

Intervista alla dott.ssa Loredana Lembo

Intervista a cura di **Stefania Terracciano**



Dottorssa Lembo, nonostante i suoi numerosi impegni professionali, ha accolto la nostra proposta di collaborare con 'iocresco.it'. Siamo certi che il suo contributo farà luce sul percorso incerto di chi approda in questa realtà.

Come analista comportamentale certificata (BCABA) presso la Commissione per la certificazione di analisti comportamentali (BACB), lei si occupa di bambini, adolescenti e giovani adulti con disturbi dello Spettro Autismo (ASD= Autism Spectrum Disorders) e altre sindromi.

❖ **Potrebbe parlarci del suo iter professionale e delle aree di suo interesse?**

Dalla metà degli anni '90, attraverso specifici percorsi accademici e la mia stessa carriera professionale - entrambi condotti in diverse nazioni - ho acquisito conoscenze e competenze rilevanti per formulare e applicare concrete strategie di intervento basate sui principi dell'Applied Behavior Analysis (ABA = Analisi comportamentale applicata), oltre alla competenza per poter formare genitori, operatori e insegnanti.

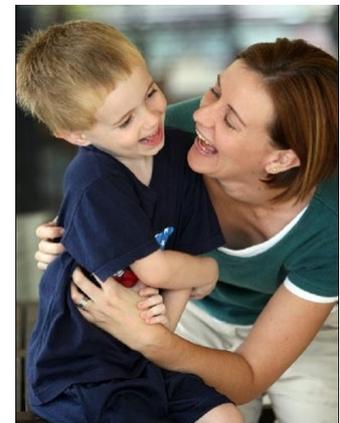
Le aree di specializzazione da me approfondite sono: l'insegnamento al comportamento verbale (VB=Verbal Behavior), la gestione di problematiche comportamentali, l'implementazione di strategie di comunicazione in Augmentative Alternative Communication (AAC) e di tecniche di motricità orale.

L'attuale sviluppo per definire nuove soluzioni alle problematiche legate al mondo della disabilità, in continuo progresso, è il motivo per cui il mio approccio di lavoro si basa su un intervento diretto e sul dialogo costante con specialisti dell' arena scientifica e pionieri dell'arena accademica, oltre l'apporto delle molte persone che vivono la difficoltà.

• **Dottorssa Lembo, quali consigli offrirebbe ad un genitore di un bambino con una diagnosi di Autismo?**

Nella mia esperienza con i tanti genitori incontrati, ho spesso notato profonde difficoltà ad accettare la diagnosi. Tale rifiuto può spesso indurre ad un'intensa ricerca della diagnosi "desiderata" oppure alla negazione totale della stessa. Comprendo e sostengo la necessità di chiedere più di un parere medico, tuttavia ho spesso registrato un ritardo notevole nell'intervenire, a causa dei tempi necessari alla ricerca della diagnosi "desiderata".

Le ricerche dimostrano risultati più efficaci e a lungo termine, quando l'intervento inizia in età precoce (McEachin, J.J., Smith, T., & Lovaas, O.I. (1993). Long-term outcome for children with autism who received early intensive behavioral treatment. American Journal on Mental Retardation. 97, 359-372), tuttavia, il lavoro con coloro che non hanno avuto l'opportunità di iniziare un intervento in età precoce (adolescenti, giovani adulti o bambini in età scolare), mostra comunque risultati apprezzabili ottenuti attraverso l'approccio comportamentale.



Nel momento della diagnosi sarebbe fondamentale prendere decisioni e delineare piani di azione appropriati, ma è anche un momento delicato in cui emozioni contraddittorie possono avere il sopravvento. Lo shock e la delusione che ne conseguono, pur essendo sentimenti naturali ed umani, talvolta possono paralizzare la speranza e l'ottimismo, indispensabili per una visione più coerente della realtà, per poter prendere decisioni ponderate e per un buon esito della terapia scelta.

- ❖ **Esiste confusione tra i diversi interventi comportamentali esistenti, oltre che nelle singole definizioni quali consigli dare per comprendere le differenze tra TEACCH, DIR, RDI, Lovaas, ABA, ABA/VB, etc.?**

La domanda è piuttosto vasta e interessante. Di fatto vi è poca chiarezza sia nella definizione sia nell'applicazione dei diversi approcci tra terapeuti, operatori, insegnanti e genitori. L'aver studiato ed applicato i diversi interventi citati, mi aiuta a delineare le principali analogie e differenze, che ora approfondiremo insieme in modo analitico, evidenziandone punti di forza ed eventuali limiti, con l'obiettivo di chiarire sempre di più le differenti opportunità di intervento.

