



# phenomenajournal

Giornale ufficiale di **phenomenahub**

**GIORNALE INTERNAZIONALE DI PSICOPATOLOGIA, NEUROSCIENZE E PSICOTERAPIA**

## COMITATO SCIENTIFICO

### AREA DELLA PSICOPATOLOGIA

MAURO NELSON MALDONATO Università degli studi di Napoli Federico II

MARIO BOTTONE Università degli studi di Napoli Federico II

PAOLO COTRUFO Università degli Studi della Campania L. Vanvitelli

DANIELA CANTONE Università degli Studi della Campania L. Vanvitelli

SANTO DI NUOVO Università degli studi di Catania

### AREA DELLE NEUROSCIENZE

GIOVANNI MESSINA Università degli Studi di Foggia

ALBERTO OLIVERIO Università degli Studi La Sapienza Roma

DAVIDE MAROCCO Università degli studi di Napoli Federico II

PIETRO CIPRESSO Università Cattolica di Milano

### AREA DELLA PSICOTERAPIA

GIUSEPPE RUGGIERO Scuola di Specializzazione in Psicoterapia IMePs

ELENA GIGANTE Scuola di Specializzazione in Psicoterapia SiPGI

ALEXANDER LOMMATZSCH Scuola di Specializzazione in Psicoterapia IGP

Direttore Editoriale:  
**Raffaele Sperandeo**

Supervisore Scientifico:  
**Valeria Cioffi**

Journal Manager:  
**Enrico Moretto**

 **morpedizioni**

[www.phenomenajournal.it](http://www.phenomenajournal.it)

VOL. 3 N. 2 / LUG. · DIC 2021

<b>INDICE</b>	<b>I disturbi del neurosviluppo: verso un modello clinico integrato</b> . . . . .Pag.	1-9
	<b>Adolescenti autistici ad alto funzionamento: un'ipotesi di studio sull'efficacia del trattamento integrato per il disturbo ossessivo compulsivo</b> . . . . .Pag.	10-22
	<b>Autismo: le difficoltà genitoriali e l'intervento gestaltico integrato</b> . . . . .Pag.	23-33
	<b>Eziopatogenesi, processamento sensoriale e predittività dei segni sul Disturbo dello Spettro Autistico nel primo anno di vita</b> . . . . .Pag.	34-40
	<b>La disregolazione percettiva nell'autismo e potenzialità terapeutica dell'intelligenza artificiale</b> . . . . .Pag.	41-52
	<b>Famiglie autistiche resilienti</b> . . . . .Pag.	53-59
	<b>La funzione del reato nell'autismo ad alto funzionamento: necessità di nuovi riferimenti diagnostici valutativi</b> . . . . .Pag.	60-67
	<b>Teoria della mente e Autismo: strategie di intervento per migliorare la qualità di vita nell'età adulta partendo dalla valutazione dei bisogni del soggetto</b> . . . . .Pag.	68-80
	<b>Procedure di parent training: la collaborazione della famiglia come fattore prognostico facilitante il buon esito di un trattamento ABA</b> . . . . .Pag.	81-92
	<b>L'approccio sistemico relazionale e la presa in carico della famiglia del soggetto autistico</b> . . . . .Pag.	93-100
	<b>Intervento integrativo evolutivo-esistenziale con EMDR sui Disturbi dello Spettro Autistico</b> . . . . .Pag.	101-109
	<b>Lo psicologo delle cure primarie come supporto ai pediatri nella diagnosi precoce di Autismo</b> . . . . .Pag.	110-115
	<b>L'approccio psicodinamico alla comprensione e al trattamento dell'autismo</b> . . . . .Pag.	116-130
	<b>Autismo in età adulta</b> . . . . .Pag.	131-139
	<b>L'Analisi del Comportamento Applicata: Tra ricchezza e cattive prassi</b> . . . . .Pag.	140-150
	<b>Autismo e qualità di vita della famiglia: un approccio integrato</b> . . . . .Pag.	151-160

IPOTESI E METODI DI STUDIO

# I disturbi del neurosviluppo: verso un modello clinico integrato

## *Il trattamento dell'autismo ad alto funzionamento: l'analisi funzionale in un'ottica integrata*

Flavia Morfini<sup>1</sup><sup>1</sup> SiPGI - Postgraduate School of Integrated Gestalt Psychotherapy, Trapani, Italy**Citation**

Morfini F. (2021). I disturbi del neurosviluppo: verso un modello clinico integrato Phenomena Journal, 3, 1-9. <https://doi.org/10.32069/pj.2021.2.121>

**Direttore scientifico**

Raffaele Sperandeo

**Supervisore scientifico**

Valeria Cioffi

**Journal manager**

Enrico Moretto

**Contatta l'autore**

Flavia Morfini

flaviamorfini@virgilio.it

**Ricevuto:** 5 aprile 2021**Accettato:** 12 luglio 2021**Pubblicato:** 12 luglio 2021**ABSTRACT**

The purpose of the research work of the writer is the gradual development of an integrated clinical model for the treatment of high-functioning autism. The analysis for the constitution of this model has started from the identification of a specific logic with which to integrate three models: cognitive behavioral, Gestalt and model deriving from the applied analysis of behavior (ABA). This logic has materialized in the identification, through an analysis process based on the examination of the scientific literature and on their clinical experience, of what they have been defined as the active ingredients of each of these disciplines, that is, the variables most involved in the efficacy of treatment for level 1 autism. The present work therefore constitutes the next step in this reasoning. The focus is on the active ingredients of the ABA. We intend to carry out a rigorous analysis of the function of behavior in an integrated perspective for the treatment of high-functioning autism. Understanding the function of behavior naturally has an evident clinical significance as it is the basis of the therapeutic project in all clinical models, even though it is addressed with different languages and tools. In gestalt therapy the focus is on contact needs and how those needs are blocked; in behavioral cognitive orientation the emphasis is on mental patterns as behavior triggers, while in the applied analysis of behavior the single aspects of a behavioral process are examined, defining the latter functional analysis. Therefore, an analytical and systematic vision of the function of behavior is present in ABA. It represents a valuable contribution to an evidence-based model which is for this reason one of the central aspects of the model I am working on.

**KEYWORDS****Autism, function, behavior.****ABSTRACT IN ITALIANO**

La finalità del lavoro di ricerca della scrivente è la graduale costituzione di un modello clinico integrato per il trattamento dei disturbi del neurosviluppo il quale è stato inizialmente focalizzato sull'intervento per l'autismo ad alto funzionamento. L'analisi per la costituzione di questo modello è partita dall'individuazione di una specifica logica con la quale integrare tre modelli: cognitivo comportamentale, gestaltico e modello derivante dall'analisi applicata del comportamento (ABA). Tale logica si è concretizzata nell'identificazione, attraverso un processo di analisi basato sull'esame della letteratura scientifica e sulla propria esperienza clinica, di ciò che sono stati definiti i principi attivi di ognuna di queste discipline, ossia, le variabili maggiormente responsabili dell'efficacia del trattamento per il disturbo autistico di livello 1. Il presente lavoro costituisce, dunque, lo step successivo di questo ragionamento. L'accento è posto sui "principi attivi" dell'analisi applicata del comportamento. Si intende effettuare una rigorosa analisi della funzione del comportamento in un'ottica integrata per il trattamento, in particolare, dell'autismo ad alto funzionamento. La comprensione della funzione di un comportamento riveste, naturalmente, una significatività clinica evidente poiché è alla base del progetto terapeutico in tutti i modelli clinici, sebbene affrontata con linguaggi e strumenti diversi. Nella psicoterapia della gestalt il focus è sui bisogni di contatto e su come tali bisogni sono bloccati; nell'orientamento cognitivo comportamentale l'accento è sugli schemi mentali quali fattori scatenanti il comportamento, mentre nell'analisi applicata del comportamento (ABA) si esaminano i singoli aspetti di un processo comportamentale definendo quest'ultimo analisi funzionale (A.F.). È presente, pertanto, in ABA una visione analitica e sistematica della funzione del comportamento. Essa rappresenta contributo prezioso ad un modello basato sull'evidenza che costituisce, per tale ragione, uno degli aspetti centrali che sono alla base del modello al quale sto lavorando.

**PAROLE CHIAVE****Autismo, funzione, comportamento.**Attribution-NonCommercial 4.0  
International (CC BY-NC 4.0)

## 1. Premessa e finalità

Il lavoro che si presenta affonda le sue radici nella mia passione per la ricchezza concettuale e metodologica dell'analisi applicata del comportamento. Non di rado, professionisti che si occupano di disturbi del neurosviluppo assimilano, in modo semplicistico, l'analisi applicata del comportamento ad un insieme di tecniche escludendo dal campo d'intervento dell'Aba concetti relativi alle emozioni e al pensiero. La finalità di questo lavoro è, pertanto, evidenziare come gli strumenti di questa disciplina possano in maniera efficace e scientificamente dimostrabile analizzare e trattare aspetti complessi legati a fattori emotivi, motivazionali, percettivi. Si metterà in luce la possibilità e la necessità di descrivere in maniera operazionabile questi concetti complessi attraverso l'esame dell'analisi funzionale che definisce il perché è messo in atto un comportamento; in altri termini, identifica da cosa il comportamento è mantenuto [1].

## 2. Metodologia

Questo lavoro si basa su elaborazioni maturate dalla scrivente nel corso di numerosi anni di attività clinica con soggetti autistici ad alto funzionamento e su un rigoroso esame della letteratura scientifica inerente l'argomento in cui emerge il contributo prezioso del pensiero Skinneriano.

Skinner, fondatore dell'Aba, approfondisce in maniera precisa il ruolo dell'analisi funzionale attraverso l'esame delle operazioni motivanti costituite, nel caso del disturbo autistico di livello 1, da pensieri fortemente strutturati. Egli rappresenta che il pensiero è un comportamento (di tipo cover) ed, in quanto tale, è oggetto di studio e trattamento dell'analisi applicata del comportamento.

Al fine di evidenziare la necessità di una rigorosa analisi della funzione del comportamento, il presente lavoro parte da un'analisi del concetto di funzione del comportamento mettendo in luce i principi sui quali tale concetto si fonda ed esaminando i singoli step di un assessment funzionale [2]. Successivamente, si rappresenteranno le principali metodiche di analisi funzionale e le applicazioni in ricerca e nella pratica clinica. Infine, si descriverà una procedura di analisi funzionale di tipo descrittivo che la scrivente ha implementato nella presa in carico di un soggetto autistico ad alto funzionamento [3]. Si evidenzierà, pertanto, come un metodo sistematico di analisi della funzione del comportamento consente di individuare in maniera precisa le variabili sulle quali un comportamento è mantenuto e permette, in maniera altrettanto rigorosa, di individuare strategie di intervento mirate [4]. Si illustrerà la significatività clinica di ciò attraverso la rappresentazione di frammenti di un caso clinico. Questa analisi ha consentito di individuare strategie di intervento riferite a ciascuno dei comportamenti oggetto di trattamento [5].

## 3. Le funzioni di un comportamento

L'analisi funzionale può essere definita come un processo di acquisizione dei dati at-

traverso un metodo di rigorosa osservazione il cui fine è comprendere da cosa il comportamento è mantenuto, in altri termini, l'obiettivo è identificare la funzione di un comportamento. Comprendere la funzione di un comportamento ci consente di individuare lo schema di rinforzo più adatto al fine di eliminare/ridurre un comportamento problema ed incrementare, allo stesso tempo, comportamenti più funzionali [6].

Nella pratica clinica, i metodi di assessment funzionale più utilizzati sono lo scatterplot costituito da una tabella in cui, secondo specifici parametri, si registrano i dati per poi valutarne la frequenza e la valutazione funzionale descrittiva attraverso la descrizione dello schema ABC (Antecedent - Behavior - Consequences) nelle quali è riportato in un modo narrativo, quali sono gli antecedenti, qual è la topografia del comportamento disadattivo e quali sono le conseguenze del comportamento disadattivo [7].

La condizione antecedente è costituita da stimolo discriminativo (SD) ed operazione motivante (MO). La funzione dello stimolo discriminativo è indicare la disponibilità del rinforzatore mentre l'operazione motivante, che può essere di tipo condizionato (appreso) oppure di tipo incondizionato (filogenetico), è una condizione antecedente che altera il valore di uno stimolo come rinforzatore o punitore. Essa modifica temporaneamente la frequenza di un comportamento (ad esempio la sete è un'operazione motivante filogenetica mentre la necessità di guadagnare è un'operazione motivante di tipo condizionato). Il comportamento è la risposta del soggetto mentre la conseguenza è la risposta dell'ambiente al comportamento del soggetto.

Il termine analisi funzionale fu battezzato da Skinner per indicare le dimostrazioni empiriche di relazioni di causa ed effetto tra ambiente e comportamento. Le cause del comportamento sono le condizioni esterne di cui il comportamento è funzione [8].

Il comportamento è determinato da due processi: l'apprendimento e la motivazione. Il primo produce lo sviluppo di un nuovo comportamento oppure il cambiamento di un comportamento acquisito in precedenza. Il secondo, invece, consente la comprensione della funzione di un comportamento. Gli aspetti ambientali e le specificità proprie di ogni persona influenzano la variabile motivazionale.

Le funzioni di un comportamento che ricorrono con maggiore frequenza sono le seguenti:

- richiedere attenzione: l'attenzione dell'altro ha ruolo di rinforzo positivo. Essa può esprimersi in varie forme: sguardo, rimprovero, contatto fisico.
- Ottenere un oggetto o accedere a un'attività piacevole: il bambino con autismo mette in atto un comportamento disfunzionale al fine di ottenere ciò che desidera in quanto non è capace di esprimersi diversamente.
- Ottenere una stimolazione interna (funzione autostimolatoria): il comportamento inadeguato ha la finalità di produrre un rinforzo di tipo intrinseco.
- Ottenere evitamento e fuga da una situazione vissuta come avversativa: lo scopo è sfuggire da una situazione ritenuta frustrante. Per questa ragione, il soggetto con autismo si allontana fisicamente dalla situazione spiacevole attraverso un

comportamento di fuga, oppure, attraverso strategie di evitamento, rimane nell'ambiente in cui questo si verifica ma posticipa il contatto con la situazione avversiva. Nella pratica clinica numerosi comportamenti sono multifunzionali poiché sono controllati da più variabili [9].

Nei soggetti autistici ad alto funzionamento, come sarà rappresentato nel corso di questo lavoro, l'OM, a causa dell'elevata complessità neuropsicologica, è costituita da pensieri molto complessi di tipo condizionato poiché collegati a bisogni di tipo secondario.

#### **4. Procedure di Analisi funzionale ed applicazioni**

Sul piano della letteratura scientifica distinguiamo tre tipi principali di valutazioni funzionali del comportamento:

- sistemi di valutazione sperimentale: le variabili ambientali sono manipolate sperimentalmente. L'obiettivo è formulare ipotesi funzionali.
- Sistemi di osservazione diretta: basati sull'osservazione in contesto naturale del comportamento target e nella registrazione dell'episodio su apposite schede come ad esempio la scheda ABC per l'analisi funzionale descrittiva. Quest'ultima si applica trascrivendo in specifiche schede l'osservazione dei dati comportamentali prestando attenzione a non modificare in alcun modo le variabili ambientali.
- Sistemi di valutazione indiretta: colloquio clinico, interviste strutturate o semi-strutturate, questionari e check-list; sono spesso il primo step dell'assessment.

Emerge dai dati scientifici che l'assessment descrittivo strutturato e l'analisi sperimentale risultano di un'elevata efficacia. Per questa ragione nella pratica clinica si verifica un forte utilizzo dell'assessment descrittivo strutturato in virtù dei numerosi vantaggi che questo tipo di procedura comporta. L'assessment descrittivo strutturato, infatti, è di più facile implementazione ed ha dei costi molto meno elevati rispetto all'analisi sperimentale. Il vantaggio principale di quest'ultima metodica consiste, invece, nel rigore attraverso il quale le variabili sono controllate. Tale caratteristica rende l'analisi sperimentale metodo preferenziale in ambito di ricerca in cui lo stretto controllo sulle variabili oggetto di indagine è necessario.

#### **5. L'assessment funzionale**

Al fine di mettere a punto una procedura di analisi funzionale è necessario seguire i seguenti step:

- definire chiaramente il comportamento sul quale intervenire. Tale definizione deve essere effettuata in termini operazionabili cioè concreti e, quindi, non deve rappresentare una spiegazione mentalistica.
- Raccogliere informazioni relative al comportamento problema al fine di esplorare la storia di apprendimento del soggetto rispetto a quello specifico comportamento.
- Selezione del metodo di analisi funzionale in funzione della specifica situazione, degli obiettivi e delle risorse a disposizione.

- **Commento sui risultati:** nel momento in cui si hanno a disposizione i risultati dell'analisi funzionale, è necessario valutare la chiarezza dei dati e di come questi sono rappresentati.
- **Opzioni di intervento:** si individuano quali possono essere le strategie di intervento più idonee al caso specifico. Il comportamento inadeguato è, molto spesso, egosintonico e quindi è fondamentale che l'intervento consideri tale aspetto. È necessario, dunque, cercare di implementare nel soggetto modalità comportamentali che assolvano alla stessa funzione del comportamento problema ma in modo funzionale. Il fine è, naturalmente, produrre un miglioramento della qualità della vita.

## 6. Frammenti di un caso clinico: analisi funzionale descrittiva

Successivamente alla fase di analisi funzionale si individuano tecniche di intervento ad hoc. Esse possono essere distinte in interventi basati sugli antecedenti, sul comportamento, sulle conseguenze oppure tali interventi possono essere combinati tra loro. Si evidenzierà quanto rappresentato dalla descrizione di lavoro clinico della scrivente: la storia il caso di Roberto, un giovane studente universitario di 24 anni. Roberto con diagnosi di disturbo autistico di livello 1 (cod.299.00-F84.0 secondo DSM punt. RAADS-R è 130) è giunto all'osservazione clinica della scrivente a novembre del 2018. È stato preso in carico per una psicoterapia ad orientamento gestaltico integrato in cui sono stati implementati in maniera significativa principi e tecniche derivanti dall'analisi applicata del comportamento. Egli manifestava una problematica del comportamento alimentare poiché si alimentava in maniera fortemente selettiva ed insufficiente. Pesava circa 59 Kg ed è alto circa 1,85 m. Allo stesso tempo, esprimeva una forte sofferenza poiché affermava di non sentirsi capace di costruire e mantenere relazioni sociali.

È stata, pertanto, invitata la coppia genitoriale ad un colloquio e si è proceduto alla raccolta dei dati anamnestici.

Dai colloqui e dall'osservazione comportamentale si configuravano, dunque, i seguenti comportamenti problema:

- ipoalimentazione;
- selettività alimentare;
- inadeguata capacità di sviluppare relazioni con i coetanei;

Il comportamento alimentare costituiva (considerando il rapporto peso/ altezza) il problema più urgente poiché rappresentava problematica medica di rilievo. Per questa ragione, è stato effettuato invio da un endocrinologo nutrizionista che gli ha prescritto una serie di indagini le quali hanno avuto esito negativo.

Si è lavorato, pertanto, sui seguenti comportamenti target:

- c.p. n°1- ipoalimentazione;
- c.p. n°2- selettività del comportamento alimentare;
- c.p. n°3- difficoltà ad instaurare relazioni con un coetaneo.

Tali comportamenti sono stati descritti in termini di topografia, frequenza e funzioni.

Si è analizzato la funzione del comportamento attraverso un metodo di valutazione descrittiva di tipo indiretto.

Il processo di osservazione e raccolta dati per l'individuazione della frequenza del comportamento (baseline), che si è esteso per un periodo di 20 giorni (dal 15 novembre al 4 dicembre 2018), si è svolto parallelamente al periodo di raccolta dati per l'esame della funzione del comportamento.

Si è proceduto alla descrizione dell'A B C del comportamento attraverso la definizione degli antecedenti e delle conseguenze. I dati sono così sintetizzati:

C.p. n°1

- Antecedente- SD → La madre che cucina il pasto.
- Comportamento → Roberto si nutre in maniera insufficiente.
- Conseguenza → Disapprovazione della madre.

C.P. n°2

- Antecedente- SD → La madre che cucina la verdura.
- Comportamento → Roberto si rifiuta di mangiare la verdura.
- Conseguenza → La madre disapprova il comportamento di Roberto.

C.P. n°3

- Antecedente- SD → Presenza di un coetaneo di Roberto e contestuale attivazione fisiologica (tachicardia e sudorazione).
- Comportamento → Roberto evita il contatto sociale.
- Conseguenza → Roberto prova sollievo (scomparsa di tachicardia e sudorazione).

## **7. Frammenti di un caso clinico: dall'analisi funzionale alle metodiche di intervento**

Esamineremo la funzione di ciascuno dei c.p. rappresentati sopra evidenziando le principali metodiche di intervento utilizzate. Per quanto concerne il c.p. n°1, è emerso, in maniera sistematica ed in tutto il periodo di osservazione, che lo stimolo discriminativo rappresentato dalla madre che cucina è collegato ad un'OM costituita da un pensiero. Esso è verbalizzato da Roberto nel seguente modo: *“appena mangio, la pancia si gonfia e rischio di sentirmi male e vomitare”*. Esaminando il comportamento verbale che esprime tale pensiero si è riscontrato che quest'ultimo è basato su un condizionamento le cui radici risiedono nella storia di apprendimento di Roberto. Egli ha raccontato, infatti, che sua madre, dopo aver mangiato, vomitava (vomita tutt'oggi) con elevata frequenza (vomito autoindotto), poiché, quest'ultima riteneva, spesso, dopo aver mangiato (e ritene ancora oggi) di sentire la sua pancia troppo gonfia e di temere di sentirsi male. Egli ha accettato ed introiettato, dunque, questo pen-

siero materno il quale ha assunto la forma di un comportamento di tipo anoressico mantenuto da rinforzo sociale (attenzione materna).

Tra le procedure e gli strumenti terapeutici utilizzati per quanto concerne il c.p. n° 1 vi sono le seguenti:

- intervento sugli antecedenti attraverso l'intensificazione del pairing in cui sono state implementate tecniche di condizionamento di secondo ordine. L'evoluzione della relazione terapeutica ha consentito di lavorare sulla sostituzione del pensiero disfunzionale: "appena mangio la pancia si gonfia e vomito" da un pensiero funzionale basato su un esame di realtà: "per stare bene ho bisogno di alimentarmi in maniera adeguata e di prendere peso".
- Intervento sugli antecedenti attraverso il rinforzo non contingente (NCR) nella forma dell'attenzione con cadenza giornaliera (1 al giorno). A questo proposito, si osserva che sarebbe stato un grave errore tecnico scegliere l'utilizzo di un rinforzo di risposte incompatibili (DRI) come ad esempio quello di rinforzare Roberto ogni qual volta metteva in atto un comportamento alimentare corretto poiché, come è emerso dall'analisi funzionale, la conseguenza del comportamento era l'attenzione genitoriale. Pertanto è apparso opportuno spezzare questa contingenza.
- Intervento sulle conseguenze mediante il coinvolgimento della coppia genitoriale. Si indica ai genitori di non prestare attenzione al comportamento alimentare di Roberto. Il fine è, naturalmente, eliminare il rinforzo del c.p. nella forma dell'attenzione sociale (disapprovazione).

Analizzando la situazione antecedente al c.p. n°2 è emerso, in maniera costante per tutto il ciclo di osservazione dei dati, che la preparazione della verdura da parte della madre è collegata ad un'OM costituita da un pensiero legato alla storia di apprendimento di Roberto. Esso è il seguente: *"mia madre si eroga il diritto di sapere cosa devo sentire, pensare e fare. Vuole comandare la mia vita. Io mangio ciò che voglio e lei non deve decidere cosa devo mangiare. La verdura è verde ed io non la mangio punto"*. Esaminando il comportamento verbale che rappresenta tale pensiero, si è evidenziato che Roberto, nel corso della sua infanzia ed adolescenza, ha avvertito il comportamento della madre particolarmente autoritario non consentendogli, pertanto, di sperimentare la propria autonomia. Da questo messaggio appare chiaro che il pensiero contenuto nella situazione antecedente del c.p. in esame rappresenta un tentativo disfunzionale del soggetto di affermare la propria autonomia dalla madre che rinforza la selettività alimentare del figlio attraverso l'attenzione.

Il lavoro sul c.p. n° 2 ha utilizzato principalmente la seguente metodologia:

- intervento sul comportamento introducendo ad ogni pasto di una quantità minima di cibo di colore verde quale, ad esempio, 1 cucchiaino di minestrina seguita immediatamente dalla proposta di un cibo molto appetibile per Roberto (cracker). Gradualmente, la quantità del cibo non preferito è stata aumentata. Parimenti, vi è stato incremento del rinforzo erogato.
- Intervento sull'antecedente attraverso l'esame del comportamento verbale per lavorare sul bisogno dell'assistito di controllare il comportamento materno per affermare la propria autonomia dalla madre. Si è, pertanto, sviluppata in

Roberto la consapevolezza di ciò e, attraverso l'applicazione della Functional Communication Training (FCT), si è lavorato sull'implementazione di patterns comportamentali finalizzati al bisogno di autonomia più idonei. Conseguentemente, come vedremo in seguito, il comportamento alimentare è diventato significativamente meno selettivo.

- Intervento sulle conseguenze attraverso prescrizioni comportamentali alla coppia genitoriale (come nel c.p. n°1 è stato eliminato il rinforzo nella forma dell'attenzione genitoriale).

Dall'esame del c.p. n°3 si evince che il comportamento è mantenuto da un rinforzo di tipo negativo. Approfondendo l'esame della condizione antecedente e lo "smascheramento" dell'OM mediante l'analisi del comportamento verbale è emerso, infatti, che Roberto, nel momento in cui si avvicina un coetaneo, inizia a sudare ed il suo cuore a battergli forte poiché si attiva il costante pensiero di non essere interessante per gli altri. Anche per questo c.p., quindi, la condizione antecedente è più complessa di quanto risulta da una prima lettura fenomenologica, poiché è collegata ad un'operazione motivante basata su pensiero di tipo appreso.

Le principali metodiche di intervento sono stati articolate nei seguenti modi:

- Intervento sugli antecedenti attraverso l'utilizzo dello strumento del rinforzo mediante il pairing con la scrivente. Si è lavorato sulla possibilità che Roberto, attraverso la relazione terapeutica, sperimenti una situazione in cui è capace di interessare un'altra persona (la scrivente). Ciò ha costituito un potente rinforzo che ha funzionato da potente establishing operation per il comportamento sociale. Il pensiero disfunzionale "io non sono interessante per gli altri" è stato sostituito dal pensiero "ho la possibilità di interessare gli altri se veramente lo desidero".
- Intervento sul comportamento che ha previsto l'implementazione di tecniche finalizzate all'acquisizione di abilità comunicative-relazionali e l'utilizzo di una prescrizione comportamentale. Attraverso tale prescrizione è stata data l'indicazione di non attuare modalità evitante ogni qual volta si presentava possibilità di scambio sociale ma, al contrario, di tollerare lo stato di attivazione fisiologica conseguente da tale esperienza. L'obiettivo è stato, naturalmente, eliminare il rinforzo negativo prodotto dall'evitamento dello scambio sociale.

## 8. Conclusioni

Concludo il presente lavoro con alcune riflessioni sulla peculiarità dell'analisi funzionale nell'autismo ad alto funzionamento. Sul piano scientifico tale metodica è preziosa poiché la caratteristica di sistematicità ne determina il rigore e l'attento controllo delle variabili implicate nel processo comportamentale. Il focus sulla concretezza consente, inoltre, l'utilizzo di una comunicazione efficace con il paziente al fine di catalizzare la comprensione delle variabili coinvolte in un processo comportamentale. L'alto livello intellettuale e la complessità del pensiero dei soggetti con autismo di livello 1 rendono l'esame della funzione del comportamento particolarmente complessa. Infatti, come afferma Skinner: "*Il comportamento cogitativo dell'uomo*

è probabilmente il fenomeno più sottile e complicato che mai la scienza abbia preso a studiare” [10]. L’operazione motivante è frequentemente, “coperta” da un pensiero radicato nella storia di apprendimento del soggetto. Come abbiamo visto, essa rende necessaria una rigorosa indagine del comportamento verbale scaturito dalla presenza dello stimolo discriminativo. Tale esame è possibile soltanto attraverso un attento intervento finalizzato all’evoluzione del pairing che, nel caso dell’autismo di livello 1, richiede tecniche specifiche.

Quanto emerso si collega ad importanti studi nel campo della neurobiologia i quali saranno approfonditi nel corso dei successivi lavori della scrivente. Tali studi evidenziano che le esperienze emotive producono nel cervello dei concetti che, nel momento in cui sono reiterati, assumono carattere di stabilità e rappresentano il modo in cui il cervello risponde agli stimoli ambientali. La corretta individuazione della MO ci consente, pertanto, di conoscere in maniera più approfondita l’impatto della conseguenza del comportamento sul soggetto. Essa permette di comprendere qual è, nel caso clinico descritto dalla scrivente, il senso del rinforzo sociale per i primi 2 comportamenti target (ipoadimentazione e selettività alimentare) e del rinforzo negativo per il c.p. n°3 (difficoltà negli scambi sociali).

## BIBLIOGRAFIA

1. Skinner, B. F. (1953). *Some contributions of an experimental analysis of behavior to psychology as a whole*. Washington: American Psychologist. 8 (2), 69.
2. Corradori, G. & Sangiorgi, A. (2017). *L’analisi funzionale del Comportamento. Principi metodi e tecniche*. Trento: Edizioni Centro Studi Erickson S.p.a.
3. Associazione Psichiatrica Americana. (2014). *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali (5a ed.)*. Virginia: Raffaello Cortina.
4. Martin, G. & Pear, J. (2000). *Strategie e tecniche per il cambiamento*. New York: McGrall Hill Education.
5. Attwood, T. (2019). *Guida completa alla Sindrome di Asperger*. Milano: Edra.
6. Skinner, B.F., & Correll W. (1992). *Pensare ed apprendere*. Roma: Armando Editore.
7. Anderson, C. M., & Long, E. S. (2002). *Use of a structured descriptive assessment methodology to identify variables affecting problem behavior*. Journal of Applied Behavior Analysis, 35(2), 137-154.
8. Cooper, J.O., Heron, T. E. & Haward, W.L. (2007). *Applied behaviour analysis*. Upper Saddle River: Pearson Merrill Prentice Hall.
9. Faggioli, R., & Lorenzo, J.S. (2014). *Dentro l’autismo*. Milano: FrancoAngeli.
10. Skinner, B.F. (1957). *Verbal Behavior*. New York: Appleton-Century-Crofts

IPOSTESI E METODI DI STUDIO

# Adolescenti autistici ad alto funzionamento: un'ipotesi di studio sull'efficacia del trattamento integrato per il disturbo ossessivo compulsivo

Valentina Bellomo<sup>1</sup>

<sup>1</sup> SIPGI - Postgraduate School of Integrated Gestalt Psychotherapy, Trapani, Italy



## Citation

Bellomo V. (2021). Adolescenti autistici ad alto funzionamento: un'ipotesi di studio sull'efficacia del trattamento integrato per il disturbo ossessivo compulsivo  
Phenomena Journal, 3, 10-22.  
<https://doi.org/10.32069/pj.2021.2.122>

## Direttore scientifico

Raffaele Sperandeo

## Supervisore scientifico

Valeria Cioffi

## Journal manager

Enrico Moretto

## Contatta l'autore

Valentina Bellomo  
[vbello82@gmail.com](mailto:vbello82@gmail.com)

Ricevuto: 3 maggio 2021

Accettato: 12 luglio 2021

Publicato: 13 luglio 2021

## ABSTRACT

Several studies have demonstrated the effectiveness of the integrated treatment of obsessive compulsive disorders in neurotypical subjects. This type of treatment consists of using different theoretical and methodological approaches which, together, aim to promote a trans-theoretical model of change in subjects with OCD, a model in which it is important to highlight the steps from beliefs (I must) to attitudes (I want to) to strategic intentions (I can) and from intentions to actions (I act). The integrated treatment, therefore, proposes to use a wide range of different approaches, that together, may succeed in signifying and treating the complexity of the DOC. Among the aforementioned approaches we consider:

- **The Humanistic-Existential Approach** (essential for creating an empathic relationship with the patient based on unconditional acceptance and self-disclosure);

- **Ellis's Cognitive-Rationalist Approach** (ABC Model) and / or the Cognitive-Constructivist Approach (facilitation awareness of dysfunctional cognitive schemes and the restructuring of these for the management of anxiety and the activation of adaptive behaviors);

- **The Integrated Gestalt Approach** (awareness of the emotional-affective need that underlies the symptom).

The article in question therefore proposes to reflect on the possible effectiveness the aforementioned integrated treatment may have with regard to both Axis I and Axis II DOCs of the DSM-V in adolescent subjects and / or young adults, affected in turn by a high functioning autistic spectrum disorder; specifically, it is proposed to implement this reflection in relation to the specific analysis of the clinical case of a boy with a diagnosis of high-functioning Autism Spectrum Disorder attending a Day Center for Autism. Finally, we also propose to consider the possibility of adapting this type of integrated treatment to those principles and scientific tools of **applied behaviour analysis in autism**.

## KEYWORDS

**Obsessive Compulsive Disorder, High Functioning Autism, Integrated Treatment.**

## ABSTRACT IN ITALIANO

Diversi studi hanno dimostrato l'efficacia del Trattamento Integrato dei Disturbi Ossessivi Compulsivi in Soggetti Normotipici. Tale tipologia di Trattamento consiste nell'utilizzare Approcci Teorici e Metodologici differenti che, insieme, hanno come obiettivo quello di promuovere un Modello Transteorico del Cambiamento in Soggetti con DOC, modello in cui è importante evidenziare i passaggi dalle convinzioni (devo) agli atteggiamenti (voglio) alle intenzioni strategiche (posso) e dalle intenzioni alle azioni (agisco). Il Trattamento Integrato, dunque, si propone di utilizzare una molteplicità di Approcci Differenti che, insieme, possano riuscire a significare e a trattare la complessità dei DOC. Tra i suddetti Approcci si considerano:

- **L'Approccio Umanistico-Esistenziale** (fondamentale per la creazione di una relazione empatica con il paziente basata sull'accettazione incondizionata e l'auto-svelamento);

- **L'Approccio Cognitivo-Razionalista di Ellis** (Modello ABC) e/o L'Approccio Cognitivo-Costruttivista (facilitazione della consapevolezza degli schemi cognitivi disfunzionali e la ristrutturazione di questi per la gestione dell'ansia e l'attivazione di comportamenti adattivi);

- **L'Approccio Gestaltico Integrato** (consapevolezza del bisogno emotivo-affettivo che sta alla base del sintomo). L'Articolo in questione si propone, dunque, di effettuare una riflessione in merito all'eventuale efficacia che il suddetto Trattamento Integrato possa avere anche nei confronti dei DOC sia di Asse I che di Asse II del DSM-V in Soggetti Adolescenti e/o Giovani Adulti affetti, a loro volta, da un Disturbo dello Spettro Autistico ad Alto Funzionamento; nello specifico, ci si propone di attuare tale riflessione in relazione all'analisi specifica del caso clinico di un ragazzo con Diagnosi di Disturbo dello Spettro Autistico ad Alto Funzionamento frequentante un Centro Diurno per l'Autismo. Infine, ci si propone di considerare, inoltre, la possibilità di adattare tale Tipologia di Trattamento Integrato a quelli che sono i Principi e gli Strumenti Scientifici dell'**Analisi Applicata del Comportamento nell'Autismo**.

## PAROLE CHIAVE

**Disturbo Ossessivo Compulsivo, Autismo ad Alto Funzionamento, Trattamento Integrato.**



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

## 1. Introduzione

Il suddetto articolo nasce in relazione a quella che è l'esperienza professionale quotidiana presso un Centro Diurno per l'Autismo; esperienza che, spesso, ha portato a constatare in alcuni ragazzi con Disturbo dello Spettro Autistico ad Alto Funzionamento anche la presenza di una comorbidità con tipologie di Disturbi Ossessivi Compulsivi sia di Asse I che di Asse II.

In particolare, vi è stata la possibilità di interfacciarsi, ultimamente, con il caso specifico di un utente del Centro Diurno che, per motivi di privacy, chiameremo A.; questo è un giovane adulto con Disturbo dello Spettro Autistico ad Alto Funzionamento che, negli ultimi mesi, sembra manifestare anche una sintomatologia tipica di un Disturbo Ossessivo Compulsivo.

Tale situazione ha generato una spinta, dunque, sia all'interno della pratica clinica quotidiana che all'interno di questo articolo, a compiere una ulteriore riflessione in merito all'efficacia che potrebbe avere una tipologia di trattamento integrato nei confronti di un DOC sia di Asse I che di Asse II del DSM-V in soggetti adolescenti e/o giovani adulti con Disturbi dello Spettro Autistico ad Altro Funzionamento, visto che diversi studi scientifici hanno dimostrato l'efficacia del Trattamento Integrato dei Disturbi Ossessivi Compulsivi in Soggetti Normotipici.

Un articolo di Gianni Francesetti presenta una lettura del Disturbo Ossessivo-Compulsivo a partire dalla teoria della Psicoterapia della Gestalt, dalla Psicologia della Gestalt e dalla Fenomenologia Psichiatrica; all'interno del suddetto articolo, alla luce della Teoria Gestaltica della Percezione, viene evidenziato che il sintomo ossessivo-compulsivo può essere considerato come un "adattamento creativo" in grado di proteggere il paziente da sofferenze più gravi, all'interno di una situazione in cui lo sfondo sensoriale-corporeo è intriso di terrore. In relazione a quanto espresso, dunque, Francesetti evidenzia la difficoltà del trattamento terapeutico con questi pazienti in relazione sia ai loro vissuti relativi all'esperienza dello spazio e del tempo, sia in relazione al rapporto tra dettaglio e insieme, sia in base alla percezione che questi hanno del confine-contatto con il mondo interno ed esterno e, inoltre, relativamente alla materialità. Al tempo stesso, però, l'autore evidenzia l'efficacia di un trattamento integrato con i DOC, malgrado l'incertezza degli esiti terapeutici a lungo termine; Francesetti, infatti, indica alcuni temi e passaggi importanti che tendono a sostenere il terapeuta nel processo di cura di questi disturbi e che possono contribuire a determinare un esito positivo della terapia. L'autore afferma che ciò di cui bisogna tener conto, principalmente, nel lavoro di cura riguarda proprio l'**Atteggiamento del Terapeuta** che dovrebbe essere in grado di sentire, fino in fondo, il campo emergente nella seduta e, dunque, riuscire a stare con i cinque livelli dell'esperienza nel "qui ed ora" della relazione al confine-contatto con il paziente. Quanto appena espresso, rappresenta il margine del "cambiamento", in quanto, il terapeuta "ascoltandosi ed essendo pienamente presente" tende a modulare, a sua volta, la propria presenza invece di tentare di cambiare il paziente; ciò tende a trasformare il "campo co-creato" ed emerge, così, un'esperienza nuova e, dunque, una "nuova memoria". Infine, France-

setti nel suo articolo tende anche a descrivere alcuni passaggi importanti su cui porre l'attenzione quando ci si trova in un campo ossessivo-compulsivo, passaggi che verranno solo citati come, ad esempio, la capacità del terapeuta di mantenere viva la sensibilità estetica e sensoriale (*Leib*); il passaggio dal vissuto di terrore puro e senza confini del paziente al contenimento nel contatto con l'Altro ed, infine il passaggio da un forte senso di solitudine da parte del paziente alla risonanza affettiva.

Dunque, a seguito di quanto sopra espresso e, inoltre, a seguito di questo breve riferimento relativo al lavoro di Francesetti che evidenzia l'efficacia che un tipologia di trattamento integrato possa avere nei DOC; all'interno di questo articolo ci si propone, quindi, di fare una riflessione su delle eventuali Ipotesi e Metodi sia di Osservazione che di Intervento che potrebbero essere funzionali e spendibili in relazione sia allo specifico Caso Clinico di A. che in relazione a casi clinici simili a questo e che vedono, dunque, l'integrazione di approcci differenti come: l'**Approccio Umanistico-Esistenziale**; l'**Approccio Cognitivo-Razionalista di Ellis (Modello ABC)** e/o l'**Approccio Cognitivo-Costruttivista** ed, infine, l'**Approccio Gestaltico Integrato**.

## 2. Il caso clinico di A.

Partendo da un Profilo Psicologico, A. è un ragazzo di 16 anni con una Diagnosi di "Disturbo dello Spettro Autistico con competenze cognitive e performative globalmente nella norma con lieve deficit nelle competenze verbali" e arriva presso il Centro Diurno per volontà dei genitori, affinché con il ragazzo si possa lavorare per sviluppare ed ampliare l'Area delle Competenze Relazionali, Sociali e Comunicative. A., nel complesso, appare subito un ragazzo con buone competenze relative alle Autonomie di Base, alla Gestione Ambientale e sembra, inoltre, prediligere l'utilizzo di un Livello Cognitivo ed Immaginario di conoscenza del mondo, in quanto, questo manifesta grande interesse per gli ambiti di studio come l'astronomia, la letteratura, i temi di attualità, ecc.

Di contro, A. sembra presentare uno scarso utilizzo degli altri livelli dell'esperienza come soprattutto il livello sensorio, corporeo e il livello emotivo-relazionale; questo, infatti, appare con una postura rigida, scarsa mimica gestuale e facciale e tende ad avere un tono di voce monoespressivo. A. non sembra investire con il corpo l'ambiente circostante, anzi, tende a mantenere spesso la stessa postura rigida e si limita nel rimanere, quasi sempre, fermo all'interno dello stesso spazio, spazio che questo sembra non tollerare aver invaso, in quanto, A. tende, costantemente, ad evitare il contatto corporeo con l'altro e non tollera neanche essere sfiorato dal tocco dell'altro, in quanto, ciò lo tende a destabilizzare. A., inoltre, da quanto si evince dalle sue verbalizzazioni, sembra presentare anche una rigidità di quelle che sono le cognizioni di sé, dell'altro e del mondo esterno e, se si interfaccia con pareri differenti dai suoi, questo tende anche a riprendere e a correggere l'altro (pensiero e valore personale connesso ad un senso di onnipotenza del proprio pensiero) facendo intravedere la presenza in lui di una forte emozione di rabbia (emozione primaria) che è come se,

però, questo cercasse in tutti i modi di reprimere e di mantenere sullo sfondo. A., infatti, sembra utilizzare costantemente dei meccanismi di difesa e/o di interruzione al contatto basati sull'intellettualizzazione, la razionalizzazione e l'isolamento ed è come se manifestasse una totale scissione tra il suo livello di funzionamento cognitivo e quello emotivo, sensorio e corporeo.

I genitori di A. sembrano riconoscerlo per i successi performativi che il ragazzo manifesta all'interno del contesto scolastico, malgrado la sua disabilità. Questi sembrano essere molto attenti all'educazione morale e sociale del ragazzo, ma, nello stesso momento, sembra esserci una difficoltà da parte di questi nell'espressione dell'affetto verso di lui; ciò fa pensare che è come se A. vivesse un'esperienza relazionale contraddittoria e un'ambivalenza che lo porta a sviluppare modelli dicotomici di riconoscimento di sé: amabile (se segue le regole ed è bravo) e non amabile (se è disinibito e non segue le regole). Altra caratteristica che sembra emergere all'interno del contesto familiare è l'accentuazione del senso di responsabilità, della coscienza e del prevalere della componente verbale e logica che è più controllabile di quella emotiva. Inoltre, all'interno del nucleo familiare sembra essere presente uno **Stile di Comunicazione** poco funzionale caratterizzato dalla presenza di elementi che in **Analisi Transazionale** definiamo come **"Spinte"** ("Sforzati"; "Compiacimi"; "Sii Perfetto"; "Bravo, ma Potevi fare di più") e **"Ingiunzioni"** ("Non essere un Bambino"; "Non Scegliere"; "Non Sentire"; "Non Esistere", quest'ultima è racchiusa, spesso, nell'espressione verbalizzata dalla madre "Mio figlio A. non è né carne e né pesce").

A., durante la fase del lockdown a causa della pandemia, inizia a seguire le lezioni scolastiche tramite DAD a casa e, tutto ciò, comporta una maggiore chiusura da parte del ragazzo per quanto riguarda l'aspetto dell'interazione e della comunicazione sociale con l'altro. In concomitanza a tale periodo, A., da quanto riferito dai genitori e da quanto osservato presso il centro diurno, sembra manifestare più volte al giorno e quasi tutti i giorni dei comportamenti disfunzionali che consistono nel rituale compulsivo di aprire e chiudere rapidamente i rubinetti dell'acqua e lavarsi le mani e/o alcune parti del corpo come, ad esempio, le gambe, oppure tende ad immergere le dita delle mani in acqua più volte al giorno e repentinamente. Inoltre, A. sembra anche manifestare la tendenza a chiudere compulsivamente tutte le porte delle stanze di casa e, ogni giorno, pretende di indossare sempre gli stessi indumenti senza voler cambiare il proprio outfit. Tali topografie comportamentali sembrano manifestarsi maggiormente e con maggiore rigidità all'interno del contesto familiare e ci si chiede se, malgrado tali topografie siano differenti tra loro, in realtà, possano avere differente e/o uguale funzione come, ad esempio, una funzione di autocontrollo e di autoregolazione sia sensoriale che emotiva da parte del ragazzo.

### 3. Ipotesi e metodi di studio e di intervento

In merito a tale riflessione, dunque, in linea con quelli che sono i Principi e gli Strumenti Scientifici dell'**Analisi Applicata del Comportamento** nell'Autismo, ci si

propone di utilizzare degli strumenti di misurazione del comportamento per poter svolgere un adeguato **Assessment Funzionale**. Ci si propone, dunque, in un primo momento, di misurare quelle che sono le dimensioni del comportamento come la **Ripetibilità** (Conteggio e/o Tasso), l'**Estensione Temporale** e il **Locus Temporale**. Da una prima osservazione fenomenologica associata ad un Assessment Funzionale, si riscontra che i comportamenti compulsivi di A. sembrano essere preceduti dalla presenza di alcuni pensieri e/o cognizioni mentali intrusivi e pervasivi che invadono la mente del ragazzo (**A = Antecedente**); pensieri che, a volte, sembrano quasi come bloccare A. nel processamento di una determinata azione e/o nello svolgimento di un determinato compito.

A seguito di tale condizione, si osserva come A. tenda a cercare di dirigersi o verso il lavello della cucina o verso il rubinetto del bagno, dove tende a mettere in atto la compulsione di aprire e chiudere velocemente il rubinetto e toccare ad intermittenza l'acqua (**B = Comportamento**). Di conseguenza, si osserva come, subito dopo la messa in atto del comportamento compulsivo, A. sembra presentare un abbassamento dell'arousal, come se tale comportamento compulsivo avesse una funzione di "Autoregolazione Emotiva" per il ragazzo, al punto tale che A., una volta messo in atto tale comportamento, sembra quasi essere più rilassato (**C = Conseguenza**).

In A. è come se prevalesse, dunque, come già accennato precedentemente, una componente e/o un livello di funzionamento maggiormente di tipo cognitivo che spingono il ragazzo a sentirsi come "in dovere" (**devo**) di adempiere a dei compiti di tipo performativo discostandosi e tralasciando completamente, a sua volta, quelle che sono le componenti e le competenze di tipo emotivo-affettivo-relazionale e sensorio-corporee e discostandosi, inoltre, da quelli che sono realmente i suoi bisogni emotivo-affettivi di base (**voglio**). La rigidità, quindi, sia dei processi cognitivi che delle varie manifestazioni comportamentali verbali e non verbali di A. sembra essere accentuata, dunque, dall'utilizzo dei meccanismi di difesa già sopra elencati come l'intellettualizzazione, la razionalizzazione e l'isolamento che contribuiscono a determinare, sempre più, una frattura ed una scissione tra la parte cognitiva e razionale del ragazzo e la parte più emotiva, corporea e sensoriale. Attraverso alcune attività svolte con A., tramite utilizzo di videomodeling e/o di immagini che raffigurano lo svolgimento di alcune azioni, tende ad evidenziarsi, sempre di più, come le rappresentazioni mentali che questo possiede di sé, dell'altro e della sua relazione con l'Altro sembrano essere eccessivamente rigide e/o disfunzionali e tendono ad influenzare e ad avere delle ripercussioni, dunque, a loro volta, sulle espressioni emotive e comportamentali di questo.

Facendo dei riferimenti e provando ad utilizzare anche dei termini tipici dell'**Analisi Transazionale**, è come se A. avesse interiorizzato un Genitore Normativo e Performativo che non permette l'espressione e l'accettazione del suo Bambino Libero e Creativo e soprattutto non permette ad A. di utilizzare e di energizzare la sua parte Adulta per cercare di entrare in contatto e di accogliere il suo Bambino con le proprie emozioni e sensazioni corporee.

### *3.1. Teorie e tecniche di intervento*

Per quanto riguarda, dunque, il riferimento specifico alle Teorie e alle Tecniche di Intervento già sopra citate, presso il centro diurno, in relazione al quadro clinico di A., ci si propone, quindi, di utilizzare un tipo di intervento integrato la cui efficacia è stata dimostrata nel trattamento dei Disturbi Ossessivi Compulsivi. Tale tipologia di intervento, come accennato precedentemente, prevede l'integrazione di approcci differenti tra cui: l'**Approccio Umanistico Esistenziale**, l'**Approccio Cognitivo-Razionalista di Ellis (Modello ABC)** e/o l'**Approccio Cognitivo-Costruttivista** e l'**Approccio Gestaltico Integrato**.

Cercando di approfondire meglio tale tipologia di intervento integrato, si evidenzia che, inizialmente, ci si propone di entrare "in contatto" con A. e di relazionarsi con questo attraverso quelli che sono gli aspetti cardine dell'**Approccio Umanistico Esistenziale**; per cui, si cercherà di provare ad instaurare con A. una relazione empatica e una buona alleanza terapeutica considerando la resistenza e la diffidenza da parte di quest'ultimo nell'entrare in relazione con l'Altro. Si cercherà, inoltre, di creare un clima di accettazione incondizionata e di calore fondato sull'empatia in modo tale da poter incentivare l'auto-svelamento del ragazzo e la possibilità di instaurare con questo una relazione emotiva, malgrado le varie difficoltà di contatto che si evidenziano nel processo. Ci si è proposti, inoltre, di indagare meglio sul contesto familiare di A. e comprendere, dunque, quelli che potrebbero esseri gli Stili di Attaccamento e i Modelli Genitoriali presenti e interiorizzati avvalendosi anche dell'aiuto e della collaborazione delle figure genitoriali di questo per facilitare la consapevolezza sia da parte dei genitori stessi che di A. di quelle che rappresentano le dinamiche relazionali attuate all'interno del contesto familiare.

Considerando, inoltre, che A. utilizza, principalmente, un livello e un canale cognitivo ed immaginativo per conoscere il mondo, si è pensato che potrebbe essere funzionale entrare in contatto con il ragazzo attraverso, inizialmente, l'utilizzo del suo stesso canale di conoscenza per, poi, provare ad integrare gli altri livelli di esperienza e di conoscenza. Proprio per tale motivazione, si è pensato di utilizzare, dunque, anche un **Approccio Cognitivo-Razionalista di Ellis (Modello ABC)** e/o l'**Approccio Cognitivo-Costruttivista**; tale approccio, in una fase iniziale, si propone di facilitare in A. la consapevolezza dei propri schemi cognitivi su di sé, sull'altro e sul mondo e la consapevolezza del proprio stile psico-relazionale. Ci si propone di avviare questo processo attraverso l'utilizzo di strumenti proiettivi caratterizzati da frasi da leggere e da provare a completare utilizzando la propria immaginazione e il proprio pensiero, oppure, utilizzare immagini, disegni, fumetti, fiabe o video di azioni e/o storie da significare, da interpretare e/o da completare sempre secondo il proprio canale cognitivo ed immaginativo. Ci si propone, dunque, di esplorare, così, il mondo interno del ragazzo e l'eventuale presenza di pattern comportamentali e relazionali disfunzionali e disadattivi. Una volta acquisita, dunque, la consapevolezza di quelle che potrebbero essere le rappresentazioni mentali del ragazzo che potrebbero avere, quindi, delle ripercussioni negative sulle emozioni e i comportamenti di questo, tentare, in un secondo momento, di provare a ristrutturare tali convinzioni irrazionali e i vari pensieri

intrusivi attraverso tecniche di tipo cognitivo comportamentale che si rifanno anche ai principi dell'Analisi Applicata del Comportamento (ABA).

Quanto sopra espresso, si pone come scopo la possibilità di ristrutturare in A. nuove cognizioni maggiormente adattive su di sé, sull'altro e sulla relazione con l'Altro, al fine di riuscire, conseguenzialmente, anche ad avere un cambiamento funzionale delle proprie espressioni emotive e comportamentali, magari riuscendo a ridurre i vari rituali compulsivi di questo; tutto ciò, inoltre, si pone come obiettivo anche quello di cercare di aumentare il senso di autoefficacia nel ragazzo, fornendogli degli strumenti funzionali ed efficaci per poter gestire l'ansia e/o la rabbia e sapersi autoregolare emotivamente senza ricorrere all'utilizzo di meccanismi di difesa e/o di interruzione al contatto come l'annullamento retroattivo, l'isolamento, la razionalizzazione, etc.

Tra le suddette tecniche ci si è proposti di utilizzare le **Storie Sociali** che sono utili per l'apprendimento di concetti, situazioni e regole relative ad un adeguato e funzionale comportamento sociale e relazione; i **Videomodeling** come sistemi di **autoapprendimento per imitazione**, sviluppati attraverso la presentazione di filmati che illustrano le **modalità adeguate di comportamento** o le azioni da effettuare in funzione del raggiungimento di determinati obiettivi; l'**Espressione Grafica Guidata e la Fantasia Guidata** (Violet Oaklander) in cui l'operatore guida il ragazzo nella rappresentazione grafica di immagini e/o personaggi che comunicano tra di loro o che compiono delle azioni funzionali, in modo tale che il ragazzo possa identificarsi con ciò che viene disegnato e, successivamente, interiorizzarlo.

Infine, ci si propone di integrare gli interventi precedenti con un modello **Trans-Teorico e Gestaltico** che possa permettere, successivamente, di orientare A. verso quella che è la consapevolezza del proprio bisogno emotivo-affettivo e relazionale che sta alla base della sintomatologia che questo manifesta, in modo tale, da poter iniziare un lavoro processuale sulle proprie emozioni che, tramite la consapevolezza, possa promuovere l'inizio di un percorso responsabilmente basato sul soddisfacimento dei propri bisogni e sulla propria creatività esperienziale. In relazione a quanto sopra espresso, ci si propone di utilizzare alcuni strumenti della **Gestalt Play Therapy** di Violet Oaklander come, ad esempio, i lavori espressivi, sensoriali, corporei, l'utilizzo della musica e, soprattutto, l'utilizzo del "Gioco"; tutti strumenti questi che potrebbero permettere ad A. di venire maggiormente a contatto con la parte di sé più emotiva, sensoriale e corporea che possa dare spazio ed energizzare il suo Bambino Libero permettendogli, così, con la parte Adulta di poter essere maggiormente in grado di esprimere e autoregolare le proprie emozioni e sensazioni. Tale tipologia di intervento, nello specifico, si propone di indagare e di intervenire terapeuticamente su un insieme di elementi fondamentali in Gestalt come la Relazione, le Funzioni di Contatto, le Funzioni di Sostegno, il Livello Corporeo, Emotivo, Sensoriale, i Meccanismi di Resistenza e/o di Interruzione al Contatto, lo Stile di Attaccamento, le Abilità Sociali ed, infine, quello che è il Senso di Sé del ragazzo (Funzione Personalità).

