

ARTICOLO DI OPINIONE

# Procedure di parent training: la collaborazione della famiglia come fattore prognostico facilitante il buon esito di un trattamento ABA

Maria Rosaria Cappiello<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Associazione No Profit F.I.ABA, Napoli, Italy



## Citation

Cappiello M. R. (2021).  
Procedure di parent training:  
la collaborazione della famiglia  
come fattore prognostico facilitante  
il buon esito di un trattamento ABA  
Phenomena Journal, 3, 81-92.  
<https://doi.org/10.32069/pj.2021.2.136>

## Direttore scientifico

Raffaele Sperandeo

## Supervisore scientifico

Valeria Cioffi

## Journal manager

Enrico Moretto

## Contatta l'autore

Maria Rosaria Cappiello  
[mariaRosaria.cappiello79@gmail.com](mailto:mariaRosaria.cappiello79@gmail.com)

**Ricevuto:** 28 giugno 2021

**Accettato:** 29 settembre 2021

**Pubblicato:** 30 settembre 2021

## ABSTRACT

This work aims to highlight, from the point of view of Applied Behavior Analysis (ABA), the clinical significance of the family's involvement in the design and execution of treatment with autistic subjects.

Family collaboration in the intervention is a prognostic factor of the therapeutic outcome.

The involvement of the family is essential for the modification of the behaviors. It makes parents more aware of the limitations, but also of the strengths of their children. This helps them make informed decisions in a more forward-looking perspective on the fact that their children will become adults who will survive.

The writer, performing a thorough analysis of the scientific literature on the parent training techniques, she describes some of the most important procedures derived from Applied Behavior Analysis. These procedures are aimed at developing the so-called pivotal skills which form the fundamental basis for the acquisition of more complex skills.

The importance of carrying out a correct analysis of the needs of individuals with autism and their families is highlighted.

## KEYWORDS

Autism, prognosis, family.

## ABSTRACT IN ITALIANO

Il presente lavoro ha l'obiettivo di evidenziare, nell'ottica dell'Analisi Applicata del Comportamento (Aba), la significatività clinica del coinvolgimento della famiglia nella progettazione e nell'esecuzione di un trattamento con soggetti autistici. La collaborazione familiare all'intervento rappresenta, infatti, fattore prognostico dell'*outcome* terapeutico. Si ritiene che il coinvolgimento della famiglia sia essenziale per la modifica dei comportamenti dei soggetti con diagnosi e che renda i genitori maggiormente consapevoli dei limiti, ma anche dei punti di forza dei loro figli. Questo li aiuta a prendere delle decisioni mirate in una prospettiva più lungimirante in merito al fatto che i loro bambini diventeranno degli adulti che gli sopravvivranno.

La scrivente, effettuando un'accurata disamina della letteratura scientifica inerente le tecniche di parent training, descrive alcune tra le più importanti procedure derivate dall'Analisi Applicata del Comportamento. Esse sono finalizzate allo sviluppo delle cosiddette *pivotal skills*, ossia quelle competenze che costituiscono la base fondamentale per l'acquisizione di abilità più complesse.

Nel corso del lavoro, si evidenzia, inoltre, l'importanza di effettuare una corretta analisi dei bisogni dei soggetti con autismo e delle loro famiglie.

## PAROLE CHIAVE

Autismo, prognosi, famiglia.



Attribution-NonCommercial 4.0  
International (CC BY-NC 4.0)

## 1. Introduzione

Il seguente elaborato nasce dalla necessità di portare sempre di più in luce uno dei fattori che fanno realmente la differenza nella progettazione e nell'esecuzione di un trattamento che segue i principi dell'analisi applicata del comportamento (Aba) in termini di efficacia: la partecipazione attiva della famiglia.

Gli indicatori prognostici facilitanti il buon esito del trattamento sono:

- Una diagnosi precoce e l'immediato inizio del trattamento;
- Un trattamento individualizzato e intensivo;
- Coinvolgimento attivo della famiglia.

