

Cambiamenti comportamentali nei bambini con disturbo dello spettro autistico durante il lockdown

Abstract

I disturbi dello spettro autistico (ASD) sono caratterizzati da difficoltà nell'interazione sociale e comunicazione reciproca verbale e non verbale (Christensen et al., 2018). In determinate circostanze, ad esempio durante un periodo di pandemia, quando il distanziamento sociale diventa obbligatorio per tutti, sia le famiglie che i bambini con ASD non sono supportati fisicamente dai loro terapisti e non possono partecipare a terapie esterne. Qui, abbiamo studiato i principali cambiamenti clinici rilevati dai genitori dei bambini con ASD durante il primo mese di lockdown. Le famiglie di 63 bambini ASD sono state intervistate attraverso questionari standardizzati, a febbraio e aprile 2020, e i risultati hanno evidenziato un aumento dei comportamenti ristretti e ripetitivi in circa il 30% del campione; aumentati anche l'irrequietezza motoria e i disturbi del sonno, con maggiore irritabilità e sbalzi di umore. Non sono emersi invece cambiamenti nelle autonomie personali di cura di sé, nella sensorialità olfattiva e gustativa e nell'aggressività auto o etero-diretta. A fronte di un innegabile impatto negativo che la quarantena possa avere sul benessere psicosociale dei bambini, va comunque sottolineato che aver mantenuto con le famiglie una continuità di counseling genitoriale (anche se è on line e non in presenza), le ha sostenute nel ridefinire i significati dei cambiamenti comportamentali dei bambini, cercando di comprenderne la funzionalità adattiva.

Introduzione

La pandemia da COVID-19 ha previsto che molti governi dichiarassero decreti sulle misure restrittive da adottare, al fine di impedirne la diffusione più ampia. Per genitori e figli, stare a casa è stata una di queste misure, e ciò ha riguardato anche le famiglie con un bambino con disturbo dello

spettro autistico (ASD). Prima della pandemia la maggior parte dei bambini con ASD era inserita in programmi di riabilitazione più o meno intensivi, sia domiciliari che presso ospedali e istituti dedicati. Tuttavia, al momento, a causa delle misure di contenimento del contagio, sia le famiglie che i bambini ASD non hanno potuto essere supportati fisicamente dai loro terapisti, né hanno potuto ricevere terapie domiciliari o ambulatoriali (Narzisi, 2020). Alle strutture sanitarie infatti, è stato indicato di fornire solo cure mediche “di emergenza” e le persone con altri problemi di salute, compresi i problemi di salute mentale, avrebbero dovuto attendere che la situazione relativa a Covid-19 migliorasse. Pertanto, le persone con problemi di salute mentale cronica che necessitavano di cure mediche regolari, non potevano accedervi, poiché non erano in una condizione considerata “di emergenza”. Cassidy et al. (2020) hanno pubblicato quanto emerso da una tavola rotonda dal titolo “An Expert Discussion on Autism in the COVID-19 Pandemic”, nella quale sono riassunte anche le principali Organizzazioni Internazionali che si stanno occupando di creare linee guida nei rispettivi Paesi (ne sono un esempio il National Autistic Society degli United Kingdom, The Autism Society of America United States). Tutti concordano sul fatto che affrontare l'incertezza, i cambiamenti nella routine, la perdita di meccanismi di coping di vecchia data, un maggiore isolamento sociale e la mancanza di contatti personali, siano fattori di rischio importanti causati dal distanziamento fisico. A ciò si aggiunge la possibile riacutizzazione o aumento di problemi di salute mentale concomitanti, inclusa l'ansia. Gli esperti inoltre temono che il razionamento delle risorse sanitarie possa discriminare le persone con disabilità confondendo le misure di fragilità con le sfide funzionali legate alla disabilità.

In Italia, indipendentemente dal tipo di terapia seguita, i percorsi riabilitativi a cui anche i bambini ASD accedono, sono solitamente focalizzati, tra le altre cose, anche sul sostegno genitoriale nella gestione dei sintomi tipici dell'autismo, sulla stimolazione delle abilità sociali e comunicative del bambino. È probabile che la quarantena domestica e la chiusura delle strutture diurne abbiano avuto un impatto negativo sul loro esito clinico con un rischio di aggravamento dei sintomi e persino una

ricaduta. Dover rimanere a casa non solo potrebbe rappresentare un fattore di rischio per i progressi negli sviluppi delle abilità sociali, ma potrebbe causare una riduzione di autonomie e fiducia in se stessi. (Chaturvedi, 2020).