✚ **Il TEACCH (Treatment and Education of Autistic and Related Communication-Handicapped Children)** è stato sviluppato dal Dott. Eric Schopler presso l'Università del North Carolina negli anni '70.

Solitamente vengono svolte attività specifiche attraverso modalità simili con un frequente uso di contenitori e un rapporto 1:1 (educatore/bambino) in un ambiente molto strutturato con aree ben definite e separate. Tale approccio si fonda in gran parte su un apprendimento di tipo visivo attraverso l'uso di simboli e/o fotografie e schede visive delle attività proposte. Le ricerche hanno dimostrato che tale approccio trascura gli aspetti comportamentali, della relazione sociale e della comunicazione intraverbale e verbale vocale. Un programma TEACCH è meno intenso di un programma ABA/VB. Il TEACCH si focalizza maggiormente su abilità di tipo cognitivo e occupazionale. A differenza dell'ABA, tale approccio non offre una raccolta sistematica dei dati e studi a lungo termine.



✚ **Il DIR (Developmental Individual Difference Relationship Based Intervention, conosciuto anche come FLOOR TIME)** è stato sviluppato dal Prof. Stanley Greenspan presso la George Washington University Medical School negli anni '80. Greenspan considera

l'Autismo un disturbo determinato biologicamente, nel quale le difficoltà legate alla comprensione uditiva, alla modulazione sensoriale e alla pianificazione motoria, ostacolano il normale sviluppo delle competenze comunicative, sociali e cognitive. La prima finalità del Floor Time è di aiutare l'allievo a superare le difficoltà sensoriali per ristabilire il contatto affettivo interpersonale. E' il genitore o l'educatore che segue l'azione del bambino. Il trattamento prevede ripetute sessioni di lavoro di 20-30 minuti ciascuna, durante le quali l'adulto segue il bambino nelle attività da lui prescelte, mantenendone l'attenzione e incoraggiandolo a superare piccole consegne destinate a progredire nel raggiungimento di tappe successive di sviluppo. Solitamente il DIR è scelto da quelle famiglie che preferiscono interventi basati sul gioco con bambini in età pre-scolare. Anche in questo approccio, a differenza dell'ABA, vi è una ridotta sistematicità di raccolta dei dati e di ricerche che ne sostengono l'efficacia a lungo termine, soprattutto con soggetti in età avanzata e con problematiche comportamentali intense.



- Lo RDI (Relationship Development Intervention)** è stato sviluppato dal Dott. Steven Gutstein negli anni '90. È stato disegnato in risposta all'approccio classico ABA (Metodo Lovaas), dove si implementano tecniche di insegnamento impersonali e intense (ITT= Intensive Trial Teaching) in ambiente strutturato. Infatti, il Dott. Gutstein muove la critica che se molti bambini acquisiscono abilità cognitive, accademiche ed occupazionali attraverso le metodologie dell'ABA classico, continuano però ad avere difficoltà nell'area relazionale. Lo RDI è un trattamento basato sull'intervento del genitore che indirizza le problematiche focali dell'Autismo, quali le relazioni sociali ed il desiderio di condividere esperienze personali con altri, principalmente attraverso attività ludiche, gioco simbolico, role playing e storie sociali. Tale approccio si basa sull'idea che se il bambino impara il valore e la gioia di una relazione interpersonale, imparerà più facilmente il linguaggio e le abilità sociali. L'approccio moderno ABA/VB concorda con le valutazioni dello RDI sui limiti presenti nel primo approccio del Metodo Lovaas, ma sottolinea che un intervento che si focalizza sul recupero di un unico deficit, risulta inefficace nell'Autismo, che presenta invece disturbi su più aree dello sviluppo, non solo relazionale, ma anche motorio, sensoriale, linguistico, comunicativo, creativo. A differenza dell'ABA/VB, lo RDI dimostra dei limiti di implementazione con soggetti in età precoce non verbali-vocali, con difficoltà di apprendimento più importanti e problematiche comportamentali più intense. Infine, tale approccio dimostra, a differenza dell'ABA, una limitata sistematicità di raccolta dei dati e di ricerche, che ne sostengono l'efficacia a lungo termine.