La diagnosi precoce e il conseguente inizio immediato del trattamento ci consente di sfruttare quella che i neurologi comportamentali hanno definito Plasticità del Sistema Nervoso, si tratta di una caratteristica neurobiologica del cervello. La memoria e l'apprendimento sono processi dovuti alla plasticità neuronale, cioè a una riorganizzazione delle sinapsi [1]. Se prendiamo la definizione di plasticità in modo molto ampio, cioè la capacità del cervello di reagire e cambiare secondo lo stimolo esterno, possiamo dire che dura tutta la vita perché la riorganizzazione neuronale è continua. Ci sono, tuttavia, dei processi specifici che accadono esclusivamente, oppure in modo molto significativo, in determinate età. Esistono periodi critici durante l'infanzia e l'adolescenza che sono il momento in cui le vie neuronali si formano in risposta all'ambiente. Più avanti si possono ri-organizzare ma alcune capacità devono essere acquisite durante l'infanzia [2]. Dunque, ancor più con un Sistema Nervoso di un soggetto con neurodiversità è necessario un intervento precoce, coerente e con degli obiettivi individualizzati che vadano ad avviare un trattamento mirato al miglioramento di comportamenti socialmente significativi e all'apprendimento di tutte quelle autonomie che rendano dignitosa la vita di un adulto con diagnosi di autismo, ma che siamo costretti ad insegnare in età precoce prima dell'affermazione di schemi comportamentali che potrebbero essere una barriera per l'apprendimento e del passaggio ad un'età nella quale non sarà più possibile giovare della plasticità del il Sistema Nervoso. Il trattamento individualizzato dovrebbe tener conto di tutte le aree deficitarie del bambino per fissare degli obiettivi chiari e definiti [3]. Dovrebbe affrontare tutti i comportamenti problema manifestati dal bambino basandosi su una diagnosi completa che tenga conto della complessità e delle diverse sfaccettature del bambino. Un fattore prognostico inibente il buon esito del trattamento potrebbe essere la non risoluzione di tali comportamenti e la conseguente incapacità della famiglia a gestirli che verrebbe in tal caso possiamo dire punita da tali comportamenti perché ostacolata nella relazione non solo con il bambino, ma anche con la comunità sociale. [4] Una chiara analisi dei bisogni nella quale coinvolgere anche la famiglia sulle prospettive future e sulle aspettative, aiuterebbe ad impostare il trattamento in modo da focalizzare gli apprendimenti che oltre a riguardare gli aspetti cognitivi e di crescita del bambino, possano riguardare anche gli insegnamenti per l'adulto che il bambino diventerà in base al contesto in cui vive e agli individui che condividono con lui quel contesto. I contesti, le famiglie, gli individui chiaramente non sono tutti uguali, a

partire dalle caratteristiche personali fino ad arrivare alle risorse economiche. Come tutti gli individui, anche i bambini con diagnosi nello spettro autistico, non avranno tutti uguali opportunità. Ecco perché l'analisi dei bisogni permetterebbe di impostare il trattamento con una visione lungimirante riguardo alla progettazione del programma da seguire che sia adatto a dare al bambino tutti gli strumenti per diventare un adulto il più possibile autonomo e indipendente ed essere inserito nella comunità sociale circostante. A tal proposito il coinvolgimento della famiglia con i genitori che partecipano attivamente alla messa in atto dell'intervento è fondamentale. Dovrebbero essere coinvolti anche nella definizione degli obiettivi e delle priorità e dovrebbe essere insegnato loro come implementare a casa le strategie di intervento. Il trattamento dovrebbe essere mirato, quindi, anche alla formazione dei genitori e di tutte le persone che fanno parte dei contesti frequentati dal bambino. Il professionista non può essere sempre presente, sarebbe dunque auspicabile che i genitori avessero una formazione tale da riconoscere situazioni simili in diversi contesti per intervenire tempestivamente.

L'analisi della letteratura effettuata, ha messo in evidenza tre procedure di insegnamento di abilità peculiarmente significative per pazienti con diagnosi nello spettro autistico: l'abilità di saper richiedere (mand), lo sviluppo delle abilità sociali, l'insegnamento di tecniche di prompting. Gli studi sono chiaramente mirati alle procedure di insegnamento ai genitori, quindi alla formazione di questi in merito all'insegnamento di queste abilità ai propri figli [5]. Si tratta di abilità che possono essere meglio allenate in ambiente naturale e nel quotidiano dove si hanno maggiori opportunità di esposizione e di insegnamento e per questo deputate anche alla delega ad un genitore formato piuttosto che lasciate solo ad un training in un setting terapeutico.

## **2. Formazione dei genitori attraverso la procedura Behavioral Skills Training (BST): l'insegnamento delle abilità sociali**

Attraverso lo studio sulla Behavioral Skills Training o BST sono fornite utili strategie, per dimostrare come i genitori possono lavorare con i loro figli per migliorare le loro abilità.

Insegnare ai genitori ad essere i formatori primari, può giovare ai bambini, ai genitori, ai formatori stessi facendo risparmiare tempo e risorse.

La BST è stata utilizzata per insegnare nuove abilità in tempi molto brevi ai genitori ed è vista come parte integrante di una serie di programmi di formazione ben studiati e supportati empiricamente.

