

AUTISMO E ARTE-TERAPIA PSICODINAMICA

Daiana Cappellaro

INTRODUZIONE

Negli ultimi anni la sensibilità sociale ha accresciuto l'interesse nei confronti della disabilità fisica e/o psichica; ciò ha stimolato interventi riabilitativi e preventivi per un maggior rispetto delle pari opportunità, nel diritto di tutti di poter migliorare la propria qualità di vita in una società complessa e incalzante.

Si è anche abbandonato in parte il concetto di sanitarizzazione basata sull'esclusivo riconoscimento ontologico dei sintomi e si è spostata l'attenzione sulla persona, sul rispetto delle potenzialità individuali.

È all'interno di un presidio diurno di riabilitazione per il recupero funzionale e sociale di soggetti portatori di disabilità psichica, fisica e sensoriale, che ho avuto la possibilità di osservare, conoscere, partecipare ad attività terapeutico-riabilitative con soggetti portatori di gravi disturbi, come la sindrome di Kanner.

All'interno dell'Associazione A.I.P.R.E.C. (Associazione italiana di prevenzione riabilitazione e cura), in collaborazione con altre Associazioni, quali per esempio l'A.I.D.I.R.E. (Associazione italiana di ipoterapia e riabilitazione equestre), mi è stato possibile svolgere l'attività di tirocinio pre-laurea.

Le finalità perseguite da entrambe le Associazioni sono riassunte nella possibilità di sostenere ricerche scientifiche, organizzare corsi, convegni, esposizioni atte a diffondere le conoscenze sulle problematiche nella disabilità e nell'handicap; agevolare la collaborazione interdisciplinare tra i diversi operatori del settore e i Servizi, per promuovere occasioni di crescita personale, di gruppo e sociale e in particolare nella possibilità di attuare un programma di sviluppo di un'attività riabilitativa, preventiva e di cura seguendo il modello di intervento globale ed olistico S.A.S. (Self Activating System).

È qui che ho avuto l'opportunità di confrontarmi con momenti terapeutico-riabilitativi, che si avvalevano delle tecniche di arte-terapia psicodinamica di fronte a bambini affetti da autismo, l'occasione di partecipare alla valutazione degli stessi, utilizzando scale studiate ad hoc, di costruire l'iter terapeutico e parallelamente un percorso riabilitativo che facesse tesoro della diagnosi, del monitoraggio dei diversi momenti evolutivi e regressivi, per cogliere punti di forza e debolezza di ciascun bambino, sui quali indirizzare le attività.

L'autismo non è un "sistema" che si struttura e si esaurisce in se stesso e neppure una malattia definibile in termini assoluti, al contrario deve essere valutato come un deficit graduale o relativo che si evidenzia per difficoltà di carattere sociale, comportamentale e linguistico, oltre che per una particolare struttura di pensiero o, se vogliamo, una struttura egoica deficitaria.

Le peculiarità autistiche risultano una importante causa di ritardo dello sviluppo psichico proprio perché minano lo strutturarsi di un Io maturo, capace di utilizzare meccanismi adattivi e/o compensatori. Non è efficace porsi di fronte all'autismo adottando un approccio "medicalizzante" o diagnostico-osservativo proprio perché la ricerca di una od altra caratteristica patologica risulta, in effetti, un semplice esercizio accademico che non permette un'analisi precisa dei livelli e degli aspetti qualitativi dello sviluppo.

L'arte-terapia psicodinamica risulta, a fronte di diverse esperienze cliniche, una buona applicazione in grado di riattivare lo sviluppo psico-affettivo bloccato da

problematiche autistiche, proprio perché si generano modificazioni nei rapporti oggettuali, un'organizzazione attiva della coscienza e del pensiero, una nuova modulazione nei rapporti interpersonali.

Queste nuove acquisizioni mobilitano cambiamenti e indicano un senso di sé rinnovato, come espressione di “vedersi e farsi vedere”(Lucioni,2007), che è capacità di esprimersi e imporsi come soggetto.

In questo modo l'arte-terapia psicodinamica acquista un valore euristico ed ermeneutico, che la pongono allo stesso livello delle terapie classiche per la loro struttura teorica e l'organizzazione pratico-applicativa.

A dimostrazione del consenso, della risonanza che hanno avuto questi studi e queste applicazioni, attraverso riunioni d'equipe e la collaborazione di diverse personalità di spicco del settore, quali per esempio il Prof.Lucioni, il Prof.Curatola, la Prof.Murdaca, si è istituito un Convegno internazionale telematico che ha come tematica fondamentale l'adolescenza, vista, definita, raccontata, in tutti i suoi aspetti patologici e non, all'interno del quale mi è stato affidato il ruolo di Charman nella gestione dell'area relativa alla corrispondenza con i partecipanti.

1.AUTISMO:PROSPETTIVA FENOMENOLOGICA

Il termine autismo (dal greco “io stesso”) fu introdotto in psicopatologia da Bleuler, nel primo decennio del novecento, con il significato di sintomo e modalità comportamentale caratteristica della schizofrenia.

Fu Kanner il primo a delineare la “sindrome di autismo infantile precoce”(AIP), dopo l'osservazione di 11 bambini di un anno con la tendenza a rinchiudersi in un “silenzioso sopore”.

Egli ne descrisse i segni caratteristici: povertà delle interazioni sociali, mancanza di comunicazione, presenza di comportamenti stereotipati, pochi interessi isolati, resistenza al cambiamento.

Oggi si parla di *Disturbo generalizzato dello sviluppo(DSMIV)*, ponendo l'accento sulla dimensione di compromissione della crescita nell'ambito cognitivo, affettivo, emotivo e sociale.

APPROCCIO ONTOLOGICO DESCRITTIVO

Attualmente il DSM-IV e l'ICD-10 sono i sistemi di classificazione più utilizzati e sui quali si è diffuso maggior consenso, nonostante basino i propri criteri di riconoscimento su indicatori prevalentemente comportamentali, trascurando la persona, le sue percezioni, le sue interazioni psico-relazionali.

La classificazione americana (DSM-IV) fra i *Disturbi generalizzati dello sviluppo* annovera:

- *Disturbo autistico*
- *Disturbo di Asperger*
- *Disturbo disintegrativo della fanciullezza*
- *Sindrome di Rett*
- *Disturbo generalizzato dello sviluppo non altrimenti specificato(NAS).*

I criteri diagnostici per il Disturbo Autistico, secondo questa classificazione sono:

A. Un totale di 6 (o più voci da 1), 2), e 3), con almeno 2 da 1), e uno ciascuno da 2) e da 3):

1) Compromissione qualitativa dell'interazione sociale, manifestata con almeno 2

dei seguenti:

- a) marcata compromissione nell'uso di svariati comportamenti non verbali, come lo sguardo diretto, l'espressione mimica, le posture corporee e i gesti che regolano l'interazione sociale;
- b) incapacità di sviluppare relazioni con i coetanei adeguate al livello di sviluppo;
- c) mancanza di ricerca spontanea nella condivisione di gioie, interessi o obiettivi con altre persone (per es. non mostrare, portare, né richiamare l'attenzione su oggetti di proprio interesse);
- d) mancanza di reciprocità sociale ed emotiva.

2) compromissione qualitativa della comunicazione come manifestato da almeno 1

dei seguenti sintomi:

- a) ritardo o totale mancanza dello sviluppo del linguaggio parlato (non accompagnato da un tentativo di compensazione attraverso modalità alternative di comunicazione come gesti o mimica);
- b) in soggetti con linguaggio adeguato, marcata compromissione della capacità di iniziare o sostenere una conversazione con altri;
- c) uso di linguaggio stereotipato e ripetitivo o linguaggio eccentrico;
- d) mancanza di giochi di simulazione vari e spontanei, o di giochi di imitazione sociale adeguati al livello di sviluppo.

3) modalità di comportamento, interessi e attività ristretti, ripetitivi e stereotipati, come manifestato da almeno 1 dei seguenti sintomi:

- a) dedizione assorbente ad uno o più tipi di interessi ristretti e stereotipati anomali o per intensità o per focalizzazione;
- b) sottomissione del tutto rigida ad inutili abitudini o rituali specifici;
- c) manierismi motori stereotipati e ripetitivi (battere o torcere le mani o il capo, o complessi movimenti di tutto il corpo);
- d) persistente ed eccessivo interesse per parti di oggetti.

B. Ritardi o funzionamento anomalo in almeno una delle seguenti aree, con esordio prima dei 3 anni di età:

- 1) interazione sociale,
- 2) linguaggio usato nella comunicazione sociale,
- 3) gioco simbolico o di immaginazione.

C. L'anomalia non è meglio attribuibile al Disturbo di Rett o al Disturbo Disintegrativo della fanciullezza.

Per la *classificazione dell'OSM (ICD-10)*, invece, si parla di *Sindromi da alterazione globale dello sviluppo* che comprende, oltre ai disturbi descritti dal DSM-IV, anche:

- *Autismo infantile*
- *Autismo Atipico* (che si differenzia dall'Autismo Infantile per Atipicità nell'età di esordio oppure per Atipicità nella sintomatologia)
- *Sindrome iperattiva associata a ritardo mentale e movimenti stereotipati* [che descrive bambini con ritardo mentale grave e medio (Q.I. inferiore a50), gravi problemi di iperattività, deficit attentivo e, molto spesso, comportamenti stereotipati].

L'approccio ontologico descrittivo nato per cercare chiarezza, condivisione in ambito clinico-diagnostico trova proprio nei suoi obiettivi la sua più grande debolezza: la rigida suddivisione criteriaria rischia di ridurre alla diagnosi di autismo, forme patologiche che in realtà non sono tali, smussando, graduando, incanalando le manifestazioni sintomatiche nella definizione di "Spettro autistico".

Seguendo una linea differente Lucioni, presidente della Associazione Italiana Prevenzione Riabilitazione e Cura - A.I.P.R.E.C., pur considerando gli elementi comportamentali, promuove un approccio globale ed olistico, che utilizzi modalità osservative al fine di ricostruire, individualmente, una diagnosi differenziale, secondo l'andamento delle funzioni neurofisiologiche, psicologiche e relazionali.

