise a quell'epoca riguardavano le teorie psicoanalitiche Freudiane e Kleniane.

Oltre alla teoria delle pulsioni, il concetto di fantasia, il complesso di Edipo e il principio del piacere, tali teorie postulavano che la *motivazione al mantenimento della relazione madre-figlio* fosse guidata principalmente dalla *motivazione secondaria*, basata esclusivamente sulla scarica di pulsioni libidiche e di bisogni di tipo primario (alimentazione e pulizia), ponendo la madre come oggetto di scarica pulsionale.

Lo psicologo **John Bowlby** inizialmente seguace della scuola Kleniana e membro della Società Psicoanalitica Britannica, si distaccò dal pensiero della psicoanalisi classica. Fu uno dei primi studiosi a mostrare alla comunità scientifica, una differente prospettiva sullo sviluppo infantile e le relazioni caregiver-bambino (Bowlby, 1996).

Gli studi di Bowlby ebbero inizio nel 1946 al Tavistock Clinic di Londra dove venne assunto come vicedirettore, tale carica gli permise l'osservazione diretta sulle dinamiche genitori-figli in ambito ospedaliero. Grazie all'avvio di un progetto di ricerca in collaborazione con *Mary Ainsworth* e *James Robertson*, ebbero modo di osservare che i bambini ricoverati manifestavano un importante aumento del livello di stress e angoscia da separazione, influenzati da fattori dovuti alla percezione della malattia e dal trovarsi da soli in un luogo estraneo accompagnati da persone estranee. Ciò venne dimostrato da una sequenza di comportamenti messi in atto dai bambini durante la separazione dai caregiver. La prima fase detta di **protesta**, era caratterizzata da forte resistenza, agitazione, ansia, rabbia e panico, comportamenti che fungevano da richiamo della persona perduta. Tale fase passa ad un periodo di **disperazione**, caratterizzata da alterazioni fisiologiche e depressione, date dalla consapevolezza di essere stati abbandonati. Segue la fase del **distacco**, caratterizzata da una riorganizzazione psicologica e emotiva che portava i bambini ad uno stato di accettazione e rassegnazione, con conseguente distacco e indifferenza (Bowlby, 1999).

Nel 1950 venne nominato come consulente dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) con il compito di stilare un rapporto sulla salute mentale dei bambini abbandonati e orfani, che venne pubblicato nel 1951 con il titolo *Maternal Care and Mental Health*.

In tale pubblicazione, Bowlby ebbe il modo di definire le prime basi della **teoria dell'attaccamento**, dimostrando l'importanza delle cure genitoriali per la salute mentale del bambino.

È fondamentale che il bambino venga allevato in un'ambiente caldo e protettivo, accompagnato dal legame affettivo della madre, che sarà alla base dello sviluppo del carattere, della salute mentale e farà in modo che avvenga un'organizzazione ottimale dei sentimenti di angoscia.

Grazie allo studio dei comportamenti disadattivi, Bowlby definì il concetto di *carezza di cure materne* che intende l'assenza di legami affettivi, data o dall'incapacità della madre di fornire cure adeguate, o dall'inserimento del bambino in istituto. In caso di carezza parziale, possono manifestarsi ansia, stati depressivi e vendetta. Nel caso di carezza totale, si osserveranno dei profili molto più negativi, accompagnati dalla manifestazione di insicurezza, compromissione della capacità di instaurare legami affettivi, dello sviluppo psichico, fisico e sociale. Se tali carenze divengono prolungate, in base al livello di sopportazione e all'età del bambino, possono causare gravi danni che potrebbero durare per tutta la vita, come l'insorgenza di disturbi mentali, asocialità, psicopatia, comportamenti antisociali e depressione (Bowlby, 2012).

La postulazione della **teoria dell'attaccamento** venne influenzata dalla prospettiva evuzionistica di *Darwin* e dagli studi etologi di prestigiosi ricercatori in questo campo. In particolar modo furono illuminanti i lavori di *Robert Hinde*. Egli condusse delle ricerche sui cuccioli di scimmie Rhesus, che in seguito alla separazione dalla madre, oppure separando la madre dal gruppo dei suoi simili, osservò dei comportamenti che dimostrarono gli effetti a breve e a lungo termine sull'adattamento ambientale, sociale e sull'organizzazione emotiva dati dalla separazione dalla figura materna.

I comportamenti manifestati dai piccoli di Rhesus erano i medesimi di quelli osservati durante il progetto di ricerca di Bowlby e Robertson al Tavistock Clinic, ciò confermò l'ipotesi dell'importanza di un ambiente conosciuto, **adatto** e la presenza di una figura genitoriale, in modo tale da preservare il senso di protezione ed evitare importanti danni dato dallo stress percepito.

Inoltre, Bowlby fu influenzato dagli studi sulle anatre condotti da *Konrad Lorenz*, che dimostrò tramite il concetto di **imprinting**, una forma di apprendimento post-natale irreversibile che avviene nel “periodo critico”, determinando l’individuazione della figura di riferimento con conseguente determinazione dei comportamenti di attaccamento. Ciò permise a Bowlby di dimostrare quanto la formazione in un” periodo sensibile” del legame genitoriale, potesse influenzare i comportamenti e la formazione dell’individuo per tutto l’arco di vita.

Infine, venne influenzato dagli esperimenti sui macachi condotti da *Harry Harlow*, che risultò essere una scoperta fondamentale per la postulazione della teoria dell’attaccamento. Il macaco, a seguito della sua nascita veniva separato dalla figura materna e inserito in una gabbia dove veniva allattato regolarmente, ma dopo un breve periodo il piccolo manifestava importanti alterazioni fisiologiche che portava in alcuni casi alla morte, mentre riusciva a sopravvivere se casualmente trovava qualcosa di morbido.

I ricercatori in seguito, inserirono dei modelli che simulavano le caratteristiche fisiche della scimmia, una avvolta da materiali morbidi e una costruita in ferro con un sostegno per il biberon. I ricercatori osservarono che il macaco utilizzava la scimmia di ferro solo per alimentarsi, mentre preferiva passare il tempo accanto alla scimmia “morbida”, soprattutto in caso di percezione di pericolo.

Tale evidenza scientifica, dette la possibilità a Bowlby di contestare la teoria della motivazione secondaria affermata dalla psicoanalisi classica, affermando invece che si trattava di una **motivazione primaria** guidata dai bisogni primari, che non riguardavano unicamente la pulizia e l’alimentazione, ma erano fortemente sostenuti dal **contatto, il calore e il bisogno di vicinanza** (Bowlby, 1999).

2.2. Lavoro con Mary Ainsworth

I contributi di *Mary Ainsworth* furono fondamentali per la definizione della teoria dell'attaccamento. Ebbe modo di conoscere Bowlby e il suo team di ricerca al Tavistock Clinic e rimanendo affascinata dai lavori degli studiosi, tale incontro le diede la possibilità di iniziare una collaborazione con il team.

La sua prima opportunità di ricerca arrivò con il "Ganda Project" in Kampala (Uganda), dove osservò un campione di 28 bambini e le loro madri nelle loro abitazioni, ogni due settimane per nove mesi. La prima parte del progetto consisteva in interviste alle madri sullo sviluppo dei bambini, sulle pratiche di cura e sull'osservazione di tipo naturalistico del loro comportamento nell'interazione con i figli.