Durante la fase di formazione, a ciascun genitore è insegnato come utilizzare la BST per insegnare una specifica abilità al proprio figlio. In questo caso, il bambino non è presente. Il formatore spiega i ruoli e la sequenza del programma di formazione. La prima di modeling: il genitore osserva il formatore e altri due studenti mentre modellano l'uso corretto dei passaggi BST. Il genitore è solo un osservatore. Successivamente, nella stessa fase, dopo aver osservato, il genitore svolge il ruolo del bambino. Il formatore fornisce al genitore (che interpreta il ruolo del bambino) un

feedback appropriato sotto forma di elogio descrittivo per le abilità dimostrate correttamente e, feedback correttivo sui passaggi non dimostrati correttamente o mancanti. Poi si passa alla fase di role-play nella quale il formatore svolge il ruolo del bambino e il genitore il ruolo dell'istruttore utilizzando la BST per insegnare al formatore l'abilità mirata. La fase successiva è quella di feedback, nella quale il formatore fornisce al genitore (che interpreta il ruolo dell'istruttore), la stessa forma di feedback che è stata fornita come parte della componente modeling [6].

Il genitore passa alla fase successiva (post-formazione genitore-figlio) dopo che sono stati soddisfatti i seguenti criteri di padronanza:

- a) il genitore ha raggiunto o superato un livello dell'80% di competenza dei passaggi di insegnamento corretti in tre prove consecutive, utilizzando tre indicazioni differenti di abilità da insegnare;
- b) il genitore ha dimostrato l'utilizzo di tutti i passaggi richiesti;

Se i genitori non soddisfano i criteri durante la sessione di formazione, sono tenuti a completare una sessione di potenziamento della formazione.

La fase di potenziamento dell'addestramento (Training Booster Session), consiste in una fase di addestramento supplementare che prevede due ulteriori opportunità per il genitore, di provare i passaggi della BST, mentre interpreta il ruolo dell'istruttore (con il formatore che interpretava il bambino). Dopo aver avuto la possibilità di interpretare il ruolo del formatore per due volte, il formatore fornisce il feedback allo stesso modo della formazione iniziale.

Attraverso tale procedura è possibile formare i genitori ad insegnare ai propri figli diverse abilità.

Rebecca K. Dogan e altri, 2017, hanno condotto uno studio in cui si sono valutati gli effetti della formazione delle abilità comportamentali (BST) sull'insegnamento a genitori di bambini con ASD di essere formatori di abilità sociali [7]. Nei bambini con disturbo dello spettro autistico (ASD), la compromissione delle abilità sociali, è una caratteristica primaria. Tali abilità sono strettamente legate allo sviluppo sociale. Ma i bambini con diagnosi di autismo non acquisiscono comportamenti sociali specifici in maniera autonoma. È necessario insegnare ogni singolo comportamento sociale a partire dalla reciprocità che è una delle competenze base per avviare e sostenere una conversazione. Ciò produce miglioramenti comportamentali generalizzati [8].

Attraverso un disegno sperimentale Multiple Baseline non simultaneo, è stata fatta l'osservazione diretta per valutare i comportamenti genitori-figli.

I risultati hanno dimostrato un miglioramento sostanziale nell'insegnamento delle abilità sociali per tutti i partecipanti. L'acquisizione di abilità sociali è spesso un processo difficile e lungo per i bambini con disturbo dello spettro autistico (ASD), che si estende ben oltre la programmazione formale di queste abilità. Una volta acquisite, il mantenimento delle abilità sociali, richiede pratica regolare in una varietà di contesti, in circostanze diverse e con più persone [9]. Se i genitori saranno i formatori primari, favorendo l'acquisizione dei loro figli in contesti diversi, ci sarà una maggiore probabilità che le abilità acquisite si generalizzino e si mantengano nel tempo. Lo scopo principale di questo studio è stato quello di valutare gli effetti della BST

come strumento didattico per formare genitori di bambini con ASD ad essere formatori di social skills, valutando se la formazione dà risultati che si mantengono nel tempo e si generalizzano in contesti in cui i genitori hanno insegnato abilità non addestrate e nuove per i loro figli.

Durante la Baseline, così come in tutte le fasi successive, i genitori sono stati invitati a dimostrare le loro capacità di insegnamento di abilità sociali al loro bambino.

Poi c'è stata la fase di Training attraverso la BST con sessioni svolte a casa dei genitori. Dopo aver soddisfatto i criteri di padronanza dell'addestramento, il genitore ha iniziato a utilizzare il pacchetto di trattamento composto da un foglio con le abilità sociali, con i passaggi e una vignetta per insegnare a suo figlio l'abilità sociale target "iniziare una conversazione".

I criteri di padronanza per il post-training genitore-figlio, sono gli stessi delle altre fasi per il genitore. Inoltre, è stato richiesto che il bambino raggiungesse almeno l'80% dei passaggi corretti in tre prove. Se il genitore non soddisfaceva il criterio, era implementata la procedura di autocontrollo (Post-SM) e si svolgevano almeno tre prove aggiuntive. Se la risposta del bambino non soddisfaceva i criteri, si svolgevano due ulteriori prove.

