

Cordinare la genitorialità nelle famiglie con un bambino con Disturbo dello Spettro Autistico

Parenting coordination in families with an Autistic Spectrum Disorder child

SILVIA MAZZONI*, CHRISTIAN VERONESI*, LAURA VISMARA**

Summary Empirical and clinical work support the existence of a collective intersubjectivity that allows the child to interact precociously with both parents and to share experiences at a family level. Within such framework, the present research applies the clinical Lausanne Trilogue Play to children who have an Autistic Spectrum Disorder (ASD) diagnosis. Families were able to participate to the implied shared task, but different types of miscoordination were evident at the level of organization, focalization and affective contact. With respect to Family Coordination Global Scores, many negative correlations were found: the more severe the symptoms observed in the children (ADOS), the more family coordination was dysfunctional. Correlation was particularly high (< 0.01) when parents played together with the child, regulating their interaction and alternating their attention: family dysfunctionality was strongly linked to the severity of children symptoms. In the parts in which only one of the parents played actively with the child while the other was just a participant observer, some families were able to be functional, despite the child's symptoms severity. Moreover, some cases showed a counterintuitive trend: e.g. child high functionality/ low family functionality. In conclusion, the outcome of family observation are discussed in terms of their implication for clinical evaluation, assessment of risk and protective factors and family interventions.

Key words Intersubjectivity — Family coordination — Autistic Spectrum Disorders.

Introduzione

Nella letteratura specialistica sui Disturbi dello Spettro Autistico (DSA) è possibile trovare ormai lavori focalizzati sulle interazioni tra genitori e figlio che hanno evidenziato un'alterazione a livello dell'intersoggettività: la difficoltà del bambino ad attivare il genitore allo scambio interattivo influenza negativamente la competenza dei genitori a favorire lo sviluppo delle competenze sociali del figlio e dunque la disfunzionalità dei genitori si aggiunge come fattore di rischio a quelli biologicamente determinati (Davis, Carter, 2008; Hastings, Brown, 2002; Venuti, 2012). Tuttavia, tali

*Dipartimento di Psicologia Dinamica e Clinica — Sapienza Università di Roma. **

Dipartimento di Pedagogia, Psicologia, Filosofia — Università di Cagliari.

studi — sotto l'influenza della *primary caregiver theory* — focalizzano la diade genitore figlio e non la famiglia come insieme.

Nuove tecniche di osservazione diretta della famiglia (Fivaz-Depeursinge, Favez, Lavanchy, De Noni, Frascarolo, 2005) hanno reso possibile dimostrare l'influenza dei fattori familiari sullo sviluppo del bambino anche considerando la famiglia nel suo insieme — con particolare riferimento alla funzione di *framing* della coppia genitoriale (McHale, Fivaz-Depeursinge, Dickstein, Robertson, Daley, 2008) — ed è stata così evidenziata la relazione di tali fattori con le traiettorie evolutive funzionali e disfunzionali dei figli (Favez, Frascarolo, Carneiro, Montfort, Corboz-Warnery, Fivaz-Depeursinge, 2006; Fivaz-Depeursinge, Favez, 2006; Fivaz-Depeursinge, Frascarolo, Lopes, Dimitrova, Favez, 2007). L'osservazione della famiglia ha evidenziato in particolare le precoci competenze sociali del bambino nel contesto delle interazioni del gruppo familiare. A livello teorico, tali studi hanno consentito di ipotizzare l'esistenza di programmi innati volti ad una forma di *intersoggettività collettiva* (Fivaz-Depeursinge, Lavanchy-Scaiola, Favez, 2010).

In base a tali sviluppi della ricerca, il Gruppo di Ricerca dell'Università Sapienza di Roma, in collaborazione con l'Università di Cagliari², ha voluto applicare la tecnica di osservazione della famiglia definita Lausanne Trilogue Play (Fivaz-Depeursinge, Corboz-Warnery, 1999; Malagoli Togliatti, Mazzoni, 2006) nel contesto clinico che accoglie le famiglie con bambini diagnosticati nel quadro dei Disturbi dello Spettro Autistico.

Il presente studio è nato dall'approfondimento di alcuni modelli teorici ed evidenze empiriche che hanno dato nuovo impulso alla conoscenza dei disturbi dello spettro autistico e possono essere così schematizzate:

- 1) I processi soggettivi ed intersoggettivi sono mutualmente regolati e nella prima infanzia la triade genitori-figlio costituisce il primo contesto di sviluppo del bambino e la matrice relazionale entro cui egli definisce il proprio Sé (Stern, 2004).
- 2) L'intersoggettività è anche una componente fondamentale del sottosistema cogenitoriale, in cui è necessaria una coordinazione rapida, spontanea e flessibile tra i due partner e la capacità di condividere le rappresentazioni del bambino, di sé e del partner come genitore (Mc Hale, 2007).
- 3) Il neonato, attraverso una coordinazione intermodale altamente integrata, si orienta verso gli stimoli e verso i segnali umani; è in grado di rispondere in modo contingente alle espressioni dei caregiver; ha una specifica motivazione innata ad entrare in contatto con le emozioni degli altri e a condividere il proprio stato soggettivo e dunque condiziona gli altri a mettersi in rapporto con lui verso la definizione di una forma di *companionship* (Trevarthen, Aitken, 2001).

————— L'autismo può essere descritto come un caso esemplificativo di un disturbo

¹ Il gruppo è coordinato dalla Prof.ssa Mazzoni presso il Dipartimento di Psicologia Dinamica e Clinica della Sapienza Università di Roma e dal Dott. Veronesi presso il Centro Ricerca e Cura Balbuzie e disturbi del linguaggio e dell'apprendimento di Roma.

² Il polo di Cagliari è coordinato dalla Dott.ssa Vismara presso il Dipartimento di Pedagogia, Psicologia, Filosofia di Cagliari in convenzione con il Centro per i Disturbi Pervasivi dello Sviluppo (Ospedale Brotzu di Cagliari), diretto dal Dott. Doneddu.

biologico del contatto affettivo e dell'intersoggettività. È possibile osservare disabilità a livello della comunicazione e delle interazioni molto precocemente che indicherebbero un problema latente *nell'intersoggettività primaria*, anche se molti indicatori di problematiche inerenti allo spettro autistico saranno più chiari dai 9 mesi in poi (*intersoggettività secondaria*) e soprattutto nello sviluppo delle funzioni cognitive e sociali caratteristiche dei primi due anni di vita (Aitken, Trevarthen, 1997; Trevarthen, Aitken, 2001).

- 4) 11 funzionamento implicito dell'intersoggettività, emozionale e non verbale, ha una base neurobiologica nell'amigdala e nel sistema limbico. Il sistema dei neuroni specchio, una particolare classe di neuroni della corteccia premotoria e di altre aree cerebrali, media la mappatura delle azioni e delle emozioni osservate negli altri individui all'interno dello stesso substrato cerebrale che ne controlla l'esecuzione e l'esperienza soggettiva, assolvendo un ruolo chiave nell'ambito dei processi empatici ed imitativi. È stato evidenziato che i bambini autistici ad alto funzionamento mostrano differenze con campioni di controllo nell'imitare e osservare le espressioni emotive: in particolare una minore attivazione nel Giro Frontale Inferiore (IFG) inversamente proporzionale alla gravità dei sintomi (Dapretto et al., 2006). I deficit di empatia dei soggetti autistici possono, almeno in parte, dipendere da un deficit di base dei meccanismi della *simulazione incarnata* — a sua volta determinato da un malfunzionamento del sistema dei neuroni specchio (Gallese, 2007) — che permette di rappresentare mentalmente l'esperienza dell'altro e comprenderne le intenzioni. Recentemente (Rizzolatti et al., 2010) è stato specificato che i bambini con autismo hanno un deficit nell'organizzazione a catena degli atti motori quando osservano il comportamento altrui: questa impossibilità di "replicare" nella propria mente le azioni degli altri determina l'incapacità di afferrare direttamente le loro intenzioni senza un'inferenza cognitiva. Si tratta di una nuova ipotesi relativa al sistema dei neuroni a specchio: nell'autismo ci sarebbe una dissociazione tra la capacità di comprendere l'azione in sé — favorita dal meccanismo di base dei neuroni a specchio — e quella di comprendere il perché delle azioni stesse — che dipende dall'integrità dell'organizzazione a catena del sistema motorio (Rizzolatti et al., 2010).
- 5) Gli studi sull'intersoggettività rappresentano un ponte tra la neurobiologia, la psicologia dello sviluppo e gli studi sulla famiglia ed il Gruppo di Losanna ha dato un contributo importante ponendosi una domanda cruciale: "*Le interazioni triadiche sono basate su un programma diadico (il bambino comunica in successione, ma separatamente con ciascuno dei suoi partners) oppure sono basate su un programma triangolare e collettivo (il bambino potrebbe avere la capacità di comunicare simultaneamente con più di un partner nello stesso momento)? Se esiste un programma innato triangolare, allora si potrebbe parlare di una forma di inter-soggettività collettiva*" (Fivaz-Depeursinge et al., 2010). La videoregistrazione delle interazioni triadiche con bambini di 3-4 mesi e la microanalisi delle interazioni hanno evidenziato la capacità del bambino di effettuare una comunicazione "triangolare" (persona-persona-persona) nonché di essere pronto ad