Durante le osservazioni ebbe modo di osservare che lo sviluppo dell'attaccamento avveniva subito dopo la nascita, manifestandosi soprattutto in caso di allontanamento della figura materna con conseguente risposta da parte dei bambini, che provavano angoscia e ansia da separazione. Ciò ebbe modo di dare una prova empirica sull'utilizzo della madre come *base sicura* per permettere al bambino l'esplorazione del mondo esterno. Dato che notò che non tutti i bambini rispondevano nel medesimo modo, strutturò la seconda parte del progetto, dividendo in tre gruppi i bambini, utilizzando come criterio di suddivisione, il tipo di sicurezza che avevano manifestato durante le osservazioni.

Il primo gruppo comprendeva bambini attaccati in modo *sicuro*, che manifestavano ansia da separazione durante l'assenza della figura materna.

Il secondo gruppo era formato da bambini attaccati in modo *insicuro*, che oltre all'ansia da separazione, piangevano molto anche in presenza della madre.

Infine, il terzo gruppo formato da bambini *non attaccati*, venivano lasciati soli per lunghi periodi e ciò non suscitava nessun tipo di risposta.

Terminata la sperimentazione, Ainsworth concluse che per l'instaurazione dell'attaccamento, era di fondamentale importanza il comportamento di cura manifestato dalla figura materna, determinando il tipo di risposta da parte del figlio.

Nel 1955 lasciò l'Uganda per poi trasferirsi a Baltimora, dove nel 1963 ottenne un finanziamento per la progettazione di un secondo esperimento, il "Baltimore Longitudinal Project", composto anche esso da due parti.

La prima parte del progetto era basata sull'osservazione naturalistica di un campione di 26 madri a seguito della nascita dei figli per un periodo di un anno circa (Ainsworth, 1991).

Data la precedente esperienza del Ganda Project, per la valutazione dei comportamenti materni utilizzò due scale, una che misurava la *responsività* e la prontezza delle risposte materne e la seconda, che misurava la *sensibilità* della madre nel riconoscere i segnali del figlio, elemento fondamentale per la creazione della teoria della mente.

Da tali osservazioni emerse che nel primo anno di vita del bambino, la formazione della relazione di attaccamento avveniva in fasi.

La prima fase (dalla nascita fino ai 2 mesi) la sensibilità materna ha una funzione predittiva nell'instaurare la relazione di attaccamento. In tale fase il bambino mostra i primi segni di attaccamento che hanno lo scopo di mantenere la vicinanza e il contatto con la figura materna. Tali reazioni erano indipendenti dal comportamento materno in risposta alle esigenze del figlio, dunque non vi era presente una relazione tra la frequenza del pianto e la responsività materna.

La seconda fase (dai 2 mesi ai 6-8 mesi) la sensibilità e responsività materna hanno una funzione predittiva del comportamento dei figli e viene individuata come figura di attaccamento. In seguito, si formeranno l'effetto del mantenimento del contatto e l'effetto del rifugio sicuro, accettando le risposte materne in caso di disagio emotivo.

La terza fase (dai 6-8 mesi ai 12 mesi) in tale fase avviene il consolidamento della relazione di attaccamento. Il bambino inizia ad esplorare l'ambiente utilizzando la madre come base sicura, compare l'ansia, protesta da separazione e la paura per l'estraneo.

La quarta fase (dai 18 mesi) In tale fase il bambino sentendosi maggiormente sicuro, cercherà solo in caso di pericolo la vicinanza della madre. La madre dovrà essere maggiormente disponibile alle richieste del bambino, che a sua volta si adatterà alle necessità della figura materna. Tale fase è fondamentale per la creazione dei *modelli operativi interni* (MOI), ovvero delle rappresentazioni mentali della figura di accudimento, degli altri e di sé stesso, che influenzeranno la strutturazione della personalità del bambino e lo accompagneranno per tutta la vita. Tali fasi sono state delineate osservando bambini che sono stati cresciuti in maniera ottimale (Attili, 2007).

La seconda parte del progetto, era basata sulla sperimentazione chiamata "Strange Situation".

All'età di un anno, i bambini venivano introdotti in una stanza di osservazione, dove venivano eseguite una serie di episodi strutturati per studiare i comportamenti dei bambini:

1. Ingresso del bambino accompagnato dal caregiver nella stanza, dove avevano la possibilità di giocare.
2. Ingresso di un estraneo all'interno della stanza, che aveva il compito di interagire con la coppia.
3. Uscita del caregiver dalla stanza, lasciando al suo interno il bambino e l'estraneo.
4. Uscita dell'estraneo dalla stanza, lasciando al suo interno il bambino da solo.
5. Ingresso della madre nella stanza.

La Ainsworth individuò diversi tipi di comportamenti attuati dai bambini, che dette la possibilità di strutturare tre tipi di attaccamenti. Ciò grazie all'utilizzo di determinati criteri di osservazione, come l'esplorazione della stanza in compagnia del caregiver, la reazione suscitata dall'uscita dalla stanza e la reazione data dalla riunione con la figura di accudimento:

1) Attaccamento sicuro (B): I bambini erano in grado di esplorare l'ambiente in compagnia del caregiver, accettavano l'incontro con l'estraneo, piangevano quando la madre si allontanava ma erano in grado di riorganizzare lo stato emotivo negativo, mostrando affetto e comunicazione all'ingresso della madre. Ciò indicava che la figura di accudimento, durante lo sviluppo del bambino si era posta correttamente come base sicura, fornendo al bambino protezione e sicurezza, permettendo la creazione di rappresentazioni mentali ottimali nel bambino.

2) Attaccamento insicuro-evitante (A): I bambini esploravano molto volentieri l'ambiente circostante in solitudine, si concentrava maggiormente sui giocattoli piuttosto che sulla relazione con la madre. Accettavano sia l'incontro con l'estraneo sia rimanere da soli nella stanza, senza manifestare nessun tipo di disagio. All'ingresso del caregiver manifestavano una completa indifferenza e rifiuto al contatto. Dunque, durante il primo anno di vita del bambino, la figura di accudimento non aveva fornito alcuna risposta alle esigenze del figlio, sia di tipo emotivo sia di tipo fisico, non ponendosi come base sicura in caso di pericolo o stress.

3) Attaccamento insicuro-ambivalente (C): I bambini non esploravano l'ambiente né in presenza del caregiver né durante la sua assenza, dove mostravano una forte ansia e sconforto. Non accettavano l'incontro con l'estraneo e durante l'ingresso del caregiver nella stanza, manifestavano comportamenti ambivalenti,

cercavano il contatto con la madre ma allo stesso tempo, manifestavano una forte rabbia e repulsione. Ciò indicava che il caregiver durante lo sviluppo del bambino, aveva risposto in maniera incoerente alle esigenze del figlio, risposte di tipo indifferenti oppure nel lato opposto, troppo responsiva anche in situazioni dove non era richiesta la sua presenza.

Ulteriori studi notarono che alcuni bambini non rientravano nelle categorie sopra elencate e ciò, portò alla studiosa Mary Main a strutturare un'ulteriore categoria;

4) Attaccamento disorganizzato (D): I bambini evitavano il contatto fisico e visivo con il caregiver e nel caso ciò avveniva, mostravano espressioni di paura, panico e movimenti stereotipati. Esploravano la stanza, erano ben disposti alle richieste dell'estraneo e al rientro del caregiver mostravano paura e evitamento.

Nel corso del primo anno di vita, i bambini avevano subito abusi, maltrattamenti e trascuratezza, la madre non aveva saputo offrirgli le cure necessarie per la costruzione di una base sicura, con probabile causa la presenza una patologia psichiatrica o traumi non risolti.