Nella fase di generalizzazione al genitore sono stati forniti i materiali, foglio delle abilità sociali con passaggi e una vignetta con l'opportunità di insegnare al proprio figlio l'abilità non addestrata, cioè chiedere aiuto.

Sono stati raccolti dati per determinare se i genitori avessero usato correttamente i passaggi BST per insegnare al loro bambino, una nuova abilità sociale.

Il follow-up è stato implementato un mese dopo il completamento della fase post-training genitore-figlio. Al genitore, è stata offerta l'opportunità di insegnare le abilità addestrate e non addestrate. Inoltre, ai genitori è stata data l'opportunità di insegnare un'abilità sociale a loro scelta.

### **3. Formazione dei genitori per l'insegnamento dell'operante mand per bambini con disturbo dello spettro autistico**

Aktas, Ciftci e Tekinarslan con il loro studio hanno voluto dimostrare l'efficacia della formazione dei genitori nell'utilizzo della procedura di insegnamento del mand [10]. Lo studio è stato condotto con la partecipazione di tre ragazzi, con Disturbi dello Spettro Autistico e delle loro madri.

Il disegno sperimentale utilizzato per la dimostrazione dei risultati è una progettazione a probe multiplo. I risultati di questo studio hanno mostrato che il programma di formazione dei genitori, progettato con l'obiettivo di insegnare la procedura di insegnamento del mand era efficace e, di conseguenza, che la stessa procedura era anche efficace nell'insegnare nuove parole ai bambini con disturbi dello spettro autistico consentendo loro di mantenere tali parole nel tempo.

I materiali da utilizzare nelle interazioni per l'insegnamento sono stati scelti sulla base degli interessi e delle richieste del bambino e l'ambiente è stato organizzato in modo da incoraggiare il bambino a comunicare.

Il programma di parent training è stato predisposto in due fasi. La prima fase del pro-

gramma di formazione dei genitori ha previsto lezioni sul tema della procedura di insegnamento del mand tramite presentazioni Power Point. Dopo le lezioni, alle madri, sono stati mostrati dei video di esempi di sessioni di formazione, per dare loro un'idea di come è stata effettivamente implementata la procedura. In seguito, alle madri è stato chiesto di preparare le proprie sessioni di formazione da poter in seguito attuare. È stato preparato un test di valutazione per misurare i livelli di conoscenza delle madri riguardo alla procedura. Il test di valutazione era composto da quindici domande a risposta multipla. È stata poi preparata una sessione di formazione di prova per le madri, che hanno sperimentato la procedura con la partecipazione del ricercatore. Così hanno avuto l'opportunità di controllare i loro comportamenti e identificare le loro carenze, prima delle interazioni di gioco da tenere direttamente con i loro figli. Tali passaggi sono stati fondamentali per convertire le informazioni teoriche in competenze applicate. La seconda fase di programma di formazione dei genitori, prevedeva sessioni di gioco, in cui le madri potevano interagire con i propri figli. Tutte le sessioni di formazione svolte durante lo studio, sono state condotte individualmente con i partecipanti.

L'entusiasmo delle madri per lo studio e il fatto che lo studio fosse condotto con le attività preferite dai bambini in un ambiente familiare e che i partner di comunicazione designati dei bambini, non fossero altri che le loro madri, sono stati tutti considerati influenti nel consentire ai bambini di apprendere e mantenere le competenze linguistiche mirate.

Un altro fattore che ha reso efficace questo programma di parent training, è attribuito al fatto che le abilità linguistiche mirate, sono state identificate in accordo con le caratteristiche di sviluppo di ogni bambino. I bambini partecipanti allo studio hanno appreso anche nuove parole oltre alle abilità linguistiche mirate. Le madri hanno riferito che i loro figli hanno iniziato a comunicare di più, sia in termini quantitativi che in termini qualitativi estendendo le loro frasi, pronunciavano da soli i nomi degli oggetti e mostravano maggiore disponibilità ad interagire con le loro madri. Le madri hanno riferito che si sentivano più a loro agio, rispetto a prima, mentre svolgevano un'attività con i loro figli. Dunque, oltre all'efficacia della procedura dell'insegnamento del mand nel consentire alle madri di insegnare le parole target, il programma ha influito positivamente anche sulla qualità dell'interazione tra madre e bambino. In conclusione, i risultati di questo studio suggeriscono che il programma di formazione dei genitori, progettato per insegnare la procedura del modello di richiesta è efficace e, di conseguenza, la procedura del modello di richiesta implementata dalle madri è efficace nell'insegnamento di nuove parole ai bambini con ASD e consente loro di mantenere tali parole acquisite nel tempo.