interazioni "triadiche" (persona-persona-oggetto). Il Gruppo di Losanna ha definito "triangular bids" gli sguardi rapidi del bambino che vanno avanti e indietro tra i due genitori, dividendo e condividendo espressioni di piacere con entrambi. Il Gruppo di Losanna ha pertanto ritenuto possibile ipotizzare l'esistenza di un "programma triangolare" che consente di parlare di *intersoggettività collettiva* (Fivaz-Depeursinge et al., 2010).

- 6) In questo quadro è possibile ipotizzare un disturbo della relazione a livello familiare quando il figlio porta all'interno delle interazioni contributi influenzati da alterazioni neuroevolutive che compromettono proprio l'intersoggettività, la relazione sociale/affettiva e la comunicazione (Siller, Sigman, 2002; Venuti, 2012). Non solo la madre, ma entrambi i genitori, possono essere considerati come sottosistemi strutturanti che costituiscono l'ambiente in cui il figlio raggiunge e stabilizza i suoi obiettivi evolutivi ed è aiutato ad organizzare gli stimoli al cambiamento in nuove strutture: il cambiamento progressivo del bambino deve corrispondere al cambiamento progressivo della famiglia nel suo insieme. Quando questo non accade, la disfunzionalità del bambino (che non ha raggiunto in modo adeguato l'organizzazione del proprio funzionamento) si stabilizza, nonostante la necessità di procedere nello sviluppo a fronte dei nuovi stimoli (sia biologici che ambientali).

Obiettivo del lavoro

In base alle premesse teoriche schematizzate, ci si è posti l'obiettivo di osservare la qualità degli scambi interattivi e della condivisione dell'esperienza e degli affetti nelle famiglie che hanno il compito gravoso di guidare lo sviluppo di bambini con diagnosi di Disturbo dello Spettro Autistico.

Assumendo che il Gruppo di Losanna sia riuscito ad operationalizzare una qualità di base del funzionamento familiare — la coordinazione familiare — e vista la convergenza dei risultati della ricerca effettuata con la procedura osservativa LTP rispetto alle osservazioni cliniche pionieristiche dei terapeuti familiari impegnati nel trattamento dei disturbi nell'infanzia e nell'adolescenza (Minuchin, 1974), possiamo fare riferimento alla coordinazione familiare come un fattore di rischio, mediatore o moderatore nel processo di sviluppo del bambino che ci può fornire ulteriori indicazioni sia nello studio della psicopatologia che nell'individuazione di interventi di sostegno alla genitorialità.

Partendo da queste riflessioni sono state poste le seguenti ipotesi di ricerca:

- Il setting del Lausanne Trilogue Play clinico è adattabile a famiglie con bambini con diagnosi di Disturbo dello Spettro Autistico (DSA)?
- La coordinazione delle famiglie con bambini con diagnosi di Disturbo dello Spettro Autistico è diversa da quella delle famiglie con bambini con Disturbo dello Sviluppo (DS) o con Sviluppo Tipico (ST)?
- C'è una correlazione tra coordinazione familiare e gravità dei sintomi del Disturbo dello Spettro Autistico come emergente all'ADOS?

Soggetti

Il campione totale è formato da 141 famiglie, suddiviso in tre gruppi:

1. gruppo clinico — N=68 (48,2%) famiglie di bambini con Disturbi dello Spettro Autistico (DSA);

2. gruppo clinico di confronto — N=30 (21,3%) famiglie con un figlio con Disturbo di Sviluppo (DS). Questo gruppo è stato selezionato tenendo conto della diagnosi clinica del bambino che doveva presentare una disfunzione relativa alla sfera neuropsicologica (Disturbo Specifico del Linguaggio e/o Disturbo Specifico di Apprendimento) mentre sono stati esclusi i casi in cui era presente una sintomatologia primaria e strutturata (es.: Ritardo Mentale)³;

3. gruppo normativo — N=43 (30,5%) famiglie non referred: i bambini di queste famiglie presentano uno Sviluppo Tipico ed i genitori non hanno mai richiesto una consultazione psicologica (ST).

Le famiglie cliniche sono state reperite presso alcuni Centri di Riabilitazione di Roma e provincia.

Le famiglie del gruppo di controllo sono volontarie ed hanno risposto ad un annuncio nella zona di Roma e provincia. Il criterio di inclusione è stato quello dell'età dei figli — che doveva essere omogenea a quella dei campioni clinici- e al fatto di non aver mai richiesto aiuto o consulenza in centro clinici.

L'età media delle madri è pari a 39,14 anni (ds=4,81; *range* compreso tra 27 e 51 anni); quella dei padri è pari a 42,58 anni (ds=6,17; *range* compreso tra 28 e 56 anni). Nella quasi totalità dei casi i genitori sono coniugati (97,2%).

L'età dei bambini è stata calcolata in mesi, per meglio rilevare eventuali differenze o correlazioni in rapporto all'età, soprattutto nei soggetti nei primi anni di vita.

L'età media di tutti i bambini considerati è di 85.41 mesi (ds= 34.01). È stata effettuata inoltre un'Analisi della Varianza Multivariata (MANOVA) i cui risultati non hanno evidenziato nessun effetto generale significativo sia in base alla fascia di età dei bambini sia rispetto all'interazione tra gruppo di appartenenza e la fascia di età considerata. Quindi l'età dei bambini non influenza le variabili studiate e il campione può ritenersi uniforme sui punteggi dell'LTP, a prescindere dalla fascia d'età nei tre gruppi.

Sono stati indagati, inoltre, il livello socio economico della famiglia, il titolo di studio e l'occupazione dei genitori. Il livello socio economico è in maggioranza medio (58,9%) ed entrambi i genitori sono occupati in tutti i gruppi, tranne un 35,5% del campione totale di madri che è casalinga.

³ Tale scelta metodologica è stata dettata, anche in riferimento ai dati presenti in letteratura (Levi, 1995; 2007), dalla possibilità di poter confrontare questo gruppo di bambini con quelli con DSA poiché possono presentare una compromissione sia a livello delle aree del linguaggio, della comunicazione e dell'apprendimento, sia una vulnerabilità del comportamento e del funzionamento relazionale.

Metodi

Procedur

Il Lausanne Trilogue Play

1. La procedura osservativa LTP, adattata al contesto clinico e con bambini in età prescolare e scolare, ha previsto alcuni cambiamenti rispetto al setting ed al sistema di codifica definiti dal Gruppo di Losanna (Malagoli Togliatti, Mazzoni, 2006).

Il contesto di osservazione che ha permesso al Gruppo di Losanna di evidenziare in modo empirico le interazioni familiari è costituito da un setting in cui i genitori possono interagire fra loro e con il figlio in uno spazio "triangolare": a seconda dell'età del bambino, i genitori sono posti davanti al figlio seduto in un seggiolino (3 mesi) oppure in un seggiolone (9 mesi). In tutti i casi ci deve essere un'equidistanza tra i tre componenti della famiglia ed i genitori devono essere in posizione frontale con uguale possibilità di interagire con il figlio posto al vertice di un triangolo equilatero.