C'è dunque il rischio che alcuni bambini con grave sintomatologia autistica non stiano comprendendo cosa stia succedendo, perché la loro scuola non sia più accessibile, perché le loro routine siano saltate. Per cui, alcuni di loro potrebbero avere difficoltà ad adattarsi ai cambiamenti nel proprio ambiente.

Le caratteristiche intrinseche dell'autismo (deficit nella comunicazione sociale e nell'interazione sociale, comportamenti, interessi o attività ristretti e ripetitivi) e la coesistenza di co-morbilità neurologiche, psichiatriche e mediche (Christensen et al., 2018) rendono le persone nello spettro autistico una popolazione più fragile di altre, che necessita di massima attenzione nell'ambito delle strategie di prevenzione e controllo dell'epidemia COVID-19. L'Istituto Superiore di Sanità (ISS, 2020) ha emanato delle raccomandazioni importanti affinché che le misure attualmente in essere (es. distanziamento sociale) e gli eventi in corso, anche quelli più negativi (es. genitore sintomatico in casa o sua ospedalizzazione) vengano descritti ai bambini con ASD attraverso l'uso di un linguaggio e di termini concreti ed evitando di fare ricorso a frasi astratte o all'uso di metafore, e/o attraverso l'uso di strumenti di comunicazione aumentativa (Logan, Iacono & Trembath, 2017). Alcuni di loro potrebbero avere difficoltà ad esprimere in modo articolato come si sentono rispetto ai cambiamenti inaspettati. Per alcuni, queste difficoltà di comunicazione possono essere anche associate a problemi della comunicazione recettiva ed espressiva, a limitate capacità verbali o non verbali, a difficoltà di prospettiva e/o a deficit di comunicazione sociale. La paura, la frustrazione e la preoccupazione possono essere espresse attraverso comportamenti, come ad esempio un cambiamento del ritmo sonno/veglia o dell'alimentazione, un aumento dei comportamenti ripetitivi, un'eccessiva preoccupazione o ruminazione, un aumento dell'agitazione o dell'irritabilità o una diminuzione della cura di sé (Hume et al., 2020). Potrebbe verificarsi che le persone con ASD

accedano agli schermi (televisione, tablet, smartphone) più spesso e per periodi più lunghi della giornata. L'interruzione dell'utilizzo di un dispositivo o la transizione da un dispositivo all'altro, soprattutto dopo un periodo di uso prolungato, può essere molto difficile da gestire. In particolare, la rigidità e l'inflessibilità di alcune persone nello spettro autistico possono rendere queste transizioni particolarmente problematiche (ISS, 2020).

Obiettivo di questo studio è quello di indagare, attraverso un'intervista strutturata con i genitori, i principali cambiamenti percepiti nella sintomatologia autistica del proprio bambino, durante questo primo mese di quarantena imposta dai decreti governativi italiani, per far fronte al COVID-19.

Con la presente ricerca, abbiamo voluto indagare i seguenti quesiti: 1) verificare la presenza di miglioramenti o peggioramento dei sintomi tipici dell'autismo, ad esempio comportamenti ristretti e ripetitivi, manierismi e stereotipie; 2) indagare eventuali cambiamenti nell'autonomia di cura di sé dei bambini; 3) verificare eventuali cambiamenti nei livelli di eccitabilità di iperattività, resistenza ai cambiamenti e regolazione del ritmo sonno-veglia), nei problemi comportamentali generali (aggressività e irritabilità) e nel profilo sensoriale (sensibilità olfattiva e gustativa).

Metodo

Partecipanti

Sono stati reclutati nella ricerca 63 famiglie con bambini (8 femmine e 55 maschi) di età compresa tra i 2.7 e i 9.4 anni, con una diagnosi di disturbo dello spettro autistico (ASD) (Vedi tabella 1). Il 36.5% ha un livello di gravità diagnostica lieve; il 38.1% un livello moderato e il 25.4% un livello severo. Rispetto al livello di sviluppo linguistico, il 28.6% presenta assenza di linguaggio, il 22.2% produce singole parole, il 20.6% presenta una struttura frasale telegrafica, il 28.6% una struttura frasale completa.

Il 92% dei bambini sono di origini italiane; il restante 8% ha famiglie provenienti da Afghanistan, Camerun, Filippine, Perù e Romania. Il 33% dei bambini è figlio unico, il 57% ha un fratello/sorella, l'8% ha altri 2 fratelli e il 2% ha 4 fratelli.