Chaabane, Alber-Morgan e DeBar nel 2009 hanno condotto uno studio sull'insegnamento da parte dei genitori dell'operante mand attraverso l'uso del sistema di comunicazione aumentativa alternativa PECS (Picture Exchange Communication System) [11]. Si tratta di un sistema che utilizza lo scambio di immagini per comunicare.

Lo sperimentatore ha insegnato alle madri come implementare le procedure per la formazione dei propri figli all'utilizzo di questo sistema di comunicazione, attraverso

istruzioni scritte, spiegazioni, modellamento, pratica e feedback. La raccolta dei dati è iniziata dopo che la madre è stata in grado di eseguire le procedure con una precisione del 90% in tre prove consecutive. Se l'esecuzione è scendeva al di sotto dell'80% di precisione durante l'esperimento, la madre veniva riaddestrata.

I risultati evidenziano che entrambi i ragazzi hanno mostrato di aver generalizzato l'apprendimento a stimoli non addestrati durante l'allenamento (range, dall'80% al 100%). Entrambi improvvisavano usando simboli alternativi quando il simbolo corrispondente non era disponibile in tutte le categorie di simboli (colori, forme e funzioni) e che i genitori possono insegnare ai loro figli a usare nuovi simboli di risposta pittorica. Inoltre è stata dimostrata una chiara relazione funzionale tra la formazione attuata dai genitori e l'improvvisazione dei loro figli nello scegliere dei simboli che gli consentissero di comunicare le proprie necessità anche quando il simbolo corrispondente all'oggetto preferito non era disponibile. Lo studio ha, dunque, dimostrato anche che i genitori possono implementare efficacemente la formazione all'improvvisazione.

#### **4. Formazione dei genitori: procedure di prompting**

Un prompt è definito come uno stimolo antecedente che controlla una risposta [12]. Consiste nel fornire all'individuo uno o più stimoli discriminativi sotto forma di aiuti (prompt) favorendo l'emissione del comportamento desiderato. Esistono diversi tipi di prompt: Prompt Intra-stimolo, Prompt Extra-stimolo. I Prompt Intra-stimolo enfatizzano varie caratteristiche percettive dell'oggetto target, come la grandezza, il colore, mettendo in risalto le differenze con gli altri oggetti che fungono da distrattori. I Prompt Extra-Stimolo, invece, sono: (1) prompt verbali, suggerimenti verbali facilitanti l'emissione del comportamento target, forniti sotto forma di istruzioni verbali vocali (spiegare, raccontare, etc.) e non vocali (scritte, immagini, etc.). Idonei per bimbi con una buona comprensione e che tendono a prestare attenzione a ciò che gli viene detto; (2) prompt di modello, si modella o si dimostra il comportamento desiderato. Efficace con bambini che hanno già imparato alcune componenti di un comportamento e che già hanno sviluppato delle abilità imitative; (3) prompt fisici, presuppone un contatto fisico, tramite il quale l'educatore guida il soggetto nell'effettuazione delle prestazioni programmate. Aiuto fisico, però, non significa sostituirsi completamente all'individuo impegnato in compiti di apprendimento. I prompt fisici trovano larga applicazione nei training di apprendimento di abilità di autonomia. Ad esempio: l'educatore aiuta l'allievo prendendo le sue mani e guidandole leggermente nell'intento di insegnargli a lavarle o ad indossare un indumento; (4) prompt di posizione, si facilita il soggetto in compiti di identificazione e di discriminazione posizionando l'oggetto target più vicino a lui, guardando, indicando o toccando l'oggetto in modo da focalizzare la sua attenzione verso lo stimolo corretto [13]. In presenza di stimoli antecedenti rilevanti, i prompt evocano una risposta corretta, in modo che la risposta stessa, possa produrre rinforzo. Il prompt è utilizzato per insegnare abilità a persone con e senza disabilità. È indispensabile nella prima fase dell'apprendimento, ma poi va gradualmente ridotto ed eliminato allo scopo di favorire l'inseri-