LA PROSPETTIVA CLINICA

I PRIMI SEGNI

Osserviamo i primi segni della patologia autistica tra i 15 e i 24 mesi:

- inizio subdolo e precoce, intorno al quindicesimo mese dopo un periodo di apparente normalità, evidenziabile con movimenti rotatori del capo e del corpo, lo stare seduti immobili per diverso tempo, camminare e gattonare in forma un po' scoordinata, balbettamenti monotoni;
- tra i 18 e i 30 mesi, il bambino mostra isolamento e rifiuto del rapporto interpersonale (non segnala gli oggetti e le persone, non guarda negli occhi, non segue l'attenzione degli altri, non risponde alle modulazioni espressive dei familiari);
- A partire dai 2-3 anni, l'espressione fenomenologica della sindrome autistica si sottolinea per:

Sintomi negativi:

Nell'area della sensorialità:

- ipo-sensibilità (eccessiva selettività del sistema sensoriale) o rumore bianco (scarsa efficienza del sistema sensoriale che causa interferenza, un rumore di fondo).
- anestesia sensoriale che può essere vista come stoica sopportazione degli insulti aggressivi;
- Nell'area percettiva e della relazione con oggetti:
- incapacità a mantenere la costanza percettiva;
- indifferenza verso gli oggetti (possono essere presi e gettati immediatamente);

Nell'area attentiva:

- difficoltà a mantenere l'attenzione su un oggetto, a selezionare stimoli dall'ambiente, a avere un'attenzione condivisa con un altro;

Nell'area affettiva:

- disinteressamento per le iniziative e la presenza degli altri, conseguente incapacità di sviluppare modelli affettivi nella relazione interpersonale;
- non si strutturano i legami di reciprocità e di gratitudine;
- impoverimento affettivo ed incapacità di stabilire contatti con gli altri;
- "isolamento autistico", chiusura sensoriale con limitazioni importanti dell'area vitale, se non addirittura ritrazione coatta a vivere in un angolo della casa o dell'ambiente dove abitualmente si trova;
- profonda limitazione della volontà ed estrema dipendenza dalle figure familiari;

- si evidenzia incapacità ad assumere responsabilità nelle iniziative motorie e comportamentali;
- manca la capacità di riconoscere le emozioni ed i sentimenti degli altri;
- sono assenti le funzioni imitative e l'autosoddisfazione nel rapporto interpersonale;
- non si instaurano le funzioni adattive, riparative, di gratificazione e neppure il rimprovero e/o il castigo assumono un significato preciso;

Nell'area della motricità, della gestualità, del comportamento:

- difficoltà nella coordinazione motoria complessa;
- ritardi, asimmetrie o anomalie, rispetto alle tappe fondamentali dello sviluppo (giacere, raddrizzamento, sedersi, camminare carponi, stazione eretta, camminare);
- compromissione della gestualità espressiva, meno di quella richiestiva;
- risulta inadeguata l'organizzazione comportamentale che, quindi, appare slegata dal contesto;

Nell'area della comunicazione:

- alterazione della strutturazione senso-motoria del linguaggio;
- gesti comunicativi e/o espressivi vengono utilizzati per indirizzare il comportamento degli altri (far prendere qualcosa), ma non "creano" una gestualità simbolica;
- Nell'area cognitiva:
- deficit grave delle capacità associativo-deduttive e incoerenza nelle risposte comportamentali;
- riduzione grave delle capacità ad acquisire nozioni e/o informazioni, anche se appare evidente una capacità istintiva ad afferrare empaticamente il senso delle cose e degli accadimenti;

Sintomi positivi:

Nell'area della sensorialità:

- iper-sensibilità (scarsa selettività del sistema sensoriale);
- Nell'area percettiva e della relazione con oggetti:
- atteggiamenti fobici nei confronti di oggetti non usuali;
- atteggiamenti controfobico-riparativi (controfobici quando il bambino rassicura l'altro, la madre in particolare, della volontà di non crescere, di rimanere "il suo bambino"; riparativi quando da baci a chi ha appena aggredito);
- Nell'area attentiva:
- presenza di fenomeni di attenzione rigida e fissa su alcuni oggetti (attenzione iperselettiva, per cui solo uno o parte degli stimoli vengono recepiti);

Nell'area emotiva:

- incontinenza emotiva grave con violente crisi di angoscia che portano anche ad autolesionismo o ad aggressività quando lo stimolo risulta troppo intenso per il bambino (pur non essendo di tale plausibile intensità agli occhi dello osservatore) sostenuta dall'impossibilità di sopportare cambiamenti e/o spostamenti di oggetti intorno;

Nell'area affettiva:

- alcuni casi sono dominati da ipermotricità che sembra senza scopo, se si eccettua il significato controfobico;

Nell'area della motricità, della gestualità, del comportamento:

- voracità e ossessività nella ripetizione di rituali comportamentali (risatine e manierismi) o nell'assunzione di posture e atteggiamenti.

IPOTESI EZIOLOGICHE

Molti sono i sostenitori dell'*ipotesi organica*, nonostante solo in una parte (circa il 10%) dei bambini autistici sono presenti alterazioni evidenti.

La maggior parte delle ricerche descrive:

- *alterazioni genetiche*: numerosi studi epidemiologici confermano la presenza di una familiarità per tale disturbo; inoltre, la maggior incidenza del disturbo nei maschi e l'alta percentuale di ricorrenza nei gemelli monozigoti, hanno fatto sì che si ipotizzasse un substrato genetico. Tuttavia, le ricerche non concordano mai completamente.
- *alterazioni funzionali*: la maggior parte degli studi che riportano dati EEG sull'autismo infantile, sottolineano una maggior frequenza di anomalie nel bambino autistico rispetto ad un gruppo di controllo. Tuttavia, gli studi condotti non hanno finora permesso di individuare peculiarità significative generalizzabili;
- *alterazioni morfostrutturali*: buona parte degli studi condotti con TAC e RM forniscono risultati contrastanti.

È stata ipotizzata la presenza, nei bambini con sindrome autistica, di alterazioni a livello del cervelletto.

- *alterazioni biochimiche*: in diversi casi è stata individuata una disfunzione dopaminergica; la dopamina agisce principalmente sul sistema meso-limbico, meso-cortico-frontale e nigro-striatale che sono le strutture del SNC che esplicano le funzioni dell'attenzione, dell'associazione, dell'intenzione, della motricità, della comunicazione, dell'emozione, della percezione e del comportamento, effettivamente alterate nell'autismo.

È, inoltre, d'obbligo sottolineare la presenza di forme di autismo secondarie, o associate ad alterazioni organiche riconoscibili (come per esempio la Sindrome della X-fragile, la rosolia intrauterina o l'epilessia), per le quali la sintomatologia autistica è conseguenza della malattia organica; a tal proposito risulta essenziale una diagnosi differenziale efficace al fine di attuare l'intervento riabilitativo più adatto.

LOBI FRONTALI

Ultimamente, con gli studi di neuroimmagine, è stato possibile dimostrare che nell'autismo sono presenti disordini funzionali che riguardano soprattutto i lobi frontali (corteccia mediale e giro cingolato anteriore).

Non è ormai più possibile disconoscere la partecipazione delle strutture biologico-cerebrali nel funzionamento e nello sviluppo psico-mentale, ma non per questo dobbiamo dare all'autismo una genesi biologica in un senso materialista.

Un autistico può presentare uno sviluppo psico-mentale pressoché normale nei primi 15-20 mesi e cominciare a dimostrare disturbi a partire dai 15-25 mesi.

Questo ha fatto pensare ad una relazione stretta con la maturazione del lobo frontale, struttura notoriamente legata allo sviluppo dell'affettività. (Lucioni, 2007)

Poiché nell'autismo è presente una iper-eccitabilità o incontinenza emotiva, possiamo pensare che il funzionamento psico-mentale subisce una alterazione non per "segregazione", ma per "invasione" dell'eccitazione emotiva ad origine limbica, di quelle strutture che notoriamente sono legate alla corteccia frontale e prefrontale con un'ampia via a doppia mandata (andata e ritorno).

L'attività della corteccia frontale si identifica come:

- il contenimento dell'attività emotivo-istintiva del lobo limbico;
- lo sviluppo della partecipazione affettiva;
- l'apertura verso lo sviluppo psico-mentale e/o cognitivo-intellettuale.

Le strutture prefrontali e frontali immature (o non perfettamente organizzate) non sono in grado di:

- frenare l'esplosione emotiva che viene attivata anche da stimoli poco significativi (reazioni di angoscia e di terrore);
- strutturare la coscienza di sé e degli oggetti;
- organizzare l'attività affettiva centrata sul senso di sé;
- aprire i "sistemi integratori" che permettono lo sviluppo cognitivo-intellettuale nelle sue dinamiche analitico-deduttive.

Si potrebbe anche affermare che, se il sistema frontale non entra in funzione a tempo debito, l'attività emotiva continuerà ad invadere i centri che dovrebbero, al contrario, gestire il suo contenimento ed inoltre permetterà di strutturare modelli mnemonici rigidi e ripetitivi che, in ultima analisi, risulteranno i responsabili di quelle espressioni comportamentali problematiche che sembrano assumere l'aspetto di "risposte condizionate" e "obbligate".

2. CONSIDERAZIONI PSICODINAMICHE

Un approccio psicodinamico al soggetto autistico ci porta a considerare i meccanismi mentali che sottendono alle difficoltà relazionali, comportamentali e di apprendimento, ma anche a valutare il momento più idoneo per iniziare, con le migliori probabilità di successo, i programmi riabilitativi che richiedono sempre pre-requisiti contenitivo-attitudinali e cognitivo-intellettivi oltre che, naturalmente, capacità funzionali di base.

Trattandosi di *disturbi pervasivi e a comparsa precoce*, le peculiarità autistiche risultano una importante causa di ritardo o blocco dello sviluppo psichico proprio perché minano lo strutturarsi di un Io maturo, capace di dimensionare meccanismi adattivi e/o compensatori, la formazione della personalità e, in ultima analisi, deformano e coartano la comunicazione, la socializzazione e l'immaginazione.