Ai genitori è chiesto di seguire alcune istruzioni in base alle quali dovranno interagire giocosamente con il figlio — senza l'aiuto di oggetti (a 3 mesi) o con pochi oggetti (a 9 mesi) oppure con l'aiuto di alcuni giochi selezionati dal ricercatore (a 18 mesi) — per raggiungere un'interazione piacevole a livello familiare.

In età prescolare e scolare (dai 4 ai 12 anni), viene predisposto invece un tavolo rotondo intorno al quale i genitori siedono ponendosi uno di fronte all'altro e il figlio siede tra loro al vertice di un triangolo ideale. L'uso di oggetti semplici (es. LEGO) consente alla famiglia di condividere l'esperienza del gioco negoziando le iniziative ed arrivando a definire un'esperienza piacevole.

Il gioco ha una durata di 10 minuti circa con bambini piccoli (da 3 mesi a 9 mesi) e 20 minuti con i più grandi. Al di là di questa indicazione — che viene data alle famiglie durante le istruzioni- sono per lo più i genitori a strutturare il gioco e a determinare i tempi sia delle parti che dell'intero gioco. È per questo che la durata fa parte dei criteri di codifica.

LLTP prevede quattro parti: 1) nella prima parte uno dei due genitori gioca con il bambino, mentre l'altro è semplicemente presente (2+1); 2) nella seconda parte è previsto uno scambio di ruoli tra i genitori: il genitore che in precedenza aveva assunto una posizione periferica gioca ora con il bambino, mentre il primo ricopre il ruolo passivo (2+1); 3) nella terza parte i tre membri della famiglia giocano insieme (3-insieme); 4) infine, nella quarta parte, i genitori devono interagire tra di loro senza coinvolgere il bambino. Per raggiungere la coordinazione familiare — la misura principale che si ricava dall'applicazione della procedura- i membri della famiglia devono soddisfare quattro livelli funzionali:

1. Includere tutti e includersi in un'esperienza *condivisa: partecipazione*.
2. Rispettare — autoregolandosi o cercando di influire sulla regolazione reciproca — un'organizzazione basata su ruoli diversi (ad esempio essere attivi o essere osservatori; guidare o farsi guidare): *organizzazione*. Quando i genitori sono coordinati tra loro e regolano la loro relazione in modo cooperativo, riescono anche a coinvolgere il figlio in una regolazione delle relazioni che prevede

fasi di simmetria e di complementarità, momenti in cui si propongono gli stessi comportamenti e momenti in cui la diversità (esempio uno parla e l'altro ascolta) consente una regolazione ottimale della relazione (esempio una conversazione).

3. Condividere il focus attento sull'esperienza in corso e sulle interazioni in atto: *attenzione focale*. Questa funzione si evidenzia anche quando la famiglia come insieme ha un'esperienza condivisa e diviene più complessa perché i messaggi non verbali e verbali devono contribuire alla coordinazione del focus di attenzione per un numero maggiore di partecipanti all'interazione.
4. Arrivare a sperimentare la condivisione emotiva: *contatto affettivo*. Osservando il modo in cui le famiglie si coordinano per condividere l'esperienza vissuta, è evidente come, se i precedenti livelli funzionali sono stati garantiti, diviene possibile anche la condivisione della connotazione emotiva di tale esperienza. I genitori, in particolare, svolgono qui la loro funzione attraverso le numerose validazioni emotive che emergono dall'empatia verso il figlio e dalla capacità di attribuirgli emozioni, sentimenti, pensieri e motivazioni.

Il sistema di codca dell'LTP

Per comprendere la varietà di punteggi che possono essere utilizzati per l'analisi dei dati, si propone nella Tabella 1 lo schema della codifica solitamente utilizzato da giudici indipendenti dopo aver visionato i video dell'osservazione diretta del gioco familiare.

Parti	P-F+M				M-F+P				3 insieme				M-P+F				Co-ord. Globale
	M	P	F	Co-ord. I Parte	M	P	F	Co-ord. II Parte	M	P	F	Co-ord. III Parte	M	P	F	Co-ord. IV Parte	
Partecipazione	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	
Organizzazione	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	
Att Focale	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	
Cont Affettivo	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	
Durata	2				2				2				2				
Punteggi	8	8	8	10	8	8	8	10	8	8	8	10	8	8	8	10	40

Tabella 1. *Schema per il sistema di codca.*

La Tabella 1 simula una codifica per la quale sono stati dati sempre punteggi di interazione appropriata (scala da 0 a 2 per ciascun livello funzionale). Nella prima

colonna sono elencati i 4 livelli funzionali valutati — *partecipazione, organizzazione, attenzione focale e contatto affettivo* — e la *durata* del gioco che viene usata come indicatore della capacità, soprattutto dei genitori, di strutturare il gioco nel rispetto della consegna.

Nella prima riga, invece, vengono differenziate le 4 parti del gioco in cui la famiglia si impegna.

Nella seconda riga — per ogni parte — sono differenziati i punteggi di madre, padre e figlio.

In sintesi, a livello strutturale, si procede con l'attribuzione di punteggi di O (inappropriato), 1 (parzialmente appropriato) e 2 (appropriato); nello specifico è possibile ottenere ed analizzare:

1) punteggi per ciascun *livello funzionale* nell'intero gioco (partecipazione, organizzazione, attenzione focale e contatto affettivo): da O a 8 per la famiglia come insieme o per ciascun componente della famiglia;

2) punteggi relativi a ciascuna *parte*: da O a 10 perché ai punteggi relativi ai livelli funzionali si aggiunge quello della durata della parte;

3) punteggi relativi al gioco nella sua globalità: da O a 40.

È interessante sottolineare che, per ottenere il punteggio a livello familiare in ciascun livello funzionale o nella durata per ciascuna parte, non è stata usata una formula matematica (es. media), ma una logica sistemica: se uno dei componenti della famiglia non interagisce in modo appropriato e prende un punteggio basso, tutta la famiglia prende quel punteggio, perché si assume che non vi è stata riparazione o compensazione dei contributi negativi che talvolta qualche componente della famiglia propone. Ciò non toglie che a livello di analisi dei dati si potranno analizzare i punteggi individuali e dunque definire chi ha ostacolato la famiglia nel raggiungere un'interazione coordinata in modo appropriato.

I punteggi globali della famiglia — che vanno da O a 40 — possono fornire la possibilità di suddividere le famiglie in due gruppi ad *alta o bassa coordinazione*. In base a studi precedenti (Lubrano Lavadera, Malagoli Togliatti, Mazzoni, San Martini, 2007; Di Renzo, Mazzoni, 2011; Mazzoni, Mattei, Savastano, Castellina, 2011; Mazzoni, 2012) i cut off sono: punteggi compresi tra O e 23 per *le famiglie a bassa coordinazione*; punteggi che vanno da 24 a 40 per *le famiglie ad alta coordinazione*.

È stato ritenuto utile integrare alla valutazione delle interazioni familiari un'osservazione sistematica delle abilità comunicative e sociali esibite dal bambino rilevanti per la definizione dei diversi quadri diagnostici dei disturbi dello spettro autistico. A tal fine sono state utilizzate le scale ADOS che rilevano le abilità di interazione sociale e di intenzionalità comunicativa dei bambini con un focus particolare sulle loro abilità socio-pragmatiche e sull'uso delle abilità comunicative e di linguaggio mostrate nei contesti sociali.

L'Autism Diagnostic Observation Schedule (ADOS)

Per la definizione della diagnosi di Disturbo dello Spettro Autistico sono state somministrate le Autism Diagnostic Observation Schedule (ADOS; Lord, Rutter, DiLavore, Risi, 1998). Le scale ADOS sono ricavate dall'applicazione di protocolli

diagnostici standardizzati per l'osservazione: dei comportamenti sociali e comunicativi, dell'interazione sociale reciproca, del gioco, di interessi limitati o stereotipati in soggetti autistici. Lo strumento può essere adottato già con bambini non verbali di età prescolare e fino all'età adulta con soggetti autistici verbali.

A seguito dell'applicazione dei protocolli diagnostici è possibile valutare:

1) *Linguaggio e Comunicazione* — Si vuole valutare il livello globale del linguaggio usato a fini sociali dal bambino con particolare interesse alla frequenza delle produzioni vocali dirette agli altri, alla presenza/assenza di parole e/o frasi idiosincrasiche o stereotipate non appropriate alla conversazione, alla presenza/assenza dell'uso del corpo dell'altro come strumento di comunicazione, all'uso del gesto deittico per richiedere e/o condividere l'attenzione su un oggetto, all'uso spontaneo dei gesti convenzionali e strumentali appropriati ad un contesto interattivo.