mento definitivo dell'abilità nel repertorio comportamentale dell'individuo. In altre parole, una volta consolidato il comportamento è necessario che questo dipenda esclusivamente dagli stimoli naturali, cioè da quegli stimoli che sono parte dell'ambiente e non risultano artificialmente introdotti dall'educatore. La tecnica attraverso la quale è possibile ridurre progressivamente la quantità di prompt e la loro intensità è denominata fading ed ha l'obiettivo di insegnare al bambino a emettere il comportamento target indipendentemente dall'aiuto. Ad esempio: la riduzione dell'aiuto verbale può consistere nel diminuire il numero di parole che compongono l'ordine e nell'abbassare il tono della voce con cui è pronunciato; l'aiuto gestuale si attenua diminuendo l'ampiezza del gesto o sostituendolo con un altro meno appariscente (ad esempio: invece di indicare con l'indice lo si può fare con lo sguardo). Per i prompt fisici si può ridurre gradualmente l'area del corpo toccata, ridurre la pressione esercitata, spostare la presa dalla zona iniziale del corpo dell'allievo a zone via via più distanti. Le tecniche di prompting e di fading rappresentano due momenti di un'unica metodologia didattica e quindi vanno sempre programmate ed usate insieme. Il loro utilizzo richiede una buona dose di competenza che consenta di individuare gli aiuti più efficaci e di comprendere il momento in cui è necessario cominciare ad attenuarlo prima che il soggetto ne diventi dipendente, vanificando le sedute di apprendimento [14].

Halbur, Kodak, Wood e Corrigan, hanno addestrato genitori di bambini con disabilità ad utilizzare tre strategie di prompting convalidate empiricamente. Una volta che il genitore raggiungeva i criteri di padronanza con ciascuna procedura, si valutava la sua preferenza per ciascuna delle procedure [15]. La formazione dei genitori, è stata organizzata in sessioni svolte da uno a quattro giorni alla settimana, a seconda del programma del genitore. Gli appuntamenti duravano da un'ora ad un'ora e mezza circa. Le procedure di addestramento utilizzate si dividono in: sessioni BST, sessioni di esperienza e sessioni di scelta.

Innanzitutto vi era un pre-allenamento, cioè, prima delle varie sessioni, al genitore era chiesto di vedere tre video (un video per ogni procedura) in cui uno sperimentatore implementava una sessione di sei prove con esempi di tutti i tipi di prompt, rispondendo anche all'eventuale comportamento problema e assicurando l'attenzione del bambino sui materiali. Dopo aver visto ogni video, ogni genitore, ha compilato i moduli di accettazione del trattamento rispetto alle procedure mostrate nel video.

#### *4.1 Sessioni BST*

Lo sperimentatore ha insegnato ai genitori a implementare tutte e tre le procedure utilizzando la BST. Le sessioni consistevano nel fornire ai genitori, istruzioni scritte, cioè una breve descrizione delle procedure e di come attuarle.

Lo sperimentatore non poteva fornire alcun feedback al genitore durante le sessioni, che doveva eseguire le istruzioni elencate sulla scheda. Dunque, i genitori hanno esaminato le istruzioni scritte e hanno cercato di attuare le procedure con gli assistenti dello sperimentatore.

La sessione di formazione del genitore si è svolta senza la presenza del bambino e ai

genitori sono state date istruzioni vocali su come rispondere ad un eventuale comportamento problema:

- Mantenere un'espressione facciale neutra
- Non prestare attenzione al comportamento problema (a meno che, il bambino non fosse a rischio)
- Aumentare l'intrusività del prompt di un livello immediatamente successivo al manifestarsi del comportamento problema (in modo da permettere al bambino di dare la risposta ed essere rinforzato)

All'inizio di ogni sessione di formazione, il genitore ha ricevuto la scheda di istruzioni scritte e poi lo sperimentatore ha descritto i passaggi della procedura e ha mostrato un video. In seguito, sulla base del video visto, un assistente ha svolto la procedura con il genitore. Successivamente il genitore fungeva da istruttore e l'assistente fungeva da bambino.

Se si verificava più di un errore all'interno di una prova, era fornito un feedback correttivo su un solo errore, a meno che il genitore non richiedesse specificamente un feedback su altri aspetti della procedura. La formazione si riteneva completa quando il genitore implementava tutte le prove nel gioco di ruolo, con un'accuratezza del 100% per ogni sessione.

#### *4.2 Sessioni di esperienza*

Le sessioni di esperienza erano, per i genitori, opportunità di praticare con il bambino. Durante queste sessioni, i genitori potevano avere accesso alle schede di istruzione che descrivevano la procedura di prompting, e il feedback vocale da parte dello sperimentatore si verificava solo in base alla richiesta del genitore, ad esempio se poneva una domanda. Lo sperimentatore durante le sessioni di esperienza poteva solo osservare e raccogliere dati.

Le sessioni di esperienza, erano formate da tre sessioni consecutive, in cui ogni procedura di prompt, doveva raggiungere il 90% di correttezza per passare alle sessioni di scelta.

#### *4.3 Sessioni di scelta*

Lo sperimentatore presentava le schede di istruzione scritte delle tre procedure di prompt.

Il genitore selezionava e implementava la procedura con il bambino per una sessione di dieci prove in cui poteva scegliere di volta in volta quale procedura utilizzare.

Una volta che il genitore selezionava una procedura sei volte in più rispetto a qualsiasi altra procedura, si identifica la procedura a più alta preferenza (HP).