Nel primo periodo di vita le sensazioni corporali, relativamente indifferenziate, formano il punto di cristallizzazione del primitivo senso di sé attorno al quale si stabilirà un primordiale *senso di identità*.

In questa fase troviamo quindi *oggetti-sensazioni* centrati sul proprio corpo e la madre viene sperimentata come parte di sé e prepara il cammino a posteriori relazioni con oggetti non-sé, sperimentati come separati dal proprio corpo, ai quali il bambino deve imparare ad adattarsi.

Nell'autismo a partire dai primi due anni di vita tutta l'organizzazione primitiva dell'Io(proto-*Io*)(Lucioni,2006)è caratterizzata dalla mancanza della strutturazione degli oggetti(interni ed esterni)ed è invasa da intensi sentimenti d'angoscia.

L'autismo primario può essere visto come disturbo dello sviluppo psico-mentale o come deficit severo dello sviluppo affettivo e delle tappe iniziali della strutturazione dell' Io. Questa forma psicopatologica si manifesta precocemente anche se poi viene evidenziata ed affrontata quando gli impegni della vita sociale portano al confronto con le necessità educative e relazionali che rendono il relativo fallimento più evidente e quantificabile.

La sintomatologia è caratteristica di bambini isolati, arroccati nel loro "congelamento", "fortezze vuote"(Bettheleim,1976) molto distanti dal partecipare a ciò che si vive intorno a loro.

Urla, azioni autolesionistiche e agiti aggressivi sono letti come reazioni alla paura, dovuta all'iperstimolazione che la relazione infligge loro.

Inoltre osserviamo spesso l'incapacità di sopportare cambiamenti dell'ambiente per cui, per evitare crisi d'angoscia, è necessario ricorrere a ritualizzazioni ed all'uso degli stessi oggetti senza cambiarne la disposizione (per esempio bicchieri, posate).

Il bambino autistico si trova bloccato nel suo sviluppo psico-mentale ad un livello estremamente primitivo, in una dimensione pre-oggettuale, dominata da sentimenti egocentrico-onnipotenti che conducono ad una situazione proiettivamente distruttiva e pantoclastia (Lucioni,2007).

Il bambino vive le impressioni distruttive e castranti caratteristiche delle dinamiche pre-edipiche, percepisce la propria crescita come un atto drammatico, oppositivo e distruttivo, nei confronti del "padre arcaico" che non accetterà mai la perdita nella lotta per la conquista dell'oggetto Sé-onnipotente (Lucioni,1996).

Proprio per questo, l'autistico "non si permette di agire, se non tenuto per mano" (Lucioni,2007), il che corrisponde a far passare la responsabilità sull'altro; da questo punto di vista assumono un preciso significato i movimenti rituali e ripetitivi che sono azioni senza finalità, un fare senza fare.

Le ultime osservazioni di Lucioni (2007), hanno permesso di aggiungere qualcosa di nuovo a queste conclusioni: l'autistico non è in grado di sviluppare una volontà che rappresenti un divenire ed un cambiamento.

Il tempo e lo spazio hanno in sé un senso di "modificazione" e, proprio per questo, i soggetti autistici li rifiutano, costringendosi a vivere nel qui e ora, in una dimensione immutabile, incapaci di "apprendere" gli oggetti che, visti in momenti diversi, diventano a loro volta differenti (Lucioni,2007).

Proprio questa paura della "*mutazione del Sé*", che possiamo immaginare come *vissuto terrifico*, determina l'angoscia insita nell'agire e giustifica la distruttività proiettiva.

L'immobilità è l'unico mezzo per salvarsi; il fare diventa perdita di identità ed autoeliminazione.

L'impossibilità di vedersi nello specchio è appunto conseguenza del terrore per non potersi riconoscere, per sentirsi perdere nel nulla.

Nel libro "Autismo ed E.I.T.(Terapia di Integrazione Emotivo-affettiva)" (Lucioni,2007) si parla di *oggetti parziali* che diventano persecutori proprio perché, non strutturati e incostanti, che impediscono l'autoidentificazione ed, anzi, creano una sorta di rapporto persecutorio che oscilla tra masochismo ed aggressività.

A fronte di quest'immutabilità del reale in cui è "costretto", il sentimento che pervade il bambino autistico è uno solo: il terrore di perdere la propria identità, il Sé, di vedere svanire la propria "esistenza".

LE FUNZIONI DELL'IO

Il blocco dello sviluppo psico-mentale porta all'impossibilità di strutturare le funzioni adattive dell'io che può essere così illustrata:

- 1) *incontinenza emotiva grave* con crisi di angoscia e di agitazione psicomotoria incontenibili quando l'Altro si avvicina troppo al proprio "angolo di sicurezza";
- 2) *incapacità a strutturare vincoli affettivi* dettati dal riconoscimento del valore dell'Altro che resta sempre "estraneo", anche quando agisce in favore e per aiutare il soggetto;

- 3) *impossibilità di accettare le iniziative dell'Altro* che vengono interpretate dannose, perché vissute come destinate a “cambiare” quello stato di uniformità e di “immobilità” che dona una certa tranquillità e sicurezza;
- 4) *inadeguatezza a comprendere* i sentimenti dell'Altro che, quindi, può essere accettato solo in una simbiosi, intesa come “unica possibilità di controllare e contenere l'Altro”, che risulta pericoloso solo perché induce cambiamenti;
- 5) *impossibilità a strutturare una comunicazione*; le parole e/o i gesti servono solo in un'unica direzione che è quella di allontanare l'Altro e fargli sapere di “non essere gradito”;
- 6) *incapacità a organizzare una coscienza di sé*, dell'altro e degli oggetti che, per questo, perdono significato e risultano “parziali” e generatori di insicurezza e di angoscia;
- 7) *deficit delle funzioni cognitive* che non possono svilupparsi proprio per la mancanza delle funzioni di base; l'impossibilità di contenere le angosce induce l'esclusione dell'analisi e della deduzione;
- 8) *difficoltà a strutturare un senso di sé e del proprio corpo*, per cui anche gli stimoli sensoriali non agiscono a formare un valido rapporto di riconoscimento e di differenziazione tra dentro e fuori;
- 9) assoluta *indifferenza* per le reazioni di sconforto, di pena e di dolore provocate negli altri

In sintesi queste “caratteristiche funzionali” portano a:

- interrompere una fluida inter-relazione comunicativa;
- perturbare e impossibilitare lo sviluppo cognitivo;
- falsare il senso ed il significato degli input sensoriali, sensitivi e percettivi, per cui il sistema rappresentazionale risulta incompleto, inefficace costantemente mutevole e, quindi, indecifrabile e non condivisibile.

Si sviluppa un circolo vizioso che porta il paziente a rinchiudersi nel proprio mondo dal quale osserva, richiama, attira l'attenzione, ma anche nel quale struttura il suo senso di sicurezza che difende aggredendo, incurante del male che produce agli altri ed anche a se stesso.

Non potendo svilupparsi in forma adeguata il mondo simbolico e la comunicazione verbale e non-verbale (empatica, gestuale e rappresentativa) l'autistico si ritrova “prigioniero di se stesso”(Bettelheim, 1976), incapace di uscire dal Sé per poter penetrare il mondo dell'Altro.

Il bambino autistico è posto in condizioni di non poter accedere all'immaginario, è ancorato alla percezione: si trova in quella condizione che Susana Toporosi chiama “eccesso di realtà” (Toporosi, 2007).

La perturbazione sensoriale che impedisce di strutturare una realtà (oggetti interni ed esterni), ma anche un senso di sé-corpo sostenuto dallo sviluppo motorio e psicomotorio, costringono il bambino a cercare una “mentalizzazione”: il percepito diventa pensiero.

I contenuti del pensiero possono essere di diversa natura; se tali “contenuti” sono prevalentemente di origine percettiva, ci troviamo di fronte a quello che è chiamato *pensiero concreto* (Lucioni, 2007).

Questo modello viene indicato come primitivo, proprio per la sua incapacità di “saturare il pensiero” (le percezioni vivono e scompaiono rapidamente perché non vengono memorizzate).

Il pensiero concreto non permette di strutturare la propria individualità proprio perché non si riferisce a qualcosa che appartiene al soggetto, ma a come il soggetto percepisce la realtà concreta; in questo caso possiamo parlare di “singolarità” del sistema rappresentazionale.

Questi esempi danno l'idea di come l'indeterminatezza dell'informazione e/o dello schema rappresentazionale siano causa delle crisi d'ansia, di angoscia, di panico, o di terrore.

La sovrabbondanza percettiva diventa "enigmatica" e risulta "traumatica".

Nell'autistico, quindi, non si produce il *processo fantasmatico* per la scarsa capacità del suo Io (debole e poco strutturato) di creare legami in un coacervo percettivo che ha invaso il suo apparato-psichico. Si creano invece *resti percettivi*, non totalmente metabolizzati, derivati dal processo traumatico (trauma costitutivo) (Laplanche, Pontalis, 1967) che, non potendo essere fantasmaticizzati, appaiono come *compulsioni* (Jung, 1934) nell'apparato psico-mentale.

MODELLI DI INTERVENTO

Molte sono state le tecniche e diversi gli interventi messi a punto per risolvere i problemi dei soggetti autistici; ogni tecnica ha la sua origine nelle molteplici spiegazioni eziologiche di questa sindrome e fa riferimento ad uno degli aspetti deficitari della patologia.

È fondamentale considerare la multicausalità dei disturbi generalizzati dello sviluppo e per questo concepire l'intervento come un progetto che parte dalla diagnosi e dallo studio approfondito del caso e giunge all'applicazione di un modello di intervento multidisciplinare e globale.