Tutti i bambini erano inseriti nel progetto terapeutico Tartaruga (modello DERBBI) per il disturbo dello spettro autistico (Di Renzo et al., 2020). DERBBI è l'acronimo di Developmental, Emotional Regulation e Body-Based Intervention e si focalizza sulle interazioni comunicative con i bambini; è mediata dal terapeuta e dal caregiver che aiutano il bambino a regolare le proprie reazioni di fronte a stimoli esterni o interni che possono essere percepiti come disturbanti o dannosi. La caratteristica specifica di questo intervento è l'uso del corpo del terapeuta come strumento di comunicazione, al fine di arricchire uno scambio emotivo nella diade (per ulteriori dettagli si veda Di Renzo, 2007; Di Renzo et al., 2020).

	Media (ds)	Range
Età bambino, anni	5.9 (1.7)	2.7-9.4
Età_inizio_terapia, mesi	34 (7.8)	21-55
Durata_terapia, mesi	38.9 (20.1)	4-82
Quoziente Intellettivo	84.3 (16.3)	44-112

Table 1. Caratteristiche del campione di studio

Procedure

Sono stati coinvolti in questo studio i genitori di bambini con ASD, inseriti in un progetto di riabilitazione dell'IdO (Istituto di Ortofonia) da circa 3 anni, dopo aver ricevuto una diagnosi di ASD in centri accreditati o in servizi territoriali a Roma (Italia). Da marzo ad aprile 2020 i bambini hanno dovuto sospendere il programma di riabilitazione; invece, i genitori hanno continuato ad effettuare incontri settimanali di consulenza telefonica e via skype con gli psicologi del servizio. I genitori sono stati contattati telefonicamente ed è stato programmato un successivo appuntamento telefonico di 40 minuti. Gli psicologi hanno effettuato le chiamate tra il 10 e il 14 aprile 2020 (T1). Hanno spiegato ai genitori gli scopi della ricerca e che durante le chiamate avrebbero discusso del benessere generale dei loro figli attraverso una serie di questionari, che erano stati loro proposti

anche nel febbraio 2020 (T0), durante il periodico controllo di follow up. Nessun genitore ha rifiutato di partecipare alla ricerca; le interviste telefoniche sono state condotte solo con le madri.

Strumenti

ABAS-II. L'Adaptive Behavior Assessment System-II (ABAS-II) è una misura del comportamento adattivo. Il questionario per genitori di ABAS-II (Harrison, P., & Oakland, 2003) indaga 9 aree di abilità adattive fornite informazioni nelle aree di abilità ($M = 10$; $SD = 3$). In questo studio ai genitori è stata assegnata la sottoscala "Cura di sé", sotto forma di intervista strutturata.

ASDBI - ASD Behavior Inventory (Cohen & Sudhalter, 2005; versione italiana di Emberti Gialloreti & Benassi, 2014) è una scala di valutazione standardizzata per genitori; è stata progettata per includere sottoscale separate che valutano in modo indipendente diversi tipi di comportamenti disadattivi o adattativi. In questo studio sono state somministrate le seguenti sottoscale disadattive (punteggi più alti indicativi maggiori problemi comportamentali): 1) Problemi di eccitabilità, ossia valutazione di iperattività, resistenza ai cambiamenti e problemi di regolazione del sonno; 3) Aggressività, valutazione dell'aggressività sia auto che etero diretta, insieme a umore generale e irritabilità.

Short Sensory Profile (SSP)

Lo Short Sensory Profile (McIntosh, Miller, & Shyu, 1999) è un questionario derivato dal Sensory Profile (Dunn, 1999). È composto da 38 item suddivisi in domini corrispondenti 7 diverse aree, che permettono di rilevare come il bambino ASD modula gli input sensoriali attraverso i sistemi sensoriali e quali risposte comportamentali ed emotivi sono associate all'elaborazione sensoriale. In questo studio è stata somministrata solo la sottoscala Sensibilità Olfattiva/Gustativa.

I genitori sono invitati a indicare la frequenza con la quale il loro bambino mette in atto i vari

comportamenti sensoriali. I punteggi sono assegnati, su scala Likert a cinque punti, e vanno da “sempre = 0”, a “spesso = 1”, a “a volte = 2” a “raramente = 3” a “mai = 4”. Punteggi bassi sono indicativi di comportamenti disfunzionali frequenti. Le categorie di comportamenti che emergono possono essere classificate in “prestazioni tipiche”, “prestazioni a rischio” o “prestazioni atipiche”. Il Sensory Profile è stato standardizzato su 1200 bambini; la versione Breve che da esso origina, ha un'affidabilità di .90 e una validità discriminante > 95% nell'identificare bambini con e senza disfunzioni sensoriali; ha una coerenza interna dei fattori all'interno della scala va da .70 a .90.