Tali contributi, che furono confermati anche a livello fisiologico, supportarono gli studi di Bowlby e i suoi colleghi. Ciò, gli permise di definire la teoria dell'attaccamento con la pubblicazione del libro "Attaccamento e perdita. Vol.1. attaccamento alla madre" (Bowlby, 1999).

2.3. La Strange Situation applicata ai bambini con autismo

I contributi di Bowlby, Ainsworth e Main assunsero un ruolo fondamentale per la comprensione del funzionamento e dello sviluppo infantile. Ciò portò a prestare maggiore attenzione da parte dei clinici, nella valutazione e diagnosi dei vari disturbi diagnosticabili in età infantile. Tale situazione diede modo di osservare e strutturare una nuova patologia, il **Disturbo reattivo dell'attaccamento** (*Reactive Attachment Disorder, RAD*).

Il disturbo porta alla manifestazione di comportamenti inibiti, ritirati, evitamento nel contatto con i caregiver e presenza di deficit sociali ed emotivi caratterizzati da assenza di empatia e irritabilità ingiustificata. Tale condizione è il risultato di un'estrema deprivazione di stimoli e affetto da parte dei caregiver, trascuratezza, oppure da continui cambi di caregiver primari (in caso di adozioni multiple) e permanenza in istituti, che limitano lo sviluppo di attaccamento selettivo (APP, 2014).

È interessante notare come alcuni criteri del RAD assomiglino al disturbo dello spettro autistico, somiglianza che causò estrema confusione ai clinici.

Il DSM-V (2014) afferma che per la diagnosi del RAD il paziente non deve soddisfare i criteri del DSA, ma se non si porta un'attenta valutazione all'anamnesi si corre il rischio di commettere errori nella diagnosi. Applicato al DSA, si potrebbero configurare tre possibili gruppi;

1) Autismo e attaccamento insicuro, 2) Autismo e attaccamento sicuro, 3) Diagnosi errate con difficoltà di base legate ai disturbi dell'attaccamento.

In caso di diagnosi errata, non si può escludere la presenza di difficoltà nell'attaccamento in bambini con DSA. Tale presupposizione portò i ricercatori ad indagare il tipo di attaccamento nei bambini con autismo, applicando la Strange Situation (McKenzie, Dallos, 2017).

A seguito dei criteri di classificazione dell'attaccamento disorganizzato (D), proposto da Mary Main, quali la visualizzazione simultanea e sequenziale di schemi comportamentali contraddittori, congelamento, rallentamento dei movimenti e delle espressioni, stereotipie e acquisizione di posture anomale, inizialmente i ricercatori collocavano i bambini con DSA in tale categoria, data la somiglianza con alcuni criteri diagnostici.

Un'ulteriore categoria di collocazione fu quella evitante (A) proposta dalla Ainsworth, data dall'assenza di reciprocità sociale, incapacità di rispondere alle

interazioni sia sociali che con il caregiver, presenti sia nei criteri diagnostici del DSA che nella classificazione dell'attaccamento di tipo evitante (Coughlan, Marshall-Andon, Anderson, Reijman, Duschinsky, 2019).

I risultati delle ricerche che utilizzarono la Strange Situation applicata ai bambini con DSA, furono contrastanti.

In un primo studio, venne applicata la Strange Situation, confrontando un campione di 36 bambini tra i 30-36 mesi, con diagnosi di autismo, disturbo pervasivo dello sviluppo atipico, disabilità intellettiva e disturbo del linguaggio. I loro risultati evidenziarono che il 47% dei bambini appartenenti ad ogni categoria di disturbi, vennero classificati come "sicuri" e il restante 53% come "insicuri". Dimostrarono inoltre che il comportamento di attaccamento manifestato, non differiva in modo significativamente rilevante con il gruppo di controllo composto da bambini senza disabilità, affermando che il tipo di attaccamento non era correlato al tipo di diagnosi, Q.I oppure ai cambiamenti comportamentali manifestati durante la procedura.

Mentre in un ulteriore studio, vennero confrontati bambini con ASD a altri disturbi dello sviluppo e psichiatrici, abbinando i gruppi in base all'età cronologica e mentale.

Non hanno rivelato differenze nei pattern di attaccamento tra i gruppi e dimostrarono, che lo stabilirsi di un attaccamento sicuro nel gruppo ASD era correlato alle abilità linguistiche, all'età mentale mentre non era correlato alla severità del disturbo.

Dati i risultanti contrastanti nelle precedenti ricerche, Capps, Sigman e Mundy (1994) elaborarono una Strange Situation modificata, includendo anche la categoria Disorganizzata (D) con lo scopo di dimostrare una possibile correlazione tra DSA e attaccamento disorganizzato.

Il campione di studio venne analizzato negli episodi di separazione/riunione, interazione e attenzione congiunta/richieste con il caregiver e attenzione congiunta/richieste con lo sperimentatore. Il gruppo era composto da 19 bambini con autismo suddivisi in base alle abilità linguistiche.

Durante gli episodi di separazione/riunione, quattro dei diciannove bambini non vennero classificati per via del loro comportamento o per quello delle loro madri. Mentre ai restanti quindici venne assegnata una prima classificazione disorganizzata anche in presenza di comportamenti di attaccamento, tale valutazione era data dalla presenza di alcuni criteri utili alla classificazione, come

stereotipie e comportamenti bizzarri. Ma data la presenza nei criteri diagnostici di tali segni, vennero assegnate delle sottoclassificazioni.

Sei bambini vennero classificati secondariamente come sicuri, durante la separazione manifestarono angoscia e durante la riunione manifestarono piacere, ricerca di contatto e prossimità. Tale gruppo si distinse in quanto escludendo le stereotipie tipiche del DSA, non esplicitarono segni di disorganizzazione. Inoltre, manifestavano rispetto ai bambini insicuri una maggiore comprensione del linguaggio espressivo (senza differenze di Q.I tra i gruppi), che portava ad una maggiore richiesta di contatto e assistenza sia con il caregiver che con lo sperimentatore.

Nove bambini vennero classificati secondariamente come insicuri. Tra i quali:

- Due vennero classificati come ambivalenti, i loro comportamenti alla riunione con la madre si sono dimostrati aggressivi e apprensivi in modo incoerente, confusi e disorientati.

- Uno venne classificato come insicuro, manifestando indifferenza alla presenza o assenza della madre, prestando maggiormente attenzione all'ambiente circostante.

- Tre bambini vennero classificati come “veri disorganizzati” mostrando durante la riunione con il caregiver, comportamenti disorganizzati diversi dalle stereotipie tipiche dall'autismo, come freezing, movimenti nervosi e vagabondaggio.

- Tre bambini invece non vennero classificati, data la manifestazione ambigua di combinazioni comportamentali di attaccamento sicuro/insicuro.

Tale ricerca si è rivelata fondamentale per delineare relazioni coerenti tra la sensibilità genitoriale e la promozione di un attaccamento sicuro, che ha modo di favorire uno sviluppo socio-emotivo e cognitivo armonioso (Capps, Sigman, Mundy, 1994).