Esistono diversi modelli di intervento: dall'approccio emotivo-relazionale, all'A.E.R.C. (terapia di attivazione emotiva e reciprocità corporea) (Zappella, 1996) associato al metodo Portage che coinvolge anche i genitori e a strategie di Comunicazione Aumentativa-Alternativa, alla terapia Cognitivo Integrativa (Erskine, 1996), all'intervento psiconalitico e alle terapie delle psicosi infantili (Klein, 1971; Mahler, 1972), alla terapia sistemica-familiare (Manghi, 1998), all'intervento di riabilitazione espressivo-comunicativo con la musicoterapia (Alvin, 1968), all'intervento con riabilitazione espressivo-corporea con la psicomotricità (Cazzago, 1984) e la terapia logopedia (Borghese, 1990), al programma educativo T.E.A.C.C.H. (Treatment and Education of Autistic and related Communication Handicaped Children) (Rutter, Schopler, 2004), all'approccio comportamentale ABA (Applied Behavioral Analysis) (Cooper, Heron, Heward, 1987) e T.E.D. (therapie d'échange et développement) (Barthelemy et al., 1995).

Sulla base di un'analisi delle pubblicazioni delle ricerche relative a quest'ambito si sono specificati limiti e confronti tra i diversi modelli di intervento (Prizant e Wetherby, 1998).

La ricerca ha documentato l'efficacia di una serie di approcci che differiscono sia sul piano teorico sia su quello pratico (Dawson, Osterling, Rogers, 1996; Gresspan, Wieder, 1997) evidenziando il fatto che nessun approccio può essere considerato migliore di altri (Green, Smith, 1996), ma soprattutto nessun modello è efficace allo stesso modo per tutti i bambini trattati (Green, Smith, 1996).

Un altro importante limite sono le imperfezioni metodologiche di cui soffrono determinati studi, per esempio nel disegno di ricerca, nella selezione dei soggetti, nelle misure scelte come indicatori degli esiti e nell'interpretazione dei risultati che hanno spesso ignorato l'influenza di variabili esterne, rendendo molto difficile stabilire se un miglioramento sia attribuibile ad uno specifico intervento o a variabili intervenenti ambientali. (Prizant e Wetherby, 1998)

Sulla base delle problematiche emerse si possono evidenziare le caratteristiche base che dovrebbe possedere un intervento con bambini portatori di disturbo autistico.

Il programma dovrebbe essere individualizzato, in base al livello di sviluppo raggiunto dal singolo bambino e sul profilo dei suoi punti di forza e debolezza nelle abilità di apprendimento, affrontando le manifestazioni predominanti della patologia; è necessario inoltre non dimenticare di coinvolgere le figure di accudimento che devono poter partecipare attivamente al processo d'intervento e al tempo stesso essere sostenute nella gestione della routine familiare.

Perché l'intervento sia realmente eclettico e globale è necessario che tenga in considerazione non solo i risultati basati sulla ricerca empirica o sull'esperienza clinica, ma anche i modelli psico-educativi alla base delle diverse tecniche utilizzate (Prizant e Wetherby, 1998).

L'approccio terapeutico-riabilitativo S.A.S. (Self Activating System) sembra avere queste caratteristiche.

Si tratta di un sistema di intervento che fa emergere potenzialità adattive emotive, affettive e cognitive, volto allo sviluppo del Sé, inteso come complessa funzione psico-fisica-sociale forgiata per affrontare debolezze e deficit. Si organizza su diversi piani applicativi che si sono sviluppati con la pratica delle conoscenze timologiche e sull'esperienza di modelli di integrazione emotivo-affettiva, seguendo 4 direttrici: l'E.I.T.(Terapia di Integrazione Emotivo-affettiva), T.y.L.A. (Tymology Learning Approach), ARTE-TERAPIA PSICODINAMICA, IPPOTERAPIA. Per affrontare i disturbi pervasivi dello sviluppo con scopo terapeutico-riabilitativo è importante portare il bambino a riappropriarsi della propria crescita psico-mentale.

L'osservazione ha confermato che l'autismo non è uno speciale funzionamento innato ed infatti i primi segni vengono registrati intorno ai due anni, dopo un periodo di relativa normalità.

Il piccolo deve quindi poter riattivare le sue capacità di elaborare informazioni, riappropriarsi di comportamenti adattivi.

L'intervento terapeutico tende a creare una cornice di riferimento che si struttura nella pratica, utilizzando le basi teoriche delle neuroscienze e mirando all'armonizzazione degli input sensoriali esterni attraverso i cinque sensi e delle funzioni autonome primarie (la percezione, la motricità, la memoria, il pensiero, l'attenzione). (Hartmann, 1958)

ARTE-TERAPIA-PSICODINAMICA

INTRODUZIONE

Fin dai tempi più antichi l'arte è stata considerata un elemento di cura. Nella cultura tribale era lo sciamano che costruiva o scolpiva immagini che assumevano "poteri guaritori e salvifici" per il malato.

Con il Romanticismo nasce la concezione dell'artista come individuo particolarmente sensibile, ai limiti della follia, che trova nella realizzazione dell'opera d'arte la possibilità di comunicare agli altri il suo mondo fantastico e alienato.

Con lo sviluppo delle istituzioni psichiatriche nel XIX secolo alcuni medici richiamarono l'attenzione sulla produzione grafica dei malati di mente e dei carcerati (Cesare Lombroso, 1877), tentando una classificazione del disegno in

relazione ai vari tipi di patologia psichiatrica. Nel primo dopoguerra in Europa si diffusero esperienze che misero l'arte al servizio della pedagogia, istituendo le prime scuole d'arte per bambini (Franz Cizek a Vienna e Friedl Diker-Brandeis a Praga) e nacquero le prime forme di arte-terapia orientata dinamicamente (Edith Kramer, 1958).

Anche in America, nel secondo dopoguerra, si sviluppa un diverso approccio all'arte, mosso dall'influenza attiva di Edith Kramer dal 1950 e dal sodalizio intellettuale di Florence Cane (Cane, 1932) e Margareth Naumburg (Naumburg, 1966), le quali diffusero l'idea che il processo dell'Arteterapia, orientata dinamicamente, è basata sul riconoscimento dei pensieri e dei sentimenti fondamentali dell'uomo derivati dall'inconscio che, spesso, raggiungono la loro espressione nelle immagini piuttosto che nelle parole.

Così concepita l'arte come terapia diviene un'essenziale componente dell'ambiente terapeutico e una forma di terapia che integra o sostiene la psicoterapia, ma non la sostituisce (Cane, Frank, Refsnes Kniazzech, Robinson, Rubin, Ulman, 1983; pag. 113-116).

Oggi la pratica dell'arte-terapia prende le mosse da modelli teorici diversi, in particolare quello psicodinamico, cognitivo-comportamentale e transpersonale e il suo intervento riguarda soprattutto la risoluzione dei conflitti emotivi, lo sviluppo dell'autoconsapevolezza, delle capacità relazionali e la gestione dell'ansia.

Il campo d'intervento delle arti-terapie è individuato da tre aree:

- *area educativa*, dove la pratica dell'arte-terapia è mirata ad agevolare percorsi formativi didattico/esperienziali nell'ambito dell'educazione artistica, e processi di sviluppo della creatività;
- *area riabilitativa*, in supporto a strategie di riabilitazione nei confronti di utenze specifiche (per esempio handicap, nevrosi da conflitto bellico o da stress di emergenza);
- *area psicoterapica* propriamente detta, nel contesto della clinica dei disturbi e della patologia psichiatrica.

Non è il processo artistico in sé ad essere specificamente sottolineato, ma piuttosto l'arte come "finestra" nel mondo dell'inconscio del soggetto.

Come nel metodo psicoanalitico sogni e libere associazioni costituiscono le tracce significative di problematiche irrisolte, la produzione artistica permette ai contenuti complessuali (Jung, 1934) del paziente di emergere, attivando pertanto il processo di mentalizzazione necessario alla maturazione individuale.

Nel setting dell'arte-terapia è il corpo ad essere invitato a mostrarsi in un nuovo luogo in cui esista una possibilità di espressione, un mezzo per rielaborare le nuove esperienze, i contenuti profondi e manifestarli a sé e agli altri.

I blocchi evolutivi, i conflitti vengono alla luce evidenti attraverso i movimenti del corpo, la voce, il suono di uno strumento; le emozioni finalmente possono esprimersi anche simbolicamente. La simbolizzazione è alla base della possibilità di mentalizzazione superando le resistenze al cambiamento.

La funzione simbolica del disegno, in particolare, è stata oggetto di numerose ed approfondite ricerche; ne sono esempi, il lavoro di Krampen (1991) che pone la sua attenzione sul modo in cui il bambino usa i simboli per rappresentare il mondo interiore ed esteriore e quello di Van Sommers (1984) e Freeman (1995), i quali si sono focalizzati sulle variazioni pittoriche che si innestano su modalità grafiche stabili, prerequisito per ulteriori sviluppi e tramite simbolico che permette di accedere ad un canale di comunicazione alternativo alla parola.

È per questo che tra le attività grafico-pittoriche, scultoree e le discipline affini, come la musica, la poesia e il teatro, il disegno è lo strumento principe attraverso cui il bambino rappresenta la sua vita fantasmatici (Anzieu,1997). Simbolizzando, permette a emozioni espresse inconsciamente, di divenire sopportabili (Klein,1971), può soddisfare bisogni di protezione, può creare oggetti feticcio rassicuranti e dare soddisfazione al senso estetico attraverso l'uso del colore, dello spazio e della superficie.

Il foglio richiama il primo contatto, il primo incontro del bambino con l'esterno, ogni disegno è per il bambino un veicolo attraverso cui vivere la relazione con il terapeuta. Il bambino, difatti, opera sotto lo sguardo dell'altro, "vede" sia l'opera sia il terapeuta, che a sua volta ne coglie le dinamiche psichiche e la loro espressione.

L'osservatore può determinare la qualità del percorso di sviluppo del soggetto, che, attraverso la relazione terapeutica, arricchisce le proprie potenzialità adattive e intraprende un iter progressivo di adattamento al reale acquisendo interesse per il lavoro personale, allenandosi all'impegno e all'iniziativa, incentivando lo sviluppo dell'intelligenza spaziale, permettendo al soggetto di esprimersi nell'atto creativo e di raccontare anche vissuti difficili.