Statistiche

Al fine di valutare le variazioni dei punteggi ottenuti dai bambini tra T0 (febbraio 2020) e T1 (aprile 2020), sono state condotte le analisi della varianza unifattoriale (ANOVA) e multivariata (MANOVA) per misure ripetute. La dimensione dell'effetto è stata calcolata usando l'eta quadro parziale; per cui $\eta^2 = 0.02$ è considerato un piccolo effetto, 0.13 un effetto medio e 0.23 a grande effetto (Pierce, Block e Aguinis, 2004). Al fine di analizzare i cambiamenti nel tempo delle misure basate su variabili categoriali, è stata effettuata un'analisi del Chi-quadrato. Il livello di significatività è stato fissato a $P < 0.05$. Sono state eseguite tutte le analisi statistiche utilizzando la versione 21.0 di SPSS.

Risultati

Cambiamenti nei sintomi tipici dell'autismo

Rispetto al primo obiettivo, ossia verificare la presenza di miglioramenti o peggioramento dei sintomi tipici dell'autismo, ad esempio comportamenti ristretti e ripetitivi, manierismi e stereotipie, è emerso che il 33.6% dei genitori (21 su 63) ha segnalato l'intensificarsi, nell'ultimo mese, di sintomi tipici dell'autismo: il 14% (9 su 63) ha rilevato un aumento dei comportamenti ristretti e

ripetitivi, l'1.6% (1 su 63) l'aumento di manierismi, il 14% (9 su 63) l'aumento di stereotipie motorie e il 3.2% (2 su 63) di stereotipie vocali.

Cambiamenti nelle autonomie di Cura di sé

Rispetto al secondo obiettivo, ossia indagare eventuali cambiamenti nell'autonomia dei bambini, i genitori non segnalano cambiamenti, nell'ultimo mese, nelle autonomie relative alla Cura di sé (sottoscala dell'ABAS-2 riguardante l'uso del WC, le autonomie nel lavarsi e nel vestirsi) ($F=3.169$; $p = .08$).

Cambiamenti nei comportamenti maladattivi e sensoriali

Rispetto al terzo obiettivo, ossia verificare eventuali cambiamenti nei comportamenti maladattivi, come è illustrato in Tabella 2, i genitori riportano un aumento significativo dei punteggi alle sottoscale dell'ASDBI, per cui si rileva un peggioramento nei livelli di eccitabilità del bambino, che si esprime sia attraverso l'aumento di comportamenti di Iperattività, quali irrequietezza motoria, agitazione, tendenza a girare a vuoto nella stanza ($F=49.00$; $p < .01$; $\eta^2 = .44$), che nella Resistenza ai cambiamenti ($F=11.698$; $p < .01$; $\eta^2 = .16$), che nei Problemi di regolazione del sonno, caratterizzati dalla difficoltà di addormentamento, presenza di risvegli notturni, risvegli precoci o difficoltà nello svegliarsi ($F=15.645$; $p < .01$; $\eta^2 = .20$).

L'analisi dei dati mostra anche significativi peggioramenti nell'area dell'Aggressività, e in particolare nell'Umore (si spaventa senza apparente motivo, si arrabbia o piange all'improvviso, cambia umore rapidamente) ($F=11.737$; $p < .01$; $\eta^2 = .16$), nell'Irritabilità (fa i capricci, è difficile da accontentare, non si calma facilmente) ($F=26.481$; $p < .01$; $\eta^2 = .30$),

All'interno dell'area Aggressività, non vengono invece rilevati cambiamenti nei comportamenti di Autoaggressività ed Eteroaggressività (colpisce, graffia, morde sé stesso o gli altri).

Infine, i genitori non percepiscono cambiamenti significativi dei bambini nella Sensibilità olfattiva/gustativa (sottoscala dello Short Sensory Profile) (vedi Tabella 2).

Sono state inserite come covariate le variabili età del bambino ($P = .82$), gravità della sintomatologia autistica ($p = .53$) e quoziente intellettivo del bambino ($P = .52$), ma nessuna di queste è risultata significativa, ad indicare che le variazioni rilevate nel tempo sono indipendenti da tali variabili.