Potrebbe essere auspicabile lavorare con A. sul processo di "Confluenza" e/o sul

“Permesso di Esistere” attraverso l'utilizzo di tecniche che tendono, ad esempio, ad utilizzare l'esagerazione delle differenze e delle somiglianze; si potrebbe parlare in terapia con questo del modo in cui si è uguali, del modo in cui si è differenti e fare una lista con delle frasi che raccontano “chi sono, cosa mi piace, cosa non mi piace, ecc”. Sarebbe, inoltre, funzionale poter lavorare anche sul processo di “Introiezione” e/o sul “Permesso di Scegliere”, per esempio, attraverso la creazione, da parte di A., di una sorta di lista di “cose che devo o credo di dover fare” e, successivamente, fargli elencare, invece, “ciò che gli piacerebbe e/o desidererebbe fare”, aiutando in questo modo il ragazzo a fare delle affermazioni del tipo “Che cosa voglio, che cosa non voglio” passando, dunque, da una condizione in cui questo “sente di dovere fare” ad una condizione in cui questo diventa padrone di scegliere per sé e secondo i propri bisogni emotivi-affettivi e relazionali. Tutto ciò, potrebbe essere fondamentale per l'avvio del **Processo Trans-Teorico** caratterizzato dai passaggi dal “DEVO-VOGLIO-POSSO-FACCIO” che contribuirebbero ad un aumento in A. del proprio empowerment e del proprio senso di auto-efficacia.

Infine, una volta considerati tutti i suddetti punti e una volta consolidata, ulteriormente, una relazione di fiducia e di intimità con il ragazzo, si potrebbe iniziare a lavorare sul livello corporeo e sul livello sensoriale di questo; a tal proposito, ci si è proposti, infatti, di inserire A. all'interno di alcuni percorsi sensoriali settimanali e periodici nella **Snoezelen Room** ed inserirlo anche nelle attività di cura della serra presente presso la nostra struttura. Inoltre, ci si propone di utilizzare ulteriori strumenti relativi alla **Gestalt Play Therapy** come, ad esempio, l'utilizzo del **Gioco**, della **Fantasia Guidata**, l'utilizzo del Disegno come la “Tecnica dello Scarabocchio” (Winnicot, 1994) e il “Lavoro Terapeutico basato sul Disegno”, tutti strumenti questi di grande valenza espressiva che potrebbero contribuire a portare in figura e, dunque, ad un'ulteriore consapevolezza, identificazione e riappropriazione da parte di A. delle proprie emozioni e delle parti del proprio Sé, sino ad oggi, isolate, dissociate e mantenute sullo sfondo.

Altro strumento importante per poter incentivare lo sperimentare la relazione con l'Altro e, al tempo stesso, l'espressività è il **Gioco di Ruolo**; tramite l'utilizzo di tale tecnica che consiste, principalmente, nell'attuazione dell'*Inversione di Ruolo* e/o del *Decentramento Percettivo*, si permette ai partecipanti di assumere un determinato ruolo e recitarlo, mettendo in scena una situazione specifica su cui riflettere successivamente. Il “mettere in scena”, dunque, permette di restare abbastanza distanti dal dolore che una certa emozione e/o vissuto può suscitare e, allo stesso tempo, permette di riviverli ben agganciati al presente e, eventualmente, permette anche di far emergere in figura nuove strategie e/o soluzioni che fino ad allora erano rimaste sullo sfondo (consapevolezza delle proprie risorse e dei propri punti di forza).

#### 4. Primi brevi cenni di outcome terapeutico

Ad oggi, è stata avviata l'applicazione di tale tipologia di Intervento Integrato in relazione al caso di A. e, nello specifico, l'utilizzo di determinate tecniche ha permesso,

già, di riscontrare dei cambiamenti della condizione clinica di A.; ciò, dunque, sembra essere sentore di un buon outcome terapeutico. In particolare, con A. sono state utilizzate le **Storie Sociali**, i **Videomodeling**, le **Task Analysis** e, inoltre, A. è stato inserito in **Laboratori di Social Skills**, all'interno dei quali, si vanno alternando momenti di lavoro in condivisione con l'Altro e con il Gruppo in cui si richiede di "fare squadra con i compagni" ma, al tempo stesso, vengono creati anche dei momenti di lavoro caratterizzati da un clima di competizione con l'Altro. Si registra come l'utilizzo delle suddette tecniche, ha contribuito a far sì che A. acquisisse maggiori competenze relative all'Area della Socializzazione e, soprattutto, tutto ciò ha contribuito ad un aumento dell'Iniziativa Comunicazionale nel ragazzo. A., infatti, quando adesso arriva in struttura oppure va via, tende spontaneamente a salutare tutti quanti, comportamento questo che, invece precedentemente, doveva essere sollecitato ed indotto dalla stimolazione verbale da parte degli operatori di riferimento. Ultimamente, è capitato, inoltre, che A. si sia diretto spontaneamente verso dei determinati operatori ricercando un'interazione funzionale con questi.

Con A., inoltre, sono state attuate delle sedute terapeutiche individuali in cui si è pensato di condividere con questo la lettura di alcune storie come la storia del "**Piccolo Principe**" e la storia del "**Mago di Oz**". All'interno di queste sedute, A. ha chiesto esplicitamente che potessero essere le terapisti a leggere ad alta voce alcuni paragrafi di questi racconti, piuttosto che leggerli lui come se questo potesse avere, così, la possibilità di rilassarsi durante la lettura delle storie e potesse, inoltre, riuscire a concentrarsi e a comprendere meglio i vari contenuti dei racconti che, man mano, venivano trattati. Dopo la lettura, infatti, ci si è soffermati con A. ad analizzare insieme le tematiche emergenti dai racconti del Piccolo Principe e del Mago di Oz e, inoltre, si è cercato di individuare e di cogliere quelle che potessero essere le caratteristiche psichiche ed emotive dei vari personaggi dei racconti. Infine, si è chiesto ad A. di provare anche ad effettuare dei collegamenti tra i contenuti emersi dai racconti ed eventuali situazioni e/o esperienze relative alla vita reale e quotidiana di questo e si è riscontrato come tale pratica, poco a poco, ha contribuito ad implementare e a far emergere, sempre più, in A. la capacità di auto-centrarsi e di iniziare, dunque, a prendere maggiormente contatto e consapevolezza sia delle proprie emozioni che dei propri bisogni anche attraverso un processo di identificazione di questo con alcuni dei personaggi dei vari racconti. Tutto ciò, infatti, ha fatto sì che, ad oggi, A. sembra maggiormente in grado di comprendere ciò che è buono per lui e, di conseguenza, riuscire ad esprimere il proprio volere ed agire responsabilmente per iniziare a soddisfare i propri bisogni.

Quanto sopra espresso, ha avuto delle ripercussioni importanti nella vita di A., in quanto, questo si è trovato, ultimamente, a fare autonomamente una scelta importante nella propria vita che per lui ha significato il raggiungimento di un traguardo molto significativo. Ci si riferisce al fatto che A. si è trovato, quest'anno, a svolgere il primo anno di Scuola Superiore al Liceo Scientifico, indirizzo scolastico che non era stato assolutamente scelto da A., il quale, dunque, si era dovuto adattare ad una scelta scaturita dai genitori. In quest'anno, però, A. si è trovato a confrontarsi con un'eccessiva

mole di studio che lo ha, spesso, costretto a studiare, sino a tarda serata, delle materie a lui poco gradite e poco affini come, ad esempio, la matematica e la fisica; tale situazione ha anche contribuito a ridurre, inoltre, al minimo i vari momenti di relax e di svago del ragazzo durante la routine quotidiana. A fine anno scolastico, durante le sessioni di terapia individuale, A. riesce ad iniziare ad esprimere il proprio disagio in merito alla propria situazione scolastica e questo, inoltre, sembra accogliere con positività la nostra proposta di provare a valutare la possibilità di cambiare indirizzo di Scuola Superiore per il prossimo anno. In relazione a tutto ciò, all'interno di una delle varie sedute terapeutiche, A. viene invitato a supervisionare alcuni indirizzi di Scuola Superiore che gli potrebbero interessare insieme ai corrispettivi moduli delle varie materie corrispondenti per ogni indirizzo scolastico; in seguito, dopo questa sorta di orientamento scolastico, viene chiesto ad A. di valutare e di riflettere sui vari indirizzi scolastici maggiormente affini alle proprie potenzialità ed, infine, gli viene chiesto di fare una scelta autonoma e responsabile della Scuola che questo preferirebbe frequentare. Dopo qualche giorno, A. ci comunica che ha deciso di lasciare il Liceo Scientifico per frequentare il secondo anno dell'Istituto Superiore Turistico e tende, inoltre, a motivare la propria scelta con fermezza e con grande consapevolezza affermando che, secondo lui, l'Istituto Turistico è sicuramente più affine alle proprie competenze e, inoltre, A. crede che, in tale indirizzo scolastico, ci possano anche essere delle materie che tendono a stimolare tantissimo il suo interesse come, ad esempio, le lingue.

Il passo successivo rispetto a quanto sopra espresso, è stato quello di dare ad A. la possibilità di comunicare lui direttamente ai suoi genitori l'esito della scelta avvenuta; per tale occasione, dunque, è avvenuto un incontro di **Parent Training** in cui ha partecipato A. che, supportato dalla nostra presenza, è riuscito a comunicare ai genitori con assertività e fermezza la tipologia di indirizzo scolastico che questo è riuscito a scegliere autonomamente, motivando anche ragionevolmente tale scelta. Ciò ha permesso, dunque, ad A. di affermare, forse per la prima volta, quello che era il proprio bisogno e, di conseguenza, affermare il proprio volere e, soprattutto, il proprio Sé. Si precisa, inoltre, che, in questi mesi, sono stati svolti diversi incontri di Parent Training con i genitori di A., parallelamente al percorso riabilitativo di quest'ultimo, incontri che, tra l'altro, continuano ad essere svolti con una cadenza mensile; si è pensato di avviare tale percorso anche con i genitori, proprio per dare loro la possibilità di avere un setting disponibile dove essere informati e supportati in relazione alla condizione e alla gestione del figlio, infatti, la stessa coppia genitoriale, in questi mesi in cui è stata avviata tale tipologia di trattamento integrato, ha anche affermato di aver riscontrato una riduzione dei comportamenti compulsivi di A. nel contesto casa. Tali incontri, inoltre, ci hanno permesso di far emergere e di osservare la tipologia degli stili comunicativi e relazionali presenti all'interno del nucleo familiare in questione e, di conseguenza, l'acquisizione di una maggiore consapevolezza da parte dei genitori di A. di tali stili, ha permesso loro di modellarli e di cercare di adottare degli stili comunicativi e relazionali maggiormente funzionali ed efficaci per l'intero sistema familiare.

Ad oggi, dunque, in relazione al caso in questione e in relazione a quanto sopra espresso, si registra l'inizio di un importante **Processo Trans-Teorico** che vede A. in un passaggio da una dimensione del “devo”, ad una dimensione del “voglio”, “posso” e “faccio”; tale processo sembra aver, sicuramente, contribuito a far acquisire al ragazzo una maggiore fiducia in sé stesso e un maggiore senso di auto-efficacia. Tale processo, inoltre, a fatto sì che A. venisse, poco a poco, maggiormente in “**contatto**” con le proprie emozioni e con i propri bisogni mettendo sempre più da parte le proprie ansie e le proprie paure; a fronte di tutto ciò, è come se A. stesse imparando, gradualmente, a muoversi responsabilmente nel mondo per iniziare a soddisfare i propri bisogni. L'inizio del suddetto processo, sembra già aver manifestato, dunque, degli effetti benefici su A., il quale sembra, ad oggi, mostrare una maggiore flessibilità sia ad un livello cognitivo relativa alla tipologia dei propri pensieri (riduzione della rigidità) che una maggiore flessibilità negli stili di comportamento (riduzione dei rituali compulsivi); A., infatti, adesso tende con maggiore facilità a partecipare all'interno dei laboratori e/o dei giochi di gruppo insieme agli altri assistiti ed, inoltre, è maggiormente propenso a partecipare ad attività che richiedono un maggior contatto e una maggiore interazione con l'Altro.

Oggi, osservando A. è come se questo avesse imparato, per la prima volta, a sorridere e a divertirsi come un vero e proprio “Bambino Libero” che, finalmente, sta provando a iniziare a darsi non solo il “Permesso di Esistere ma anche il Permesso di Scegliere e di Sentire”.

Infine, si è anche ipotizzato di provare ad adottare, successivamente, con A. anche la **pratica della Mindfulness**, proprio per contribuire maggiormente ad incrementare nel ragazzo la consapevolezza relativa alle proprie sensazioni corporee, alle proprie emozioni e ai propri pensieri contribuendo, così, a sua volta, a ridurre ulteriormente tutti quei pattern comportamentali ripetitivi e disfunzionali, sostituendoli con tipologie funzionali di comportamento e di regolazione del proprio arousal; inoltre, tale pratica potrebbe aiutare A. a coltivare maggiormente l'accettazione e la compassione nei confronti delle proprie esperienze di vita e ad incrementare maggiormente la propria **capacità di auto-regolazione emotiva**.

## 5. Conclusioni

In conclusione, con il grande auspicio che tale tipologia di intervento integrato, qui sopra illustrato, possa realmente poter continuare a dimostrare la sua efficacia nel trattamento del caso di A., così, come nel trattamento di casi simili a questo, si vuole concludere questo articolo riprendendo e riformulando quello che è uno dei pensieri cardine di Violet Oaklander e che consiste nel considerare che “il lavoro in terapia è teso a costruire il Senso di Sé della persona e il ruolo del terapeuta è quello di rafforzare il sé dell'Altro, facilitarlo nel decidere per sé, ma non scegliere per lui. Bisognerebbe essere direttivi senza essere invadenti, dolci e gentili senza essere passivi o non direttivi. È indispensabile e fondamentale, dunque, partire dal livello dove si trova l'Altro, perché evidentemente in quel livello si sente al sicuro”.

## Ringraziamenti

Il presente lavoro è stato svolto anche grazie alla partecipazione di Antonio Ferro, Leonardo Fauci, Anna Mauro, Enrica Troia, Leo Morana, Giuseppe Di Via, Giuseppe La Sala, Gianluca Pellegrino, Scardino Rossana dell'Equipe Pluridisciplinare Centro Diurno per l'Autismo della Fondazione Auxilium di Villa Betania.

## BIBLIOGRAFIA

1. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th Ed. (DSM-5)*. Washington, DC: APA 2013.
2. Francesetti, G. (2017). Sospesi su Punteggi Vacillanti ci Sosteniamo sulle Nostre Fissazioni. *Il Disturbo Ossessivo-Compulsivo: una Esplorazione Fenomenologica e Gestaltica*.
3. Francesetti, G. (2014b). Dalla Sintomatologia Individuale ai Campi Psicopatologici. Verso una Prospettiva di Campo sulla Sofferenza Clinica. *Quaderni di Gestalt, XXVII, 2:31-56*.
4. Francesetti, G. (2014c). Il Dolore e la Bellezza. Dalla Psicopatologia all'Estetica del Contatto. In Francesetti, G., & Ammirata, M., & Riccamboni, S., & Sgadari, N., & Spagnuolo Lobb, M., a cura di *Il Dolore e la Bellezza. Atti del III Convegno SIPG*, pp. 23-53. Franco Angeli Editore, Milano.
5. Giusti, E., & Chiacchio, A. (2002). *Ossessioni e Compulsioni. Valutazione e Trattamento della Psicoterapia Pluralistico Integrata*. Sovera Editore.
6. Franciosi, F. (2017). *La Regolazione Emotiva nei Disturbi dello Spettro Autistico. Verso un modello Operativo in Ambito Clinico e Psicoeducativo*. ETS Edizioni.
7. Bailey, J.S., & Burch, M.R. (2002). *Research Methods in Applied Behavior Analysis*.
8. Johnston, J.M., & Pennypacker, H.S. (1993). *Strategies and Tactics of Behavioral Research, Second Edition*. Hillsdale, NJ: Lawrence Earlbaum Associates.
9. Johnston, J.M., & Pennypacker, H.S. (2009). *Strategies and tactics of behavioral research, Third Edition*. Hillsdale, NJ: Lawrence Earlbaum Associates.
10. Steward, I., & Joines, W. (1990). *Analisi Transazionale*. Garzanti Editore, Milano.
11. Moiso, C., & Novellino M. (1982). *Stati dell'Io. Le Basi Teoriche della Analisi Transazionale Integrata*. Casa Editrice Astrolabio.
12. Giordano, B. (1988). *Psicoterapia Umanistica*, da C.R. Rogers a R. Carkhuff. La Terapia Centrata sulla Persona. Cittadella Editrice.
13. Rogers, C. (1970). *La Terapia Centrata sul Cliente*. Edizione Martinelli, Firenze.
14. Di Giuseppe, R.A., & Doyle, K.A., & Dryden, W., & Backx, W. (2014). *Manuale di Terapia Razionale Emotiva Comportamentale*. Raffaello Cortina Editore.
15. Beck, J.S. (2013). *La Terapia Cognitivo Comportamentale*. Astrolabio Editore.
16. Golfried, M. (2000). *Dalla Terapia Cognitivo-Comportamentale all'Integrazione delle Psicoterapie*. Sovera Editore.
17. Gray, C. (2016). *Il Nuovo Libro delle Storie Sociali. Promuovere le Competenze Relazionali in Bambini e Giovani Adulti con Autismo e Sindrome di Asperger*. Erickson Editore.
18. Costa, A., & Fiorot, E. (2018). *Imparo con il Video Modeling. Modelli Comportamentali per l'Apprendimento delle Autonomie Personali, Domestiche e Sociali*. Erickson Editore.
19. Oaklander, V. (2009). *Il Gioco che Guarisce. La Psicoterapia della Gestalt con Bambini e Adolescenti*. EPC Edizioni Pina Catania.
20. Polster, E., & Polster, M. (1973). *Terapia della Gestalt Integrata. Profili di Teoria e Pratica*. Giuffrè Editore, Milano.
21. Giusti, E., & Harman, R. (1996). *La Psicoterapia della Gestalt*. Sovera Editore.
22. Naranjo, C. (1989). *Teoria della Tecnica Gestaltica. Atteggiamento e Prassi della Terapia Gestaltica*. Melusina Editore.

23. Menditto, M. (2010). *Psicoterapia della Gestalt Contemporanea*. Franco Angeli Editore.
24. Gunter, M. (2008). *Colloqui con i Bambini. La Tecnica dello Scarabocchio nella Pratica clinica*. Astrolabio Ubaldini Editore.
25. Secchiaroli, L., & Triolo M. (2020). *Il Role Playing. Una Tecnica Trasversale che Apre Nuove Prospettive*. Franco Angeli Editore.
26. De Saint-Exupéry, A. (1943). *Il Piccolo Principe*. Newton Compton Editori.
27. Baum, L. F. (1993). *Il Mago di Oz*. Scolastiche Bruno Mondadori.
28. Paganoni, M. (2017). Mindfulness e Autismo ad Alto Funzionamento. *State of Mind. Il Giornale delle Scienze Psicologiche*.
29. D'Angelo, G. (2013). Mindfulness e Autismo: Prospettive per il Trattamento Psicoterapeutico. *Autismo e Disturbi del Neurosviluppo*, Volume 11, N. 3.

## IPOTESI E METODI DI STUDIO

# Autismo: le difficoltà genitoriali e l'intervento gestaltico integrato

Lorena Vincenza Perrone<sup>1</sup>, Claudia Tornetta<sup>1</sup><sup>1</sup> SiPGI - Postgraduate School of Integrated Gestalt Psychotherapy, Trapani, Italy**Citation**

Perrone L. V., Tornetta C. (2021).  
Autismo: le difficoltà genitoriali  
e l'intervento gestaltico integrato  
Phenomena Journal, 3, 23-33.  
<https://doi.org/10.32069/pj.2021.2.118>

**Direttore scientifico**

Raffaele Sperandeo

**Supervisore scientifico**

Valeria Cioffi

**Journal manager**

Enrico Moretto

**Contatta l'autore**

Lorena Vincenza Perrone  
[lorenaperrone@libero.it](mailto:lorenaperrone@libero.it)

**Ricevuto:** 1 aprile 2021**Accettato:** 12 luglio 2021**Pubblicato:** 13 luglio 2021

## ABSTRACT

The following article aims to illustrate the initial stages of a research that intends to confirm the hypothesis that parental support, in the case of families in which a person with an autism spectrum disorder is inserted, it is fundamental and requires treatment. integrated to ensure the success of the various interventions, including cognitive and behavioral, proposed to these subjects and presented as electives. A questionnaire was constructed to survey the parental difficulties in adapting and adhering to the cognitive behavioral treatments of their children with autism spectrum disorder. In this first phase, an investigation was launched by administering it to the parents of children with autism who follow a cognitive behavioral treatment, which requires a modification of the home environment and daily routine to adhere to the intervention plan, with the aim of deepening and detect any difficulties these parents face in following the therapists' directions. The analysis of the data collected would allow us to confirm the presence of difficulties in the management and implementation of the strategies proposed by the cognitive-behavioral treatments and that this could negatively influence the outcome of the treatment. The proposal of an integrated Gestalt intervention provides for constant parental support from the psychotherapist and an openness and greater flexibility of the treatments tailored to the patient, taking into account the parental difficulties in supporting the child's therapy, becoming an integral part of it, fundamental for the good result. Parents suffer and experience frustration at their inability to manage their children. Their suffering becomes, in a Gestalt frame, a suffering of the field and therefore also of the subject with autism who is inserted into it, who experiences it from a neurological point of view due to the pressures that the rigidity of the intervention requires and from a point of view of climate, environment and family system.

## KEYWORDS

**Parental support, integrated gestalt, autism.**

## ABSTRACT IN ITALIANO

Il seguente articolo ha lo scopo di illustrare le fasi iniziali di avvio di una ricerca che intende confermare l'ipotesi che il supporto genitoriale, in caso di famiglie in cui sia inserito un soggetto con disturbo dello spettro autistico, è fondamentale e necessita di un trattamento integrato per garantire la buona riuscita dei vari interventi, anche cognitivi e comportamentali, proposti a questi soggetti e presentati come elettivi. Si è provveduto alla costruzione di un questionario di rilevazione delle difficoltà genitoriali all'adattamento e all'aderenza ai trattamenti cognitivi comportamentali dei propri figli con disturbo dello spettro autistico. In questa prima fase si è avviata un'indagine somministrandolo ai genitori dei bambini con autismo che seguono un trattamento cognitivo comportamentale, il quale richiede una modificazione dell'ambiente domestico e della routine giornaliera per aderire al piano d'intervento, con lo scopo di approfondire e rilevare le eventuali difficoltà che questi genitori affrontano nel seguire le indicazioni dei terapisti. L'analisi dei dati raccolti ci permetterebbe di confermare la presenza di difficoltà di gestione e attuazione delle strategie proposte dai trattamenti cognitivo-comportamentali e che ciò potrebbe influenzare negativamente l'esito del trattamento. La proposta di un intervento gestaltico integrato prevede un supporto genitoriale costante da parte dello psicoterapeuta e un'apertura e maggiore flessibilità dei trattamenti cuciti addosso al paziente, tenendo conto delle difficoltà genitoriali nel supportare la terapia del figlio, diventarne parte integrante, fondamentale per la buona riuscita. I genitori entrano in sofferenza e sperimentano frustrazione per la loro incapacità di gestione dei figli. La loro sofferenza diviene, in una cornice gestaltica, una sofferenza di campo e quindi anche del soggetto con autismo che vi è inserito, che la sperimenta da un punto di vista neurologico per le pressioni che la rigidità dell'intervento richiede e da un punto di vista di clima, ambiente e di sistema familiare.

## PAROLE CHIAVE

**Supporto genitoriale, gestalt integrata, autismo.**Attribution-NonCommercial 4.0  
International (CC BY-NC 4.0)

## 1. Introduzione

La costruzione del QDGA, il questionario di rilevazione delle difficoltà genitoriali all'aderenza ai trattamenti cognitivo-comportamentali dei figli con autismo, ha lo scopo di indagare ed eventualmente rilevare le possibili difficoltà di gestione che i genitori con figli autistici possono riscontrare, seguendo le terapie identificate dal panorama scientifico attuale come le più valide. Il questionario è rivolto ai familiari di soggetti con disturbo dello spettro autistico che seguono una terapia di tipo cognitivo – comportamentale, la quale richiede una modificazione dell'ambiente domestico e della routine giornaliera per aderire al piano d'intervento.

Con la somministrazione del questionario ad un campione significativo si intende approfondire le eventuali difficoltà riscontrate dalle figure di riferimento delle persone con autismo, nel mettere in atto le indicazioni fornite dal terapeuta per la gestione comportamentale in casa.

Viene richiesto alle famiglie di compilare il questionario in forma del tutto anonima. Dalla raccolta dati relativi al tema sopra esposto, si potrà contribuire alla ricerca scientifica e poter programmare eventuali interventi di natura sanitaria di supporto psicologico alle famiglie. La futura analisi dei dati permetterà di progettare un intervento gestaltico integrato per il supporto genitoriale, fondamentale per l'intero sistema familiare. I genitori entrano in sofferenza e sperimentano frustrazione per la loro incapacità di gestione dei figli. La loro sofferenza diviene, in una cornice gestaltica, una sofferenza di campo e quindi anche del soggetto con autismo che vi è inserito, che la sperimenta da un punto di vista neurologico per le pressioni che la rigidità dell'intervento richiede e da un punto di vista di clima, ambiente e di sistema familiare.

## Evidenze della letteratura

Sinora la letteratura ha evidenziato come prassi efficace l'analisi applicata del comportamento A.B.A. come metodologia più idonea al trattamento dei soggetti con spettro autistico. In ottica cognitivo comportamentale è importante identificare e valutare le caratteristiche del "comportamento problema" tenendo presente il contesto in cui si manifesta, in quanto ogni comportamento è motivato da uno scopo. Per intervenire sul livello attentivo e sulla collaborazione con la persona con spettro autistico sono importanti: la posizione assunta dal professionista e la possibilità di quest'ultimo di avere garantito l'accesso al materiale di lavoro, inoltre è fondamentale che alla fine di una sessione di intervento gli stimoli rinforzanti non siano più disponibili, perché essendo fonte di motivazione perderebbero il loro scopo. Il ruolo dei rinforzi deve essere efficace per essere funzionale, il destinatario dell'intervento deve desiderare di ricevere quel rinforzo e per questo viene spinto a seguire le indicazioni o i compiti proposti [1]. L'apprendimento di nuove abilità e/o conoscenze non dipende soltanto dall'efficacia del rinforzo, insegnare qualcosa di nuovo deve essere graduale e subordinato ad una precedente abilità appresa e se la situazione lo richiede si procede attraverso aiuti (prompt) e fornendo un modello (modelling) [2]. Quando il professionista non c'è, si auspica che i genitori si attengano agli obiettivi condivisi per dare

coerenza all'intervento e facilitare la sostituzione di ciò che viene definito "comportamento problema" con un comportamento funzionale; ma ciò per loro potrebbe diventare una sfida di fronte situazioni sociali o ritmi quotidiani intensi e stressanti.

In una cornice gestaltica attraverso il colloquio con le figure genitoriali si rende possibile l'accesso alla conoscenza di informazioni, emozioni, pensieri, comportamenti, aspetti emotivi e sociali che sono fondamentali per effettuare una valutazione funzionale e fenomenologica per comprendere quali sono le conoscenze e aspettative della famiglia, al fine di eliminare false convinzioni che potrebbero influire negativamente sull'intervento e generare malessere psicologico per l'intero sistema. La collaborazione dei genitori è importante in diversi momenti quali: l'individuazione dei rinforzi, delle situazioni difficili da gestire, nella creazione del setting di lavoro nella propria casa e per la riuscita dell'intero intervento [3].

La presenza all'interno del contesto familiare di una o più persone con disturbo dello spettro autistico influisce su diversi aspetti legati al quotidiano, dal quale possono emergere difficoltà ed esigenze di risposta a bisogni nuovi e diversi. Con l'adeguato supporto possono comparire risorse e potenzialità che incidono in modo positivo all'interno del clima familiare.

È importante sottolineare che la comunicazione della diagnosi non ha per tutte le figure genitoriali lo stesso impatto, come pure i tempi per raggiungere uno stato di adattamento funzionale e accettazione [4]. Nel corso del tempo, la presenza di un componente con disabilità all'interno del nucleo familiare richiede un'ulteriore ridefinizione di aspettative, ruoli e carico assistenziale.

Dal momento in cui la persona sa di diventare genitore, si carica di aspettative che troveranno risposte durante i mesi di gravidanza e dopo il parto. Di fronte ad una realtà non conforme a quella attesa ogni famiglia risponde in modo diverso in base a diversi fattori, tra cui: il ruolo parentale, il tipo di disabilità ed in base alla gravità. Lo spettro autistico è un disturbo complesso ed è importante sostenere la famiglia, aiutandola a prendere consapevolezza e mettendo in atto comportamenti adattivi, in quanto se lasciata da sola, potrebbe tendere ad assumere atteggiamenti che con il tempo possono avere esiti negativi sia per lo sviluppo del bambino che per l'intero sistema familiare; di fatti, la famiglia di fronte ad una situazione inaspettata di disabilità potrebbe assumere atteggiamenti che possono far emergere dolore, rabbia e paura, che a sua volta sarebbero in grado di sviluppare una sensazione di rifiuto, il che può essere tradotto in una continua ricerca di un'ulteriore diagnosi o soluzione miracolosa attraverso diversi tipi di intervento e terapie. Un atteggiamento di rifiuto o un atteggiamento iperprotettivo potrebbero ostacolare l'acquisizione delle autonomie del bambino, comportando nel tempo una problematicità legata all'età adulta sia della persona con spettro autistico che dei familiari coinvolti [5].

La risposta iniziale all'evento o l'atteggiamento assunto nel primo momento può essere migliorato da tutti i membri della famiglia attraverso una serie di interventi, tra cui una conoscenza corretta della condizione di disabilità, la presenza di una rete sociale che sia inclusiva e da un supporto psicoterapeutico volto a rielaborare i vissuti problematici, che renda la conoscenza in merito alla condizione di disabilità una pre-

parazione pratica, per affrontare la quotidianità, le fasi di sviluppo e di cambiamento tipiche del ciclo di vita.

A causa della presenza di alcuni sintomi tipici dello spettro autistico l'isolamento da parte dei genitori può essere ricondotto al tempo dedicato all'assistenza e alla risposta di evitamento di fronte una situazione sociale vissuta con disagio. Al fine di accogliere e accompagnare i genitori è importante, fornire loro uno spazio accogliente e di accettazione incondizionata che possa sostenere e lasciar fluire emozioni e pensieri legati alla situazione familiare difficile; è importante individuare quale fase del ciclo del contatto stanno attraversando nel percorso di accettazione della disabilità, quale livello d'esperienza maggiormente utilizzano e quali meccanismi maggiormente vengono utilizzati per proteggersi dal dolore [6]. Tale condizione di disabilità permanente necessita di un contenitore di rabbia, senso di colpa, profonda tristezza, frustrazione e impotenza, vissuti dai genitori. Inoltre, è importante fornire un sapere esaustivo e chiaro che successivamente può consentire l'accesso al saper fare in senso pratico e concreto.

Quando i genitori, adeguatamente sostenuti, sono pronti per la gestione e sono d'accordo con gli obiettivi dell'intervento, l'intervento stesso ha una maggior probabilità di successo, in quanto due obiettivi sono fondamentali e di pari passo: ridurre o estinguere comportamenti o sintomi disfunzionali ed incrementare i comportamenti positivi, riuscendo a generalizzarli in ambienti e con persone diverse; sostenere il campo relazionale e elaborare i vissuti legati alla disabilità del figlio.

Per riuscire a generalizzare i comportamenti positivi è opportuno coinvolgere i genitori e le altre figure che lavorano con la persona con spettro autistico, affinché ci sia coerenza nel raggiungere gli obiettivi preposti [7]. In modo particolare, con le figure genitoriali è necessario instaurare una relazione basata sulla collaborazione, che preveda momenti di confronto, di trasmissione di conoscenze, tecniche e di supporto. Durante l'intervento gestaltico integrato l'attenzione verte sul nucleo familiare del soggetto, in quanto occorre intervenire dando supporto e maggiori informazioni al fine di renderli successivamente competenti su più livelli: cognitivo, comportamentale ed emotivo.

Ad oggi, la famiglia può essere vista come uno spazio in cui hanno luogo diversi tipi di relazioni che si influenzano in maniera reciproca e possono determinare il clima e la flessibilità dell'intero nucleo nel far fronte ad eventi normativi o non normativi presenti durante l'arco della vita [8].

In presenza di disabilità, il supporto genitoriale si pone l'obiettivo di ridurre sentimenti negativi e la messa in atto di azioni che annullano il caregiver come donna o come uomo, come moglie o come marito in quanto potrebbero generare squilibri e sentimenti di frustrazione.

Secondo l'approccio della Gestalt la persona è considerata nella sua dimensione complessiva ed integrata sotto il profilo fisico, affettivo, emotivo, spirituale, sociale e cognitivo. Questa visione riconosce e valorizza il bisogno di sviluppare il proprio potenziale all'interno del proprio ambiente o, per meglio dire in termini gestaltici, campo [9]. Tutti i membri della famiglia risentono e vivono la situazione di disabilità

e tutti i membri della famiglia possono essere una risorsa e un potenziale per favorire un migliore adattamento.

Sostenere la famiglia significa prevenire sintomi che nel tempo possono interferire con aree significative della propria vita e favorire l'acquisizione di un giusto atteggiamento che migliora la qualità di vita della persona con disabilità e dell'intero sistema familiare.

## 2. Ipotesi di studio

Il presente lavoro ha lo scopo di presentare le prime fasi di una ricerca che possa confermare l'ipotesi che l'eventuale presenza di difficoltà genitoriali nella gestione e aderenza ai trattamenti cognitivo comportamentali per i figli con autismo, può influenzare negativamente l'esito del trattamento. Si pone sempre più l'esigenza di integrare due approcci: cognitivo-comportamentale e gestaltico per costruire un nuovo protocollo d'intervento che preveda una procedura chiara e definita del lavoro dello psicoterapeuta e di altri operatori delle relazioni d'aiuto, con i soggetti con spettro autistico e con le loro famiglie. L'intervento cognitivo-comportamentale, in particolare A.B.A., non prevede nel suo protocollo di attuazione momenti di supporto genitoriale. Le supervisioni previste dalle procedure dell'analisi applicata del comportamento sono inerenti alle difficoltà comportamentali del soggetto autistico e alle fasi di acquisizione degli apprendimenti proposti. Si ritiene quindi fondamentale colmare tale lacuna attraverso l'intervento gestaltico integrato che prevede un supporto genitoriale costante da parte dello psicoterapeuta e un'apertura e maggiore flessibilità dei trattamenti cuciti addosso al paziente, tenendo conto delle difficoltà genitoriali nel supportare la terapia del figlio, diventarne parte integrante, fondamentale per la buona riuscita. I genitori entrano in sofferenza e sperimentano frustrazione per la loro incapacità di gestione dei figli. La loro sofferenza diviene, in una cornice gestaltica, una sofferenza di campo e quindi anche del soggetto con autismo che vi è inserito, che la sperimenta da un punto di vista neurologico per le pressioni che la rigidità dell'intervento richiede e da un punto di vista di clima, ambiente e di sistema familiare.

## 5. Metodologia e strumenti

Per la costruzione del QDGA si sono tenuti in considerazione i modelli d'intervento cognitivo- comportamentali che richiedono una modificazione dell'ambiente domestico e della routine giornaliera, individuando tre aree d'indagine: organizzazione dello spazio di vita; gestione delle stereotipie; gestione dei "comportamenti problema." Per rispondere al questionario sarà sufficiente segnare l'affermazione più vicina e più in accordo con l'esperienza personale del genitore: MAI, RARAMENTE, SPESSO, SEMPRE. Gli item proposti per ogni area sono rivolti ad indagare le possibili difficoltà nell'organizzare il proprio ambiente domestico, gestire le stereotipie e i comportamenti disfunzionali in casa, anche in presenza di persone estranee. Le proposte dei terapisti cognitivo comportamentali prevedono la costruzione di un vero

e proprio spazio di lavoro, attuando una bonifica dell'ambiente per diminuire l'accessibilità del soggetto con autismo a stimoli e oggetti che possono creare autostimolazioni, aumentare la necessità di fare richieste e quindi verbalizzare, quando possibile per il soggetto e amplificare i comportamenti funzionali [10].

Le domande che ci si pongono attraverso il QDGA sono volte ad indagare le possibilità reali che una famiglia ha di stravolgere il proprio spazio di vita per agevolare la terapia cognitivo comportamentale; come stanno i genitori o gli altri familiari nel fare ciò. La riflessione clinica verte sulla possibilità della famiglia di seguire le indicazioni del terapeuta se queste richiedono di ignorare alcune richieste e comportamenti da parte del proprio figlio autistico; la necessità di uno spazio non giudicante e di supporto per sostenere una situazione familiare obiettivamente difficile; le difficoltà emotive e di gestione del genitore che possono compromettere la buona riuscita dell'intervento. In questa fase iniziale della ricerca si sta provvedendo all'ampliamento del campione, reperendo famiglie facente parte di associazioni ed enti per genitori con figli autistici disposte a compilare il questionario su tutto il territorio nazionale e reperendo i contatti da professionisti privati, interessati all'arricchimento che tale ricerca potrebbe comportare.

La metodologia è focalizzata sulla consapevolezza emotiva al centro dell'esperienza umana come motore di cambiamento e accettazione. Gli item proposti hanno una matrice cognitivo comportamentale per richiamare le istruzioni che i terapisti danno alle famiglie per la gestione del figlio autistico in casa e sono volti ad indagare le possibili difficoltà riscontrate dai familiari nella gestione del figlio e nel seguire le indicazioni del terapeuta cognitivo-comportamentale, senza ricevere l'adeguato supporto da parte dello psicoterapeuta che attraverso il modello gestaltico integrato potrebbe fornire una modalità d'intervento integrata, completa e fondamentale per la riuscita dell'intervento e il benessere globale della famiglia con figli con lo spettro autistico. L'intervento Gestaltico Integrato prevede un confronto con i genitori sulle abilità di gestione del figlio, sui limiti personali e di organizzazione rispetto alle strategie suggerite come adeguate per l'implementazione degli apprendimenti e comportamenti funzionali; sullo stile educativo messo in atto; sullo stato emotivo del genitore che inevitabilmente all'interno del campo relazionale ha un impatto sul figlio; ed infine, sulla relazione tra genitori e figlio. Una relazione collaborativa tra le figure di riferimento e i professionisti che lavorano con il figlio aiuterà entrambe le parti ad identificare le cause che procedono la messa in atto di comportamenti disfunzionali e la ricerca di soluzioni adattive, nonché la trasmissione di competenze emotive e comportamentali. È perciò necessario coinvolgere i genitori e condividere con loro le caratteristiche dell'intervento al fine di garantire la chiarezza e la trasparenza durante le varie fasi del lavoro. L'intervento può includere anche i fratelli, se sono presenti, ai quali spesso si richiede una prematura responsabilizzazione e uno sviluppo veloce delle autonomie con una sottrazione di tempo e attenzioni da parte dei genitori. Secondo il modello della gestalt integrata nel trattamento del disturbo dello spettro autistico sia per l'età evolutiva che per gli adulti è periodicamente previsto un incontro con i genitori. Questo incontro è utile per il sostegno psicologico alla coppia genito-

riale, che trova uno spazio proprio per parlare delle difficoltà nella gestione del figlio e delle emozioni che sottostanno ai loro comportamenti e scelte. Questo spazio è utile per confronti e chiarimenti, aiuta a comprendere come si muove e interagisce l'intero sistema in cui il soggetto autistico è inserito, a riformulare gli obiettivi a modificare gli interventi se necessario ma soprattutto a lavorare sul senso di colpa che vivono i genitori, per aiutarli a sostenere nel miglior modo possibile lo sviluppo del figlio, nel rispetto dei loro bisogni e dei bisogni della famiglia. La terapia diventa un gioco di alternanza figura-sfondo, grazie al quale è possibile rispettare i tempi del contatto per raggiungere obiettivi specifici.

### **Risultati attesi**

I risultati che ci si aspetta di ottenere dall'individuazione di un ampio campione a cui somministrare il questionario QDGA sono relativi all'emersione di diverse difficoltà da parte dei genitori nell'aderenza ai trattamenti cognitivo comportamentali, sulle tre aree indagate, in quanto le proposte dei terapisti che tengono conto esclusivamente dei progetti di implementazione degli apprendimenti e gestione dei comportamenti, non consentono alla famiglia di sentire autenticamente l'esperienza presente, concreta e reale, e di poter elaborare e lasciarsi supportare all'interno di uno spazio terapeutico accogliente di consapevolezza. L'intervento integrato permette di ottenere informazioni utili a formulare un piano di intervento che non solo prevede il lavoro con la persona con lo spettro autistico, ma anche un lavoro su emozioni, pensieri, atteggiamenti disfunzionali presenti nei genitori; in tal modo i genitori possono agire collaborando con la rete di professionisti, nel prevenire e/o modificare comportamenti e sintomi ritenuti disfunzionali.

Ci si aspetta che l'attuazione di un protocollo d'intervento integrato possa fungere da contenitore per la totalità del sistema in cui è inserito il soggetto con spettro autistico, accompagnarlo nel suo sviluppo, riducendo l'utilizzo di protocolli rigidi e altamente strutturati, la crescita del singolo diviene crescita del nucleo familiare.

### **7. Conclusioni**

L'indagine è partita il 20 gennaio 2021, è anonima e prevede che la compilazione possa avvenire da entrambe i genitori, proprio per esprimere personalmente il proprio punto di vista su come si vive e si percepisce l'attuazione dell'intervento esclusivamente cognitivo comportamentale a casa. Si evidenziano difficoltà importanti nel reperire un campione numericamente adeguato.

Al momento la ricerca è ancora in corso e si prevede un aumento del campione per poter dimostrare con dati chiari, certi e rappresentativi del target indagato le possibili difficoltà di adesione delle famiglie ai trattamenti esclusivamente cognitivo-comportamentali, per sostenere sempre più l'importanza dell'intervento gestaltico integrato nel trattamento dei soggetti autistici e delle loro famiglie.

## BIBLIOGRAFIA

1. Di Pietro, M., & Bassi, E. (2013). *L'intervento cognitivo-comportamentale per l'età evolutiva: Strumenti di valutazione e tecniche per il trattamento*. Edizioni Centro Studi Erickson.
2. Ricci, C., Magaudda, C., Carradori, G., Bellifemine, D., & Romeo, A. (2014). *Il manuale ABA-VB-Applied Behavior Analysis and Verbal Behavior: Fondamenti, tecniche e programmi di intervento*. Edizioni Centro Studi Erickson.
3. Zanobini, M., & Usai, M. C. (2008). *Psicologia della disabilità e della riabilitazione. I soggetti, le relazioni, i contesti in prospettiva evolutiva* (Vol. 12). FrancoAngeli.
4. Hanau, C., & Cerati, D. M. (2003). *Il nostro autismo quotidiano.: Storie di genitori e figli* (Vol. 18). Edizioni Erickson.
5. Micheli, E., & Zacchini, M. (2007). *Verso l'autonomia: la metodologia TEACCH del lavoro indipendente al servizio degli operatori dell'handicap*. Vannini.
6. Polster, E., & Polster, M. (1986). *Terapia della Gestalt integrata: Profili di teoria e pratica*. Giuffrè.
7. Venuti, P., & Esposito, G. (2009). Percorsi terapeutici e lavoro di rete per i disturbi dello spettro autistico. *Percorsi, Savigliano, Italy*.
8. Schopler, E. (2005). *Autismo in famiglia. Manuale di sopravvivenza per genitori*. Edizioni Erickson.
9. Ginger, S., & Ginger, A. (2004). *La Gestalt. Terapia del «con-tatto» emotivo*. Edizioni Mediterranee.
10. Ligotti C., Roccella M. (2005). *Autismo e disturbi generalizzati dello sviluppo. Metodi e strategie di intervento educativo-abilitativo*. Carbone editore.

## APPENDICE

QDGA Questionario di rilevazione difficoltà genitoriale all'aderenza ai trattamenti cognitivo comportamentali dei figli con Autismo

### Premessa

Il presente questionario è rivolto ai familiari di soggetti con disturbo dello spettro autistico che seguono una terapia di tipo cognitivo – comportamentale, la quale richiede una modificazione dell'ambiente domestico e della routine giornaliera per aderire al piano d'intervento.

Lo scopo del questionario è approfondire le eventuali difficoltà riscontrate dalle figure di riferimento delle persone con autismo, nel mettere in atto le indicazioni fornite dal terapeuta per la gestione comportamentale in casa. Un'ipotesi da confermare è che l'eventuale presenza di queste difficoltà può influenzare negativamente l'esito del trattamento. Con il presente questionario le chiediamo di contribuire, in forma del tutto anonima, alla raccolta dati relativi al tema sopra esposto, al fine di contribuire alla ricerca scientifica e poter programmare eventuali interventi di natura sanitaria di supporto psicologico alle famiglie. La compilazione del questionario richiederà alcuni minuti; le chiediamo di compilarlo fino alla fine, dal momento che una compilazione parziale non permetterebbe la registrazione dei dati. La sua partecipazione a questo studio è del tutto libera, come previsto dalle attuali normative vigenti (art. 7 del D.Lgs 30 giugno 2003, n. 196 e Regolamento Europeo sulla Privacy UE 2016/679, General Data Protection Regulation-GDPR) sul trattamento dei dati personali e sul rispetto della privacy, i suoi dati verranno trattati rigorosamente anonimo.

Grazie per la gentile collaborazione.

Responsabili dello studio di ricerca:

Dott.ssa Lorena Vincenza Perrone, Psicologa e Psicoterapeuta della Gestalt Integrata  
e-mail: [lorenaperrone@libero.it](mailto:lorenaperrone@libero.it)

Dott.ssa Claudia Tornetta, Psicologa Clinica dell'Arco di Vita  
e-mail: [claudiatornetta@hotmail.it](mailto:claudiatornetta@hotmail.it)

consenso informato

se desidera partecipare alla ricerca, prima di procedere al questionario è necessario dare dichiarazione di consenso informato alla partecipazione e di consenso al trattamento ai dati sensibili spuntando tutte le caselle di seguito.

DICHIARO di essere a conoscenza che:

- 1 la ricerca prevede la raccolta di opinioni e informazioni personali
- 2 ogni partecipante è libero di chiedere chiarimenti sulla procedura di raccolta dei dati e su qualsiasi aspetto dell'indagine
- 3 ogni partecipante è libero di interrompere il questionario senza fornire alcuna spiegazione e senza che ci sia alcuna conseguenza negativa
- 4 i dati personali raccolti non verranno trasmessi a persone non direttamente coinvolte nella ricerca
- 5 i dati personali raccolti verranno elaborati in forma anonima
- 6 i risultati verranno presentati con ogni cautela necessaria a evitare la identificabilità dei partecipanti

DICHIARO inoltre

- Di essere maggiorenne
- Di aver letto con attenzione tutti i punti della dichiarazione
- Di dare il proprio consenso di partecipare alla ricerca

## CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI SENSIBILI

L'elaborazione dei dati raccolti nell'ambito della ricerca, la loro comunicazione a soggetti terzi e/o pubblicazione per scopi scientifici sono consentite, ma potranno avvenire soltanto dopo che i dati medesimi saranno stati resi anonimi, a cura e sotto la responsabilità diretta del responsabile della ricerca. Tutti i ricercatori coinvolti della raccolta dati sono vincolati dalla segretezza sull'identità dei partecipanti. Sono informato/a sulla protezione e il trattamento di dati personali, ai sensi del Regolamento UE 2016/679 e del Decreto Legislativo 101/2018. Il sottoscritto acconsente al trattamento dei propri dati personali e sensibili raccolti nell'ambito della presente ricerca nei termini e nei modi indicati nei precedenti punti. \*

### ACCONSENTO

#### GENERE

M

F

#### ETÀ

\_\_\_\_\_

#### STATO CIVILE

CONIUGATO

SEPARATO

ALTRO

#### PROFESSIONE

\_\_\_\_\_

#### LIVELLO D'ISTRUZIONE

ELEMENTARE

MEDIA

DIPLOMA

LAUREA

ALTRO

#### NUMERO COMPONENTI FAMILIARI

#### SESSO DELLA PERSONA CON DISABILITÀ

M

F

#### ETÀ DELLA PERSONA CON DISABILITÀ

\_\_\_\_\_

#### QUESTIONARIO

Per rispondere al questionario sarà sufficiente segnare l'affermazione più vicina e più in accordo con la sua esperienza personale; Le ricordiamo che non ci sono risposte giuste o sbagliate.

1 = MAI

2 = RARAMENTE

3 = SPESSO

4 = SEMPRE

	Area ORGANIZZAZIONE SPAZIO DI VITA	Mai	Raramente	Spesso	SEMPRE
1	SI È DISPOSTI A MODIFICARE IL PROPRIO AMBIENTE DOMESTICO PER ADERIRE AL TRATTAMENTO?				
2	È POSSIBILE SEGUIRE L'INDICAZIONE DI ELIMINARE L'ACCESSO AI GIOCHI E ALLE ATTIVITÀ GRADITE AL PROPRIO FIGLIO/A CON DISABILITÀ?				
3	L'EVENTUALE MODIFICA DELLO SPAZIO DI VITA COMPORTA DIFFICOLTÀ AGLI ALTRI MEMBRI DELLA FAMIGLIA?				
4	A CASA, IL TEMPO RICHIESTO PER SEGUIRE LE INDICAZIONI DEL TERAPISTA È IDONEO CON LE ESIGENZE FAMILIARI?				
5	È POSSIBILE VIETARE O LIMITARE L'ACCESSO AD ALCUNI SPAZI E STANZE DELLA CASA AL PROPRIO FIGLIO/A?				
6	È FRUSTRANTE E/O STRESSANTE SEGUIRE LE INDICAZIONI DI RIORGANIZZAZIONE DELLO SPAZIO DI VITA?				
	AREA GESTIONE STEREOTIPIE				
1	IN CASA SI RIESCE AD IGNORARE LA PRESENZA DI COMPORTAMENTI DI AUTOSTIMOLAZIONE RIPETITIVI DEL PROPRIO FIGLIO/A CON DISABILITÀ? (MOVIMENTI, ECOLALIE, GESTI, ECC.)				
2	È POSSIBILE SEGUIRE LE ISTRUZIONI DEL TERAPISTA DI FRONTE AD UN RITUALE SPECIFICO O ABITUDINE DEL FIGLIO/A?				
3	LA PRESENZA DI PERSONE NON APPARTENENTI AL PROPRIO NUCLEO FAMILIARE IN CASA PERMETTE L'ADERENZA AL TRATTAMENTO IN CASO DI STEREOTIPIE?				
4	È POSSIBILE INDIVIDUARE LA COMPARSА DI UNA NUOVA STEREOTIPIA?				
5	RIESCE A SEGUIRE L'INDICAZIONE DI BLOCCARE E/O SOSTITUIRE UN EVENTUALE COMPORTAMENTO STEREOTIPATO?				
6	SONO PRESENTI SENTIMENTI DI INADEGUATEZZA NELLA GESTIONE DELLE STEREOTIPIE DEL FIGLIO?				
	AREA GESTIONE COMPORTAMENTO PROBLEMA				
1	SI TROVA IN ACCORDO CON IL TERAPISTA CIRCA LE ISTRUZIONI DA SEGUIRE A CASA?				
2	RIESCE A SEGUIRE NEL PROPRIO DOMICILIO LE ISTRUZIONI DATE DAL TERAPISTA PER RIDURRE O ELIMINARE IL COMPORTAMENTO PROBLEMA?				
3	LA PRESENZA DI PERSONE NON APPARTENENTI AL PROPRIO NUCLEO FAMILIARE IN CASA PERMETTE L'ADERENZA AL TRATTAMENTO IN CASO DI COMPORTAMENTO PROBLEMA?				
4	IN CASA, CAPITA DI CEDERE DI FRONTE A RICHIESTE VERBALI INSISTENTI DA PARTE DEL FIGLIO/A?				
5	IN CASA, CAPITA DI CEDERE DI FRONTE A COMPORTAMENTI INADEGUATI DEL FIGLIO/A CHE PROVOCANO DISAGIO IN PRESENZA DI ALTRE PERSONE?				
6	SONO PRESENTI VISSUTI DI INADEGUATEZZA, IMPOTENZA E FRUSTRAZIONE NELLA GESTIONE DEI COMPORTAMENTI PROBLEMA?				

MINI REVIEW

# Eziopatogenesi, processamento sensoriale e predittività dei segni sul Disturbo dello Spettro Autistico nel primo anno di vita

Mariannina Amato<sup>1</sup>

<sup>1</sup> A.S.P.I.C.

## ABSTRACT

The latest research on Autism Spectrum Disorder attributes a fundamental role to epigenetic factors in the gestation period and in the postnatal period. These factors increase interference at the level of genetic expression and predispose the child to an etiopathogenetic susceptibility with the initiation of a path that alters the processing of stimuli and their brain processing. Early signs and atypical behaviors are manifested already in the first year of the child's life and can be detected by continuous observation of the mother-child interaction.

## KEYWORDS

**Aetiopathogenesis; sensory processing; early signs of autism; atypical behaviors; mother-child interactivity.**

## ABSTRACT IN ITALIANO

Le ultime ricerche sul Disturbo dello Spettro Autistico attribuiscono un ruolo fondamentale ai fattori epigenetici nel periodo di gestazione e nel postnatale. Questi fattori incrementano le interferenze a livello dell'espressione genetica e predispongono il bambino ad una suscettibilità eziopatogenetica con l'avvio di un percorso che altera il processamento degli stimoli e della loro elaborazione cerebrale. Segni precoci e comportamenti atipici si manifestano già nel primo anno di vita del bambino e possono essere rilevati da un'osservazione continua della interazione madre-bambino.

## PAROLE CHIAVE

**Eziopatogenesi; processamento sensoriale; segni precoci dell'autismo; comportamenti atipici; interattività madre-bambino.**



### Citation

Amato M. (2021).  
Eziopatogenesi, processamento sensoriale e predittività dei segni sul Disturbo dello Spettro Autistico nel primo anno di vita  
Phenomena Journal, 3, 34-40.  
<https://doi.org/10.32069/pj.2021.2.125>

### Direttore scientifico

Raffaele Sperandeo

### Supervisore scientifico

Valeria Cioffi

### Journal manager

Enrico Moretto

### Contatta l'autore

Mariannina Amato  
[mariannina.amato@gmail.com](mailto:mariannina.amato@gmail.com)

**Ricevuto:** 7 giugno 2021

**Accettato:** 1 settembre 2021

**Publicato:** 2 settembre 2021



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

## Introduzione

Il termine autismo è inserito nel manuale del DSM 5 nella categoria dei Disturbi dello Spettro Autistico, categoria costituita da un insieme eterogeneo di disturbi del neurosviluppo caratterizzati da alterazioni nelle interazioni sociali, nelle comunicazioni e nei comportamenti ripetitivi e stereotipati. Il termine spettro è inteso come continuum evolutivo di sviluppo che si manifesta con una varietà di sintomi, dalla abilità alla gravità di funzionamento configurando diversi profili. Negli ultimi anni gli studi epidemiologici internazionali riportano un aumento generalizzato dei Disturbi dello Spettro Autistico. In Italia, il “Progetto Osservatorio per il monitoraggio degli studi dello spettro autistico” coordinato dall’Istituto Superiore di Sanità e dal Ministero della Salute, stima 1 bambino su 77 (età 7-9 anni) con prevalenza nei maschi maggiore di 4,4 rispetto alle femmine. Si presuppone che un’alta frequenza di rilevazione del Disturbo dello Spettro Autistico sia da attribuire alla prevalente formazione dei neuropsichiatri, pediatri e psicologi nel campo della prevenzione infantile che individua l’esordio di tale disturbo in età precocissima, intorno ai 12 mesi di vita, e sottolineano l’importanza della relazione madre-bambino come campo osservazionale dei segni predittivi del funzionamento autistico. Il discorso si amplia sull’adozione di criteri diagnostici sempre più specifici e sullo spostamento del focus dell’attenzione dei mass media sull’aspetto preventivo che ha comportato una maggiore consapevolezza della popolazione sul disturbo autistico con le sue conseguenze. Le ricerche negli ultimi decenni nell’autismo attribuiscono un ruolo fondamentale ai fattori epigenetici. Alcuni studi ritengono che la causa più frequente di nocività patologica sia attribuita all’inquinamento ambientale con pesticidi, sostanze contenute nella plastica e mercurio nei pesci [1]. Fattori che incrementano le interferenze a livello genetico e predispongono l’individuo ad un rischio latente e ad una suscettibilità eziopatogenetica all’autismo durante il periodo di gestazione e postnatale, fino al primo anno di vita. Periodo evolutivo caratterizzato da un’intensa attività neuronale e da una forte sensibilità genica ai fattori esterni. La loro combinazione può esprimere delle modificazioni che comportano l’attivazione espressiva dei geni che traducono in forma patologica l’avvio di un percorso alterato del normale sviluppo del Sistema nervoso Centrale (SNC).