- Il METODO LOVAAS o ABA CLASSICO (Applied Behavior Analysis)** si basa sugli studi dei principi comportamentali compiuti da B.F. Skinner (The Behavior of Organism, 1938) dove viene presentata la cosiddetta three-term contingency (A-B-C = Antecedent-Behavior-Consequence = Antecedente-Comportamento-Conseguenza), delineati in modo più specifico da Baer, Wolfe e Risley (1968). Su tale concetto, è stato dimostrato empiricamente che un bambino con difficoltà di apprendimento è più propenso a riproporre comportamenti e risposte che sono state premiate (o rinforzate), piuttosto che perpetrare comportamenti che non sono stati premiati. L'utilizzo del rinforzo viene gradatamente sfumato in modo che il bambino cominci ad imparare sotto il controllo della sua motivazione intrinseca (MO= Motivating Operation= operazione motivante). Quaranta anni di ricerca dimostrano l'efficacia delle metodologie ABA per ridurre comportamenti inappropriati e incrementare comportamenti socialmente appropriati, abilità comunicative, cognitive, accademiche, di autonomia personale e vocazionali (Chapter 3, Surgeon General's Report on Mental Health, 1999). In modo incorretto si assume che ABA è sinonimo del metodo sviluppato dal Dott. Ivar Lovaas presso la California University di Los Angeles ("UCLA Model of Service Delivery"; Lovaas, Maurice et al.,1996). Lovaas descrive solo una forma di ABA. Nei suoi primi studi descriveva anche forme di punizioni blande per decrementare comportamenti problematici



intensi. Tali punizioni non vengono più utilizzate dai terapisti. L'ABA classico risulta essere più strutturato e rigido rispetto all'approccio dell'ABA moderno. Nel Metodo Lovaas la generalizzazione viene proposta dopo che una varietà di abilità è stata insegnata sotto forma di programmi specifici con un intervento 1:1(educatore/bambino) in un ambiente strutturato. La forma più conosciuta di insegnamento ABA è il DTT (Discrete Trial Teaching=insegnamento della prova discreta). L'abilità viene suddivisa in piccoli compiti da insegnare, incrementando gradatamente la difficoltà cognitiva. L'intervento è molto intenso, inizialmente prevede trenta-quaranta ore per settimana di lavoro individuale. Vi è una raccolta sistematica di dati in base ai quali si valutano i progressi dello studente. Le funzioni del linguaggio vengono ridotte alle modalità ricettive ed espressive e, quando il soggetto è non-verbale, si propongono strategie di AAC (Augmentative Alternative Communication= Comunicazione Aumentativa Alternativa) attraverso l'approccio PECS (Picture Exchange Communication System= Sistema di Comunicazione di Scambio della Figura), spesso trascurando il linguaggio dei segni, proposto dall'ABA moderno. Il curriculum solitamente offerto dal Metodo Lovaas propone l'insegnamento di abilità adatte ad interventi in età precoce, presentando dei limiti negli interventi con bambini in età scolare (dai 6-7 anni in poi), con adolescenti, giovani adulti, soggetti con Autismo ad alto funzionamento e/o la sindrome di Asperger.

- ✚ **L' ABA MODERNO o ABA/VB (Applied Behavior Analysis/Verbal Behavior) o AVB (Applied Verbal Behavior)** si basa sugli studi di B.F. Skinner (1957) sul comportamento verbale, che viene definito in base alla sua funzione piuttosto che alla sua forma e descritto come un comportamento rinforzato dalla mediazione del comportamento di un'altra persona. Da tali studi, i Dottori Jack Michael, Mark Sundberg, James Partington e Vincent Carbone hanno contribuito alla creazione di tecniche di valutazione e di insegnamento che tendono a incrementare un linguaggio funzionale e abilità socialmente appropriate, mentre decrementano stereotipie e 'comportamenti problema'. Nell'ABA moderno (vi è anche chi lo definisce radicale), le metodologie standard di analisi comportamentale applicate vengono incorporate con il sistema di interpretazione di Skinner per l'analisi degli operanti verbali che caratterizzano il comportamento dello speaker (=colui che parla) e degli operanti non verbali che caratterizzano il comportamento del listener (= colui che ascolta).