Test	Sottoscala	T0	T1	F	P	η^2
ABAS-II	Cura di sé	2.1	2.2	3.169	.08	/
ASDBI	Iperattività	1.0	1.4	49.00	<.01	.44
	Resistenza ai cambiamenti	0.7	0.9	11.698	<.01	.16
	Problemi di sonno	0.4	0.8	15.645	<.01	.20
	Umore	0.4	0.6	11.737	<.01	.16
	Irritabilità	0.9	1.3	26.481	<.01	.30
	Autoaggressività	1.6	1.7	0.219	.64	/
	Eteroaggressività	0.4	0.5	3.189	.08	/
SSP	Sensibilità olfattiva/gustativa	3.6	3.5	3.253	.08	/

Table 2. Differenza tra le medie dei punteggi alle sottoscale dell'ASDBI e alla sottoscala Cura di Sé dell'ABAS-II

Legenda. ABAS-II: Adaptive Behaviour Assessment System. ASDBI: Autism Spectrum Disorder Behavior Inventory; SSP: Short Sensory Profile. T0 = febbraio/marzo 2020; T1= aprile 2020

Valutazione qualitativa dei comportamenti maladattivi

Dall'analisi della distribuzione in frequenza dei singoli item, emerge che nella sottoscala Iperattività, la percentuale di bambini che mostra SPESSE difficoltà, è aumentata significativamente in tutti e quattro gli item che compongono la sottoscala (Tabella 3). Anche nelle aree di Reazioni ai cambiamenti, e dei problemi di Sonno la percentuale di bambini che mostra SPESSE difficoltà è aumentata significativamente in questo ultimo mese, sia nell'addormentamento che nei risvegli.

Infine, anche nelle aree Umore e Irritabilità, la percentuale di bambini che mostra SPESSE difficoltà è aumentata significativamente, soprattutto rispetto allo spaventarsi senza apparente motivo e al subire rapidi cambiamenti di umore.

Sottoscala	Item	Risposte	T0 (%)	T1 (%)	Chi quadro	P
Iperattività	irrequietezza motoria	Mai/Quasi mai	61.9	38.1	20.71	.001
		A_volte	36,5	25,4		
		Spesso	1,6	36,5		
	agitazione/nervosismo	Mai/Quasi mai	63.5	34.9	11.64	.01
		A_volte	36,5	34,9		
		Spesso	0,0	30,2		
	si arrampica sui mobili	Mai/Quasi mai	71.4	66.7	78.19	.001
		A_volte	17,5	14,3		
		Spesso	11,1	19,0		
	gira per la stanza	Mai/Quasi mai	60.3	49.2	53.54	.001
		A_volte	34,9	27,0		
		Spesso	4,8	23,8		
Resistenza ai cambiamenti	si indispone per attività in orari insoliti	Mai/Quasi mai	88.9	82.6	32.41	.001
		A_volte	9,5	11,1		
		Spesso	1,6	6,3		
	si oppone a interruzioni attività	Mai/Quasi mai	57.2	46.1	60.39	.001
		A_volte	36,5	34,9		
		Spesso	6,3	19		
	si indispone al cambio di routine	Mai/Quasi mai	79.3	68.3	61.50	.001
		A_volte	15,9	20,6		
		Spesso	4,8	11,1		
	ha difficoltà nei cambi attività in casa	Mai/Quasi mai	81	69.9	63.91	.001
		A_volte	12,7	19		
		Spesso	6,3	11,1		
Problemi di sonno	difficoltà addormentamento	Mai/Quasi mai	88.9	68.2	19.70	.001
		A_volte	9,5	14,3		
		Spesso	1,6	17,5		
	risvegli notturni	Mai/Quasi mai	81.0	68.2	50.77	.001
		A_volte	12,7	15,9		
		Spesso	6,3	15,9		
	risvegli mattutini precoci	Mai/Quasi mai	87.3	76.2	62.26	.001
		A_volte	7,9	12,7		
		Spesso	4,8	11,1		
	difficoltà nel risveglio	Mai/Quasi mai	96.8	87.3	11.28	.01
		A_volte	3,2	7,9		
		Spesso	0	4,8		
Umore	si spaventa senza motivo	Mai/Quasi mai	90.5	84.1	38.68	.001
		A_volte	9,5	11,1		
		Spesso	0	4,8		
	piange senza motivo	Mai/Quasi mai	98.4	93.6	/	ns
		A_volte	1,6	4,8		
		Spesso	0	1,6		
	si arrabbia senza motivo	Mai/Quasi mai	87.3	85.8	/	ns
		A_volte	7,9	6,3		
		Spesso	4,8	7,9		
	cambia umore rapidamente	Mai/Quasi mai	76.2	66.7	56.10	.001
		A_volte	19	19		