## Obiettivo

Lo scopo dello studio è di individuare in un’età precocissima, primo anno di vita, le modalità con le quali il bambino si manifesta nel suo ambiente e interagisce con la propria madre, e struttura le anomalie di processamento sensoriale che producono atipie comportamentali. Individuare le atipie comunicative comporta orientare l’intervento diretto sulla promozione del benessere del bambino che prevede una immediata modifica della gestalt interattiva madre-bambino con modulazione dei meccanismi di integrazione sensoriale e di regolazione emotiva, componenti inscindibili nel corso dello sviluppo umano.

## Discussione

Nell'evoluzione tipica del sistema nervoso cerebrale si assiste alla 29<sup>a</sup> settimana di gestazione e per tutto il primo anno di vita del bambino all'attivazione dei processi di mielinizzazione e di pruning sinaptico [2]. Il primo processo si estrinseca nel rivestimento della guaina mielinica, sostanza grassa che riveste l'assone, che permette di aumentare la velocità di trasmissione dei segnali neurali e consente la fusione tra i segnali ricevuti durante il processo percettivo creando un connettivo sinaptico. Il secondo processo interviene successivamente nello sfoltire le numerose ramificazioni e stabilizzare la morfologia cerebrale. Nel periodo evolutivo preso in esame il sistema nervoso centrale è molto plastico e sensibile all'ambiente e si arricchisce di numerose reti neuronali che consolida con l'esperienza del bambino. Sviluppano per prima le strutture cerebrali del Tronco Encefalo e dell'Area Somatomotoria, strutture che contribuiscono all'acquisizione di risposte adattive sempre più complesse. Strutture neurologiche che permettono l'adattamento all'ambiente fisico e psichico, l'integrazione multimodale e multisensoriale, la modulazione agli stimoli esterni che si strutturano man mano nei vari sistemi e nelle aree associative parieto-temporale e, per ultima, nella maturazione la corteccia frontale. Nello sviluppo del sistema nervoso centrale atipico avviene, che nel terzo trimestre di gestazione la combinazione di fattori epigenetici comportano l'evoluzione del sistema neuronale ad una attivazione espressiva di geni che conferiscono al DNA una suscettibilità espressiva nella codifica con la disattivazione di determinati geni e il mancato processo di pruning. Circostanza che causa la sovrabbondanza di neuroni e dendriti che formano un'alterata connettività neurale e disconnessione sinaptica provocando un processo disfunzionale [3]. Processi anomali che interferiscono nella riorganizzazione e ristrutturazione neurale e traducono in forma patologica l'alterazione del normale sviluppo del SNC. Nel cervello del bambino con Disturbo dello Spettro Autistico, si verifica un deficit nell'architettura delle connessioni nervose che rende imperfetta la produzione di funzioni mentali complesse, infatti, vengono a mancare "gli input essenziali per l'ulteriore incremento della complessità dei circuiti cerebrali" [4]. In particolare, per via delle disconnessioni neuronali manca la comunicazione verticale tra il sistema periferico e le varie aree della corteccia cerebrale che presiedono alle funzioni psichiche superiori come il linguaggio e il comportamento sociale. Così il sistema sensoriale attraverso i recettori esterni capta le informazioni sull'ambiente e le invia al cervello per essere processate, elaborate ed interpretate per produrre una risposta adeguata. Nei disturbi di processamento sensoriale le informazioni sensoriali, ricevute normalmente dai recettori, sono elaborate in modo errato, determinando ipersensibilità o iposensibilità agli stimoli comuni. I livelli coinvolti nel disturbo sono dunque la percezione, la modulazione, l'integrazione e l'organizzazione di stimoli sensoriali [5]. Le aree sensoriali disfunzionali sono l'ipersensibilità o iposensibilità tattile, uditive con l'arresto dello sviluppo a livello dell'integrazione sensoriale, le anomalie di processamento sensoriale e di comportamenti ripetitivi/stereotipati e relazionali, aspetti caratteristici dei disturbi dello spettro autistico.

La chiave di una efficiente integrazione verticale sta nell'integrità del Tronco Encefalo in comunione con il sistema sottocorticale e corticale. Infatti, nel sistema del Tronco Encefalo avviene il passaggio delle informazioni che producono l'autoregolazione socio-emozionale legando le emozioni agli stati fisiologici e proiettandoli nell'area prefrontale ventromediale, mentre con la proiezione nell'area prefrontale dorsolaterale avviene il controllo dell'inibizione degli stimoli. Le attività di processamento ed elaborazione dell'informazione emotiva a livello top down avviene all'interno del nucleo centrale corticale composto da aree centrali e periferiche. Il nucleo centrale coinvolge la regione prefrontale ventromediale in cui vengono integrate informazioni di natura affettiva e cognitiva associata alla capacità di mentalizzazione, cioè la capacità di dedurre gli stati mentali del prossimo con i desideri, intenzioni, idee e la capacità di adottare il suo punto di vista. Questa porzione risulta importante nell'esperire le emozioni e nel prendere le decisioni vantaggiose per sé stessi, prospettando un adeguato funzionamento sociale che media con la capacità di valutazione attraverso il processo decisionale. La regione dorsolaterale lega gli aspetti cognitivi della risposta empatica e dona flessibilità cognitiva. Nel processamento delle informazioni di natura affettiva sono coinvolte le aree periferiche della regione dorsolaterale dell'emisfero destro [6].

La predittività dei segni nel primo anno di vita e il disfunzionamento dello Spettro Autistico, durante la gestazione e il primo anno di vita del bambino, si costruisce la relazione tra madre e bambino. Ogni esperienza svolta nel processo interattivo che crea un'interconnettività neurofisiologica delle vie sinaptiche che rafforzano il processamento dell'integrazione esperienziale per le vie bottom up e top down. Per individuare i primi segni di una precoce organizzazione disfunzionale si prende come campo osservazionale l'esperienza interattiva tra madre e bambino nei primi 12 mesi di vita, periodo nel quale si struttura il primo livello di integrazione senso-motoria. All'interno dell'esperienza interattiva tra madre e bambino, si osserva come il bambino fa esperienza dell'intersoggettività io-tu, in uno spirito di scambio comunicativo nel quale trasmette affetto, emozione, vocalizzazioni e gesti. Il bambino, nella relazione tipica con la madre, entra in comunicazione con la madre spontaneamente, esprime emozione di gioia e piacere nel vederla e si protende verso di lei condividendo istintivamente l'esperienza che vive al momento. "Il bambino nasce con le motivazioni e le capacità di comprendere ed usare gli intenti delle altre persone in negoziazioni 'conversazionali' di intenzioni, emozioni, esperienze e significato" [7]. Nella comunicazione diretta, faccia-a-faccia, il viso della madre risulta altamente interessante ed attraente. Una comunicazione diretta che raggiunge successivamente momenti di grande condivisione con l'altro. In queste esperienze si sviluppa il processo dell'essere consapevole e si struttura il nucleo delle abilità emotive, abilità che fanno capo alla capacità di empatia, mettersi nella posizione dell'altro per esperire e comprendere le sue emozioni e gli stati d'animo. Nell'evoluzione interattiva madre-bambino si osserva un cambiamento evolutivo di competenze sociali semplici a sempre più complesse e coordinate.

Nello sviluppo tipico del bambino si evidenzia:

- a 2 mesi un ingaggiamento nelle protoconversazioni con vocalizzi, movimenti delle mani, espressioni del volto che avviano al linguaggio motherese [8] che possiede delle caratteristiche ritmiche, melodiche e prosodiche, con picchi sonori alti, intonazioni esagerate, vocali iperarticolate, poche sillabe in ogni parola o frase, con articolazioni e punteggiature specifiche organizzato in frasi ripetute pause più lunghe, un vero e proprio linguaggio costruito con protodialoghi che crea delle reazioni di alternanza di ciclici narrativi;
- ai 4-6 mesi la capacità di impegnarsi in interazioni con le persone e con gli oggetti; il bambino riesce ad interagire socialmente ed ad offrire attenzione focale verso la madre o l'oggetto che si muove. Gli oggetti, in questo periodo, non fanno ancora parte di una vera interazione sociale triadica (bambino, adulto, oggetto);
- ai 6-9 mesi si assiste ad un cambiamento dell'attenzione che diventa più coordinata sia verso la madre che gli oggetti. Da questo momento il bambino è capace di alternare la propria attenzione verso la madre e verso l'oggetto ed è capace di coordinare l'attenzione tra la madre e l'oggetto per le persone e di interessarsi ad azioni di gioco condiviso. La risposta comportamentale al proprio nome è un importante passaggio nel processo attenzionale e interattivo. Il bambino chiamato dalla madre sospende l'azione sull'oggetto e distoglie l'attenzione dall'oggetto per volgersi verso la madre che lo ha chiamato. Il bambino potenzialmente potrebbe scegliere di proseguire l'interazione sociale o anche riportare la propria attenzione sull'oggetto con cui stava giocando e condividere con la madre l'attenzione per l'oggetto. In tal senso, svolge un passaggio che lo porta verso la condivisione triadica in una interazione triadica soggetto-oggetto-adulto;
- alla fine del primo anno di vita il bambino è capace di comprendere le intenzioni della madre in riferimento ad un oggetto esterno e di coordinarsi con lei [9].

Stern sottolinea in una ricerca come la gestalt interattiva madre-bambino autistico si manifesta già nei primi mesi di vita con una relazione caratterizzata da povertà espressiva ed interattiva. Il bambino, tendenzialmente iporeattivo all'ambiente, manifesta pochi movimenti corporei spontanei anche in risposta alle sollecitazioni materne. Risulta poco proattivo nei movimenti sincronici interattivi, nei movimenti finalizzati ad uno scopo e nell'imitazione spontanea di espressioni e gesti [10]. Poco frequenti i sorrisi e i vocalizzi indirizzati alla madre, anche sotto sollecitazioni. Scarsa o nulla la ricerca oculare della madre e disimpegna precocemente l'attenzione dalla genitrice per orientare il capo e lo sguardo sull'oggetto. La madre, inizialmente protesa verso il figlio, nel bisogno di essere rispecchiata nella sua responsività ed empatia, col tempo, rimane intrappolata in una condizione di "attesa passiva". Riduce lentamente i momenti interattivi col proprio bimbo e l'iniziativa a leggere ed echeggiare gli stati emotivi del proprio bambino impoverendo il linguaggio motherese. Col tempo viene meno, nella genitrice la capacità di contenere, rappresentare, trasformare per poi ripresentare al bambino stesso le sue stesse sensazioni spiacevoli modulate. Meccanismo necessario per lo sviluppo precoce del Sé. Secondo Fonagy "Prerequisito

necessario affinché il bambino sia in grado di riflettere ed elaborare la propria esperienza o, nelle stesse parole, di pensare i suoi propri pensieri e sentire i suoi propri sentimenti” [11]. Inoltre Stern osserva che a 3 mesi i bambini usano meccanismi di evitamento oculare nei confronti di stimoli emotivi stressanti, e intorno ai 5 mesi, manifestano meccanismi di raffreddamento o freezing. Si può ipotizzare che l’uso continuo di questi meccanismi comportamentali strutturino modalità percettivo-esperienziali non idonee: lo sguardo laterale, la tendenza a frammentare o smontare lo stimolo percepito [12] attenzionando il dettaglio o aspetti non rilevanti. Modalità di processamento delle informazioni che ritardano l’efficienza del sistema percettivo nel bambino, tale da sovraccaricarlo di molteplici e dettagliate informazioni che rallentano e affaticano il processo di apprendimento. Modalità che sviluppa la memoria visiva sui dettagli e privilegia l’uso di un canale sensoriale sugli altri. L’uso continuo e coerente nel tempo organizza il funzionamento interattivo tipico del bambino con lo Spettro Autistico nella triade autistica consolidandola nelle dimensioni disfunzionali della relazione, della comunicazione e del comportamento [13].

## Conclusioni

Dallo studio su riportato si evidenzia la necessità di valutare precocemente il bambino, già nel primo anno di vita, attraverso una osservazione continua delle modalità interattive del bambino con la propria madre. L’osservazione dovrà identificare tempestivamente i segni precoci ed i comportamenti atipici del disturbo dello spettro autistico e sarà finalizzata alla promozione, non solo dell’intervento globale sul bambino, ma anche dell’intervento indiretto all’interno del contesto interattivo madre-bambino. L’intervento precoce riduce i periodi in cui lo sviluppo mentale tipico dell’autismo tende ad ostacolare l’organizzazione progressiva dei processi neurobiologici che sono alla base dello sviluppo socio-comunicativo ed empatico e tende ad avviare specifiche modifiche nella relazione madre-bambino con opportune modulazioni sequenziali di comportamenti. Tale intervento mira a sostenere l’esperienza corporea, emotiva e consapevole basata sulla gioia e il piacere dell’essere in un continuo scambio comunicativo e mira a ridurre l’impatto del disturbo sullo sviluppo globale del bambino compromesso dalla presenza delle difficoltà in ambito comunicativo, sociale ed emotivo e conseguentemente sulla gravità del disturbo.

## BIBLIOGRAFIA

1. Gigante, E., et al. (2018). The effects of the endocrine disruptors and of the halogens on the female reproductive system and on epigenetics: A brief review. *Acta Medica Mediterranea*, 34, 1295.
2. Kahn, R. S. (2020). On the origins of schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, 177(4), 291-297.
3. Courchesne, E., et al. (2011). Neuron number and size in prefrontal cortex of children with autism. *Jama*, 306(18), 2001-2010.
4. Di Renzo, M., (2020). *Autismo Progetto Tartaruga. L'approccio evolutivo-relazionale a mediazione corporea*. Edizioni Scientifiche Magi, Roma.
5. Smith, M. C. (2019). *Sensory integration: Theory and practice*. FA Davis.
6. Giusti, E., & Azzi, L. (2013). *Neuroscienze per la psicoterapia. La clinica dell'integrazione trasformativa* (Vol. 23). Sovera Edizioni.
7. Trevarthen, C., & Castelli, S. (1998). *Empatia e biologia: psicologia, cultura e neuroscienze*. Raffaello Cortina.
8. Bellagamba, F., & Cassibba, R. (2010). Sicurezza dell'attaccamento e lessico mentale nelle narrazioni scritte da bambini di età scolare. *Psicologia clinica dello sviluppo*, 14(3), 577-596.
9. Venuti, P., Esposito, G. (2009). *Percorsi terapeutici e lavoro in rete con i disturbi dello spettro autistico*. Editrice Percorsi, Savigliano.
10. Stern, D. N., Speranza, M., & Stern, D. N. (1998). *Le interazioni madre-bambino: nello sviluppo e nella clinica*. Raffaello Cortina.
11. Fonagy, P., & Target, M. (2005). *Regolazione affettiva, mentalizzazione e sviluppo del sé*. Raffaello Cortina.
12. Gallese, V., Eagle, M. N., & Migone, P. (2006). La simulazione incarnata: i neuroni specchio, le basi neurofisiologiche dell'intersoggettività e alcune implicazioni per la psicoanalisi. *La simulazione incarnata*, 1000-1038.
13. Meltzer, D. (1975). Adhesive identification. *Contemporary Psychoanalysis*, 11(3), 289-310.

ARTICOLO DI OPINIONE

# La disregolazione percettiva nell'autismo e potenzialità terapeutica dell'intelligenza artificiale

Maria Provenzale<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Ricercatrice indipendente

Il contributo delle neuroscienze in una visione multidimensionale nella comprensione delle risposte emotive nella sindrome autistica. Possibilità di trattamento efficaci grazie alla tecnologia informatica



## Citation

Provenzale M. (2021).  
La disregolazione percettiva  
nell'autismo e potenzialità terapeutica  
dell'intelligenza artificiale  
Phenomena Journal, 3, 41-52.  
<https://doi.org/10.32069/pj.2021.2.134>

## Direttore scientifico

Raffaele Sperandio

## Supervisore scientifico

Valeria Cioffi

## Journal manager

Enrico Moretto

## Contatta l'autore

Maria Provenzale  
[mrprovenzale@alice.it](mailto:mrprovenzale@alice.it)

**Ricevuto:** 15 giugno 2021

**Accettato:** 2 settembre 2021

**Pubblicato:** 3 settembre 2021

## ABSTRACT

The complexity of the clinical picture characterizing neurodevelopmental disorders opens up a vast and heterogeneous field of study in which the sense-perceptual development of autistic subjects represents one of the areas of greatest clinical interest, given that the sense-perceptual dysregulation of autistic pathology affects in a way particularly the expression of intersubjectivity. Much of the neurocognitive and behavioral deficits associated with autistic disorder can, in fact, be explained by an alteration in the sense-perceptive regulation of environmental stimuli that normally allow the individual to relate to his environment, therefore contact with reality and with everything that surrounds it. The developments in neuroscience are configured in the intervention of autism in a multidimensional vision that evaluates the numerous variables that come into play in the production of the behavioral response, in which cognitive, emotional, physiological, relational and psychological aspects are intertwined and inseparable. For this reason it is appropriate that the different intervention models in the field of autism work on several levels to offer an approach that is as integrated as possible, thanks also to the support provided by the new therapeutic horizons represented by the use of technological aids to support of cognitive disability in general. The complexity of autistic pathology therefore requires from the scientific community a strong attention to the integration of different intervention models and clinical tools, in which the development of artificial intelligence can be seen as a precious resource for the treatment of autism: it is focused in particular on the cognitive resources of the subject, capable of mediating the expression of more adequate behavioral responses, in terms of functionality and effectiveness, reducing the relational distance between the autistic child and his / her social network.

## KEYWORDS

**Autism, emotional regulation, artificial intelligence.**

## ABSTRACT IN ITALIANO

La complessità del quadro clinico caratterizzante i disturbi del neurosviluppo apre un campo di studio vasto ed eterogeneo in cui lo sviluppo senso-percettivo dei soggetti autistici rappresenta una delle aree di maggiore interesse clinico, visto che la disregolazione senso-percettiva della patologia autistica condiziona in modo particolare l'espressione dell'intersoggettività. Buona parte dei deficit neurocognitivi e comportamentali associati al disturbo autistico può essere, infatti, spiegata da un'alterazione nella regolazione senso-percettiva degli stimoli ambientali che di norma permettono la relazione dell'individuo con il suo ambiente, quindi il contatto con la realtà e con tutto ciò che lo circonda. Gli sviluppi delle neuroscienze si configurano nell'intervento dell'autismo in una visione multidimensionale che valuta le numerose variabili che entrano in gioco nella produzione della risposta comportamentale, in cui aspetti cognitivi, emotivi, fisiologici, relazionali e psicologici sono tra loro intrecciati e inscindibili. Per questo motivo è opportuno che i diversi modelli di intervento nell'ambito dell'autismo lavorino su più livelli per offrire un approccio che sia il più possibile integrato, grazie anche al supporto fornito dai nuovi orizzonti terapeutici rappresentati dall'utilizzo degli ausili tecnologici a supporto della disabilità cognitiva in generale. La complessità della patologia autistica chiede, pertanto, alla comunità scientifica una forte attenzione all'integrazione dei diversi modelli di intervento e strumenti clinici, in cui lo sviluppo dell'intelligenza artificiale può essere vista come una risorsa preziosa per il trattamento dell'autismo: esso si focalizza in particolare sulle risorse cognitive del soggetto, capaci di mediare l'espressione di risposte comportamentali maggiormente adeguate, in termini di funzionalità ed efficacia, riducendo le distanze relazionali tra il bambino autistico e la sua rete sociale di appartenenza.

## PAROLE CHIAVE

**Autismo, regolazione emotiva, intelligenza artificiale.**



## Introduzione

Il presente lavoro, partendo dalla descrizione dell'organizzazione percettiva necessaria all'elaborazione sensoriale, ha l'obiettivo di far comprendere come anche la sua disregolazione nei soggetti autistici possa essere vista come un adattamento funzionale all'ambiente. L'uomo costruisce i suoi schemi di interazione e di comportamento con il mondo che lo circonda, facendone una interpretazione basandosi sulla propria memoria e continuamente si riverbera e accresce, rinforzandosi e modificandosi in continuazione grazie all'esperienza.

In primis, i processi cognitivi sottostanti alla percezione delle sensazioni si configurano come una impalcatura che incide inevitabilmente sullo sviluppo delle diverse competenze relazionali e intersoggettive legate alla personalità. Le variabili di tipo cognitivo, ma anche di tipo fisiologico, emotivo, ambientale e relazionale, genetico e neurotrasmettitoriale possono incidere positivamente o negativamente sulla plasticità neurale. In quest'ultimo caso, la creazione di interconnessioni cerebrali deficitarie nell'architettura cognitiva implicata nella percezione potrebbe spiegare molti aspetti disfunzionali legati alla modalità di relazione con l'ambiente esterno, come nella condizione autistica in cui sono caratterizzate da una mancanza di empatia e di condivisione. Da ciò una conoscenza circa le basi fisiologiche delle emozioni permette di capire come in questa sindrome la regolazione emotiva ne risulta condizionata a livello di intensità e l'espressione emotiva che ne deriva non risulta pertanto adeguata e contestuale. Quello che viene rilevato da molti studi è che nei DSA il processo di rivalutazione cognitiva detto *reappraisal*, a causa di una scarsa gestione dell'arousal fisiologico, che normalmente si attiva come conseguenza della percezione degli stimoli, non consente una modulazione delle risposte fisiologiche e comportamentali efficace e funzionale, al punto che il soggetto autistico ne viene sopraffatto, manifestando ipersensibilità o, al contrario, iposensibilità. Le ripercussioni coinvolgono aspetti cognitivi, emotivi, fisiologici e comportamentali che interessano la sfera dell'intersoggettività e le modalità di comunicazione. Nuove frontiere nel campo dell'intelligenza artificiale sembrano offrire un valido supporto terapeutico ai vari modelli di intervento nella condizione autistica. Vengono pertanto illustrate alcune metodiche di tipo informatico che consentono un continuo rinforzo degli obiettivi terapeutici conseguiti in presenza con l'educatore o psicologo, grazie all'automonitoraggio a distanza effettuato dallo stesso soggetto, e supportato, ove sia necessario, dai care-giver dell'assistito.

## Sviluppo senso-percettivo

La percezione, o atto del percepire, si riferisce alla presa di coscienza di una realtà che si considera esterna o interna, attraverso stimoli sensoriali, analizzati e interpretati mediante processi intuitivi, psichici e cognitivi, siano essi dei colori, delle forme, odori o suoni.

Lo scopo principale e ultimo di questo sistema è promuovere il miglior adattamento dell'uomo al suo ambiente, partendo da una ricezione degli stimoli che sia la più fun-

zionale possibile, orientata cioè a produrre un'adeguata risposta finalizzata dell'organismo. Lo stimolo può essere definito come una variazione ambientale, esterna o interna, in grado di essere recepita dai sensi di cui è dotato l'essere vivente per entrare in relazione. Essi si identificano negli specifici organi in cui sono indicati i rispettivi recettori, i quali, dalla zona in cui sono localizzati, trasducono gli stimoli sensoriali recepiti in segnali elettrici o potenziali d'azione [1]; questi, attraverso i fasci di nervi in cui i neuroni sensori viaggiano, giungono alle aree corticali del S.N.C. dove subiscono un processo di elaborazione e trasformati in un messaggio relativo alla sensazione rilevata. Quest'ultima può essere quindi quella del tatto, della vista, dell'udito, del gusto, dell'olfatto, della proprioccezione e del sistema vestibolare [2].

Ma non tutti gli stimoli producono una variazione omeostatica [3]. Esiste un processo di attenzione selettiva che ha lo scopo di evitare un sovraccarico sensoriale a cui l'organismo è costantemente sottoposto e che potrebbe solo generare caos e squilibrio. Per comprendere meglio questo passaggio, si può immaginare che ciò che può essere fastidioso o intenso per una persona, potrebbe non esserlo per un'altra. Ad esempio, stimoli sonori emessi da un giocattolo possono suscitare avversione e allontanamento in un bambino mentre possono essere avvertiti piacevolmente da un altro e suscitare in lui reazioni positive come il sorriso, e quindi avvicinamento. Guardando più da vicino gli effetti attivati nell'essere umano, gli stimoli esterni ed interni attivano processi cognitivi ed emotivi legati alla motivazione, all'attenzione, al linguaggio e alla memoria di modelli comportamentali già appresi e consolidati, oppure orientati all'apprendimento di nuovi schemi motori. Tale processo produce una risposta comportamentale dalla quale origina un feedback da parte dell'ambiente il quale ha una risonanza interna all'individuo condizionando il filtro sensoriale cognitivo e la relativa risposta emozionale correlata [4]. In concreto, questi schemi sono oggetto di un processo di rivisitazione e relativo accomodamento rispetto alle richieste dell'ambiente che fanno sì che le modalità di percezione delle informazioni sensoriali incidono inevitabilmente sullo sviluppo e acquisizione di diverse competenze, sulle modalità di comunicazione e gli stili di pensiero di ogni persona.

L'organizzazione percettiva relativa alla processazione sensoriale risulta necessaria per interagire e organizzare gli stimoli provenienti dal mondo esterno e interno secondo modalità funzionali e contestuali, ma questo è reso possibile da processi cognitivi come l'attenzione, la quale, operando un processo di selezione di interesse per quello stimolo ne esclude altri in base ai bisogni personali, alle motivazioni, alle emozioni esperite e alle conoscenze già acquisite da chi percepisce [5].

Numerose ricerche nell'ambito delle neuroscienze evidenziano che il funzionamento celebrale deputato alla elaborazione dell'informazione sensoriale coinvolge le seguenti strutture:

- il sistema limbico che comprende numerose strutture cerebrali, tra le quali l'amigdala, con funzione di modulazione emotiva, il talamo, l'ipotalamo, e la corteccia cingolata. Esso ha connessioni anche con la corteccia prefrontale dorso laterale, sede delle funzioni esecutive (ragionamento, flessibilità del pensiero, il linguaggio, l'attenzione condivisa, pianificazione, problem solving) e con la corteccia prefrontale

orbito mediale, implicata nel controllo inibitorio delle risposte impulsive; infine, con l'ippocampo che è implicato nella capacità di interiorizzare i ricordi e favorirne la relativa contestualizzazione circa gli schemi di comportamento relazionali.

- Il cervelletto con funzione di modulazione dell'attività motoria, si configura come organo centrale nella interconnessione tra aspetti cognitivi, sociali ed emotivi del comportamento.

In quest'ottica le alterazioni nel funzionamento di strutture cerebrali tra loro strettamente interconnesse determina una disfunzione dell'architettura cognitiva e spiegherebbe molti aspetti deficitari legati all'intersoggettività e alla comunicazione, alla mancanza di empatia e di condivisione, aspetti caratterizzanti i disturbi dello spettro autistico [6].

### **Le basi neurali del processo emotivo e la sua disregolazione nell'autismo**

Ogni manifestazione comportamentale è un intreccio di risposte emotive, fisiologiche e neurologiche, che connotati dall'impronta propria degli aspetti di personalità si configura come cocktail unico, che per essere tale ha bisogno di queste componenti. A tal proposito le neuroscienze offrono un contributo molto importante nella comprensione di questo processo, così da nutrire e arricchire le conoscenze sugli aspetti intrinseci di un'espressione emotiva, il "dietro le quinte", in altre parole la regia che la dirige in base a delle regole di equilibrio, funzionalità ed efficacia. Dal punto di vista neurale, il sistema limbico è la struttura cerebrale deputata alla ricezione ed elaborazione dello stimolo emotigeno che lavora in sinergia con le altre strutture coinvolte nella risposta emotiva e comportamentale.

Dal punto di vista fenomenologico, l'attività di questo circuito neurale si dispiega nella capacità dell'uomo di saper, innanzitutto, valutare le richieste dell'ambiente sociale in cui vive attraverso una valutazione cognitiva detta *appraisal*, e nella capacità di attingere alle risorse in suo possesso necessarie a soddisfarle, ricorrendo a strategie ogni volta flessibili e appropriate perché mediate da una rivalutazione cognitiva (*re-appraisal*), la quale consente una modulazione delle risposte fisiologiche e comportamentali.

Osservando più da vicino cosa accade a livello neurologico, lo stimolo eccitatorio, giunge contemporaneamente sia alla struttura subcorticale del talamo dove viene sottoposto a una prima elaborazione sensoriale, sia all'amigdala, che è la struttura da cui deriva l'input all'avvicinamento se è uno stimolo piacevole, oppure all'allontanamento se spiacevole, o infine di attacco se è necessaria una reazione difensiva dell'organismo. L'incremento dell'arousal fisiologico genera un'attivazione ipotalamica, responsabile di reazioni viscerali come l'aumento della frequenza cardiaca, variazioni della temperatura corporea, incremento della pressione arteriosa, reazioni gastrointestinali ecc., indici di una risposta dell'organismo che si prepara ad una reazione comportamentale, la quale, per essere adeguata, è mediata dalle funzioni esecutive, come il pensiero, flessibilità cognitiva, attenzione, linguaggio, percezione, memoria, pianificazione, che sono regolate dalle aree corticali della corteccia pre-

frontale.

La funzione dell'ippocampo è attingere alle competenze apprese che sono risultate funzionali e perciò efficaci, così da dare un'impronta del tutto personale alla manifestazione comportamentale così espressa da un individuo. In particolare, l'ippocampo, i gangli della base e la corteccia cingolata "lavorano" per fare in modo che la produzione del comportamento sia finalizzata, quindi orientata a uno scopo e motivata da bisogni propri dell'organismo.

Questo processo si configura nella competenza esclusivamente denominata come regolazione emotiva [7]. Aspetti psicologici, legati all'interazione sociale, differenze individuali e intraindividuali si intrecciano e si condizionano a vicenda, positivamente o negativamente, a seconda delle esperienze personali vissute, intervenendo sul funzionamento del circuito neurale implicato nella modulazione emotiva, influenzata inevitabilmente anche dalla funzionalità neurotrasmettitoriale, dall'espressione genica e dalla plasticità neurale che consente cambiamenti adattivi.

In questa visione d'insieme, problematiche psichiche ed emotive come ansia, depressione, o difficoltà psicosociali e comportamentali connotate da aggressività o ritiro, ma anche gli aspetti sensoriali ed emotivi presenti nei disturbi dello spettro autistico, ricevono un'ampia lettura considerando che deficit di questo sistema hanno una ricaduta fondamentale sulla risposta agita ed espressa dall'organismo. Ad esempio, i movimenti ripetitivi e le stereotipie che sono aspetti tipici della condizione autistica, si configurerebbero come modalità per scaricare l'eccessiva tensione generata da stress, fatica ed eccitazione, in modo da ripristinare lo stato dell'arousal fisiologico normalmente presente, che si attiva maggiormente nella situazione di avversione verso certi stimoli o per compensare la scarsa reattività alle stimolazioni esterne.

La connettività fra la corteccia prefrontale ventromediale e amigdala è una delle aree d'indagine nella comprensione della risposta emotiva nei soggetti autistici, in particolare alcuni studi sembrano suggerire che anche in condizioni di riposo il loro sistema nervoso sia in una condizione di allerta continua a causa dell'elevato livello di neurotrasmettitori, come la dopamina, rispetto alle persone con sviluppo tipico [8]. Ciò suffraga l'ipotesi di carattere psicologico che l'autismo sia caratterizzato dalla percezione di un mondo interiore vissuto in modo molto più intenso rispetto allo sviluppo normotipico. A tal riguardo, gli studi sulla capacità propriocettiva nell'autismo evidenziano, infatti, una sensibilità maggiore rispetto ai segnali percepiti che dà origine ad una risposta spesso sproporzionata. La disregolazione percettiva, in un numero inferiore di casi produce iposensibilità agli stimoli ambientali a causa di un'amplificazione o riduzione della reattività a tali stimoli. La ragione di tale fenomeno è da attribuirsi ad una scarsa integrazione e regolazione della processazione sensoriale che non permette di differenziare gli stimoli in modo appropriato quando sono percepiti, comprovando l'esistenza di un deficit nei meccanismi neurochimici che consentono al sistema nervoso di mantenere un equilibrio tra attivazione e inibizione, con inevitabile ricaduta sugli aspetti sociali della relazione, comprendendo anche quelli affettivi e delle funzioni esecutive [9]. In quest'ottica si spiegherebbe l'alterazione nella percezione del mondo e l'incapacità di gestire le sensazioni gene-

rate dagli stimoli, al punto che il soggetto autistico ne è sopraffatto oppure può rimanere insensibile ad esse. La processazione degli stimoli è quindi molteplice e coinvolge aspetti sensoriali, neurologici, affettivi ma anche cognitivi; per questo motivo, la mancanza di integrazione delle informazioni sensoriali influisce in modo negativo sulla valutazione cognitiva delle emozioni e la loro regolazione (*appraisal e reappraisal*). A livello fenomenologico, nell'autismo i deficit nell'orientamento dell'attenzione e la disregolazione nel funzionamento del sistema percettivo si esprimono in un'alterazione del normale dispiegarsi del processo figura-sfondo e quindi nell'incapacità di riuscire a cogliere la salienza dei dati percettivi, oltre alle difficoltà nella capacità di modulazione della reattività. Le ricerche sulle basi neurali delle emozioni, in virtù delle connessioni tra il sistema limbico e la corteccia prefrontale, giustificano le alterazioni dello sviluppo delle funzioni esecutive nell'autismo, come ad esempio la rigidità cognitiva e la sua scarsa flessibilità, il carente controllo inibitorio degli impulsi, l'iperselettività e la perseverazione, compromettendo il naturale evolversi delle competenze adattive, necessarie per vivere in modo adeguato la complessità della realtà esterna circa le relazioni e le situazioni sociali, ma anche quelle relative alla realtà interna puramente fisiologica.

### **Effetti della disregolazione senso-percettiva nell'autismo**

La disregolazione emotiva ha tra le sue cause sia fattori individuali, connessi ai sintomi nucleari e alla neurobiologia dei processi emotivi, con relativa disfunzionalità della processazione e regolazione sensoriale, sia fattori sociali legati alla lettura circa l'esperienza degli aspetti relazionali e contestuali.

Così, nell'autismo una percezione differente delle informazioni sensoriali incide inevitabilmente sullo sviluppo e acquisizione di diverse competenze, modalità di comunicazione e stili di pensiero del bambino poiché, comportando un sovraccarico sensoriale, ha come conseguenza quella di provocare una sua vulnerabilità psicologica e cognitiva. Ad esempio, la percezione della gestalt, ovvero dello stimolo che emerge alla coscienza, può essere frammentato, distorto, subire un'elaborazione ritardata, provocare un'ipo o ipersensibilità, una mono-elaborazione o essere caratterizzato da una percezione periferica o frammentata. In quest'ultima ad esempio, gli stimoli non sono integrati per costituire un'informazione dotata di significato, per cui il soggetto non percepisce la gestalt come un intero ma si focalizza su parti o dettagli di essa, trascurando l'insieme e il contesto, o comunque è incapace di distinguere

tra ciò che è in primo piano e le informazioni che appartengono allo sfondo perché tutti gli elementi sono percepiti contemporaneamente senza essere sottoposti ad un'elaborazione adeguata. Ne consegue un sovraccarico sensoriale che si configura come fonte di stress e causa del disorientamento soggettivamente percepito [10].

In tal modo, i bambini autistici non sembrano trarre vantaggio da stimoli ricchi di significato, ma, anzi, dall'osservazione del loro comportamento si rileva l'attitudine ad associare gli eventi e i dettagli dell'evento con il tutto, e ciò si ripercuote negativamente sulla capacità di generalizzazione degli apprendimenti in situazioni anche poco differenti tra loro, restando ancorati ad associazioni e routine quotidiana che hanno lo scopo di mantenere un rigido adattamento che si rivela quindi poco funzionale. Anche la percezione tattile e propriocettiva può essere frammentata per cui il soggetto autistico appare insensibile al dolore, al freddo o al caldo, oppure avere una percezione distorta nel campo della visione ed esperire una ridotta o distorta profondità nella percezione dello spazio, o distorsioni della forma, delle dimensioni o del movimento.

Possono presentarsi agnosia sensoriale (incapacità di interpretare un certo senso), prosopagnosia (cecità per i volti), sinestesia (la stimolazione di una modalità sensoriale provoca una percezione in uno o più diversi sensi e può essere quindi doppia o multipla), elaborazione ritardata dello stimolo intesa come rallentamento cognitivo nella elaborazione della risposta, ed ancora la fascinazione per certi tipi di stimolazione e la fluttuazione della percezione, per cui anche alcuni tessuti o fibre possono essere avvertiti come intollerabili o disturbanti al tatto.

A tal proposito, da una ricerca condotta presso il Dipartimento di Neuroscienze dell'Età Evolutiva di Pisa sui profili sensoriali in bambini con autismo [11] è emerso che la totalità dei bambini con autismo mostra problemi a livello di processazione sensoriale ma anche che la presenza di un vero disturbo riguarderebbe solo una parte di essi. Dalla somministrazione del questionario "Sensory profiles" ai genitori e alle altre figure di riferimento presenti negli altri contesti di socialità dei bambini autistici, come ad esempio la scuola, risulta che essi mostrano anomalie della processazione sensoriale nei seguenti comportamenti: nessuna risposta ai suoni (81%), sensibilità ai rumori forti (53%), ispezione visiva delle mani e delle dita (62%), e comportamenti stereotipati (52%). In particolare, i sintomi di un'alterazione nella processazione sensoriale possono variare molto sia per tipologia (ipersensibilità vs. iposensibilità) che per gravità.

Questa variabilità nei profili sensoriali è stata variamente associata a eziologie differenti e legata alla risposta al trattamento e alla co-presenza di problemi emotivo/comportamentali. Oltre a difficoltà nella processazione sensoriale si evidenziano deficit anche nella regolazione ed organizzazione riguardante la tipologia e l'intensità delle risposte agli input sensoriali esterni ma anche quelli interni, come si riscontra a livello fisiologico attraverso l'aumento delle risposte del sistema parasimpatico.

Le atipie nella processazione uditiva costituiscono le difficoltà sensoriali più frequentemente riportate, sia per quanto riguarda la presenza di iper-sensibilità che di

ipo-responsività uditiva. In particolare, per quanto riguarda la processazione multisensoriale questi bambini appaiono ipersensibili verso certi suoni e contemporaneamente sembrano sordi verso altri suoni oppure possono fissarsi verso particolari stimoli, o aspetti di esso, ed ignorarne altri. Ciò potrebbe essere ricondotto ad un deficit funzionale dei circuiti neurali preposti all'integrazione trasmodale delle informazioni sensoriali tra un sistema percettivo e l'altro.

Infine, si riscontrano sintomi depressivi e ritiro sociale con ipo-responsività sensoriale e maggiore disattenzione/distraibilità, oltre che punteggi inferiori per quanto riguarda la motricità e la sensibilità fine/percettiva rispetto ai bambini con sviluppo tipico.

Il profilo sensoriale nell'autismo sembra, talvolta, essere rappresentato da basse soglie neurologiche di attivazione e da una tendenza ad agire in modo passivo in relazione ad esse, pertanto questi bambini tendono ad essere distraibili e la loro attenzione può essere diretta verso lo stimolo più vicino o recente.

Per quanto riguarda la processazione tattile, il bambino autistico mostra disagio nell'essere toccato, palesando intolleranza verso le attività di igiene quotidiana; sembra sensibile a determinati tessuti o mostrare il bisogno di toccare in continuazione certi giocattoli, superfici e/o consistenze. Rispetto a ciò, è stato rilevato che alti livelli di ipersensibilità tattile tendono ad essere correlati a comportamenti stereotipati, verbalizzazioni ripetitive, stereotipie visive ed un focus attentivo anomalo. In conclusione, l'interessamento di tutte le modalità di processazione sensoriale quale caratteristica che differenzia i bambini con autismo dai bambini con uno sviluppo tipico e dai bambini con altri disturbi dello sviluppo, evidenzia che lo studio dei profili sensoriali nel disturbo dello spettro autistico può anche assumere un ruolo primario ai fini dell'implementazione di un trattamento precoce, in particolare cognitivo comportamentale come l'ABA.

La presenza di un pattern sensoriale atipico può interferire su un apprendimento efficace, sul funzionamento generale della vita quotidiana, sulle interazioni sociali e modalità di comunicazione. Si rileva quindi l'importanza che può assumere, ai fini del trattamento, l'identificazione precoce del profilo sensoriale nei bambini con autismo, per un intervento che sia funzionale ed efficace, mirato a promuovere l'integrazione della processazione sensoriale, anche se gli studi sistematici in merito sono, tuttavia, carenti.

### **Strumenti clinici. L'intelligenza artificiale e nuove metodiche di trattamento**

Tra gli studi sulla disregolazione emotiva finalizzati alla messa a punto di procedure trattamentali ricordiamo il lavoro di Samson ed altri autori [12] i quali hanno proposto la valutazione della regolazione emotiva in bambini e adolescenti e attento alla strategia della rivalutazione cognitiva, proponendola ai ragazzi autistici ad alto funzionamento come un approccio orientato ad una maggiore comprensione della situazione. Utilizzando i compiti di 'Reactivity and Regulation Situation', bambini e ragazzi autistici sono stati invitati in una prima fase a valutare la situazione frustrante rispondendo ad alcune domande che indagavano emozioni e pensieri. Suc-

cessivamente sono stati istruiti alla rivalutazione e rivisitazione attraverso indicazioni come “prova a pensare in modo diverso, puoi pensare a questa situazione in un modo differente in modo che appaia meno preoccupante o paurosa per te?”. Ciò ha permesso di valutare il loro approccio negativo seguendo le loro rivisitazioni cognitive e non la loro iniziale reazione alla situazione. Secondo quest’ottica, un training di apprendimento può essere utile per riconoscere una situazione frustrante, le conseguenti attivazioni emotive e comprendere come il ricorso ad una rivalutazione cognitiva porti ad avere un pensiero più adattivo nei soggetti autistici. Ma per favorire l’apprendimento e la comunicazione nei soggetti autistici nuove frontiere orientate al trattamento sono rappresentati dagli ausili tecnologici come il pc, il tablet e l’ipad. Uno specifico progetto di un software informatico come supporto di apprendimento è stato a questo punto ideato per promuovere e rafforzare le competenze relazionali, partendo dal profilo cognitivo per cui la progettazione delle varie app è stata orientata dalle specifiche preferenze per informazioni di tipo visivo e per ragionamenti di tipo associativo, piuttosto che sequenziale, ed inoltre dalle riscontrate difficoltà di astrarre ed a generalizzare. Con l’ausilio di questi strumenti come il PC si elude la difficoltà nei DSA di gestire la complessità delle regole implicite nella interazione e relative ai suoi aspetti non verbali. Grazie a queste modalità di apprendimento è possibile perciò fornire ai bambini autistici una chiave di lettura per sapersi orientare in modo più sereno nei contesti di vita relazionale. Esperienze similari di progettazione di uno specifico software nel trattamento dei disturbi dello spettro autistico è quella promossa dalla regione Piemonte, la quale ha finanziato il progetto della fondazione Specchio dei Tempi, insieme ad altre presenti in quel territorio, volto a favorire l’inserimento sociale dei soggetti autistici utilizzando tablet che, grazie ad un software, propongono scene di vita quotidiana da riordinare. Le azioni sono visibili sullo schermo, quelle da fare sono visualizzate a sinistra, quelle in corso al centro, quelle fatte a destra. Il soggetto le fa scorrere sullo schermo con le dita grazie alla tecnica del “touch screen”, scegliendo l’azione o soluzione più appropriata a risolvere un problema quotidiano, per esempio cosa si deve fare quando si va a fare la spesa, a passeggiare nel parco o si entra in un luogo pubblico. L’app si chiama T4a, e l’acronimo sta per “Touch for Autism”, e rappresenta un laboratorio esperienziale che permette di riprodurre virtualmente l’organizzazione di un tavolo riabilitativo vero e proprio che favorisce il passaggio dal concreto alla sua rappresentazione simbolica.

L’utilizzo di tecnologie informatiche è stato implementato anche per lavorare sull’auto-regolazione. A tal fine è stato ideato uno studio orientato a raccogliere i dati fisiologici e le relative reazioni comportamentali ad essi connesse in bambini con autismo con particolari problematiche nella regolazione senso-percettiva e, conseguentemente, emotiva [13]. Misurando la frequenza cardiaca e le specifiche risposte comportamentali è stata rilevata una maggiore ventilazione respiratoria unitamente ad un atteggiamento evitante, o l’adozione di diverse strategie disadattive e non costruttive, non orientate quindi al problem solving. La creazione di uno smartwatch (orologio regolare) che supportasse la rilevazione dello stato interno dell’utente attraverso segnali fisiologici (come il battito cardiaco, la temperatura) e di movimento,

ha fornito varie strategie adattive ed efficaci di autoregolazione, insieme a uno strumento di authoring per smartphone utilizzabile dai caregiver, permettendo all'utente che lo indossa di gestire meglio le proprie emozioni e di avere perciò un maggiore controllo circa la maggior parte degli episodi percepiti come frustranti e sulle emozioni spiacevoli. Il risultato è per il soggetto autistico anche quello di ricevere un feedback positivo grazie al senso di autoefficacia percepita, favorendo una riduzione degli scoppi d'ira e l'esposizione a eventi percepiti negativamente. In quest'ottica, l'utilizzo di ausili tecnologici di ultima generazione, sono finalizzati non solo a ridurre la disabilità legata alla comunicazione e il conseguimento della massima autonomia, ma anche una maggiore consapevolezza circa le proprie reazioni fisiologiche e comportamentali rispetto al vissuto di un evento stressante, fornendo feedback costanti e stabili, rafforzando una positiva coscienza di sé e permettendo ai bambini di percepirsi come soggetti che hanno potenzialità e risorse.

### Conclusioni

Si evidenzia, dunque, come la patologia autistica sia connotata da una disregolazione senso-percettiva che ha conseguenze pervasive sul piano emotivo, comportamentale e socio-relazionale. Gli interventi precoci per l'autismo sono da sempre collocabili lungo un *continuum* che vede ad un'estremità gli interventi basati su un approccio cognitivo comportamentale, altamente strutturati e guidati da terapeuta, e dall'altra quelli incentrati sugli interessi del bambino e orientato a facilitare il suo progredire sulla scala dello sviluppo. Secondo il punto di vista della scrivente, sarebbe opportuno che tali interventi non debbano essere però rigidamente dicotomizzati ma, al contrario, opportunamente integrati, considerando che gli strumenti informatici, se adeguatamente impiegati, possono rappresentare un supporto valido nei percorsi di intervento e di trattamento finalizzati al superamento dei deficit comunicativi e relazionali che notoriamente caratterizzano questa sindrome. Ciò è favorito proprio dalle caratteristiche di tali ausili: app personalizzabili per fasce di età rendono l'intervento individuale e consentono di selezionare la tipologia di stimoli inerenti a una serie di competenze su cui si sceglie di far vertere l'intervento, come può essere ad esempio l'area del linguaggio e della comunicazione, le emozioni, le abilità visuospatiali ecc., per le quali la prevedibilità e la sistematicità degli stimoli proposti consentono di ridurre l'incidenza della distraibilità e quindi vi è maggiore possibilità di portare a termine il compito, a favore di un rinforzo sistematico sul livello di auto-efficacia percepita e del livello motivazionale. Ancora, il canale visuospatial risulta essere privilegiato perché è quello attraverso il quale il bambino autistico comunica maggiormente e con più facilità grazie anche al sistema del "touch screen", che riduce la complessità degli stimoli sensoriali da gestire associate anche ad una ridotta richiesta sociale. Ma ciò che rende l'uso dell'intelligenza artificiale funzionale al trattamento della sindrome autistica si concretizza nel suo aggancio al concetto di rivalutazione cognitiva che in questi bambini risulta deficitaria e necessita di un valido supporto. In particolare l'uso di strumenti informatici permette di ridurre e contenere il sovrac-

carico sensoriale da cui i bambini con autismo si sentono sopraffatti, consentendo di mantenere sotto controllo, e quindi più facilmente gestibile, il livello di arousal fisiologico che normalmente si attiva rispetto all'esposizione agli stimoli o eventi situazionali. In tal modo viene sostenuta anche la regolazione emotiva, con i suoi connotati affettivi, cognitivi e sociali. L'automonitoraggio diventa precursore della consapevolezza individuale e fondamento della conquista di una maggiore autonomia e benessere auto-percepito. Tali strumenti informatici non devono ovviamente condurre all'isolamento socio-relazionale ma fungere da facilitatori del processo riabilitativo e dell'interazione tra genitore e bambino, tra genitore e operatore e tra operatori differenti, supportando il bambino nei vari contesti di vita quotidiana, nella soluzione di piccole e grandi difficoltà. Inoltre, essi hanno, tra i diversi vantaggi, anche la valenza di favorire l'empowerment genitoriale poiché consente di estendere il processo terapeutico al di fuori del suo contesto prevalentemente riabilitativo, cioè tra bambino e terapeuta, garantendo comunque una costante supervisione. Pertanto, in questa prospettiva, la comunità scientifica dovrebbe dare una peculiare attenzione agli aspetti di un trattamento integrato e mirato della condizione autistica, la cui metodologia, in virtù delle sue caratteristiche di eterogeneità, deve necessariamente essere ampia al fine di poter essere "cucita addosso al paziente". In tal senso, l'evoluzione di nuove tecnologie informatiche e la valorizzazione degli ausili tecnologici, unitamente al supporto di strumenti clinici propri dei modelli di trattamento per l'autismo, possono facilmente consentire la personalizzazione degli interventi quale importante opportunità terapeutica.

## BIBLIOGRAFIA

1. Koester, J., Siegelbaum, S., A., (2014) I segnali propagati: il potenziale d'azione. Kandel, E. R., Schwartz, J. H. A., Jessel, T. (A cura di), *Principi di Neuroscienze (Quarta Edizione)* (pp. 148-177). Casa Editrice Ambrosiana.
2. Thibodeau, G. A., & Patton, K. T. (2011). *Structure & function of the body*. Elsevier Health Sciences.
3. Canestrari, R., Godino, A., (1997). *Trattato di psicologia*. Edizione Cooperativa Libreria Universitaria Editrice Bologna (Clueb).
4. Pilone, M. (2000). *Percezioni sensoriali nell'autismo e modelli cognitive*. Centro Paolo VI.
5. Gardner, E., P., Martin, J., H., (2014). La codifica sensoriale. Kandel, E. R., Schwartz, J. H. A., Jessel, T. (A cura di), *Principi di Neuroscienze (Quarta Edizione)* (pp. 449-475). Casa Editrice Ambrosiana.
6. Pilone, M., (2010). *I disturbi dello spettro autistico, in Teorie e modelli di trattamento*. Centro Paolo VI.
7. LeDoux, J. E., Damasio, A. R. (2014). Emozioni e sentimenti. Kandel, E. R., Schwartz, J. H. A., Jessel, T. (A cura di), *Principi di Neuroscienze (Quarta Edizione)* (pp. 1083-1099). Casa Editrice Ambrosiana.
8. Valeri, G., Stievano, P. (2007). Neuropsicologia dello sviluppo e funzioni esecutive. *Giorn Neuropsych Età Evol*, 27, 195-204.
9. Franciosi, F. (2017). *La regolazione emotiva nei disturbi dello spettro autistico*. Verso un modello operativo in ambito clinico e psicoeducativo. Pisa: ETS.
10. Bogdashina, O. (2015). *Le percezioni sensoriali nell'autismo e nella sindrome di Asperger*. Uovonero.
11. Narzisi, A., Calderoni, S., D'angelo, R., Apicelli, M., Iglizzi, R., Cosenza, A., Tancredi R., Muratori, F., (2011). Profili sensoriali e autismo: un'indagine esplorativa con il Sensory Profile Questionnaire and Autism. *Giorn Neuropsych Età Evol*, 31, 215-224.
12. Samson, A. C., Hardan, A. Y., Podell, R. W., Phillips, J. M., & Gross, J. J. (2015). Emotion regulation in children and adolescents with autism spectrum disorder. *Autism Research*, 8(1), 9-18.
13. Torrado, J. C., Gomez, J., & Montoro, G. (2017). Emotional self-regulation of individuals with autism spectrum disorders: Smartwatches for monitoring and interaction. *Sensors*, 17(6), 1359.

ARTICOLO DI OPINIONE

# Famiglie autistiche resilienti

## *L'importanza del supporto psicologico per l'inclusione in una comunità compartecipe, presente e informata*

Maria Licata<sup>1</sup>, Patrizia Fortezza<sup>1</sup>, Serafina Sportaro<sup>2</sup><sup>1</sup> SiPGI - Postgraduate School of Integrated Gestalt Psychotherapy, Trapani, Italy<sup>2</sup> Ricercatrice Indipendente**Citation**

Licata M., Fortezza P., Sportaro S. (2021).  
Famiglie autistiche resilienti  
Phenomena Journal, 3, 53-59.  
<https://doi.org/10.32069/pj.2021.2.139>

**Direttore scientifico**

Raffaele Sperandeo

**Supervisore scientifico**

Valeria Cioffi

**Journal manager**

Enrico Moretto

**Contatta l'autore**

Maria Licata

mglicata@virgilio.it

**Ricevuto:** 1 luglio 2021**Accettato:** 6 settembre 2021**Pubblicato:** 16 settembre 2021**ABSTRACT**

The psychological support relationship intervenes in influencing the parenting capacity, on the way in which parents judge and evaluate the disability event and the situations connected to it. In fact, support is related to the perception that parents have of their children's limitations, social limitations and behavior problems. The goal is to enhance the experiences of the families themselves starting from a reassessment of the value of their narratives in order to involve families in a process of awareness. The hypothesis that guided this work is the belief that helping families is essential to allow children with autism a future in which they are concretely protagonists of their lives and participate in social life. Three individual meetings were planned first and then group meetings. The model used is the integrated Gestalt model, in particular attention has been focused on the contact cycle and the mechanisms for interrupting its flow, with the aim of involving them concretely from the beginning to the end of the processes. The work highlighted that it is possible to reduce sources of stress, refine evaluation and coping skills, strengthen the network of extra-family social supports, improve relationships within the family, improve relationships between parents and professionals. The innovative aspect is to have paid particular attention to parents within the field theory.