I risultati a seguito delle numerose ricerche condotte utilizzando la Strange Situation sono contrastanti, in quanto vi è presente un'importante variabilità non quantificabile tra i campioni presi in esame, date le numerose differenze individuali. Tuttavia, una recente revisione sistemica ha riscontrato che nei pazienti con disturbo dello spettro autistico, la percentuale di attaccamento disorganizzato risulta essere circa il 22%, mentre per l'attaccamento sicuro è di circa il 47%. Tale valore risulta inferiore della percentuale dei bambini senza DSA, ma dimostra la possibilità dello sviluppo di un attaccamento sicuro in bambini con autismo. Inoltre, è stata confermata la relazione tra gravità del disturbo e insicurezza dell'attaccamento (Teague, Gray, Tonge, Newman, 2017).

CAPITOLO 3: L' IMPORTANZA DELL' INSIGHTFULNESS GENTORIALE

3.1. L'Insightfulness genitoriale

Mary Ainsworth nei suoi studi sulla *sensibilità materna*, tramite l'osservazione sull'interazione madre-figlio ha descritto i comportamenti e i processi interni sottostanti alla sensibilità materna. In particolar modo si è soffermata sulla capacità di “vedere le cose dal punto di vista del bambino”, che costituisce la base per il comportamento materno sensibile e l'instaurarsi di un attaccamento sicuro nei bambini, mentre la presenza di difficoltà in tale capacità portano all'insensibilità e all'instaurarsi di un attaccamento insicuro.

Durante le osservazioni la Ainsworth ha strutturato delle scale di valutazione, per classificare il tipo di comportamento materno, tra cui la capacità di “mentalizzazione” delle madri che si riferisce alla capacità di comprendere i pensieri, i sentimenti, le intenzioni sia proprie che altrui (Oppenheim, Koren-Karie, 2013).

•SCALA 1: Sensibilità vs. Insensibilità ai segnali del bambino.

Tale scala valuta la capacità della madre di percepire e interpretare i segnali del bambino per avere in seguito, la capacità di rispondere a essi in maniera appropriata.

Le componenti essenziali di tale scala sono:

1. La consapevolezza dei segnali.
2. Un'interpretazione adeguata.
3. Una risposta pronta e accurata.

Dunque, le madri sensibili sono accessibili e consapevoli dei segnali, stati d'animo e comunicazioni dei bambini, dimostrando di essere in grado di interpretarli e mostrare empatia. Grazie a tale capacità può rispondere in maniera appropriata. Mentre una madre con bassa sensibilità non è consapevole dei segnali del bambino, non riuscendo a percepire, ignorando o distorcendo il comportamento del figlio. Ciò porta a fornire risposte inadeguate con assenza di empatia.

Le valutazioni della scala si dividono in:

- 1) *Altamente sensibile*
- 2) *Sensibile*
- 3) *Incoerentemente sensibile*
- 4) *Insensibile*
- 5) *Altamente insensibile*

•SCALA 2: Cooperazione vs. Interferenza con il comportamento del bambino.

Tale scala misura il modo in cui la madre interferisce, interrompe il discorso o le attività del bambino. Ciò dipende dalla percezione che ha sull'autonomia del figlio.

L'interferenza può essere valutata:

1. L'interferenza fisica con l'attività del figlio.
2. La frequenza di interruzioni.

La madre cooperativa ha una visione del figlio come autonomo ed evita di imporre la propria volontà nelle sue azioni, in modo tale da ridurre le interferenze e il controllo. Evita di interrompere le attività del bambino dimostrando cooperazione. Non interferisce con la forza fisica e si dimostra co-determinante, ovvero non è eccessivamente permissiva né permette la completa assenza di regole nell'educazione del bambino.

Mentre la madre inferente non ha rispetto per l'autonomia del bambino, impone la sua volontà nel modellarlo in base ai suoi standard. Le sue interruzioni e interferenze sono evidenti e dirette.

Le valutazioni della scala si dividono in:

- 1) *Vistosamente cooperativa*
- 2) *Cooperativa*
- 3) *Lievemente interferente*
- 4) *Interferente*
- 5) *Altamente interferente*

•SCALA 3: Disponibilità fisica e psicologica nell'ignorare e trascurare.

Tale scala misura l'accessibilità o l'inaccessibilità della madre e la sua consapevolezza in ciò.

Una madre accessibile è psicologicamente consapevole del comportamento del figlio. Mentre una madre inaccessibile non è consapevole della presenza del bambino, è preoccupata più per i suoi pensieri e attività e ciò la porta a non considerare il figlio.

Le valutazioni della scala si dividono in:

- 1) *Facilmente accessibile*
- 2) *Solitamente accessibile*
- 3) *Incoerentemente accessibile*
- 4) *Spesso inaccessibile, ignorato o trascurato*
- 5) *Altamente inaccessibile ignorato o trascurato*

•SCALA 4: Accettazione vs. rifiuto dei bisogni del bambino.

Tale scala misura la qualità dei sentimenti positivi e negativi della madre su suo figlio e su come sia stata in grado, di integrare tali emozioni contrastanti nella risoluzione di un conflitto. I sentimenti positivi (amore e accettazione) dissolvono le emozioni negative, mentre i sentimenti negativi (rabbia e dolore) entrano in conflitto e riducono le emozioni positive, provocando un rifiuto per il bambino. La madre che accetta il bambino, lo fa nella sua globalità, accettando anche i comportamenti irritanti, rispettandolo e prendendosi cura di lui. La madre che rifiuta il bambino, prova dei sentimenti negativi nei suoi confronti. Ciò lo manifesta apertamente lamentandosi di lui e disprezzandolo.

Le valutazioni della scala si dividono in:

- 1) *Altamente accettato*
- 2) *Accettato*
- 3) *Ambivalente*
- 4) *Respinto*
- 5) *Altamente respinto* (Ainsworth, 1969).

Le ricerche della Ainsworth e altri psicologi dello sviluppo, si sono rivelate fondamentali per la comprensione e la valutazione delle rappresentazioni interne genitoriali, che hanno portato alla loro esaminazione nelle relazioni genitore-figlio. La capacità dei caregiver di “vedere dal punto di vista del bambino” viene definito ***Insightfulness***. Tale concetto viene sostenuto dalle definizioni di mind-mindedness (la capacità materna di considerare il figlio come una persona con la propria autonomia e saper riconoscere le sue azioni e pensieri) e di mentalizzazione.

Tuttavia, le definizioni della Ainsworth descrivevano solo aspetti generali delle rappresentazioni di cura. Dunque, per valutare in maniera empirica le capacità genitoriali, nel prendere in considerazione gli stati mentali dei figli, si è reso necessario lo sviluppo di una misurazione per tali capacità, l'Insightfulness Assessment (IA) strutturato da David Oppenheim.

Nella prima fase di IA i genitori e i figli vengono registrati in tre contesti di interazioni, che rappresentano gli aspetti delle relazioni caregiver-figlio, come per esempio il gioco, la cura e l'insegnamento. Successivamente, vengono mostrati ai genitori i primi due minuti del video e dopo ognuno, vengono intervistati in merito a ciò che osservano nel loro figlio. Le sequenze vengono selezionate per rappresentare le diverse situazioni, in modo tale che il genitore venga stimolato a descrivere i diversi aspetti del figlio. Gli viene chiesto cosa credono che il figlio

stesse sentendo o pensando e se, i comportamenti che hanno notato sono tipici o insoliti e infine, se i comportamenti del figlio li hanno resi felici, preoccupati o sorpresi.

La codifica dell'insightfulness non si basa sull'accuratezza della descrizione del bambino, ma sul modo in cui il genitore fornisce un'immagine emotivamente complessa del bambino. È inoltre fondamentale che i genitori abbiano la capacità di parlare del loro bambino in maniera coerente, aperta e accettabile.