2) *Interazione sociale reciproca* — È intesa come la qualità dell'interazione sociale attraverso l'osservazione di alcuni comportamenti mostrati dal bambino durante la somministrazione delle scale ADOS. Tali comportamenti definiscono le modalità con cui il bambino è in grado di modulare socialmente lo sguardo e di usarlo in modo appropriato nei diversi contesti, il range di espressioni facciali dirette ad un'altra persona con lo scopo di comunicare affetto, il piacere e divertimento condiviso nell'interazione, la capacità di mostrare spontaneamente un oggetto ad un'altra persona, la richiesta spontanea del bambino di attenzione condivisa su un oggetto, l'uso dello sguardo o del gesto indicativo per dirigere l'attenzione dell'adulto su un oggetto distante, la qualità dei tentativi di iniziare l'interazione sociale.

Discussione dei dati

1. Il setting del Lausanne Trilogue Play Clinico è adattabile a famiglie con bambini con diagnosi di Disturbo dello Spettro Autistico?

Possiamo affermare che complessivamente questo risultato è stato ottenuto da quasi tutte le famiglie del gruppo e, sebbene con alcune eccezioni, l'obiettivo di partecipare al gioco è stato globalmente raggiunto. Questi genitori sono in grado di adottare efficaci strategie di framing e, dall'analisi dei filmati, si può affermare che nessuno manifesta una mancanza di disponibilità ad interagire oppure esclude il partner o il figlio dall'interazione.

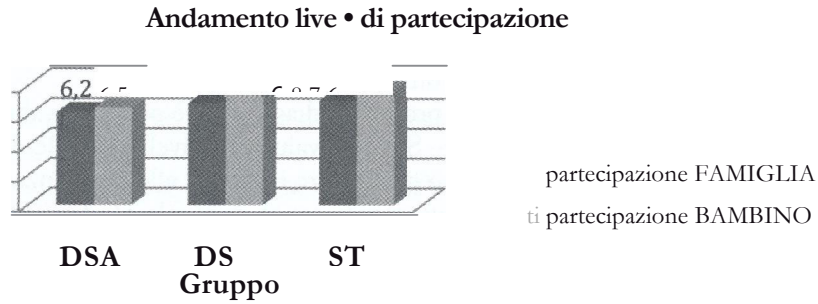
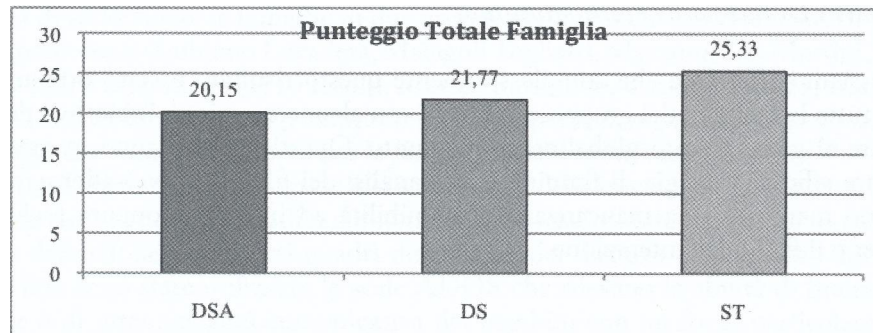


Figura 1. *Andamento dei livelli di partecipazione dei tre gruppi.*

Sebbene le famiglie del gruppo DSA manifestino difficoltà maggiori nel sostenere la partecipazione ($F_{(2,138)}=3,289$; $p=.040$ DSA.-5DSST) — rispetto agli altri due gruppi — possiamo affermare che il livello funzionale di base — essere disponibili ad interagire in gruppo — è presente in queste famiglie (Figura 1).

2. *La coordinazione delle famiglie con bambini con diagnosi di Disturbo dello Spettro Autistico (DSA) è diversa da quella delle famiglie con bambini con Disturbo dello Sviluppo (DS) o con Sviluppo Tipico (ST)?*

• Le famiglie dei 3 gruppi evidenziano lo stesso livello di coordinazione (range da 0 a 40)?



Famiglia: $F_{(2,138)}=9,513$; $p=.000$. DSA,DS<S

Figura 2. *Punteggi medi globali delle famiglie per l'intero gioco.*

I punteggi medi globali ottenuti dalle famiglie con bambini con diagnosi nello spettro autistico (DSA) — insieme a quelle dei disturbi dello sviluppo (DS) — si coor-

dinano in modo più disfunzionale rispetto alle famiglie con bambini che presentano sviluppo tipico [(ST) - $F_{(2138)}=9,513$; $p=,000$. DSA,DS<ST] (Figura 2).

La differenza tra i due gruppi clinici, invece, non è significativa; ciò sembra indicare che lo sviluppo di una buona coordinazione a livello familiare è più difficile in genere quando un bambino presenta uno sviluppo atipico. Ciò vuol dire che una disfunzionalità familiare può aggiungersi a quella evolutiva come fattore di rischio. Tuttavia, quando è stata analizzata la differenza dei punteggi individuali medi ottenuti dai bambini, il gruppo DSA è risultato significativamente più disfunzionale sia rispetto a quello DS che a quello ST ($F_{(2138)}=15,611$; $p=,000$ DSA<DS, ST).

• I livelli di coordinazione (alta e bassa) sono distribuiti in modo diverso nei gruppi?

Abbiamo voluto procedere ad una valutazione dimensionale suddividendo il campione in famiglie a bassa e famiglie ad alta coordinazione. L'andamento che si riscontra nei tre gruppi dello studio è illustrato nella Figura 3. Come si evince, riscontriamo la seguente distribuzione:

- nel Gruppo DSA: alta coordinazione 14,9% (N 21) — bassa coordinazione 33,3% (N 47);
- nel Gruppo ST: alta coordinazione 18,4% (N 26) — bassa coordinazione 12,1% (N 17);
- nel Gruppo DS: alta coordinazione 9,2% (N 13) — bassa coordinazione 12,1% (N 17).

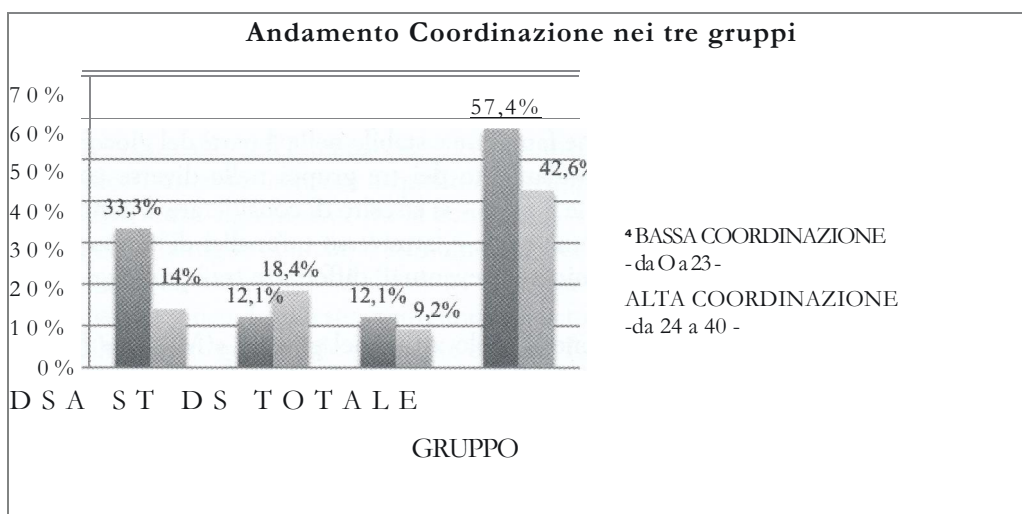


Figura 3. Classificazione delle famiglie in base ai livelli di coordinazione.