A ciascun genitore sono state insegnate tre diverse procedure di prompting. Tutti i genitori hanno imparato le procedure nello stesso ordine. Ovvero, procedura Least-To-Most (LTM), procedura Progressive Prompt Delay (PPD), procedura Most-To-Least (MTL).

Le richieste per LTM, consistevano nel fornire il prompt per una risposta corretta all'inizio di ogni prova. Ossia:

- istruzione vocale (stimolo discriminativo);
- prompt di modello;
- prompt fisico.

Il genitore, seguiva la gerarchia dei prompt con intervalli di risposta di cinque secondi tra i livelli, fino a quando il bambino non era in grado di dare una risposta corretta.

Nella PPD, la gerarchia dei prompt, includeva un prompt fornito con:

- un ritardo di zero secondi;
- un ritardo di due secondi;
- un ritardo di cinque secondi.

Nella procedura MTL la gerarchia dei prompt consisteva nel fornire:

- prompt fisico;
- prompt di modello;
- istruzione vocale.

I risultati dello studio hanno evidenziato, non solo che i genitori erano in grado di eseguire correttamente le procedure di prompting a loro insegnate, ma che erano in grado di fare una scelta tra le tre. I dati dimostrano che la prima scelta ricade sulla procedura LTM, la procedura che prevede la gerarchia di prompt che va dal meno intrusivo al più intrusivo.

## Conclusioni

L'analisi della letteratura fatta fin qui mette in evidenza quanto i genitori dei bambini/ragazzi con autismo siano in grado di imparare ed implementare con successo tutte le procedure alle quali sono esposti e per le quali vi sia stato un programma di insegnamento mirato, nonostante il peso delle situazioni, nonostante il loro non essere professionisti della materia. Questi studi evidenziano, inoltre, quanto la relazione tra il bambino e il genitore migliori in seguito all'aver reso la famiglia competente nella gestione delle difficoltà e nell'insegnamento di abilità che solitamente i bambini senza deficit imparano per imitazione con un intervento solo a margine del genitore. Il genitore comprende le dinamiche che scatenano alcuni comportamenti del proprio bambino, impara a conoscerlo meglio, ad entrare nel suo mondo, fino a trovare la chiave per far emergere tutti i punti di forza e sostenere i deficit che non sarà possibile recuperare totalmente. Formare il genitore significa renderlo capace di gestire il proprio bambino in ogni situazione e capace di insegnargli cose che quotidianamente i genitori di bambini a sviluppo neurotipico insegnano senza che vi sia una programmazione precedente. Chiaramente le famiglie con bambini con diagnosi nello spettro autistico, soprattutto in una prima fase, hanno bisogno di programmare anche le più semplici azioni, come ad esempio un'uscita al parco. Renderli competenti, li aiuta a sentire meno il peso delle situazioni e a saper gestire anche le altre persone che quotidianamente interagiscono con il proprio bambino.

È importante implementare trattamenti individualizzati che tengano conto anche delle risorse dei genitori, includendo quelle economiche, ma soprattutto psicologiche.

Osservazioni naturalistiche condotte negli anni, ma prive di dati scientifici, hanno evidenziato che quando il genitore diventa più consapevole non solo degli obiettivi

che il proprio figlio può raggiungere, ma anche di quello che probabilmente non sarà mai in grado di fare, tale consapevolezza dà uno “slancio comportamentale” al genitore tanto da poter fare la differenza nell’andamento del trattamento. Sono due i casi clinici trattati in questi ultimi anni che possono far comprendere meglio quanto affermato fin qui.

La storia di S. è la storia di un bambino diagnosticato all’età di diciotto mesi e che ha immediatamente iniziato un trattamento ABA. La famiglia si è mostrata sin da subito attiva e presente. La mamma di S. ha iniziato ad osservare il proprio bambino da un’altra prospettiva sin da subito, riuscendo così a comprendere molte dinamiche disfunzionali, come ad esempio le stereotipie vocali, comunicandole tempestivamente all’equipe di riferimento. Ciò ha reso possibile l’intervento mirato al punto da non far arrivare il bambino neanche ad esperire il rinforzo derivante dal suo stesso comportamento. La famiglia si è completamente affidata e, più erano evidenti i risultati, più continuava ad affidarsi. Tutto questo, al netto di una diagnosi precoce, di un trattamento immediato con un’equipe competente, ha reso oggi S. indistinguibile dai bambini a sviluppo neurotipico se non fosse per alcuni comportamenti di gestione e controllo degli altri e tal volta dell’ambiente le cui conseguenze sono il suo maggior rinforzo, ma comunque non visibili ad occhi non esperti.

