

## IPOTESI E METODI DI STUDIO

**Autism Open Clinical Model (A- O.C.M.)***Struttura di un modello clinico integrato per la valutazione ed il trattamento dell'autismo*Flavia Morfini<sup>1</sup><sup>1</sup> SiPGI – Scuola di Specializzazione in Psicoterapia Gestaltica Integrata**Citation**

Morfini F. (2023).  
Autism Open Clinical Model (A- O.C.M.)  
Struttura di un modello clinico integrato  
per la valutazione ed il trattamento  
dell'autismo  
Phenomena Journal, 5, 1-14.  
<https://doi.org/10.32069/pj.2021.2.184>

**Direttore scientifico**

Raffaele Sperandeo

**Supervisore scientifico**

Valeria Cioffi

**Journal manager**

Enrico Moretto

**Contatta l'autore**Flavia Morfini  
[flaviamorfini@virgilio.it](mailto:flaviamorfini@virgilio.it)**Ricevuto:** 17 febbraio 2023**Accettato:** 19 ottobre 2023**Pubblicato:** 20 ottobre 2023

## ABSTRACT

This work starts from the examination of the characteristics of the scientific literature concerning autism disorders and from the analysis of the needs of the autistic subject and his family. It focuses on the description of an integrated clinical model called Autism Open Clinical Model (A. - O. C. M.). It constitutes the hypothesis of a basic approach with which to face the evaluation and treatment of autism spectrum disorders. The A- O.C.M. represents an open system which, although starting from the integration of three models: applied behavioural analysis, Cognitive-behavioural Therapy and Gestalt Therapy, was designed to be enriched by contributions from other models and settings. It is a clinical model in continuous evolution which therefore constitutes an open system. The aim is to develop a scientific production and clinical practice characterized by a constant and profound work of comparison, integration and dialogue between scholars. It will be highlighted how this aspect, although essential to a scientific discourse, is, however, currently lacking.

Therefore, in the light of the state of the art of autism research, the basic structure of the model will be described. Starting from its epistemological premise, principles and characteristics will be defined. Finally, the clinical implications will be investigated.

## KEYWORDS

**Autism, integration, model.**

## ABSTRACT IN ITALIANO

Il presente lavoro, che parte dall'esame delle caratteristiche della letteratura scientifica inerente i disturbi dell'autismo e dall'analisi dei bisogni del soggetto autistico e della sua famiglia, è incentrato sulla descrizione di un modello clinico integrato che abbiamo denominato Autism Open Clinical Model (A-O.C.M.). Esso costituisce l'ipotesi di un'impostazione di base con la quale affrontare la valutazione ed il trattamento dei disturbi dello spettro autistico. L'A-O.C.M. rappresenta un sistema aperto che, pur partendo dall'integrazione di tre modelli: l'Analisi Applicata del Comportamento, la psicoterapia della Gestalt e l'orientamento Cognitivo- Comportamentale, è stato ideato per essere arricchito da contributi afferenti da altri modelli ed impostazioni. Il fine è sviluppare una pratica clinica caratterizzata da un costante e profondo lavoro di confronto, integrazione e dialogo tra gli studiosi. Si evidenzierà come tale aspetto, pur essendo imprescindibile da un discorso scientifico, è tuttavia, attualmente, carente. Si descriverà, pertanto, alla luce dello status dell'arte della ricerca sull'autismo, la struttura di base del modello. Partendo dalla sua premessa epistemologica si definiranno principi e caratteristiche. Infine, saranno approfondite le implicazioni cliniche.

## PAROLE CHIAVE

**Autismo, integrazione, modello.**Attribution-NonCommercial 4.0  
International (CC BY-NC 4.0)

## 1. Premessa e finalità

Le linee guida internazionali individuano l'Analisi applicata del comportamento (ABA) quale trattamento d'élite per i disturbi dello spettro autistico di livello 2 e di livello 3 e la psicoterapia cognitivo comportamentale quale trattamento suggerito per l'autismo di livello 1 [1]. La ricerca scientifica evidenzia che gli studi evolucionistici e naturalistici che derivano dall'Aba rappresentano le ricerche maggiormente supportate dall'evidenza. Ciò mette in luce l'importanza di applicare l'Aba in un'ottica ecologica e attenta ai bisogni dell'individuo [2]. È fondamentale distinguere la ricchezza scientifica dell'Aba da come tale disciplina è, talvolta, intesa nella prassi clinica. Frequentemente, l'evoluzione concettuale dell'analisi applicata del comportamento è ignorata. Quest'ultima richiama, dunque, concetti di rigidità e punizione che non sono coerenti con le sue reali basi concettuali [3].

Tali fraintendimenti sono presenti anche sul piano dell'implementazione clinica con la conseguenza di un operato che non risponde realmente ai bisogni della persona autistica e della sua famiglia.

Le gravi ripercussioni sull'operare clinico sono dovute anche ad un aspetto di peculiare gravità: la divulgazione scientifica sull'autismo è molto più indietro della ricerca scientifica [4]. Ciò crea confusione e disorientamento nelle famiglie con autismo. Non vi è, frequentemente, un linguaggio comune tra i clinici. Le linee guida sull'autismo sono spesso ignorate dagli esperti che, non di rado, portano avanti la propria tesi sulla valutazione ed il trattamento dell'autismo senza alcun atteggiamento di tipo scientifico.