		Spesso	4,8	14,3		
		Mai/Quasi mai	63,5	38,1		
	è capriccioso/irritabile	A_volte	30,2	36,5	34,21	.001
		Spesso	6,3	25,4		
		Mai/Quasi mai	79,3	69,8		
	è difficile da accontentare	A_volte	15,9	15,9	53,00	.001
		Spesso	4,8	14,3		
Irritabilità		Mai/Quasi mai	77,8	71,4		
	fatica a calmarsi	A_volte	15,9	15,9	67,02	.001
		Spesso	6,3	12,7		
		Mai/Quasi mai	65	50,8		
	si frustra facilmente	A_volte	30,2	28,6	32,61	.001
		Spesso	4,8	20,6		

Table 3. Differenza tra le percentuali di risposte alle sottoscale dell'ASDBI

Legenda. ASDBI: Autism Spectrum Disorder Behavior Inventory; T0 = febbraio 2020; T1= aprile 2020

I dati qualitativi ricavati dalle interviste con i genitori sul possibile impatto psicosociale della pandemia sui bambini, mostrano che 19 genitori su 63, quindi circa il 30% del campione totale, segnalavano miglioramenti nella sfera comunicativo-relazionale; le mamme di 5 bambini (su 42 che hanno più di un figlio) hanno riferito miglioramenti nella qualità di relazione e gioco con i fratelli. Altri progressi osservati dai genitori, nonostante la gravità e la pervasività del disturbo, includono la comunicazione sia a livello verbale, come la comparsa di singole nuove parole, che non verbale, come maggiore reattività nella comprensione o la comparsa di alcuni gesti comunicativi, un aggancio visivo più presente, fino a una maggiore attenzione e disponibilità in attività, come i compiti, il disegno o i giochi.

Discussione

Nel periodo marzo / aprile 2020, a causa della pandemia da coronavirus (COVID-19), sono state attuate misure di distanziamento fisico che hanno causato, in Italia, interruzioni delle routine quotidiane e ridotto l'accesso ai servizi per famiglie e bambini con ASD. Ad un mese dall'inizio delle misure restrittive previste dal governo, i nostri dati hanno permesso di rilevare un aumento dei comportamenti ristretti e ripetitivi, dei manierismi e delle stereotipie, in circa il 33% dei bambini del campione. Da un lato, questo dato è simile a quello riportato da Sprang e Silman (2013) che

trovarono che il 30% dei bambini isolati o in quarantena (su circa 500 soggetti) presentavano segni di disturbo da stress post-traumatico, durante la pandemia di H1N1 nel 2009 negli Stati Uniti.

Dall'altro, l'intensificarsi di comportamenti stereotipati, potrebbe essere letto anche come un bisogno del bambino di ancorarsi a uno schema conosciuto (seppur apparentemente poco funzionale), che potrebbe avere una valenza "lenitiva" in un periodo in cui le routine quotidiane sono state bruscamente interrotte, e in cui i bambini hanno dovuto tararsi su un nuovo e improvviso adattamento, sia esterno (isolamento sociale e convivenza full time con i genitori) che interno.

Come sostiene Tribulato (2014) "...la ripetizione rituale è un efficace strumento di riduzione dell'ansia...Mediante le stereotipie i bambini con ASD cercano di diminuire e contrastare le ansie, le paure, le angosce ed i conflitti presenti nel loro animo. ...Prova di ciò si ha che quando l'ansia e la sofferenza del bambino diminuiscono questo tipo di sintomi si attenua molto Per tale motivo è assolutamente inutile e controproducente lottare per limitare o cercare di estinguere questi segnali di sofferenza, mediante rimproveri o peggio con l'uso di punizioni. Molto meglio è impegnarsi nell'offrire al bambino un ambiente più sereno, gioioso e dialogante."

Nel presente studio, dai resoconti dei genitori, sono risultate aumentate anche le difficoltà nell'area della iperattività, in termini di agitazione sensomotoria e irrequietezza. Anche in questo caso ciò potrebbe essere correlato alle paure/difficoltà emerse nell'area della resistenza ai cambi di attività; infatti i bambini non avevano più routine pianificate, ed hanno percepito la loro quotidianità come alterata e non più prevedibile. In base a quanto riferito dai genitori, infatti, la presenza di attività routinarie nei mesi precedenti al lockdown (scuola, terapia, attività extra-scolastiche), li aveva aiutati molto nel contenere e gestire la condotta dei loro bambini. Parallelamente, è stata riscontrata nell'area della regolazione del sonno, la cui alterazione significativa ha mostrato una sensibile comparsa di risvegli notturni e/o precoci, con agitazione e difficoltà di addormentamento, associata in alcuni casi alla necessità e/o alla volontà del bambino di tornare a dormire con i genitori nonostante la pregressa conquista evolutiva di dormire nel proprio letto.