"Il disegno è un tipo di attività che prende vita dai rapporti tra il fanciullo e il mondo esterno e rappresenta un legame tra il bambino e la società che lo circonda"(Ferraris, 1973)

ARTE-TERAPIA PSICODINAMICA

L'arte-terapia psicodinamica è parte integrante del S.A.S.(Self Activating System), un programma di intervento globale, olistico e timologico, che fa riferimento alla scienza dei valori e sfrutta le potenzialità terapeutiche della relazione, riconoscendo nel valore dell'Altro un riscontro di verità per il Sé.

Attraverso l'attivazione e la mobilitazione di qualità adattive, il soggetto ritrova il cammino dello sviluppo e della riorganizzazione omeostatica delle emozioni, degli affetti e delle qualità cognitivo- intellettive (Lucioni,2007). Tale modello d'intervento si applica in molti quadri psicopatologici, tra cui l'Autismo di Kanner. L'arte-terapia psicodinamica è sorta dall'utilizzazione nelle pratiche terapeutiche e riabilitative, di esperienze fatte con psicoterapia fondata sui principi teorici della psicodinamica, della psicoanalisi freudiana e lacaniana; dell'E.I.T.(Terapia di Integrazione Emotivo-affettiva)(Lucioni); della TyLA (Tymology Learning Approach) (Lucioni); della Biodanza (Araneda); della Psicodanza (Bermudez); dello Psicodramma (Moreno); del Tai-chi-chuan (Tarrago); della Teatro-terapia; dell'Eutonia; del Disegno creativo.

Lo schema utilizzato viene indicato come a quattro entrate: motoria, emotiva, affettiva e cognitiva.

Questa struttura multidisciplinare porta a :

- sviluppare le dinamiche psicomotorie, posturali e di coordinazione;
- attivare tutto il sistema sensoriale ma anche l'equilibrio, la sensibilità propriocettiva ed enterocettiva;
- contenere le risposte emotive troppo intense e quelle psicomotorie ripetitive e coatte;
- incrementare la partecipazione affettiva verso il Sé (autovalorizzazione, autostima, autosoddisfazione) e verso gli altri(rispetto, generosità, gratitudine, accondiscendenza, fiducia e gentilezza);

- aumentare le potenzialità cognitive (la comprensione, l'analisi, la deduzione, il problem solving).

Da ciò si evince che l'arte-terapia psicodinamica si caratterizza come esperienza relazionale ed emotivo-affettiva che genera momenti significativi, controllati dal terapeuta con modalità di ascolto non giudicante, che devono servire al soggetto per trovare uno spazio utile per auto-riconoscersi, per mantenere attivi i processi di crescita e di integrazione di elementi propri, istintivi, immaginari, dinamici, inconsci, consci ma sempre vitali e creativi (capaci di indurre una dilatazione della coscienza).

L'esperienza creativa diventa uno stimolo capace di incidere sulle dinamiche della memoria e, proprio per questo, diventa persistente e utilizzabile, capace di organizzare il sistema rappresentazionale, che da personalistico diventa condiviso e condivisibile (Lucioni, 2007)

La funzionalità rappresentazionale, a sua volta, porta a sviluppare le potenzialità complesse dell'organizzazione psico-affettiva e psico-cognitiva che riguardano: vitalità, creatività, affettività, trascendenza e quella parte della sessualità che integra gli atteggiamenti impositivi di spinta a mettersi in gioco e a competere per la difesa del proprio spazio o ambito vitale.

L'arte-terapia psicodinamica giustifica la propria efficacia terapeutica perché ricca di linguaggio che circola strutturando spazi nei quali i soggetti sperimentano il proprio Sé in rapporto all'Altro, al vincolo terapeutico, agli oggetti, ai cambiamenti.

Ciò permette di sperimentare la propria identità inalterata nello spazio e nel tempo, nel cambiamento e nella staticità.

In questo modo il rapporto terapeuta-bambino assume le sue valenze più significative che sono emotive, affettive e cognitive, apre spiragli di inconscio nelle dinamiche cosce, agendo modalità che riguardano la consapevolezza di sé e dell'altro, la relazione tra mondo interno ed esterno, la conoscenza delle dinamiche timologiche e delle strutture di resilienza, l'organizzazione di valenze che donano senso di individualità, autocoscienza e autosoddisfazione.

L'analisi delle dinamiche psico-mentali, la capacità di mantenere una continua tensione creativa, la possibilità di leggere "contenuti" transferiali sono, quindi, le qualità che caratterizzano le modalità dell'arte-terapia psicodinamica, facendone una scienza, un metodo psicoterapeutico complesso e completo, utilizzato per affrontare disabilità e per tentare di risolvere quelle difficoltà indotte da una società sempre più conflittiva e disorganizzante.

E.I.T.(Terapia di Integrazione Emotivo-affettiva)

Romeo Lucioni, psichiatra e psicoterapeuta, facendo tesoro della validità della TERAPIA SENSOMOTORIA e TERAPIA EMOTIVO-ESPRESSIVA, ha ideato l'E.I.T. – Terapia di Integrazione Emotivo-affettiva – strutturandola come tecnica psicoterapeutica basata sui fondamenti della psicodinamica e della psicoanalisi, utilizzando anche le basi teorico-pratiche dello psicodramma (Moreno), della psicodanza (Bermudez), dell'eutonia, della terapia senso-motoria e del Tai-chi-chuan(Terrago).

L' E.I.T.(Terapia di Integrazione Emotivo-affettiva) è una forma terapeutica di intervento globale sulla persona, che considera tutte le sue componenti funzionali, ponendosi in rapporto con il soggetto in una dimensione olistica, per

cui l'individuo viene considerato unico e indivisibile nel suo cammino verso la realizzazione di un sé libero e indipendente.

Il modello terapeutico si compone di diversi momenti che corrispondono ad altrettante aree di strutturazione personologica e si riferiscono a:

□ *integrazione senso-motoria*: che sviluppa le funzioni sensoriali e percettive mettendole in relazione con le capacità motorie semplici e complesse, oltre che con lo schema corporeo inteso come Sè e come Sè nello spazio;

□ *integrazione emotivo-espressiva*: che concerne la capacità di modulare le proprie emozioni e di esprimerle con il corpo, la postura, gli atteggiamenti, la motricità;

integrazione emotivo-affettiva: rappresentata dalle possibilità di mettere in relazione emozioni e sentimenti, cioè di comunicare sensazioni intime all'Altro che ci sta osservando e che ci accompagna;

integrazione affettivo-relazionale: si tratta di acquisire la capacità di tenere conto del feedback relazionale e valorizzare l'esperienza dell'Altro;

integrazione cognitiva: che interessa lo sviluppo delle capacità cognitive intellettive, considerando anche l'ambiente, le relazioni e le risposte emotive.

L' E.I.T. (Terapia di Integrazione Emotivo-affettiva) si riferisce al ripristino non di una funzione, ma dell'armonico interagire tra funzioni psico-neuro-biologiche che interessano capacità intellettive (memoria, pensiero, creatività, volontà), psicologiche (percezione, attenzione, emotività, affettività), comportamentali, relazionali e sociali alla base del funzionamento adattivo-volitivo dell'Io.

Si tratta di promuovere lo sviluppo di un Io integrato, innanzitutto attraverso il recupero senso-motorio, che risulta fondamentale proprio perché funge da timone o guida per tutto il sistema.

Il contenimento delle risposte emotive deve essere, soprattutto nei casi di disturbo autistico, un obiettivo comunque prioritario; l'angoscia ed il terrore messi in atto come risposta agli stimoli sensoriali ed espressione di una emotività libera ed incontrollata, devono essere affrontati prima di ogni altro problema, attraverso l'istaurarsi di una relazione caratterizzata dall'accettazione e dalla comprensione, dominata dalla ricerca costante di una distanza adeguata allo scopo e consona ai bisogni del bambino.

Nella terapia, si comincia a lavorare sul corpo, con l'aiuto di una musica scelta ad hoc, sul movimento e sulle percezioni, stimolando globalmente tutti i sei canali sensoriali (cinque più l'equilibrio).

Le conquiste senso-motorie e della coordinazione nei movimenti trascinano i successi nell'ambito emotivo e in quello affettivo, portando a un'inevitabile aumento dell'autostima e del senso di efficacia.

La relazione è il fulcro della terapia perché è proprio nel rapporto, che si vivificano quelle forze psichiche capaci di portare il bambino a cercare se stesso, a trovare quelle dinamiche del Sé che configurano il cammino della crescita psico-mentale e quindi anche delle competenze cognitive-intellettive.

I bambini, liberi da sensi di impotenza e di incapacità, prima attraverso l'aiuto dell'Io-ausiliario-terapeuta (Moreno, 1985) e poi sostenuti dal proprio Sé, cominciano a sentirsi gratificati e gioiosi di percepire il proprio funzionamento psico-mentale e corporale, sicuri delle proprie scelte e delle decisioni e sviluppano le dinamiche dell'autovalorizzazione e dell'autosoddisfazione.

Esiste una scala di valutazione sviluppata ad hoc che ci permette di indagare gli ambiti stessi in cui la terapia si articola, quello sensoriale-motorio, comportamentale, l'area dell'emotività, l'area dell'affettività, e lo stile, il livello cognitivo di ogni soggetto cui si sottopone.

TyLA (Tymology Learning Approach)

Le esperienze condotte con una psicoterapia di tipo relazionale, l'E.I.T.(Terapia d'Integrazione Emotivo-affettiva)(Lucioni,2007), hanno stabilito la necessità di un intervento globale e multidisciplinare, che porta al raggiungimento dei pre-requisiti utili e necessari per cominciare interventi riabilitativi, educativi, formativi, di apprendimento e di inserimento sociale.

Queste esperienze hanno anche delineato la necessità di assumere, come punto di partenza per ogni intervento, un *approccio timologico*, relativo agli affetti ed ai valori, tenendo conto che non si può attivare nessuno sviluppo psico-mentale se non attraverso la risoluzione delle problematiche inerenti l'affettività.