Dall'analisi effettuata con un test χ^2 (Tabella 2) è emersa un'associazione significativa tra l'appartenenza al gruppo DSA ed il livello di coordinazione familiare alto o basso. Lo stesso test ha evidenziato un'associazione significativa tra il livello alto di coordinazione familiare ed il gruppo di famiglie con bambini a sviluppo tipico. La *coordinazione familiare è significativamente più bassa nel gruppo con DSA* ($\chi^2_{(2)}=9,440$; $p=.009$). In particolare, nel gruppo a sviluppo tipico la frequenza di interazioni valutate come *funzionali* è più elevata rispetto a quanto ci si attenderebbe se la distribuzione fosse casuale (residuo standardizzato=1,8).

		COORDINAZIONE FAMILIARE			
		BASSA (0 a 23)	ALTA (24 a 40)	Totale	
Gruppo	DSA	N	47	21	68
		% within the group	69,1%	30,9%	100%
		%Totale	33,3%	14,9%	48,2%
	ST	N	17	26	43
		% within the group	39,5%	60,5%	100%
		%Totale	12,1%	18,4%	30,5%
	DS	N	17	13	30
		% within the group	56,7%	43,3%	100%
		%Totale	12,1%	9,2%	21,3%
Totale	N	81	60	141	
	% within the group	57,4%	42,6%	100%	
	%Totale	57,4%	42,6%	100%	

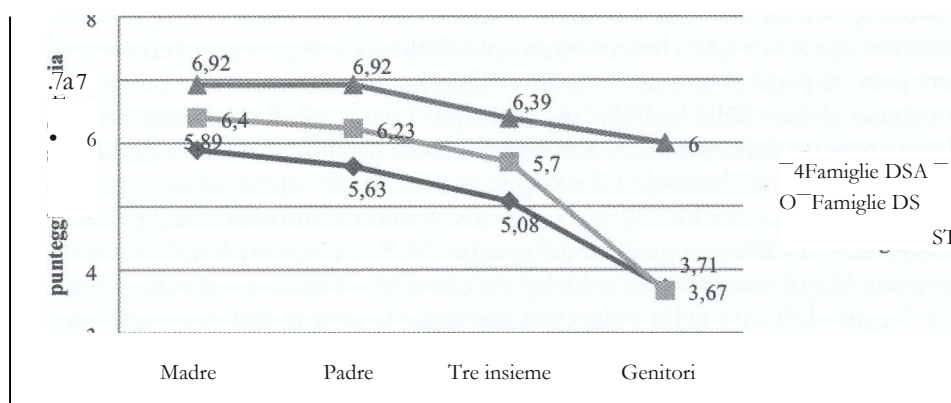
Tabella 2. *Distribuzione dei livelli di coordinazione all'interno di ciascun gruppo e tra i gruppi.*

■ Il livello di coordinazione familiare è stabile nelle 4 parti del gioco?

Al fine di confrontare l'andamento dei tre gruppi nelle diverse configurazioni familiari previste dall'LTP — le 4 parti — si è scelto di considerare il punteggio medio totale della famiglia in ciascuna parte e, attraverso un'analisi di varianza univariata (ANOVA), sono state determinate le eventuali differenze tra i punteggi riportati dai singoli gruppi.

Quando le madri assumono il ruolo attivo nel gioco — «(Madre — Figlio) + Padre» — l'andamento dei valori medi ottenuti dalla famiglia in ciascun gruppo sembra essere piuttosto omogeneo all'interno della stessa configurazione relazionale e non si presentano differenze significative tra i tre gruppi [DSA: M=5.89; ds 1,8 — [DS: M=6,4; ds 2,1] — EST: M=6.92; ds 1,5], come si può notare dalla Figura 4.

Andamento delle IV parti del LTPc

Figura 4. *Andamento dei 3 gruppi nelle IV parti del LTP.*

Nella parte in cui è il padre ad essere attivo — «(Padre — Figlio) + Madre» —, emerge una tendenza delle famiglie di bambini con sviluppo tipico [ST: M= 6,92; ds 1,5] ad una funzionalità maggiore se confrontati con quelli degli altri due gruppi [DSA: M= 5,63; ds 1,9] — [DS: M=6,23; ds 1,8]. Tale differenza non è tuttavia significativa. Questo dato può far ipotizzare che i padri del gruppo ST, quando assumono una funzione di guida e di sostegno nei confronti del figlio, siano in grado di seguire maggiormente l'iniziativa e le proposte del bambino e creare un clima affettivo più divertente rispetto ai padri degli altri due gruppi che potrebbero aver trovato come più gravoso l'impegno nella guida e nel sostegno del figlio e una preoccupazione maggiore per la prestazione.

Se si osservano i dati rilevati nella parte tre insieme — ovvero quando ogni membro della famiglia è coinvolto nell'interazione — il valore medio ottenuto dal gruppo DSA e DS è significativamente inferiore a quello del gruppo ST ($p=0.01$). Mentre non emerge una differenza significativa tra le configurazioni familiari del gruppo DSA e quello DS, nelle famiglie cliniche il bambino sembra catalizzare l'attenzione degli adulti che sono meno disponibili ad alternarsi nella guida del figlio e a condividere la trama narrativa del gioco. In queste configurazioni sembra venir meno la possibilità di creare un'alleanza co-genitoriale tra madre e padre. Le famiglie normative mostrano invece un buon livello di coordinazione e cooperazione, raggiungendo l'obiettivo della parte: "giocare insieme come una squadra" stabilendo un clima affettivo e sereno.

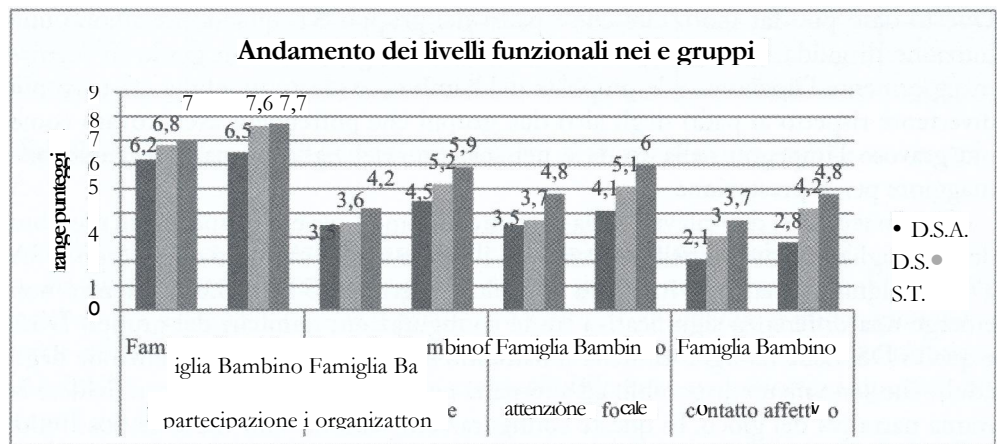
L'andamento dell'ultima parte del gioco triadico ci consente di riflettere accuratamente sulle dinamiche attuate dai tre gruppi di famiglie. In questa parte si chiede implicitamente al bambino di rispettare i confini dello spazio coniugale e di accettare l'esclusione, di essere autonomo e di proseguire l'attività di gioco. Al contempo i genitori devono consentire questa esclusione e definire uno spazio di coppia stabilendo un'interazione diretta tra loro.

Dall'analisi effettuata emerge che il gruppo DSA ed il gruppo DS differiscono significativamente dal gruppo ST nel modo in cui affrontano la quarta parte del gioco. I due gruppi clinici hanno un punteggio medio inferiore rispetto al gruppo normativo ($p=0.000$: DS $M=3,67$; $ds\ 2,0$ e DSA $M=3,71$; $ds\ 2,5$ vs ST $M= 6,0$; $ds\ 2,1$): tale dato indica che le famiglie cliniche hanno più difficoltà a raggiungere l'obiettivo della quarta parte rispetto al gruppo normativo. Quest'andamento si verifica non solo per il punteggio globale della famiglia, ma anche per i punteggi di ogni singolo membro nella quarta parte. Il bambino cerca di essere incluso nell'interazione tra i genitori che non sono in grado di riportarlo sul compito e sono troppo attenti ad ogni sua richiesta determinando un confine diffuso tra sottosistema cogenitoriale/coniugale e figlio.