La codifica si basa su:

1) Le trascrizioni delle interviste vengono valutate in nove punti e classificate in dieci scale:

- *Apertura/flessibilità del pensiero*
- *Insight sulle motivazioni del bambino*
- *Complessità nella descrizione del bambino*
- *Mantenimento dell'attenzione sul bambino*
- *Coerenza del pensiero*
- *Ricchezza della descrizione del bambino*
- *Accettazione del bambino*
- *Separazione dal bambino*
- *Rabbia*
- *Preoccupazione*

Sulla base dei punteggi, vengono classificate in quattro categorie:

La prima categoria rappresenta la capacità di insightfulness.

1) Positively Insightfulness (PI): I genitori che rientrano in tale categoria, riescono a vedere le esperienze attraverso il punto di vista del bambino, comprendendone i motivi. Descrivono il figlio in modo accettabile e il loro discorso è coerente.

Le altre categorie rappresentano un'assenza di insightfulness in tre modi:

2) One-sided (OS): I genitori che rientrano in tale categoria hanno una visione unidimensionale del bambino, spostando il centro della discussione sui propri sentimenti piuttosto che quelli del figlio, non sembrando aperti a cambiare la loro percezione sul bambino.

3) Disengaged (DE): I genitori che rientrano in tale categoria mostrano un'assenza di coinvolgimento emotivo durante l'intervista, rispondendo in maniera breve e limitata, dimostrando una mancata riflessione sul proprio comportamento o quello del figlio.

4) *Mixed (MX)*: I genitori che rientrano in tale categoria mostrano più tipi di risposte diverse durante le stesse interviste.

Diversi studi di Oppenheim hanno esaminato gli effetti dell'insightfulness su vari aspetti dello sviluppo infantile.

In uno studio hanno valutato l'insightfulness materna e la teoria della mente dei bambini con un anno di vita. A quattro anni di età, sono stati misurati agli stessi bambini la capacità di mentalizzazione e lettura degli stati mentali altrui. Tale ricerca ha dimostrato che i figli delle madri maggiormente sensibili, a quattro anni mostravano punteggi elevati nella teoria della mente, rispetto ai bambini che non sono stati cresciuti da madri sensibili.

In un ulteriore studio, è stata somministrata una terapia genitoriale alle madri di bambini con problemi emotivi e comportamentali. I risultati hanno dimostrato che i problemi comportamentali e la disregolazione emotiva dei bambini, avevano subito evidenti miglioramenti a seguito del trattamento sulla madre. Ciò indica l'importanza dell'insightfulness nel supportare i progressi terapeutici.

Diversi studi hanno dimostrato che i bambini traggono beneficio dall'insightfulness genitoriale, manifestando maggiore sicurezza, regolazione emotiva, comportamentale e anche in altri tipi di disturbi.

L'IA è influenzata dalla teoria dell'attaccamento, dunque si sono collegate le categorie di insightfulness genitoriale con i modelli di attaccamento dei bambini (Oppenheim, Koren-Karie, 2018).

Oppenheim e Koren-Karie (2013), hanno ipotizzato che i figli dei genitori classificati nella categoria (PI), siano classificati come sicuri. Ciò è reso possibile grazie alla presenza di insightfulness, che agevola i genitori nell'interpretazione dei segnali e nelle conseguenti risposte in forma empatiche. Il bambino vive tale relazione di cura in maniera armoniosa e accompagnato in tutti i tipi di esigenze di tipo emotivo.

Ai figli dei genitori classificati nella categoria (OS) è associato l'attaccamento ambivalente, data l'incoerenza nelle risposte di cura e la comprensione degli stati mentali del bambino in assenza di empatia. Mentre i genitori classificati in (DE) hanno una maggiore probabilità di avere figli con attaccamento evitante, dato che l'assenza di coinvolgimento emotivo nel genitore, può portarlo a minimizzare e ignorare i segnali del figlio, condizione che viene vissuta come rifiuto. In conclusione, per i figli dei genitori classificati in (MX) è evidente l'associazione

con l'attaccamento di tipo disorganizzato, data la mancanza di strategie da parte del caregiver e l'instaurarsi di una relazione di cura competitiva e contraddittoria.

Anche in caso di DSA è stata evidenziata un'associazione tra insightfulness materna e stile di attaccamento. Si è scoperto che le madri che avevano un buon livello di insightfulness avevano bambini con un attaccamento di tipo sicuro mentre, le madri con uno scarso livello di insightfulness avevano figli con un attaccamento di tipo insicuro.

Tuttavia, le recenti dimostrazioni confermano che la presenza di bassi livelli di sicurezza dell'attaccamento nei bambini con disturbo dello spettro autistico, può comportare una ridotta capacità comunicativa con i caregiver. Ciò può essere spiegato affermando che la formazione della relazione di attaccamento è bidirezionale e dipende dalla qualità delle interazioni sia del bambino che del caregiver, dato che l'insightfulness materno può influenzare l'instaurarsi di un attaccamento sicuro.

Alcuni genitori di bambini con una grave sintomatologia, potrebbero sentirsi in difficoltà ad instaurare un rapporto di tipo sicuro a causa dello stress a seguito della diagnosi e della scarsa interazione sociale reciproca del figlio. È stato documentato che i deficit di interazione sociale reciproca influenzano il tipo di risposta dei caregiver.

3.2. Il processo diagnostico

Una ricerca di Wong, Yu, Keyes e McGrew (2017) ha dimostrato che i genitori dei bambini alla quale è stato diagnosticato il disturbo dello spettro autistico, manifestano maggiori livelli di stress con conseguente insorgenza di patologie somatiche e psichiatriche rispetto ai genitori di bambini neurotipici o con altre forme di disabilità. Tale condizione è influenzata da numerosi fattori, come i tempi di attesa dalla diagnosi, la continua preoccupazione dello stato di salute del figlio, frustrazioni e la presenza di traumi non risolti.

Gli autori hanno somministrato diversi questionari ai genitori dei bambini, evidenziando che la prima situazione stressante viene sperimentata durante i primi sospetti del disturbo. I deficit di comunicazione sociale, ritardo del linguaggio, sociale, emotivo e la disarmonia dei comportamenti del bambino, sono i primi fattori che vengono notati e in seguito, riferiti al medico di base. Tale condizione dà origine a importanti preoccupazioni da parte dei genitori sulla gravità della condizione del bambino, seguiti da ansia, frustrazione e sensi di colpa. Ciò si prolunga fino al ricevimento della diagnosi, che in base ai dati raccolti in media avviene dopo 28 mesi dal primo sospetto, mentre solo il 29% riceve la diagnosi prima dei 12 mesi. Ciò ostacola in maniera importante gli interventi precoci. Data la presenza di differenze nei sistemi sanitari nazionali, tali dati possono variare. Le motivazioni della lunghezza dei tempi di attesa e i ritardi nelle diagnosi sono date da diverse variabili, come l'attesa per ottenere gli appuntamenti con diversi specialisti, numerosi colloqui con i caregiver, la gravità dei sintomi, procedure di valutazione e la somministrazione di molti test diagnostici. Le condizioni di ritardo diagnostico sono state riassunte in un modello:

1. Ritardo nella valutazione: Definito come l'intercorrere di tempo dal primo sospetto al giudizio dei genitori che il sintomo potrebbe rappresentare una forma di sviluppo atipico. Tale condizione, viene influenzata dalla mancata conoscenza di un dato disturbo e dalla ricerca e/o confronto con persone strette, di una possibile soluzione alternativa alla diagnosi, dato che in alcuni casi, inizialmente subentra un processo di "rifiuto" del disturbo.