Con gli operanti verbali si tende ad insegnare:

- **mand:** si chiedono le scarpe perché si vuole andare fuori
- **tact:** si dice "scarpe" perché si vedono le scarpe
- **intraverbal:** si risponde "scarpe" perché qualcuno ha chiesto "Cosa metti ai piedi?"
- **echoic:** si ripete "scarpe" dopo che qualcuno ha pronunciato la parola "scarpe"
- **imitation:** si copiano i movimenti motori di qualcuno per segnalare "scarpe"
- **textual:** si dice "scarpe" perché si è visto la parola scritta "scarpe"
- **copying a text:** si copia la parola "scarpe" dopo che qualcuno ha scritto tale parola
- **transcription:** si scrive la parola "scarpe" perché qualcuno ha dettato tale parola

Con gli operanti non verbali si tende ad insegnare:

- **listener responding by function, feature and class (LRFCC= ascoltatore che risponde per funzione, caratteristica e categoria):** per esempio, aprendo il



cassetto delle posate in cucina, si chiede allo studente di trovare qualcosa con cui può mangiare la minestra

- **matching to sample (abbinare al modello):** vengono proposte una serie di attività basate sulla discriminazione visiva, quali il completamento di puzzle, sequenze, abbinamenti, etc.

Un programma ABA/VB propone attività insegnate in ambienti diversi tramite il DTT (Discrete Trial Teaching= insegnamento della prova discreta), MANDING (richiesta), NET (Natural Environment Teaching = insegnamento in ambiente naturale), DT (Direct Teaching =insegnamento diretto). Quando lo studente è a-verbale, si propongono strategie di AAC, dove si insegnano il linguaggio dei segni, un sistema di scambio della figura (PECS), l'utilizzo di VOCAs (Voice Output Communication Aids=ausili di comunicazione con uscita in voce) o Speech Generating Devices (SGDs) fino a stimolare abilità di richiesta attraverso un linguaggio verbale vocale con procedure di transfer. L'ABA/VB, proponendo i programmi in modo più flessibile e naturale rispetto al Metodo Lovaas, focalizza la sua attenzione anche sullo sviluppo di abilità relazionali. Tale approccio può essere applicato a studenti di età diverse e livelli cognitivi diversi.

❖ **Considerando la vastità dei contenuti ci consiglia di approfondire ulteriormente i diversi argomenti?**

Sì, suggerisco alcune letture utili, nelle quali sono illustrati i principi teorici dei diversi approcci comportamentali. I seguenti libri pur non essendo di facile lettura, rappresentano una sorta di manuale, dove tutti gli aspetti teorici e tecnici sono esposti in modo esaustivo.

- **TEACCH:** The TEACCH Approach to Autism Spectrum Disorders (Issues in Clinical Child Psychology); Eric Schopler, Gary Mesibov, Victoria Shea
- **DIR:** Engaging Autism: helping children relate, communicate and think with the DIR Floor time approach; Stanley I. Greenspan, Wieder Serena
- **RDI:** Relationship, development, intervention with children, adolescents and adults; Steven E. Gutstein & Rachelle K. Sheely
- **LOVAAS:** Teaching individuals with developmental delays: basic intervention techniques; O. Ivar Lovaas
- **ABA:** Applied Behavior Analysis; John O. Cooper, Timothy E. Heron, and William L. Heward
- **VB:** Verbal Behavior, B.F. Skinner

❖ **Solo i bambini con Autismo possono fruire di un intervento ABA?**

No, un intervento ABA/VB non è rivolto solo a bambini con Autismo. Come già sottolineato, l'ABA si fonda sugli studi dei principi comportamentali. Ogni essere umano si esprime attraverso comportamenti. Quando devo valutare per la prima volta un bambino con difficoltà di apprendimento, in veste di consulente ABA/VB, svolgo un'analisi funzionale del comportamento. Anche le abilità/difficoltà di apprendimento sono considerate come comportamenti. E' attraverso l'applicazione dei principi ABA/VB che ottengo risultati costruttivi attraverso il mio lavoro anche con bambini, adolescenti e giovani adulti con altri disordini non relativi all'Autismo. Talvolta ho seguito anche casi di bambini normodotati ma con difficoltà comportamentali, formando i genitori e/o gli insegnanti a implementare delle strategie di gestione.

❖ **Quale è l'età adatta per cominciare un intervento ABA?**

Riferendomi alle mie precedenti risposte, l'età ideale è il più presto possibile (McEachin, J.J., Smith, T., & Lovaas, O.I. (1993). Long-term outcome for children with autism who received early intensive behavioral treatment. American Journal on Mental Retardation. 97, 359-372).