**KEYWORDS****Family, autism, gestalt.****ABSTRACT IN ITALIANO**

La relazione di supporto psicologico interviene nell'influencare la capacità genitoriale, sul modo in cui i genitori giudicano e valutano l'evento disabilità e le situazioni a esso connesse. Infatti il supporto è correlato alla percezione che i genitori hanno dei limiti dei loro figli, delle limitazioni sociali e dei problemi di comportamento. L'obiettivo è valorizzare i vissuti delle famiglie stesse a partire da una rivalutazione del valore delle loro narrazioni al fine di coinvolgere le famiglie in un processo di consapevolezza. L'ipotesi che ha guidato questo lavoro è il credere che l'aiuto alle famiglie sia indispensabile per consentire ai ragazzi con autismo un futuro in cui loro siano concretamente protagonisti della loro vita e partecipi alla vita sociale. Sono stati previsti prima tre incontri individuali e successivamente di gruppo. Il modello utilizzato è quello gestaltico integrato, in particolare si è focalizzata l'attenzione sul ciclo di contatto e ai meccanismi di interruzione del suo fluire, con lo scopo di coinvolgerle concretamente dall'inizio alla fine dei processi. Il lavoro ha evidenziato che è possibile ridurre le fonti di stress, affinare le capacità di valutazione e di coping, rinforzare la rete di supporti sociali extrafamiliari, migliorare le relazioni all'interno della famiglia, migliorare i rapporti fra genitori e professionisti. L'aspetto innovativo è aver posto un'attenzione particolare ai genitori all'interno della teoria del campo.

**PAROLE CHIAVE****Famiglia, autismo, gestalt.**Attribution-NonCommercial 4.0  
International (CC BY-NC 4.0)

## Introduzione

Nel momento in cui viene diagnosticato un disturbo dello spettro autistico di un figlio/a, nel campo della coppia genitoriale emergono senso di colpa, vergogna e dolore, emozioni che si succedono una dietro l'altra. C'è un cambiamento all'interno della famiglia non c'è più la "normalità" ma un percorso di accettazione e consapevolezza per una crescita evolutiva verso la disabilità. Nel momento in cui c'è la presenza di un membro con autismo, secondo il modello della Gestalt Integrata nella famiglia si interrompe il ciclo del contatto. La famiglia, o meglio la coppia genitoriale, può scegliere se chiudersi a riccio in sé stessa senza cercare sostegno al di fuori oppure cercare di essere accompagnata e sostenuta. Nel momento storico in cui viviamo oggi, il lockdown ha favorito il blocco, la chiusura di ogni scelta della famiglia, che ha dovuto accettare "la solitudine" senza possibilità di alternative. Il sostegno psicologico è mirato a ricostruire la fiducia delle famiglie per cercare di capire qual è il loro bisogno. Compito del terapeuta è far riemergere la resilienza (dal latino *resiliens* - entis rimbalzare, cioè la capacità umana di superare le difficoltà della vita con elasticità, vitalità, energia) e la forza innata prima nella coppia genitoriale e quindi nella famiglia stessa, per ritrovare quell'equilibrio perduto [1].

Per il ciclo evolutivo della famiglia stessa è importante mettere al centro il soggetto con autismo ed integrarlo con un processo di individuazione e differenziazione, senza guardare il disabile come una monade separata dal rapporto con gli altri membri della famiglia e, di conseguenza, privo di una comunità a cui appartenere. Il compito del terapeuta è far sentire protagonista la famiglia ed essere ricercatori del proprio processo di crescita e di cambiamento attraverso la narrazione della storia familiare di un passato ancora attuale, ponendo l'attenzione su come si sono sentiti per arrivare ad una maggiore consapevolezza del presente [2]. Affinché la famiglia possa ritrovare i suoi "nuovi" equilibri rivedendo anche il modo di rapportarsi non solo all'interno di sé stessa ma anche nella comunità in cui vive, diventa fondamentale indagare le sue percezioni e i sentimenti che l'attraversano quando i comportamenti disadattivi del proprio figlio si manifestano socialmente, ed inoltre, quale contributo può dare la comunità sociale al fine di ricostruire nella famiglia equilibrio e fiducia nel futuro.

## Evidenze della letteratura

La letteratura ha mostrato nel tempo come il sostegno ai genitori rappresenti una variabile di significativa importanza ai fini dell'efficacia dell'intervento. Avere un figlio con una diagnosi di autismo rappresenta un'esperienza estremamente dolorosa per una famiglia. Le ricerche dimostrano che i genitori di bambini con autismo sperimentano alti livelli di stress cronico molto maggiori rispetto ai genitori di bambini con altri disturbi [3]. Spesso i genitori tendono a sentirsi responsabili delle condizioni del bambino, si sentono in colpa, provano ansia e rabbia e sviluppano spesso depressione e disturbi di ansia, come reazione allo stress che avere un figlio con questo di-

sturbo comporta [4]. Negli ultimi venti anni, a fianco dei percorsi tradizionali di Parent Training, è venuta a delinearsi una nuova esigenza: la creazione di percorsi che non si occupassero solamente dell'aspetto comportamentale, ma anche di quello emotivo e che li aiutasse a fronteggiare anche la sofferenza e il dolore che avere un figlio con autismo comporta.

### **Ipotesi di studio**

Valorizzare i vissuti delle famiglie a partire da una rivalutazione del valore delle loro narrazioni al fine di raggiungere un processo di consapevolezza sulla qualità delle relazioni e sull'importanza delle loro emozioni. L'aiuto alle famiglie è indispensabile per consentire ai ragazzi con autismo un futuro in cui loro siano concretamente protagonisti della loro vita e partecipi alla vita sociale.

### **Metodologia**

Nell'approccio Gestaltico Integrato la persona è osservata nella sua complessità dal punto di vista corporeo, emotivo, affettivo, cognitivo, spirituale e sociale. Ciò consente di riconoscere e valorizzare l'esigenza di sviluppare il proprio potenziale nel "campo" cioè all'interno del proprio ambiente. Il concetto di campo, centrale per la Gestalt, è di Kurt Lewin, secondo cui una persona può essere capita solo osservandola nella sua interdipendenza con il contesto in cui è inserita e nel quale costruisce relazioni [5]. L'attenzione dello psicoterapeuta, nel modello della Gestalt, è posta sull'esperienza presente e fenomenologica. Per essere costantemente e continuamente in relazione con l'altro bisogna considerare i cinque livelli d'esperienza. Il livello cognitivo che include il linguaggio, le idee, il pensiero, la cultura e la storia personale; il livello immaginativo che comprende immaginazione, simboli, fantasia e sogno; il livello emotivo ossia le emozioni che ci mettono in relazione con gli altri e noi stessi; il livello sensoriale che comprende il modo in cui i cinque sensi ci mettono in contatto con l'ambiente e infine il livello corporeo cioè le sensazioni del nostro corpo e come occupa lo spazio, la postura e i gesti [6]. Lo scopo è utilizzare lo stesso livello per cercare di entrare in contatto con l'altro. Nel lavoro con i livelli dell'esperienza, inoltre, è importante attivare la connessione fra i vari livelli. Il confine in cui il sé e l'altro si incontrano e accade qualcosa, sperimentando il me in relazione all'altro è denominato "confine di contatto" dalla psicoterapia della Gestalt. L'esperienza a confine contatto consente di realizzare il processo di crescita e creatività della persona. Entrare in contatto con i propri bisogni profondi e capire l'interruzione che blocca il soddisfacimento degli stessi durante il ciclo (resistenza al contatto) è centrale nell'intervento terapeutico [7]. Nella pratica gestaltica, il ciclo del contatto è basilare e si articola in macro-ciclo e micro ciclo. Si parla di macro-ciclo in riferimento all'intervento terapeutico a lungo termine e di micro - ciclo relativamente ai singoli incontri di terapia. Gli incontri vengono svolti prima con cadenza quindicinale e successivamente mensili. All'interno di ogni sessione terapeutica della durata di 60 minuti i ge-

nitori esplorano i propri vissuti con tecniche creative ed esperienziali. Il micro - ciclo è così esperito: il pre-contatto, attività di ascolto del proprio sentire nel qui e ora dei genitori; l'avvio al contatto in cui i genitori secondo il livello cognitivo ed emotivo raccontano della loro esperienza, durante l'arco di tempo trascorso, rispetto al tema emerso nell'incontro precedente; il contatto pieno sul livello dell'esperienza immaginativa in cui i genitori attraverso un processo di sperimentazione di tecniche creative (esempio uso di carte proiettive, la tecnica della poesia secondo il modello di Violet Oaklander [8], uso della favola, ecc.) prendono consapevolezza dei propri vissuti; infine gli ultimi minuti di terapia vengono dedicati al post contatto cioè alla chiusura del lavoro con la possibilità di risignificare i vissuti emersi [9]. Inoltre, la compilazione di un *questionario d'indagine* con lo scopo di indagare percezioni e sentimenti della famiglia in rapporto alla comunità sociale in cui vive ci offre orientamenti di intervento mirato che la proietta ad “uscire” dal suo isolamento trovando (o ri-trovando) spazi di socialità e nuovi orizzonti di vita.

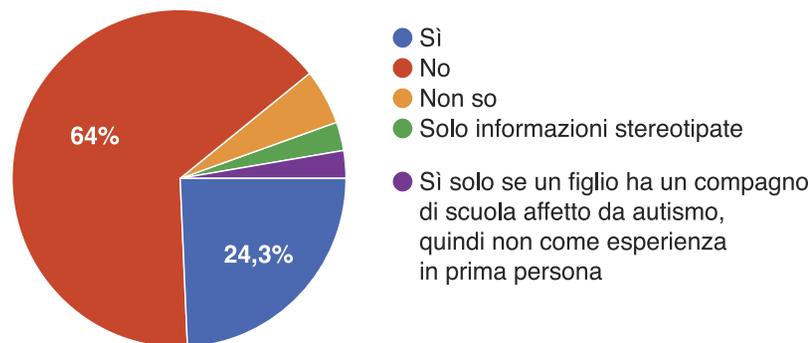
Il percorso di sostegno psicologico, dunque, permette di comprendere il funzionamento dell'intero sistema familiare, di lavorare sul senso di colpa che vivono i genitori, e soprattutto, sul senso di isolamento vissuto all'interno della comunità territoriale, supportandoli nell'individuazione delle proprie risorse interne in grado di rispondere ai bisogni educativo-emotivi del proprio figlio e, di conseguenza il loro percepirsi come parte integrante dell'intera comunità sociale in cui sono inseriti [10].

### **Risultati attesi**

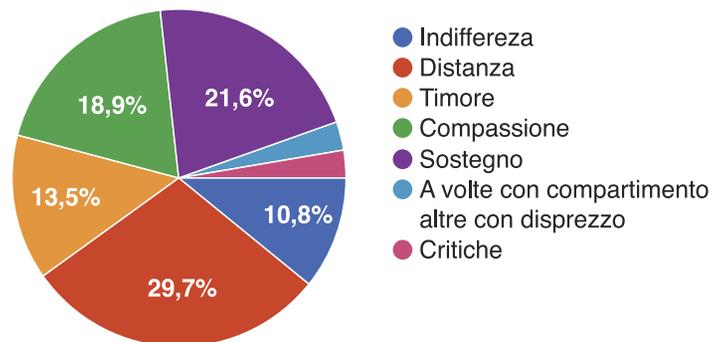
L'uso del modello gestaltico integrato avrà la funzione di accogliere i bisogni dei genitori, potenziare all'interno della famiglia le relazioni, affinare le capacità di valutazione e di coping, limitare le fonti di stress, migliorare i rapporti fra genitori e professionisti, ed infine, rinforzare la rete di relazioni extrafamiliari.

### **Raccolta dati questionario**

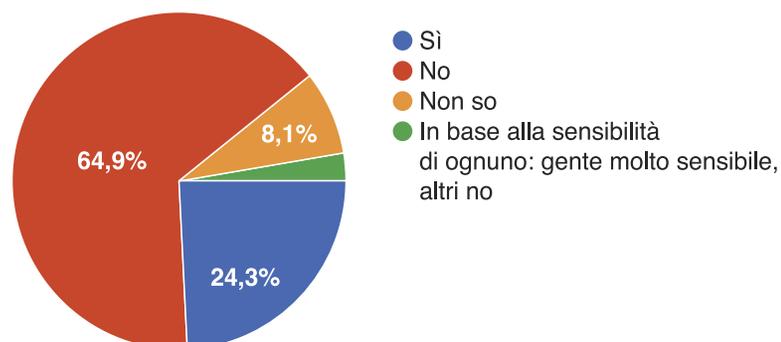
Il questionario d'indagine sulle percezioni e sentimenti delle famiglie con bambini autistici ha visto la partecipazione di 40 genitori. Lo strumento è stato realizzato con Google moduli ed inviato tramite social ad ogni genitore. Alcune delle 6 domande a risposta multipla contenevano la voce “Altro” per permettere maggiore libertà di espressione ai genitori.



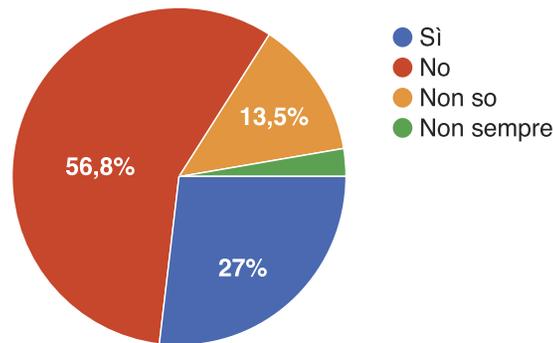
*Alla prima domanda:* “Ritiene che ci sia informazione all’interno della sua comunità sulle caratteristiche comportamentali di un bambino con disturbo autistico?”. Il 64,9% dei genitori ritiene che **NON ci sia informazione** nella propria comunità sulle caratteristiche comportamentali di un bambino con disturbo autistico.



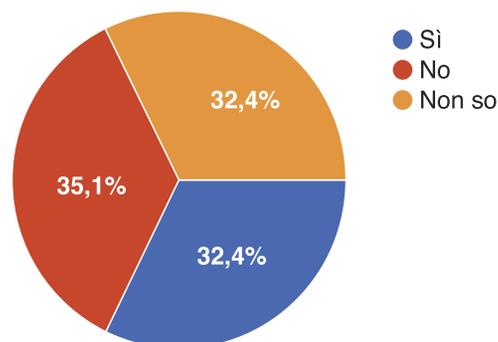
*Alla seconda domanda:* “Secondo la sua esperienza, come reagisce la comunità al comportamento problema di suo figlio?” i genitori rispondono che la comunità reagisca al comportamento problema del bambino autistico con: **Distanza** 29,7%; **Timore** 13,5% **Indifferenza** 10,8%, **Compassione** 18,5%, una piccola percentuale si sente criticata. Solo il 21% dei genitori ha risposto **Sostegno**.



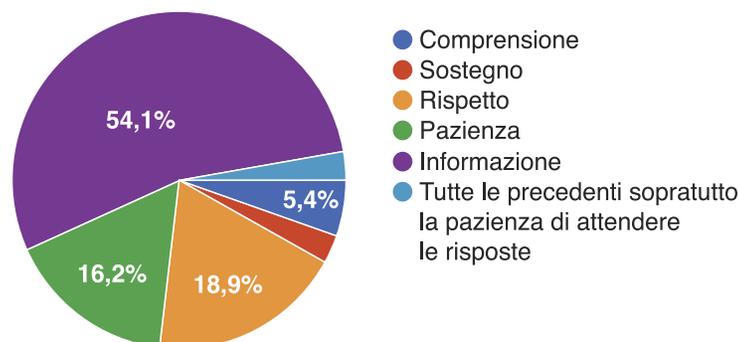
*Alla terza domanda:* “Ritiene che la comunità sociale sia sensibile e attenta ai bisogni educativi di suo figlio?”. Il 64,9% dei genitori, inoltre, ritiene che la propria comunità **NON sia sensibile e attenta** ai bisogni educativi del proprio figlio.



*Alla quarta domanda:* “Percepisce da parte della comunità impegno ed interesse a modificare il proprio approccio per rispondere adeguatamente ai bisogni educativi di suo figlio?”. Il 56,8% dei genitori ritiene che la propria comunità **NON si impegni e non abbia interesse** a modificare il proprio approccio per rispondere adeguatamente ai bisogni educativi del proprio figlio.



*Alla quinta domanda:* “Si è mai sentita giudicata dalla comunità in cui vive per il modello educativo impartito a suo figlio?”. Il 35,1% ha risposto di NO, di SI il 32,4% e il 32,4 % NON SO.



*Alla sesta domanda:* “Cosa suggerirebbe alla comunità per meglio rapportarsi con suo figlio e sostenerla in ambito educativo? (Si può segnare più di una risposta)”. Il 54,1% genitori suggerisce alla propria comunità maggiore **Informazione**, il 18,9 % **Rispetto**, il 16,2% **Pazienza** e il 5,4% **Comprensione**.

## Conclusioni

Il questionario d'indagine evidenzia l'isolamento e l'incomprensione vissuta dalla famiglia soprattutto quando essa vive gli spazi della socialità, per cui diventa fondamentale, oltre che accogliere la sua richiesta di informazione, rispetto, sensibilità e pazienza, fornirle strumenti psicologici derivanti dall'approccio gestaltico al fine di intervenire efficacemente al raggiungimento di quella capacità umana che ci permette di superare le difficoltà della vita con equilibrio: la resilienza.

## BIBLIOGRAFIA

1. Casula, C. (2011). La forza della vulnerabilità. *Utilizzare la resilienza per superare le avversità*. Ed. Franco Angeli.
2. Bowen, M., Andolfi, M., & De Nichilo, M. (1979). *Dalla famiglia all'individuo: la differenziazione del sé nel sistema familiare*. Astrolabio.
3. Demeyer, D. I., Vandekerckhove, P., & Moermans, R. (1979). Compounds determining pH in dry sausage. *Meat science*, 3(3), 161-167.
4. Konstantareas, M. M. (1990). A psychoeducational model for working with families of autistic children. *Journal of Marital and Family Therapy*, 16(1), 59-70.
5. Spagnuolo Lobb, M. (2015). *Il sé e il campo in psicoterapia della Gestalt*, 5-8.
6. Ginger, S., & Ginger, A. (2004). *La Gestalt. Terapia del «con-tatto» emotivo*. Edizioni Mediterranee.
7. Polster, E., & Polster, M. (1986). *Terapia della Gestalt integrata: Profili di teoria e pratica*. Giuffrè.
8. Oaklander, V. (1999). *Il gioco che guarisce: la psicoterapia della Gestalt con bambini e adolescenti*. EPC
9. Perls, F., Hefferline, R. F., & Goodman, P. (1971). *Teoria e pratica della terapia della Gestalt*. Astrolabio.
10. Haber, M. G., Cohen, J. L., Lucas, T., & Baltes, B. B. (2007). The relationship between self-reported received and perceived social support: A meta-analytic review. *American journal of community psychology*, 39(1), 133-144.
11. Halstead, E. J., Griffith, G. M., & Hastings, R. P. (2018). Social support, coping, and positive perceptions as potential protective factors for the well-being of mothers of children with intellectual and developmental disabilities. *International Journal of Developmental Disabilities*, 64(4-5), 288-296.

IPOTESI E METODO DI STUDIO

# La funzione del reato nell'autismo ad alto funzionamento: necessità di nuovi riferimenti diagnostici valutativi

## *Aspetti di diagnosi differenziale e comorbidità psichiatrica*

Virginia D'Angelo<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Centro di Psicoterapia Cognitivo Comportamentale Archè, Napoli, Italy



### Citation

D'Angelo V. (2021).  
La funzione del reato nell'autismo ad alto funzionamento: necessità di nuovi riferimenti diagnostici valutativi  
Phenomena Journal, 3, 60-67.  
<https://doi.org/10.32069/pj.2021.2.137>

### Direttore scientifico

Raffaele Sperandio

### Supervisore scientifico

Valeria Cioffi

### Journal manager

Enrico Moretto

### Contatta l'autore

Virginia D'Angelo  
[virginiadangelo6@gmail.com](mailto:virginiadangelo6@gmail.com)

Ricevuto: 30 giugno 2021

Accettato: 28 settembre 2021

Publicato: 28 settembre 2021

### ABSTRACT

This work analyzes the function of crime in highly functioning autism. It examines the multiple psycho-emotional areas involved in this process. The aspects of differential diagnosis and psychiatric comorbidity with some disorders more related to level 1 autism are deepened. Therefore, the consequent implications on a clinical and forensic level are highlighted. The paper starts from the examination of how the Italian legal system interfaces with mental disorder. The role that the legal system attributes to neuroscience in analyzing the responsibility profile of a person with mental disorder and, in particular, of a person with level 1 autism who commits a crime, is highlighted. In this regard, the function of the most common crimes is examined. The differences between level 1 autism and antisocial and schizophrenic disorder are highlighted. The focus is on the exploration of clinical symptoms in terms of function. Through a critical analysis of the studies highlighted in the literature, the fundamental factor for the correct identification of the differential diagnosis and, consequently, of psychiatric comorbidity is described. It is represented by the examination of the defensive process from which the symptoms originate. The same symptomatic manifestation can, in fact, represent different problems and pathologies. The focus is therefore placed on the importance of a particularly in-depth clinical forensic assessment where defense mechanisms are examined. The purpose of this article is to highlight the opportunity to apply new and more complete assessment and diagnosis tools in the legal context.

### KEYWORDS

**Autism, diagnosis, comorbidities.**

### ABSTRACT IN ITALIANO

Il presente lavoro analizza la funzione del reato nell'autismo ad alto funzionamento esaminando le molteplici aree psico-emotive coinvolte in questo processo. Si approfondiscono gli aspetti di diagnosi differenziale e comorbidità psichiatrica con alcuni disturbi maggiormente correlati all'autismo di livello 1. Si evidenziano, dunque, le conseguenti implicazioni sul piano clinico e forense. L'elaborato parte dall'esame di come il sistema giuridico italiano si interfaccia con il disturbo mentale. È messo in luce il ruolo che il sistema giuridico attribuisce alle neuroscienze nell'analisi del profilo di responsabilità di un soggetto con disturbo mentale ed, in particolare, di un soggetto con autismo di livello 1 che commette un reato. A tale proposito è esaminata la funzione dei reati più comuni. Si evidenziano le differenze dell'autismo di livello 1 con il disturbo antisociale e schizofrenico. L'attenzione è sull'esplorazione della sintomatologia clinica in termini di funzione. Attraverso un'analisi critica degli studi evidenziati in letteratura, è descritto il fattore fondamentale per la corretta individuazione della diagnosi differenziale e, di conseguenza, della comorbidità psichiatrica. Esso è rappresentato dall'esame del processo difensivo dal quale i sintomi hanno origine. Una stessa manifestazione sintomatologica può, infatti, rappresentare problematiche e patologie differenti. Il focus è dunque posto sull'importanza di una valutazione clinico forense particolarmente approfondita in cui sono esaminati i meccanismi di difesa. La finalità di questo articolo è evidenziare l'opportunità di applicare nel contesto giuridico nuovi e più completi strumenti di valutazione e diagnosi.

### PAROLE CHIAVE

**Autismo, diagnosi, comorbidità.**



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

## Evoluzione del concetto di imputabilità

Il tema dell'imputabilità, nei casi di disturbo mentale, richiede un primo inquadramento alla luce dei criteri giurisprudenziali del codice penale italiano.

Nell'Ordinamento penalistico italiano, l'Art. 85 CP prevede, a livello di principio generale, che "nessuno può essere punito per un fatto previsto dalla legge come reato, se, al momento in cui l'ha commesso, non era imputabile". È imputabile chi ha la capacità "d'intendere e di volere". Va pure precisato che la capacità di intendere e quella di volere possono essere, entrambe o una sola disgiuntamente, assenti oppure diminuite, il che fa scattare un sistema graduato nel contesto del quale il soggetto agente potrà essere dichiarato non imputabile, imputabile comunque o parzialmente imputabile [1].

Con sentenza n. 9163 del 25 gennaio 2005, depositata l'8 marzo 2005, le Sezioni Unite Penali della Corte di Cassazione hanno stabilito che anche i disturbi di personalità possono causare compromissione significativa della capacità di intendere e volere. Si sottolinea che deve essere presente un nesso causale tra il comportamento di reato ed il disturbo mentale.

Come sostiene Fornari conta "*la significativa riduzione di adattamento al ruolo sociale*" [2].

A tutti i disturbi mentali può, dunque, essere riconosciuta la natura di "infermità" giuridicamente rilevante (non soltanto quelli gravi) purché essi abbiano inciso significativamente sul funzionamento dei meccanismi intellettivi e volitivi del soggetto [3].

Dalla seconda metà del 1800 nel contesto penale emergono tre scuole di pensiero: una scuola detta Scuola Classica che sostiene il principio di libero arbitrio in base al quale si ritiene il soggetto responsabile del reato e quindi la condanna è giustificata. La pena assume funzione di tipo retributivo.

Un'altra scuola detta Scuola Positiva presuppone, al contrario, che il comportamento del soggetto è determinato da numerosi fattori di natura psichica e sociale e quindi esclude il libero arbitrio. La pena ha funzioni di tipo educativo: serve per prevenire e la condanna è dunque da valutare in base a queste molteplici variabili.

Infine vi è un'altra scuola di pensiero detta della Difesa Sociale che attribuisce forte peso al principio di libero arbitrio ma sottolinea che questo fattore è condizionato da fattori molteplici. Nella valutazione della colpa e di conseguenza della condanna, è necessario analizzare il libero arbitrio in relazione a tali variabili. La funzione della pena deve, pertanto, assolvere due funzioni: preventiva e retributiva.

Attualmente, nel nostro sistema penale predomina quest'ultima scuola di pensiero la quale si fonda, dunque, sull'idea di una libertà non assoluta ma condizionata. Emerge, inoltre, la propensione ad arricchirsi del contributo della letteratura scientifica ed, in particolare, delle neuroscienze.

Le neuroscienze possono costituire risorsa preziosa nella comprensione del profilo di responsabilità di un individuo che commette un reato e nell'identificazione delle sue possibilità di recupero. [4] Al fine di avere informazioni sul comportamento del

soggetto imputato, la risonanza magnetica del cervello, infatti, è richiesta dai giudici in maniera abbastanza frequente.

Il diritto si pone, dunque, in una dimensione di apertura rispetto alla funzione delle emozioni non considerando, come avveniva in passato, l'emozione fattore di distorsione.

Come afferma la giurista Ombretta Di Giovane: *“Penso che un buon uso delle acquisizioni scientifiche, che non ceda alla tentazione di semplificare troppo, possa consentire una comprensione più profonda e forse meno ideologicamente condizionata dei problemi giuridici”* [5].

### **Imputabilità ed autismo ad alto funzionamento**

Le neuroscienze contribuiscono all'evoluzione di modelli innovativi della psicopatologia forense ad eziologia neurocongenita. Tale progresso non si è, tuttavia, concretizzato nell'identificazione di marker somatici finalizzati all'individuazione dell'autismo in modo particolare nelle forme lievi [6]. L'autismo ad alto funzionamento è tra i disturbi dello spettro autistico il più impegnativo al fine di esaminare il profilo di responsabilità di un reato e le variabili che entrano in gioco. Nel sistema giuridico italiano non è, inoltre, presente un'adeguata cultura sull'autismo poiché i test psicodiagnostici attualmente in uso in ambito forense non sono tarati sull'autismo [7].

Ciò crea un'importante lacuna sul piano della letteratura scientifico-forense poiché, al fine di cogliere il quadro complesso nel quale si inserisce il concetto di imputabilità, di un soggetto autistico di livello 1 è fondamentale che l'esperto in psicologia forense abbia conoscenze approfondite sul funzionamento della neurodiversità.

La persona con autismo ad alto funzionamento è, in genere, rispettosa della legge dal momento che esprime delle opinioni rigide rispetto a ciò che è giusto e a ciò che è sbagliato. Nonostante ciò, vi sono tre tipi comuni di reato cui incorre. Essi sono:

1. Reato con funzione di vendetta. A causa di problematiche nella regolazione percettiva, il soggetto può in maniera ossessiva rimuginare su ciò che ha sentito come un'ingiustizia e progettare una vendetta. Inoltre l'ingenuità sociale che caratterizza il disturbo autistico nelle forme lievi, soprattutto nella fase adolescenziale, espone la persona al rischio di essere istigato dai coetanei per commettere un reato.
2. Messa in atto di roghi. È presente, frequentemente, attrazione per luci e colori tale da costituire forte motivazione all'attuazione di roghi. Tale comportamento è, dunque, come quello sopra descritto, correlato alla disregolazione percettiva.
3. Reato di tipo sessuale. Le profonde problematiche sul piano dell'empatia possono comportare errata interpretazione dei comportamenti dell'altro e dare origine a comportamenti sessualmente inopportuni. Emerge, infatti, la difficoltà a distinguere tra atteggiamenti basati sulla gentilezza e condotte motivate da attrazione.

Come sostiene Attwood, uno dei maggiori studiosi del disturbo autistico ad alto fun-

zionamento, *quando una persona ha un disturbo psichiatrico conosciuto, il sistema giudiziario si attiva per fornire un'adeguata consulenza medico legale mentre per l'autismo di livello 1 tale servizio non è garantito* [8].

Nel contesto forense è presente, purtroppo, uno scarso numero di professionisti esperti nei disturbi dello spettro autistico.

### **Diagnosi e comorbilità psichiatrica**

La lacuna culturale relativa alla scarsa conoscenza dell'autismo nel sistema forense comporta, purtroppo, la non corretta identificazione di aspetti di diagnosi differenziale e comorbilità psichiatrica. Ciò rende la valutazione del reato molto più complessa.

Prestare adeguata attenzione agli aspetti di diagnosi differenziale e comorbilità psichiatrica è, infatti, fondamentale sia per individuare il profilo di responsabilità del soggetto e la sua pericolosità sociale, sia per definire quale sia la pena migliore in termini di recupero.

La sintomatologia che caratterizza l'autismo ad alto funzionamento si sovrappone, spesso, ai disturbi di personalità del cluster B tra i quali, in particolare, il disturbo antisociale.

Il soggetto autistico che commette un reato non manifesta empatia e rimorso. Ciò può essere confuso con caratteristiche di psicopatia. Anche il soggetto con disturbo antisociale ha problematiche di empatia ma le origini alla base di ciò sono differenti. Nell'autismo di livello 1, in genere, manca l'empatia cognitiva ma è presente quella affettiva mentre è il contrario nel disturbo antisociale in cui è presente l'empatia cognitiva cioè la capacità di immaginare pensieri degli altri ma manca la capacità di sentire le emozioni degli altri, mettendosi nei loro panni.

Oltre al disturbo antisociale, è presente una forte sovrapposizione sintomatologica tra autismo di livello 1 e schizofrenia.

Nel primo caso manifestazioni che, ad una prima impressione, sembrano di paranoia sono invece reazioni ad esperienze vissute poiché, i ragazzi autistici ad alto funzionamento subiscono, spesso, episodi di bullismo. Ciò può portare questi soggetti ad immaginare che le interazioni dei coetanei siano sempre caratterizzate da ostilità. Tale atteggiamento di paranoia rappresenta, dunque, una difficoltà nell'abilità della teoria della mente e non una strategia di difesa come, al contrario, avviene nella schizofrenia.

Inoltre, la persona con autismo di livello 1, avendo problematiche nelle relazioni sociali, può, rifugiarsi nell'immaginazione come meccanismo compensatorio. Quest'ultimo può essere erroneamente interpretato come manifestazione di uno stato delirante. Inoltre, nell'analisi pragmatica del linguaggio, il discorso, spesso sconnesso e frammentato, può apparire come un segnale di schizofrenia. In realtà, il soggetto può cambiare continuamente argomento perché è incerto su cosa dire non essendo capace di interpretare i pensieri dell'interlocutore.

Altro aspetto da considerare è che nell'autismo è presente, in genere, un pensiero di tipo visivo che ostacola la capacità di autoriflessione nei tempi dello sviluppo tipico

(intorno ai 5 anni di età) [9].

Succede spesso che tale capacità comincia a costituirsi nell'adolescenza e quindi il soggetto può riferire di sentire "voci" nella sua testa. Tali "voci" che rappresentano un aspetto naturale dello sviluppo del pensiero come, ad esempio, la capacità di problem solving, possono erroneamente essere interpretate per allucinazioni uditive di tipo schizofrenico.

### **Implicazioni clinico-forensi**

Da quanto rappresentato l'esame dei meccanismi di difesa consente di analizzare in maniera corretta il significato dei sintomi. Ciò consente, dunque, di discriminare il disturbo autistico ad alto funzionamento dai disturbi di personalità e dalla schizofrenia.

Considerando, quanto la cultura forense e medico legale non sia sufficientemente sensibilizzata rispetto all'autismo ad alto funzionamento, è opportuno all'interno del percorso diagnostico forense effettuare un'accurata anamnesi che indaghi la fenomenologia delle modalità difensive in termini non solo di manifestazione ma anche di origine e di funzione.

Valutare l'aspetto relazionale delle difese non è, infatti, importante soltanto nel processo terapeutico ma lo è anche sul piano diagnostico. Al fine di analizzare tale aspetto è necessario che il professionista entri in contatto empatico con il soggetto, poiché, soltanto in questo modo è possibile che *"un'emozione tra le difese" abbia origine* [10].

La comprensione della funzione di quest'emozione ed il suo significato fornisce informazioni preziose sul quadro clinico in esame e consente al tecnico-forense di cogliere aspetti di diagnosi differenziale e comorbidità psichiatrica. Ciò è alla base di un inquadramento approfondito del profilo di responsabilità di un soggetto con autismo che commette un reato. I meccanismi di difesa caratterizzano i quadri clinici in maniera molto varia. La letteratura scientifica classifica le modalità difensive secondo un continuum di adattamento/ disadattamento che ne determina il grado di maturità/ immaturità.

La classificazione di Perry è, secondo il parere della scrivente, preziosa ed ancora attuale. A tale proposito, Perry propone un modello di definizione e classificazione esaustivo in cui fa riferimento a sette livelli di meccanismi di difesa dal livello 1 in cui vi sono le difese più immature quali l'acting-out e l'aggressione passiva al livello 7 in cui vi sono difese più mature quali l'affiliazione e l'altruismo [11].

Per cogliere nel modo più completo possibile la relazione tra imputabilità e processo psichico individuando l'eventuale presenza di un funzionamento autistico è utile integrare l'analisi dei meccanismi di difesa nell'autismo di Kernberg e Meltzer. Tale esame indaga aspetti difensivi legati ad una caratteristica fondamentale dei disturbi del neurosviluppo: la disregolazione percettiva [12].

Gli autistici percepiscono, infatti, gli elementi della realtà in maniera diversa rispetto allo sviluppo normotipico dal momento che è presente, in genere, una difficoltà nell'operazione di sintesi degli oggetti della realtà esterna. In altri termini, il soggetto

autistico rimane spesso sopraffatto dagli stimoli poiché non è presente un filtro per la categorizzazione degli elementi in un tutto unico. Ciò ha ovviamente notevoli ripercussioni sul piano del pensiero e del comportamento che ne consegue [13].

Alla luce dell'attuale orientamento del sistema giuridico italiano in cui predomina, come abbiamo rappresentato precedentemente, la scuola di pensiero della Difesa Sociale in un processo di reato entrano in gioco molteplici variabili di tipo psichiatrico e psico-sociale. La comprensione del funzionamento del soggetto, oltre a fornire gli elementi per esaminare il profilo di responsabilità, offre i fondamenti per valutare come e in che misura attivare un intervento di recupero. Ad esempio, per una persona con autismo ad alto funzionamento, a differenza di un soggetto schizofrenico, la pena in un reparto psichiatrico potrebbe non essere idonea. La motivazione di ciò è che il diverso funzionamento neuropsicologico del soggetto con autismo di livello 1 non è oggetto di trattamento clinico. La necessità clinica è, al contrario, favorire l'adattamento dei propri aspetti di neurodiversità nel mondo sociale. Si può, dunque, immaginare come tale obiettivo sia difficilmente raggiungibile in un reparto psichiatrico. Gli aspetti di responsabilità, dunque, non devono essere slegati da quelli legati ad un progetto di trattamento sulla persona dal momento che l'individuazione della pena deve assolvere sia ad una funzione di giustizia sociale sia di recupero individuale. È interessante osservare che ciò corrisponde ad una delle importanti finalità di un progetto di terapia: la responsabilizzazione dell'individuo. Per questo motivo l'atteggiamento con il quale si effettua diagnosi per uso clinico terapeutico dovrebbe essere lo stesso anche nel contesto giuridico. Ad avviso della scrivente il processo diagnostico per fini forensi è, al contrario, svolto dai professionisti con modalità molto diverse rispetto alla diagnosi effettuata con valenza clinico-terapeutica. Essendo il focus dell'intervento l'esplorazione di un profilo di responsabilità, è maggiormente presente l'aspetto del giudizio che, inevitabilmente, allontana dal contatto. Ciò inficia il processo diagnostico e la comprensione della complessità delle variabili che entrano in gioco nel comportamento di reato. Il rischio è rimanere sull'analisi superficiale dei meccanismi di difesa senza coglierne realmente il fulcro. L'empatia del professionista è, infatti, lo strumento principale per l'esame delle modalità difensive attraverso l'esplorazione delle emozioni e del mondo interno del soggetto.

È opportuno quindi da parte della comunità clinico/forense maggiore attenzione a questi aspetti e focalizzare l'attenzione del proprio operare al fine di separare quanto più possibile la valutazione di un comportamento da quella etico-morale della persona.

Nei quesiti del giudice l'attenzione è spesso posta in maniera semplicistica sulla capacità di intendere e volere in funzione del livello di gravità della patologia. In realtà, come abbiamo rappresentato, il quesito va decodificato in maniera molto più articolata.

Quanto esaminato mette in luce, infatti, l'opportunità di ricorrere ad un sistema di riferimento diagnostico valutativo che, integrando e superando la diagnosi nosografica, sia sensibile all'individuazione degli aspetti di diagnosi differenziale e comorbilità psichiatrica configurando la complessità di un quadro clinico nelle sue

molteplici sfaccettature.

Tale analisi deve esaminare i seguenti aspetti principali:

- Esame dei meccanismi di difesa in termini di manifestazione fenomenologica, origine e funzione.
- Funzioni del Sé mediante l'individuazione degli schemi disadattivi, ossia quei vasti e pervasivi temi relativi alla visione di sé e del mondo.
- Regolazione senso-percettiva.
- Attenzione;
- Memoria (implicita, esplicita, prospettica, emozionale, ripetitiva, elaborativa, ecc.);
- Funzioni Organizzative con particolare riferimento alla capacità di analisi e comprensione.
- Funzioni Esecutive: insieme di competenze cognitive deputate alla pianificazione, organizzazione e automonitoraggio del comportamento.
- Analisi del nesso tra comportamento di reato e disturbo mentale.

### **Conclusioni: la trasposizione del metodo clinico in ambito psico-forense**

Da quanto emerge nel corso di questo studio, le attuali valutazioni diagnostiche creano un vulnus nella rappresentazione degli aspetti emotivi non consentendo la messa in evidenza dei meccanismi difensivi e della loro relazione con i modelli operativi interni. Ciò è alla base di fraintendimenti diagnostici di grossa rilevanza che potrebbe comportare la non corretta identificazione di una diagnosi di autismo di livello 1. Come si è evidenziato nel corso del lavoro, tale problematica è amplificata dalla mancanza in ambito forense di strumenti diagnostici tarati sull'autismo.

Appare, pertanto, fondamentale la trasposizione del metodo clinico in ambito psico-forense.

Un interessante spunto di ricerca è la messa a punto di un protocollo di assessment basato su tale obiettivo. Questa griglia osservativa deve necessariamente essere focalizzata sull'analisi delle numerose variabili psicologiche coinvolte in un reato e sensibile, pertanto, all'individuazione degli aspetti di diagnosi differenziale e comorbilità psichiatrica. L'analisi dei meccanismi di difesa dovrebbe costituire aspetto fondamentale e comprendere, pertanto, esame di modalità difensive di tipo autistico con particolare riferimento allo smontaggio sensoriale.

## BIBLIOGRAFIA

1. Antolisei, F. (2008). *Manuale di diritto penale*. Parte speciale, 15. ed., Milano: Giuffrè.
2. Fornari, U. (2015). *Trattato di Psichiatria Forense*. Torino: Utet.
3. Associazione Psichiatrica Americana. (2014). *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali (5ª ed.)*. Virginia: Raffaello Cortina.
4. Miceli, M. (2021). *Neuroscienze ed imputabilità: il ruolo chiave del cervello*. Salerno: Casa ed. Camminodiritto.
5. Cremonesi, A. (2012). Se non sei libero di scegliere la tua condotta non sei colpevole e quindi non punibile. Milano: *Rivista di neuroscienze Fondazione Umberto Veronesi*.
6. Lo Priore, C. (2017). Neurodiversità e spettro dell'autismo nelle valutazioni psicoforensi: contributi e limiti delle neuroscienze. Milano: *Psicologia & Giustizia*.
7. Bertelli, M. (2016). Prevalenza e Fenomenologia dei disturbi psichiatrici nei disturbi dello spettro autistico. Roma: *Fondazione Italiana per l'autismo*.
8. Attwood, T. (2007). *Guida completa alla sindrome di Asperger*. Milano: Ediz. Edra.
9. Faggioli, R., Lorenzo, J. S. (2014). *Dentro l'autismo*. Milano: FrancoAngeli.
10. Petrillo, M. (2010). *Un'emozione tra le difese*. Roma: Istituto di Ortofonia.
11. Lingiardi, V., Madeddu, F. (2002). *I meccanismi di difesa*. Milano: Raffaello Cortina.
12. Meltzer, D., Bremner, J., Hoxter, S., Weddell, D.I., Wittenberg, I. (1975). *Esplorazioni sull'autismo*. Torino: Bollati Boringhieri.
13. Pilone, M. (2000). Percezioni sensoriali nell'autismo e modelli cognitivi. Genova: *Centro Paolo VI*.

IPOTESI E METODO DI STUDIO

# Teoria della mente e Autismo: strategie di intervento per migliorare la qualità di vita nell'età adulta partendo dalla valutazione dei bisogni del soggetto

Ilaria Barbato<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Ricercatrice Indipendente

ABSTRACT

The concept of Theory of Mind assumes a strong scientific concern for all those experts engaged in the study of autism treatment because many researches have highlighted that people diagnosed with Autism Spectrum Disorder have important difficulties with developing a theory of mind. That regards inferring other's state of mind, desires, preferences, thoughts, beliefs, intentions. The current article begins with an analysis of the concept of theory of mind and of some of the strategies reported in literature, used to teach various aspects of theory of mind and its goal is to extend them to adults population, setting the focus on the needs assessment as essential prerequisite. It is focused on an analysis of techniques and procedures based on the basic principles of Applied Behavior Analysis (ABA) that, thanks to the methodological accuracy typical of this science, they are significantly valid in terms of treatment efficacy.

KEYWORDS

Theory of mind, autism, adults.

ABSTRACT IN ITALIANO

Il concetto di teoria della mente riveste un forte interesse scientifico per i professionisti impegnati nello studio e nel trattamento dell'autismo, poiché un numero cospicuo di ricerche ha evidenziato che persone con diagnosi di Disturbo dello Spettro Autistico incontrano importanti ostacoli nello sviluppo della teoria della mente. Essa riguarda l'abilità di distinguere gli stati mentali propri da quelli altrui ed inferire gli altrui stati mentali, desideri, preferenze, pensieri, convinzioni e intenzioni. Il presente articolo parte da un esame del concetto di teoria della mente ed una rigorosa disamina delle strategie di insegnamento dei vari aspetti della teoria della mente esistenti in letteratura con lo scopo di estendere tali strategie ad una popolazione adulta, ponendo il focus sulla valutazione dei bisogni dei soggetti adulti come prerequisite essenziale. Si sono analizzate procedure e tecniche basate sui principi dell'Analisi Applicata del Comportamento (ABA) che, per il rigore metodologico che caratterizza tale disciplina, si sono dimostrate significativamente valide in termini di efficacia del trattamento.

PAROLE CHIAVE

Teoria della mente, autismo, adulti.



**Citation**

Barbato I. (2021).  
Teoria della mente e Autismo: strategie di intervento per migliorare la qualità di vita nell'età adulta partendo dalla valutazione dei bisogni del soggetto  
Phenomena Journal, 3, 68-80  
<https://doi.org/10.32069/pj.2021.2.127>

**Direttore scientifico**

Raffaele Sperandeo

**Supervisore scientifico**

Valeria Cioffi

**Journal manager**

Enrico Moretto

**Contatta l'autore**

Ilaria Barbato  
[barbato.ilaria84@gmail.com](mailto:barbato.ilaria84@gmail.com)

**Ricevuto:** 8 giugno 2021

**Accettato:** 18 settembre 2021

**Publicato:** 20 settembre



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

## **Introduzione: La Teoria della Mente**

La teoria della mente è descritta come un insieme di complessi processi cognitivi che risultano nell'abilità di inferire gli stati mentali degli altri [1]. La teoria della mente è strettamente correlata all'empatia, intesa come capacità di mettersi “nei panni degli altri”. Gli studi più recenti sull'empatia sono concordi nell'individuare le seguenti componenti: empatia cognitiva, che rappresenta la capacità di prendere in considerazione la prospettiva altrui; empatia affettiva, che rappresenta la capacità ad immaginare le emozioni e gli stati d'animo degli altri. Quest'ultima si distingue in consapevolezza empatica, quale capacità di provare sentimenti di compassione e preoccupazione per gli altri; in sofferenza personale, quale espressione di sentimenti di ansia orientati verso se stessi scaturiti da una dimensione interpersonale emotivamente carica.

Molte persone con autismo sono capaci di provare empatia affettiva ma hanno difficoltà nell'empatia cognitiva. Tali problematiche comportano, con elevata frequenza, forti livelli di sofferenza personale che possono provocare un allontanamento da una dimensione interpersonale emotiva.

Pertanto, il consenso scientifico attuale considera i diversi aspetti dell'empatia dissociati tra loro. I concetti di teoria della mente ed empatia, per quanto collegati, non sono completamente sinonimi. L'approfondimento di quest'aspetto riveste un'importanza significativa in quanto dà la possibilità al clinico di elaborare un piano di intervento ad hoc per lo specifico paziente, offrendo l'opportunità di partire dall'empatia affettiva quale strumento per lo sviluppo dell'empatia cognitiva. La ToM è considerata sinonimo di empatia cognitiva [2].

Gli individui hanno bisogno di sviluppare livelli sempre più complessi di comprensione degli stati mentali per accrescere la loro cognizione sociale. Due classi di comportamento esplicitano il ruolo della teoria della mente: la prima suggerisce che l'individuo ha raggiunto la consapevolezza che altre persone hanno esperienze private (ovvero gli stati mentali) diverse dalle sue e non osservabili; la seconda che il bambino ha acquisito l'abilità di assumere la prospettiva di un altro essere animato.

I comportamenti che suggeriscono che il bambino è in grado di inferire comportamenti privati altrui e comprendere l'altrui prospettiva sono basati in un primo momento sull'attenzione congiunta e sull'orientamento dello sguardo, poiché questi possono indicare che l'infante sta cambiando prospettiva tra se ed un'altra persona. Crescendo, intorno ai 12 mesi, il piccolo inizia ad usufruire del valore sociale dell'attenzione congiunta per richiedere oggetti o per iniziare un'interazione sociale. A tal fine utilizza l'abilità di pointing: di indicare. A questo punto comincia ad osservare e comprendere gli effetti del suo comportamento sugli altri. Il bambino, spostando l'attenzione dell'adulto di riferimento verso l'oggetto di suo interesse, offre all'adulto la possibilità di etichettare l'oggetto di valore in quel momento. Intorno ai 18 mesi egli inizia a percepirsi separato dagli altri e ad immaginare che questi possano avere preferenze diverse da lui [3].

La teoria della mente (ToM) si distingue in teoria della mente di primo e secondo or-

dine [4]. La ToM di primo ordine si sviluppa intorno ai 4 anni di età e riguarda: l'abilità di riflettere su cosa un'altra persona pensi o senta; di riconoscere che persone diverse vogliono cose diverse ed hanno credenze e conoscenze diverse; di comprendere una falsa credenza [5]. La teoria della mente di secondo ordine, invece, implica la capacità di predire quello che una persona possa pensare di un'altra e la comprensione di bugie, del sarcasmo, del linguaggio figurativo. I bambini generalmente acquisiscono questo livello di consapevolezza tra i 6 e 10 anni.

Molti individui con diagnosi di Disturbo dello Spettro autistico generalmente mostrano difficoltà nell'attribuire agli altri stati mentali e credenze e dunque falliscono ai test valutativi della teoria della mente di primo ordine [6,7]. Molti altri, sebbene eseguano con successo compiti che implicano l'utilizzo di una teoria della mente di primo ordine, hanno difficoltà a generalizzare questa abilità nella vita di tutti i giorni o mostrano di non aver sviluppato una teoria della mente di secondo ordine [7,8]. Nella vita di tutti i giorni questa difficoltà si manifesta in un marcato impedimento nel comprendere il punto di vista e la prospettiva altrui (dedurre cosa l'altro vede e sente in una prospettiva diversa); nel provare empatia (comprendere lo stato emotivo dell'altro); nell'essere in grado di raccontare bugie che siano socialmente appropriate ("ti piace il regalo che ti ho fatto?" "no!"); nell'attuare strategie di bluffing (non rivelare la propria strategia); nel riconoscere una bugia; nel comprendere le intenzioni dell'altro, e quindi se i comportamenti altrui siano accidentali o intenzionali; nel riconoscere il sarcasmo e nel saper rispondere a tale modalità.

Il presente lavoro parte da un esame di alcune strategie di insegnamento di natura comportamentale dei vari aspetti della teoria della mente presenti in letteratura. Successivamente si pone come obiettivo quello di estendere tali strategie ad una popolazione adulta con diagnosi di Disturbo dello Spettro Autistico, con lo scopo di migliorare la qualità di vita sociale del soggetto, ponendo attenzione alla valutazione dei bisogni dei soggetti adulti che si differenziano ovviamente da quelli dei bambini.

### **Teoria della mente: Interpretazione comportamentale**

Un'interpretazione comportamentale e operativa della teoria della mente si è mostrata essere utile per superare definizioni mentalistiche e circolari. Analisti del comportamento suggeriscono che in molti casi l'abilità di assumere una prospettiva altrui è in stretta interazione con stimoli ambientali. Spradlin e Brady spiegano che un requisito necessario per ottenere una buona performance in un compito di falsa credenza è l'abilità di discriminare stimoli disponibili a se stessi da stimoli disponibili ad altri [9]. Correlata a tale problematica è la difficoltà di disregolazione percettiva comune a molti soggetti con autismo. Le difficoltà nella percezione sono, infatti, in molti casi causate dalla percezione di un sovraccarico sensoriale che non consente al soggetto di avere il focus attentivo su di sé e contemporaneamente sull'altro [10]. Tali aspetti rivestono implicazioni di tipo trattamentale poiché, al fine di lavorare sullo sviluppo della teoria della mente, è necessario, talvolta, lavorare sull'organizzazione percettiva. A tale proposito, l'esame della funzione percettiva e delle implicazioni con lo sviluppo della ToM è utile. In altri termini, bisogna individuare con

precisione cosa impedisce al soggetto autistico di prestare attenzione allo stato mentale di un'altra persona.

Schlinger nel 2009 descrive come l'abilità di etichettare (tact) lo stato mentale di un'altra persona, inteso come qualunque evento privato non osservabile, sia basato sull'osservazione diretta di stimoli ambientali che possano essere legati agli eventi privati del soggetto stesso [11].

Secondo Skinner molti stimoli che governano il comportamento sono esterni alla persona, e quindi osservabili e misurabili nell'ambiente. Altri stimoli, al contrario, hanno controllo sul comportamento di un individuo, ma non sono disponibili a tutti. Skinner definì questi ultimi eventi privati, ovvero stati mentali, desideri, emozioni e pensieri non direttamente osservabili ma presenti "sotto la pelle" dell'individuo. La comunità verbale insegna all'individuo sin da piccolo ad etichettare e descrivere (tact) i propri eventi privati (stati mentali, desideri, emozioni, pensieri), attraverso l'osservazione delle manifestazioni (eventi pubblici) correlate ad essi, senza dunque avere controllo diretto sugli stimoli privati del bambino. Questo avviene, secondo Skinner, perché spesso gli eventi privati sono accompagnati da eventi pubblici. Se ad esempio un bambino si taglia, l'adulto non sentirà il dolore ma potrà insegnare in quell'occasione ad etichettare il dolore, che è un evento privato, partendo dall'osservazione del taglio. Così come nel caso delle emozioni, se un genitore vede il bambino piangere perché il giocattolo si è rotto, potrà insegnargli ad etichettare quell'emozione di tristezza a seguito della manifestazione di pianto. In questo modo i bambini imparano ad etichettare i loro eventi privati, in termini di emozioni, stati, desideri, e di etichettare i comportamenti altrui in situazioni analoghe [12].

Ad ogni modo, però, non è sufficiente essere in grado di etichettare i propri stimoli privati, ma bisogna creare un collegamento tra il proprio vissuto privato e il comportamento altrui. La letteratura ci offre la possibilità di spiegare questo collegamento attraverso il concetto di equivalenza di stimoli [13]. Tornando all'esempio del bambino che piange perché il giocattolo è rotto, se il genitore gli insegna che è triste perché piange, più in là potrà usare la definizione "triste" per un altro bambino o persona che piange. Attraverso l'etichetta comune "triste" il bambino associa il suo evento privato relativo al sentimento di tristezza, al comportamento di tristezza di un'altra persona.

Persone con diagnosi dello Spettro Autistico sembrano avere quindi difficoltà a completare con successo compiti di falsa credenza a causa di un problema legato al controllo operante dello stimolo sulla risposta. Il bambino deve, in maniera diversa, rispondere agli stimoli a lui disponibili in quel momento rispetto a quelli disponibili al protagonista che fa ritorno [14,15].

In uno dei suoi studi, Le Blanc definì, infatti, il sapere cogliere la prospettiva altrui come la capacità di "osservare i comportamenti di un altro individuo in una determinata situazione per prevederne il futuro comportamento o rispondere in concordanza con i pensieri privati o emozioni che un altro individuo potrebbe provare in quella situazione" e quanto quest'abilità sia alla base dello sviluppo del comportamento sociale [15].

## **Procedure di insegnamento basate sui principi dell'Analisi Applicata del Comportamento**

### *Videomodeling*

Nel 2003 Le Blanc presentò uno studio basato sull'utilizzo del videomodeling e del rinforzo positivo per insegnare a tre bambini con autismo l'abilità di assumere la prospettiva altrui [15]. Furono adottati tre test valutativi della stessa abilità: Il test di Sally-Anne come pretest, per definire i dati di baseline, e come post test, durante il quale ai bambini era chiesto dove avrebbe cercato l'oggetto la marionetta che si era allontanata dalla scena; il test degli Smarties, nel quale i bambini erano tenuti a predire cosa un'altra persona avrebbe creduto esserci nella scatola di caramelle; e il gioco della caccia al tesoro, durante il quale al bambino era chiesto di predire dove l'altra persona avrebbe cercato il tesoro. Durante la fase del training al bambino era sottoposto un video di un adulto che completava il test correttamente. Il video presentava indizi visivi rilevanti e un modello spiegava la strategia da utilizzare. Lo sperimentatore metteva il video in pausa e, subito dopo aver fornito al bambino il modello di risposta corretta, poneva delle domande al bambino per valutare l'abilità di assumere la prospettiva dell'altro. A seguito dell'emissione della risposta corretta, erano erogate lode sociale, edibili preferiti, e adesivi. In caso di emissione di risposte incorrette, ai bambini era mostrato nuovamente il video e chiesto loro di prestare molta attenzione, questo era ripetuto fino alla corretta esecuzione del compito. Come risultato gli sperimentatori hanno constatato l'efficacia di questo training come forma di insegnamento per questa tipologia di compito. Sebbene i risultati mostrino l'efficacia di questa procedura di insegnamento, essa è limitata al superamento con successo di test controllati, ma non mostra nessun miglioramento in ambiente naturale. Inoltre al colloquio con i familiari questi non hanno riscontrato nessun miglioramento nella vita quotidiana.