Il metodo di riabilitazione cognitiva T.y.L.A.(Tymology Learning Approach) rispecchia questi principi e trova fondamento in moltissime esperienze riabilitative e per l'inserimento lavorativo nell'handicap psichico.

L'approccio riabilitativo timologico è rivolto sempre alla persona e, quindi, prevede quattro punti di accesso:

- *sviluppo psico-sensoriale e psico-motorio* con l'obiettivo di arricchire la comunicazione utilizzando tutte le vie sensoriali(tattili, accarezzare e farsi accarezzare; propriocettive, percependo il peso e la forza; visive, moltiplicando l'input spostandoci attorno al soggetto in terapia e viceversa; acustiche, utilizzando particolari musiche, suoni, piccole frasi ripetute e filastrocche; olfattive attraverso il proprio profumo per farsi riconoscere; equilibrio (sesto senso) attraverso lo spostamento del baricentro)e di migliorare la coordinazione, la postura l'esecuzione di movimenti fini e complessi;

- *contenimento e modulazione delle risposte emotive*(I processi di contenimento emotivo dipendono strutturalmente dalla funzione affettiva, perciò si può agire lavorando attraverso il rapporto uno a uno e in gruppo);

- *arricchimento affettivo nel rapporto con il Sé e con l'Altro attraverso la conoscenza del proprio corpo*(specchio);

- *sviluppo dei processi cognitivi: attenzione, concentrazione, memoria, linguaggio e tenuta*(attraverso l'impegno in attività pre-scolari).

Non si tratta di imporre un insegnamento, ma di stimolare un apprendimento che si sviluppa attraverso la spinta soggettiva, come volontà di rispettare e credere nelle proprie potenzialità.

La chiave è sempre la relazione che l'operatore riesce ad instaurare con il paziente attraverso una vera e propria presa in carico.

Quando il bambino arriva nel setting riabilitativo lo fa alla stessa ora con lo stesso operatore e trovando dinanzi a sé lo stesso ordine nel setting.

Tutto ciò permette di trovarsi in un ambiente caloroso, accogliente e soprattutto conosciuto.

Il passo successivo è quello di riuscire a far lavorare il bambino nel piccolo gruppo, per poi raggiungere la fase di socializzazione completa e relazionarsi nel grande gruppo.

Il programma riabilitativo della T.y.L.A. (Tymology Learning Approach)si differenzia dall'approccio terapeutico E.I.T.(Terapia di Integrazione Emotivo-affettiva)per la maggior strutturazione del tempo della seduta, suddiviso equamente tra le sue aree costitutive(l'aspetto motorio, relazionale e cognitivo), all'interno delle quali ci sono programmi e obiettivi predefiniti, che, al contrario, perdono il loro carattere di rigidità nella terapia di integrazione emotivo-affettiva, strutturata sulle specifiche esigenze dell'individuo e del setting.

Anche la T.y.L.A.(Tymology Learning Approach), come l'E.I.T. (Terapia di Integrazione Emotivo-affettiva), vanta di una scala di valutazione studiata ad hoc.

PRESENTAZIONE DI UN CASO CLINICO

IL CASO DI ALE

Dati anamnestici e diagnostici

Alessandro ha dodici anni, è nato a termine da parto eutocico, nei primi mesi di vita ha

presentato uno sviluppo psico-fisico normale.

A otto mesi ha iniziato a frequentare l'asilo-nido, la lallazione è cominciata ad un anno ed il camminare più tardi.

A diciotto mesi ha presentato crisi notturne caratterizzate da urla e pianto, che portavano inquietudine e tensione durante il giorno.

A due anni e mezzo il bambino, che aveva sviluppato diverse abilità, comincia a perderle, per esempio non vuole più andare sull'altalena o sullo scivolo, cose che prima faceva con molto slancio e piacere.

A seguito di una visita neuropsichiatrica sono stati ravveduti i primi segni della patologia autistica.

A tre anni è entrato nella scuola materna e, contemporaneamente, ha iniziato sedute di psicomotricità perché l'osservazione psicopatologica aveva evidenziato *“compromissione qualitativa della interazione sociale e dell'espressione mimica, della postura e dei gesti; un'incapacità a condividere gioie e/o interessi; impossibilità di elaborare il gioco simbolico ed immaginativo oltre che mancanza totale di linguaggio”*.

Nel 2001 arriva al Centro di Terapia dell'Autismo con diagnosi di “Disturbo generalizzato dello sviluppo con accentuate note autistiche” che viene confermata “Autismo di Kanner” sulla base dei criteri del DSM IV.

A fronte di una valutazione diagnostica utilizzando lo strumento Autism E.I.T. Checklist viene messo in evidenza:

1. il valore medio di quasi 80% dimostra in maniera inequivocabile che ci troviamo di fronte ad un “autismo autistico” o “autismo tipo Kanner”;
2. tutti gli items danno un punteggio iniziale molto alto (si va dal 67% per quanto riguarda la destrezza, al 98% per i disturbi cognitivi) dimostrando così come il disturbo sia pervasivo.

L'osservazione clinica evidenzia una grave difficoltà nell'accettazione del setting e del terapeuta, marcata inefficienza della mimica e della postura, deficit dello sviluppo psicomotorio, inadeguatezza dell'organizzazione motoria, manierismi e movimenti stereotipati, instabilità emotiva con crisi d'angoscia provocate da stimoli minimi e poco significativi, isolamento con incapacità a stabilire un rapporto interpersonale e a sostenere lo sguardo dell'altro e la visione della propria immagine allo specchio, linguaggio limitato a brevi suoni gutturali ed impossibilità di gioco simbolico ed immaginativo.

Modalità di intervento: E.I.T.(Terapia d'Integrazione Emotivo-affettiva)

Il lavoro terapeutico presso il Centro di Terapia dell'Autismo prevede un lungo periodo, circa due anni, di trattamento E.I.T. (Terapia di Integrazione Emotivo-affettiva) con frequenza bisettimanale, per raggiungere i pre-requisiti necessari ad intraprendere il percorso ippoterapico.

Nel setting accetta di essere coinvolto nelle attività proposte dagli operatori solo per brevissimi momenti, la sua attenzione va continuamente sollecitata.

Risulta difficoltosa la riuscita di attività che richiedono uno scambio reciproco e l'utilizzo di oggetti non familiari, di fronte ai quali manifesta segni di angoscia e terrore.

Risultati

A conclusione del trattamento si è somministrata la scala di valutazione Autism E.I.T. Checklist che ha messo in evidenza:

i miglioramenti più evidenti riguardano l'area 3 (comportamenti stimolo) e l'area 4 (espressioni emotive), ma tutte le aree sono migliorate proprio perché l'analisi costante dei risultati permette di monitorare, ma, soprattutto, di indirizzare con precisione l'impegno sul deficit che richiede maggiore rinforzo;

sebbene i cambiamenti siano stati sempre evidenti, nelle ultime fasi della terapia, Alessandro dimostra una maggiore partecipazione alle attività, un □ più spiccato contenimento emotivo e □ una evidente partecipazione affettuosa nei confronti del suo terapeuta.

È notevole il cambiamento qualitativo nella gestione motoria e psicomotoria che permette di intraprendere esercizi sempre più "difficili", che impongono movimenti multipli.

IPPOTERAPIA

Considerati i miglioramenti osservati nella terapia E.I.T.(Terapia d'Integrazione Emotivo-affettiva) nel febbraio 2003 si prevede l'inizio delle sedute di ippoterapia.

Dopo le iniziali opposizioni, le crisi di pianto e angoscia, il bambino sembra gradualmente gradire il movimento ondulatorio e sinusoidale dell'animale e accettare le direttive del terapeuta.

Il percorso ippoterapico procede con chiari ed evidenti progressi che, oggi, portano Alessandro ad essere in grado di guidare il cavallo in autonomia.

T.y.L.A.(Tymology Learning Approach)

La terapia d'integrazione emotivo-affettiva, l'ippoterapia, hanno permesso, quindi, di raggiungere un certo grado di autonomia, una discreta tenuta sul compito e, soprattutto, un legame affettivo sufficientemente valido per poter "lavorare insieme" e cominciare un trattamento riabilitativo: la TyLA.(Tymology Learning Approach) che tenderà ad una programmazione specifica volta al recupero di tutte le funzioni, partendo da quelle motorie per giungere a schemi più complessi di memoria, pensiero e problem solving.

ARTE-TERAPIA PSICODINAMICA

Tale impegnativo trattamento ha portato a poter iniziare anche l'arte-terapia psicodinamica proprio perché Ale ha dimostrato di poter tenere in mano un pennarello, di riconoscere i colori, anche se non nominarli visto il grave deficit di linguaggio e di poter lavorare anche due ore consecutivamente.

Durante la mia attività di tirocinio presso l'associazione A.I.P.R.E.C.(Associazione italiana di prevenzione riabilitazione e cura) ho avuto la possibilità di osservare e partecipare direttamente alle sedute terapeutico-riabilitative di arte-terapia psicodinamica di Alessandro.

Il lavoro ha permesso di portare il bambino a scoprire gli oggetti, la molteplicità degli stessi.

Ale, sotteso a forti tensioni emotive, ricade spesso in manierismi, gesti coatti e incontenibili, che sfociano spesso in vere e proprie crisi di rabbia, con atteggiamenti aggressivi, anche autolesivi.

È qui che interviene la relazione, principio fondante dell'arte-terapia psicodinamica.

Un abbraccio contenitivo, una carezza, uno sguardo, un momento di pausa sono parte integrante della terapia, tutto è finalizzato a proporre attività sempre più significative, a ricercare in un battito scandito delle mani, nei suoni, nel lavoro costante sull'articolazione dei muscoli bucco-facciali, la parola, a consolidare in questi momenti di vicinanza la relazione positiva con il terapeuta, sviluppando dinamiche affettive qualificanti; "il desiderio si realizza nell'Altro per l'Altro, permettendo l'integrazione dell'Io" (Lucioni,2007).

IL DISEGNO E LE ESPERIENZE DI ALE

I disegni e il comportamento dei bambini autistici testimoniano l'esistenza di un rifiuto totale di qualsiasi sentimento umano. Se il bambino giunge a raffigurare figure umane, queste sono di tipo arcaico, legate ad un universo macabro e ansiogeno (Aubin,1985; Ferraris,1973).