Dall'analisi dei filmati i genitori del gruppo DSA non sempre hanno effettuato la transizione alla quarta parte e a volte la procedura non è stata completata: i bambini spesso hanno difficoltà nello sviluppare una propria attività ludica in autonomia e quindi i genitori si attivano per sostenerli interrompendo il loro dialogo.

■ Le famiglie sono diverse nel modo in cui modulano i 4 livelli funzionali?

Un secondo livello di analisi, per riconoscere ed individuare pattern familiari funzionali e disfunzionali, è stata la valutazione dell'andamento delle famiglie nelle quattro funzioni previste dallo strumento. Anche in questo caso nella Figura 5 sono presentati i risultati (media) dei punteggi globali ottenuti dai tre gruppi nella: 1) par-



tecipazione, 2) organizzazione, 3) attenzione focale e 4) contatto affettivo.

Figura 5. *Andamento dei 3 gruppi nelle IV funzioni del LTP.*

Abbiamo già evidenziato che, a livello della *partecipazione*, nessun genitore si è disimpegnato nel corso dell'attività e tutte le famiglie hanno accettato di realizzare il compito dell'LTP nel contesto di valutazione proposto, confermando che il setting previsto dalla procedura può avere una buona validità ecologica.

A livello dell'*organizzazione* si delinea una tendenza dei gruppi clinici a funzio-

nare in modo più disfunzionale rispetto al gruppo normativo, ma tutti i partecipanti sembrano in grado di assumere un ruolo coerente con: a) il sottosistema a cui appartengono (strutturante o evolutivo); b) le esigenze evolutive della fase che sta attraversando il nucleo familiare; c) la consegna e le diverse parti del gioco. Quest'ultimo aspetto è particolarmente rilevante perché si assume che *"la divisione in fasi del gioco rispecchia le diverse configurazioni che l'interazione spontanea della triade mostra anche fuori dalla situazione sperimentale o di valutazione"* (Malagoli, Mazzoni, 2006 - p. 72).

Proseguendo con l'esame dei livelli funzionali è stata riscontrata una differenza significativa tra il gruppo DSA ed i gruppi DS e ST nei livelli funzionali *dell'attenzione focale* e del *contatto affettivo*.

Rispetto al mantenimento di un focus attentivo comune, le famiglie DSA come quelle DS ottengono un punteggio medio significativamente inferiore al gruppo non clinico ($F_{(2138)} = 8,248$, $p = 0,000$ DSA, DS < ST).

Diversamente da quanto riscontrato nel gruppo di famiglie con bambini a sviluppo tipico, raggiungere un focus di attenzione congiunto può spesso rappresentare un'ardua sfida per le famiglie cliniche. *Nell'attenzione focale* si registrano in media punteggi bassi sia nelle madri, sia nei padri, sia nei figli dei gruppi clinici e questo trend è presente in tutte le categorie diagnostiche considerate.

Nel gruppo DSA si rilevano, nella funzione *"contatto affettivo"*, punteggi medi significativamente inferiori a quelli ottenuti dagli altri gruppi ($F_{(2)} = 10,000$ DSA < DS < ST).

Per il raggiungimento di un appropriato calore affettivo è molto importante, come dimostrano gli studi di McHale (2008), che ogni partner sia intenzionato a condividere le proprie emozioni positive con tutti gli altri partecipanti al gioco. A questo livello, l'osservazione si concentra sulle espressioni del volto dei partecipanti e sulla tonalità della voce, anche se si considera globalmente il comportamento prestando attenzione allo scambio degli sguardi e ad alcuni comportamenti non verbali, quali i contatti fisici che veicolano la comunicazione degli affetti che, nel gruppo dei DSA, sembrano proprio gli aspetti maggiormente compromessi.

3. *C'è una correlazione tra coordinazione familiare e gravità dei sintomi del disturbo dello spettro autistico?*

Un ultimo quesito che ci si è posti in questa indagine è stato quello di verificare se esiste una relazione tra la funzionalità della famiglia e la severità della sintomatologia del bambino valutata tramite l'ADOS. In generale, emerge che più i sintomi del bambino osservati con l'ADOS sono gravi, più il livello di coordinazione familiare è disfunzionale ($r = 0,46$; $p < 0,01$). Come si evince dalla Tabella 3, la variabile funzionalità familiare e quella relativa alla sintomatologia del bambino sono tra loro associate.

	LTP — Global Score			
	Padre	Madre	Bambino	Famiglia
ADOS - Global Score	-,157	-,105	-,518	-,461**

Tabella 3. *Correlazioni tra ADOS Totale e LTP Totali.*

La correlazione tra i punteggi ADOS ottenuti dai bambini ed i punteggi individuali del bambino all'LTP è significativa ($r=0,518$; $p.<0,01$): la severità dei comportamenti esibiti all'ADOS è dunque corrispondente con contributi non appropriati del bambino nel coordinarsi nell'esperienza condivisa con i genitori. Questo risultato è intuitivo: date le specifiche difficoltà dei bambini con DSA, non possiamo aspettarci che il bambino sia di sostegno ai genitori nell'interazione a tre. Tale competenza evolve fin dall'inizio della vita: è stata evidenziata già a tre mesi dal Gruppo di Lonsanna (Fivaz-Depeursinge, Corboz-Warner, 1999) ed è inerente alle competenze intersoggettive sia a livello primario, sia secondario (Trevarthen, 2001). Essendo stata rilevata la disfunzionalità intersoggettiva dei bambini con DSA (Venuti, 2003), possiamo intuire che essa si evidenzia durante l'LTP che richiede la condivisione dell'esperienza vissuta e quindi le competenze intersoggettive di ciascun componente del gruppo familiare. Se teniamo conto delle analisi che hanno confrontato la funzionalità del figlio, del padre e della madre, dobbiamo sottolineare che in generale i genitori non riescono a moderare le difficoltà del figlio per raggiungere una coordinazione familiare funzionale. È stata condotta, infatti, un'ANOVA con Disegno a Una Via sui punteggi del contatto affettivo (il livello funzionale più significativo nella gerarchia dei 4 livelli analizzati) dell'intero campione, al fine di esplorare le eventuali differenze tra madri, padri e bambini su questo Livello Funzionale. I risultati non hanno messo in evidenza differenze statisticamente significative tra i soggetti e quindi i padri ($M=3,65$; $ds=1,61$), le madri ($M=3,99$; $ds=1,46$) e i bambini ($M=3,72$, $ds=1,77$) presentano punteggi medi sul contatto affettivo del tutto sovrapponibili.

Rispetto alla relazione tra i livelli funzionali dell'LTP — partecipazione, organizzazione, attenzione focale e contatto affettivo — e i punteggi ottenuti all'ADOS dai bambini (Tabella 4), la correlazione è altamente significativa in particolare con *l'attenzione focale* ($r=0,497$; $p.<0,05$) e il *contatto affettivo* ($r=0,554$; $p.<0,05$). Questi risultati sembrerebbero essere in linea con i comportamenti atipici caratteristici dei disturbi dello spettro autistico. La capacità di attenzione focalizzata al compito e la competenza nell'entrare in contatto emotivo con gli altri partecipanti al gioco sembrano essere correlate alla gravità del disturbo del bambino: più è grave il sintomo, più alta è la disfunzionalità in questi livelli funzionali.

	LTP - Livelli Funzionali															
	Partecipazione				Organizzazione				Attenzione Focale				Contatto Affettivo			
	P	M	B	FAM	P	M	B	FAM	P	M	B	FAM	P	M	B	FAM
ADOS Global Score	,018	-,183	-,340*	-,271	-,072	,024	-,306*	-,340'	-,126	-,029	-,49r	-,489"	-,197	-,146	-,554"	-,632'

Tabella 4. Correlazioni tra ADOS Totale e LTP Livelli Funzionali.