### *Procedure di insegnamento in ambiente naturale*

Una delle componenti cruciali dell'abilità di assumere la prospettiva altrui, in una visione di tipo comportamentale, è dunque la capacità di cogliere i comportamenti pubblici e gli stimoli con i quali interagiscono gli altri per definirne i corrispettivi eventi privati. Osservare e poter descrivere il comportamento altrui è fondamentale per predire i loro comportamenti [9]. A questo punto, come precedentemente accennato, il prerequisito è la capacità di identificare gli stimoli nell'ambiente sui quali gli altri poggiano lo sguardo, ovvero in termini comportamentali, etichettare (tact) quello che gli altri vedono. Nel 2011 Gould, Tarbox, O'Hara, Noone, e Bergstrom hanno pubblicato una ricerca che mostrava l'efficacia dell'utilizzo del Multiple Exemplar Training ("Esemplari Multipli di Insegnamento", attraverso presentazioni di nuovi stimoli lungo le prove) per insegnare a bambini con autismo ad etichettare cosa gli altri possano vedere. Il materiale usato era strutturato in laboratorio attraverso l'utilizzo di un tablet raffigurante al centro il volto di un individuo rivolto o verso destra o verso sinistra e circondato, sopra, sotto, a destra e a sinistra da varie immagini. Ai

bambini era chiesto di identificare cosa il soggetto stesse vedendo e come forma di insegnamento era utilizzato un prompt most-to-least ovvero, subito dopo la domanda era indicata dall'esaminatore, con una freccia sul display, la risposta esatta. Lungo le prove lo stimolo aggiuntivo della freccia era sfumato (attraverso una procedura di fading del prompt) con lo scopo di evocare risposte indipendenti da parte del bambino [16].

Welsh, Najdowski, Strauss, Gallegos, e Fullen nel 2019 ampliarono tali risultati implementando un tipo di insegnamento simile ma in contesto naturale. Il comportamento target da insegnare riguardava l'abilità di etichettare cosa un'altra persona stesse vedendo, sentendo, assaggiando, annusando o toccando. L'insegnamento era condotto a casa dei partecipanti, in stanze diverse e coinvolgevano persone reali, le quali erano nella stanza e fungevano da distrattori. Prima di iniziare ogni tipo di trattamento era sempre eseguito un test di baseline durante il quale alle risposte del partecipante non era fornito nessun feedback, successivamente lo sperimentatore iniziava l'insegnamento. Le procedure di insegnamento implicavano l'uso del rinforzo come conseguenza alle risposte esatte (i rinforzatori erano definiti prima attraverso un assessment) e le risposte incorrette erano seguite da una procedura di correzione dell'errore su tre step: 1. veniva riformulata la domanda "I miei occhi stanno guardando x?"; 2. veniva fornito prompt esperienziale, mettendo il partecipante nella prospettiva del soggetto target; 3. veniva fornito un modello vocale esteso, fornendo la risposta giusta. I risultati hanno confermato l'efficacia del multiple exemplar training anche in ambiente naturale [17].

### *Behavioral Skills Training*

Un'altra procedura comportamentale efficace nell'insegnamento di comportamento sociale in individui con autismo è il behavioral skills training (BST), che riguarda l'uso di istruzione, modellamento, ripetizione e feedback. Bergstrom, Najdowski, Alvarado, e Tarbox hanno valutato, in una ricerca del 2016 la possibilità di utilizzare tale procedura per insegnare a bambini con autismo ad utilizzare bugie socialmente appropriate. L'insegnamento era svolto in due contesti diversi: nel primo veniva offerto al bambino un dono incartato contenente un oggetto non gradito o che già aveva e gli veniva chiesto cosa ne pensasse; nel secondo setting, un adulto che indossava qualcosa che era risaputo non piacere al bambino gli chiedeva la sua opinione. Per iniziare venivano insegnate delle regole: ai soggetti veniva spiegato che ricevere un regalo è un gesto di cortesia al quale è opportuno rispondere "grazie, mi piace" e che dire ad una persona che indossa un indumento brutto è scortese e può ferire i suoi sentimenti, quindi la risposta appropriata da dare è "mi piace", "sì, è carino". Successivamente essi avevano la possibilità di simulare attraverso il gioco di ruolo e, laddove necessario, venivano dati feedback correttivi. Durante l'insegnamento venivano consegnati dei punti ai partecipanti come conseguenza alle loro risposte: tre punti, se mentivano con tono sincero, due, se esprimevano approvazione solo con il sorriso, uno se mentivano ma con tono non sincero e senza sorridere. Se il bambino non emetteva nessuna risposta il terapeuta ricordava la regola e forniva il modello

della risposta (sorrìdi e dici qualcosa di carino tipo “wow bellissimo”). Se le risposte non potevano essere valutate con un punteggio tre, il terapeuta forniva feedback correttivi spiegando cosa mancasse nella risposta. Il training terminava quando i bambini fornivano risposte appropriate in maniera stabile a più soggetti e con diversi oggetti per agevolarne la generalizzazione [18].

Successivamente, in uno studio del 2018, Naydowski e colleghi hanno valutato l'efficacia dell'utilizzo del Behavioral Skills Training nell'insegnare a bambini con autismo a riconoscere e rispondere in maniera appropriata alle preferenze altrui durante il gioco. È stato utilizzato un multiple-exemplar training package, ovvero un insieme integrato di procedure comportamentali, basato sul fornire una regola, somministrare domande riguardanti le preferenze dell'altro durante il gioco, simulazioni, feedback e strategie di prompting (suggerendo al partecipante la risposta corretta quando non emessa o quando emessa una risposta incorretta). L'insegnamento era articolato in due parti: inizialmente veniva insegnato ai bambini a partecipare al gioco del compagno ed etichettare la sua reazione al gioco in base a degli indicatori di interesse o disinteresse; successivamente ai partecipanti veniva insegnato a rispondere a tali indicatori di preferenza durante un gioco simulato scegliendo quale gioco offrire al compagno coerentemente con la sua preferenza. Quando i dati di acquisizione erano stabili veniva programmata una fase di sfumatura (fading) delle varie componenti di insegnamento e valutato il comportamento in ambiente naturale [19]. Questo tipo di abilità può rientrare nella più ampia capacità di assumere la prospettiva altrui e può essere estesa ad altre attività che implicano l'importanza di saper individuare la preferenza dell'altro all'interno di un'interazione sociale.

### **Ipotesi metodologica**

I partecipanti reclutati per questi studi erano tutti bambini con Diagnosi dello Spettro Autistico di età compresa tra quattro e i tredici anni. Tutti avevano buone capacità di fare richieste, etichettare, e comunicare con brevi frasi. Nello studio di Welsh, Najdowski, Strauss, Gallegos, e Fullen i partecipanti erano tutti performanti ai tre livelli del VB-MAPP ed erano in grado di etichettare items attraverso i sensi e in quello di Bergstrom, Najdowski, Alvarado, e Tarbox erano in grado di imparare attraverso il role-play.

La complessità dei dati che emerge dalla letteratura scientifica, così come sottolinea la Linea Guida 21 [20], rappresenta che gli interventi comprensivi e precoci basati sui principi dell'Analisi Applicata del Comportamento sono fortemente efficaci per il trattamento dei disturbi dello spettro autistico. Tali principi, basati su una metodologia scientificamente fondata, non sono esclusivi per soggetti autistici e sono applicabili a tutte le fasce di età, poiché, da un punto di vista comportamentale. I principi operanti alla base dell'apprendimento non cambiano in funzione all'età cronologica. Contrariamente sono i bisogni dei soggetti e le aspettative sociali ad essere destinati al mutamento. Quando un bambino matura in un adolescente, e successivamente in un adulto, le abilità specifiche funzionali da insegnare cambiano ma le procedure operazionali usate restano le stesse. È ipotizzabile, dunque, la possibilità di estendere

le procedure esaminate in questo lavoro anche ad altre fasce d'età. Ad ogni fascia d'età cronologica i principi operanti di base, come il rinforzo, i programmi che derivano da procedure operazionali specifiche basate sull'evidenza scientifica (task analysis, most-to-least prompting, token economy) e pacchetti di trattamento integrati ritenuti supportati dalla ricerca rimangono, infatti, efficaci [21]. Nella fase di assessment per il trattamento di un soggetto autistico adulto è prioritario, dunque, prestare peculiare attenzione ai bisogni e, di conseguenza, ai rinforzatori.

### *Valutazione dei bisogni*

Le preferenze e i bisogni di un individuo possono variare in base all'età, agli interessi, al momento della giornata, alle interazioni sociali, e alla presenza di un'operazione motivante [22].

Prima di implementare qualsiasi tipo di procedura di insegnamento è necessario effettuare una valutazione delle preferenze dell'individuo. Di seguito viene proposta un protocollo valutativo delle preferenze dei soggetti adulti autistici con il fine di poter insegnare loro strategie per lo sviluppo della teoria della mente.

In prima analisi un ampio ventaglio di informazioni circa le preferenze del soggetto possono essere reperite dalla somministrazione di un questionario alle figure di riferimento, ovvero i familiari, i compagni, i caregivers, i terapeuti e anche, qualora ne avesse le competenze, al soggetto stesso. Utilizzando come punto di riferimento il Reinforcer Assessment for Individuals with Severe Disabilities [23], è necessario che il questionario, articolato in domande a risposta aperte, sia utile ad indagare diverse caratteristiche degli stimoli preferiti, categorizzandoli in diverse domini. In questo modo coloro che risponderanno alle domande potranno identificare un elenco di preferenze tra stimoli uditivi (ad. es. musica, o genere musicale), stimoli olfattivi, stimoli visivi, stimoli tattili, stimoli edibili, e stimoli della sfera sociale. Inoltre, potranno indicare un ordine di preferenza e se alcuni degli stimoli elencati possano essere salienti se offerti come conseguenza e sotto quali condizioni.

Al termine di questa fase valutativa, l'operatore avrà a sua disposizione un elenco di potenziali rinforzatori e informazioni circa la sfera o le sfere sensoriali e sociali di gradimento per il soggetto per poter valutare ulteriori stimoli e ampliare i suoi interessi.

A questo punto della valutazione è utile eseguire un'osservazione in condizione di operante libero programmata con registrazione di tipo comportamentale per poter raccogliere maggiore veridicità delle preferenze. Durante questo tipo di osservazione è fondamentale registrare quali attività l'individuo sceglie in una condizione in cui ha libero accesso a diversi stimoli e attività senza alcuna restrizione. Viene definita, in questo caso, programmata perché l'osservatore ha la possibilità di arricchire l'ambiente con quegli stimoli che sono stati identificati durante la valutazione precedente con l'uso del questionario. È utile programmare almeno 5 sessioni di osservazione per una durata di 2 ore eseguite da 2 osservatori indipendenti i quali sono tenuti a registrare la durata totale, dunque cumulativa, di tempo che il soggetto spende in interazione con ogni stimolo. Con lo scopo di rendere sistematica e accurata

l'osservazione e dunque aumentare la concordanza tra gli osservatori, deve essere definita la topografia della risposta di interazione e la sua durata, che ha inizio quando il soggetto emette qualsiasi forma di movimento o approccio in direzione dello stimolo (es. sguardo, allungare la mano, salutare), manipola lo stimolo, fino all'allontanamento fisico da esso. La concordanza tra gli osservatori può essere calcolata per ogni stimolo dividendo la durata di interazione minore con la durata di interazione maggiore e moltiplicare per 100. La concordanza è raggiunta per valori maggiori al 90% e in caso di percentuali inferiori è necessario definire nuovamente la topografia di risposta da misurare. Ottenuta la durata media di tempo che il soggetto impegna nell'interagire con ogni stimolo nelle 5 sessioni, si otterrà una gerarchia di preferenze. Gli stimoli che vengono utilizzati per almeno il 75% del tempo verranno catalogati ad alta preferenza, quelli manipolati per il 50%-75% del tempo a media preferenza e quelli in percentuali più basse a bassa preferenza.

Gli stimoli che possono rientrare tra le preferenze di un soggetto non è detto che fungano necessariamente da rinforzatori, e che rientrino sempre e sotto qualsiasi circostanza tra le sue preferenze. È dunque necessario valutare se tali preferenze abbiano la funzione di rinforzo ovvero se, erogate come conseguenza di un comportamento target, abbiano la capacità di aumentare la probabilità futura che quel comportamento si verifichi sotto le stesse condizioni.

De Leon e colleghi [24], in uno studio del 1999 conclusero che “la durata con la quale i soggetti sono in contatto con alcuni items è un buon indice del valore rinforzante dello stimolo”, dunque gli stimoli che vengono catalogati come stimoli ad alta preferenza, quindi che vengono utilizzati per la maggior parte del tempo possono essere definiti stimoli di valore per il soggetto.

Dopo aver valutato le preferenze, bisogna tener conto che la motivazione operante, che aumenta il valore di uno stimolo, può variare in base ai contesti ed al processo di sazietà. È pertanto necessario programmare una valutazione dei rinforzatori in maniera sistematica nel tempo.

### *Strategie per sviluppare una teoria della mente in età adulta*

Sebbene molti soggetti con autismo hanno difficoltà nello sviluppare una cognizione sociale, non è detto che l'attenzione e l'interazione sociale non sia per loro una fonte di rinforzo. Molti sono gli adulti e gli adolescenti, ma anche bambini, che mostrano avere la necessità di intrattenere relazioni con i loro pari ma le loro difficoltà nell'inferire stati mentali e intenzioni altrui diventano un ostacolo per la fluidità della relazione. In questo caso procedure appena descritte di behavioral skills training potrebbero essere efficaci se inserite in una catena comportamentale in cui il rinforzatore ultimo sarebbe mantenere l'attenzione dell'altro su di sé o sull'attività svolta insieme (fare giochi in cui è necessaria la partecipazione di un altro, mantenere una relazione di tipo sentimentale con il partner, intrattenere una conversazione con una persona di valore per il soggetto). In questi casi, non è necessario utilizzare un rinforzatore estrinseco perché il rinforzatore è intrinseco all'attività sociale. Essere abili ad utilizzare alcuni aspetti della teoria della mente, come ad esempio saper raccontare

bugie bianche per non ferire i sentimenti dell'altro, mettersi nei panni altrui, cogliere il sarcasmo, può avvenire, in questo caso attraverso un'operazione motivante transitiva condizionata. L'operazione motivante transitiva è una variabile ambientale antecedente al comportamento la quale attribuisce valore di rinforzatore ad uno stimolo in quanto quest'ultimo ha la funzione di completare il processo comportamentale e dunque di accedere al rinforzatore [25]. Ad esempio, se il soggetto è interessato a mantenere una conversazione interessante con un coetaneo, gli si può insegnare a chiedere al compagno *“Ti interessa ciò che sto dicendo? Cosa ne pensi di ciò che sto dicendo?”* Una risposta che denota interesse da parte del compagno rappresenta un rinforzatore per il prosieguo e per il modellamento della conversazione. Il soggetto, attraverso il feedback sociale, apprende direttamente dall'esperienza. Se egli desidera mantenere una relazione sociale, il non riuscire a cogliere il sarcasmo, oppure essere troppo onesti e diretti in una relazione (*“ti trovo ingrassata”*), può interrompere la comunicazione con l'altro. Questa interruzione è la condizione che rende le abilità che sottostanno alla teoria della mente di valore per il soggetto, il quale sarebbe più motivato ad eseguire l'insegnamento.

Quando l'attenzione sociale dell'altro non è di valore per l'adulto con autismo, al fine di lavorare per lo sviluppo della teoria della mente e delle abilità ad essa sottese, bisogna individuare attraverso una valutazione dei rinforzatori, quali sono gli stimoli più rinforzanti per il soggetto. Ciò risulta particolarmente importante nel momento in cui emerge la necessità di inserimento in una comunità e nel mondo del lavoro.

Soggetti adulti con autismo inseriti nel mondo del lavoro, soprattutto per quelle mansioni a contatto con il pubblico (cameriere, commesso, e molti altri) spesso possono trovarsi in difficoltà a causa della carente teoria della mente. Basti pensare ad una commessa che con sincerità dica ad una cliente che la maglia le sta male, ad un cameriere che sconsiglia alcuni piatti, ad un cuoco che ha difficoltà a cogliere se i suoi clienti hanno gradito i suoi piatti. Sono infiniti gli esempi che potremmo elencare per mostrare l'importanza di alcune delle componenti della teoria della mente in contesti lavorativi e quotidiani. In tutti questi casi l'utilizzo di un Behavioral Skills Training appare la soluzione migliore, per offrire al soggetto la possibilità di simulare una condizione lavorativa e ricevere indicazioni e feedback rispetto al suo comportamento. In questi casi anche l'utilizzo di una Token Economy per rinforzare risposte appropriate può rivelarsi molto utile. La Token Economy è uno strumento di facile utilizzo e fondamentale quando l'insegnamento ricevuto viene generalizzato a contesti naturali. Mediante questa procedura si attribuisce una conseguenza positiva alle risposte corrette del soggetto e dunque si aumenta la possibilità che emetta risposte appropriate in futuro. L'utilizzo di tokens (gettoni) come rinforzatore condizionato generalizzato ha molti vantaggi: può essere utilizzato in qualsiasi contesto; dà al soggetto la possibilità di visionare con consapevolezza l'andamento del suo apprendimento; mantiene la motivazione sempre alta perché completata la token board, il soggetto può avere accesso a ciò che desidera in quel momento, evitando così l'effetto della saturazione; dà, inoltre, la possibilità di rinforzare sequenze di risposte senza interrompere l'attività che si sta svolgendo [26].

Ad ogni modo anche con l'utilizzo del rinforzo attraverso la consegna di token è necessario programmare una procedura di fading del rinforzo (sfumarne la consegna) e mantenimento, attraverso un rinforzo intermittente, affinché le risposte del soggetto possano essere emesse e mantenute nel tempo sotto il controllo di variabili ambientali naturali [27].

### **Conclusioni**

In conclusione, i risultati emersi dall'analisi della letteratura mostrano che i principi di base dell'Aba utilizzati nell'insegnamento di alcuni aspetti della teoria della mente sono efficaci con individui con diagnosi dello spettro autistico. I dati raccolti mostrano gli effetti significativi di procedure di insegnamento applicate soprattutto a fasce d'età comprese tra i 4-13 anni. Anche se molti aspetti della teoria della mente ancora non sono stati indagati, i risultati finora ottenuti, mostrano che gli interventi comportamentali, applicati a fasce d'età anche superiori, offrono una possibilità evidence-based di miglioramento e cambiamento della qualità di vita di giovani e adulti con diagnosi dello spettro autistico. Le tecniche e le procedure utilizzate per l'infanzia appaiono efficaci anche per le altre fasce d'età. In letteratura sono scarsi, nonostante ciò, gli studi che hanno esaminato lo sviluppo della teoria della mente in adulti con autismo. Per questa ragione, la scrivente auspica, che per il trattamento dell'autismo adulto vengano definiti piani di ricerca finalizzati all'analisi del funzionamento della teoria della mente mediante l'indagine dei rinforzatori per questa fascia di età. Il focus dovrebbe essere incentrato in modo particolare sugli specifici bisogni dei soggetti autistici adulti piuttosto che sugli aspetti metodologici-procedurali.

## BIBLIOGRAFIA

1. Premack, D., & Woodruff, G. (1978). Does the chimpanzee have a theory of mind?. *Behavioral and brain sciences*, 1(4), 515-526.
2. Attwood, T. & Moscone, D. et al. (2017). *Guida Completa alla Sindrome di Asperger*. Milano: Edra S.p.a.
3. Westby, C., & Robinson, L. (2014). A developmental perspective for promoting theory of mind. *Topics in language disorders*, 34(4), 362-382.
4. Wellman, H. M., & Liu, D. (2004). Scaling of theory-of-mind tasks. *Child development*, 75(2), 523-541.
5. Baron-Cohen, S., (2001). Theory of Mind in normal development and autism. *Prisme*, 34, 174-183.
6. Baron-Cohen, S., Lesli, A. M., e Frith, U. (1985). Does the autistic child have a theory of mind? *Cognition*, 21, 37-46.
7. Kimbi, Y. (2014). Theory of mind abilities and deficits in autism spectrum disorders. *Topics in Language Disorder*, 34(4), 329-343.
8. Scheeren, A. M., de Rosnay, M., Koot, H. M., Begeer, S. (2013). Rethinking theory of mind in high-functioning autism spectrum disorder. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 54:6, pp 628-635. DOI: 10.1111/jcpp.12007
9. Spradlin, J. E., & Brady, N. (2008). A behavior analytic interpretation of theory of mind. *International journal of psychology and psychological therapy*, 8(3), 335.
10. Bogdashina, O. (2013). *Autismo e spiritualità*. Roma: Giovanni Fioriti Editore (2016).
11. Schlinger, H. D. (2009). Theory of mind: An overview and behavioral perspective. *The Psychological Record*, 59(3), 435-448.
12. Skinner, B. F. (1957). *Verbal Behavior*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
13. Sidman, M. (2009). Equivalence relations and behavior: an introductory tutorial. *The Analysis of Verbal Behavior*, 25(1), 5-17.
14. Spradlin, J. E., & Brady, N. C. (1999). Early childhood autism and stimulus control. *Autism: Behavior analytic perspectives*, 49-65.
15. LeBlanc, L.A., Coates, A. M., Daneshvar, S., Charlop-Christy, M. H., Morris, C., e Lancaster, B. M. (2003). Using video modeling and reinforcement to reach perspective-taking skills to children with autism. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 36, 253-257.
16. Gould, E., Tarbox, J., O'Hora, D., Noone, S., e Bergstrom, R. (2011). Teaching children with autism a basic component skill of perspective-taking. *Behavioral Interventions*, 26, 50-66.
17. Welsh, F., Najdowski, A. C., Strauss, D., Gallegos, L., Fullen, J. A. (2019). Teaching a perspective-taking component skill to children with autism in the natural environment. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 52, 439-450.
18. Bergstrom, R., Najdowski, A. C., (2016). teaching children with autism to tell socially appropriate lies. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 49, 405-410.
19. Najdowski, A. C., Clair, M. St., Fullen, J. A., Child, A., Persicke, A., Tarbox, J. (2018). Teaching children with autism to identify and respond appropriately to the preferences of others during play. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 9999, 1-9.
20. Ministero della Salute (2011), *Linea Guida Nazionale 21: Il trattamento dei disturbi dello spettro autistico nei bambini e negli adolescenti*, [http://www.snlg-iss.it/lgn\\_disturbi\\_spettro\\_autistico](http://www.snlg-iss.it/lgn_disturbi_spettro_autistico).
21. Ivy, J. W., & Schreck, K. A. (2016). The efficacy of ABA for individuals with autism across the lifespan. *Current Developmental Disorders Reports*, 3(1), 57-66.
22. Gottschalk, J. M., Libby, M. E., & Graff, R. B. (2000). The effects of establishing operations on preference assessment outcomes. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 33(1), 85-88.
23. Fisher, W. W., Piazza, C. C., Bowman, L. G., & Amari, A. (1996). Integrating caregiver report with a systematic choice assessment to enhance reinforcer identification. *American Journal on Mental Retardation*, 101, 15-25.

24. DeLeon, I. G., Iwata, B. A., Conners, J., & Wallace, M. D. (1999). Examination of ambiguous stimulus preferences with duration-based measures. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 32(1), 111-114.
25. Cooper, J. O., Heron, T. M., Heward, W. L. (2006). *Applied Behavior Analysis* (second ed.). Edinburgh Gate: Pearson Education Limited.
26. Kazdin, A. E., Bootzin, R. R., (1972). The Token Economy: an evaluative review. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 5, 343-372.
27. Kazdin, A. E., Polster, R. (1973). Intermittent Token Reinforcement and Response Maintenance Extinction. *Behavior Therapy*, 4, 386-391.

ARTICOLO DI OPINIONE

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

Maria Rosaria Cappiello<sup>1</sup>

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



## Citation

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

## Direttore scientifico

Raffaele Sperandeo

## Supervisore scientifico

Valeria Cioffi

## Journal manager

Enrico Moretto

## Contatta l'autore

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

**Ricevuto:** 28 giugno 2021

**Accettato:** 29 settembre 2021

**Publicato:** 30 settembre 2021

## ABSTRACT

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

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

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

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

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

## KEYWORDS

Autism, prognosis, family.

## ABSTRACT IN ITALIANO

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

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

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

## PAROLE CHIAVE

Autismo, prognosi, famiglia.



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

## 1. Introduzione

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

Gli indicatori prognostici facilitanti il buon esito del trattamento sono:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

#### *4.1 Sessioni BST*

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

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

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

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

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

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

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

#### *4.2 Sessioni di esperienza*

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

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

#### *4.3 Sessioni di scelta*

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Nella procedura MTL la gerarchia dei prompt consisteva nel fornire:

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

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

## Conclusioni

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## BIBLIOGRAFIA

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

ARTICOLO DI OPINIONE

# L'approccio sistemico relazionale e la presa in carico della famiglia del soggetto autistico

Rosa Annunziata<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Villa delle Ginestre, Centro di riabilitazione, Volla, Napoli, Italia



## Citation

Annunziata R. (2021).  
L'approccio sistemico relazionale  
e la presa in carico della famiglia  
del soggetto autistico  
Phenomena Journal, 3, 93-100.  
<https://doi.org/10.32069/pj.2021.2.130>

## Direttore scientifico

Raffaele Sperandeo

## Supervisore scientifico

Valeria Cioffi

## Journal manager

Enrico Moretto

## Contatta l'autore

Rosa Annunziata  
[annunziatarosa1974@alice.it](mailto:annunziatarosa1974@alice.it)

**Ricevuto:** 9 giugno 2021

**Accettato:** 8 novembre 2021

**Publicato:** 8 novembre 2021

## ABSTRACT

Studies on autism have shown that the most functional approach to the rehabilitation of dysfunctional behaviors is the Applied Behavior Analysis (ABA) method. However, clinical evidence shows that an approach that is not limited to changing the attitudes of the autistic subject, but extends the field of care also to the family of the autistic subject, provides better results for the physical, social and mental well-being of the entire system considered. The systemic relational approach moves in this direction, shifting the focus from the subject suffering from autism to the entire family unit in which the person with autism moves. The basic assumption is that all members of the system considered are interconnected, so that changing a part of it produces change throughout the system. In this perspective, a diagnosis of autism, from the moment it is carried out, causes a crisis that generates disorientation, confusion, fear, pain. The systemic approach, taking care of the family, even in the absence of the pathological subject, works on the reception of these emotional states, proposing functional psycho-educational models. The disorientation resulting from diagnosis is also characterized by the fear of not being adequate as parents, of not being able to respond to the new needs that this condition entails. This state of affairs could result in couple conflicts; excessive shift of family attention to the autistic subject at the expense of other family members. In addition, observation of families with autistic subjects has shown that these systems tend to implement repetitive and rigid behavioral strategies.

## PAROLE CHIAVE

Autism Spectrum Disorder, Systemic Family Therapy, Applied Behavior Analysis, ABA.

## ABSTRACT IN ITALIANO

Gli studi sull'autismo hanno dimostrato che l'approccio più funzionale alla riabilitazione dei comportamenti disfunzionali sia costituito dal metodo Applied Behavioral Analysis (ABA). L'evidenza clinica mostra come un approccio che non si limiti alla modifica degli atteggiamenti del soggetto autistico, ma che estenda il campo della presa in carico anche alla sua famiglia dia risultati migliori per il benessere fisico, sociale e psichico dell'intero sistema considerato. L'approccio sistemico relazionale si muove in questa direzione, spostando l'attenzione dal soggetto affetto da autismo all'intero nucleo familiare in cui si muove la persona affetta da autismo. L'assunto di base è che tutti i membri del sistema considerato siano interconnessi, per cui, il cambiamento di una parte di esso produce cambiamento in tutto il sistema. In questa ottica, una diagnosi di autismo, dal momento in cui viene effettuata, provoca una crisi che genera disorientamento, confusione, paura, dolore. L'approccio sistemico, prendendo in carico la famiglia, anche in assenza del soggetto patologico, lavora sull'accoglienza di questi stati emotivi, proponendo modelli psicoeducativi funzionali. Il disorientamento conseguente alla diagnosi, si caratterizza anche nella paura di non essere adeguati come genitori, di non essere in grado di rispondere alle esigenze nuove che tale condizione comporta. Questo stato di cose si potrebbe tradurre in conflitti di coppia; eccessivo spostamento dell'attenzione familiare verso il soggetto autistico a discapito degli altri membri della famiglia. Inoltre, l'osservazione delle famiglie con soggetti autistici ha evidenziato che questi sistemi tendono a mettere in atto strategie comportamentali ripetitive e rigide.

## PAROLE CHIAVE

Disturbo dello Spettro Autistico, Terapia Sistemico Familiare, Analisi Applicata del Comportamento, ABA.



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

## 1. Introduzione

Nella sala d'attesa del centro di riabilitazione ci sono molte persone, c'è un gran vociare di genitori che aspettano che i propri figli terminino i trattamenti riabilitativi speranzosi che un'altra terapia abbia aggiunto ulteriori miglioramenti alle loro difficoltà; ci sono bambini che giocano, si rincorrono, si cercano per inventare nuovi giochi insieme ai propri pari.

Tra tanti c'è Francesco, circa 4 anni, esile, pallido in volto, capelli un po' lunghi e aspetto trasandato. Lui non cerca gli altri bambini, saltella avanti e indietro, muovendo ritmicamente le braccia quasi volesse volare, ogni tanto si dà un pugno in faccia e ha lo sguardo perso nel vuoto.

Il suo sguardo non è rivolto verso niente in particolare, sembrano occhi di vetro, spenti, senza né passione né paura: dietro allo sguardo di Francesco traspare solo tanta solitudine. Gli altri bambini lo osservano, qualcuno prova ad imitarlo e a coinvolgerlo, ma Francesco non vuole essere coinvolto e reagisce a queste sollecitazioni con atteggiamenti di fastidio: spintoni, urla e comportamenti di evitamento. Accompanya i suoi movimenti con piccole grida somiglianti ad una sorta di nitrito; il suo linguaggio non è sviluppato e queste vocalizzazioni sono gli unici suoni che emette. Francesco è un bambino con una diagnosi di spettro autistico medio grave.

Oggi Francesco è inserito in trattamenti di logopedia, neuropsicomotricità e, insieme alla sua famiglia, in un processo di psicoterapia familiare a cadenza settimanale.

## 2. L'autismo nell'ottica della terapia sistemica

La terapia sistemico relazionale pur accettando la natura organica dell'autismo, propone uno spostamento dell'attenzione dal soggetto autistico alla famiglia in ordine trigerazionale [1] [2].

Le basi della terapia relazionale si possono trovare nella pragmatica della comunicazione e nella teoria dei sistemi che considera i membri di uno stesso sistema nella loro totalità tra loro interconnessi, tendenti al mantenimento di un equilibrio dinamico per cui, le azioni di ciascuno sono in grado di influenzare le azioni degli altri [3] [4]. Propone, pertanto, un trattamento che abbia obiettivi psico-pedagogici al fine di modificare le dinamiche disfunzionali e agevolare il cambiamento in vista di una maggiore accettazione, serenità e acquisizione di una propria individuazione [5].

Alcune tecniche utilizzate nella terapia sistemica sono:

*Genograma familiare (G.F.):* è una rappresentazione grafica della famiglia nella sua dimensione trigerazionale attraverso l'utilizzo di specifici simboli. In esso vengono evidenziate le relazioni esistenti, i conflitti, i miti familiari, somiglianze e differenze, ecc. Durante la sua stesura, i pazienti raccontano le proprie storie, ricordano e rivivono esperienze, comprendono i ruoli di alcuni membri della famiglia, danno significato a eventi e persone. Per questa ragione il G.F. è usato sia a scopo diagnostico che terapeutico. Il G.F. può essere sia grafico che fotografico attuato, cioè, grazie alla ricerca di circa 30 foto che descrivono la storia della famiglia. È preferibile usare il G. F. in una fase iniziale del trattamento [6] [7] [8].

*Fotografie:* l'indagine attraverso le foto, consiste nel richiedere ai pazienti di fare una ricerca di una quindicina di fotografie che rappresentano momenti significativi per la famiglia. Le foto sono accompagnate da un revival storico e emotivo dei momenti che si sceglie di mostrare. Le immagini, valicando l'aspetto verbale e cognitivo, permettono l'affiorare di emozioni sopite. Il forte potere simbolico- evocativo elicitato dalle foto, crea esso stesso una storia nella narrazione. La ricerca e la decisione di quali foto esporre crea uno spazio condiviso tra i ricercatori che consente di ripercorrere insieme momenti particolari e le modalità in cui sono stati affrontati [9].

*Lettera alla famiglia:* consiste nella richiesta di scrivere di getto una lettera alla propria famiglia. La lettera sarà letta in seduta. Questa tecnica permette di comprendere il posto che ognuno assume nella famiglia, come si percepisce, le aspettative che ha, ecc. [9].

*Blasone (o stemma) familiare.* Il lavoro consiste nel fare disegnare dalla persona il suo stemma familiare illustrando una visione di sé stessa, del passato, del presente e del futuro. Il disegno impegna la parte analogica del cervello e permette di entrare maggiormente in contatto con l'inconscio collettivo familiare. Il disegno deve evidenziare gli aspetti negativi, le risorse, le aspettative future e il proprio ruolo nella famiglia. È un esercizio analogico che permette di meglio comprendere, i segreti familiari, i miti della famiglia e della persona e le possibilità di cambiamento per il futuro [10].

La scelta di utilizzare uno strumento piuttosto che un altro dipende dalla fase del processo terapeutico e dalla condizione emotiva che si esprime in un dato momento [11] [12].

#### **4. La mia esperienza**

Lavoro presso un centro di riabilitazione, dove la richiesta di una psicoterapia familiare non è quasi mai fatta volontariamente dai genitori. Molto spesso, le famiglie si trovano coinvolti in un processo di psicoterapia previa prescrizione del neuropsichiatra infantile dell'ASL di appartenenza.

Il primo incontro, pertanto, è caratterizzato da sentimenti ambivalenti: da un lato la curiosità, il bisogno di comprendere le ragioni di tale prescrizione, l'urgenza di vomitare i contenuti emotivi e la necessità di un supporto psico-educativo; dall'altra, un senso di piena sfiducia dettato dalla paura di essere valutati e/o giudicati come genitori [13] [14].

Per ovviare a tali convinzioni e per sminuire l'ansia, dedico la prima parte del colloquio ad una fase di joining interessandomi alla "parte sana della famiglia": occupazione dei genitori, costituzione della famiglia, hobby, interessi, ecc. Questa strategia, permette il diffondersi di un'atmosfera più distesa, necessaria per un'apertura più serena e di far passare il messaggio che il coinvolgimento è indirizzato a tutte le persone del nucleo familiare e non soltanto agli aspetti patologici. Generalmente, al primo incontro, chiedo la presenza dei soli genitori per ottenere informazioni anamnestiche; nelle sedute successive chiedo l'intervento dell'intera famiglia per osservare l'intero

nucleo e le dinamiche relazionali [15].

Propongo un abbozzo di piano terapeutico che descriva genericamente gli obiettivi da seguire e le modalità con cui perseguirli. Spiego la necessità di modificare alcuni aspetti relazionali, comunicativi ed educativi per favorire la rimozione di alcuni atteggiamenti manifestati dal figlio autistico per renderlo quanto più autonomo possibile e sottolineo la condizione di non temporaneità dell'autismo, spiegando che è possibile modificare degli atteggiamenti, ma che una struttura autistica rimarrà tale tutta la vita.

La diagnosi di spettro autistico cade, in una famiglia, come un fulmine a ciel sereno. L'osservazione della diversità del proprio figlio attiva una ricerca di specialisti nella speranza che qualcuno o si sia sbagliato o abbia "la cura" giusta per risolvere quanto prima il problema. Non è insolito, infatti, credere che l'autismo sia una malattia transitoria e risolvibile. Il ricorso a consigli familiari spesso procrastina le attese, riconducendo le stranezze osservate a un normale ritardo della crescita. La famiglia allargata, che di solito dovrebbe avere funzione di sostegno, si rivela essere un'entità giudicante, che rimprovera i genitori di inadeguatezza, responsabile delle difficoltà osservate. Quest'attribuzione esacerba i sentimenti di colpa, di tristezza e di incapacità in cui versano la maggior parte dei genitori di bambini autistici.

Questa diagnosi spaventa, disorienta, si assiste così, ad un processo che va dall'attribuzione di colpe e alla ricerca di eventuali errori commessi, fino ad uno stato depressivo. Pensare che la "malattia" possa essere la conseguenza di qualche errore, dà la speranza che eliminando l'errore, venga eliminato anche il disturbo. Acquisire la consapevolezza che l'autismo non è una condizione che può essere eliminata, fa cadere nello sconforto.

Cambia l'ordine delle cose in famiglia: uno dei due genitori (di solito la madre) si vede costretto/a ad abbandonare il lavoro per seguire il bambino, la coppia tende a disgregarsi come conseguenza dello spostamento dell'attenzione dal coniuge al bambino, cambiano le disposizioni e i ruoli familiari. Osservo spesso come i genitori smettano di dormire nello stesso letto, poiché: "per far dormire il bambino autistico" gli si permette di restare nel lettone [16].

Man mano che proseguono gli incontri, dopo un primo momento durante il quale le famiglie cercano di evidenziare il lato migliore della famiglia, emergono anche le dinamiche problematiche, affiorano i sentimenti negativi di fronte all'evidenza di un bambino diverso. L'attesa di un figlio è uno dei momenti più creativi e progettuali della famiglia: si fantasma il bambino che deve nascere, si sceglie il nome, lo si immagina nella sua crescita. Si crea la rappresentazione di un bambino ideale al quale verrà poi spesso confrontato il bambino reale. Da questo confronto il bambino reale, soprattutto se con problemi, ne uscirà inevitabilmente sconfitto. C'è la tendenza a catalizzare l'attenzione sul bambino autistico: le continue spese sanitarie alla ricerca di specialisti che millantano strategie particolarmente funzionanti, le preoccupazioni per l'inserimento nella scuola, nel mondo del lavoro e, la più grande delle angosce, le angustie che la vita gli riserverà quando e se, non ci sarà più nessuno ad occuparsi di lui. Va, a tal proposito, menzionata la condizione dei fratelli e delle sorelle, spesso

descritti come indipendenti e capaci di cavarsela da soli, bravi a scuola ed educati. I colloqui con i fratelli e/o le sorelle degli autistici, evidenziano come questi debbano imparare a gestire autonomamente le proprie necessità, come se non avessero la possibilità di esprimere sé stessi per timore di appesantire ulteriormente la famiglia. In questo caso la fratria si trova nella condizione obbligatoria di non poter essere fonte di problemi, dove l'unico modo per essere visti è nella loro perfezione poiché qualsiasi debolezza sarebbe irrisoria paragonata a quella dell'autistico. Fratria abbandonata a sé stessa in un crescendo di solitudine che potrebbe trovare, in fasi evolutive più avanzate, forme espressive non sempre adattive o socialmente accettate [17]. Un lavoro psicoterapeutico deve porre l'attenzione su queste dinamiche, proponendo un modello relazionale che attenzi tutti in misura equilibrata.

Si crea cioè uno stile relazionale esso stesso autistico, con schemi comportamentali ripetitivi e schematizzati, allo scopo di controllare quanto più possibile le crisi del bambino autistico. Anche il gioco perde la funzione relazionale, di spazio condiviso, di momento di divertimento e di crescita. Diventa così un momento riabilitativo, pensato ed attuato per lavorare al potenziamento di talune abilità, dimentichi che di fronte si ha soltanto un bambino piccolo che avrebbe bisogno che qualcuno, per un solo istante, abbandonasse la convinzione che è un bambino speciale e lo trattasse semplicemente da bambino [18]. Queste famiglie perdono i contatti sociali a causa della paura delle critiche delle persone di fronte alle stereotipie dei bambini, anche fare la spesa diventa una fatica immane che comporta un'organizzazione preordinata.

Mi capita spesso di osservare come le madri dei bambini autistici siano poco contenitive, sia fisicamente che emotivamente, incontro spesso madri stanche, impoverite, incapaci di gestire le frustrazioni del figlio autistico. La teoria psicoanalitica attribuiva l'autismo ad una mancanza di relazione sufficientemente buona con la madre nei primissimi mesi di vita. Questa anaffettività creava un clima di angoscia e una mancanza di rispecchiamento necessario per uno sviluppo psico-fisico adeguato [19]. Di fronte a tale osservazione mi chiedo spesso chi sia causa di cosa: è il comportamento distaccato della madre ad essere responsabile di alcuni tratti del figlio autistico, o è la mancanza di feedback del figlio a creare una distanza emotiva della madre?

La teoria sistemica considera la relazione come un momento circolare a cui ad ogni azione corrisponde una retroazione. Essere genitori è una condizione che si sperimenta e si impara giorno dopo giorno dalle azioni commesse, osservando le reazioni e all'occorrenza correggendo il passo.

Ciò che conferma la genitorialità, rinforzandola, sono le continue risposte che il bambino dà. Una madre alla cui stimolazione non ottiene nessun feedback, forse col tempo smetterà di usare il maternage per spostare la propria attenzione alla soddisfazione dei soli bisogni biologici.

La fatica più grande che un genitore di un bambino autistico fa riguarda la capacità di accettare il bambino così come è, con le sue difficoltà, le sue stereotipie, la sua incapacità di comunicare. Questo è un momento molto doloroso, che richiede che il bambino fantasticato venga lasciato. Ma abbandonare questo fantasma comporta un percorso travagliato, dove bisogna mettere in gioco i propri sentimenti e le proprie

emozioni più cupe, talvolta ripercorrendo la propria infanzia, le proprie difficoltà, i conflitti irrisolti ecc. [20]. Per ottimizzare questo percorso è necessario far comprendere a tutta la famiglia che non c'è un responsabile, e tutti gli errori commessi potrebbero essere iscritti in un registro di una normale genitorialità, perché un genitore dovrebbe essere sufficientemente adeguato e mai perfetto. La perfezione è un artefatto umano che porta alla devastazione. Il compito di un genitore dovrebbe, pertanto essere quello di permettere ai figli di imparare a fare richieste e tollerare le frustrazioni. Questo aspetto, nei casi di un bambino autistico, talvolta viene meno, soprattutto nei casi degli autistici con grave compromissione del linguaggio. La paura di non riuscire a comprendere i bisogni del figlio, e il susseguente scatenarsi di una crisi senza fine, espone i genitori e l'intero nucleo, ad anticipare i bisogni del bambino, producendo un sistema rigido e controllabile, - direi stereotipato -, avallando il clima ripetitivo messo in atto dai bambini autistici.

In genere, dopo mesi di percorso terapeutico, alcuni genitori riescono a verbalizzare questi sentimenti di non accettazione: "vorrei che non fosse mai nato", "non ce la faccio più", "ho pensato di farla finita" e tante altre frasi di simile connotazione.

Queste esternazioni vengono esplicitate sempre con grande dolore e grande senso di colpa; verbalizzare questi sentimenti equivale, per chi li esprime, ad ammettere di non essere adeguati, di non essere genitori degni. Spesso sono accompagnati da pianti ininterrotti e dalla paura di essere considerati dei mostri. Lavorare su queste dinamiche non è mai semplice, bisogna, in primo luogo, accogliere questi sentimenti, accettarli e rielaborarli affinché acquisiscano un significato meno orrendo e restituire la pseudo-normalità di questi stati è un punto cruciale nel trattamento di queste famiglie.

Sono frequenti periodi in cui il trattamento attraversa una fase di stasi, una impasse durante la quale ci si sofferma sulle stesse dinamiche senza riuscire a dare una svolta di cambiamento. Tale inerzia potrebbe essere dovuta ad una resistenza da parte della famiglia che si è stabilizzata su determinati schemi che, sebbene non funzionanti, gli consentono di mantenere una parvenza di equilibrio.

Trovare dei miglioramenti in un contesto familiare significa che tutti debbono concorrere a modificare gli schemi preesistenti, abbandonando le abitudini che, anche se poco adattive, sono rassicuranti. Inoltre, cambiare significa mettere in discussione non solo i conflitti relazionali, ma quelli individuali, le aspettative, i singoli comportamenti che compromettono il senso del sistema. Nel trattamento di queste famiglie è opportuno essere consapevoli anche dei sentimenti controtransferali. Le emozioni espresse sono intense, forti e devastanti e non sempre suscitano reazioni di avvicinamento. Per questa ragione, lavorare con sistemi così complessi richiede confronti e supervisioni frequenti.

Una terapia riabilitativa con un soggetto autistico non può prescindere dal considerare il bisogno di intervenire su tutti i sistemi coinvolti, famiglia, scuola ecc., nella misura di significazione di ogni sistema. Lo scopo del trattamento dovrebbe essere quello di rendere autonomo il soggetto autistico. Questa, di solito è la maggiore richiesta dei genitori: l'angoscia di cosa sarà del proprio figlio quando nessuno si prenderà

più cura di lui.

Tuttavia, paradossalmente, questa angoscia è anche il pilastro portante intorno al quale ruota l'intera famiglia: è come se avere cura della persona autistica assorbisse l'intera mission restituendo un senso al sistema. Nel momento in cui un soggetto autistico, diventando adulto, trova il suo spazio di autonomia, inficiando l'utilità delle persone che lo circondano, crea un vuoto associabile a quello che i teorici de "il ciclo di vita" definiscono "sindrome del nido vuoto". La famiglia si ritrova sola, consapevole che il loro servizio è sempre meno richiesto, ci si ritrova come coniuge, spesso una persona che ormai non si conosce più perché, l'attenzione alle difficoltà e comunque ai figli, non ha permesso di accompagnarsi durante i reciproci processi di cambiamento. Ci si ritrova disorientati e privi di obiettivi. Si affronta una nuova conoscenza che non sempre si ha voglia di sperimentare. Come ho già esposto, generalmente, verso il bambino autistico si hanno progetti statici, attinenti al qui ed ora. Difficilmente, nelle fantasie dei familiari, troviamo proiezioni futuristiche per questi bambini: punti fermi il cui percorso evolutivo è difficilmente immaginabile in maniera autonoma.

Il cambiamento di questa prospettiva, la crescita e l'acquisizione dell'autonomia da parte del soggetto autistico denuda di quel senso esistenziale rappresentato dalla mission di cui sopra, scatenando un baratro dal quale uscirne comporta un lavoro lungo, faticoso e doloroso.

## 5. Conclusioni

Quando mi è stato proposto questo progetto ho avuto subito chiara l'impronta che avrei voluto dare a questo lavoro: volevo suscitare delle emozioni, le stesse che provo nel mio lavoro durante un processo terapeutico con le famiglie dei soggetti con sindrome dello spettro autistico. Volevo condividere il mio transfert e controtransfert. Ma non sempre è facile tradurre le emozioni in parole. Mi sono ritrovata, quindi, a scrivere, correggere, cancellare e riscrivere più e più volte le stesse frasi, talvolta senza riuscire a comunicare la forma e la sostanza dei miei sentimenti.

Così, facendo un parallelismo, forse azzardato, ho provato ad immaginare come dovessero sentirsi i soggetti autistici, i cui codici di comunicazione sono quasi sempre non condivisi e non compresi per cui spesso non riescono a esprimere i propri bisogni, desideri ed emozioni; ma anche l'impotenza delle persone che li circondano che non riescono a decifrare la ragione di urla aggressività (auto e etero indotta).

Un quadro di spettro autistico coinvolge la comunicazione cioè la capacità di mettere in comune il proprio sé.

Un lavoro in una prospettiva sistemica si prefigge l'obiettivo di rendere meno auto-centrata la comunicazione attraverso la partecipazione di tutti i soggetti coinvolti.

## BIBLIOGRAFIA

1. Bogliolo, C. (2001). *Psicoterapia relazionale della famiglia: teorie, tecniche, emozioni nel modello consenziente*. FrancoAngeli.
2. Andolfi, M. (1988). *La famiglia trigerazionale: dalle lezioni del prof. Andolfi sull'osservazione relazionale*. Bulzoni.
3. Watzlawick, P., Beavin, J. H., & Jackson, D. D. (1971). *Pragmatica della comunicazione umana*. Astrolabio. Roma.
4. Bertalanffy, L. V. (1971). *Teoria generale dei sistemi. Fondamenti, sviluppo, applicazioni*. Istituto librario internazionale. Milano.
5. Minuchin, S. (1976). *Famiglie e terapia della famiglia*. Astrolabio.
6. Sorrentino, A. M., Cirillo, S., & Selvini, M. (2011). Il genogramma: percorso di autoconoscenza, integrato nella formazione di base dello psicoterapeuta. *Terapia familiare: rivista interdisciplinare di ricerca ed intervento relazionale*, 97(3), Franco Angeli.
7. McGoldrick, M., Gerson, R. (1985). *Genograms in family assessment*. Norton, New York.
8. Andolfi, M., Angelo, C. (1990). *Tempo e mito nella psicoterapia familiare*. Boringhieri.
9. Caillé, P., Rey, Y. (2005). *Gli oggetti fluttuanti. Metodi di interviste sistematiche*. Armando Editore.
10. Rey, Y. (2005). Pensare un'emozione in terapia sistemica: il blasone familiare. *Psicobiattivo: Rivista quadrimestrale di psicoterapie a confronto*, 3. Franco Angeli.
11. Sluzki, C. E. (2012). La trasformazione terapeutica delle trame narrative. *Terapia familiare: Rivista interdisciplinare di ricerca ed intervento relazionale*, 100(3), Franco Angeli.
12. Onnis, L. (2002). Il linguaggio delle emozioni: Virginia Satir la sua concezione della terapia. *Terapia familiare: Rivista interdisciplinare di ricerca ed intervento relazionale*, 3. Franco Angeli, Milano.
13. Andolfi, M. (2000). *Il colloquio relazionale*. Accademia di psicoterapia della famiglia.
14. Selvini, M. (2003). Tecniche di presa in carico psicoterapeutica di un paziente non richiedente. *Terapia familiare: Rivista interdisciplinare di ricerca ed intervento relazionale*, 11. Franco Angeli.
15. Hoffman, L. (1984). *I principi della terapia della famiglia*. Astrolabio, Roma.
16. Scabini, E. (1985). *L'organizzazione famiglia tra crisi e sviluppo*. Franco Angeli, Milano.
17. Manfredini, E., Vianello, L.O. (2001). Il ruolo dei fratelli nell'insorgenza del sintomo. *Terapia familiare*, 48. Franco Angeli.
18. Selvini Palazzoli, M., Cirillo, S., Selvini, M., Sorrentino, A.M. (1988). *I giochi psicotici nella famiglia*. Raffaello Cortina, Milano.
19. Giannotti, A., & De Astis, G. (1981). Nascita e autismo: considerazioni sulla relazione psicotica precoce madre-bambino. *Età Evolutiva*, 10(58).
20. Bruschweiler-Stern, N., & Stern, D. (1998). *Nascita di una madre*. Editori Mondadori, Milano.

IPOSTESI E METODI DI STUDIO

# Intervento integrativo evolutivo-esistenziale con EMDR sui Disordini dello Spettro Autistico

Mariannina Amato<sup>1</sup>

<sup>1</sup> A.S.P.I.C.



## Citation

Amato M. (2021).  
Intervento integrativo  
evolutivo-esistenziale con EMDR  
sui Disordini dello Spettro Autistico  
Phenomena Journal, 3, 101-109.  
<https://doi.org/10.32069/pj.2021.2.126>

## Direttore scientifico

Raffaele Sperandeo

## Supervisore scientifico

Valeria Cioffi

## Journal manager

Enrico Moretto

## Contatta l'autore

Mariannina Amato  
[mariannina.amato@gmail.com](mailto:mariannina.amato@gmail.com)

**Ricevuto:** 7 giugno 2021

**Accettato:** 22 ottobre 2021

**Pubblicato:** 22 ottobre 2021

## ABSTRACT

This work aims to integrate two different therapeutic approaches, the evolutionary-experiential with the Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR). The work is directed on families with children with Autism Spectrum Disorder. The intervention is structured on two levels: the first on the parental couple, in particular the mother who supports the work, and the second on the child and on sensory processing, finalizing the intervention to achieve the state of awareness and evolution of the Self up to the mentalization of the other. The therapeutic steps follow one another in stages according to the standard protocol and with Bilateral Ocular Stimulation to desensitize the feeling of discomfort and integrate sensory information.

## KEYWORDS

Gestalt, EMDR, Autism, Self-Sensory processing, Metacognition.

## ABSTRACT IN ITALIANO

Il presente lavoro ha lo scopo di integrare due diversi approcci terapeutici l'evolutivo-esperienziale con l'Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR). Il lavoro è diretto sulle famiglie con bambini affetti da Disturbo dello Spettro Autistico. L'intervento si struttura su due livelli: sulla coppia genitoriale, in particolare la madre che coadiuva il lavoro, e direttamente sul bambino e sul processamento sensoriale, finalizzando l'intervento al raggiungimento dello stato di consapevolezza ed evoluzione del Sé sino alla mentalizzazione dell'altro. I passaggi terapeutici si susseguono in fasi secondo il protocollo standard e con la Stimolazione Oculare Bilaterale per desensibilizzare la sensazione di disagio ed integrare l'informazione sensoriale.

## PAROLE CHIAVE

Gestalt, EMDR, Autismo, Processamento sensoriale del Sé, Metacognizione.



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

## Introduzione

Nell'intervento psicoterapico ad approccio gestaltico esperienziale con bambini affetti da Disturbo dello Spettro Autistico è fondamentale avviare il trattamento precocemente, prima che i sistemi bio-psico-sociali e la traiettoria evolutiva, si strutturino in modo disfunzionale. Ciascun bambino, pur nella sua individualità, manifesta povertà espressiva, verbale e corporea, anche sotto sollecitazioni; assente la tensione verso l'altro e i movimenti sincronici interattivi imitativi [1]. Assenti i sorrisi, scarsa o nulla la ricerca oculare, presente lo sguardo laterale [2]. L'intervento evolutivo-esistenziale prevede un lavoro globale centrato sul contatto esperienziale del bambino affetto da DAS nell'ambiente ed in particolare nella gestalt madre-bambino. Dal vissuto esperienziale, fatto di emozioni, sensazioni corporee, percezioni dell'ambiente, movimento del corpo emerge il Sé del bambino che si manifesta lentamente con azioni e comportamenti finalizzati nell'ambiente. "Il continuum dell'esperienza è innescato dall'attivazione della sensazione che raggiunge il grado di consapevolezza, motiva l'azione e consente al Sé esperienziale di interagire col proprio ambiente definendosi sempre più e perpetuando l'adattamento creativo. Il meccanismo di contatto che porta alla distinzione della figura con il particolare bisogno, emozione o sensazione si focalizza, nel qui ed ora, nell'esperienza attualizzata del proprio Sé, risaltando dallo sfondo [3]".

## Obiettivo

Il presente lavoro ha lo scopo di integrare due diversi approcci terapeutici l'evolutivo-esperienziale con l'EMDR, dall'acronimo di Eye Movement Desensitization and Reprocessing. Il lavoro è diretto sulle famiglie con bambini affetti da Disturbo dello Spettro Autistico. L'intervento si struttura su due livelli: sulla coppia genitoriale, in particolare la madre che è mobilitata a coadiuvare il lavoro sul bambino e direttamente sul bambino con il disfunzionamento del processamento ed integrazione sensoriale, con la finalizzazione dell'intervento al raggiungimento dello stato di consapevolezza e dell'evoluzione del Sé. I passaggi terapeutici si susseguono in fasi secondo il protocollo standard EMDR con la Stimolazione Oculare Bilaterale (SBL) per desensibilizzare la sensazione di disagio ed integrare l'informazione sensoriale.