La scrivente, lavorando per numerosi anni nel contesto della riabilitazione, è entrata quotidianamente in contatto con il dolore dei genitori con figli autistici. Essi si percepiscono disorientati, non comprendendo, talvolta, a chi rivolgersi per una valutazione diagnostica e per una presa in carico. Non è sempre spiegato in maniera corretta ed opportuna (utile) il senso del feedback diagnostico. Succede che il figlio e loro stessi siano sottoposti a trattamenti senza la piena ed adeguata consapevolezza degli obiettivi. Sono prescritte indicazioni di tipo comportamentale che, spesso, non riescono ad ottemperare perché manifestano una forte resistenza la quale è frequentemente dovuta al rifiuto di accettare la diagnosi [5]. Tale resistenza non è sempre oggetto di trattamento ed il progetto terapeutico non è, talvolta, costruito ad hoc per uno specifico paziente e la sua famiglia. Sono troppi i progetti terapeutici che si assomigliano tra loro, procedure messe in atto in maniera schematica. Tale aspetto, in considerazione dell'elevata eterogeneità che caratterizza i disturbi dello spettro autistico, riveste carattere di peculiare gravità. I bisogni della persona con autismo, non essendo adeguatamente contenuti, invadono sempre più la famiglia ed il sistema in cui essa è inserita: insegnanti, clinici, istituzioni che assumono, infatti, modalità di tipo autistico caratterizzate dalla chiusura. In altre parole, questi sistemi non interagiscono in maniera costruttiva poiché non si aprono al dialogo e ad una concreta collaborazione di rete. Per tale ragione, il professionista che si occupa di autismo è, talvolta, sopraffatto da emozioni di tipo negativo che possono coinvolgere in un burnout

[6]. La conseguenza di ciò è la perdita del in reale contatto con il soggetto/famiglia ma la rigida aderenza alle proprie convinzioni scientifiche e cliché operativi. A nostro avviso, un rischio dell'operare clinico è, infatti, la tendenza a focalizzarsi su degli specifici aspetti del soggetto e del suo sistema in maniera predominante, perdendo, pertanto, di vista l'interessa dell'essere umano nella sua complessità. Il paziente è, dunque, visto in maniera scissa. Com'è noto, tale difficoltà nell'operazione di sintesi del totale degli elementi in un campo di conoscenza è una caratteristica percettiva-sensoriale tipica del soggetto autistico [7]. Altro aspetto importante da considerare è il sovraccarico economico delle famiglie: in modo particolare per i casi più gravi, vi è la necessità di un cospicuo numero di ore settimanali di terapie che il Sistema Sanitario Nazionale non riconosce. Ciò si traduce nella mancata possibilità, per le famiglie meno facoltose, di beneficiare di un trattamento idoneo [8]. I programmi eclettici appaiono basati sulla creatività dei clinici attraverso un modus operandi caratterizzato dalla creatività e meno dal rigore. In tal modo, succedono inevitabili condizioni: non si mette a disposizione della comunità scientifica il valore del proprio operato; l'implementazione clinica applicata in maniera non rigorosa non consente di avere adeguato controllo delle variabili e di valutare realmente l'efficacia del trattamento. Come Giacomo Vivanti sottolinea: un metodo eclettico condotto in maniera esperienziale e sprovvisto di un rigoroso inquadramento teorico non consente la comprensione e replicazione del metodo. Un'ulteriore lacuna presente sul piano scientifico è rappresentata dalle caratteristiche di frammentarietà della letteratura inerente i disturbi dello spettro autistico. Autori che esprimono concetti importanti non sempre proseguono il loro pensiero e discorso alla comunità scientifica. Sarebbe auspicabile un adeguato scambio comunicativo tra i clinici/ricercatori che si occupano di autismo. Il campo delle neuroscienze rappresenta un ambito di ricerca di particolare interesse[4]. Gli aspetti sui quali l'attenzione è maggiormente concentrata sono i seguenti:

- sviluppo senso-percettivo;
- funzione dei neuroni specchio.
- ruolo dei processi neurocognitivi nell'espressione comportamentale nella genesi e nello sviluppo di comportamenti ristretti e ripetitivi.

L'esame dei dati presenti in letteratura, documentati nelle linee guida nazionali consente, inoltre, di identificare i fattori correlati alla riuscita del trattamento. Essi sono:

- tempestività dell'intervento. Da ciò consegue l'importanza della diagnosi precoce.
- Intensità dell'intervento con un impegno di almeno 15/20 ore settimanali.
- Individualizzazione attraverso un programma " cucito su misura".
- Coinvolgimento attivo delle famiglie nell'implementazione del programma.
- Rapporto soggetto/operatori più basso possibile. Si predilige, pertanto, il rapporto 1:1 o il lavoro in piccoli gruppi.
- Programma che rispetta criteri di tipo evolutivo: nel lavoro sul processo di apprendimento del bambino autistico devono essere rispettate le sequenze evolutive che compaiono nello sviluppo normotipico. Tale aspetto è essenziale

quando si lavora con bambini molto piccoli oppure in una fase di curriculum iniziale.

- ❑ Progetto di intervento elaborato dai punti di forza e debolezza del soggetto al fine di potenziare le risorse e compensare le disabilità. Partire dai punti di forza pone l'accento sul rispetto della neurodiversità.
- ❑ Programma focalizzato sullo sviluppo delle autonomie e di preparazione alla vita adulta con focus sulla generalizzazione e mantenimento delle abilità acquisite.
- ❑ Intervento che prevede periodiche valutazioni e monitoraggio del piano di trattamento.
- ❑ Procedure accuratamente descritte che prevedono periodiche valutazioni [4].

I disturbi dello spettro autistico rappresentano dunque una problematica talmente complessa ed ampia che richiede, inevitabilmente, una visione di comprensione e trattamento dell'autismo altrettanto ampia ed articolata che tenga conto di tutti questi fattori.

La finalità del lavoro che presentiamo è, pertanto, andare incontro alle reali necessità delle persone con disturbo dello spettro autistico e delle loro famiglie proponendo un modello clinico integrato scientificamente orientato che rappresenti una presa in carico profonda e concreta. L'Autism Open Clinical Model è un modello di valutazione e trattamento incentrato sia su focus di tipo abilitativo/riabilitativo (con particolare riferimento all'autismo di livelli 2 e 3) sia di tipo psicoterapico (in riferimento all'autismo di livello 1).