	LTP - Parti del Gioco															
	Madre/Bambino + Padre				Padre/ Bambino + Madre				3 insieme				Madre/Padre + Bambino			
	P	M	B	FAM	P	M	B	FAM	P	M	B	FAM	P	M	B	FAM
ADOS Global Score	-,086	-,090	-,452"	-,312	-,055	,079	-,410"	-,355'	-,283	-,221	-,453"	-,473"	-,121	-,204	-,415"	-,217

Tabella 5. Correlazioni tra ADOS Totale e andamento delle IV parti del LTP

Anche la *partecipazione* al gioco familiare è in relazione alla compromissione del funzionamento del figlio ($r=0,340$; $p.<0.01$): la possibilità di essere incluso in un'attività e di essere orientato al compito è influenzata dalla qualità dell'interazione sociale reciproca e dalle abilità comunicative acquisite dal bambino. Inoltre, queste competenze sociali e relazionali influenzano non solo la capacità del bambino di assumere un ruolo coerente con le diverse parti del LTP e con la consegna ($r=0,306$; $p.<0.01$), ma incidono significativamente sul livello di *organizzazione* dell'intero nucleo familiare ($r=0,340$; $p.<0.01$).

Rispetto alle quattro configurazioni dell'LTP emerge che una grave compromissione dei comportamenti esibiti all'ADOS correla significativamente con la capacità del bambino di collaborare ed essere guidato nel corso dell'attività di gioco sia dalle madri ($r=0,452$; $p.<0.05$) sia dai padri ($r=0,410$; $p.<0.05$) e questo indipendentemente dal ruolo attivo del genitore (Tabella 5).

Inoltre, la gravità sintomatologica del bambino rappresenta un ostacolo non solo per il nucleo familiare che non è in grado di lavorare in modo appropriato durante la configurazione relazionale del "tre insieme" ($r=0,410$; $p.<0.05$), ma incide sul rapporto tra i coniugi che sono richiamati o interrotti dal bambino che manifesta comportamenti disadattivi durante l'ultima fase ($r=0,415$; $p.<0.05$).

In considerazione del compito specifico richiesto dallo svolgimento dell'LTP, si è deciso di valutare la scala dell'interazione sociale dell'ADOS e il punteggio all'LTP (Tabella 6).

	LTP — Global Score			
	Padre	Madre	Bambino	Famiglia
ADOS - Interazione Sociale	-,138	-,093	-,481"	-,436

Tabella 6. *Correlazioni tra ADOS Interazione Sociale e LTP ptg Totali.*

In tal caso è risultato che la capacità di condividere lo sguardo in modo socialmente modulato e la qualità dei tentativi del bambino ad iniziare l'interazione con i genitori influenzano negativamente il livello di coordinazione familiare ($r=0,436$; $p.<0.05$). Queste difficoltà costituiscono soprattutto nella parte "tre insieme" ($r=0,464$; $p.<0.05$) un fattore di criticità per la circolarità degli affetti ($r=0,568$; $p.<0.05$) e la condivisione del focus attentivo nell'attività di gioco della famiglia ($r=0,446$; $p.<0.05$).

Conclusioni

In base ai risultati esposti, si può affermare che l'applicazione della procedura osservativa LTP è utile ad evidenziare diversi pattern di interazione nella famiglia osservata come insieme e nei diversi sottosistemi del contesto clinico dedicato all'ac-

coglienza del bambino con disturbo dello spettro autistico e della sua famiglia. In tale prospettiva, i clinici potrebbero usare la procedura per condividere la valutazione con la famiglia — ad esempio usando sedute di video feedback — e per organizzare interventi di parent training monofamiliare o di gruppo.

Le famiglie con bambini con diagnosi di Disturbo dello Spettro Autistico possono essere invitate a svolgere il compito dell'LTP che consente la valutazione e osservazione della qualità delle interazioni. Infatti, nei tre gruppi considerati il livello della partecipazione raggiunge un valore medio più alto rispetto alle altre funzioni dell'LTP. Si registra un andamento omogeneo in tutti i componenti della famiglia e la disponibilità ad essere tutti inclusi in un gioco è stata possibile anche nelle famiglie di bambini con DSA. Anche se molti genitori erano perplessi sulla possibilità del figlio di partecipare al gioco, la partecipazione è stata sufficientemente appropriata nella maggior parte dei casi.

La coordinazione familiare — che può essere considerata come un indicatore dell'intersoggettività collettiva — è più bassa nelle famiglie con Disturbo dello Spettro Autistico anche in confronto alle famiglie con bambini con Disturbo dello Sviluppo (linguaggio e apprendimento). Dunque ci troviamo di fronte ad un fattore di rischio aggiuntivo rispetto al disturbo di sviluppo dei bambini con DSA.

Tuttavia le famiglie con DSA possono mostrare risorse sia nel promuovere la partecipazione ad un'esperienza condivisa, sia nel rispettare i diversi ruoli (organizzazione): i sintomi del bambino, infatti, vengono spesso moderati dai genitori e le famiglie, seppur tendenzialmente più disfunzionali delle altre, garantiscono livelli accettabili di appropriatezza nella partecipazione e nella organizzazione.

La disfunzionalità è specificamente connessa alle funzioni dell'attenzione condivisa e del contatto affettivo nella famiglia, funzioni familiari che sono correlate alla gravità dei sintomi del bambino nell'interazione sociale. Occorre ricordare che la condivisione emotiva può configurarsi come un fattore di protezione per la circolarità degli affetti in situazioni in cui il linguaggio verbale può essere un ostacolo alla comunicazione o quando si verificano eventi sociali che per un bambino con DSA possono essere di difficile interpretazione. Il linguaggio non verbale può diventare un veicolo di comunicazione più efficace di quello verbale, così come le espressioni del viso possono essere utilizzate come rassicurazioni o per comprendere meglio l'accaduto (Maurice, 2005; Rogers, 2010).

Le famiglie cliniche manifestano difficoltà nella capacità di porre attenzione agli interventi degli altri e nel co-costruire una trama narrativa del gioco che si snoda attraverso momenti più o meno organizzati, ma mantiene un'idea di continuità. Nell'ottica di individuare fattori protettivi a sostegno di queste famiglie, il mantenimento di un focus attento comune riveste una particolare importanza per la condivisione dei significati che può condurre alla condivisione degli affetti che connotano l'esperienza condivisa. La funzione dell'attenzione focale e il contatto affettivo richiedono una maggior coordinazione alla famiglia, rispetto alle funzioni precedenti: non è solo importante che ognuno presti attenzione al gioco, ma anche che l'attenzione di tutti sia focalizzata contemporaneamente sugli stessi elementi dell'interazione.

Come in un circolo vizioso, le difficoltà del bambino nell'interazione sociale pos-

sono influenzare negativamente i genitori e la companionship (Trevvarthen, Aitken, 2001; Venuti, 2012). La disfunzionalità familiare è correlata ai sintomi del bambino, ma non sempre: la gravità dei sintomi influenza i genitori quando devono guidare il figlio nella parte "tre insieme" e nella funzione dell'attenzione condivisa e del contatto affettivo.

I risultati sono particolarmente utili nella riflessione sulle linee guida per gli interventi di sostegno alla genitorialità quando la famiglia si confronta con le sfide proposte dai figli con diagnosi nello spettro autistico.

Gli interventi di riabilitazione specifica potrebbero essere considerati come interventi di *Remediation* (Sameroff, 2004) attraverso i quali i genitori diminuiscono il loro stress e diventano più funzionali a livello interpersonale. Se il supporto alla famiglia è offerto insieme alla riabilitazione specifica, tuttavia, potrebbero essere incrementati fattori di protezione a livello familiare che l'LTP ha operazionalizzato in termini di coordinazione familiare e di diversi livelli funzionali. Si eviterebbe così che, oltre ai fattori di rischio per lo sviluppo connessi ai disturbi dello spettro autistico, si aggiungano fattori di rischio a livello della funzionalità familiare. Seguendo Sameroff (2004), ciò significa che l'intervento di sostegno alla genitorialità potrebbe orientarsi sia come intervento psicoeducativo (*Reeducation*) sia, laddove si rivelasse necessario, come intervento psicoterapeutico (*Redefinition*).

L'LTP, inoltre, focalizza i pattern interattivi e la comunicazione nella famiglia ed è particolarmente adatto a coinvolgere i genitori in una valutazione partecipe del loro ruolo nell'interazione: a seguito della partecipazione al gioco, è possibile coinvolgere i genitori in una sessione di video feedback e sviluppare la loro capacità di riflettere sulle relazioni cui partecipano ed aumentare la loro empatia e comprensione delle iniziative interattive dei figli. Tale lavoro, pur essendo concepito in termini di psicoeducazione, favorisce l'emergenza — laddove necessario — di una domanda di aiuto focalizzata su aspetti delle rappresentazioni di Sé, dell'altro e della relazione solitamente oggetto d'interesse di interventi psicoterapeutici.