## Discussione

Il lavoro è impostato sul sistema di vita familiare che concorre all'interazione con il bambino DAS. Si prevede inizialmente un lavoro sulla coppia genitoriale sino ad un intervento specifico nella gestalt madre-bambino. Modificata la gestalt interattiva madre-bambino autistico si amplifica l'intervento terapeutico diretto sul bambino finalizzandolo alla consapevolezza del Sé ed alla esplorazione nell'ambiente. L'intervento si concretizza nel contatto gestaltico, "entrare nella sensibilità" del bambino autistico attraverso le emozioni e le risorse positive che mobilitano il sistema fisiologico sino al fluire dell'esperienza che produce il cambiamento [4].

### *Intervento sulla coppia genitoriale e sulla madre*

L'intervento sulla coppia è articolato secondo il protocollo standard EMDR [5]: nella fase I, si accoglie la coppia genitoriale e si acquisiscono le informazioni utili ad individuare le esperienze che causano il disagio nel bambino e negli stessi genitori, si valutano i fattori di sicurezza onde evitare i momenti di rischio/pericolosità nella conduzione dell'intervento sul bambino autistico. Dal racconto della storia genitoriale, utile ai genitori per strutturare le esperienze di vita del bambino, si evidenziano le risonanze negative che i genitori percepiscono, i traumi ancora attivi e le risorse positive, queste ultime importanti per sostenere la coppia nel raggiungere emotivamente il proprio bambino durante la narrativa della storia. Il terapeuta crea con la coppia genitoriale l'alleanza finalizzata all'intervento sul bambino. Nella fase II si prepara la coppia all'intervento sulle loro risonanze negative e traumi e al trattamento diretto sul bambino. Di primaria importanza è sensibilizzare ed indirizzare la coppia alla creazione del clima sintonico-affettivo con il proprio bambino, preludio alla formazione del nucleo organizzativo del processo comunicativo e metacognitivo. Si avvia la coppia genitoriale al processo psicoeducativo che attiva il meccanismo di individuazione, lettura e decodifica dei segni disfunzionali del proprio bimbo e la conseguente adozione di comportamenti adeguati alla tipologia di funzionamento ed alle convinzioni negative che l'esperienza evoca in loro. Nella fase III, l'intervento sulla coppia si concentra sulle esperienze negative che emergono nella gestione del bambino. "L'immagine e la cognizione negativa vengono abbinate per facilitare l'accesso alle emozioni attuali riferite all'evento traumatico [6]." In particolare si sofferma l'attenzione sulla parte peggiore dell'esperienza con la cognizione negativa (CN), si assegna ad essa un livello di disturbo (SUD) che i genitori provano quando pensano alla propria esperienza con il bambino e le convinzioni irrazionali a esse collegate per poi localizzarle sul proprio corpo. Si procede nel processo di desensibilizzazione fase IV, di installazione fase V, scansione corporea fase VI. L'intervento si amplia con un aiuto specifico alla madre per avviare una relazione sintonica con il proprio Sé, modificando gli aspetti emotivi e cognitivi legati alle proprie convinzioni negative che ostacolano l'evoluzione esperienziale e trasformare le ferite narcisistiche rispecchiate dalle disfunzioni nell'attaccamento col bimbo; rimodulare la relazione di holding e handling col proprio bimbo con atteggiamenti regolativi, empatici e non intrusivi, fatti di toni dolci e carezzevoli e incoraggiamento ad assumere comportamenti più flessibili al cambiamento; qualificare la relazione attraverso il contenimento degli stati emotivi, autoregolare la risonanza emotiva e la sintonizzazione con l'echeggiamento degli stati affettivi del proprio bimbo; costruire la narrativa significativa da offrire al proprio bambino oggetto di cure; sostenere le modificazioni emotive e comportamentali della madre nei diversi passaggi con il tapping o il BLS. In un sostegno allargato alla coppia genitoriale si avvia un'attività di gruppo tra genitori alla pari per favorire il consolidamento della relazione di coppia e verso il bambino, in una risonanza gruppale aperta alla holding emotivo-esperienziale nella quale sperimentare un'espressività comunicativa preverbale (vocalizza-

zioni, movimenti e gestualità, pregrafismo, musica).

### *Intervento precoce sul bambino con disfunzioni dello Spettro Autistico*

L'intervento diretto sul bambino con disfunzione dello Spettro Autistico prevede iniziale analisi e il conseguente trattamento del processamento sensoriale delle informazioni. Prioritario per il terapeuta è osservare, raccogliere informazioni e valutare adeguatamente il processamento disfunzionale e le modalità del bambino di entrare in contatto con l'ambiente. Identificare le atipie comportamentali messe in atto nell'interazione con i genitori (fase I e II del protocollo EMDR) le sensazioni positive attraverso le quali entrare nel suo mondo emotivo e le risorse positive da rafforzare. Nell'individuare le atipie comunicative e le difficoltà di contatto, si promuove un continuum terapeutico dall'intervento mediato dai genitori, in particolare la madre, a quello in dimensione duale con il terapeuta in ambiente psicomotorio.

### *Intervento sul bambino mediato dai genitori*

L'organizzazione delle sequenze esperienziali predispongono allo sviluppo di un clima affettivo, coerente, prevedibile e ripetitivo “che lo farà sentire al sicuro e protetto così da poter costruire nuovi modi per regolare le emozioni ...in situazione in cui il bambino si sentirà spaventato o frustrato potrà regredire a stati emozionali tipici di bambini di età inferiore... diventano importanti ripristinare la sintonia emotiva, le rassicurazioni verbali e non come lo sguardo, il sorriso, l'atteggiamento calmo e le rassicurazioni fisiche, il contatto, il calore degli abbracci e delle carezze, qualora il bambino sia pronto a riceverne e nel modo in cui sia pronto ad accoglierli [7].” Un'esperienza rasserenante per il bambino autistico è data dall'installazione del posto al sicuro che contribuisce ad arricchire la sua mente di un'esperienza generatrice di uno stato di sicurezza e dall'ascolto della storia della vita narrata dai genitori. La storia narrata in modo semplice e di facile comprensione permette al bambino in ascolto di afferrare emotivamente gli eventi narrati e di collegarli in una sorta di film rappresentativo della sua vita. Il tono dolce, caloroso fa sentire il bambino al sicuro indirizzando microsguardi esplorativi sui genitori che narrano al ritmo dei BLS o del tapping, effettuato dal terapeuta. Microsguardi spontanei che sono la base di un processo di ancoraggio dello sguardo. Lavoro preceduto da una fase psicoeducativa rivolta alla madre che coadiuva la terapia e modula i propri comportamenti interattivi diretti al bambino allo scopo di regolare il processo emotivo ed integrativo dei meccanismi di processamento sensoriale. L'anamnesi e l'osservazione consentono l'identificazione del luogo e dell'emozione adeguata che definisce il posto in sicurezza del bambino e i target esperienziali da elaborare. Nel primo, si definisce il luogo e l'emozione che rappresenta fisiologicamente e mentalmente il suo stato di calma e tranquillità attraverso un disegno o un'immagine che sollecita nel bambino stati di serenità e piacevolezza con l'immediata installazione con il BLS o tapping. Ai bambini più piccoli o con difficoltà nel seguire i movimenti oculari si offre il tapping o i suoni alternati o pupazzi [5, 6] che, mossi alternativamente, motivano il processo at-

tentivo e integrativo delle informazioni sensoriali. L'installazione del posto al sicuro rafforza lo stato di sicurezza e di benessere e sollecita la sensazione positiva associata alla localizzazione corporea. Si individuano i target esperienziali, esperienze negative che attivano nel bambino autistico forte reazioni di stress a stimoli sensoriali, verbali, sonori, visivi e tattili. Si definiscono verbalmente, se il bambino è nella possibilità di riferire con le parole oppure si utilizzano disegni, immagini o giochi. Dei target si individua la parte peggiore dell'esperienza con la cognizione negativa (CN), la quantificazione del disagio (SUD) basandosi di un gradiente visualizzato con le immagini o dall'ampiezza delle mani (allargare e restringere), la cognizione positiva (CP) con l'appropriatezza della valutazione cognitiva (Voc).

### *L'esperienza interattiva tra terapeuta e bambino*

Dopo aver messo al sicuro il bambino, rafforzato le risorse positive, lavorato sui target esperienziali negativi si procede con l'esperienza di contatto interattivo con il terapeuta che stimola la motivazione finalizzata all'azione. Nell'esperienza interattiva si propongono gli stimoli affettivi, corporei e psicomotori capaci di suscitare nel bambino autistico una sensazione fisiologica positiva che produce uno stato di calma, piacevolezza e gradevolezza, che abbassa l'arousal difensivo tronco encefalico con il conseguente rientro dell'arousal nella finestra di tolleranza. Il bambino autistico in stato di serenità, libero dalle difese, attiva lentamente l'esplorazione interattiva allungando in microsecondi il contatto oculare sul quale ancorare il processo cognitivo della fissazione ed esplorazione. Con il gioco corporeo si entra in punti di piedi nel mondo senso-motorio del bambino sollecitando schemi di avvicinamento/allontanamento, che strutturano lentamente il processo interattivo sulla base dell'alternanza e della reciprocità, regole che modulano lo scambio in una sequenzialità di esperienze corporee ed emotive. Attraverso il corpo, veicolo arcaico di una comunicazione pre-verbale, si attiva lo scambio emotivo tra il bambino e il terapeuta. L'esperienza corporea produce un processo dinamico, intenso e motivante. La condivisione emotiva, elemento attivatore del processo di interazione, modulata dal terapeuta, predispone i due soggetti alla relazione. Fare esperienza dello "stare con" l'altro, mobilita il bambino al rispecchiamento corporeo ed emotivo con conseguente effetto strutturante sulle connessioni sinaptiche cerebrali in evoluzione [8]. La risonanza emotiva sorta dall'osservazione dell'azione dell'altro attiva il rispecchiamento in chi osserva e stimola gli schemi d'azione, già presenti nel bambino e relativi all'azione appena percepita. "La risonanza è espressione di un processo di assimilazione del comportamento dell'altro al proprio ...la risonanza costituirebbe *il meccanismo neurofisiologico basilare e primario dell'attività mentale*, un meccanismo che comproverebbe l'intrinseca natura relazionale (schemi corpo- mondo) del mentale... la rappresentazione mentale è, sempre, rappresentazione del "corpo- in -relazione- con- il- mondo" allora qualsiasi rappresentazione mentale contiene, e si fonda, su una rappresentazione del *corpo* (in- relazione- con- il- mondo)" [7]. Con l'osservazione si mobilita il processo imitativo del sorriso, prima forzato e man mano sempre più re-

golato e fluido. I passaggi terapeutici sono accompagnati da leggeri tapping sul corpo o da BLS associati spesso ad un oggetto o gioco o pupazzo scelto dal bambino. L'esperienza vissuta dal bambino al confine/contatto con il terapeuta acquista una visione di senso e di significato che dirige il processo esplorativo. Il bambino entra in contatto con il proprio Sé nella "gestalt" esperienziale che attenziona nello scorrere fluido dell'esperienza e seppur nel suo funzionamento disfunzionale, il bambino autistico afferra la sequenzialità cinestesica e posturale ricostruendo la sua unicità ed interezza ed elaborando il suo vissuto corporeo va ben oltre il semplice riconoscimento intuitivo. "L'esperienza entra dentro il soggetto che la esperisce diventa "vissuto" nel suo campo fenomenologico, entra nel suo Sé come processo percettivo intrapersonale... Lo stato fluido di consapevolezza del soggetto e il suo funzionamento mentale culmina, in un dato momento, con la coscienza che fa da ponte tra l'interno del soggetto e l'esterno, tra il mondo che lo circonda e il processo percettivo che struttura il mentale attraverso l'interazione interpersonale."(3) Con l'osservazione e l'imitazione, la mente del bambino elabora il vissuto corporeo ed emotivo nella sequenzialità del proprio Sé che emerge spontaneamente alla coscienza evolvendo in una narrativa. La mente armonizza e integra le informazioni in arrivo attraverso gli schemi mentali organizzati in modo gerarchico, dal generale al particolare, dal più importante al meno importante, dal presente al passato, tra l'esperienza che riconosce cosa avviene, nel qui ed ora e dentro di sé, associandole ad altre categorie emozionali.

#### *La mente relazionale nell'esperienza IO-Tu*

Nello scambio dinamico tra terapeuta e bambino si attiva la mente relazionale e si attualizza la presentificazione delle esperienze e dei vissuti pregressi. La memoria del soggetto cerca il significato nell'esperienza passata, e ad essa si integrano gli aspetti cognitivi ed emotivi captati nel presente [9]. L'attivazione corporea -emozionale fa sì che la mente del bambino autistico attenziona il processo esperienziale. Nella codifica fenomenologica del Sé, il bambino autistico analizza l'esperienza del proprio Sé con l'esperienza col terapeuta inteso come altro da Sé integrando i vari processi di sensorialità, percezione e cognizione. L'esperienza del proprio Sé si amplia in una relazione fatta di emozione condivisa con un altro da Sé. "Il processo della consapevolezza del proprio Sé si sviluppa nelle quattro fasi: pre-contatto, avvio al contatto, contatto pieno e post contatto che si susseguono in un flusso modulare, in una processualità dinamica- evolutiva che determina il processo di cambiamento" [3]. Durante l'interazione, l'esperienza vissuta giocosamente crea il contatto confluente che sintonizza le due menti in una attività cerebrale fluida che attiva la memoria procedurale ed implicita proponendo frammenti di episodi vissuti. Momento emotivo coinvolgente che sincronizza i movimenti del bambino e lo dispone a "volgersi verso" l'altro nella ricerca dello scambio diadico col terapeuta, oscillando tra il suo mondo "intrapsoichico" e il mondo "interattivo" nella relazione. Nell'interazione corporea si crea il dialogo fatto di alternanze, di contingenza e di causalità, dialogo che modula lo stimolo affettivo in entrata, integra le sequenzialità e le contiguità sen-

soriali in una struttura astratta, il ritmo. Dall'accoglienza posturale della holding winnicottiana [10], consolidata dall'atteggiamento fusionale e simbiotico, liberato da difese e mobilitato alla fiducia e sicurezza, si amplia il vissuto esperienziale allargando su micro-movimenti corporei e nuovi schemi comportamentali. "Vissuti emotivi, sentimenti negati, ricordi incistati o congelati e non consapevolizzati, riemergono con un flusso di emozioni contrastanti generati dal processo dinamico - rievocativo messo in atto dal terapeuta e si proiettano all'esterno, manifestandosi nel qui ed ora della relazione dialogica" [3]. Si intrecciano esperienze psicomotorie dell'abbracciare, dondolare, cullare. L'uso di teli o stoffe mediano il contatto corporeo, creano lo spazio prossimale e coinvolgono il bambino a manifestare le sue potenzialità, nel creare momenti di incontro nel quale attivare sequenze del coprire, stratonare, strisciare, rotolare, nascondere, sino a modulare l'agire in schemi corporei fluidi e flessibili. L'uso di elementi esterni: fune, palla, cerchi, bambola attivano la manipolazione sugli oggetti e il "fare esperienze con" premere, buttare, allontanare, tirare, lasciare, lanciare, esperienza "in" relazione con l'altro che apre sulla dimensione dialogica e simbolica.

#### *L'essere visto e l'essere pensato*

Il lavoro sul corpo aggancia e sostiene lo sguardo che evolve nell'incontro con il terapeuta, l'essere visto come nucleo fondante dell'essere pensato. Gli attimi intrisi di sguardi condivisi si allungano nel confluire del contatto esperienziale fatto di sguardo nello sguardo dell'altro. Lo spostamento sincronizzato degli sguardi converge sull'oggetto presentificato, oggetto attraverso il quale si mobilita il movimento oculare, evolvendo nella triangolazione di sguardi sull'oggetto. L'adozione della lavagna cromatica e luminosa [3] consente di far stazionare, allungare, inseguire lo sguardo rafforzando il processo di fissazione, attenzione e movimento con l'integrazione sensoriale tronco encefalica e cerebrale. Nell'interazione il bambino autistico inizia ad imitare, ad organizzare a modulare sino a promuovere intenzionalmente lo schema motorio osservato e a ridefinirlo. L'alterata sensorialità caratterizzata da rigidità corporea, emotiva e comunicativa lentamente si modula in una narrazione emotiva-corporea sostenuta dallo scambio comunicativo -riflessivo col terapeuta. Narrare col corpo o con le parole assume quindi la capacità di raccontare la sequenza di eventi, di stati mentali, di azioni svolte dal bambino e rese significative attraverso il processo di rispecchiamento del terapeuta che attenziona il processo esperienziale. Ogni sequenza esperienziale acquista significato e si allinea al vissuto emotivo della struttura narrante che unifica gli stimoli e le informazioni incorporandole nel processo comunicativo, narrativo e metacognitivo con la soppressione delle informazioni non pertinenti.

#### *Io penso che tu pensi*

La relazione allora si trasforma, investe la dimensione metacognitiva. La lettura riflessiva di "io penso" si amplifica con l'altro in un "io penso che tu pensi" colorando

la relazione del processo generativo di significati comunicazionali che investono lentamente il relazionale. Il bambino autistico acquista sempre più autonomia ed iniziativa, entra nella relazione col terapeuta in modo significativo, condivide con le altre parole significanti. Il contatto confluyente legato alla primitiva esperienza simbiotica, fatta di confluenza con l'altro, evolve nel processo di separazione ed individuazione [11]. Il bambino autistico si distingue come "essere separato da", e attraverso la narrativa del proprio Sé fatta da continuità emozionale, di movimenti, di parole significative e di azioni, concettualizza Sé stesso in un continuum evolutivo - narrativo. Il Sé narrante dona senso di continuità e coerenza della propria identità. Il Sé si conferma nel suo raccontarsi e auto-narrarsi, condividendo i significati e nel contempo, attraverso la stessa narrazione si automodifica. La narrazione, nel complesso, crea un'immagine coerente della storia narrata intrisa di vissuti esperiti nel qui ed ora, sedimentati nella memoria e nella immediata previsione futura. Un processo che nel tempo evolve nell'essere "consapevole della propria consapevolezza", strumento di alta mentalizzazione che amplifica il processo di consapevolezza e di comprensione del proprio Sé in una dimensione interrelazionale e sociale, ed evolve nell'attribuzione e comprensione degli stati emotivi, mentali e cognitivi altrui [12] entrando in pieno titolo nella dimensione metacognitiva.

### **Conclusioni**

Il presente lavoro evidenzia come l'intervento di integrazione con i due approcci evolutivo-esistenziale ed EMDR promuove e stabilizza il cambiamento nella relazione tra genitori e bambino e tra bambino e ambiente. L'intervento nell'interazione familiare riduce l'impatto del disturbo sullo sviluppo globale del bambino autistico sugli aspetti comunicativi, sociali ed emotivi e nello stesso tempo promuove gli stessi genitori a mediare il lavoro terapeutico sul bambino per avviarlo ad una relazione dialogica proattiva all'autorealizzazione e al cambiamento nell'ambiente.

## BIBLIOGRAFIA

1. Fonagy, P., & Target, M. (2005). *Regolazione affettiva, mentalizzazione e sviluppo del sé*. Raffaello Cortina Editore.
2. Di Renzo, M., (2020). *Autismo Progetto Tartaruga. L'approccio evolutivo-relazionale a mediazione corporea*. Edizioni Scientifiche Magi, Roma.
3. Amato, M. (2019). *3D Therapy®. La materializzazione dell'emozione*. Graficheditore, Lamezia terme.
4. Giusti, E., & Rosa, V. (2006). *Psicoterapia della gestalt (Vol. 6)*. Sovera Edizioni.
5. Simonetta, E. (2010). Esperienze traumatiche di vita in età evolutiva: EMDR come terapia. *Esperienze traumatiche di vita in età evolutiva*, 1-240.
6. Veraldo, A. R. (2007). *Attaccamento Traumatico: il ritorno alla sicurezza*. Giovanni Fioriti Editore, Roma.
7. La Rosa, C., Onofrio, A. (2017). *Dal basso in alto (e ritorno...)*. Nuovi approcci bottom-up: psicoterapia cognitiva, corpo. Edizioni Apertamenteweb, Roma.
8. Gallese, V., Eagle, M. N., & Migone, P. (2006). La simulazione incarnata: i neuroni specchio, le basi neurofisiologiche dell'intersoggettività e alcune implicazioni per la psicoanalisi. *La simulazione incarnata*, 1000-1038.
9. Siegel, D. J., & Tagliavini, G. (2014). *Mappe per la mente: guida alla neurobiologia interpersonale*. Raffaello Cortina Editore.
10. Winnicott, D. W. (2013). *Sviluppo affettivo e ambiente*. Armando editore.
11. Winnicott, D. (2019). *Gioco e realtà: Nuova traduzione 2019*. Armando editore.
12. Howlin, P., Cohen, S. B., & Hadwin, J. (1999). *Teoria della mente e autismo. Insegnare a comprendere gli stati psichici dell'altro*. Edizioni Erickson.

ARTICOLO DI OPINIONE

# Lo psicologo delle cure primarie come supporto ai pediatri nella diagnosi precoce di Autismo

Marta Luongo<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Centro Medico Diagnostico, Via Vespucci 9, Napoli, Italia



## Citation

Luongo M. (2021).  
Lo psicologo delle cure primarie  
come supporto ai pediatri nella diagnosi  
precoce di Autismo  
Phenomena Journal, 3, 110-115.  
<https://doi.org/10.32069/pj.2021.2.00>

## Direttore scientifico

Raffaele Sperandeo

## Supervisore scientifico

Valeria Cioffi

## Journal manager

Enrico Moretto

## Contatta l'autore

Marta Luongo  
[martaluongo22@gmail.com](mailto:martaluongo22@gmail.com)

**Ricevuto:** 14 giugno 2021

**Accettato:** 25 ottobre 2021

**Pubblicato:** 25 ottobre 2021

## ABSTRACT

It is now known, in contemporary literature relating to autism and autism spectrum disorders, the importance of an early diagnosis in order to allow timely intervention to significantly improve the quality of life of young patients. It is therefore interesting to analyze the hypothetical figure of the primary care psychologist and his joint work with freely chosen pediatricians. The pillars on which the primary care system is based are accessibility, continuity of care and social equity of citizens with respect to health care. In order for these objectives to be achieved, public health must take care of the well-being of individuals and families through actions for the defense and prevention of diseases, for the elimination or mitigation of risk factors, for the physical, mental and social rehabilitation of the patient in his community. The use of different and more elaborate models of treatment of mental and psychological distress in primary care is essential. It represents the new frontier of psychology, and the challenge will consist in identifying new first level psychological interventions that characterize primary care psychology. It is therefore necessary to set up primary care psychology services in which to make available a greater range of psychological therapies according to the health needs of individual patients. In this sense, the clinical psychologist within primary care, in analogy with the figure of the pediatrician of free choice, represents the first filter of the family system with the entire Italian National Health System.

## KEYWORDS

**Autism, early diagnosis, primary care psychologist.**

## ABSTRACT IN ITALIANO

È ormai nota, nella letteratura contemporanea relativa all'autismo e ai disturbi dello spettro autistico, l'importanza di una diagnosi precoce al fine di permettere un intervento tempestivo per migliorare in maniera consistente la qualità della vita del piccolo paziente. Risulta pertanto interessante analizzare l'ipotetica figura dello psicologo delle cure primarie e il suo lavoro congiunto con i pediatri di libera scelta. I pilastri su cui si basa il sistema delle cure primarie sono l'accessibilità, la continuità assistenziale e l'equità sociale dei cittadini rispetto alle cure sanitarie. Affinché si riescano a raggiungere tali obiettivi è necessario che la sanità pubblica si occupi del benessere degli individui e delle famiglie attraverso azioni di difesa e di prevenzione delle malattie, di eliminazione o attenuazione dei fattori di rischio, di riabilitazione fisica, psichica e sociale del malato nella sua comunità. L'uso di modelli diversi e più elaborati di trattamento del disagio mentale e psicologico, nelle cure primarie, è indispensabile. Rappresenta la nuova frontiera della psicologia, e la sfida consisterà nella individuazione di nuovi interventi psicologici di primo livello che caratterizzino la psicologia di cure primarie. Occorre, dunque, predisporre servizi di psicologia delle cure primarie nei quali rendere disponibili una maggiore gamma di terapie psicologiche a seconda dei bisogni di salute dei singoli pazienti. In questo senso lo psicologo clinico all'interno delle cure primarie, in analogia con la figura del pediatra di libera scelta, va a rappresentare il primo filtro del sistema famiglia con l'intero Sistema Sanitario Nazionale Italiano.

## PAROLE CHIAVE

**Autismo, diagnosi precoce, psicologo delle cure primarie.**



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

## Introduzione

Attraverso la descrizione di contributi e progettazioni recenti si vuole focalizzare l'attenzione sulle potenzialità di un'alleanza medico-psicologica per la presa in carico globale all'interno del Sistema Sanitario Nazionale. Considerando l'incidenza delle sindromi autistiche si pone l'attenzione sulla significatività della figura dello psicologo delle cure primarie per la diagnosi precoce di tali sindromi.

## L'importanza della diagnosi precoce

Il Disturbo di Spettro Autistico (ASD) è un'entità nosologica eterogenea ad esordio precoce ed eziologia multifattoriale, che incide significativamente sulla qualità di vita del paziente affetto e dell'intero nucleo familiare. Riguardo tale condizione la letteratura contemporanea concorda sull'importanza di una diagnosi, e quindi un conseguente intervento, il più precoce possibile grazie al quale poter migliorare notevolmente la prognosi e la qualità di vita dei piccoli pazienti e delle loro famiglie. Diversi studi, infatti, hanno messo in luce che molti dei bambini affetti da ASD presentano i primi sintomi già intorno ai 12 mesi [1].

Tra questi è possibile annoverare:

- scarso contatto oculare;
- ritardo della comparsa della comunicazione gestuale (pointing);
- anomalie nella comunicazione e nella socializzazione;
- scarsa attenzione congiunta e anomala condivisione dell'affetto;
- mancata risposta al nome;
- assenza di gioco simbolico;
- assenza o ritardo del linguaggio.

Attualmente la diagnosi di autismo avviene tra i due e i quattro anni, quando potrebbe essere troppo tardi per rimanere al passo con i coetanei per ciò che concerne abilità sociali, comunicazione e linguaggio [2]. Formulare una diagnosi precoce promuove, inoltre, risultati più positivi in età scolare consentendo al piccolo paziente di apprendere e sviluppare modalità comunicative funzionali che gli permetteranno di acquisire una migliore autonomia personale e sociale [3].

## Lo psicologo delle cure primarie

Per poter raggiungere questo obiettivo è quindi cruciale individuare le migliori pratiche per lo screening e la diagnosi di ASD già nelle prime fasi dello sviluppo. Il sistema delle cure primarie, rappresentando il primo punto di contatto che individui, comunità e famiglie hanno con la sanità in generale, risulta essere centrale per migliorare l'offerta del nostro servizio sanitario nazionale in un'ottica di incremento di diagnosi precoci. I pediatri di libera scelta hanno l'opportunità unica di riconoscere precocemente i disturbi dello spettro autistico nei piccoli pazienti. Il pediatra, tuttavia, ha un ruolo estremamente diverso rispetto agli altri specialisti della salute mentale e può dunque trovarsi in difficoltà nel perseguire tale obiettivo. Va inoltre sottolineato

che il momento della diagnosi è estremamente delicato per i genitori. La comunicazione di una patologia della quale potrebbero non essere affatto consapevoli potrebbe destabilizzare l'intero assetto familiare. Dovrebbe, pertanto, essere svolta con il massimo grado di empatia, tenendo conto delle preoccupazioni dei genitori, delle loro ipotesi e dubbi. Inoltre andrebbe orientata al futuro, al programma di intervento ed alla potenzialità di recupero. Per questo motivo oggi si parla sempre più spesso della possibilità di inserire una componente psicologica all'interno dei servizi di assistenza primaria. Nello specifico si tratterebbe di costruire una figura professionale formata in ambito psicologico che affianchi i medici di medicina generale e i pediatri di libera scelta, il cosiddetto "psicologo delle cure primarie". La presenza di personale psicologico negli ambulatori dei pediatri di libera scelta, infatti, fungerebbe da precocissimo filtro per tutto ciò che concerne l'individuazione di anomalie comportamentali del neonato che possono far pensare agli esordi di un disturbo dello spettro autistico e coadiuverebbe l'equipe medica nella somministrazione di appositi test e nell'eventuale comunicazione di una diagnosi.

Se dunque la diagnosi e l'intervento precoce corrispondono, per questi pazienti, a una migliore prognosi e migliore qualità di vita, appare quanto mai chiara l'importanza di prendere un provvedimento di questo tipo. [4]

### **L'esperienza clinica**

Una ricerca riportata sulla rivista *Italian Journal of Primary Care* del 2010 [5], analizza una forma di collaborazione medico-psicologo attuata mediante la loro presenza congiunta nello studio del medico di famiglia, nei consueti orari di visita. Undici psicologi, specializzandi in Psicologia della Salute, hanno garantito la loro presenza un giorno alla settimana, per un tempo di tre anni, presso lo studio di un medico di base di Roma. Ciò che è emerso è estremamente coerente con quanto detto prima. La presenza dello psicologo nello studio del medico di base ha contribuito alla trasformazione delle aspettative dei pazienti circa le questioni da sottoporre all'attenzione del medico e, inoltre, poter accedere in maniera diretta ad uno psicologo, senza la necessità di una richiesta specifica da parte del paziente, ha contribuito a limare lo stigma sociale che normalmente accompagna la richiesta di aiuto psicologico [5]. Diversi studi dimostrano, infatti, una crescente domanda di natura psicologica riferita ai centri di assistenza primaria [4].

Nello specifico del contesto pediatrico, un progetto sperimentale proposto dal Centro Martha Harris (CSMH) di Palermo, sembra mostrare risultati simili [5]. Tale proposta progettuale si configura attraverso la realizzazione di un Servizio Psicologico all'interno degli Ambulatori Pediatrici svoltosi presso un ambulatorio di Pediatria di base ubicato in un quartiere residenziale di Palermo, al quale afferiscono una media di 700-800 pazienti l'anno. Lo scopo di tale progetto era quello di offrire supporto alle famiglie, già a partire dalla fase neonatale, per identificare e risolvere, in maniera estremamente precoce, eventuali disagi emozionali e/o relazionali ponendo attenzione alla fascia di età compresa tra i 0-5 anni, fase dello sviluppo nella quale si instaurano

le basi psicologiche, affettive, relazionali e sociali per lo sviluppo di una mente in relazione. Nell'ottica di tale intervento il compito dello psicologo era essenzialmente duplice: assistere ai bilanci di salute, attraverso un modello di lavoro basato sui presupposti teorici dell'Infant Observation, e offrire una consulenza psicologica, laddove richiesta, illustrando il percorso terapeutico più idoneo alle esigenze del piccolo paziente e della sua famiglia.

In seguito a tale collaborazione tra psicologo e pediatra di base, cominciata nel 2013 e terminata nel 2017, sono state rilevate ben 77 richieste di consultazione psicologica. Per quanto riguarda le problematiche emerse, queste variano in base alla fascia di età; per la fascia d'età 0-5 anni le richieste di consultazione psicologica si caratterizzavano per una prevalenza di disturbi comportamentali (rabbia, oppositività, irrequietezza, agitazione, prepotenza, aggressività ecc.), disturbi del neurosviluppo, difficoltà di separazione e rifiuto scolastico, disturbi del sonno. Sono emersi inoltre, anche se in misura minore, disturbi alimentari, gelosia verso i fratelli, disturbi del controllo sfinterico e, infine, ansie e fobie. Relativamente alla fascia 6-10 anni, le problematiche emerse variavano dai disturbi d'ansia e le fobie, all'aggressività verso i fratelli e i comportamenti autolesionistici. Infine, per quanto riguarda la fase dagli 11 ai 14 anni, si è rilevata una prevalenza di difficoltà con i coetanei, vissuti traumatici legati al fenomeno del bullismo, paure e disturbi d'ansia, disturbi dell'umore e disturbi del comportamento alimentare (soprattutto a carattere restrittivo-selettivo nelle pazienti di sesso femminile di età compresa tra i 9 e i 14 anni) [5].

Dunque appare chiaro che le questioni che ingombrano la stanza ambulatoriale del pediatra di base spesso esulano dalla sua diretta competenza. È per questo motivo che la collaborazione psicologo-pediatra di libera scelta si pone di esplorare il possibile significato psicologico di qualunque richiesta proveniente dal piccolo paziente e, soprattutto, dal suo sistema familiare, inquadrandola nel contesto della loro situazione relazionale presente e passata.

*“I vantaggi della presenza dello psicologo in questo lavoro di chiarificazione consistono sostanzialmente nell'intervenire in una fase in cui il disagio psicologico è nel suo momento iniziale, e quindi è un'azione di prevenzione rispetto alla genesi di una eventuale manifestazione patologica e di evitamento di una possibile cronicizzazione del malessere”* [4].

L'introduzione di una componente psicologica all'interno dei servizi di assistenza primaria risulta, dunque, essenziale per svariati motivi. L'accessibilità immediata allo psicologo nello stesso ambulatorio medico oltre a fornire una prima valutazione globale del paziente in esame, tenendo conto dell'influenza psicologica sul suo stato di salute [4], permette di prendere in carico le questioni di natura psicologica, come appunto l'esordio di un disturbo del neurosviluppo, quando si trovano ancora in fasi poco gravi facendo diminuire il ricorso ai servizi di assistenza secondaria e andando a rappresentare un vero e proprio risparmio in termini economici. Si capisce bene come il discorso dell'intervento precoce possa risultare ancor più funzionale in pediatria, la cui utenza testimonia l'importanza fondamentale della prevenzione.

L'intervento dello psicologo clinico nell'ambito pediatrico è estremamente eteroge-

neo; dal sostegno in gravidanza, al supporto alla relazione madre-bambino, all'individuazione precoce di disordini relazionali o disturbi del neurosviluppo, attraverso la somministrazione di test diagnostici specifici, fino alla valutazione della presenza di disagio psicologico nella tumultuosa fase dell'adolescenza.

### **Lo stato dell'arte in Italia**

In Italia l'ostacolo maggiore all'attuazione di progetti relativi alla psicologia delle cure primarie è rappresentato dalla discontinuità politica ed amministrativa che ha caratterizzato il Paese negli ultimi decenni. Lo sviluppo della componente psicologica nel servizio sanitario, pertanto, è stato lento e discontinuo, con significative differenze di implementazione nelle varie regioni italiane. Come ben noto, infatti, il servizio sanitario nazionale, è regionalizzato, e ciò ha comportato molteplici disparità a livello nazionale, con regioni meglio organizzate ed altre meno. Il primo tentativo di istituire la figura dello psicologo delle cure primarie in Italia è stato sperimentato nel 2000 dalla Scuola di Specializzazione in Psicologia della Salute dell'Università La Sapienza di Roma che ha organizzato i tirocini degli specializzandi all'interno di alcuni studi medici; tuttavia è solo nel 2014 che la Giunta Regionale del Veneto avvia la sperimentazione di un servizio di psicologia delle cure primarie all'interno di alcune aziende sanitarie e dobbiamo addirittura aspettare il 2019, con il Decreto Calabria, per la legittimazione della figura dello psicologo delle cure primarie [6]. Per far fronte ad una situazione così eterogenea i senatori Paola Boldrini, Stefano Collina etc., appoggiati da David Lazzari, presidente del Consiglio Nazionale degli Ordini degli Psicologi, hanno proposto un Disegno Di Legge per l'istituzione dello psicologo delle cure primarie, comunicato alla Presidenza il 25 maggio 2020 [7]. Il DDL andrebbe così a perfezionare la norma inserita l'anno precedente nel Decreto Calabria che, sulla base di accordi regionali o aziendali, prevedeva modelli organizzativi multi professionali per i medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta nei quali era prevista la presenza, oltre che del collaboratore di studio, anche di personale infermieristico e psicologico. Tale provvedimento nasce dall'urgente necessità di inserire una figura professionale che possa agire accanto ai medici di base e ai pediatri di base per consentire la presa in carico del paziente e garantire prevenzione e cure psicologiche di prossimità. Il DDL intende inoltre limare lo stigma sociale che, in maniera ancora preponderante, accompagna la richiesta di aiuto psicologico da parte dei cittadini. Ciò è ancor più vero nel caso specifico delle Sindromi dello Spettro autistico quando, da parte dei familiari, anche il solo presagire la presenza del disturbo può scatenare meccanismi di difesa che possono ostacolare o rendere ancor più doloroso rivolgersi agli specialisti della salute mentale andando a minare la possibilità della diagnosi precoce pesando sulla futura qualità di vita del piccolo paziente.

La presenza dello psicologo negli ambulatori dei pediatri di libera scelta ha l'incredibile potenzialità di mandare un messaggio implicito di normalizzazione della domanda psicologica, una situazione in cui l'ascolto e il sostegno psicologico appare chiaramente come qualcosa previsto per tutti. Il 26 luglio 2020 in Campania, in se-

guito a tali disposizioni legislative, il Consiglio Regionale ha approvato all'unanimità il testo legge che prevede l'istituzione del servizio di Psicologia delle Cure Primarie. Il servizio sarà realizzato da ciascuna ASL a livello dei Distretti Sanitari di Base, sarà svolto da psicologi liberi professionisti a rapporto convenzionale e avrà lo scopo di "sostenere ed integrare l'azione dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta nell'intercettare e rispondere ai bisogni assistenziali di base dei cittadini campani" [8]. Sembra, dunque, che un crescente interesse per la Psicologia e per le sue peculiarità nella prevenzione e sostegno della salute, stiano procedendo, mano a mano, verso una globale integrazione di tale disciplina in ambito sanitario.

## Conclusioni

Da quanto emerso nel corso del presente articolo, considerando l'elevata incidenza dei disturbi dello spettro autistico, è auspicabile la concreta messa a punto della figura di uno psicologo delle cure primarie attraverso l'evoluzione di progetti finalizzati ad attivare la definizione di tale figura.

Ad avviso della scrivente, una delle importanti funzioni dello psicologo delle cure primarie è promuovere un lavoro di sensibilizzazione sugli indicatori di rischio nell'autismo nel mondo medico ed, in particolare, dei pediatri. Sono, infatti, presenti sia nell'opinione pubblica, ma, purtroppo anche nei medici, stereotipi e luoghi comuni che, creando fraintendimenti, possono causare il non corretto riconoscimento di aspetti autistici in bambini molto piccoli con le inevitabili e negative conseguenze.

## BIBLIOGRAFIA

1. Muratori, F., & Maestro, S. (2018). Early signs of autism in the first year of life. *In Signs of autism in infants* (pp. 46-62). Routledge.
2. Santocchi, E., Tancredi, R., Narzisi, A., Iglizzo, R., & Apicella, F. (2010). *Stabilità della diagnosi di autismo in età prescolare. Stabilità della diagnosi di autismo in età prescolare*, 489-501.
3. di Marika Ferri, L. C., & Mezzaluna, C. (Febbraio, 2020). *La diagnosi precoce nei disturbi dello spettro autistico*. State Of Mind. <https://www.stateofmind.it/2020/02/disturbi-spettro-autistico-diagnosi>
4. Liuzzi, M. (2016). *La psicologia nelle cure primarie: clinica, modelli di intervento e buone pratiche*. Il mulino.
5. Inzerillo, A. (Gennaio, 2018). *New Routes for a co-operation between family pediatricians and psychologists: A partner experience*. Centro Studi Martha Harris, Palermo. [http://www.sipped.it/public/files/gennaio18/inzerillo\\_SLIDE%20ITA\\_\\_ENG%20CONGRESS.pdf](http://www.sipped.it/public/files/gennaio18/inzerillo_SLIDE%20ITA__ENG%20CONGRESS.pdf)
6. Decreto Legge 30 aprile 2019, n. 35, Misure emergenziali per il servizio sanitario della Regione Calabria e altre misure urgenti in materia sanitaria (Italia). *Gazzetta Ufficiale*, (101). (GU Serie Generale n.101 del 02-05-2019)
7. Disegno di Legge 10 settembre 2020, Atto Senato n. 1827, Istituzione dello psicologo delle cure primarie (Italia). *Senato*, (1827). <https://www.senato.it/leg/18/BGT/Schede/Ddliter/53018.htm>
8. Legge Regionale Regione Campania 3 agosto 2020, n. 35, Istituzione del servizio di Psicologia di base e modifiche delle leggi regionali 7 agosto 2017 (Italia). *Bollettino Ufficiale Regione Campania*, (157). [http://regione.campania.it/normativa/item.php?7b7fec2087f982d694b26f0cc9f850d6=741631431e4bb5ddc0d430444ee9e607&pgCode=G19I231R1912&id\\_doc\\_type=1&id\\_tema=8&refresh=on](http://regione.campania.it/normativa/item.php?7b7fec2087f982d694b26f0cc9f850d6=741631431e4bb5ddc0d430444ee9e607&pgCode=G19I231R1912&id_doc_type=1&id_tema=8&refresh=on)

ARTICOLO DI OPINIONE

# L'approccio psicodinamico alla comprensione e al trattamento dell'autismo

## The psychodynamic approach for understanding and treating autism

Marta Luongo<sup>1</sup><sup>1</sup> Centro Medico Diagnostico, Via Vespucci 9, Napoli, Italia**Citation**

Luongo M. (2021).  
L'approccio psicodinamico  
alla comprensione e al trattamento  
dell'autismo  
Phenomena Journal, 3, 116-130.  
<https://doi.org/10.32069/pj.2021.2.133>

**Direttore scientifico**

Raffaele Sperandeo

**Supervisore scientifico**

Valeria Cioffi

**Journal manager**

Enrico Moretto

**Contatta l'autore**

Marta Luongo  
[martaluongo22@gmail.com](mailto:martaluongo22@gmail.com)

**Ricevuto:** 14 giugno 2021**Accettato:** 22 ottobre 2021**Pubblicato:** 22 ottobre 2021**ABSTRACT**

The interest in deepening the psychodynamic approach for understanding and treating autism starts from the study of Melanie Klein's contribution on infantile psychosis. The Hungarian psychoanalyst describes in the 1930s a case that she calls "infantile psychosis" and which today would be diagnosed as autism. Her insights and therapeutic methodologies illustrated in "The importance of Symbol-Formation in the Development of the Ego", in which she illustrates the case of little Dick, prove to be invaluable for the understanding and treatment of autistic patients as well as providing us with the most illuminating and pioneering description of autism according to several authors. The merit of psychoanalytic thought is that it has produced a psychopathological model of autism even before the illuminating scientific contributions that attested the presence of neurobiological alterations as its etiopathogenesis. Currently, in the psychoanalytic literature, it is believed that autism is the expression of a distortion of psychic development. It must be emphasized that, even if this psychopathological model tells us nothing about the biological alterations underlying it, it still has the merit of having understood, more than any other approach, the neuromental functioning of autistic subjects, with its peculiarities and diversity and above all, of having founded an extremely valid model of therapeutic treatment, still today. Although cognitive-behavioral therapy and the ABA approach are considered an elite treatment for autism, it is interesting to analyze psychodynamic contributions in light of recent scientific discoveries to investigate which elements of this model could be most useful for the treatment of autism spectrum disorders.

**KEYWORDS****Autism, psychoanalysis, treatment.****ABSTRACT IN ITALIANO**

L'interesse ad approfondire l'approccio psicodinamico per la comprensione e il trattamento dell'autismo nasce dallo studio del contributo relativo alle psicosi infantili di Melanie Klein. La psicoanalista ungherese descrive negli anni Trenta del XX secolo, un caso che lei chiama di "psicosi infantile" e che oggi verrebbe diagnosticato come autismo. Le sue intuizioni e le metodologie terapeutiche illustrate in "The importance of Symbol-Formation in the Development of the Ego", in cui illustra il caso del piccolo Dick, risultano essere preziose per la comprensione e il trattamento dei pazienti autistici oltre a fornirci la più illuminante e pionieristica descrizione dell'autismo secondo diversi autori. Il merito del pensiero psicoanalitico è quello di aver prodotto un modello psicopatologico dell'autismo ancor prima dei contributi scientifici che hanno attestato la presenza di alterazioni neurobiologiche come sua eziopatogenesi. Attualmente, nella letteratura psicoanalitica, si ritiene che l'autismo sia l'espressione di una distorsione dello sviluppo psichico. È doveroso sottolineare che, anche se tale modello psicopatologico nulla ci dice circa le alterazioni biologiche ad esso sottese, ha comunque il merito di aver compreso, più di ogni altro approccio, il funzionamento neuromentale dei soggetti autistici, con le sue peculiarità e diversità e di aver fondato un modello di trattamento terapeutico valido ancora oggi. Sebbene le linee guida internazionali considerino la terapia cognitivo-comportamentale e l'approccio ABA come trattamento d'élite per l'autismo, è interessante analizzare i contributi psicodinamici alla luce delle recenti scoperte scientifiche per indagare quali potrebbero essere gli elementi di tale modello maggiormente utili al trattamento dei disturbi dello spettro autistico.

**PAROLE CHIAVE****Autismo, psicoanalisi, trattamento.**Attribution-NonCommercial 4.0  
International (CC BY-NC 4.0)

## Premesse e finalità

Tra gli anni '40 e '70 l'approccio psicodinamico alla comprensione e al trattamento dell'autismo affermava un'eziologia di origine psicogena che andava fatta risalire a un fallimento della relazione familiare ed, in particolare, della relazione madre-bambino.

La madre, principale responsabile, veniva descritta come fredda e poco empatica. Si è trattato di un errore che ha pesato sulla credibilità di tutta la teoria psicoanalitica e, soprattutto, sulla sua eventuale applicabilità per ciò che concerne il trattamento dell'autismo.

Una lettura più attenta e approfondita dei contributi psicoanalitici sul tema potrebbe, tuttavia, mettere in luce aspetti che hanno un maggiore potenziale applicativo se rivisti alla luce delle recenti scoperte scientifiche.

Scopo di questo articolo è, pertanto, offrire una disamina dei vari contributi psicodinamici evidenziandone l'evoluzione e focalizzandosi sugli elementi salienti e su ciò che può essere ancora considerato valido in termini sia di comprensione che di trattamento della sindrome.

### 1. Le intuizioni pionieristiche di Melanie Klein

Il contributo di Melanie Klein, psicoanalista austriaca nota per i suoi studi pionieristici nel campo della psicoanalisi infantile e per i contributi allo sviluppo delle relazioni oggettuali, rappresenta il primo tentativo, nella letteratura psicoanalitica, di comprensione e sistematizzazione delle sindromi dello spettro autistico.

Già tredici anni prima della pubblicazione del rivoluzionario testo "Disturbi autistici del contatto affettivo" nel 1943 [1], ad opera di Leo Kanner, infatti, Melanie Klein descrive l'analisi del piccolo Dick, bambino di quattro anni, che oggi sarebbe diagnosticato come autistico.

Le intuizioni relative al caso del piccolo Dick, riportate nel suo saggio "The Importance of Symbol-Formation in the Development of the Ego" del 1930 [2], attestano l'incredibile originalità e perspicacia dell'autrice e meritano di essere rilette e riesaminate alla luce delle recenti formulazioni teoriche.

Nella descrizione della Klein, Dick appare come un bambino di quattro anni che presenta, tuttavia, uno sviluppo linguistico e intellettuale di 15-18 mesi.

La capacità del bambino di costruire relazioni emotive con l'ambiente è quasi completamente assente e la capacità di adattarsi alla realtà è estremamente scarsa.

Fin dalla primissima infanzia il piccolo si mostra quasi privo di affettività e indifferente alla presenza delle sue figure significative, la madre e la tata.

In totale assenza di contatto con il suo ambiente, il bambino non gioca e non sembra interessato a nulla in particolare. Per ciò che concerne il linguaggio, si limita a ripetere di continuo certi rumori e usa in modo errato il suo scarso vocabolario.

Il comportamento di Dick nella relazione con la madre, si caratterizza per una tendenza all'oppositività che ha un'interessante peculiarità, l'assenza di affettività e intenzione. L'autrice ci fornisce, inoltre, alcuni dati anamnestici riguardanti il piccolo

paziente; in particolare, l'allattamento è descritto come complicato fin dal principio; la madre aveva provato ad allattarlo al seno ma senza successo.

Con lo svezzamento, le cose non erano andate meglio; Dick si rifiuta di masticare e si oppone a qualsiasi proposta alimentare diversa dalla consistenza della "pappa".

Per ciò che concerne lo sviluppo motorio, acquista la capacità deambulatoria in età normale ma si mostra impacciato. Il bambino è, inoltre, indifferente alla maggior parte degli oggetti e giocattoli intorno a lui, e non ne afferra lo scopo o il significato. L'analisi del piccolo Dick descritta da Melanie Klein dura circa sei mesi ed ha un esito estremamente favorevole. Il bambino, che alla prima osservazione si mostra gravemente compromesso sia sul versante della comunicazione sia del contatto sociale, ha un cambiamento globale notevole.

Con l'analisi, Dick ha, per la prima volta, la possibilità di fare esperienza di un ambiente in cui è libero di seguire le sue iniziative e di esplorare la situazione, coadiuvato dalla presenza della psicoanalista che si dedica a lui, lo osserva e gli parla di ciò che sta facendo.

Dick giova immediatamente di tale nuova situazione e ciò gli permette di instaurare subito un contatto verbale con la psicoanalista. Le prime parole pronunciate dal piccolo paziente si riferiscono alla tata e permettono all'autrice di approfondire il tema della separazione e dell'estraneo. Nel corso dell'analisi Dick comincia, inoltre, a usare il materiale fornitogli durante le sedute e a chiedere l'aiuto della psicoanalista mostrando attenzione verso questa nuova persona. Riesce così, dopo una fase iniziale di diffidenza abbastanza breve, a entrare in contatto con quella persona e a esplorare progressivamente il rapporto con lei e con lo spazio che gli mette a disposizione facendo un'esperienza conoscitiva globale che finora gli era stata in tutto o in parte impedita.

Sembra crescere rapidamente l'interesse alle cose e all'ambiente, e anche ai nomi delle cose, e il tutto in rapporto alla persona che ora è vissuta come compagna di esplorazione. Sembra essersi sollevato il rifiuto che prima il bambino opponeva. È emerso il desiderio di essere capito che prima era soffocato.

Il caso del piccolo Dick è stato più volte definito come una descrizione "ante-litteram" dell'autismo e ha suscitato particolare interesse tra gli psicoanalisti successivi, tra i quali è doveroso citare Frances Tustin, il cui contributo, rappresenta ancora oggi la più importante descrizione dell'autismo di stampo psicodinamico. [2]

## **2. La posizione classica psicoanalitica**

Il primo tentativo di formulare un'ipotesi eziologica per le sindromi autistiche è rappresentato dal contributo di Bruno Bettelheim, psicoanalista austriaco naturalizzato statunitense.

Egli formulò l'ipotesi della "fortezza vuota", collocando le origini dell'autismo in un'anomalia del rapporto madre-bambino.

Secondo l'autore, infatti, le cause scatenanti andavano ricercate nell'atteggiamento delle madri, descritte come troppo fredde e insensibili ai bisogni dei loro bambini.

In merito a questo egli afferma: «*Credo che la causa iniziale del ritiro autistico sia l'interpretazione corretta da parte del bambino dell'attitudine negativa, con la quale gli si accostano le figure più significative del suo ambiente*». [3]

Secondo lo psicoanalista le madri, quando sono così distaccate, generano nei loro figli l'idea di non poter influenzare in alcun modo il mondo circostante, inducendoli a ritirarsi in una sorta di fortezza vuota.

È a Bruno Bettelheim, infatti, che dobbiamo la descrizione delle cosiddette “madri frigorifero” che, per numerosi anni, ha invaso la letteratura psicologica riguardante l'autismo e che ha, da una parte, generato forti sensi di colpa e angosce nei genitori e, dall'altra, sminuito sempre più il valore del contributo psicodinamico alla comprensione di tale patologia. [3]

Sullo stesso filone eziologico si colloca il contributo di Margaret Mahler, psicoanalista e psicoterapeuta ungherese.

L'autrice guarda alle manifestazioni patologiche di tali sindromi ponendo l'attenzione sul ruolo dell'Io nel normale rapporto madre-bambino.

Partendo dall'osservazione del bambino durante le prime fasi del suo sviluppo psichico, Margaret Mahler descrive quella che definisce “nascita psicologica”, conquista resa possibile dal graduale processo di differenziazione tra Sé e Non-Sé.

Tale evento permette al bambino di pensare la madre come oggetto separato da sé e appartenente al mondo esterno.

Per la Mahler “*l'isolamento e le altre manifestazioni della sindrome psicotica autistica richiamano alla mente quello stadio di completa non-differenziazione tra l'Io e l'Es, tra Sé e mondo oggettuale, che si ritiene sia predominante nel neonato fino alla fine del secondo mese di vita e che rappresenta la cosiddetta fase “autistica normale”*” [4].

Poiché al neonato manca la consapevolezza della sua separatezza dall'oggetto materno, durante questa fase, egli non è in grado di fare esperienza di ciò che fa parte del suo Sé e ciò che, invece, ne è estraneo.

L'ipotesi eziologica della psicoanalista è pertanto quella di una regressione ad uno stato arcaico, ma comunque normale e fisiologico, dello sviluppo psichico del soggetto.

La Mahler sostiene, pertanto, che il bambino affetto da autismo sembra organizzato per mantenere e consolidare la barriera allucinatoria negativa che caratterizza la prima settimana di vita, che gli permette di difendersi da una stimolazione sensoriale troppo intensa e violenta [5].

### **3. La tecnica dell'Infant Observation e la rivisitazione eziologica**

L'ipotesi eziologica classica secondo la quale la sindrome autistica sia una regressione patologica ad una fase normale viene poi, gradualmente, scardinata alla luce dei successivi contributi. Fondamentale in questo senso è l'innovazione tecnica dell'Infant Observation, proposta per la prima volta da Esther Bick, psicologa e psicoanalista infantile.

Tramite tale pratica, che consiste nell'osservazione a cadenza settimanale di una diade madre-bambino dalla nascita fino ai due anni di vita, e attraverso l'analisi del materiale emerso, la psicoanalista giunge ad ipotizzare la presenza di due stati, profondamente diversi, della precoce esperienza psichica del lattante: uno stato primario di non-integrazione, vissuto dal bambino come esperienza di totale impotenza, e uno stato di disintegrazione caratterizzato da processi di scissione sviluppati come difese al servizio dello sviluppo [5].

Secondo l'autrice la manifestazione patologica del bambino autistico proviene appunto da questa seconda fase che ella non considera affatto normale, come abbiamo visto nel caso di Margaret Mahler.

Nel normale stato di non-integrazione, infatti, il lattante è alla ricerca di un oggetto che svolga la funzione di mantenere unite tutte le componenti della personalità non ancora differenziate dal corpo.

Questo oggetto contenente è, appunto, la madre che è vissuta come una sorta di pelle in grado di avvolgere, e dunque, contenere le parti non ancora integrate del bambino permettendo lo sviluppo dei processi d'identificazione e, successivamente, di scissione primaria e di idealizzazione del sé.

La funzione contenitiva dell'oggetto materno consente al bambino di elaborare uno spazio interno al Sé che si differenzia dal mondo esterno e gli fornisce, pertanto, la capacità di introiezione.