## 2. Metodologia

L'elaborazione dell'A-O.C.M. è un lavoro in evoluzione iniziato alcuni anni fa. Negli articoli precedenti la scrivente ha iniziato a porre le premesse per la costituzione dell'A- O.C.M partendo dall'individuazione di una specifica logica integrativa quale principio guida per estrarre dall'Aba, dalla psicoterapia della gestalt e dalla psicoterapia cognitivo comportamentale gli aspetti salienti da integrare nel nostro modello [9]. Alla luce dell'esame di review sistematiche e di studi supportati dall'evidenza e sulla base dell'esperienza clinica della scrivente, sono stati, pertanto, identificati i “*principi attivi*” presenti in ciascuno di questi orientamenti. In altre parole, essi sono le variabili maggiormente coinvolte nell'efficacia del trattamento [10]. L'aspetto centrale del concetto di integrazione del nostro modello è la traduzione di processi intrapsichici e relazionali in termini comportamentali e, pertanto, misurabili scomponendo, viceversa, comportamenti in osservazioni fenomenologiche. Vi è una diversa accezione del significato di integrazione da quello di fusione. L'integrazione enfatizza l'interazione tra diversi sistemi teorici con conseguente arricchimento di visioni e strategie operative mentre il processo di fusione indica un passaggio successivo: essa si verifica nel momento in cui tali sistemi teorici formano un'unica entità. Nel nostro modello l'integrazione si concretizza in un *modus operandi* armonico in cui l'interazione tra le parti (diversi orientamenti) produce una visione “altra”, una

fusione [9]. Si ritiene che l'individuazione delle variabili maggiormente coinvolte nell'efficacia del trattamento, possa costituire una ricchezza in quanto ha l'intuitiva conseguenza di tenere sotto controllo i possibili effetti collaterali presenti in un orientamento. Ogni modello teorico è per sua natura, inevitabilmente, riduttivo: sottolineare dei focus comporta non dare la stessa attenzione ad altri. Il principio integrativo del modello ha l'obiettivo di cogliere, senza snaturare, la ricchezza delle differenti visioni. Cogliere, inoltre, il linguaggio comune sotteso a diversi orientamenti mettendone in luce le diverse sfumature ed accezioni consente di arricchirsi di una visione particolarmente articolata ed ampia sul funzionamento del soggetto e dei sistemi in cui esso è coinvolto [9].

Lo step successivo di tale ragionamento è il focus sulla funzione di un comportamento. È stata evidenziata come la comprensione della funzione di un comportamento rappresenti l'*anello* che congiunge tutti gli orientamenti psicoterapici. Per tale ragione, l'accento è stato posto sulla significatività clinica della funzione di un comportamento mettendo in luce come l'Aba, la psicoterapia della Gestalt e la psicoterapia Cognitivo Comportamentale affrontano tale aspetto con linguaggi e strumenti diversi [11]. Nella fase di A.F. (analisi funzionale) l'utilizzo di un linguaggio che identifica concretamente le variabili responsabili del mantenimento di uno specifico comportamento è di più accesso alla comprensione rispetto ad un linguaggio più astratto e metacomunicativo. Allo stesso tempo, l'operazionabilità dei concetti e il conseguente utilizzo di una terminologia più concreta consente una maggiore sistematicità e controllo delle variabili oggetto di studio [12]. Ciò permette di raccogliere ed esaminare i dati per valutarne il grado di efficacia.

Nel presente articolo si descrive la struttura di base dell'A-O.C.M. nel suo impianto epistemologico attraverso la descrizione dei principi e delle caratteristiche. Da ciò si metteranno in luce le implicazioni cliniche di tale modello. L'intento di quest'articolo che rappresenta un'ipotesi di studio è, dunque, rendere chiara la premessa teorica del modello per poi definirne, in un successivo lavoro, protocolli e procedure di intervento.

### **3. Base teorica della metodologia utilizzata**

L'Autism Open Clinical Model si basa su principi di tipo filosofico e principi di tipo operativo dai quali derivano le caratteristiche principali del modello. L'individuazione di tali principi e caratteristiche è il risultato sia di un processo di riflessione sulle proprie esperienze professionali con soggetti autistici sia di un confronto con professionisti del settore attuato attraverso percorsi di studio e formazione.

#### *3.1 Principi filosofici e principi operativi*

I principi filosofici si basano sul pragmatismo in cui la validità delle ipotesi è valutata in termini di successo dall'applicazione pratica [13]. Di seguito sono rappresentate gli aspetti centrali:

- ❑ dubbio filosofico. Esso è la coscienza guida della scienza. Ha il significato

di interrogarsi continuamente sulla veridicità di ciò che è considerato come “fatto”. Da ciò consegue che la scienza in quanto tale deve essere sempre considerata sperimentale. Dialogo e confronto tra gli studiosi non dovrebbe, quindi, costituire una scelta derivante dalla propensione del singolo professionista ma, deve, necessariamente, essere condizione imprescindibile in un contesto clinico scientificamente orientato in cui la clinica non dovrebbe essere scissa dalla ricerca scientifica. Il nostro modello è, infatti, incentrato sulla stretta interdipendenza tra clinica e ricerca.

- ❑ Sperimentazione. Essa implica osservazione oggettiva con accurata descrizione dei fenomeni di interesse, quantificazione e valutazione. Da tale concetto deriva l'importanza di descrivere in termini operazionabili anche concetti complessi al fine di consentirne la replicazione e, dunque, la sperimentazione [14].
- ❑ Parsimonia: richiede che nell'esame di un processo siano prioritariamente prese in considerazione le spiegazioni più semplici per poi procedere ad esaminare spiegazioni gradualmente più complesse.