A volte sono presenti fantasie d'aggressività, manifestata da tratti brevi e acuti, dalla pressione violenta e dalla dominanza dei colori rosso e nero.

Il soggetto continua a riprodurre gli stessi schemi comportamentali e grafici in modo ripetitivo.

Quando Alessandro entra nel setting ha raggiunto un certo sviluppo psico-affettivo che gli permette di "accettare la prova", di adeguarsi alle necessità della pratica, di "partecipare" per un certo lasso di tempo.

La metodologia legata alla stimolazione della crescita grafico-espressiva si amplia nelle seguenti tappe di lavoro: l'osservazione e l'analisi del livello di sviluppo del disegno bambino; confronto tra il bambino, il suo livello di sviluppo nel disegno e la teoria di riferimento; l'individuazione di un percorso guidato di sviluppo.

La valutazione riguarda sia il processo, l'atteggiamento del bambino durante l'attività grafica, sia la situazione relazionale che si consolida durante l'atto creativo.

Le prime esperienze sono state disastrose, urla, matite e pennarelli lanciati, crisi d'angoscia e pianto, ma l'opposizione è andata via via mitigandosi, permettendo al piccolo di sperimentare il piacere e la frustrazione, l'amore e l'odio nei confronti del terapeuta, la relazione e, attraverso questa, di strutturare dinamiche cognitive, emotive, affettive sempre più ricche.

La nascita del segno

Il primo segno "diventa oggetto" che acquista il valore simbolico di una relazione che ha prodotto una traccia mnemonica, "qualcosa che può essere portato a casa" dopo la seduta di terapia.

Ale va alla scoperta degli oggetti geometrici gradualmente attraverso un complesso processo di apprendimento e di accettazione.

Comincia a lavorare solo con quadrati e rettangoli e reagisce con violenta opposizione a cerchi e triangoli.

Nel giro di un mese Alessandro sarà in grado, accompagnato, rassicurato dalla mano del terapeuta, di riconoscere le forme geometriche attraverso il segno grafico e il colore.

L'uso di colori forti dimostra il raggiungimento di un forte senso di autovalorizzazione e di autostima che gli permette di contenere l'emotività, prima incontrollata e distruttiva.

Giunge volentieri alle sedute sorridente e "mugugnante", dimostra di aver portato con sé, nella memoria, il ricordo della relazione con il terapeuta, non solo segno di affetto, ma di conquista cognitiva, la capacità di costruire un'immagine interna.

Disegno della figura umana

L'acquisizione dei prerequisiti necessari permettono al bambino di porsi di fronte alla figura umana, allo schema corporeo.

Il bambino gradualmente dimostra di accettare i componenti del viso, inizialmente visti come particolarmente disturbanti, la possibilità di rappresentare un corpo a braccia tese e aperte, e di riconoscere e accettare le estremità, mani e piedi.

L'autodefinizione, il riconoscimento del corpo, accettato e utilizzato come forma, è il risultato del contenimento delle pulsioni aggressive che lasciano spazio alla creatività, alla possibilità di agire.

Il piccolo non si spaventa più di fronte al cambiamento perché, proprio nella relazione col terapeuta, ha trovato gli oggetti della realtà, il proprio Sé, e quello dell'altro.

Disegno delle lettere dell'alfabeto

Presentare al bambino le lettere dell'alfabeto è un compito significativo non solo per l'acquisizione della scrittura, ma fondamentale per l'integrazione delle funzioni dell'Io e specialmente quelle relative al linguaggio comunicativo.

Inizialmente si osserva il bisogno di chiudere le lettere in modo da farne risultare rettangoli, triangoli, ma progressivamente, guidato dalla mano dell'Io ausiliario (Moreno, 1985), il terapeuta, accetta le lettere aperte e ne migliora gradualmente la forma.

Riempie fogli di lettere e piccole parole significative: il suo nome, che con sforzo riesce a scrivere autonomamente, mamma, papà e il nome del suo terapeuta.

Gradualmente gli si presenta l'associazione tra oggetti e relativa denominazione in una sorta di gioco-cruciverba, dove non necessariamente si rispetta la consueta direzione di scrittura.

DISCUSSIONI SUL CASO

Per Ale, bambino portatore della patologia autistica più grave e pervasiva, si è dimostrato necessario operare in forma globale e multidisciplinare.

L'arte-terapia, dopo l'E.I.T. (Terapia d'Integrazione Emotivo-affettiva), l'ippoterapia e la T.y.L.A. (Tymology Learning Approach), si è inserita in questo piano terapeutico-riabilitativo, come un intervento altamente specializzato, che contribuisce a indirizzare i bambini disabili sulla via dell'evoluzione delle funzioni, dei meccanismi psico-cognitivi e delle dinamiche psico-affettive.

È così che Alessandro, ancorato in uno stadio pre-oggettuale, per cui una pallina che rotola scatena angosce e terrore perché non costituisce un oggetto stabile, coerente in movimento, ma oggetti diversi, ha avuto la possibilità di cogliere la dimensione oggettuale.

Lo schema per lo sviluppo delle modalità comportamentali è sempre lo stesso: un inizio titubante, il prevalere delle opposizioni e del rifiuto, l'accettazione di una collaborazione e infine l'agire in maniera corretta, rispettando le regole.

In un "magma amorfo" un segno che si chiude in un ovale diventa un oggetto individuato se viene circondato dal colore, se viene affiancato a altri ovoidi, e diventa gradualmente una forma geometrica, un rettangolo, un quadrato.

Il processo di formazione degli oggetti non è automatico, ma mediato dalla relazione, è il terapeuta che fa emergere gli oggetti e crea l'ambito nel quale il bambino va sperimentando e accettando.

Ogni transizione è una lotta, il vero problema è riuscire a fargli accettare di seguire le regole dell'Altro, abbandonando le proprie.

“Lo spunto terapeutico in arte-terapia viene dal desiderio del terapeuta, che si riaccende e rivive quando nasce il desiderio del bambino di recuperare ogni tempo perduto per divenire capace di forgiare la propria vita.”(Lucioni,2007, pag.17)

Nell'ambito triadico della relazione, il bambino, il terapeuta, l'oggetto dell'esperienza, generano un linguaggio che circola, suscitando, inizialmente, un'opposizione alle richieste del terapeuta.

La scoperta di modalità pratiche su imitazione del modello del terapeuta, la richiesta di pause in cui consolidare, sperimentare il contenimento, la sicurezza della relazione, lo sviluppo di elementi simbolici permettono di dilatare la coscienza, che da concreta diventa affettiva(Lucioni,2007).

A seguito di ulteriori valutazioni avvalendosi della scala Autism E.I.T. check list si evince, come raffigurato nel grafico, che il bambino ha mantenuto e migliorato i progressi fatti in particolare nelle aree 3 e 4, rispettivamente relative ai comportamenti stimolo e all'espressione emotiva, nonostante sia evidente la grave compromissione dell'aspetto cognitivo e prettamente comunicativo.

CONCLUSIONI

Le recenti acquisizioni neuroscientifiche incidono sui meccanismi propri dell'arte-terapia psicodinamica che, seppur nettamente psicodinamici, hanno forti rimandi al funzionamento neurobiologico e neurofisiologico.

Ne sono esempio temi come percezione, coscienza, pensiero e memoria, accostati alle dinamiche della relazione e la particolare attenzione posta sulla valutazione scientifica dei dati, evidenziati con scale di controllo puntuale degli outcome.

All'interno dell'applicazione della S.A.S. (Self Activating System) l'arte-terapia psicodinamica ha dimostrato di potersi integrare perfettamente come un'attività terapeutico-riabilitativa atta ad affrontare i blocchi ed i ritardi dello sviluppo psico-mentale caratteristici dei quadri di debolezza psichica, di disturbo pervasivo dello sviluppo ed anche di disagio reattivo.

Questo approccio globale alla persona si basa su punti di riferimento specifici quali:

- una diagnosi precoce e funzionale per inserire ogni bambino in un processo personalizzato di riabilitazione, tenendo conto dei processi psico-mentali che caratterizzano ogni quadro psico-patologico;
- una valutazione funzionale periodica – che, suddivisa in diverse aree, permette di monitorare l'evoluzione della riabilitazione in maniera puntuale e, quindi, modulare gli interventi perché risultino non solo efficienti, ma anche efficaci.

Secondo Vygotskij “lo sviluppo si presenta come un processo costante e circolare, dall'intersoggettivo all'intrapsichico”(Vygotskij, 1990), allo stesso modo nella relazione terapeutica, il terapeuta si confronta continuamente con i diversi stadi di maturità del bambino e, quindi, con i mutevoli livelli di sviluppo psico-affettivo(modalità relazionali) e psico-cognitivo(modalità programmatiche ed elaborative).