Le problematiche legate alla regolazione del sonno vengono riportate anche da altri autori (Altena et al., 2020) che dichiarano che la possibilità che i problemi del sonno emergano o peggiorino durante la pandemia sia molto alta. Ciò può essere particolarmente vero per i bambini con psicopatologie preesistenti (tra cui ansia e depressione) e condizioni di sviluppo neurologico (inclusi disturbo da deficit di attenzione / iperattività e disturbo dello spettro autistico) possono anche essere particolarmente vulnerabili al sonno disturbato durante questo periodo di grandi cambiamenti e

incertezze (Becker & Gregory, 2020). Inoltre, va sottolineato come l'alterazione o la riduzione di sonno possano portare anche maggiori difficoltà attentive, all'aumento di agitazione motoria e a comportamenti tipici della disregolazione emotiva (Golberstein, Wen, & Miller, 2020).

In linea con quanto appena detto, nella nostra ricerca i genitori hanno riferito maggiore variabilità dello stato umorale e dell'irritabilità dei loro bambini, segnalando l'aumento di paure apparentemente immotivate e di importanti difficoltà nel lasciarsi calmare e consolare dal caregiver. Ciononostante, risulta significativo il dato che pochissimi bambini abbiano mostrato la comparsa o l'intensificarsi di condotte auto ed eteroaggressive; ciò potrebbe essere collegato alla maggiore tendenza ad esprimere apertamente le emozioni o i cambiamenti di umore, che potrebbe rappresentare un fattore di protezione verso comportamenti disfunzionali auto o etero- diretti. D'altra parte, potrebbe essere correlato anche alla bassa frequenza con cui tali comportamenti si presentavano anche prima dell'inizio della pandemia e alla probabile presenza di risorse positive che bambini e genitori hanno potuto utilizzare nella gestione di una situazione così complessa come quella dell'isolamento sociale.

L'area sensoriale olfattivo/gustativa, la cui alterazione rappresenta solitamente un sintomo presente nel disturbo dello spettro (Rogers, Hepburn, Wehner, 2003), è mediamente rimasta invariata nel campione. Ciò indica che i genitori non hanno percepito peggioramenti in quelle attività quotidiane solitamente influenzate dalle ipo o iper sensibilità sensoriali olfattive e gustative, come il rapporto con il cibo, il contatto corporeo con l'altro, ecc.

È inoltre importante sottolineare quanto il livello di autonomie legate alla cura di sé non abbiano risentito di regressioni, per cui le competenze acquisite durante nei mesi precedenti alla pandemia, e sostenute dal lavoro con i genitori, non siano andate perse.

Un altro dato è l'assenza di correlazione tra i cambiamenti indagati in questa ricerca e il quoziente intellettivo; nonostante i bambini del gruppo di ricerca fossero molto eterogenei rispetto ai punteggi di QI, ciò non sembra aver influito su eventuali regressioni o cambiamenti nella sintomatologia, in questo mese di isolamento sociale. Ciò suggerisce quanto la funzionalità cognitiva non sia rappresentata dalla singola performance, espressa numericamente da un test standardizzato, ma si possa manifestare anche in senso adattivo, permettendo anche a chi abbia un punteggio QI più basso, di poter esprimere le proprie abilità di coping in una situazione di pandemia.

Dunque, alla luce del repentino cambiamento di abitudini che le famiglie e i bambini con ASD hanno vissuto nel primo mese di lockdown, i risultati preliminari di questo studio sottolineano

l'importanza del supporto genitoriale e la loro necessità di avere un contatto costante con gli operatori, anche online, quando non sia possibile in presenza. Durante il lockdown è stato necessario ridefinire con loro i significati della “riabilitazione”, che fino a quel momento era basata principalmente sull'incoraggiare le interazioni sociali, ridurre le distanze sociali e favorire l'inclusione scolastica. L'obiettivo principale della continuità terapeutica attraverso il counseling genitoriale, è stato quello di accogliere le fragilità pregresse ed emergenti dei caregiver, ma soprattutto aiutarli a dare un senso ai comportamenti anomali che il proprio bambino stava sperimentando. Come ha affermato un genitore “di recente mio figlio si arrabbiava spesso e piangeva con sofferenza, soprattutto quando il papà usciva per andare a lavorare al supermercato... solo grazie al maggior tempo passato insieme a lui e al fatto di non essermi lasciato spaventare dalle sue forti reazioni di rabbia, ho saputo aiutare mio figlio a dire che piangeva perché aveva paura che il papà incontrasse il virus”.