I principi operativi sono [15]:

- ❑ diritto alla diversità e al proprio modo originale di essere al mondo.
- ❑ Adattamento creativo dell'organismo all'ambiente con focus sul confine di contatto: modo in cui individuo e ambiente si influenzano reciprocamente.
- ❑ Principio della coerenza interna del proprio essere al mondo (bisogno della chiarezza del legame tra azioni ed obiettivi).
- ❑ Approccio centrato sulla percezione del presente, sulla consapevolezza e sulla responsabilità [16].
- ❑ Concetto di organismo come totalità corpo/mente con funzione autoregolatoria e tendente alla realizzazione con focus sui propri valori personali.
- ❑ Approccio fenomenologico in cui attraverso l'osservazione del comportamento si cerca di dare significato a quest'ultimo senza ricorrere a spiegazioni mentalistiche [17].
- ❑ La terapia clinica in senso ampio è, prima di essere scienza, arte. Un analista del comportamento, ad esempio, che “maneggia” uno specifico sistema di rinforzo sta agendo in base alla sua preparazione ed intuizione e, solo in un secondo momento, avrà l'evidenza dell'efficacia del suo trattamento. Allo stesso modo uno psicoterapeuta della gestalt che applica la tecnica dell'amplificazione emotiva attraverso la potenzialità dell'incontro fenomenologico, saprà, solo successivamente, se il suo intervento è stato efficace. Uno psicoanalista che utilizza un'interpretazione psicodinamica non può conoscere con certezza nell'istante in cui la impiega l'efficacia di ciò. Soltanto, in un secondo momento, si esamina il senso di queste artistiche implementazioni. La ricerca applicata alla psicologia clinica diventa, dunque, mezzo per canalizzare la creatività sul piano scientifico in cui il focus è sulla dimostrazione dell'efficacia dei trattamenti. Tale principio sottolinea il valore del confronto e dell'accoglienza di molteplici punti di vista.

- ❑ Focus sull'operazionalizzazione delle variabili oggetto di studio. Come descritto nel corso di questo lavoro, ogni variabile oggetto di studio deve essere espressa in termini concreti e misurabili [9]:

### 3.2 Caratteristiche principali del modello

- ❑ individuazione dei “principi attivi” quale logica integrativa che costituisce la messa a punto dei criteri di base del modello come precedentemente descritto nel paragrafo relativo alla base teorica della metodologia del modello.
- ❑ Prospettiva di tipo evolutivo in cui si mette in luce che il processo di apprendimento è il risultato di una relazione molto stretta tra ambiente, storia di apprendimento del soggetto ed influenze legate all'età. Ciò sottende tre aspetti: plasticità neurale in cui si sottolinea l'importanza di intervenire quando il bambino è ancora molto piccolo ed il suo cervello particolarmente plastico; necessità di lavorare in un contesto naturale al fine di favorire la generalizzazione dei cambiamenti; pivotal skills in cui per degli insegnamenti principali bisogna tener conto di sequenze di tipo evolutivo [18].
- ❑ Disponibilità all'accoglienza di molteplici punti di vista. Tale caratteristica si collega alla logica integrativa descritta sopra. Non vi è pregiudizio verso alcun tipo di impostazione: nessun orientamento fine a se stesso è più scientifico di un altro.
- ❑ Accento sulla tecnologia. La strutturazione articolata dell'A-O.C.M. dovuta alla ricchezza di una visione integrata rende opportuna la messa a punto di nuove tecnologie integrate e nuove letture di implementazione. L'intervento e le procedure utilizzate devono essere descritte in maniera chiara al fine di poter essere rigorosamente replicate (come sarà evidenziato nei nostri prossimi lavori). Tra gli obiettivi principali del modello vi è lo sviluppo della tecnologia informatica con funzione di coadiuvare il lavoro terapeutico favorendo i processi di generalizzazione dei risultati dell'intervento [19].
- ❑ Accento sull'analisi dei bisogni e sul processo di responsabilizzazione del sistema familiare. Nella prassi clinica vi è confusione tra analisi dei bisogni ed analisi della domanda. Le resistenze ad un trattamento possono e devono essere necessariamente elaborate e la motivazione stimolata. Un bisogno, tuttavia, non può essere indotto. Per tale ragione, nell'A- O.C.M. si sottolinea l'importanza di lavorare *per* e *con* il paziente su degli obiettivi che siano realmente condivisi.
- ❑ Accento sulla corretta informazione e divulgazione scientifica. È compito del professionista essere informato sulle normative dei soggetti con autismo e sullo stato dell'arte della ricerca sull'autismo divulgandone i contenuti.
- ❑ Artigianalità. Ogni progetto è cucito ad hoc e tiene in debito conto sia dei bisogni dell'individuo sia delle risorse. Succede, frequentemente, che, in funzione dei bisogni si prescrivano trattamenti che per ragioni di tipo economico, emotivo ed organizzativo la famiglia non riesce ad ottemperare. Compito del responsabile del piano di intervento e dell'equipe di lavoro è

individuare, insieme al soggetto autistico e alla sua famiglia, il carico sostenibile. L'attenzione è su un adeguato esame della relazione costi/benefici [4]. Applicatività. Il modello si focalizza su comportamenti significativi per l'individuo in termini di crescita personale e sociale. L'attenzione è la progressione verso quei comportamenti adattivi tipicamente esibiti dalle persone della stessa età e gruppo sociale di riferimento. In quest'ottica le priorità educative sono individuate sulla base di un criterio di funzionalità, in modo da promuovere l'autonomia della persona presa in carico e ridurre la dipendenza dalle figure di riferimento [14].