Comunque, attraverso i casi che seguo, è importante aggiungere che, nonostante l'età, anche adolescenti e adulti possono beneficiare di un intervento ABA/VB disegnato e implementato accuratamente. Ciò è confermato anche dalla comunità scientifica con interventi che mirano a decrementare comportamenti inappropriati e/o a incrementare certe abilità.



Per dare alcuni esempi:

(a) Melissa M. Anglesea, Hannah Hoch, & Bridget A. Taylor. (2008). Reducing rapid eating in teenagers with autism: Use of a pager prompt. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 41, 107-111.

(b) Kimberly J. Dwyer-Moore & Mark R. Dixon. (2007) Functional analysis and treatment of problem behavior of elderly adults in long-term care. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 40,679-683.

(c) Monica E. Delano (2007). Improving written language performance of adolescents with Asperger syndrome. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 40, 345-351).

❖ Quali fattori determinano la durata e l'efficacia di un intervento?

Molte sono le variabili che possono influire sulla durata e sul risultato finale di un intervento sulle quali è necessario un attento controllo. La precocità dell'intervento e l'intensità del programma sono fattori determinanti. Il livello cognitivo e il tipo di disturbo che caratterizza il soggetto possono essere condizionanti: chi ha severe difficoltà di apprendimento può aver bisogno di un intervento più intenso e duraturo rispetto a chi ha difficoltà di apprendimento più lievi. Una solida esperienza mi ha insegnato che, per prevenire sprechi e per garantire il coordinamento e l'efficacia di un intervento, è meglio evitare di andare avanti per prova ed errore. Quindi per raggiungere i risultati desiderati, è necessario affidarsi ad



un esperto che non solo possieda le competenze tecniche, ma anche l'esperienza nel disegnare l'intero intervento, valutando l'appropriata sequenza e tempistica di introduzione delle attività, garantendo un costante e dinamico supporto formativo agli educatori/insegnanti e modificando le strategie dei singoli interventi in risposta ai progressi del bambino e alle esigenze della famiglia e della scuola, basandosi sulla valutazione di dati accuratamente raccolti.

Altro elemento fondamentale è l'impegno e la dedizione del consulente, degli educatori e degli insegnanti. Ho constatato che quando è possibile mantenere le medesime persone creando una sinergia di lavoro, i tempi dell'intervento vengono ridotti e si ottengono risultati migliori. Inoltre riconosco che speranza e ottimismo vengono frequentemente persi nel processo di intervento. Infatti, l'apprendimento di un bambino con difficoltà di apprendimento e/o comportamentali non è lineare nel progredire e vi possono essere dei periodi in cui si presentano delle regressioni o dei rallentamenti.

Credo fermamente che speranza e ottimismo siano vitali per infondere fiducia con tenacia, determinazione e motivazione. Si ottengono risultati migliori quando si mantiene confidenza in ciò che si sta facendo e si coltiva la motivazione nel bambino stesso. Anche se non sembrano direttamente coinvolti con il programma, gli effetti della comparsa di eventi improvvisi all'interno del nucleo familiare (lutti, malattie, separazioni, etc.), e/o lo stato di salute del soggetto stesso (problemi gastro-intestinali, intolleranze alimentari, candida intestinale,



dermatiti, forme di epilessia, etc.) possono avere un impatto sfavorevole sulla durata e sull'efficacia dell'intervento.

❖ **Come e in che misura i genitori possono collaborare?**



I genitori sono una fonte unica e preziosa per poter delineare un intervento che miri a migliorare la qualità di vita dell'intera famiglia. E' utile che la visione riguardo all'educazione sia condivisa da entrambi i coniugi, perchè un'incoerenza di intervento potrebbe danneggiare l'efficacia delle strategie. Contrariamente alle altre nazioni, le istituzioni italiane, sia pubbliche sia private, sembrano mostrare ancora difficoltà ad integrare un intervento ABA nei loro sistemi. Sono quindi i genitori che, per ora, devono occuparsi di procurare e aggiornare i materiali necessari per l'implementazione dei vari programmi.

E' in questo contesto che il contributo dei genitori per la creazione del materiale diventa cruciale per incrementare la fluidità del lavoro contingente ai progressi del bambino. Al contrario di altre terapie, un intervento ABA/VB non termina quando gli educatori completano la loro sessione; pertanto l'apporto fondamentale che possono offrire i genitori è continuare a stimolare e a generalizzare le abilità acquisite dal bambino, in modo naturale, all'interno delle quotidianità familiari.