Uno sviluppo non adeguato di questa funzione primaria della pelle, causato da carenze affettive da parte dell'oggetto materno o da attacchi fantasmatici messi in atto dal bambino contro quest'ultimo, potrebbe sfociare in una confusione d'identità nell'evoluzione della personalità conducendo alla formazione di una "seconda pelle" che genera il cosiddetto incapsulamento autistico.

In questo stato la dipendenza dall'oggetto è sostituita da una falsa dipendenza che influenza lo sviluppo successivo del bambino costringendolo ad utilizzare in maniera inadeguata funzioni mentali, come sostituti della funzione di contenimento della pelle che è stata compromessa [7].

#### **4. L'autismo come manovra difensiva specifica ad un trauma e lo smontaggio sensoriale**

*Il contributo di F. Tustin*

Dobbiamo, tuttavia, aspettare il contributo di Frances Tustin che, in seguito alle innovazioni rese possibili dalle tecniche dell'Infant Observation, determinerà una vera e propria rivoluzione nell'approccio psicodinamico alla sindrome autistica.

La psicoanalista inglese famosa per i suoi studi pionieristici sull'autismo, comincia la sua formazione accademica nel 1943 all'Università di Londra, dove ha l'opportunità unica di seguire le lezioni di Susan Isaacs. Successivamente intraprende il percorso di formazione psicoanalitica presso la Tavistock Clinic e qui inizia la sua analisi personale con Wilfred Bion. Aderisce così alle teorie e ai metodi terapeutici di Me-

lanie Klein, seguendo il suo nuovo filone di ricerca e le sue intuizioni relative all'autismo.

La psicoanalista si serve del materiale clinico relativo al caso del piccolo John per la sua riflessione sull'autismo e il suo tentativo di teorizzazione eziologica della sindrome [8].

Nell'interpretare il materiale emerso nelle sedute con John, Frances Tustin dichiara, tuttavia, di aver incontrato diverse difficoltà. Le formulazioni kleiniane, sulle quali si era formata, non erano, infatti, in grado di spiegare ciò che aveva vissuto nell'analisi con il piccolo paziente.

Si avvicina, pertanto, al pensiero di Donald Winnicott, in particolare per ciò che concerne la sua teoria secondo la quale l'autismo sarebbe il risultato di un meccanismo di difesa "estremo e altamente sofisticato" contro le angosce primitive e un certo tipo di depressione estremamente precoce [9]. Winnicott la definisce "depressione psicotica" e la distingue dalla tipica "depressione reattiva", esperita in seguito alla perdita di un oggetto riconosciuto separato e non parte del corpo del soggetto. A tal proposito, scrive:

*"Ad esempio la perdita potrebbe essere quella di certi aspetti della bocca che scompaiono dal punto di vista del bambino insieme alla madre e al seno allorché avviene la separazione ad una data precedente a quella in cui il bambino ha raggiunto lo stadio di sviluppo emotivo che potrebbe fornirgli l'equipaggiamento per affrontare la perdita"* [8].

Frances Tustin, alle prese con le sue difficoltà interpretative e alla ricerca di formulazioni funzionali al suo lavoro, abbandona la posizione psicoanalitica ortodossa secondo la quale l'autismo patologico rappresenta la regressione a uno stadio infantile normale di autismo primario e rianalizza il suo materiale clinico alla luce dei contributi di Donald Winnicott e Wilfred Bion. Si rende conto della presenza di un comune denominatore nell'esperienza dei suoi piccoli pazienti: il perpetuarsi, durante la primissima infanzia, di una situazione di fusione e non differenziazione con la madre che, dopo la nascita del bambino, si era sentita come una "non persona".

*"Il bambino si era sentito così unito alla madre che l'improvvisa e dolorosa rottura di questo senso di unità duale, quando inevitabilmente si era reso conto di essere separato fisicamente dalla madre, gli era sembrata come la perdita di una parte del suo corpo che fino ad allora era sembrata parte del corpo della madre. Questa rottura durante la fase neonatale era apparsa come una catastrofe sia per la madre che per il bambino. Entrambi sentivano di essere rimasti con un buco nel corpo"* [10].

L'autrice considera, pertanto, l'autismo come una reazione specifica ad un trauma; un meccanismo di difesa messo in atto, dal bambino, per far fronte alle angosce associate alla rottura traumatica di un anormale stato di unità adesiva con la madre.

Per Frances Tustin l'autismo è un disturbo a due fasi: il perpetuarsi dell'unità duale, poi l'interruzione traumatica e l'organizzazione patologica che viene a crearsi in seguito.

Il bambino autistico non vive, nel rapporto diadico con la madre, le normali oscillazioni tra unione e separazione; egli si trova in uno stato di terrore e attaccamento

adesivo alla madre che è vissuta come “oggetto inanimato a cui attaccarsi”.

Qual è la causa di questo intenso terrore?

Secondo la psicoanalista, si tratta di bambini particolarmente vulnerabili che arrivano alla consapevolezza di essere separati dalla madre in quello che definisce “contenimento mentale insicuro”, ovvero in una situazione in cui le cure verso il bambino non sono state abbastanza adeguate [10].

In quest'ottica l'autismo potrebbe essere considerato come una versione precocissima ed infantile del disturbo da stress post-traumatico.

L'abnormità della patologia si fa più complessa soprattutto nella prima fase, quella dell'unità adesiva. È chiaro che, nella descrizione dei meccanismi che operano in questa specifica fase, l'autrice si sia servita del contributo di Donald Meltzer e, nello specifico, della descrizione di ciò che egli definisce “identificazione adesiva” [11].

Lo stato di unità adesiva in cui si trovano la madre e il suo piccolo si caratterizza per un senso di contiguità, di adesione pelle a pelle. Il bambino non è consapevole di tale vicinanza se non quando questa è interrotta, innescando una sensazione di separazione dolorosa e perdita di determinate parti del corpo.

Lo stato di adesione non permette al bambino nessun tipo di identificazione poiché per ogni tipo di processo identificatorio è necessario che si sia sviluppato un senso dello spazio tra sé ed altri che, proprio per la sua natura, l'unità adesiva non permette. Dal momento che l'identificazione è alla base dell'empatia, risultano impediti tutti gli sviluppi psicologici come il “bonding”, la nascita psicologica, i processi di introiezione e proiezione.

Per ciò che concerne il trattamento di tali pazienti Frances Tustin aggiunge:

*“Il dolore del trauma ha spinto i bambini autistici ad allontanarsi dagli altri, ma la sofferenza che segue la riattualizzazione del trauma e il dolore mitigato li spinge a rivolgersi agli altri per trovare aiuto. Una volta liberati dalla coazione a ripetere l'esperienza traumatica, essi sviluppano un rapporto di collaborazione con il terapeuta e con gli altri. Quando ciò avviene, l'autismo comincia ad affievolirsi”* [10].

È così che una catastrofe psichica diventa una possibilità psichica.

### *Il contributo di D. Meltzer e lo “smontaggio sensoriale”*

Seguendo l'ipotesi eziologica dell'autismo come risultato di meccanismi di difesa che il bambino mette in atto in risposta a un trauma specifico, risulta interessante approfondire il contributo e gli studi di Donald Meltzer, raccolti nel suo celebre testo “Esplorazioni sull'autismo: studio psicoanalitico” [11].

Nel 1954 l'autore, dopo aver lavorato negli Stati Uniti con i bambini autistici, approda al gruppo di matrice kleiniana a Londra.

Dall'osservazione della fenomenologia autistica, attraverso la sua esperienza diretta, Meltzer ipotizza la presenza, in tali pazienti, di due stati mentali caratterizzati da un estremo grado di isolamento tra di loro:

- Lo stato autistico, caratterizzato da assenza di pensiero temporanea e reversibile attraverso lo smontaggio dell'apparato percettivo (vedi Bion).

- Lo stato post-autistico, le cui peculiarità sono un'estrema immaturità, l'impiego dell'ossessività ed il deterioramento della dimensionalità nelle relazioni oggettuali.

Lo stato autistico, così come da lui descritto, dipende da un determinato fattore intrinseco del bambino, risalente alla sua particolare costituzione. Meltzer descrive tale fattore come un'abnorme sensualità orale accompagnata da un'estrema velocità dei processi percettivi e una spropositata sensibilità emotiva che rende il bambino "estremamente permeabile allo stato d'animo altrui".

Questa disposizione di base, quando si intreccia con le difficoltà o il fallimento della funzione materna, costituisce, secondo l'autore, il punto di partenza per il successivo sviluppo deviante.

Per descrivere l'essenza dello stato mentale autistico, Meltzer si serve del concetto di "smontaggio sensoriale". Secondo l'autore, i bambini autistici *"impiegano un particolare tipo di scissione in cui smontano il loro io nelle sue facoltà percettive del vedere, toccare, sentire, odorare ecc. e a causa di ciò riducono il loro oggetto da uno di tipo "senso comune" a una molteplicità di eventi unisensoriali in cui animato e inanimato diventano indistinguibili"* [11].

In altre parole, il bambino, alle prese con la sua difficoltà di tenere insieme i vari sensi, stimolati da un oggetto vissuto come chiuso ed impenetrabile, non ha altra scelta che lasciar vagare i sensi alla ricerca della sensazione più attraente o stimolante. Si tratta di uno stato mentale in cui l'oggetto e il Sé sono fusi, *"il Sé segmentato possiede un segmento dell'oggetto; tra il bisogno e la sua soddisfazione non c'è neppure il più piccolo spazio, la più breve lacuna per far sorgere l'idea della separatezza"* [11].

Attraverso lo smontaggio, dunque, il bambino autistico entra in rapporto con l'oggetto unicamente in funzione della sua specifica qualità percettiva; pertanto non è in grado di percepire l'oggetto nella sua interezza ma il suo odore, il suo colore ecc. Si tratta di un processo passivo nella misura in cui il bambino si lascia prendere dalle diverse sensazioni senza la capacità di utilizzare un attivo processo attentivo per tentare un'integrazione.

Siccome tale meccanismo di difesa permette al bambino di non percepire la normale angoscia di tipo persecutorio o depressivo, egli si trova in uno stato di illusione di fusione e possesso.

La più significativa conseguenza di uno stato mentale di questo tipo è la necessità di permanere in una condizione sensuale e percettiva con l'oggetto in modo da mantenere intatta la condizione di fusione indifferenziata con esso. Ciò determina un'incapacità di pervenire alla creazione di uno spazio psichico, interno al Sé e all'oggetto. Pertanto

*"il bambino autistico non è in grado di utilizzare processi di identificazione introiettiva e proiettiva, non può servirsi dell'identificazione proiettiva perché non ha il senso dello spazio in cui penetrare, e dell'identificazione introiettiva perché parimenti non c'è uno spazio in cui portare qualcosa"* [11].

Nello stato mentale post-autistico è presente un tipo di funzionamento che non prevede la consapevolezza di spazi ma superfici; il bambino autistico può solo aderire all'oggetto, rimanendovi incollato (identificazione adesiva). I processi di identificazione adesiva, sottolinea l'Autore, conducono *“più in direzione della mimica dell'apparenza superficiale e del comportamento dei loro oggetti che non dei loro stati mentali o attributi”* [11].

Inoltre il terrore che prova il bambino, quando tale adesione è minacciata, lo spinge, a mettere in atto meccanismi ossessivi e ripetitivi per tentare di ripristinare l'illusione di contatto senza fine con un oggetto *“che ha lo spessore della carta, e non ha un interno”* [11].

In *“Amore e timore della bellezza”* [12] dieci anni dopo, Meltzer ci fornisce la spiegazione eziologica più *“poetica”* della tradizione psicoanalitica; attraverso ciò che egli definisce *“conflitto estetico”* [12].

A proposito scrive:

*“al principio c'era l'oggetto estetico e l'oggetto era il seno e il seno era il mondo”* [12].

Non è tanto l'assenza dell'oggetto, quanto la sua spiazzante bellezza e splendore, a provocare l'angoscia del bambino autistico.

Si tratta di un'angoscia che è il risultato dell'impossibilità di penetrare nell'interno di tale oggetto maestoso, data dal conflitto tra il suo splendore esteriore e la depressione (o mancanza di empatia) al suo interno. Il neonato, essendo particolarmente aperto e sensibile all'intensità percettiva, non è stato in grado di introiettare l'oggetto e, pertanto, la superficie del suo Sé è sentita come danneggiata, *“cosparsa di una sensazione diffusa priva di significato, tormentosa come il prurito”* [12].

Come F. Tustin, lo psicoanalista è convinto che, attraverso la psicoterapia, sia possibile fornire al bambino l'esperienza del *“dentro”* che non è stato in grado di costruirsi insieme alla madre, nel loro rapporto diadico. Meltzer, infatti, sostiene che vi sia una compresenza e coesistenza di livelli multipli di funzionamento mentale ed è per questo motivo che egli considera l'autismo come reversibile e, dunque, non tanto come una patologia, quanto una variante del pensiero e del suo sviluppo, *“uno stile di vita”*.

## 5. La posizione degli psicoanalisti contemporanei

Gli psicoanalisti contemporanei hanno il difficile compito di valorizzare la tradizione psicodinamica rispetto all'autismo allontanandosi, tuttavia, da ciò che è ormai considerato errato. Per questo motivo il focus dei loro contributi non è tanto di natura teorica, quanto di modificazione della pratica clinica, soprattutto alla luce delle scoperte di Donald Meltzer e Frances Tustin. Tra i diversi contributi, interessanti risultano quelli di Anne Alvarez, Didier Houzel e Marie-Christine Laznik.

Anne Alvarez, considerata una dei massimi esperti mondiali sull'autismo, dopo diversi anni di lavoro con bambini autistici e borderline, propone una interessante e rivoluzionaria modificazione della tecnica psicoanalitica.

Secondo l'autrice, infatti, questi pazienti non sono in grado di rispondere alla tradi-

zionale interpretazione esplicativa, tipica della psicoanalisi, a causa di una profonda compromissione dell'io.

L'autrice, pertanto, propone uno schema di lavoro analitico a vari livelli come conseguenza del fallito tentativo di raggiungere bambini estremamente danneggiati con interpretazioni basate sulla spiegazione (alla Freud) o sulla localizzazione (alla Klein) [14]. Entrambi i tipi di interpretazione presuppongono, infatti, che si sia stabilita la capacità di pensiero spaziale, temporale e causale che, per loro natura, tali pazienti non possiedono.

Gli impedimenti nella capacità di simbolizzazione, nel gioco e nel linguaggio, rendono loro estremamente difficile una comprensione delle più ordinarie interpretazioni esplicative ed è per questo motivo che l'autrice suggerisce di invertire l'ordine degli sviluppi storici nei livelli di interpretazione procedendo dal quarto fino al primo.

Il primo livello è quello freudiano classico, l'interpretazione esplicativa che connette ciò che è rimosso alle difese ad esso connesse.

Il secondo livello è l'ampliamento di tale interpretazione ad opera di Melanie Klein, grazie alla quale è possibile collocare e ricollocare parti scisse e proiettate della personalità.

Il terzo livello, invece, grazie al contributo di Wilfred Bion, ha una connotazione più descrittiva e contenitiva.

I primi due livelli di interpretazione presuppongono una capacità di pensiero a "due piste" [15]: la capacità di pensare a interpretazioni sul "perché" (che riguardano la rimozione) o a interpretazioni sul "chi" e "dove" (che riguardano la scissione o identificazione proiettiva). Deve essere, inoltre, presente una certa capacità di tollerare angoscia e dolore e un certo sviluppo dell'io e della capacità simbolica. Molti di questi pazienti, tuttavia, non sono in grado di pensare due pensieri insieme, o in sequenza, ed è per questo motivo che potrebbe rendersi necessario un ulteriore livello di interpretazione, che implica una tecnica più attiva di "richiamo" soprattutto nei casi di pazienti in cui il senso del sé e dell'oggetto appare atrofizzato.

Abbiamo, dunque, un livello esplicativo che offre significati alternativi, un livello descrittivo che attribuisce ed amplia i significati, un livello intensificato e vivificante che insiste sul significato e, infine, il richiamo. Secondo l'autrice solo restando in contatto coi sentimenti più profondi che il paziente suscita nell'analista è possibile modulare il livello d'intervento più idoneo.

La maggior parte dei pazienti autistici si colloca al terzo livello, qui il problema non è pensare o identificare l'emozione, ma semplicemente riuscire ad accedervi e fare in modo che queste emozioni abbiano senso per il paziente.

L'imperativo teorico di Anne Alvarez è che bisogna incontrare il paziente dove questi si trova. Il livello della grammatica interpretativa del terapeuta e i tempi di restituzione delle identificazioni proiettive devono essere in sintonia: con il livello evolutivo, lo stato mentale e la capacità del paziente di comprenderle e utilizzarle per una maggiore integrazione.

Per alleviare il senso di angoscia, può anche essere necessario che l'analista non restituisca, ma contenga in sé o in un altro oggetto le esteriorizzazioni di un oggetto

interno estremamente cattivo o danneggiato del paziente. Questo può avere un effetto calmante e liberatorio e favorire la nascita o lo sviluppo di un senso di speranza e sicurezza necessarie per il superamento dell'angoscia e della paura [16].

Sullo stesso filone di ricerca si colloca il contributo di Didier Houzel, psichiatra e psicoanalista francese. Come Anne Alvarez l'autore pone il focus sulle peculiarità della pratica clinica con i pazienti autistici ma lo fa in particolare per ciò che concerne il transfert analitico.

Secondo l'autore, infatti, scopo di ogni analisi è quello di fare in modo che la turbolenza emotiva e pulsionale, piuttosto che essere repressa o lasciata a sé stessa, possa essere incanalata in modelli stabili in grado di fornire supporto per rappresentazioni, pensieri e simboli. Per Houzel nei pazienti autistici tali processi di stabilizzazione avvengono in più fasi, a ognuno dei quali corrisponde una modalità transferale dominante. Egli ne individua quattro: transfert sul contenitore, transfert infantile, nevrosi di transfert e la conclusione dell'analisi.

Il transfert sul contenitore domina le prime fasi dell'analisi, il terapeuta assume il ruolo di contenitore delle proiezioni del bambino tentando di renderle significative. In queste prime fasi la funzione di ricettività e integrazione è cruciale, soprattutto data la necessità di aspettare il tempo necessario prima di proporre interpretazioni di contenuto che, se offerte troppo prematuramente, possono essere vissute come persecutorie. Per la descrizione delle caratteristiche di tale contenitore Houzel riprende le teorizzazioni di Frances Tustin, secondo la quale una delle peculiarità del funzionamento autistico consiste nella scissione della bisessualità psichica al livello più arcaico, laddove dovrebbe normalmente integrarsi al livello dell'oggetto contenitore, delle componenti materne e paterne strettamente associate. Tutto si svolge come se la ricettività materna dovesse essere combinata con la consistenza paterna per dare all'oggetto contenitore le qualità necessarie [8]. Gli attacchi alla bisessualità psichica dell'analista sono costanti nel trattamento del bambino autistico. È l'elaborazione contro transferale che costituisce la migliore guida per individuare questi attacchi e reintegrare la bisessualità psichica scissa. Questa elaborazione è essenziale per permettere una vera nascita psichica e una ripresa della crescita mentale.

Il transfert infantile è la seconda tappa e presenta due caratteristiche principali: una relazione con un oggetto parziale e l'analisi delle fantasie relative al corpo materno, con i suoi diversi scomparti e le sue caratteristiche contrastanti. Nello specifico, la relazione con un oggetto parziale non andrebbe intesa, in questo caso, come una relazione con una parte dell'oggetto ma, piuttosto, come una relazione con un oggetto dotato di qualità fisiche e mentali ma carente nella struttura interna, senza volontà né storia. Questa fase è estremamente delicata poiché si cominciano a stabilire, in maniera discriminatoria, qualità appropriate per l'oggetto e per il sé riducendo al contempo le loro componenti pericolose o distruttive.

La nevrosi di transfert corrisponde al periodo edipico descritto da Freud; il bambino stabilisce la sua identità sessuale e conquista le rappresentazioni degli attributi e dei ruoli specifici di ogni sesso. Quando il bambino autistico raggiunge questo livello di integrazione inizia ad assomigliare a tutti i bambini del mondo. La maggior parte dei

bambini autistici, tuttavia, non raggiunge mai questo stadio di sviluppo o lo fa solo in maniera molto rudimentale. In effetti, una delle caratteristiche tipiche del processo analitico con i bambini autistici è l'instabilità degli stadi più avanzati di sviluppo: possono essere raggiunti, ma il minimo contrattempo basta a riportare il bambino al suo precedente modo di funzionare.

Il processo che conclude l'analisi è particolarmente difficile da descrivere; per l'autore il miglior criterio per giudicare quando un'analisi si sta volgendo al termine è il riconoscimento non solo che il bambino si sta adattando al nuovo ambiente, ma anche che continua a fare progressi significativi tra una sessione e l'altra [17].

Interessante è, infine, il contributo di Marie-Christine Laznik, in particolare per ciò che concerne la specificità del lattante autistico e delle sue primissime interazioni con la madre.

L'autrice si serve delle teorizzazioni di Lacan per sostenere l'ipotesi che la patologia primaria del bambino risulterebbe dalla non attivazione del cosiddetto "circuito pulsionale completo", cui mancherebbe il terzo tempo. *"Parliamo del tempo in cui il futuro soggetto - in questo caso il bambino nella primissima infanzia - si fa oggetto di un altro soggetto"* [18]. Per Freud vi sono tre tempi della pulsione e al terzo fa la sua comparsa un nuovo soggetto. Dei tre tempi il primo è attivo (il lattante va verso un oggetto esterno come il seno), il secondo è riflessivo (il lattante assume come oggetto una parte del suo corpo) il terzo è quello che Lacan definisce del "farsi fare", dove il lattante si fa oggetto egli stesso di un altro. Ebbene i lattanti autistici non sono in grado di concludere tale processo, incapaci di compiere lo sforzo di mettersi al servizio dell'altro.

Per Lacan l'assoggettamento del sé all'altro ha come scopo di agganciarne il godimento, ciò permette di raggiungere la dimensione dell'Altro. Quando ha luogo il terzo tempo del circuito pulsionale, qualcosa della rappresentazione del desiderio va a iscriversi sul polo allucinatorio del soddisfacimento primario;

*"Su questo passaggio per il polo allucinatorio di soddisfacimento si costituirà la possibilità di avere delle rappresentazioni inconsce. Il circuito ne rappresenta anzi la conditio sine qua non. Se esso non funziona, se questo terzo tempo non è raggiunto, se il circuito si blocca tra il primo e il secondo tempo, allora nulla garantisce che l'auto-erotismo porti la marca del luogo dell'Altro. Niente allora garantisce che il polo allucinatorio del soddisfacimento sia preso nel circuito e che, pertanto, tutto il sistema di rappresentazione, del pensiero inconscio, possa costituirsi, giacché mancano metafore, metonimie, processi di condensazione e di spostamento. Nulla di strano, quindi, nel trovare in seguito dei deficit cognitivi"* [18].

Ulteriore effetto del deficit del circuito pulsionale è la mancata conquista dello stadio dello specchio, momento intorno ai sei mesi vita, in cui il bambino sorride alla propria immagine riflessa e cerca sul viso dei genitori la convalida di ciò che vede. Tale momento è di estrema importanza per la costituzione dell'immagine unitaria del corpo e per la possibilità di stabilire relazioni con i piccoli simili.

Secondo l'autrice lo stadio dello specchio può costituirsi solo se, precedentemente, vi sia stata l'esperienza di una prosodia nella voce materna che permette al neonato

di riconoscersi come oggetto-causa del godimento di un'Altro (madre). Il viso che corrisponde a quella voce, così specifica e singolare, sarà ripetutamente ricercato dal bambino per farsi oggetto dello sguardo della madre nel quale leggerà l'investimento di cui è l'oggetto idealizzato. Ciò non si verifica per il neonato futuro autistico nella sua relazione con la madre [19].

L'attenzione specifica ai primissimi segnali patologici nel lattante permettono all'autrice, insieme a un team di psicologi e psichiatri, di sviluppare uno degli strumenti di screening precoce più rivoluzionari dei nostri tempi: la griglia PREAUT. Attraverso l'osservazione di alcuni segnali e reazioni dell'interazione diadica tra madre e bambino è possibile, grazie a tale griglia, individuare l'eventuale presenza di situazioni a rischio. L'autrice, che crede fermamente nella diagnosi precoce e le sue potenzialità, ha fornito i pediatri del suo strumento innovativo e li ha formati per l'individuazione di campanelli di allarme specifici per tale sindrome cambiando la vita di numerosi bambini e delle loro famiglie [20].

In appendice si riporta una tabella riassuntiva del pensiero degli autori esaminati. Tabella riassuntiva:

Melanie Klein	individuazione della sindrome [2].
Bruno Bettelheim	autismo come anomalia del rapporto madre-bambino [3].
Margaret Mahler	autismo come regressione ad una fase normale dello sviluppo psichico [5]
Esther Bick	innovazione della tecnica (Infant Observation) [6].
Donald Meltzer	Lo smontaggio sensoriale [11].
Frances Tustin	autismo come manovra difensiva specifica ad un trauma [8].

Anne Alvarez	livelli di patologia e livelli di lavoro analitico [14].
Didier Houzel	focus sui vari livelli del transfert analitico [17].
Marie-Christine Laznik	deficit del circuito pulsionale completo [18] e la griglia PREAUT [20].

tab. 1

## Conclusioni

Come abbiamo esaminato nel corso di quest'articolo, nella totalità dei tentativi di descrizione psicopatologica dell'autismo di natura psicodinamica è possibile riscontrare la presenza di due peculiarità fondamentali:

- la presenza di modalità difensive che il bambino mette in atto per far fronte all'angoscia.
- La presenza di forme di funzionamento psichico del tutto specifiche in cui pre-

vale l'assenza di pensiero, la dominanza di una sensorialità elementare e primitiva e un deficit persistente di simbolizzazione e significazione primaria.

Il trattamento terapeutico di orientamento psicoanalitico si è ampiamente trasformato nel tempo.

La psicoanalisi ha rappresentato, infatti, per anni, il metodo terapeutico elettivo per le sindromi autistiche. Oggi, tuttavia, si può constatare che nell'ambiente scientifico e professionale la psicoterapia psicoanalitica è posta sullo sfondo della totalità degli approcci. Questo fenomeno può essere spiegato dalle moderne tendenze scientifiche dominate dalle neuroscienze e dalla genetica che hanno contribuito alla valorizzazione dell'interpretazione delle sindromi autistiche come risultati di un disturbo organico.

Nonostante ciò risulta interessante rivisitare la tradizionale letteratura psicodinamica relativa all'autismo al fine di estrapolare ciò che può essere considerato ancora valido, sia in termini di comprensione che di trattamento, per la presa in carico di tali pazienti.

Oggi la gran parte di chi applica la psicoterapia psicoanalitica considera con attenzione l'eziopatogenesi multifattoriale del disturbo e l'importanza di un approccio multidimensionale, possibilmente intensivo ed estremamente precoce.

Gli elementi relativi alla pratica psicoanalitica con soggetti autistici che vale la pena rivisitare, alla luce dei nuovi contributi scientifici, sono i seguenti:

- la riproduzione, sul piano simbolico, della situazione di cura tipica della precoce relazione madre-bambino. Il setting psicoanalitico riproponendo l'"holding" materno permette alla sofferenza del bambino (angoscia) di trovare una collocazione all'interno della mente dell'analista che, una volta digerita dal punto di vista emotivo e mentale, la restituisce rendendola più sopportabile e suscettibile di modificazione [21].

- L'incremento dello sviluppo della simbolizzazione primaria. La relazione terapeutica in ambito psicodinamico offre l'opportunità di attribuire un senso ai comportamenti "insensati" del bambino attraverso la sua funzione di significazione della relazione nel qui e ora della consultazione. In questo senso il terapeuta può interpretare la bizzarria dei gesti e dei comportamenti del bambino usando la sua mente come una mente ausiliaria che provvede a darne un senso trasformando gradualmente processi di scarica immediata in stati mentali.

- L'ampio ricorso alle capacità ricettive ed empatiche del terapeuta. Per dare corpo ed espressione agli elementi sensoriali privi di senso fondamentali sono le potenzialità ricettive ed empatiche del terapeuta. Queste, rappresentando il primo punto di scambio tra psicologo e paziente, necessitano di essere incrementate affinché permettano al terapeuta di entrare in contatto con livelli psichici primitivi che richiedono un profondo coinvolgimento dell'empatia sensoriale, tipica del funzionamento autistico.

- La rivisitazione della tecnica. Una tecnica più interattiva dello scambio analitico è valorizzare la persona reale dell'analista che non è più solo mero ricettacolo delle proiezioni ma oggetto nuovo, compagno vivo.

- Sia Donald Meltzer che Frances Tustin concordano sulla possibilità di essere più coinvolti di quanto non accada solitamente durante una normale terapia psicoanalitica. Entrambi gli autori sostengono che, nel caso dei pazienti autistici, i terapeuti debbano concedersi un certo grado di permissività soprattutto per ciò che concerne il contatto fisico.

- La necessità di includere sempre i genitori nel progetto terapeutico. Rappresenta una delle caratteristiche della pratica psicoanalitica con maggiori potenzialità di applicazione sia sul versante terapeutico sia dal punto di vista della diagnosi differenziale con altri tipi di psicosi infantili.

## BIBLIOGRAFIA

1. Kanner, L. (1943). Autistic disturbances of affective contact. *Nervous child*, 2(3), 217-250.
2. Klein, M. (1930). The importance of symbol-formation in the development of the ego. *International Journal of Psycho-Analysis*, 11, 24-39.
3. Bettelheim, B. (1967). *The Empty Fortress. Infantile Autism and the Birth of the Self*. The Free Press, New York.
4. Mahler, M. S., Pine, F., & Bergman, A. (2018). *The psychological birth of the human infant: Symbiosis and individuation*. Routledge.
5. Mahler, M. S. (1968). On Human Symbiosis and the Vicissitudes of Individuation. *Infantile Psychosis*, Volume 1.
6. Bick, E. (1964). *Note sull'osservazione del lattante nell'addestramento psicoanalitico, L'Osservazione diretta del bambino*. Bollati Boringhieri, Torino.
7. Bick, E. (1968). The experience of the skin in early object-relations. *Melanie Klein today: developments in theory and practice: mainly theory*, 5, 187-191.
8. Tustin, F., & Hamilton, V. (2018). *Autism and childhood psychosis*. Routledge.
9. Winnicott, D. W. (1963). La paura del crollo. *Esplorazioni psicoanalitiche*, 157-176.
10. Tustin, F., Bonaminio, V., De Astis, G. (1983). *Stati autistici nei bambini*. Armando, Roma.
11. Meltzer, D. (1977). *Esplorazioni sull'autismo: studio psicoanalitico*. Bollati Boringhieri.
12. Meltzer, D., & Williams, M. H. (2018). *The apprehension of beauty: The role of aesthetic conflict in development, art and violence*. ISD LLC.
13. Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN) (June, 2016). Assessment, diagnosis and interventions for autism spectrum disorders: A national clinical guideline. *SIGN publication no. 145*. SIGN, Edinburgh.
14. Alvarez, A. (2010). Levels of analytic work and levels of pathology: The work of calibration. *The International Journal of Psychoanalysis*, 91(4), 859-878.
15. Bruner, J. S., & Rivero, E. (1972). *Studi sullo sviluppo cognitivo*. Armando.
16. Alvarez, A. (2014). *Un cuore che pensa: tre livelli di terapia psicoanalitica con i bambini*. Astrolabio.
17. Houzel, D. (2004). The psychoanalysis of infantile autism. *Journal of Child Psychotherapy*, 30(2), 225-237.
18. Laznik, M. C. (2016). Lacan e l'autismo. *Rivista di Psicoanalisi*, 62(3), 677-690.
19. Laznik, M. C., & Jerkov, J. (2012). *Con voce di sirena: storie di bimbi autistici, di bimbi troppo sensibili e dei loro genitori*. Editori internazionali riuniti.
20. Olliac, B., et al. (2017). Infant and dyadic assessment in early community-based screening for autism spectrum disorder with the PREAUT grid. *PLoS One*, 12(12).
21. Bion, W.R. (2009). *Apprendere dall'esperienza*. Armando Editore.

## REVIEW

# Autismo in età adulta

## *Uomini e donne autistici tra criticità e risorse*

Rosaria Ferrara<sup>1</sup>, Leonardo Iovino<sup>2</sup>, Pasquale Ricci<sup>1</sup>, Lidia Ricci<sup>1</sup>, Roberto Latina<sup>3</sup>,  
Gianni Carbone<sup>4</sup>, Serafino Ricci<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Dipartimento di Scienze Anatomiche, Scienze Istologiche, Medicina legale e dell'Apparato Locomotore, Università degli Studi "Sapienza" di Roma

<sup>2</sup> Università degli studi "Parthenope" Napoli

<sup>3</sup> Ricercatore di Scienze Infermieristiche, Dip. PROMISE, Università degli Studi di Palermo, Palermo

<sup>4</sup> Dipartimento di Medicina Molecolare, Facoltà di Farmacia e Medicina Università degli Studi "Sapienza" di Roma

**Citation**

Ferrara R., Iovino L., Ricci P., Ricci L.,  
Latina R., Carbone G., Ricci S. (2021).  
Autismo in età adulta  
Phenomena Journal, 3, 131-139.  
<https://doi.org/10.32069/pj.2021.2.140>

**Direttore scientifico**

Raffaele Sperandeo

**Supervisore scientifico**

Valeria Cioffi

**Journal manager**

Enrico Moretto

**Contatta l'autore**

Rosaria Ferrara  
[rosaria.ferrara@uniroma1.it](mailto:rosaria.ferrara@uniroma1.it)

**Ricevuto:** 5 luglio 2021

**Accettato:** 8 novembre 2021

**Pubblicato:** 8 novembre 2021

## ABSTRACT

Since its relatively recent "discovery", autism has been investigated in a number of different scientific areas focusing mainly on the signs and symptoms that allow its diagnosis. To date, a comprehensive theory of autism is still lacking, despite the fact that there are several genetic, neuroscientific and psychological approaches that, in light of the complexity, attempt to provide a description of some of its key features. Although the large amount of research produced in recent years has indeed led to significant insight, data concerning autism in adulthood is scarce. There are two interesting aspects to consider when looking at autism in adulthood. The first concerns the timing of the diagnosis. In fact, there are many individuals, especially women within the high functioning spectrum or Asperger's, who are diagnosed only in mid/late adulthood. The second, concerns the impact on a number of areas such as education, employment, independence and autonomy in autistic adults. Critically, although the severity of autistic symptoms and behavioural difficulties tend to decrease over time, the individual and the family, are often left without adequate supports. Indeed, when looking at post-school educational and occupational perspectives, individuals with autism tend to have worse outcomes than individuals with other disorders, such as intellectual disabilities, specific learning difficulties, speech and language disorders. As a consequence of the lack of investment in this area, there are concerns about accurate screening and diagnosis of adults with autism. The lack of diagnostic tools specifically validated for adults remains a serious methodological challenge for both researchers and clinicians. The aim of the present scoping review is to highlight what emerges in terms of outcomes in the adult autistic population, and how many studies consider the female population. Our results revealed how aspects related to the family, the environment and social policies affect the well-being outcomes of adult autistic individuals.

## KEYWORDS

**Adulthood, autism, female autism.**

## ABSTRACT IN ITALIANO

Sin dalla sua "scoperta", che potremmo definire recente, l'autismo è stato investigato in differenti aree. Buona parte della ricerca si è concentrata sui segni e sintomi che ne permettono la diagnosi. Gli apporti del mondo scientifico alla lettura dell'autismo sono stati differenti, ad oggi vi sono diverse piste genetiche, neuroscientifiche e psicologiche che, alla luce della complessità, tendono a dare una descrizione dell'autismo o di alcuni suoi aspetti. Ad oggi non vi è una teoria onnicomprensiva di lettura dell'autismo, tuttavia si sta provando ad andare in questa direzione. Sebbene la ricerca abbia prodotto molto nei settori citati, ci confrontiamo con molti meno dati quando indaghiamo l'età adulta. Vi sono due aspetti particolarmente interessanti dell'autismo in età adulta, il primo riguarda la diagnosi in quanto sono tanti i soggetti, soprattutto donne ad alto funzionamento o asperger, che arrivano ad avere una diagnosi nella giovinezza o età adulta. Un altro aspetto interessante, invece, riguarda le aree dell'istruzione, dell'impiego lavorativo, dell'indipendenza ed autonomia nei soggetti adulti autistici. Pertanto, sebbene la gravità dei sintomi dell'autismo e le difficoltà comportamentali tendano a diminuire in media nel tempo, l'età adulta rimane appannaggio del singolo soggetto e della famiglia, senza la presenza di supporti adeguati. Infatti, in termini di prospettive educative e occupazionali post-scolastiche, gli individui con autismo tendono a cavarsela ancora meno bene degli individui con altri disturbi, come disabilità intellettiva, difficoltà specifiche di apprendimento, disturbi della parola e del linguaggio. Inoltre, conseguenza del poco investimento della comunità all'interno di questo ambito, vi sono delle preoccupazioni sullo screening accurato e sulla diagnosi degli adulti. La mancanza di strumenti diagnostici specificamente convalidati per l'uso con gli adulti rimane una seria sfida metodologica sia per i ricercatori che per gli specialisti. Lo scopo della nostra scoping review, è evidenziare quanto emerge in termini di outcomes nella popolazione di autistici adulti, e quanti di questi studi coinvolgono la popolazione femminile. I nostri risultati hanno rivelato quanto aspetti legati alla famiglia, all'ambiente ed alle politiche sociali, influiscano sugli outcomes di benessere dei soggetti autistici adulti.

## PAROLE CHIAVE

**Età adulta, autismo, donne autistiche.**



## 1. Introduzione

Il Disturbo dello spettro autistico conosciuto come Autism Spectrum Disorder (ASD), è una condizione del neurosviluppo caratterizzata da difficoltà nella reciprocità sociale e comunicazione, con interessi ristretti e ripetitivi oltre ad una serie di atipie sensoriali [1]. L'autismo ha un forte impatto sulla qualità di vita in quanto pervade differenti aree del funzionamento dell'individuo: dalla sfera emotiva, a quella relazionale, comunicativa, sensoriale, sessuale, fino agli aspetti occupazionali. I Servizi che se ne occupano in America, hanno segnalato che sono circa 50.000 i giovani autistici che ogni anno entrano nell'età adulta [2]. Nonostante il quantitativo ingente, non vi sono studi sufficienti sulla vita adulta degli autistici. Si sa ben poco su questa popolazione ed una volta finita la scuola dell'obbligo si hanno pochi outcomes sull'occupazione, sulla vita sentimentale, sulla qualità di vita in generale. È inoltre da tenere ben presente che anche la vita adulta può essere un momento di diagnosi vera e propria. Una serie di alti funzionamenti, come quelli Asperger, o le donne autistiche, possono arrivare alla diagnosi molto tardi. Per questi soggetti, infatti, può accadere di ricevere la diagnosi quando eventi di vita molto stressanti li portano a consultare uno specialista, è grazie a simili contingenze che si ritrovano a ricevere la diagnosi di autismo [3]. La diagnosi di autismo in età adulta necessita una specifica formazione, tutt'al più che nelle donne si verifica quell'effetto che la comunità scientifica tende a chiamare "camouflage" [4]. Con questo termine si intende il "camuffamento" e/o il mascheramento di alcuni tratti della personalità, con una funzione adattativa che promuove l'adeguamento a specifiche esigenze ambientali. Le donne riescono maggiormente degli uomini in questa attività di "camuffamento" sia per le pressioni sociali differenti [5] (basti immaginare la diversa percezione di un ritiro sociale se messa in atto da una ragazzina o da un ragazzino), sia per le abilità cognitive. Per quanto riguarda l'approfondimento diagnostico, laddove possibile, è consigliabile partire da una buona anamnesi con attenzione agli aspetti riguardanti l'infanzia, dopodiché sarà possibile utilizzare, se il paziente è verbale ed è in grado di sostenere un'intervista, il test di riferimento ADOS-2 (Autism Diagnostic Observation Schedule) [6], modulo 4. Questo modulo è pensato per gli utenti adulti verbali. Accanto all'ADOS è bene procedere con la raccolta anamnestica ai genitori attraverso l'ADI-R (Autism Diagnostic Interview-Revised) [7], mirata alla ricostruzione dei primi anni di vita. In caso di forme cliniche in cui la disabilità intellettiva non consenta una collaborazione ai test, possiamo utilizzare per la diagnosi una scala etero valutativa come, ad esempio, la Gilliam Autism Rating Scale (GARS) [8]. Se, poi, il soggetto adulto in questione è una donna, dobbiamo tenere conto di alcune specificità. Innanzitutto dobbiamo pensare che gli strumenti valutativi e diagnostici utilizzati sono tarati su una popolazione maschile [9] tanto che la letteratura scientifica sta provando, ad oggi, a spiegare quel rapporto uno a quattro che caratterizza la prevalenza dell'autismo tra uomini e donne tenendo conto che c'è anche una sottostima dei casi di autismo nella popolazione femminile [10], in particolare in quella senza disabilità intellettiva. Le femmine riscontrano maggiori difficoltà rispetto ai maschi nel ricevere

una diagnosi di autismo, nonostante abbiano livelli equivalenti di caratteristiche autistiche [11] e le femmine che ricevono una diagnosi di autismo lo fanno in media più tardi rispetto ai maschi [12]. Eppure ricevere una diagnosi di autismo precoce è un fattore che incide fortemente sulla qualità di vita [13] attenuando l'impatto dell'autismo sulla sfera emotiva, comportamentale, sociale, occupazionale ed economica [14].

## 2. Autistici adulti

La popolazione di autistici adulti sembra avere delle specifiche caratteristiche. Un gran numero di persone con autismo soddisfa anche i criteri per la co-occorrenza di condizioni psichiatriche in maniera significativamente più alta rispetto alla popolazione non autistica [15]. Di conseguenza, l'impatto socio-economico dell'ASD è diventato una preoccupazione crescente per i sistemi sanitari pubblici, che sono ora orientati verso una diagnosi precoce ed un intervento per migliorare la gestione del paziente con ASD riducendo al contempo i costi relativi alla cura dell'ASD. Tuttavia, mancano le linee guida e le buone prassi per la diagnosi e gestione dell'autismo in età adulta, e gli adolescenti e gli adulti con ASD sono in gran parte una popolazione sottoservita nonostante sia evidenza scientifica la necessità di un lavoro con i soggetti autistici anche in giovinezza. È dall'età adulta in poi, infatti, che anche il comportamento tende a stabilizzarsi [16]. Un capitolo ancora a parte e poco esplorato è quello dell'autismo nelle donne, nonostante l'età adulta possa essere un momento diagnostico importante. Si tende, oramai, a parlare di fenotipo autistico femminile, intendendo una manifestazione femminile specifica dei punti di forza e delle difficoltà autistiche, che si adatta imperfettamente alle attuali concettualizzazioni maschili dell'ASD [17]. C'è una base di studi che supporta tale costrutto, ad esempio, in linea con i rapporti di medici e persone con ASD, vi sono prove empiriche che le ragazze e le donne autistiche mostrino una maggiore motivazione sociale e una maggiore capacità di amicizie tradizionali rispetto ai maschi autistici [18]. Inoltre, rispetto ai maschi autistici, le femmine hanno meno probabilità di avere comportamenti esternalizzanti, come iperattività/impulsività e problemi di condotta, e sono più vulnerabili a problemi di internalizzazione, come ansia, depressione e disturbi alimentari [19, 20], ed un punteggio costantemente più basso nelle misure di comportamento ripetitivo e stereotipato [21].

## 3. Metodo

In questa scoping review, abbiamo ricercato in letteratura studi che trattassero l'autismo negli adulti, con un'attenzione particolare alle donne autistiche. La scoping review può essere un utile strumento per fare il punto della situazione su un argomento emergente.

Il team di ricerca ha cercato su banche dati elettroniche gli articoli pubblicati negli ultimi cinque anni, che soddisfacessero i seguenti criteri:

1. un primario concentrarsi su giovani o giovani adulti autistici;

2. un report sulla vita adulta, con attenzione alle difficoltà e risorse;
3. l'obiettivo primario di descrivere supporti, servizi o politiche per giovani o giovani adulti con ASD nel loro percorso di vita post istruzione secondaria.
4. Open Access.

Ad un primo esame, sono stati selezionati 20 articoli ma solo 6 hanno rispettato i criteri elencati (Tabella 1).

Tabella 1 - Studi selezionati con totale campione, specifica totale maschi del campione, Obiettivo dello studio

<b>Autore</b>	<b>Totale del campione</b>	<b>Obiettivo dello studio</b>
<b>Andersen</b>	121	Barriere/Facilitatori
<b>Keller</b>	500, 388 uomini	Interventi terapeutici
<b>McGhee</b>	17, 10 uomini	Capitale Sociale
<b>Rattaz</b>	106, 89 uomini	Comportamenti oppositivi
<b>Rai</b>	4073, 2647 uomini	Depressione
<b>Russ</b>	173, 130 uomini	Abilità Socio Cognitive

#### 4. Risultati

Anderson e colleghi [22] hanno portato avanti una scoping review che prende in considerazione gli studi originali volti a descrivere le esperienze di transizione dei giovani autistici alla vita adulta. In questa review gli autori si sono concentrati su diverse aree relative alla transizione, tra cui la pianificazione della transizione delle scuole superiori, l'istruzione post secondaria, l'occupazione, la sanità ed il generale passaggio all'età adulta. Il campione di un totale di 17 studi di ricerca, ha incluso 121 individui con autismo, 186 genitori o tutori, e 192 professionisti. Dallo studio sono emerse le seguenti barriere: persona-ambiente (il match tra desideri e potenzialità del soggetto ed ambiente circostante); incertezza sul cambiamento (riguardante soprattutto i genitori, non sempre pronti ad accompagnare i figli nei momenti di transizione); mancanza dei Servizi specifici (vi è carenza di strutture e professionisti formati per questi particolari momenti di vita). Ci sono tuttavia, anche dei "Facilitatori" che vengono raccolti nelle seguenti categorie: supporti individualizzati ed un ambiente sensibile ai suggerimenti, transizioni graduali ma costanti verso piccole responsabilità con l'aiuto dei pari, formazione specifica e condivisione delle informazioni tra genitori presso servizi e professionisti specifici.

Un altro studio di Keller [23], invece, si è focalizzato sulla pianificazione di un nuovo intervento pensato per una popolazione di 500 partecipanti afferenti al Centro Regionale per l'Autismo in età adulta del Piemonte. Il campione in questione, però, è stato descritto da più variabili, rendendo lo studio estremamente interessante per avere un quadro specifico della situazione dell'autismo negli adulti in Italia. Del campione preso in esame, solo 112 sono donne (22,5 % dei soggetti). I livelli di ASD diagnosticati nei pazienti adulti erano i seguenti: livello 1 in 39% (n = 193), livello 2 nel 27,1% (n = 135), livello 3 nel 18% (n = 90), disturbo del neurosviluppo NAS non altrimenti specificato nel 3% (n = 15), disturbo di personalità (nessun autismo) nel 2,8% (n = 14) e psicosi (nessun autismo) nel 2,2% (n = 11). Inoltre, il 67,2%

(n = 336) dei partecipanti ha mostrato sintomi psichiatrici e co-occorrenze neurologiche. Le comorbidità mediche rilevanti sono state l'epilessia (16,6%; n = 82), le allergie (8,4%; n = 39), e disturbi gastrointestinali (21,3%; n = 99). Dal punto di vista psichiatrico, il 6% (n = 17) era assistita da un centro di salute mentale per la presenza di gravi co-occorrenze psicopatologiche. Infine, analizzando la situazione abitativa, la maggior parte dei PWA viveva ancora con le proprie famiglie, con solo l'8,1% (n = 40) vive in una struttura residenziale che offre assistenza 24 ore su 24. Solo l'1% (n = 5) ha condiviso un appartamento con pochi altri disabili, mentre l'11% (n = 54) viveva in modo indipendente.

Uno studio sul Capitale Sociale [24] ha analizzato i dati inerenti 20 adulti autistici (n = 20) ed i genitori (n = 21) sugli esiti dopo la scuola superiore. I giovani adulti erano prevalentemente bianchi (67%), con un'età media di 23,25 anni (deviazione standard = 3,6). Di questi, il 59% erano uomini (n = 10, età media = 21,78 anni), il 29% erano donne (n = 5, età media = 25,2 anni), e il 12% era di genere non conforme (n = 2, età media = 25 anni). Complessivamente, il 35% viveva in modo indipendente (n = 6) e sebbene il numero di donne presenti non fosse abbastanza cospicuo si sono notate delle capacità nelle donne del campione di riuscire a fare "rete" ed includere nella propria vita un maggior numero di membri della comunità, mostrando minori difficoltà rispetto agli uomini nella socializzazione.

Uno studio di Rattaz e coll. [25] ha indagato l'evolversi dei comportamenti oppositivi negli autistici in relazione all'età giovanile ed adulta. I comportamenti oppositivi sono manifestazioni comportamentali in cui il soggetto rifiuta qualsiasi richiesta gli venga fatta e manifesta il proprio disagio con urla, pianti ed eventualmente aggressioni auto o eterodirette. L'età media dei giovani adulti era di 20,6 anni ( $\pm 1,5$  anni); il rapporto tra i sessi era 6:1 (m: f). La maggior parte di loro ha soddisfatto i criteri per la diagnosi di disturbo autistico (77,4%) e il 15,1% era diagnosticato con autismo atipico. Otto partecipanti (7,5%) non soddisfacevano più i criteri per un Diagnosi di ASD al momento della valutazione di follow-up. Il linguaggio era presente nel 50,9% dei partecipanti, assente nel 31,2% e limitato a poche parole nel 17,9%. Il campione finale, composto da 106 soggetti, di cui gli autori non specificano il genere, ha mostrato come la presenza di comportamenti problematici nella prima età adulta fosse correlata al livello cognitivo e linguistico del soggetto, alla severità dei sintomi ASD e comorbidità disturbi gastrointestinali e disordini del sonno. Il principale fattore di rischio per i comportamenti oppositivi era la gravità dei sintomi autistici. Il livello di compromissione del linguaggio era un predittore significativo di autolesionismo, mentre i disordini gastrointestinali erano un predittore significativo di stereotipia. I comportamenti problematici negli individui con ASD persistono nella prima età adulta e sono correlati alla gravità dei sintomi principali, ai livelli di disturbi cognitivi e del linguaggio e del profilo medico.

Un altro studio [26], invece, si è concentrato sulla comorbidità tra depressione e diagnosi di autismo. Lo studio ha avuto come obiettivo di esaminare l'incidenza della depressione nella popolazione autistica svedese, rispetto a quella normotipica. La diagnosi clinica dei disturbi depressivi è stata effettuata utilizzando i dati del Servizio

Sanitario della Norvegia. I partecipanti erano 223.842 individui di un'età massima di 27 anni nel 2011, di cui 4073 aveva diagnosticato ASD e 219 769 senza ASD. All'età di 27 anni, il 19,8% (n = 808) degli individui con diagnosi di ASD ha avuto una diagnosi di depressione rispetto al 6,0% (n = 13 114) della popolazione generale. Il rischio di una diagnosi di depressione era più alto nell'ASD senza deficit cognitivi rispetto a quelli con deficit. Invece per quanto riguarda i familiari, sia i fratelli che le sorelle di soggetti autistici avevano un rischio maggiore di depressione rispetto la popolazione generale.

Una ricerca di Russ [27] ha esplorato il profilo socio-cognitivo di 173 adulti inviati per una valutazione di autismo tra i 18 ed i 75 anni, il 75% di questo campione era maschile. Gli Autori hanno evidenziato i tratti dimensionali chiave che definiscono il profilo socio-cognitivo di un soggetto [28] per comprendere la cognizione sociale negli adulti con diagnosi di spettro autistico ed hanno suddiviso il campione tra soggetti che hanno ricevuto la diagnosi e soggetti che non hanno ricevuto la diagnosi di autismo. Tuttavia in questo studio non vi sono risultati statisticamente significativi tra i gruppi e quindi sia chi è stato segnalato come potenzialmente autistico che chi ha ricevuto una diagnosi, sembrano avere le stesse difficoltà sociali con una scarsa di skills riguardanti l'empatia.

## 5. Discussione

I lavori presi in considerazione hanno come campione la popolazione autistica adulta, ma i campioni appaiono essere molto eterogenei tra di loro. Oscilliamo da studi qualitativi su un campione di 17 soggetti, fino a studi su una popolazione di soggetti autistici di ben 4073 soggetti con una forte eterogeneità anagrafica. Nessuno studio si concentra sulle questioni di genere e laddove vengono proposte delle correlazioni si sottolinea l'impossibilità di fare inferenze statisticamente significative. Sebbene tutti gli studi affrontino il mondo dell'autismo negli adulti, sembra non esserci un filo comune che, invece, potrebbe essere di aiuto alla comunità autistica. Ciascuno studio si concentra su aspetti differenti non partendo da un'univoca definizione dei parametri che potrebbero rendere soddisfacente da un punto di vista qualitativo la vita dei soggetti autistici adulti.

## 6. Conclusioni

Con l'aumentare del tasso di diagnosi infantile di autismo si andrà incontro anche ad un aumento della popolazione autistica in età adulta e senile. Sulla base di un recente modello statistico che utilizza i dati del National Study of Children's Salute, si stima che il 2,2% degli adulti statunitensi sia autistico [29]. Gli adulti autistici incontrano molti problemi di salute, sia a livello psicologico (ad es., solitudine, depressione e ansia) che fisico (ad es. obesità, malattie cardiache) [30]. Anche gli adulti autistici hanno un maggiore rischio di mortalità prematura rispetto alla popolazione generale (età media di mortalità: 54 vs 70 anni), soprattutto per coloro che sono a basso funzionamento (età media della mortalità: 40 anni) [31]. D'altra parte la ricerca sugli

interventi per migliorare la condizione di vita degli adulti autistici evidenzia i limiti inerenti le “barriere sanitarie” evidenziando che i servizi sanitari, i finanziamenti e la formazione dei medici non sono ancora tarati per questa popolazione [32]. Basti pensare, ad esempio, agli effetti di una serie di pregiudizi (come quelli riguardanti l’ambito sessuale in cui gli autistici vengono descritti come non attivi), per cui gli autistici non rientrano nella popolazione attenzionata su una serie di procedure sanitarie riguardanti la riproduzione o le malattie sessualmente trasmissibili [33]. La questione femminile, in ultimo, apre a diversi scenari: è incerto se l’osservazione coerente secondo cui le femmine ottengono punteggi inferiori rispetto ai maschi per i comportamenti ripetitivi rifletta livelli realmente inferiori di questi tratti, o se i comportamenti ripetitivi tipici delle femmine non si tarano sugli attuali strumenti di misurazione. Inoltre, è stato suggerito che una caratteristica chiave del fenotipo dell’autismo femminile è la capacità di “mimetizzare” le difficoltà sociali in situazioni sociali. Tuttavia è necessario un ulteriore lavoro per rendere operativo il costrutto del camuffamento e per indagare, in maniera omogenea, gli aspetti della vita autistica adulta.