- ❑ Rispetto della neurodiversità che include un grado di adattamento del contesto alle esigenze dell'autismo [20].
- ❑ Operazionabilità. Il comportamento è l'oggetto fondamentale di studio poiché nell'Autism Open Clinical Model, così come descritto precedentemente, al fine di mettere a punto studi basati sull'evidenza scientifica, vi è l'impegno costante, a tradurre in termini operazionabili osservazioni fenomenologiche e viceversa. Da ciò deriva che il linguaggio utilizzato deve essere chiaro e riferirsi a caratteristiche osservabili non utilizzando etichette sommarie.
- ❑ Analiticità. L'A-O.C.M. si basa sulla presa dati nella fase di baseline e monitoraggio dei risultati, effettuata in maniera rigorosa attraverso probe intermedi, con frequenza programmata.
- ❑ Sistematicità. Risponde ai criteri di ordine, metodo, rigore. L'aspetto applicativo delle caratteristiche, come ad esempio i momenti di intervista e di supervisione ai vari livelli (responsabile del trattamento, assistente, terapeuta) deve essere applicate in maniera sistematica e quindi in modo organizzato. Il fine è chiaramente il controllo sulle variabili e l'aderenza a un modo di operare scientificamente orientato. L'obiettivo è l'identificazione e il controllo delle variabili oggetto di studio che si esprime attraverso l'utilizzo dell'A.F (analisi funzionale) il cui obiettivo è dimostrare la relazione tra la manipolazione di uno stimolo e l'emissione di un comportamento. Essa comporta che l'utilizzo di procedure e strumenti clinici utilizzati siano coerenti con i principi di base del modello. Nell'A-O.C.M. l'utilizzo della sistematicità non rappresenta il blocco della creatività del clinico ma è un modo per canalizzarla nella concretezza.
- ❑ Generalità. Il progetto terapeutico deve considerare le variabili coinvolte nella generalizzazione nel contesto naturale oltre a considerare gli effetti di durata e stabilità dell'intervento. Vanno dunque identificate le variabili responsabili della generalizzazione per elaborare un adeguato piano di intervento [12].
- ❑ Centralità del lavoro di rete e di equipe con definizione chiara (sebbene flessibile) di ruoli e funzioni. L'A- O.C.M. utilizza la strutturazione in equipe presente nel modello dell'analisi applicata del comportamento. Essa prevede la figura di un responsabile del trattamento, di uno o più assistenti che supportino il responsabile del trattamento nelle varie fasi della presa in carico e di uno o più tecnici addetti all'implementazione delle tecniche e

all'osservazione/registrazione dei dati. Investire sulla rete e valorizzazione delle risorse consente la sperimentazione di un protocollo di intervento meno intenso di quelli previsti in letteratura, che, in virtù di ciò, dia maggiore autonomia e libertà al soggetto. In base all'esperienza clinica della scrivente, con particolare riferimento al disturbo autistico di livello 1, la non totale strutturazione del tempo costituisce, infatti, un terreno fertile per lo sviluppo di un gesto o pensiero creativo.

#### **4. Implicazioni cliniche dell'A- O.C.M.**

L'A-O.C. M. accoglie la definizione di autismo elaborata da Giacomo Vivanti e collaboratori in cui l'autismo si configura come un deficit dell'apprendimento sociale [21]. Al fine di insegnare ai soggetti con autismo le abilità sociali l'allenamento all'imitazione ha un ruolo peculiare. Quest'ultima è, infatti, una pivotal skills poiché facilita l'apprendimento spontaneo in altre abilità.

L'imitazione è associata allo sviluppo delle capacità simboliche e di conseguenza allo sviluppo del gioco e del linguaggio perché ogni atto imitativo del bambino può essere considerato un atto simbolico. Quest'ultimo riflette, infatti, un'azione rappresentata mentalmente. Sviluppare le prime forme di imitazione significa dunque mettere le basi per la capacità di elaborare simboli. Per questa ragione, le ricerche sul processo imitativo e su come catalizzarlo rappresenta un campo notevolmente fertile. A tale proposito, l'intelligenza artificiale promette ampi sviluppi in questa direzione. Alcuni studi dimostrano, infatti, che i bambini con autismo hanno prestazioni migliori nell'imitare azioni compiute da robot poiché gli strumenti tecnologici elaborano stimoli semplificati [22]. La difficoltà nell'elaborazione degli stimoli è il risultato di una diversa percezione degli oggetti del mondo fisico e sociale. Come sappiamo, i soggetti con autismo soffrono, frequentemente, di ipersensorialità la quale produce un'emozione molto dolorosa quale l'assalto sensoriale. Il soggetto si sente letteralmente aggredito dalla quantità di stimoli proveniente dal mondo fisico e sociale. Nei progetti terapeutici è dunque fondamentale l'educazione percettiva mediante l'utilizzo di tecniche e strumenti specifici da valutare in base al caso. Per soggetti con autismo, in maniera particolare di livello 2 e 3, l'educazione sensoriale può essere efficacemente supportata da dispositivi tecnologici. A tale proposito, citiamo il lavoro di Yoon Park e di Janghoon Yang i quali hanno ideato un software finalizzato a sviluppare una corretta percezione visiva dei bambini con autismo. L'obiettivo è migliorare l'attenzione congiunta e sviluppare un senso di esperienza condivisa. Tale programma consente ai soggetti autistici di imitare "step by step" gli oggetti in primo piano e poi sullo sfondo. In tal modo si offre l'opportunità di potenziare adeguatamente lo spostamento e la messa a fuoco. In altri termini, partendo dal processo attentivo, si sviluppa nella persona autistica una maggiore flessibilità percettiva [4]. Con persone autistiche di livello 1 ed adeguato livello cognitivo, il colloquio psicoterapico, il cui focus è sulla denominazione/differenziazione delle emozioni, è lo strumento privilegiato [23]. Il fine è guidare il paziente ad una modalità percettiva

meno caotica e più organizzata. In altri termini, si aiuta quest'ultimo ad individuare la propria modalità di entrare in contatto con gli stimoli senza sentirsi sopraffatto autoregolando le proprie emozioni [4].