❖ **Cosa suggerisce dopo il programma?**

Se si intende dopo una sessione di lavoro, consiglio la famiglia di proporre attività ricreative, artistiche e sportive adeguate all'età del bambino, con particolare attenzione non solo agli aspetti ludici e rilassanti, ma anche all'opportunità di generalizzare ed estendere ciò che è stato acquisito in ambiente naturale. Se, invece, parliamo dell'intero intervento, tutto dipenderà dall'età del bambino e dalle abilità acquisite. Nella mia esperienza, ho seguito bambini che hanno potuto continuare il loro percorso scolastico con un insegnante di sostegno. Ho anche avuto il piacere di lavorare con degli adolescenti e dei giovani adulti che hanno cominciato ad avere le loro prime esperienze lavorative con successo.

❖ **Si parla sempre di più di supervisione diretta ed indiretta, cosa significa e quale consiglierebbe?**

Nella tradizione americana ed anglosassone la supervisione diretta è quando il consulente ABA/VB, come la sottoscritta, opera in loco osservazioni e valutazioni dei progressi del bambino e del team di lavoro, delineando ed aggiornando le linee di intervento ed i programmi. La supervisione indiretta rappresenta la situazione dove, per ragioni differenti (logistiche, climatiche, di malattia, emergenze, etc.) si utilizzano video in vivo o anche registrati e spediti. Nonostante in questo caso la supervisione sia condotta a distanza, è sempre e solo il consulente che osserva e valuta la situazione presentata, consigliando poi le strategie di intervento. Talvolta, la supervisione indiretta, come è stato osservato in certi casi in Italia, assume una connotazione completamente diversa, quando una persona intermedia riferisce al consulente e viceversa. Tale approccio può determinare un eccessivo scambio di informazioni che potrebbero causare interpretazioni ambigue e ritardi.

Personalmente preferisco adottare la supervisione diretta, perchè più completa. Infatti, lavorando direttamente con il bambino/ragazzo/adulto posso mostrare subito sia tecniche d'intervento, sia possibili soluzioni, ai genitori ed agli educatori/insegnanti, invece di affidarmi ai messaggi riportati da terze parti. Tuttavia, su richiesta e in assenza di soluzioni alternative, per rispettare esigenze particolari di alcune famiglie, posso offrire anche supervisioni a distanza, valutando, nel caso, le situazioni problematiche con il supporto di video. In



conclusione, consiglio ai genitori di controllare che le supervisioni non diventino troppo indirette, per non mettere a rischio l'efficacia dell'intervento.

❖ **In cosa consistono le strategie di Comunicazione Aumentativa Alternativa?**

Avendo approfondito i miei studi sulla Comunicazione Aumentativa Alternativa (CAA) in diverse nazioni, posso affermare che tali strategie tendono a potenziare e a supportare lo scambio comunicativo, qualora vi sia totale assenza di linguaggio verbale vocale, il vocabolario si presenti limitato o il linguaggio risulti fonologicamente incomprensibile. Le strategie sono calibrate dall'esperto a seconda delle abilità cognitive, motorie, visive e uditive del soggetto.

Secondo la tradizione americana, gli interventi di comunicazione vengono suddivisi in strategie low tech (a bassa tecnologia) e in strategie high tech (ad alta tecnologia). Quando si implementano strategie di comunicazione low tech, si utilizza materiale cartaceo come dei libretti di comunicazione o delle tabelle dove si applicano oggetti tridimensionali, fotografie, simboli. Anche la scelta di un vocabolario simbolico piuttosto che un altro viene valutato e scelto dall'esperto. Si deve poi formare la famiglia e gli educatori/insegnanti affinché insegnino al bambino come utilizzare il libretto di comunicazione attraverso l'approccio PECS (Picture Exchange Communication System = Sistema di Comunicazione mediante Scambio per Immagini).



Le strategie CAA includono anche l'insegnamento del linguaggio dei segni (LIS - Lingua Italiana Segni) e schede visive per supportare attività accademiche, routine quotidiane e sequenze temporali. Quando, invece, si implementano strategie di comunicazione high tech, si utilizzano comunicatori con uscita in voce, chiamati VOCAs (Voice Output Communication Aids) o Speech Generating Devices (SGDs). La tecnologia si è evoluta molto in questo settore e vi sono una gran quantità di ausili di dimensioni e peso diversi, anche con supporto di video dinamici più o

meno grandi, sensibili al tatto, che contengono anche oltre 200 messaggi, accessibili con il minimo movimento motorio, un soffio o il movimento oculare. Anche la qualità delle voci sintetiche è migliorata molto, somigliando sempre di più a quella umana e adattandosi alle diverse età o al sesso di appartenenza. Anche in questo caso sarà l'esperto a valutare quale ausilio proporre rispettando le abilità, l'età e le esigenze del soggetto.