2. Ritardo della malattia e ritardo informativo: Il primo viene definito come l'intervallo di tempo tra le valutazioni dei genitori sulla manifestazione dello sviluppo atipico e la decisione di una consultazione medica. Mentre il secondo viene definito come il tempo trascorso da parte dei genitori a cercare informazioni sullo sviluppo atipico e sul professionista da consultare.

3. Ritardo comportamentale: Viene definito come l'intercorrere del tempo tra la decisione di fissare un appuntamento con uno specialista e la programmazione effettiva dell'appuntamento. La lunghezza di tale tipo di ritardo è influenzata dalla percezione di gravità del disturbo da parte dei genitori, dall'accesso di risorse finanziarie per sostenere la procedura diagnostica e dalla conoscenza sui supporti accessibili.

4. Ritardo di programmazione: Definito come l'intervallo di tempo tra la pianificazione di un appuntamento e la necessità di svolgere dei test specifici, pratica che in base alla gravità dei sintomi può richiedere molto tempo.

5. Ritardo diagnostico: Definito come il tempo trascorso tra il primo incontro con lo specialista e il ricevimento della diagnosi. Tale processo viene complicato dall'eziologia sconosciuta del DSA, che contribuisce al ritardo diagnostico. Inoltre, la procedura di diagnosi è molto lunga, dato che si basa su colloqui con i genitori, somministrazione di test e osservazione del comportamento del bambino.

6. Ritardo nel trattamento: Definito come il tempo trascorso tra il ricevimento della diagnosi e l'inizio del trattamento. Tale fase è influenzata dal ritardo diagnostico e dalla conoscenza da parte dei genitori sul tipo di interventi da somministrare (Wong, Yu, et.al, 2017).

Per valutare le reazioni genitoriali a seguito della diagnosi, in uno studio di Poslawsky, Naber, Van Daalen, Van Engeland (2013), sono stati somministrati vari test e questionari ad un campione di settantasette caregiver. I test che sono stati utilizzati:

- *Socio-Economic Status (SES)* Valuta lo status socioeconomico dei caregiver.
- *Parental Efficacy Questionnaire (PEQ)* Basato sulla teoria dell'autoefficacia di Bandura, valuta la percezione di alta o bassa efficacia dei caregiver e i sentimenti di competenza nell'educazione in situazioni stressanti.
- *Symptom Checklist (SCL-90)* Valuta lo stato di salute mentale dei caregiver, indicando i livelli di ansia, depressione, insufficienza nel pensare ed agire, ostilità, sfiducia e sensibilità interpersonale.
- *Parental Daily Hassles (PDH)* Valuta le tensioni e lo stress durante l'educazione dei bambini, descrivendo le interazioni quotidiane tra i caregiver e i figli.
- *Reaction to Diagnosis Interview (RDI)* Intervista semi-strutturata di 10-15 minuti che valuta le reazioni e le strategie utilizzate dai genitori, per far fronte alle situazioni provocate dalla diagnosi. I risultati si dividono in:

- 1) “Risolto” che indica un adattamento efficace alla crisi data dalla diagnosi, e a sua volta si divide in tre sotto-classificazioni (azione, pensiero o sentimento orientati).
- 2) “Irrisolto” che indica la presenza di emozioni negative associate alla diagnosi, diviso in sei sotto-classificazioni (emotivamente sopraffatto, preoccupato, depressivo/passivo, neutralizzante, disorganizzato/confuso e con distorsioni cognitive).

I risultati del SCL-90 hanno dimostrato un livello superiore alla media di disturbi come la depressione, insufficienza nel pensare ed agire e disturbi somatici.

I risultati del RDI evidenziarono la presenza del 75% di genitori classificati come “Risolti”, caratterizzati dal 62% di caregiver che utilizzavano la strategia orientata all’azione e dal 26% che utilizzavano la strategia orientata al pensiero. I genitori classificati come “Irrisolti” (25%) presentavano maggiori tratti neutralizzanti e depressivi/ passivi. Sono stati inoltre evidenziati dei fattori, che si sono dimostrati indicativi per la non risoluzione della diagnosi, come la gravità dei sintomi e la nazionalità del caregiver, date le differenze linguistiche e culturali e l’accesso alle risorse. Mentre non sono state trovate delle associazioni tra caratteristiche dei genitori e dei bambini con la risoluzione/non risoluzione. Dopo sette mesi, è stato somministrato nuovamente il RDI e i risultati finali hanno evidenziato che la maggior parte dei genitori ha mantenuto una classificazione risolta, l’11% dalla classificazione irrisolta è passata alla risolta (orientata all’azione), il 6% dalla classificazione risolta alla irrisolta (depressiva/passiva), mentre la metà dei genitori ha mutato unicamente la sotto-classificazione. Inoltre, è stata dimostrata l’associazione tra classificazione risolta e autoefficacia parentale. Dunque, nonostante i sentimenti iniziali di ansia e angoscia, grazie all’utilizzo le strategie di coping e autoefficacia, i caregiver riescono a adattarsi e a far fronte in maniera armoniosa alle difficoltà che si possono riscontrare nella crescita di un bambino con DSA. Mentre in assenza di strategie di coping si osserveranno risultati genitoriali negativi, depressione e problemi coniugali. Lo stile di coping è associato alla personalità dei caregiver che viene a sua volta mediata dall’autoefficacia. Grazie a tali fattori, è possibile attuare una risoluzione della diagnosi in maniera positiva, consentendo l’integrazione di modi adeguati all’educazione e la cura. Inoltre, un’assistenza ottimale è associata alla *sensibilità parentale e all’insightfulness* (Poslawsky, Naber, et.al. 2013).

3.3. L' intervento genitoriale

A seguito del processo diagnostico, è di fondamentale importanza il coinvolgimento della famiglia nella formazione del progetto terapeutico. Il Ministero della Salute (2012) afferma che per un proseguimento efficace del trattamento, è necessario innanzitutto una presa in carico precoce seguita dal parent training, in modo tale da implementare la consapevolezza del disturbo e prestare assistenza ai genitori nelle situazioni di difficoltà.

Esistono diversi tipi di parent training efficaci, come nel caso del Denver Model. Ma data l'alta probabilità da parte dei genitori, come affermato precedentemente, di andare in contro a situazioni negative, si è resa necessaria la strutturazione di interventi atte a migliorare tale aspetto.

Sono stati progettati degli interventi innovativi che data la dimostrazione della loro efficacia, dovrebbero essere inseriti nelle linee guida per l'assistenza sanitaria:

-The Systemic Autism-related Family Enabling (SAFE): È un approccio di terapia familiare sistemica che tratta i sintomi disadattivi e le difficoltà che riguardano la salute mentale delle famiglie dei bambini. Le attività terapeutiche sono basate sulla teoria dell'attaccamento e pratiche sistemiche, che possono includere compiti visivi, giochi di ruolo, tracciamento di schemi e compiti visivi.

Le sessioni vengono guidate dalle necessità della famiglia, che lavorano in modo collaborativo e utilizzando le proprie risorse. L'intervento è consigliato per i bambini che non hanno sintomi gravi o deficit intellettivi e in caso contrario, è previsto un altro tipo di intervento SAFE, basato sull'interazione intensiva per i bambini non verbali e supporto specifico per le famiglie.