Riassunto Nell'ottica dell'intersoggettività è possibile ipotizzare l'esistenza di un'intersoggettività collettiva che consente al bambino di interagire precocemente con entrambi i genitori e condividere un'esperienza a *livello familiare*. Tale coordinazione familiare si realizza grazie a diversi livelli funzionali: *partecipazione, organizzazione, attenzione focale e contatto affettivo*. L'articolo presenta e discute alcuni risultati ottenuti attraverso l'applicazione del Lausanne Trilogue Play clinico nel caso in cui il bambino ha un Disturbo dello Spettro Autistico (DSA). Le famiglie hanno potuto partecipare allo svolgimento di un compito condiviso (LEGO), ma diversi tipi di coordinazione disfunzionale sono stati evidenti a livello *dell'organizzazione dei ruoli, dell'attenzione focale e del contatto affettivo*. Considerando i punteggi globali della *coordinazione familiare*, sono state evidenziate molte correlazioni: più è grave la sintomatologia osservata nel bambino (ADOS), più la coordinazione familiare è disfunzionale. La correlazione è particolarmente alta (< 0.01) nella parte in cui entrambi i genitori giocano insieme al figlio regolando le loro interazioni ed accettando l'alternanza dell'attenzione: la disfunzionalità familiare è in questo

caso fortemente connessa alla gravità dei sintomi del bambino. In altre parti del gioco, in cui un genitore gioca e l'altro è solo un osservatore, le famiglie possono essere funzionali nonostante la gravità dei sintomi del bambino. Inoltre, alcuni casi evidenziano una tendenza controintuitiva: ad esempio alta funzionalità del bambino/bassa funzionalità della famiglia. La discussione focalizza l'impatto dell'osservazione della famiglia e dei suoi risultati per la valutazione clinica e gli interventi volti a considerare i fattori di rischio e di protezione a livello familiare.

Parole chiave Intersoggettività — Coordinazione familiare — Disturbi dello spettro autistico.

Bibliografia

- AITKEN K.J., TREVARTHEN C. (1997), Self/other organization in human psychological development, *Development and Psychopathology*, 9: 653-677.
- DAPRETTO M., DAVIES M.S., PFEIFER J.H., SCOTT A.A., SIGMAN M., BOOKHEIMER S.Y., IACOBONI M. (2006), Understanding emotions in others: mirror neuron dysfunction in children with autism spectrum disorders, *Nat. Neurosci.*, 9: 28-30.
- DAVIS N.O., CARTER A. (2008), Parenting Stress in Mothers and Fathers of Toddlers with Autism Spectrum Disorders: Associations with Child Characteristics, *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 38: 1278-1291.
- DI RENZO M., MAZZONI S. (2011), *Sostenere la relazione genitori-figlio nell'autismo. L'osservazione tramite il Lausanne Trilogue Play Clinico*, Roma, Edizioni Magi.
- FAVEZ N., FRASCAROLO F., CARNEIRO C., MONTFORT V., CORBOZ-WARNERY A., FIVAZ-DEPEURSINGE E. (2006), The development of the family alliance from pregnancy to toddlerhood and children outcomes at 18 months, *Infant and Child Development*, 15,1: 59-73.
- FIVAZ DEPEURSINGE E., CORBOZ-WARNERY A. (1999), *The Primary Triangle [Il triangolo primario. Le prime interazioni triadi tra padre, madre e bambino]*, Milano, Raffaello Cortina Editore, 2000.
- FIVAZ-DEPEURSINGE E., FAVEZ N., LAVANCHY S., DE NONI S., FRASCAROLO F. (2005), Four-month-olds Make Triangular Bids to Father and Mother During Trilogue Play with Still-face, *Social Development*, 14, 2:361-378.
- FIVAZ-DEPEURSINGE E., FAVEZ N. (2006), Exploring Triangulation in Infancy: Two Contrasted Cases, *Family Process*, 45,1: 3-18.
- FIVAZ-DEPEURSINGE E., FRASCAROLO F., LOPES E., DIMITROVA N., FAVEZ N. (2007), Parents — child role reversal in trilogue play: Case studies of trajectories from pregnancy to toddlerhood, *Attachment & Human Development*, 9,1: 17-31.
- FIVAZ-DEPEURSINGE E., LAVANCHY-SCAIOLA C., FAVEZ N. (2010), The Young Infant's Triangular Communication in the Family: Access to Threesome Intersubjectivity? Conceptual Considerations and Case Illustrations, *Psychoanalytic Dialogues: The International Journal of Relational Perspectives*, 20, 2: 125-140.
- GALLESE V. (2007), Before and below 'theory of mind': embodied simulation and the neural correlates of social cognition, *Phil. Trans. R. Soc.*, 362: 659-669.

- HASTINGS R.P., BROWN T. (2002), Behavior problems of children with autism, parental self-efficacy, and mental health, *American Journal on Mental Retardation*, 107, 3: 222-232.
- LEVI G. (1995), Prognosi e diagnosi di sviluppo in neuropsicologia dell'età evolutiva, in G. Sabbadini, *Manuale di neuropsicologia dell'età evolutiva*, Bologna, Zanichelli.
- LEVI G. (2007), I disturbi del bambino sono trasformabili? Moduli, connessioni, realtà rappresentazionale, *Psichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza*, 74: 451-458.
- LORD C., RUTTER M., DI LAVORE P.C., RISI S. (1998), *Autism Diagnostic Observation Schedule*, Los Angeles, Western Psychological Services.
- LUBRANO LAVADERA A., MAZZONI S., MALAGOLI TOGLIATTI M., SAN MARTINI P. (2007), LTPc: attendibilità di un metodo di osservazione diretta delle relazioni familiari, *Rivista di studi familiari*, 2.
- MALAGOLI TOGLIATTI M., MAZZONI S. (2006), *Osservare, valutare e sostenere la relazione genitori-figli*, Milano, Raffaello Cortina Editore.
- MAURICE C., GREEN G., LUCE S.C. (2005), *Intervento precoce per bambini con autismo*, Parma, Edizioni Junior.
- MAZZONI S. (2012), Symposium 2: Family interactions: Protective and risk factors associated with severe developmental problems, *Infant Mental Health Journal, Supplement*, 33, 3.
- MAZZONI S., MATTEI E., SAVASTANO M., CASTELLINA I. (2011), La famiglia a confronto con il disturbo dello spettro autistico, in M. Di Renzo, S. Mazzoni, *Sostenere la relazione genitore-figlio nell'autismo. L'osservazione tramite il Lausanne Trilogue Play*, Roma, Edizioni Magi.
- MCHALE J. (2010), *La sfida della cogenitorialità*, Milano, Raffaello Cortina Editore.
- MCHALE J., FIVAZ DEPEURSINGE E., DICKSTEIN S., ROBERTSON J., DALEY M. (2008), New Evidence for the Social Embeddedness of Infants' Early Triangular Capacities, *Family Process*, 47, 4: 245-263.
- RIZZOLATTI G., FABBRI-DESTRO M. (2010), Mirror neurons: from discovery to autism, *Exp. Brain Res.*, 200: 223-237.
- ROGERS S., DAWSON G. (2010), *Early Start Denver Model: intervento precoce per l'autismo*, Torino, Edizioni Omega.
- SAMEROFF MCDONOUGH S.C., ROSENBLUM K.L. (a cura di) (2004), *Il trattamento clinico della relazione genitore-bambino*, Bologna, Il Mulino, 2006.
- SILLER M., SIGMAN M. (2002), The behaviors of parents of children with autism predict the subsequent development of their children's communication, *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 32: 77-89.
- STERN D.N. (2005), *Il momento presente*, Milano, Raffaello Cortina Editore.
- TREVARTHEN C., AITKEN K.J. (2001), Infant Intersubjectivity: Research, Theory and Clinical Applications, *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 42, 1: 3-48.
- VENUTI P. (2003), *L'autismo. Percorsi di intervento*, Roma, Carocci Editore.
- VENUTI P. (2012), *Intervento e riabilitazione nei disturbi dello spettro autistico*, Roma, Carocci Editore.