❖ **Un bambino autistico che utilizza un sistema PECS o il linguaggio dei segni riuscirà a parlare?**

La comunicazione ed il linguaggio verbale vocale sono una delle aree maggiormente compromesse in bambini affetti da ASD (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, American Psychiatry Association, 2000). Molti bambini con ASD presentano un ritardo dello sviluppo del linguaggio o totale assenza di linguaggio verbale. Spesso negli individui con



un linguaggio adeguato, si presenta la difficoltà ad iniziare spontaneamente o a sostenere una conversazione. Altri soggetti, invece, presentano stereotipie verbali con un uso ripetitivo ed idiosincratico del linguaggio (uso di espressioni strane e bizzarre apparentemente non collegate al contesto).



Nell'Autismo si possono presentare anche delle comorbidity - ossia la presenza contemporanea di più patologie che tra loro non presentano alcun nesso causale - quali epilessia, disprassia verbale (disturbo del Sistema Nervoso Centrale che interferisce con la possibilità di articolare suoni: il bambino sa cosa dire, ma il suo cervello non invia le informazioni necessarie per poter muovere adeguatamente lingua, labbra, mandibola), sindrome di Down le



quali accentuano le difficoltà di coordinamento e controllo degli schemi articolatori bucco-facciali e la produzione fonologica. E' per questo motivo che nella letteratura scientifica è possibile trovare molti studi sulla comunicazione e lo sviluppo del linguaggio verbale vocale.

Le ricerche dimostrano che strategie di Comunicazione Aumentativa Alternativa (CAA) insegnate nel rispetto dei principi del Verbal Behavior (VB) possono incrementare gli scambi comunicativi e lo sviluppo del linguaggio verbale vocale, avendo un impatto positivo anche sulle interazioni sociali, il comportamento e il controllo dell' ambiente circostante. (Schwartz, I. & Garfinkle, A., 1998; Charlop-Christy, Carpenter, LeBlanc, & Keller, 2002; Frost & Bondy, 1994; Schepis, Reid, Behrmann, & Sutton, 1998; Sundberg & Partington, 1998; Wacker, Wiggins, Fowler, & Berg, 1988; Gillberg, 1991; Venter, Lord, & Schopler, 1993; V.J. Carbone, L.Lewis, E.J. Sweeney Kerwin, J- Dixon. R. Louden, S. Quinn, 2006).

❖ **La figura di una logopedista, all'interno di un programma ABA, può contribuire allo sviluppo delle competenze linguistiche?**

Parlando di competenze linguistiche, ovviamente una logopedista può contribuire in un programma ABA. Attraverso la mia collaborazione con professionisti del settore, posso affermare sia preferibile una logopedista con una formazione sulla gestione delle problematiche comportamentali e sulle tecniche di insegnamento di Verbal Behavior. Quando si lavora con bambini non verbali, ho imparato che avere padronanza delle strategie di Comunicazione Aumentativa Alternativa è certamente preferibile.

❖ **In America come nel Regno Unito, all'analista comportamentale viene affiancata la figura dell'occupational therapist. Esiste in Italia una figura professionale del genere?**

In Italia la figura del terapeuta occupazionale esiste, anche se, attualmente, non è ancora così diffusa e riconosciuta. E' un corso di laurea indipendente (biennale o triennale) che solitamente appartiene alla facoltà di Medicina e Chirurgia. Secondo le mie conoscenze, in Italia corsi di laurea in terapia occupazionale sono attivi presso le Università di Milano, Padova, Pisa, Roma, Chieti-Pescara e Catanzaro.

Nel ringraziare la dottoressa Lembo per la sua disponibilità, confermiamo che insieme stiamo lavorando ad un nuovo progetto: un rubrica che arricchisca il nostro sito iocresco.it con l'obiettivo di ridurre le distanze tra teoria e pratica.

**La dott.ssa Lembo può essere contattata all'indirizzo:
loredanalembo@autismservice.org**