La storia di A., invece, è la storia di una bimba diagnosticata intorno ai due anni di età, un po’ più compromessa a livello cognitivo rispetto ad S., con un trattamento, seppur iniziato precocemente, che ha visto però l’avvicinarsi di diversi consulenti. Nei primi anni di trattamento, la famiglia ha molto delegato l’equipe che aveva preso in carico la bambina. A. sosteneva molte ore di trattamento che la famiglia pensava bastassero per ottenere dei risultati. Certamente i risultati si sono avuti, ma quando alla mamma di A. è stato chiaro che la sua presenza era fondamentale, tanto da chiedere a lavoro di essere declassata in una posizione che le avrebbe consentito di trascorrere più tempo con la sua bambina, lo sviluppo delle abilità di A. ha avuto un netto slancio. E dall’essere una bimba alla quale per anni non si era riusciti ad insegnare i colori, è passata ad un curriculum intermedio. Oggi A. ha otto anni e legge, scrive, interagisce con i suoi compagni di classe, frequenta la piscina e prova a studiare pianoforte. Ci sono ancora tante cose che bisogna insegnare ad A., ma il salto che la bambina ha fatto in concomitanza con l’inizio della partecipazione attiva al trattamento della sua mamma è stato evidente e fa ben sperare che si riuscirà ad insegnarle ancora molte cose rispettando sempre i suoi tempi.

Chiaramente è necessario produrre dei dati a riguardo per dimostrare scientificamente che quanto osservato in ambiente naturale sia possibile essere replicato in tutte le famiglie con bambini con diagnosi nello spettro autistico.

Questo studio, pertanto, vuole suggerire, per le future ricerche di produrre una raccolta dati specifica per dimostrare che il coinvolgimento attivo della famiglia sia un fattore prognostico facilitante il buon esito di un trattamento ABA.

Inoltre, i dati potrebbero servire per far comprendere alle famiglie che entrano loro malgrado in questo mondo che la loro presenza e partecipazione è fondamentale per l’evoluzione futura del loro bambino.

## BIBLIOGRAFIA

1. Vivanti, G., Salomone, E. (2020). *L'apprendimento nell'autismo*. Trento: Erickson.
2. Fogassi, L., Regni, R. (2019). *Maria Montessori e le Neuroscienze Cervello, mente, educazione* Fefè Editore.
3. Skinner, B. F. (1957). *Verbal Behavior*. New York: Appleton-Century-Crofts.
4. Ianes, D., & Cramerotti, S. (10/2002). Strategie di Comportamenti problema e alleanze psicoeducative. *Intervento per la disabilità mentale e l'autismo* (Vol.38). Edizioni Erickson.
5. Matson, M. L., Mahan, S., & Matson, J. L. (2009). Parent training: A review of methods for children with autism spectrum disorders. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 3(4), 868-875.
6. Kirkpatrick, M., Akers, J., & Rivera, G. (2019). Use of behavioral skills training with teachers: A systematic review. *Journal of Behavioral Education*, 28(3), 344-361.
7. Dogan, R. K., King, M. L., Fischetti, A. T., Lake, C. M., Mathews, T. L., & Warzak, W. J. (2017). Parent-implemented behavioral skills training of social skills. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 50(4), 805-818.
8. Weiss, M. J., & Harris, S. L. (2001). Teaching social skills to people with autism. *Behavior modification*, 25(5), 785-802.
9. White, S. W., Keonig, K., & Scahill, L. (2007). Social skills development in children with autism spectrum disorders: A review of the intervention research. *Journal of autism and developmental disorders*, 37(10), 1858-1868.
10. Aktas, B., & Ciftci-Tekinarslan, I. (2018). The Effectiveness of Parent Training A Mothers of Children With Autism Use of Mand Model Techniques. *International Journal of Early Childhood Special Education*, 10(2).
11. Chaabane, D. B. B., Alber-Morgan, S. R., & DeBar, R. M. (2009). The effects of parent-implemented PECS training on improvisation of mands by children with autism. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 42(3), 671-677.
12. Cooper, J.O., Heron, T. E. et al. (2007). *Applied behaviour analysis*. Upper Saddle River, NJ: Pearson Merrill Prentice Hall.
13. Ricci, C., Magaudda, C., Carradori, G., Bellifemine, D., & Romeo, A. (2014). *Il manuale ABA-VB-Applied Behavior Analysis and Verbal Behavior: Fondamenti, tecniche e programmi di intervento*. Edizioni Centro Studi Erickson.
14. Martin, G., Pear, J., & Moderato, P. (2000). *Strategie e tecniche per il cambiamento: la via comportamentale*. McGraw-Hill libri Italia.
15. Halbur, M. E., Kodak, T., Wood, R., & Corrigan, E. (2020). An evaluation of parent preference for prompting procedures. *Journal of applied behavior analysis*, 53(2), 707-726.