Prima dell'inizio delle sessioni, verrà svolto un colloquio con i genitori dove verranno condivise informazioni sullo sviluppo del bambino e sulle dinamiche familiari. I dati raccolti, verranno revisionate dopo 24 settimane durante il follow-up, in modo tale da evidenziare i cambiamenti a seguito dell'intervento.

Nelle prime 16 settimane, la famiglia partecipa a cinque sessioni di terapia SAFE. La prima e l'ultima sessione (1 e 5) si svolgono in ambito clinico e comprendono la presenza di più famiglie, mentre dalla seconda sessione alla quarta, comprendono le singole famiglie e si terranno in ambito clinico oppure nel domicilio della famiglia.

A seguito di ogni sessione, verrà somministrato dei questionari di valutazione, come il questionario sugli aspetti utili della terapia, sulla soddisfazione e il Between-session activity (BSA), attività e compiti da svolgere a casa, per sollecitare le famiglie ad evidenziare i punti di forza e di difficoltà del trattamento.

Dopo 24 settimane, al termine del trattamento le famiglie parteciperanno alle sessioni di follow-up di gruppo, dove verranno discussi gli eventuali cambiamenti e le loro riflessioni. Si rivela inoltre, un'ottima occasione per la divulgazione di informazioni sul sostegno continuo alle famiglie, come gli interventi psicoeducativi o terapie cognitivo-comportamentali in caso di genitori con disturbi di ansia e depressione (McKenzie, Dallos, Stedmon, et.al. 2019).

-Parent Advocacy Coaching (PAC): È un programma educativo che ha come obiettivo, il miglioramento delle capacità genitoriali nella partecipazione della pianificazione del trattamento del figlio. Durante il PAC i genitori apprendono la strutturazione della pianificazione dell'intervento individualizzato e l'accesso alle possibili risorse. Inoltre, partecipano ad un colloquio che mira a identificare le esigenze nella salute, integrazione sociale, educazione, vita quotidiana e sostegno del figlio.

-Focused Playtime Intervention (FPI): Basato sul concetto di insightfulness, è un programma di educazione genitoriale che mira allo sviluppo delle capacità di promuovere il gioco coordinato tra caregiver e figlio. Prevede 12 sessioni che vengono videoregistrate e suddivise in due parti.

La prima parte coinvolge il genitore, il bambino e un operatore. Viene in seguito fornita una borsa con dei giocattoli, che verranno utilizzati dal genitore per interagire con il figlio. Dopo 10 minuti, l'operatore si unisce alla coppia, che interagiranno a turno con il bambino, dimostrando strategie e feedback sul gioco interattivo del genitore e del figlio.

La seconda parte coinvolge esclusivamente il genitore e l'operatore. Tale fase prevede l'elaborazione delle interazioni utilizzando strategie di apprendimento, insegnamento, feedback dei video e revisione di compiti settimanali. La revisione dei video si rivela di fondamentale importanza, dato che è un momento di riflessione dove vengono commentate le reazioni del genitore a seguito delle interazioni del figlio.

Tale intervento mira ad aiutare il genitore ad acquisire conoscenze sulle capacità comunicative del figlio, ad aumentare i comportamenti sensibili del genitore e a migliorare la comunicazione collaborativa nel contesto del gioco.

Inoltre, questi tipi di interventi incoraggiano la riflessione e l'autovalutazione dei caregiver, implementando la capacità di osservare il comportamento del figlio, riflettere sui sentimenti e motivi del comportamento osservabile ed infine chiarire gli obiettivi e le strategie genitoriali.

Per valutare l'efficacia di tali trattamenti sperimentali, sono stati condotti diversi studi longitudinali che dimostrano che a seguito della terapia, i genitori hanno mostrato miglioramenti nelle strategie di impegno congiunto e nella comunicazione reattiva, che si è dimostrata fondamentale durante le prime fasi di sviluppo del linguaggio, soprattutto per quanto riguarda il linguaggio espressivo.

Inoltre, tali valutazioni sono state effettuate utilizzando il modello di misurazione dell'insightfulness (AI) e ha dato modo di indicare, che solo i genitori classificati come (PI) hanno dimostrato maggior probabilità di beneficiare dell'intervento, mentre per chi presentava minori livelli di insightfulness, si è evidenziato un importante miglioramento sulle capacità di comunicazione, riflessione e autovalutazione (Siller, Hutman, Sigman,2013).

CONCLUSIONI

L'obiettivo principale del mio lavoro ha il fine di evidenziare l'importanza che ha la relazione di attaccamento tra caregiver e figlio con disturbo dello spettro autistico, negli interventi terapeutici.

Sono stati svolti notevoli progressi dopo la definizione di Bettelheim, che affermava il ruolo della "madre frigorifero" come causa del disturbo. Con le recenti dimostrazioni si è potuta rifiutare la teoria di Bettelheim affermando tuttavia, il ruolo che ricopre la presenza attiva del genitore nella prognosi e in particolare nella percezione del sé del bambino.

In seguito alla diagnosi i genitori possono reagire in diversi modi, come negare la condizione del bambino in modo tale da non attribuirgli "un'etichetta", che li porta a rifiutare gli interventi terapeutici e gli interventi coordinati con le istituzioni scolastiche. Tali azioni vengono messe in atto da parte dei caregiver, come meccanismi di difesa per far fronte alla perdita o "lutto" durante la fase di shock in seguito alla diagnosi.

Tuttavia, come dimostrato da Wong, Yu, et.al (2017), la condizione stressante ha inizio prima della diagnosi certa, in seguito ai primi sospetti del disturbo. Tale situazione si protrarrà a lungo se non subentreranno i processi di autovalutazione, accettazione e risoluzione della condizione, portando all'incapacità del caregiver di comprendere gli stati mentali del figlio, che influenzerà l'armonia del nucleo familiare, il peggioramento dei sintomi e in particolare, metterà a rischio l'autostima e la strutturazione dei modelli operativi interni.

Al contrario, oltre gli aspetti negativi, i genitori possono mettere in atto comportamenti positivi per far fronte alle difficoltà seguite dalla diagnosi.

Le ricerche di Oppenheim e Koren-Karie (2013) hanno dimostrato come un genitore con risoluzione della condizione e insightfulness, ha la capacità di comprendere gli stati mentali del bambino, rispondendo alle difficoltà date dal disturbo in maniera armoniosa e resiliente.

Dunque, sarà un genitore attento alle esigenze del figlio, che sarà in grado di seguirlo al meglio durante il percorso terapeutico prestandogli aiuto e sostegno emotivo.

È stato inoltre documentato che i figli di genitori con insightfulness, rispondono al trattamento dimostrando migliori risultati.

In conclusione, si rivela di fondamentale importanza la sensibilità e l'insightfulness genitoriale.

Il disturbo dello spettro autistico è una condizione complicata e difficile. È necessaria la forza di tutto il nucleo familiare per far fronte alle difficoltà che si incontrano quotidianamente, altrimenti si ripercuoterà negativamente provocando disagi psicofisici e emotivi.

È importante accompagnare le famiglie che si trovano in difficoltà, sia come forma di trattamento ma soprattutto come forma di prevenzione, per evitare in futuro l'incombere del disagio sociale.

È necessario lottare per offrire ai soggetti con autismo, l'opportunità di inserirsi nella società, contesto in cui vengono esclusi data la loro difficoltà relazionale. È indispensabile fargli sentire l'appartenenza allo stesso mondo dalla quale si nascondono, dove insieme a questi bambini e futuri adulti, si nascondono talenti e nuove opportunità.