La letteratura scientifica non approfondisce in maniera adeguata i processi percettivi e sensoriali nell'autismo [24]. Le autodescrizioni sono criticate dai ricercatori in quanto non essendo documenti oggettivi non consentirebbero una verifica sperimentale. T. Grandin, a tale proposito, sostiene: "Ma è proprio questo il punto". L'osservazione oggettiva dei comportamenti può fornire informazioni importanti, ma solo una persona che soffre di sovraccarico sensoriale può dirci "cos'è in realtà" [25].

Come sostiene la stessa autrice, al fine di comprendere i processi percettivi/sensoriali l'evoluzione della tecnologia può facilitare l'utilizzo delle autodescrizioni che ci permettono di esplorare la differenza tra il comportamento manifesto e come, invece, è percepito dal soggetto [25].

L'assalto sensoriale è un'emozione comune a molte condizioni cliniche e disturbi psicopatologici. Ciò amplifica la difficoltà di una corretta diagnosi di autismo (diagnosi differenziale) e la difficoltà ad individuare la compresenza di altre patologie (aspetto relativo alla comorbidità psichiatrica).

L'Autism Open Clinical Model sottolinea che, al fine di avere chiarezza del quadro clinico del nostro assistito, l'esame dei meccanismi di difesa è il fulcro centrale. Tale analisi si focalizza sull'individuazione delle modalità difensive che il soggetto autistico mette in atto per fronteggiare l'angoscia derivante dalla disregolazione percettiva. Ad esempio, si valuta qual è il comportamento di un bambino autistico nei confronti del pianto di una madre, qual è la sua percezione in termini di contenuto e di modalità. È fondamentale analizzare i sintomi partendo da come si sono originati e pertanto approfondire le caratteristiche del processo difensivo [26]. Le modalità con le quali il paziente mette in atto modalità difensive si rendono esplicite nella dinamica della relazione terapeutica. Il clinico deve porsi la domanda: "*cosa produce la relazione con il suo assistito? In che modo avviene l'influenza reciproca?*". In termini gestaltici, l'attenzione è sul confine di contatto (uno dei principi chiave sul quale l'A-O.C.M. è incentrato). La relazione autentica con il paziente è all'origine di un operare clinico creativo (sebbene rigoroso) che caratterizza questo modello. Il terapeuta si pone, infatti, in una dimensione di apertura e profonda accoglienza, lontana da pregiudizi. Ad esempio, è necessario accogliere lo stile comunicativo del paziente, anche le stereotipie cercando di trasformarle in un'occasione di contatto. "Tu ami qualcosa ed io cerco di capire, a sensazione, il piacere che ti procura per cercare di renderlo sociale, relazionale" [27].

- ❑ È opportuno, dunque, percepire la qualità del contatto con il paziente. In altri termini, è importante comprendere le caratteristiche del processo di pairing che, nel nostro modello, ha un significato più articolato rispetto a come è inteso nella terminologia comune dell'Aba.
- ❑ Il pairing, nel linguaggio dell'Analisi Applicata del Comportamento, è una procedura in cui il terapeuta effettua un intervento sugli antecedenti condizionando il contesto e se stesso come stimolo piacevole per il bambino.

Tale operazione, ripetuta più volte, fa sì che la mera presenza dell'operatore sarà rinforzante per il bambino [12]. Il focus è, per tale ragione, esclusivamente sul bambino.

- ❑ Nell'A-O.C.M il pairing non è esclusivamente quanto il terapeuta è rinforzante per il paziente ma anche quanto quest'ultimo è rinforzante per il terapeuta. Aspetto centrale è dunque la relazione.

È fondamentale la capacità di mettersi in gioco, di sperimentarsi e di accogliere il “nuovo “anche in riferimento alla propria identità professionale ed agire clinico. Ciò richiama uno dei principi del nostro modello integrato: la ricerca clinica è un processo artistico. Aprendoci profondamente al rispetto della diversità, possiamo realmente accogliere le emozioni dei nostri assistiti non definendo le loro emozioni secondo i nostri codici. Ad esempio, nella pratica clinica si incontrano, spesso, genitori e familiari che negano l'autismo del figlio. Tale negazione è frequentemente la manifestazione di un meccanismo di difesa: la necessità di sperare che il proprio bambino abbia una vita felice e normale. “Aspettative ed obiettivi irrealistici che i genitori hanno sui figli devono essere inquadrati, pertanto, nell'ottica dell'amore e della speranza e non della negazione” [5]. È compito del clinico, pertanto, comprendere qual è il modo migliore per coinvolgere i familiari dopo che è stata comunicata la diagnosi.

Il momento in cui i genitori hanno appreso la diagnosi richiede impegno ed attenzione clinica anche quando sono trascorsi molti anni dalla comunicazione della diagnosi poiché questo evento è all'origine di emozioni fortemente traumatiche. La consapevolezza che il proprio bambino è autistico produce l'avvio di un processo di lutto del figlio che avevano immaginato. Ogni sintomo del bambino ha una specifica conseguenza nella vita di un genitore. È necessario approfondire come ciò si evolve nel corso dello sviluppo.

Nell'eventualità sia presente un fratello a sviluppo tipico, è importante, inoltre, comprendere se quest'ultimo vuole essere coinvolto nel programma di trattamento. Non bisogna dare per scontato che il bene migliore per i fratelli sia vivere la propria vita in maniera libera dal carico autistico valutando l'opportunità di caso per caso [5] in linea con l'“artigianalità” di ogni progetto di terapia, una delle caratteristiche prioritarie del modello.