Lo psicoterapeuta, in virtù della specializzazione dell'intervento, deve possedere una profonda esperienza, accompagnata da uno studio eclettico delle valenze legate allo sviluppo psichico, per saper cogliere i cambiamenti che si verificano a

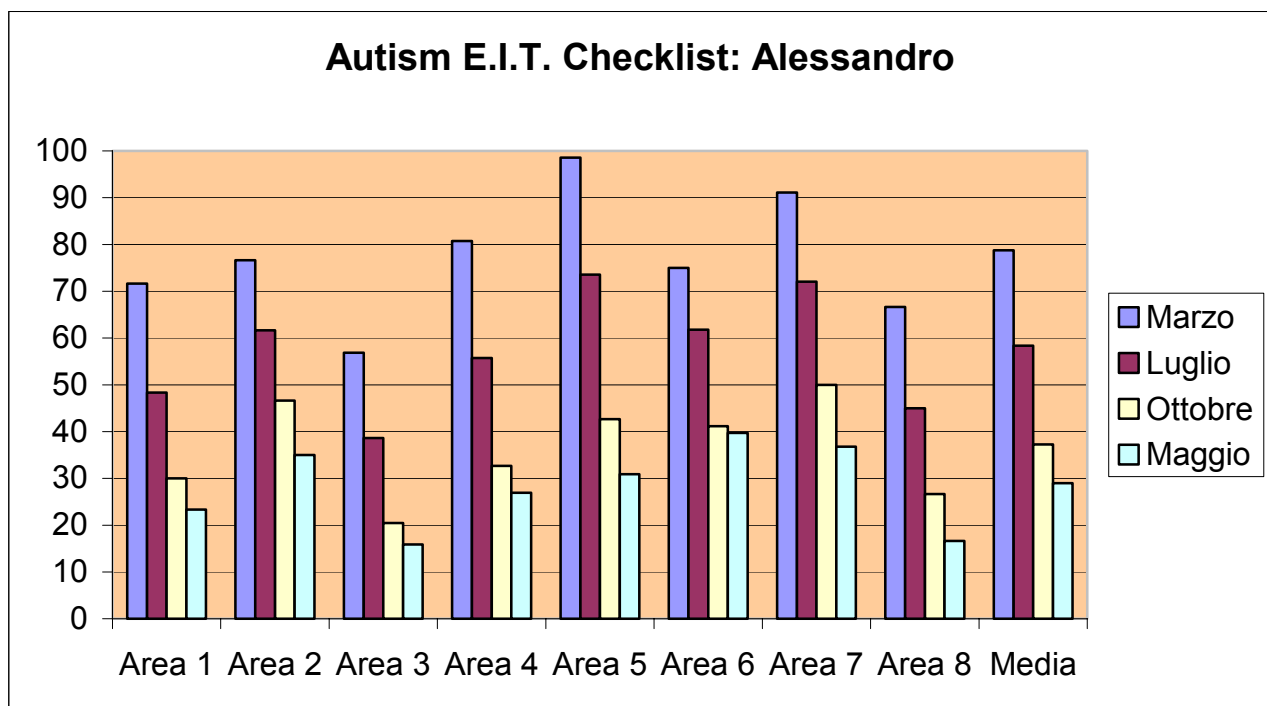
livello dei meccanismi di difesa, di adattamento e delle interazioni con gli oggetti della realtà ed anche interni (le figure di riferimento).

Il terapeuta deve saper mantenere un alto livello di presenza e partecipazione, non lasciarsi intimorire dall'espressione e dai comportamenti aggressivi, cercare sempre una comunicazione empatica che stimoli l'immaginario e dia sicurezza, moltiplicare le attività per non permettere momenti di abbassamento dell'attenzione, cercare la reciprocità, proprio perché il bambino "senta" la partecipazione ad una relazione vivace e propositiva ed infine monitorare l'andamento della terapia attraverso le scale valutative.

Nell'affrontare questi compiti deve dare spazio all'immaginazione e alla creatività, "condizione prima di ogni intervento educativo" (Quaglia, 2003).

Come per il padre dello psicodramma Moreno i tre fondamenti per raggiungere la completezza dello sviluppo del soggetto sono: la spontaneità, la dimensione relazionale e l'azione, così nell'arte-terapia si gioca attorno a questi tre cardini fondamentali (Moreno, 1985) per raggiungere l'obiettivo del recupero, della riabilitazione ed anche della cura.

Il primo passo è quello di sentirsi liberi di poter creare, il secondo è quello di essere immersi in una relazione, parte di uno spazio in cui capirsi, farsi capire, crescere e infine scoprire se stessi, sentirsi in grado di creare qualcosa in risposta alle aspettative, al desiderio del terapeuta, che si fa desiderio di autorealizzazione nel bambino.



BIBLIOGRAFIA

- Alvin J.,1968. *La terapia musicale per il ragazzo autistico* Ed.Armando, Roma
- Anzieu,1997. *Gli involucri psichici*, Masson, Milano
- A.P.A.(American psychiatric Association) ,1996. *DSMIV, Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*, Masson, Milano
- Aubin H.,1985. *Il disegno del bambino disadattato*, Piccin, Padova
- Borghese M. Spezie O., Russo D., Spezia A.,1990. *L'autismo infantile nella pratica foniatrica logopedia* Rass.Int.Clin.Ter. Vol LXX N.20, pag. 913-920
- Bettelheim B.,1976. *La fortezza vuota*, Garzanti, Milano
- Cane Detre, K. , Frank, T., Refsnes Kniazzezh, C., Robinson, M. C., Rubin, J. A., and Ulman, E., 1983. *Roots of Art Therapy: Margaret Naumburg (1890-1983) and Florence Cane (1882-1952).A Family Portrait*.In: *American Journal of Art Therapy*, pag. 113-116.
- Cazzago P.,1984. *Psicomotricità e spazio-tempo*, La scuola, Brescia
- Cooper, J.O., Heron, T.E., & Heward, W.L.,1987. *Applied behavior analysis*, Prentice-Hall, Upper Saddle River, USA
- Erskine, R. G., Trautmann, R. L.,1997. *Methods of an integrative psychotherapy*. In: Erskine R. G. (1996), *Theories and methods of an integrative transactional analysis: A volume of selected articles* (pp. 20-36), TA Press., San Francisco
- Ferraris O.,1973. *Il significato del disegno infantile*, Bollati Boringhieri, Torino
- Freeman N.H.,1985. *Visual order :the nature and development of pictorial representation*, Cambridge University Press, Cambridge
- Hartmann H.,1958. *Psicologia dell'io e problema dell'adattamento*(1978), Bollati Boringhieri, Torino
- Jung C.,1934. *Considerazioni generali sulla teoria dei complessi* in *Opere cit.*, vol.8°,pag.113, Bollati Boringhieri, Torino
- Klein M.,1971. *Analisi di un bambino*, Bollati Boringhieri, Torino
- Kramer, E.,1958. *Art Therapy in a Children's Community*, Charles C.Thomas, Springfield(trad.it. *L'arte come terapia nell'infanzia*(1971), La Nuova Italia, Firenze)
- Krampen M.,1991. *Children's drawings*, (Coll.: C/908), Plenum Press, New York
- Laplanche, Pontalis,1967. *Enciclopedia della psicoanalisi*, Laterza, Bari
- Lombrso C., 1877, *Genio e follia*, Hoepli, Milano
- Lucioni R., Lucioni L.,2007. *Autismo e E.I.T. (Emotional Integrating Therapy)* , Hualfin, Milano
- Lucioni R., Lucioni L.,2007. *E.I.T.(Emotional Integrating Therapy)* , Hualfin, Milano
- Lucioni R.,2007. *Autismo e arte-terapia.le esperienze di Ale*.In: *Qualità Culturale*,Rivista del Neurosciences International Network
- Lucioni R.,2006. *Autismo come alterazione dello sviluppo primordiale dell'io*.In: *Qualità Culturale*, pag.15-23, Rivista del Neurosciences International Network
- Lucioni R.,1997. *Autismo*. In: *Qualità Culturale* N.3, pag.10-14, Rivista del Neurosciences International Network
- Lucioni R., Lucioni L.,2007. *L'immaginario e l'arte-terapia*.In: Primo Congresso Telematico Interdisciplinare, "l'Adolescenza nella società complessa"
- Lucioni R., Lucioni L.,2007. *Arte-terapia, timologia, resilienza e sviluppo psico-mentale*".In: Primo Congresso Telematico Interdisciplinare, "l'Adolescenza nella società complessa"
- Lucioni R., Fumagalli A., Romano R.,2006. *Il sistema rappresentazionale: aspetti evolutivi e psicopatologici*.In: *Qualità Culturale* N.2, Rivista del Neurosciences International Network

- Mahler S.M.,1972. *Le psicosi infantili*, Bollati Boringhieri, Torino
- Manghi S.,1998. *Attraverso Bateson*, Cortina, Verona
- Moreno J.L.,1985. *Manuale dello psicodramma. Il teatro come terapia*, Astrolabio, Roma
- Naumburg, M.,1966. *Dynamically Oriented Art Therapy: Its Principles and Practice*, Grune and Stratton, New York e Londra
- Pasanisi R.,2007. *Arte-terapia: teoria e prassi di un nuovo modello psicoterapeutico integrato*.In: Primo Congresso Telematico Interdisciplinare, "l'Adolescenza nella società complessa"
- Prizant B., Rubin E.,1999. *Problematiche contemporanee sui modelli d'intervento per i disturbi dello spettro autistico* In: *Journal of the association for person with severe handicap*
- Quaglia R., 2003, *Manale del disegno infantile.Storia, sviluppo, significati*, Utet libreria, Torino
- Rutter M., Schopler E., 2004, *The T.E.A.C.C.H. Approach to Autism Spectrum Disorders*, Plenum Press, New York
- Sifneos P., 1991. *Affect, emotional conflict and deficit: an overview*.In: *Psychotherapy and psychosomatics*, N.56, pag.116-122
- Tarrago F.,1995. *Tai chi Chuan.Un cammino hacia la salud y la armonia*, Obelisco, Barcellona
- Toporosi S., Carpintero E.,2007. *El giro del psicoanalisi*. In: *Editorial Topia en la Clinica* N.5
- Van Sommers P.,1984. *Drawing and cognition*,(Coll.: A/1701), Cambridge University Press, Cambridge
- Venuti P., 2003. *Autismo:percorsi d'intervento*, Carrocci, Roma
- Vygotskij L., *Pensiero e linguaggio . Ricerche psicologiche*,Laterza, Bari
- W.H.O.(World Health Organization),1993. "*The ICD-10 Classification of Mental and Behavioral Disorders: Diagnostic Criteria for Research*.WHO, Geneva.(trad.it.:a cura di, Kemali D., Maj M., Catalano F., Lo Brace S., Magliano L.,(1994), Masson, Milano)
- Zappella M.,1996. *L'autismo infantile. Studi sull'affettività e le emozioni*, N.I.S., Roma

SITOGRAFIA

- www.psychotherapie.org/MUTIG/wfmt.html
- www.slowmind.net
- www.adolescenza.org
- www.autismo.info
- www.adhikara.com
- www.neurosciences.ch
- www.psychomedia.it/pm/culture/visarts/munch.html