BIBLIOGRAFIA

- Ainsworth, M. (1969). *Maternal sensitivity scales*. Retrieved from http://www.psychology.sunysb.edu/attachment/measures/content/ainsworth_scale_s.html
- Ainsworth, M.D. (1991). *An Ethological Approach to Personality Development*. American Psychologist. Vol. 46 (4), pp.333-341.
- Amaral, D.G., Schumann, C.M., Wu Nordahl. C. (2008). *Neuroanatomy of autism*. Trends in Neurosciences, Volume 31 (3), pp. 137-145.
- American Psychiatric Publishing. (2014) *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali, Quinta edizione, DSM-5*. Milano. Raffaello Cortina Editore.
- Attili, G. (2007). *Attaccamento e costruzione evoluzionistica della mente. Normalità, patologia, terapia*. Milano. Raffaello Cortina Editore.
- Barahona-Corrêa, JB., & Filipe C.N. (2016) *A Concise History of Asperger Syndrome: The Short Reign of a Troublesome Diagnosis*. Frontiers in Psychology. Vol. 6.
- Bleuler, E. (2017). *Dementia praecox o il gruppo delle schizofrenie*. (Sciacchitano, A). Sacile. Polimnia Digital Editions. (Original work published 1911).
- Bowlby, J. (1996). *Una base sicura. Applicazioni cliniche della teoria dell'attaccamento*. (Magnino, M). Milano. Raffaello Cortina Editore. (Original work published 1988).
- Bowlby, J. (1999). *Attaccamento e perdita. L'attaccamento alla madre*. (Vol.1). (Schepisi, M.A., Schwarz, L). Torino. Bollati Boringhieri. (Original work published 1969).
- Bowlby, J. (2012). *Cure materne e salute mentale del bambino*. (Ranchetti, C). Firenze. Giunti Editore. (Original work published 1951).
- Capps, L., Sigman, M., Mundy, P. (1994) *Attachment Security in Children with Autism*. Development and Psychopathology. Vol.6, pp 249-261.
- Chaste, P., Leboyer, M. (2012). *Autism risk factors: genes, environment, and gene-environment interactions*. Dialogues Clin Neurosci. Vol.14(3), pp 281-92.
- Coughlan, B., Marshall-Andon, T., Anderson, J., Reijman, S., Duschinsky, R. (2019). *Attachment and autism spectrum conditions: Exploring Mary Main's coding notes*. Developmental Child Welfare. Vol.1, pp 76-93.
- Donovan, A., Basson, M.B. (2016). *The neuroanatomy of autism – a developmental perspective*. Journal of Anatomy. Vol.230 (1), pp 4-15.

- Edelson, M.S. (2009). *Bernard Rimland (1928-2006)*. Journal of Autism and Developmental Disorders. Vol. 39 (5), pp 821-822
- Feinstein, A. (2014). *Storia dell'Autismo. Conversazioni con i pionieri*. (De Carli, B). Crema. Uovonero. (Original work published 2010).
- Fontani, S. (2016). *Early Start Denver Model. Un modello Evidence Based per l'intervento educativo precoce nei Disturbi dello spettro autistico. Studi sulla Formazione*. Vol. 19, pp 187-199.
- Graham, P. (2008). *Manuale di terapia cognitivo comportamentale con i bambini e gli adolescenti*. Roma. Firera & Liuzzo Group. (Original work published 2005).
- Guidetti, V. (2016). *Fondamenti di neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza*. Bologna. Il Mulino.
- Howlin, P., Baron-Cohen, S., & Hadwin, J. (2011) *Teoria della mente e Autismo. Insegnare a comprendere gli stati psichici dell'altro*. (Clò, E). Trento. Erickson. (Original work published 1999).
- Keller, R., Bugiani, S., Fantin, Pirfo E. (2011). *Mirror neurons and autism*. Journal of Psychopathology. Vol.17, (4).
- Matas, L., Arend, R.A. & Sroufe, L. A. (1978). *Continuity of adaptation in 2nd year: Relationship between quality of attachment and later competence*. Child Development, Vol. 49(3), pp 547-556.
- McKenzie, R., Dallos, R. (2017). *Autism and attachment difficulties: Overlap of symptoms, implication and innovative solutions*. Clinical Child Psychology and Psychiatry, Vol.22, pp 632-648.
- McKenzie, R., Dallos, R., Stedmon, J., Hancock, H., Vickery, P.J., Ewings, P., Barton, A., Vassallo, T., Myhill, C. (2019). *SAFE, a new therapeutic intervention for families of children with autism: study protocol for a feasibility randomised controlled trial*. BMJ Open. Vol.9 (5).
- Meyer, W. (2010). *Bruno Bettelheim and his window to the soul*. Clinical Social Work Journal. Vol. 30, pp 275-285.
- Ministero della Salute. (2012). *Linee di indirizzo per la promozione ed il miglioramento della qualità della qualità e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nei Disturbi pervasivi dello sviluppo (DPS), con particolare riferimento ai disturbi dello spettro autistico*.
- National Research Council. (2001). *Educating Children with Autism. Committee on Educational Interventions for Children with Autism*. Washington, DC. National Academy Press.

- Oppenheim, D., Koren-Karie, N. (2013). *The insightfulness assessment: measuring the internal processes underlying maternal sensitivity*. Attachment & Human Development. Vol. 15. 5–6, pp 545–561.
- Oppenheim, D., Koren-Karie, N. (2018). *Parental insightfulness: retrospect and prospect*. Attachment & Human Development. Vol.20 (3): 223-236.
- Pavel, O. (2015). *Leo Kanner- The founder of autism studies in USA*. Retrieved from:<https://www.researchgate.net/publication/280731496>.
- Pedreño, C., Pousa, E., Navarro, J.B. et al. (2017). *Exploring the components of Advanced Theory of Mind in autism spectrum disorder*. Journal of Autism Developmental Disorders. Springer. 47: 2401.
- Poslawsky, I.E., Naber, F.B.A., Van Daalen, E., Van Engeland, H. (2013). *Parental Reaction to Early Diagnosis of Their Children's Autism Spectrum Disorder: An Exploratory Study*. Child Psychiatry and Human Development. Vol. 45 (3), pp 294–305.
- Sheffer, E. (2018). *I bambini di Asperger. La scoperta dell'autismo nella Vienna nazista*. (Taroni,A., Travagli,S). Venezia. Marsilio.
- Siller, M., Hutman, T., Sigman, M. (2013). *A Parent-mediated Intervention to Increase Responsive Parental Behaviors and Child Communication in Children with ASD: A Randomized Clinical Trial*. Journal of Autism and developmental Disorders. Vol.43 (3): 540-555.
- Teague,J., Gray,K.M., Tonge,J.B., Newman, L.K. (2017) *Attachment in children with autism spectrum disorder: A systematic review*. Research in Autism Spectrum Disorders. Vol.35, pp 35-50.
- Vail, T., Freeman, D. (2002). *Manuale di addestramento per operatori (ABA)*. Pubblicato per seminario di addestramento sul comportamento verbale. (2002).
- Wong, V., Yu, Y., Keyes, M.L., McGrew, J.H. (2017). *Pre-diagnostic and Diagnostic Stages of Autism Spectrum Disorder: A Parent Perspective*. Child Care in Practice, 23(2), 195-217.