## Conclusioni

*“Quelli che s'innamorano della pratica senza la scienza son come il cocchiere, che entra in naviglio senza timone o bussola, che mai ha la certezza di dove stia andando”. Leonardo Da Vinci*

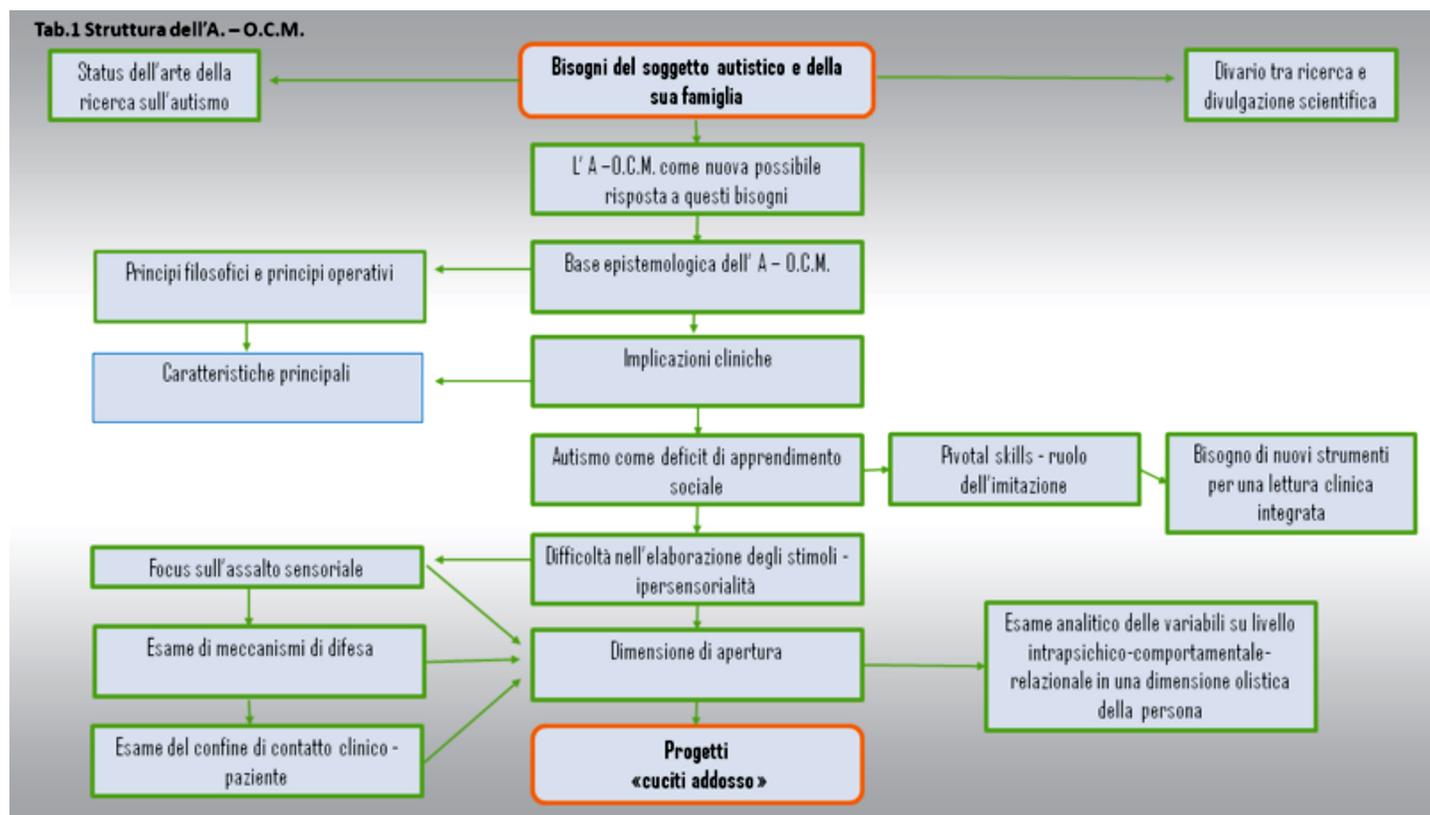
Come si è evidenziato nel manoscritto, l'Autism Open Clinical Model rappresenta la valorizzazione dello studio e della ricerca. Per poter realmente arricchire il mondo scientifico delle proprie esperienze professionali abbiamo dunque bisogno di ordinare, sistematizzare ciò in un sistema epistemologico di tipo analitico. Per farsi che

il mondo professionale arricchisca il nostro pensiero e modo di operare clinico è essenziale, viceversa, “uscire” da questo sistema epistemologico e confrontarci. Per questa ragione l’A- O.C.M. nasce e sarà sempre un modello sperimentale, aperto e flessibile. Ciò lo rende generativo di pensieri poiché dal confronto si genera pensiero. La costituzione di questo modello rappresenta, pertanto, lo stimolo per la sua evoluzione: nasce proprio per essere arricchito da contributi di altri studiosi.

Si è messo in luce come tale impostazione abbia una base teorica-scientifica di elevata significatività, la quale rende opportuno l’approfondimento e l’applicazione dell’Autism Open Clinical Model su larga scala sia nella pratica clinica sia di formazione e ricerca. Alla luce di tale necessità sarà successivamente presentato un lavoro in cui descriveremo i protocolli di intervento che stiamo implementando su soggetti autistici con diversi livelli di funzionamento. Come afferma un noto ricercatore dei disturbi dello spettro autistico: “la complessità dell’autismo ci impone di informarci continuamente su nuovi dati e nuove ipotesi, di mettere da parte quello che davamo per assodato e di mettere in dubbio principi ed egemonie culturali” [4].