Bibliografia

- Altena, E., Baglioni, C., Espie, C. A., Ellis, J., Gavrilloff, D., Holzinger, B., ... & Riemann, D. (2020). Dealing with sleep problems during home confinement due to the COVID-19 outbreak: Practical recommendations from a task force of the European CBT-I Academy. *Journal of Sleep Research*, e13052.
- APA_ American Psychiatric Association (2013). *American Psychiatric Association's Principles of Medical Ethics With Annotations Especially Applicable to Psychiatry*.
- Becker, S. P., & Gregory, A. M. (2020). Editorial Perspective: Perils and promise for child and adolescent sleep and associated psychopathology during the COVID-19 pandemic. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*.
- Cassidy, S. A., Nicolaidis, C., Davies, B., Rosa, S. D. R., Eisenman, D., Onaiwu, M. G., ... & Waisman, T. C. (2020). An expert discussion on autism in the COVID-19 pandemic. *Autism in Adulthood*.
- Chaturvedi, S. K. (2020). Covid-19, Coronavirus and Mental Health Rehabilitation at Times of Crisis. *Journal of Psychosocial Rehabilitation and Mental Health*, 1
- Christensen, D. L., Braun, K. V. N., Baio, J., Bilder, D., Charles, J., Constantino, J. N., ... & Lee, L. C. (2018). Prevalence and characteristics of autism spectrum disorder among children aged 8 years—autism and developmental disabilities monitoring network, 11 sites, United States, 2012. *MMWR Surveillance Summaries*, 65(13), 1.
- Cohen, I. L., & Sudhalter, V. (2005); PDD behavior inventory (PDDBI). Lutz, FL: *Psychological Assessment Resources*. Italian Eds. Emberti Gialloreti, L., & Benassi, F., Hogrefe Ed., Florence 2014

- Di Renzo, M., Vanadia, E., Petrillo, M., Trapolino, D., Racinaro, L., Rea, M., & di Castelbianco, F. B. (2020). A therapeutic approach for ASD: method and outcome of the DERBBI– Developmental, Emotional Regulation and Body-Based Intervention. *International Journal of Psychoanalysis and Education*, 12(1), 59-75.
- Golberstein, E., Wen, H., & Miller, B. F. (2020). Coronavirus disease 2019 (COVID-19) and mental health for children and adolescents. *JAMA pediatrics*.
- Harrison, P., & Oakland, T. (2003). *ABAS-II - Adaptive Behavior Assessment System* (2nd ed.). Los Angeles: Western Psychological Services. Italian Eds. Ferri, R., Orsini, A., & Rea, M., Giunti O.S. Organizzazioni Speciali, Florence 2014.
- Hume, K., Waters, V., Sam, A., Steinbrenner, J., Perkins, Y., Dees, B., Tomaszewski, B., Rentschler, L., Szendrey, S., McIntyre, N., White, M., Nowell, S., Odom, S. (2020). *Supporting individuals with autism through uncertain times*. Chapel Hill, NC, University of North Carolina.
- ISS_Istituto Superiore di Sanità (2020). Indicazioni ad interim per un appropriato sostegno delle persone nello spettro autistico nell'attuale scenario emergenziale SARS-CoV-2 [Interim indications for appropriate support to people with ASD in the current SARS-CoV-2 emergency]. *Rapporti ISS COVID-19*, 8/2020
- Logan, K., Iacono, T., Trembath, D. A. (2017). Systematic review of research into aided AAC to increase socialcommunication functions in children with autism spectrum disorder. *Augment Altern Commun*, 33(1): 51- 64.
- McIntosh, D. N., Miller, L. J., & Shyu, V. (1999). Development and validation of the short sensory profile. In W. Dunn (Ed.), *The sensory profile examiner's manual*. San Antonio, TX: The Psychological Corporation

- Narzisi, A. (2020). Handle the Autism Spectrum Condition during Coronavirus (COVID-19) Stay at Home Period: Ten Tips for Helping Parents and Caregivers of Young Children. *Brain Science*, 10(4), 207
- Pierce, C. A., Block, R. A., & Aguinis, H. (2004). Cautionary note on reporting eta-squared values from multifactor ANOVA designs. *Educational and psychological measurement*, 64(6), 916-924.
- Sprang, G., & Silman, M. (2013). Posttraumatic stress disorder in parents and youth after health-related disasters. *Disaster medicine and public health preparedness*, 7(1), 105-110.
- Tribulato, E. (2014). *Autismo e gioco libero autogestito. Una nuova prospettiva per comprendere e aiutare il bambino autistico*. [Autism and self-managed free play. A new perspective to understand children with ASD]. FrancoAngeli Ed: Italy.