### **Appendice - TAB.1.**

Nello schema di seguito riportato sono rappresentati i punti chiave della struttura dell’A.-O.C.M. Essa si basa sull’esame dei bisogni del soggetto autistico e della sua famiglia attraverso la valutazione di due variabili principali: lo status dell’arte della ricerca sull’autismo ed il divario tra ricerca e divulgazione scientifica. La base epistemologica del modello è costituita da principi che fanno riferimento a caratteristiche fondamentali. Da ciò derivano implicazioni cliniche che hanno come focus il concetto di autismo quale deficit di apprendimento sociale. Ciò sottintende il ruolo delle pivotal skills e la necessità di avvalersi di nuovi strumenti clinici per una lettura integrata. Il deficit di apprendimento sociale pone il focus sulla difficoltà nell’elaborazione degli stimoli con la conseguente sensazione di “assalto sensoriale” quale aspetto presente in svariate condizioni psicopatologiche. Al fine di una corretta comprensione degli elementi di diagnosi differenziale e comorbilità psichiatrica l’esame dei meccanismi di difesa diventa pertanto, centrale. Esso include l’analisi del confine di contatto terapeuta-paziente. Quanto messo in luce sottolinea la lettura approfondita delle variabili sui vari livelli: intrapsichico, relazionale, comportamentale in una dimensione di interazione reciproca individuo-ambiente. Tale condizione di apertura crea le condizioni per l’elaborazione di progetti concretamente “*cuciti addosso*”.



## BIBLIOGRAFIA

1. Legge n. 24/2017, art.5. *Buone pratiche clinico-assistenziali e raccomandazioni previste dalle linee guida.*
2. Martin, G. & Pear, J. (2000). *Strategie e tecniche per il cambiamento.* Stati Uniti: McGrall Hill Edition.
3. Zamboli A. (2021). *L'Analisi del Comportamento Applicata: Tra ricchezza e cattive prassi.* Phenomena Journal. Sora: Marpedizioni.
4. Vivanti, G., Cornoldi, C. (2021). *La mente autistica.* Firenze: Hogrefe Editore.
5. Fische, K.E. (2017). *Autismo e famiglia.* Roma: Giovanni Fioriti Editori.
6. Shoman, Y., El May, E., Marca, SC, Wild, P., Bianchi, R., Bugge, MD, ... & Guseva Canu, I. (2021). *Predittori del burnout professionale: una revisione sistematica.* Rivista internazionale di ricerca ambientale e salute pubblica, 18 (17), 9188.
7. Bogdashina, O. (2013). *Autismo e spiritualità.* Firenze: Giovanni Fioriti Editore (2016).
8. Lavelle T A, Weinstein MC, Newhouse JP, Munir K A, Prosser LA. (2014). *Economic burden of childhood autism spectrum disorders.* Pediatrics.
9. Morfini, F. (2020). *Il disturbo autistico ad alto funzionamento: Criteri per un modello clinico integrato.* Phenomena Journal- rivista internazionale di psicopatologia, neuroscienze e psicoterapia. Sora: Marpedizioni.
10. Schopler, E. (2003). *Trattamento per l'autismo dalla scienza alla pseudoscienza all'antiscienza.* Giornale di ricerca clinica e psicoeducativa. Vol.1 e 3. Trento: ediz. Erickson.
11. Morfini, F. (2021). *I disturbi del neurosviluppo: verso un modello clinico integrato.* Phenomena Journal-rivista internazionale di psicopatologia, neuroscienze e psicoterapia. Sora: Marpedizioni.
12. Corradori, G. & Sangiorgi, A. (2017). *L'analisi funzionale del Comportamento. Principi metodi e tecniche.* Trento: Edizioni Centro Studi Erickson S.p.a.

13. Calcaterra, R.M., Maddalena, G. (2015). *Il Pragmatismo. Dalle origini agli sviluppi contemporanei*. Roma: Carocci.
14. Skinner, B.F. (1957). *Verbal Behaviour*. New York: Appleton-Century, Crofts.
15. Polster, E. & Polster, M. (1986). *Terapia della Gestalt integrata: Profili di teoria e pratica*. Milano: Giuffrè.
16. Perls, F., Hefferline, R. F. & Goodman, P. (1971). *Teoria e pratica della psicoterapia della Gestalt*. Roma: Astrolabio.
17. Bèjà, V. (2020). *L'atteggiamento fenomenologico in una prospettiva di campo: un punto di vista sulla psicoterapia della Gestalt contemporanea*. Milano: FrancoAngeli.
18. Tambelli, R. (2012) *Psicologia clinica dell'età evolutiva*. Bologna: Casa Editrice il Mulino.
19. Morfini, F., Durante, S., Ammendola, A., Moretto, E., Stanzione, R., Ragozzino, O., Mosca, L., L., Cioffi, V., Maldonato, N., M., Muzii, B., De Lucia, N., Sperandeo, R. (In fase di pubblicazione). *Domotica e Analisi Comportamentale Applicata: lo sviluppo del mand nell'ambiente naturale*. Milano: Springer.
20. Faggioli, R. & Lorenzo, J.S. (2014). *Dentro l'autismo*. Milano: FrancoAngeli.
21. Vivanti, G. & Salomone, E. (2016). *L'apprendimento nell'autismo*. Trento: Edizioni Centro Studi Erickson S.p.A.
22. Yoon, P., Janghoon Y. (2019) *Efficacy of Gestalt Visual Motor Integration Learning (GVMIL) to Improve Visual Perception in Children with Autism* · Seul Korea: Department of New Media, Institute of Technology.
23. Attwood, T. (2007). *Guida completa alla sindrome di Asperger*. Milano: Ediz. Edra (2018).
24. Narzisi, A. & Muratori, F. (2018). *Riflessioni sulla dimensione spirituale dell'autismo: tra ipersensorialità e ridotta influenza dei priors cognitivi*. Quaderni di Gestalt. Milano: FrancoAngeli.
25. Grandin, T. (2013). *Il cervello autistico*. Bologna: Adelphi Edizioni.
26. D'Angelo V. (2021). *La funzione del reato nell'autismo ad alto funzionamento: necessità di nuovi riferimenti diagnostici valutativi*. Phenomena Journal. Sora: Marpedizioni.
27. Daniele, P. (2018). *L'attesa dell'angelo, costruire comunicazioni con soggetti autistici*. Spiragli nello Spessore del silenzio. Sora: Marp Edizioni.