## BIBLIOGRAFIA

1. American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, Fifth Edition, DSM-5. Arlington, VA.
2. Shattuck, P. T., Roux, A. M., Hudson, L. E., Taylor, J. L., Maenner, M. J., & Trani, J. F. (2012). Services for adults with an autism spectrum disorder. *The Canadian Journal of Psychiatry*, *57*(5), 284-291.
3. Keller, R., Bari, S., Aresi, A., Notaro, L., Bianco, F., & Pirfo, E. (2015). Diagnosing autism spectrum disorders in adulthood. *Journal of Psychopathology*, *21*, 13-18.
4. Hull, L., Petrides, K. V., & Mandy, W. (2020). The female autism phenotype and camouflaging: A narrative review. *Review Journal of Autism and Developmental Disorders*, 1-12.
5. Mo, S., Viljoen, N., & Sharma, S. (2021). The impact of socio-cultural values on autistic women: An interpretative phenomenological analysis. *Autism*, 13623613211037896, 1-12.
6. Rutter, M., Le Couteur, A., & Lord, C. (2003). Autism diagnostic interview-revised. *Los Angeles, CA: Western Psychological Services*, *29*(2003), 30.
7. Rutter, M., Le Couteur, A., & Lord, C. (2003). Autism diagnostic interview-revised. *Los Angeles, CA: Western Psychological Services*, *29*(2003), 30.
8. Gilliam, J. E. (1995). *Gilliam autism rating scale: Examiner’s manual*. Pro-ed.
9. Van Wijngaarden-Cremers, P. J., van Eeten, E., Groen, W. B., Van Deurzen, P. A., Oosterling, I. J., & Van der Gaag, R. J. (2014). Gender and age differences in the core triad of impairments in autism spectrum disorders: a systematic review and meta-analysis. *Journal of autism and developmental disorders*, *44*(3), 627-635.
10. Russell, G., Steer, C., & Golding, J. (2011). Social and demographic factors that influence the diagnosis of autistic spectrum disorders. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, *46*(12), 1283–1293.
11. Duvekot, J., Van der Ende, J., Verhulst, F. C., Slappendel, G., Van Daalen, E., Maras, A., & Graevs-Lord, K. (2017). Factors influencing the probability of a diagnosis of autism spectrum disorder in girls versus boys. *Autism*, *21*(6), 646–658.
12. Rutherford, M., McKenzie, K., Johnson, T., Catchpole, C., O’Hare, A., McClure, I., ... & Murray, A. (2016). Gender ratio in a clinical population sample, age of diagnosis and duration of assessment

- in children and adults with autism spectrum disorder. *Autism*, 20(5), 628-634.
13. Wong, C., Odom, S. L., Hume, K. A., Cox, A. W., Fettig, A., Kucharczyk, S., et al. (2015). Evidence-based practices for children, youth, and young adults with autism spectrum disorder: A comprehensive review. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 45(7), 1951-1966.
  14. Howlin, P., & Moss, P. (2012). Adults with autism spectrum disorders. *Canadian journal of psychiatry. Revue canadienne de psychiatrie*, 57(5), 275-283.
  15. Simonoff, E., Jones, C. R., Baird, G., Pickles, A., Happé, F., & Charman, T. (2013). The persistence and stability of psychiatric problems in adolescents with autism spectrum disorders. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 54(2), 186-194.
  16. Billstedt, E., Carina Gillberg, I., & Gillberg, C. (2007). Autism in adults: symptom patterns and early childhood predictors. Use of the DISCO in a community sample followed from childhood. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 48(11), 1102-1110.
  17. Lai, M. C., Lombardo, M. V., Auyeung, B., Chakrabarti, B., & Baron-Cohen, S. (2015). Sex/gender differences and autism: setting the scene for future research. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 54(1), 11-24.
  18. Sedgewick, F., Hill, V., Yates, R., Pickering, L., & Pellicano, E. (2016). Gender differences in the social motivation and friendship experiences of autistic and non-autistic adolescents. *Journal of autism and developmental disorders*, 46(4), 1297-1306.
  19. Mandy, W., & Tchanturia, K. (2015). Do women with eating disorders who have social and flexibility difficulties really have autism? A case series. *Molecular Autism*, 6(1), 1-10.
  20. Huke, V., Turk, J., Saeidi, S., Kent, A., & Morgan, J. F. (2013). Autism spectrum disorders in eating disorder populations: a systematic review. *European Eating Disorders Review*, 21(5), 345-351.
  21. Van Wijngaarden-Cremers, P. J., van Eeten, E., Groen, W. B., Van Deurzen, P. A., Oosterling, I. J., & Van der Gaag, R. J. (2014). Gender and age differences in the core triad of impairments in autism spectrum disorders: a systematic review and meta-analysis. *Journal of autism and developmental disorders*, 44(3), 627-635.
  22. Anderson, K. A., Sosnowy, C., Kuo, A. A., & Shattuck, P. T. (2018). Transition of individuals with autism to adulthood: a review of qualitative studies. *Pediatrics*, 141(Supplement 4), S318-S327.
  23. Keller, R., Bari, S., Aresi, A., Notaro, L., Bianco, F., & Pirfo, E. (2015). Diagnosing autism spectrum disorders in adulthood. *Journal of Psychopathology*, 21, 13-18.
  24. McGhee Hassrick, E., Sosnowy, C., Graham Holmes, L., Walton, J., & Shattuck, P. T. (2020). Social Capital and Autism in Young Adulthood: Applying Social Network Methods to Measure the Social Capital of Autistic Young Adults. *Autism in Adulthood*, 2(3), 243-254.
  25. Rattaz, C., Michelon, C., Munir, K., & Baghdadli, A. (2018). Challenging behaviours at early adulthood in autism spectrum disorders: topography, risk factors and evolution. *Journal of intellectual disability research: JIDR*, 62(7), 637-649.
  26. Rai, D., Heuvelman, H., Dalman, C., Culpin, I., Lundberg, M., Carpenter, P., & Magnusson, C. (2018). Association between autism spectrum disorders with or without intellectual disability and depression in young adulthood. *JAMA network open*, 1(4), e181465-e181465.
  27. Russ, V., Kovshoff, H., Brown, T., Abbott, P., & Hadwin, J. A. (2020). Exploring the role of empathy in understanding the social-cognitive profile for individuals referred for autism spectrum disorders assessment in adulthood. *Journal of autism and developmental disorders*, 50(5), 1470-1478.
  28. Mathersul, D., McDonald, S., & Rushby, J. A. (2013). Understanding advanced theory of mind and empathy in high-functioning adults with autism spectrum disorder. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 35(6), 655-668.
  29. Dietz, P. M., Rose, C. E., McArthur, D., & Maenner, M. (2020). National and state estimates of adults with autism spectrum disorder. *Journal of autism and developmental disorders*, 50(12), 4258-4266.
  30. Croen, L. A., Zerbo, O., Qian, Y., Massolo, M. L., Rich, S., Sidney, S., & Kripke, C. (2015). The health status of adults on the autism spectrum. *Autism*, 19(7), 814-823.
  31. Hirvikoski, T., Mittendorfer-Rutz, E., Boman, M., Larsson, H., Lichtenstein, P., & Bölte, S. (2016). Premature mortality in autism spectrum disorder. *The British Journal of Psychiatry*, 208(3), 232-238.

32. Warfield, M. E., Crossman, M. K., Delahaye, J., Der Weerd, E., & Kuhlthau, K. A. (2015). Physician perspectives on providing primary medical care to adults with autism spectrum disorders (ASD). *Journal of autism and developmental disorders*, 45(7), 2209-2217.
33. Zerbo, O., Qian, Y., Ray, T., Sidney, S., Rich, S., Massolo, M., & Croen, L. A. (2019). Health care service utilization and cost among adults with autism spectrum disorders in a US integrated health care system. *Autism in Adulthood*, 1(1), 27-36.

ARTICOLO DI OPINIONE

# L'Analisi del Comportamento Applicata: Tra ricchezza e cattive prassi Applied Behavior Analysis: Richness versus Malpractice

Antonia Zamboli<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Ricercatrice indipendente



## Citation

Zamboli A. (2021).  
L'Analisi del Comportamento Applicata:  
Tra ricchezza e cattive prassi  
Phenomena Journal, 3, 140-150.  
<https://doi.org/10.32069/pj.2021.2.135>

## Direttore scientifico

Raffaele Sperandeo

## Supervisore scientifico

Valeria Cioffi

## Journal manager

Enrico Moretto

## Contatta l'autore

Antonia Zamboli  
[dott.zamboli@gmail.com](mailto:dott.zamboli@gmail.com)

**Ricevuto:** 17 giugno 2021

**Accettato:** 2 novembre 2021

**Publicato:** 2 novembre 2021

## ABSTRACT

Applied Behavior Analysis is a scientific discipline in which the principles of behavioral analysis are systematically applied to enhance socially significant behaviours. Clinical activity based on ABA shows the richness and extraordinary rates of success in the treatment of behavioral disorders. There is, however, much prejudice towards this discipline and this cognitive bias creates epistemological confusion towards ABA. Consequently, the wrong understanding of its leading principles generates an incorrect use of its techniques and fosters a negative and erroneous view of this discipline.

Therefore, the focus of this study is to examine the potentials of this science, delving into the two fundamental principles on which it is based: reinforcement and punishment. Thus, bad practices resulting from the clinical community's incorrect understanding and improper use of these two instruments will also be highlighted.

## KEYWORDS

**Autism, behavior, treatment.**

## ABSTRACT IN ITALIANO

L'Analisi Applicata del Comportamento è una disciplina scientifica in cui i principi dell'analisi del comportamento sono applicati sistematicamente per migliorare comportamenti socialmente significativi. L'attività clinica basata sull'ABA dimostra la ricchezza e le straordinarie possibilità di successo nel trattamento dei disturbi del comportamento. Esistono, tuttavia, numerosi pregiudizi verso questa disciplina i quali, costituendo veri e propri "bias cognitivi", producono confusione epistemologica rispetto all'ABA e di conseguenza una rappresentazione errata dei suoi principi che portano ad un utilizzo improprio delle tecniche da essi derivanti e alimentano una visione negativa ed erronea di questa disciplina.

Questo lavoro si propone di esaminare, pertanto, le potenzialità di questa scienza approfondendo due concetti cardini sui quali essa è basata: il rinforzo e la punizione. Si metterà, pertanto, in luce come sia proprio l'errata comprensione e l'improprio utilizzo di questi strumenti da parte della comunità clinica a generare, frequentemente, cattive prassi.

## PAROLE CHIAVE

**Autismo, comportamento, trattamento.**



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

## 1. Le fondamenta dell'Analisi Applicata del Comportamento

L'Analisi Applicata del Comportamento (il cui acronimo ABA sta per Applied Behavior Analysis) è la scienza applicata che deriva dall'Analisi del Comportamento di Skinner (ossia la scienza di base che studia i processi di apprendimento). È una disciplina scientifica in cui i principi dell'analisi del comportamento sono applicati sistematicamente per migliorare comportamenti socialmente significativi. Essa utilizza una logica sperimentale quale caratteristica principale del metodo scientifico. Attraverso tale logica, i comportamenti sono misurati e valutati al fine di identificare le variabili responsabili dei cambiamenti comportamentali. Secondo l'ABA il comportamento è un fenomeno biologico naturale e non, come per le scienze sociali, una manifestazione di un costrutto sottostante o un riflesso di qualche fenomeno mentale. Esso può, pertanto, essere analizzato soltanto attraverso l'osservazione diretta e la manipolazione sistematica di eventi ambientali. Più precisamente dobbiamo specificare che l'oggetto dell'ABA è lo studio delle relazioni funzionali tra il comportamento e gli eventi ambientali attuabile mediante la manipolazione sistematica di una variabile indipendente (evento ambientale) e l'osservazione e misurazione di una o più variabili dipendenti (il comportamento preso in oggetto). Il cuore della disciplina e l'aspetto più potente della stessa risiede, dunque, nel suo scopo ultimo: prevedere e controllare il comportamento [1]. Per comprendere i principi basilari su cui l'Analisi Applicata del Comportamento è basata è necessario riprendere il concetto di condizionamento classico (o rispondente S-R). Pavlov con il paradigma del condizionamento classico ha dimostrato che uno stimolo inizialmente incapace di evocare una certa risposta, se presentato ripetutamente con uno stimolo incondizionato, diventa capace di evocare la stessa risposta comportamentale. Le associazioni tra stimoli non si creano sempre, poiché la loro comparsa presuppone che siano rispettati alcuni principi generali quale il principio di contiguità temporale e l'ordine normale di condizionamento (lo stimolo condizionato deve precedere quello incondizionato). Le risposte condizionate possono essere poi generalizzate in presenza di stimoli che sono simili o che presentano analogie con lo stimolo condizionato (legge della generalizzazione dello stimolo). Il condizionamento classico, tuttavia ha un limite: non spiega perché gli individui apprendano risposte nuove. Il condizionamento operante, teorizzato da Skinner invece, permette di studiare i comportamenti e gli apprendimenti complessi in maniera più approfondita e di superare i limiti del paradigma pavloviano. L'uomo e gli animali infatti manifestano forme di adattamento all'ambiente che sono il risultato di attività spontanee e indipendenti da una specifica situazione stimolo. L'organismo cioè non è passivo ma entra in interazione con moltissimi stimoli. Esso discrimina, seleziona e modifica, per effetto della stessa interazione. Proprio in virtù di questa interazione (l'organismo agisce e opera sul mondo esterno), Skinner propone il nuovo paradigma metodologico per l'analisi dei processi di apprendimento: il condizionamento operante. Egli definisce il condizionamento con il termine operante in quanto è una specifica risposta, prodotta dall'animale nella Skinner box, a venire rinforzata e non lo stimolo come nel condizionamento classico. In quest'ultimo infatti ad essere condizionato è uno stimolo inizialmente neutro che è

associato ad uno stimolo già collegato stabilmente con una risposta. Più in generale il comportamento operante (condizionamento operante) è dato dalla classe di risposte che sono emesse più o meno indipendentemente da stimoli verificabili ma che sono state acquisite in seguito all'azione del rinforzo (positivo o negativo). Nel condizionamento operante lo stimolo assume la funzione di favorire l'emissione di una determinata risposta che è rinforzata. Se il rinforzo di un comportamento operante avviene in presenza di uno stimolo (detto stimolo discriminativo SD) tale stimolo tenderà a favorire l'emissione di quella risposta che poi sarà rinforzata. Skinner introduce un nuovo concetto quello di rinforzo e riconosce il ruolo degli antecedenti nel comportamento operante. Egli ha descritto infatti una contingenza a tre termini comunemente definita: ABC (antecedente, comportamento e conseguenza) dimostrando che sono proprio le conseguenze che seguono un comportamento (rinforzo e punizione ed estinzione) a determinare il cambiamento di quest'ultimo [2]. In ogni applicazione sperimentale del paradigma del condizionamento operante e quindi dell'analisi applicata del comportamento ricorrono pertanto vari elementi che richiedono di essere attentamente analizzati, primi tra tutti il rinforzo, la punizione e l'estinzione.

- Il rinforzo è un cambiamento ambientale che segue una risposta ed aumenta o mantiene la frequenza futura di un dato comportamento. Si intende, quindi, per rinforzo il processo di modificazione del comportamento che si è ottenuto dopo aver somministrato (rinforzo positivo) o sottratto (rinforzo negativo) i rinforzatori, stimoli che quando presentati in maniera conseguente ad una risposta, aumentano o mantengono la futura frequenza di occorrenza di un comportamento, per cui si dice che il comportamento è stato rinforzato. I rinforzatori hanno la stessa funzione della ricompensa, in altre parole entrambi aumentano la probabilità che un comportamento possa essere ripetuto. Per rinforzo si intende sia il processo che consente di aumentare la risposta tramite la consegna contingente di una conseguenza, sia l'operazione di presentare o sottrarre uno stimolo contingente ad una risposta.
- La punizione è un cambiamento ambientale che segue una risposta e che diminuisce la futura frequenza di un dato comportamento ovvero la probabilità che un comportamento possa ripetersi. È in grado di indebolire o eliminare una risposta mediante l'applicazione di uno stimolo spiacevole (punizione positiva) o la rimozione di qualcosa di piacevole (punizione negativa). La punizione, dunque, rappresenta la strada più immediata per modificare un comportamento ma non la migliore.
- L'estinzione è il processo che consiste nel non consegnare un rinforzatore a seguito di una risposta precedentemente rinforzata. Questo implica, a seguito di un picco di estinzione, la diminuzione della forza della risposta misurabile attraverso i parametri di ampiezza, latenza, frequenza ecc.

Partendo dalla teoria di Skinner, l'ABA mette a punto specifici programmi di rinforzo al fine di modificare il comportamento e di incrementare comportamenti funzionali per l'individuo. Si utilizza un rinforzo di tipo continuo nel momento in cui il soggetto

deve apprendere un'abilità che non è in suo possesso. In questo caso il soggetto riceve il rinforzo ogni volta che emette un comportamento target. Al contrario, si utilizza il rinforzo intermittente nel momento in cui è necessario lavorare sul mantenimento delle abilità. In questa situazione, il soggetto non ottiene il rinforzo per ogni occorrenza del comportamento. I piani d'intervento in cui lo schema di rinforzo ha ruolo prioritario sono applicati attraverso due tipi principali di metodiche: il Discret Trial Teaching e il Natural Environment Teaching. Il Discret Trial Teaching (DTT- tradotto in italiano come "insegnamento per prove discrete") è probabilmente la componente procedurale dell'analisi comportamentale più conosciuta nel campo dell'autismo, infatti è stato a lungo considerato sinonimo di analisi comportamentale applicata. Ciascuna seduta di insegnamento è programmata in maniera individualizzata, in base alle esigenze di ogni bambino; l'inizio e la fine di ogni prova sono ben definiti, le istruzioni e gli stimoli antecedenti sono forniti in maniera semplice e ad un livello appropriato e questo crea chiarezza per il bambino. Gli apprendimenti realizzati in DTT e quindi in una situazione particolare possono essere successivamente estesi ad un'infinità di altre esperienze simili. La generalizzazione degli apprendimenti può riguardare sia gli stimoli che le risposte. Il Natural Environment Teaching ("insegnamento in ambiente naturale") è un metodo che consente l'apprendimento del soggetto in circostanze naturali, è pertanto meno strutturato e la base dell'interazione è rappresentata dalle preferenze del soggetto.

## 2. Il principio del rinforzo

Come già anticipato, per rinforzo si intende un cambiamento ambientale che segue una risposta ed aumenta o mantiene la frequenza futura di un comportamento. Questo significa che un dato comportamento quando è seguito da un rinforzatore aumenterà in futuro, in termini di frequenza [3]. Per essere efficace il rinforzo deve avere delle caratteristiche specifiche definite "attributi critici" di seguito riportati.

1) Il cambiamento ambientale (rinforzo) deve verificarsi immediatamente dopo la risposta; la contingenza a due termini, ossia la relazione tra una risposta e uno stimolo che risulta rinforzante, è l'elemento costitutivo fondamentale per la scelta di tutti i comportamenti operanti. L'immediatezza del rinforzo è essenziale, la sua consegna deve infatti avvenire in un arco temporale di pochi secondi. Le ricerche svolte con mammiferi non umani suggeriscono che possono passare fino a trenta secondi senza la perdita dell'effetto di rinforzo [4,5,6] tuttavia, un ritardo maggiore nella consegna di rinforzo sarà meno efficace di un ritardo di zero secondi. In altre parole se il lasso di tempo tra l'emissione della risposta e la consegna di rinforzo aumenta, si corre il rischio di rinforzare inavvertitamente qualche altra risposta emessa dal soggetto in questo lasso di tempo.

2) Il rinforzo deve essere dipendente dalla risposta.

3) Il rinforzo è definito dai suoi effetti sul comportamento. Possiamo definire uno stimolo, evento o attività come rinforzante solo se si verifica effettivamente un aumento o una conservazione della frequenza futura del comportamento che ne precede la consegna. A tal fine, prima di implementare un programma

comportamentale è necessario effettuare un “assessment delle preferenze” per determinare quali siano i rinforzatori per un determinato soggetto che potranno essere cibi, giochi, abbracci, cenni di assenso e addirittura rimproveri.

4) Il rinforzo è automatico; funziona senza alcun bisogno di mediazione verbale, ovvero senza alcuna spiegazione da parte di chi lo presenta.

Il rinforzo, oltre ad aumentare la frequenza futura del comportamento cui segue cambia anche la funzione degli stimoli immediatamente antecedenti al comportamento rinforzato. Alcuni eventi antecedenti, infatti, acquistano la capacità di evocare (rendere più probabili) delle risposte. Questi stimoli connessi alla disponibilità del rinforzo diventano degli SD ossia degli stimoli o condizioni che segnalano l'opportunità di ricevere il rinforzo, viceversa gli Sdelta sono quegli stimoli in presenza dei quali il comportamento non è rinforzato. Il risultato di questa storia di apprendimento è che una persona impara a emettere dei comportamenti in presenza di SD piuttosto che in loro assenza. In questo caso si può dire che il comportamento è sotto il controllo dello stimolo (“stimulus control”). Un altro aspetto importantissimo su cui discutere quando parliamo di rinforzo è quello della motivazione in quanto il valore del rinforzo è determinato proprio da questa variabile tuttavia la complessità del concetto ne rende impossibile la trattazione in questa sede. Ci limiteremo nel dire che condizioni di deprivazione e saturazione alterano sia l'efficacia di un rinforzatore che la frequenza di tutti i comportamenti che sono stati rinforzati dalla loro consegna. Comprendere bene il significato del termine rinforzo, il senso degli attributi critici, le procedure comportamentali che sono basate su questo principio nonché le modalità di manipolare gli antecedenti e la motivazione è l'elemento chiave per eliminare/ridurre comportamenti problematici ed incrementare comportamenti funzionali. Quando si parla di rinforzo è doveroso utilizzare in maniera accurata il linguaggio tecnico della disciplina. Esempi di errori comuni sono i seguenti: “rinforzare la persona”, non si rinforza il soggetto ma il comportamento; “la pratica di un'abilità rinforza quell'abilità” è un'altra terminologia utilizzata in maniera impropria in quanto la pratica non può essere un rinforzatore per il comportamento praticato; la terminologia “rinforzi artificiali” non è sempre adeguata poiché in qualsiasi programma di modifica del comportamento i rinforzi, quando programmati, sono sempre innaturali. Altra confusione epistemologica è costituita dall'utilizzo dei termini “rinforzo” e “feedback”, come sinonimi. Essi si riferiscono, in realtà, a diverse operazioni ed esiti. Il feedback, fornito generalmente in forma verbale, è l'informazione che un individuo riceve su un aspetto particolare del suo comportamento dopo averlo terminato che può fungere da rinforzo ma non è sempre detto che sia così. Il rinforzo invece aumenta sempre la frequenza futura della risposta. Il linguaggio tecnico dell'analisi comportamentale è complesso e talvolta non solo gli studenti ma anche i professionisti ben formati, i ricercatori affermati e gli autori esperti fanno errori quando parlano e o scrivono di analisi comportamentale. Altri aspetti negativi in merito al processo di rinforzo derivano inoltre dalla errata applicazione della procedura che comporta il rischio di rinforzo inavvertito di altri comportamenti disadattivi, con l'aumento di questi ultimi [7]. Vediamo alcuni esempi. Ipotizziamo che un bambino piccolo lanci

un gioco in testa al fratellino e a seguito di questo comportamento riceva attenzione del genitore, in futuro sarà più probabile che il bambino torni a ripetere quel comportamento per attirare l'attenzione dell'adulto; prendiamo ora in considerazione il caso di un soggetto con ritardo evolutivo in una comunità residenziale che durante il pranzo brontola attraverso suoni sollevando il bicchiere vuoto. A seguito di questo comportamento un membro dello staff gli riempie immediatamente il bicchiere. Il brontolio è automaticamente rinforzato. Un altro esempio è ancora quello di un bambino che scalcia perché vuole ottenere un giocattolo e la mamma glielo consegna per farlo calmare. Lo scalcia diventerà per il bambino il modo per ottenere i giochi da lui desiderati. Questi sono solo alcuni esempi, molto semplici, per far comprendere i rischi di rinforzo inconsapevole di comportamenti problema. Come abbiamo visto il processo del rinforzo è il cuore dell'apprendimento tuttavia è spesso visto, dai non addetti ai lavori, come una pratica che robotizza i bambini, che li addestra, al pari di ciò che avviene con gli animali. Per comprendere in realtà quest'aspetto può essere utile la comprensione del ruolo della dopamina, un neuromediatore molto potente, che è in grado di interagire con i nostri comportamenti perché rilasciata dal cervello ogni volta che proviamo gratificazione e soddisfazione. Di conseguenza, un individuo ricerca e ricrea quelle sensazioni che gli hanno fatto provare soddisfazione. Questo meccanismo noto come "circuitto del reward" è, dunque, alla base della possibilità di apprendere dall'esperienza. Non possiamo pertanto non pensare al rinforzo che in termini positivi, in quanto il soggetto ottiene e ricerca la ripetizione di un'esperienza perché gratificante. Questo confuta totalmente la visione dei trattamenti secondo i principi ABA in termini negativi.

### 3. Il principio della punizione

Come già esposto precedentemente, la punizione è un cambiamento ambientale che segue una risposta e che diminuisce la futura frequenza di un dato comportamento, quindi la probabilità che un comportamento possa ripetersi; permette, in maniera efficace, di indebolire o eliminare una risposta mediante l'applicazione di uno stimolo spiacevole, definito avversivo (punizione positiva) o la rimozione di qualcosa di piacevole (punizione negativa). L'uso di tecniche basate sulla punizione è stato studiato empiricamente con individui con diagnosi di disturbo dello spettro autistico, disabilità evolutive e ritardi. I ricercatori, nel corso degli anni, hanno valutato l'efficacia di queste tecniche all'interno di procedure socialmente accettabili come il time-out dal rinforzo [8,9,10,11], il reindirizzamento [12], la sovra correzione [13], la perdita di gettoni [14] e il feedback correttivo [15,16,17]. In passato è stata anche valutata l'efficacia della punizione attraverso l'utilizzo di procedure socialmente meno accettabili come schiaffi sulla coscia [18], scosse elettriche [19] e acqua nebulizzata [20]. In generale, i risultati degli studi di valutazione delle tecniche punitive hanno dimostrato che quest'ultime sono efficaci per diminuire la probabilità di una risposta quando sono implementate in maniera fedele (costante), in condizioni controllate e sotto supervisione [21]. La punizione fisica data da stimoli avversivi non è piacevole né per il cliente né per il terapeuta ma, secondo diversi autori, ci sono casi in cui si rende

necessaria. Un esempio drammatico è quello messo in atto per salvare la vita di una bambina di 6 mesi ricoverata in ospedale perché non aumentava di peso in quanto rigurgitava continuamente il cibo. Sajwaj e colleghi decisero di somministrarle succo di limone come stimolo avversivo non appena notavano l'inizio della ruminazione da parte della bambina e riscontrarono, a seguito del trattamento, una drastica riduzione del comportamento problema [22]. Un altro esempio di punizione è data dai rimproveri, forti stimoli verbali negativi che, quando associati ad una punizione, diventano stimoli avversivi (stimoli punitivi condizionali). Ad esempio, Dorsey e colleghi hanno associato i rimproveri ad uno spruzzo di acqua nebulizzata per eliminare il comportamento di autolesionismo in soggetti con ritardo evolutivo. Questo ha fatto sì che i rimproveri fossero efficaci non solo nel contesto originale ma anche laddove non era usato il nebulizzatore [23]. Il time out è un altro tipo di punizione che consiste nello spostare un individuo da una situazione più rinforzante ad una meno rinforzante come conseguenza di un dato comportamento [24]. Il time out con esclusione consiste nell'allontanare l'individuo per un periodo breve (ad es. 5 mins) dalla situazione in cui ha luogo un rinforzo. Il time out senza esclusione consiste nell'introdurre, nella situazione, uno stimolo associato con un minor rinforzo. Un esempio è il nastro del time out introdotto da Foxx e Shapiro in cui i bambini di una classe indossavano un nastro che veniva rimosso a colui che disturbava al quale non era più permesso partecipare all'attività di classe ed era ignorato dall'insegnante [25]. Il costo della risposta è una strategia che implica la rimozione di una specifica quantità di rinforzatore a seguito di un dato comportamento [26]. Nella vita di tutti i giorni ci sono esempi di costo della risposta quali le multe automobilistiche, o le more per non aver pagato una bolletta in tempo. Il costo della risposta è spesso usato nei programmi di modifica comportamentale in cui gli utenti guadagnano gettoni come rinforzatori [27]. Lavorando in un contesto scolastico, per esempio, Sullivan e O'Leary dimostrarono che la perdita di gettoni (ognuno dei quali era convertibile in un minuto di intervallo) per le azioni non centrate sul compito faceva diminuire questo tipo di comportamenti [28]. Proprio perché la punizione è così efficace tuttavia è importante che questa sia utilizzata solo nel contesto di un programma completo che includa l'uso di tecniche basate sul rinforzo in quanto l'utilizzo delle punizioni comporta rischi significativi tra i quali provocare l'aggressività del soggetto trattato o dello stesso terapeuta, diminuire il comportamento target senza però riuscire a generalizzarlo ed infine portare il terapeuta a diventare troppo dipendente dalle tecniche punitive. Ricordiamo che gli analisti del comportamento, prima di implementare procedure basate sulla punizione, devono assicurarsi di aver fatto tutti i tentativi possibili per implementare procedure basate sul rinforzo, a meno che la severità del comportamento non sia tale da rendere necessario da subito procedure avversive; inoltre sono tenuti a valutare tempestivamente l'efficacia delle procedure avversive utilizzate, apportarne i necessari cambiamenti e prevederne l'interruzione nel caso non siano più necessarie [29]. Un'affermazione contro l'uso di tecniche punitive è che queste possano portare a più errori o potrebbero non essere efficaci nell'insegnamento di nuove competenze. Una parte della ricerca, tuttavia, non supporta questa posizione e ha dimostrato che

le tecniche punitive, se combinate con procedure di rinforzo, generano una rapida acquisizione di competenze [17]. Un secondo reclamo contro l'uso di tecniche punitive consiste nel fatto che possano portare a comportamenti aberranti [30], affermazione che però non è in linea con la recensione condotta da Matson che mette in luce che non c'è alcun motivo per cui si dovrebbe evitare l'uso sicuro ed efficace di tecniche punitive socialmente accettabili [31]. Dall'exkursus sopra riportato si evince che l'impiego della punizione è sempre stato molto controverso. Emerge inoltre confusione e persino riluttanza all'interno della stessa comunità scientifica riguardo le tecniche basate sulla punizione nonostante sia evidente che il loro uso possa modificare efficacemente il comportamento se utilizzate in maniera eticamente corretta, nel rispetto dell'individuo e senza abusi. Appare evidente che nessun analista riterrebbe eticamente corretto utilizzare metodi avversivi se sono disponibili procedure non aversive di pari efficacia tuttavia sembra che ci siano comportamenti estremamente nocivi che in certi casi possano essere soppressi solo per mezzo di una punizione. Ad esempio ci sono persone con ritardo evolutivo o con autismo che mettono in atto continuamente comportamenti auto lesivi rischiando di rovinarsi la vista, comprimendosi gli occhi, o di danneggiarsi l'udito, battendo le mani sulle orecchie, o che si provocano continue ferite ed emorragie, sbattendo la testa su oggetti duri o graffiandosi a sangue, o che addirittura rischiano la vita a causa del vomito autoindotto dopo i pasti, come nel caso della bambina di 6 mesi sopra citato. Una serie di studi dimostra che questi comportamenti possono essere soppressi dalla punizione [32,33] e che solo dopo che il comportamento auto lesivo è stato eliminato può essere utilizzato il rinforzo positivo per mantenere il comportamento desiderabile alternativo, ma questo non può avvenire, secondo gli autori, sino a che il comportamento di autolesionismo non sia sotto controllo. L'unica alternativa all'utilizzo della punizione, in questi casi, sarebbe la restrizione per proteggere l'individuo dai danni fisici provocati da se stesso, come fargli indossare guanti imbottiti o caschi protettivi ma è evidente che ciò impedisce alla persona di imparare un comportamento desiderabile che rimpiazza quello problematico. In conclusione possiamo dire che quando parliamo di punizione provochiamo inevitabilmente una reazione negativa da parte di chi non è a conoscenza dell'analisi del comportamento applicata che comunemente associa questo principio scientifico ad una pratica necessariamente negativa spesso legata anche all'uso comune del termine nel linguaggio quotidiano. È evidente che la decisione di usare o non usare i metodi avversivi, in un caso particolare, richiede formazione professionale ed esperienza notevole e non va presa da persone non qualificate in quanto è difficile stabilire l'esatto grado di punizione adatto alle varie situazioni. La visione esclusivamente negativa della punizione (intesa quasi sempre come pratica avversiva) ha come conseguenza ripercussioni controproducenti addirittura nel campo di ricerca provocando una diminuzione di studi sul tema e di conseguenza una restrizione del ventaglio delle applicazioni in ambito clinico. È interessante citare Lerman e Vorndran che hanno sottolineato che la controversia relativa all'uso di stimoli dolorosi negli interventi comportamentali ha smorzato la ricerca sistematica sulla punizione mentre sarebbe importante riconoscere che in realtà

la punizione è naturale e continua ed è parte della vita di tutti i giorni [34]. Capirne il ruolo ci permette di progettare ambienti in cui bambini e adulti con comportamenti devianti hanno successo. Insegnanti, genitori, datori di lavoro e amici in tutti i contesti della nostra società forniscono regolarmente punizioni contingenti che si traducono nella riduzione di risposte specifiche. Uno sguardo accigliato, un rimprovero, una multa in parcheggio, un voto negativo ad un compito, una sberla da parte di un genitore sono esempi della consegna contingente di stimoli avversivi o della rimozione contingente di qualcosa, che hanno effetto punitivo. Come possiamo comprendere, la punizione è una parte naturale della vita. Lerman e Vorndran, rimarcando i limiti delle nostre attuali conoscenze al riguardo, sottolineano quanto sia importante abbracciare la punizione come ambito di ricerca e intervento non solo per comprenderne gli effetti sul comportamento ma perché la punizione può operare per influenzare il comportamento dell'intera società. Ci rendiamo conto, quindi, che questo principio non riguarda e interessa solamente gli analisti comportamentali che lavorano con persone affette da gravi disabilità dello sviluppo ma chiunque: dal genitore, all'insegnante e l'amico. Se si vorrà offrire una strada per un reale cambiamento del comportamento gli analisti del comportamento avranno bisogno di un programma di ricerca fondato non su una letteratura lacunosa ma su un modello concettuale coerente che permette il cambiamento del comportamento a più livelli della nostra società, ricerca che deve essere in grado di rispondere ai bisogni di famiglie, amici e individui autodeterminati così come di insegnanti, operatori sanitari e medici. Se perseguiamo questa strada, considerando i problemi etici relativi ed intervenendo non solo negli interventi specifici ma a livello globale, stiamo raccogliendo la sfida che Lerman e Vorndran offrono e stiamo articolando il valore dell'analisi comportamentale per l'intera società.

## Conclusioni

Il presente articolo, incentrato sull'evidenziare la significatività clinica dei concetti e degli strumenti derivanti dall'ABA, focalizza la necessità di promuovere la diffusione di una cultura di questa scienza che ne consenta un corretto inquadramento da parte della comunità clinica. Questo lavoro rappresenta, pertanto, un contributo in tal senso.

## BIBLIOGRAFIA

1. Cooper, J.O., Heron, T. E. & Haward, W.L. (2007). *Applied behaviour analysis*. Upper Saddle River: Pearson Merrill Prentice Hall.
2. Skinner, B.F. (1938). *The behaviour of organism: an experimental analysis*. New York: Appleton-Century.
3. Skinner, B.F. (1957). *Verbal Behavior*. New York: Appleton-Century-Crofts.
4. Byrne, T. Lesage, M.G., Poling, A. (1997). Effects of Chlorpromazine on Rats' Acquisition of Lever-Press Responding with Immediate and Delayed Reinforcement *Pharmacology Biochemistry and Behavior*, 58 (1), 31-35.
5. Critchfield, T. S., & Lattal, K. A. (1993). Acquisition of a spatially-defined operant with delayed reinforcement. *Journal of the Experimental Analysis of Behavior*, 59, 373-387.
6. Wilkenfield, J., Nickel, M., Blakely, E., Poling, A. (1992). Acquisition of lever-press responding in rats with delayed reinforcement: A comparison of three procedures. *Journal of the Experimental Analysis of Behavior*, 58-431.
7. Martin, G. & Pear, J. (2000). *Strategie e tecniche per il cambiamento*. New York: McGraw Hill Education.
8. Alberto, P., Heflin, J. L., & Andrews, D. (2002). Use of the timeout ribbon procedure during community-based instruction. *Behavior Modification*, 26, 297-311.
9. Bostow, D. E., & Bailey, J. B. (1969). Modification of severe disruptive and aggressive behavior using brief timeout and reinforcement procedures. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 2, 31-37.
10. Foxx, R. M., & Shapiro, S. T. (1978). The timeout ribbon: A non exclusionary timeout procedure. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 11, 125-136.
11. Yeager, C., & McLaughlin, T. F. (1995). The use of a time-out ribbon and precision requests to improve child compliance in the classroom: A case study. *Child and Family Behavior Therapy*, 17, 1-9.
12. Cassella, M. D., Sidener, T. M., Sidener, D. W., & Progar, P. R. (2011). Response Interruption and redirection for vocal stereotypy in children with autism: A systematic replication. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 44, 169-173.
13. Foxx, R. M., & Azrin, N. H. (1973). The elimination of autistic self-stimulatory behavior by over-Responses to Punishment / 117 correction. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 6, 1-14.
14. Burchard, J. D., & Tyler, V. O. (1965). The modification of delinquent behavior through operant conditioning. *Behaviour Research and Therapy*, 2, 245-250.
15. Barbetta, P. M., Heron, T. E., & Heward, W. L. (1993). Effects of active student response during error correction on the acquisition, maintenance, and generalization of sight words by students with developmental disabilities. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 26, 111-119.
16. Drevno, G. E., Kimball, J. W., Possi, M. K., Heward, W. L., Gardner, R., III, & Barbetta, P. M. (1994). Effects of active student response during error correction on the acquisition, maintenance, and generalization of science vocabulary by elementary students: A systematic replication. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 27, 179-180.
17. Smith, T., Mruzek, D. W., Wheat, L. A., & Hughes, C. (2006). Error correction in discrimination training for children with autism. *Behavioral Interventions*, 21, 245-263.
18. Lovaas, O. I. (1987). Behavioral treatment and normal educational and intellectual functioning in young autistic children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55(1), 3-9.
19. Lovaas, O. I., & Simmons, J. Q. (1969). Manipulation, of self-destruction in three retarded children. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 2, 143-157.
20. Amtzen, E., & Werner, S. B. (1999). Water mist punishment for two classes of problem behavior. *Scandinavian Journal of Behaviour Therapy*, 28, 88-93.
21. Lerman, D. C., Vorndran, C. M. (2002). On the status of knowledge for using punishment: Implications for treating behavior disorders. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 35, 431-464.
22. Sajwaj, T., Libet, J., & Agras, S. (1974). Lemon juice therapy: The control of life-threatening rumination in a six-month-old infant. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 7, 557-563.

23. Dorsey, M.F., Iwata, B.A., Ong, P., & McSween, T.E. (1980). Treatment of self-injurious behavior using a water mist: Initial response suppression and generalization. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 13, 343-353.
24. Van Houten, R. (1983). Punishment: From the animal laboratory to the applied setting. In S. Axelrod & J. Apsche (Eds.), *The effects of punishment on human behavior*. New York: Academic Press.
25. Foxx, R.M., & Shapiro, S.T. (1978). The timeout ribbon: A non-exclusionary timeout procedure. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 11, 125-136.
26. Reynolds, L.K., & Kelley, M.L. (1997). The efficacy of a response-cost based treatment package for managing aggressive behavior in preschoolers. *Behavior Modification*, 21, 216-230.
27. Kazdin, A.E. (1977). *The token economy: A review and evaluation*. New York: Plenum.
28. Sullivan, M.A., & O'Leary, S.G. (1990). Maintenance following reward and cost token programs. *Behavior Therapy*, 21, 139-149.
29. Behavior Analyst Certification Board. (2016). *Professional and ethical compliance code for behavior analysts*. Retrieved from: <http://bacb.com/wpcontent/uploads/2016/03/160321-compliance-code-english.pdf>
30. Gast, D. L. (2011). A rejoinder to Leaf: What constitutes efficient, applied, and trial and error. *Evidence-Based Communication Assessment and Intervention*, 5, 234-238.
31. Matson, J. L., & Taras, M. E. (1989). A 20 year review of punishment and alternative methods to treat problem behaviors in developmentally delayed persons. *Research in Developmental Disabilities*, 10, 85-104.
32. Favell, J.E., Azrin, N.H., Baumeister, A.A., Carr, E.G., Dorsey, M.F., Forfhand, R., Foxx, R. M., Lovaas, O.I., Rincover, A., Risley, T.R., Romanczyk, R.G., Russo, D.G., Schroeder, S.R., & Solnick, J.V. (1982). The treatment of self-injurious behavior. *Behavior Therapist*, 13, 529-554.
33. Linscheid, T.R., Iwata, B.A., Ricketts, R.W., Williams, D.E., & Griffin, J.C. (1990). Clinical evaluation of the self-injurious behavior inhibiting system (SIBIS). *Journal of Applied Behavior Analysis*, 23, 53-78.
34. Lerman, D.C., Vorndran, C.M. (2013). On the status of Knowledge for using punishment: Implications for treating behavior disorders. *Journal Applied Behavior Analysis*.

IPOTESI E METODI DI STUDIO

# Autismo e qualità di vita della famiglia: un approccio integrato

*Dalla terapia abilitativa del soggetto con autismo  
alla presa in carico dell'intero sistema familiare*

Simona Locandro<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Ricercatrice indipendente

## ABSTRACT

Autism is one of the big open questions of recent decades. The impact that it produces on the subject who is affected by it and on the entire family system, on the wider social and economic fabric, the increase in the number of diagnoses, the multiplication of therapeutic and rehabilitative interventions, have increasingly pushed the scientific community towards this issue, which questions both the etiology and the efficacy and efficiency of treatments. This has allowed, to date, greater clarity with respect to preferential interventions. But if this proves to be true in the case of early treatments or in any case focused on a target of subjects belonging to the first groups of life, it is less so in the case of adults. In this case, indeed, the literature is lacking, despite the clinical experience places us in front of some non-negligible criticalities.

These critical issues push us towards integrated approaches, which allow us to create a broader intervention plan, focused on increasing the quality of life of the entire system in which the person with autism is inserted, over the entire life span.

The proposal put forward here is based precisely on the integration between cognitive-behavioral therapy and Gestalt psychotherapy.

## KEYWORDS

**1 Autism; 2 Family system; 3 Integrated Approaches.**

## ABSTRACT IN ITALIANO

L'autismo è una delle grandi questioni aperte degli ultimi decenni. L'impatto che esso produce sul soggetto che ne è affetto e sull'intero sistema familiare, sul tessuto sociale ed economico più ampio, l'incremento del numero di diagnosi, il moltiplicarsi degli interventi terapeutici e riabilitativi, hanno sempre più spinto la comunità scientifica verso questa tematica, che si interroga tanto sull'eziologia quanto sull'efficacia e l'efficienza dei trattamenti. Ciò ha permesso, ad oggi, una maggiore chiarezza rispetto agli interventi preferenziali. Ma se ciò si rivela veritiero nel caso dei trattamenti precoci o comunque focalizzati ad un target di soggetti appartenenti alle prime fasce di vita, meno lo è nel caso dei soggetti di età adulta.

In questo caso, infatti la letteratura è carente, nonostante l'esperienza clinica ci pone davanti a delle criticità non trascurabili.

Tali criticità ci spingono verso approcci integrati, che permettano di realizzare un piano di intervento più ampio, focalizzato sull'incremento della qualità della vita dell'intero sistema in cui è inserito il soggetto con autismo, nell'intero arco di vita.

La proposta qui avanzata è basata proprio sull'integrazione tra la terapia cognitivo-comportamentale e la psicoterapia della Gestalt.

## PAROLE CHIAVE

**1 Autismo; 2 Sistema familiare; 3 Approcci integrati.**



### Citation

Locandro S. (2021).  
Autismo e qualità di vita della famiglia:  
un approccio integrato  
Phenomena Journal, 3, 151-160.  
<https://doi.org/10.32069/pj.2021.2.143>

### Direttore scientifico

Raffaele Sperandeo

### Supervisore scientifico

Valeria Cioffi

### Journal manager

Enrico Moretto

### Contatta l'autore

Simona Locandro  
[simona.loc.89@gmail.com](mailto:simona.loc.89@gmail.com)

**Ricevuto:** 28 luglio 2021

**Accettato:** 2 dicembre 2021

**Pubblicato:** 2 dicembre 2021



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

## 1. Introduzione

### *1.1 Autismo: una panoramica sulla sindrome*

L'autismo è un tema antico e, al contempo, quanto mai attuale. Seppur il termine “disturbo dello spettro autistico” sia stato introdotto solo con la pubblicazione del DSM-5 nel 2013 [1], il fenomeno era già conosciuto e discusso sotto altre etichette diagnostiche.

Si può far risalire l'identificazione dell'autismo come disturbo clinico precoce a due pubblicazioni risalenti agli anni '40; la prima ad opera di Kanner [2], la seconda di Asperger [3].

Nonostante la grande mole di studi già prodotti, sia rispetto all'eziopatogenesi, sia in termini di linee guida per i trattamenti, “l'enigma dell'autismo” [4] rimane ancora vivo. Esso rappresenta un terreno assai fertile per i ricercatori. La sua complessità e la crescente diffusione rendono sempre necessari ulteriori studi, volti non soltanto ad individuarne la causa o i migliori strumenti di cura, ma anche gli effetti a catena che si sviluppano da un fenomeno così complesso.

L'autismo è un disturbo del neurosviluppo a insorgenza precoce, caratterizzato da difficoltà nell'interazione e comunicazione sociale e dalla presenza di interessi ristretti e comportamenti ripetitivi e stereotipati [5]. Ad un livello neurofunzionale può essere considerato come l'espressione di un processo specifico che, da fattori poligenetici, comporta uno sviluppo atipico dell'architettura cerebrale [6].

1. Si tratta di un disturbo complesso che danneggia molti aspetti del funzionamento infantile; le aree principalmente danneggiate risultano essere quelle dell'interazione sociale e della comunicazione, con effetti importanti persino in soggetti con un Q. I. nella norma. Tali difficoltà sono poi ulteriormente inasprite dalla presenza di aspetti secondari, come gli schemi di comportamento rigidi e stereotipati, gli interessi ossessivi e ristretti e le routine. Proprio rispetto a questi abbiamo oggi a disposizione diverse possibilità terapeutiche, con diversi trattamenti efficaci, generalmente di natura comportamentale, che permettono anche l'acquisizione di molteplici abilità necessarie per far sì che si realizzi un coinvolgimento diretto della persona all'interno del suo personale processo di sviluppo durante l'intero arco di vita. Si dimostrano più difficili da trattare, invece, le difficoltà interpersonali e i deficit di comunicazione in senso più ampio. In queste aree infatti i diversi trattamenti proposti, da quelli farmacologici, alla pet therapy, passando per la stimolazione sensoriale, e tanti altri, non hanno prodotto solidi risultati scientifici [7].

Ad oggi, la diffusione ed il consolidamento delle conoscenze scientifiche hanno portato ad una maggiore consapevolezza dell'autismo nei suoi vari aspetti. Ciò ha portato anche ad un aumento del numero delle diagnosi ed al riconoscimento e all'inclusione di soggetti con alterazioni più qualitative, privi di deficit cognitivi e con diversi livelli di funzionamento e di abilità.

Inoltre, gli interventi intensivi precoci, di diverso tipo e grado di strutturazione, hanno fornito grosse prove di efficacia, efficacia basata sulla grande plasticità cerebrale del cervello durante le primissime fasi del suo sviluppo. Per tale motivo la diagnosi pre-

coce ha notevolmente migliorato la prognosi del disturbo [8].

Studi recenti hanno inoltre mostrato come il coinvolgimento della famiglia può avere effetti positivi non solo sulla diagnosi ma sulle modalità di interazione tra bambino e famiglia, effetti che si manifestano per esempio sul numero di richieste espresse dal bambino [9]. Questo si traduce in un miglioramento della qualità di vita dell'intero sistema familiare.

### ***1.2 Autismo e sistema familiare: una proposta di intervento***

Nonostante l'origine infantile, occorre però ricordare che la sindrome autistica rappresenta una condizione permanente, che accompagna il soggetto per l'intero arco di vita, con ampie ricadute sulla coppia genitoriale e sull'intero sistema familiare.

Avendo una forte natura sociale, infatti, l'autismo va ad impattare in maniera importante su quello che è il primo agente sociale per eccellenza: la famiglia. Anche la società più allargata ne paga lo scotto, in quanto la prevalenza della sindrome sulla popolazione ha dei costi in ambito sociale e sanitario.

Proprio il fatto che si tratti di una condizione complessa e permanente, fa sì che gli interventi debbano essere pensati con la stessa complessità, abbandonando l'ottica assistenzialista che provoca così tanto stress nelle famiglie e abbracciando una prospettiva più olistica, con interventi che prendano in carico l'intero sistema familiare e lo accompagnino nel corso del suo realizzarsi nel tempo, nei cambiamenti e nelle sfide che si succedono.

Per far sì che si realizzi un approccio del genere è necessario pensare ad interventi integrati, che si concentrino tanto sul singolo individuo, tanto sullo sfondo sociale di appartenenza, accompagnando la creazione di una *gestalt*<sup>1</sup>.

La presa in carico della famiglia è indispensabile fin dall'avvio dell'iter valutativo sul singolo, deve poi continuare durante la fase della comunicazione della diagnosi, della costruzione e dell'implementazione del progetto terapeutico e infine durante la fase di valutazione della sua efficacia.

Lo studio presentato segue proprio questo filone, proponendo un percorso integrato, che mette insieme training di matrice cognitivo-comportamentale (ABA) e sessioni di psicoterapia ad indirizzo gestaltico rivolto alla coppia genitoriale.

### ***1.3 ABA e Gestalt: un incontro possibile?***

L'*Applied Behavioural Analysis*, più comunemente conosciuta come ABA, è una scienza basata sull'analisi funzionale dei comportamenti, con lo scopo di comprenderne le cause (chiamate *antecedenti*) e prevenire le reazioni problematiche, fornendo al bambino alternative di comportamento più funzionali [10]. Sviluppata a partire dagli studi di Skinner [11, 12], la terapia ABA è ormai supportata da molteplici studi che sostengono una sua efficacia nel migliorare le abilità cognitive, il linguaggio e i comportamenti adattativi nei bambini con disturbi dello spettro autistico [13, 14, 15]. Grazie ai numerosi studi sulla sua efficacia, l'ABA è diventato uno dei trattamenti elettivi nell'ambito dei disturbi del neurosviluppo, con importanti applicazioni so-

<sup>1</sup> Dal verbo "gestalten", dare una struttura significativa, la gestalt è una forma strutturata, completa e dotata di un senso.

prattutto nell'ambito dell'autismo. Esso si pone come strumento e metodologia per l'apprendimento di molteplici abilità, basando il suo intervento sulla manipolazione della motivazione dell'allievo e sulla presentazione di aiuti e modelli [16]. Nonostante la terapia sia indirizzata al soggetto con autismo, la collaborazione dei genitori risulta fondamentale in diverse fasi, come: la scelta dei *rinforzi*<sup>2</sup> l'individuazione dei comportamenti più difficili da gestire, per la generalizzazione delle abilità e tanto altro ancora [17].

Nella proposta di studio qui presentata, proponiamo di affiancare a questo percorso riabilitativo sul singolo, un percorso psicoterapico rivolto alla famiglia.

La cornice teorica scelta in questo studio per la psicoterapia è quella che fa riferimento alla Psicoterapia della Gestalt. La psicoterapia della Gestalt è un metodo post-analitico, sviluppatosi negli Stati Uniti a metà del secolo scorso, a partire dagli studi di Perls, Goodman e Hefferline [18]. Si tratta di un approccio di tipo fenomenologico, dunque i suoi riferimenti teorici partono proprio dall'esperienza del bambino e del caregiver nel qui e ora della situazione. È infatti all'interno di questa esperienza, di questa danza, che si verrebbe a creare e si svilupperebbe la struttura identitaria del bambino. Per cui, all'interno di questo modello, l'attenzione non viene posta solo sulle abilità acquisite dal bambino o solo sugli schemi di contatto, ma soprattutto sul modo in cui si integra ciò che avviene al *confine di contatto*<sup>3</sup> in un senso del sé in continua evoluzione [6]. Ed è proprio ciò che avviene in questo confine ad essere disponibile all'osservazione ed all'intervento terapeutico, che si pone come obiettivo il riconoscimento dell'intenzionalità di contatto verso l'altro significativo da parte di tutti i membri del sistema familiare.

In un approccio fenomenologico lo sviluppo non è visto come un susseguirsi di fasi ma come una musica, dotata da armonia e di intenzionalità, da apprezzare e sostenere, a prescindere dall'efficacia dei compiti maturativi raggiunti [6]. Lo psicoterapeuta della Gestalt quindi non guarda gli obiettivi raggiunti dal bambino ma come caregiver e bambino siano capaci di portare a termine l'intenzionalità di contatto, adattandosi creativamente l'uno all'altro in situazioni difficili.

Ciò risulta vero anche nelle famiglie con bimbi affetti da autismo, infatti nonostante il bambino possa sembrare assorto nel proprio mondo, può avere un sistema di attaccamento sicuro con il genitore e mostrare comportamenti tipici, come la ricerca della vicinanza fisica in situazioni nuove o il disagio al momento della separazione [6].

Quello che però risulta peculiare nel bambino con autismo, in termini gestaltici, è la qualità dell'incontro tra organismo e ambiente a causa della differente tendenza della persona con autismo verso l'interesse e l'assimilazione della novità che proviene dall'incontro. La funzione terapeutica gestaltica dovrebbe quindi focalizzarsi sul rendere l'altro (la famiglia) consapevole delle difficoltà che il soggetto ha nel suo approccio al contatto, insegnando così a "stare con" la persona affetta da autismo. Se nella terapia si pone attenzione solo a rigidi programmi terapeutici, basati sulla modificazione del comportamento "patologico", si rischia di continuare a sostenere una modalità di contatto organismo/ambiente desensibilizzata e asincrona, con un'inevi-

<sup>2</sup> Il rinforzo è una conseguenza che, se applicata al comportamento di un organismo, rafforzerà la probabilità di emissione di quest'ultimo ogni volta che esso è preceduto da uno specifico stimolo antecedente.

<sup>3</sup> "Il confine di contatto è il punto in cui si verifica l'esperienza, non separa l'organismo dal suo ambiente, assolve piuttosto alla funzione di limitare l'organismo, di contenerlo e proteggerlo, e allo stesso tempo si pone in contatto con l'ambiente. Potremmo dire che il confine di contatto – per esempio la pelle sensibile – più che essere parte dell'organismo, è invece, in sostanza, l'organo di un particolare rapporto tra l'organismo e l'ambiente" (Perls, Hefferline e Goodman, 1997, p. 39). La 'dimensione terza' tra l'organismo e l'ambiente è il confine di contatto.

tabile impatto negativo sulla qualità della relazione [6].

In questo senso, così come si pone attenzione ai sintomi precoci nel bambino, così bisognerebbe attenzionare le preoccupazioni dei genitori e le informazioni che essi hanno a disposizione riguardo lo sviluppo del loro bambino.

L'approccio basato sulla teoria della Gestalt promuove lo sviluppo dell'iniziativa nel bambino per trasformarla in un'opportunità comunicativo-relazionale, aiutando in particolare i genitori a comprendere e sostenere l'intenzionalità comunicativa dei bambini attraverso risposte sincrone.

La flessibilità dell'approccio gestaltico in termini di adattamento creativo, la prospettiva fenomenologica del campo organismo/ambiente, l'attenzione al corpo e l'idea di cura come costituzione dell'esser-ci dell'essere [19] offre alla psicoterapia della Gestalt un vantaggio epistemologico che si potrebbe tradurre in efficacia clinica [6].

Alla luce di questo, la proposta di un intervento integrato qui introdotta prevede un supporto genitoriale costante da parte dello psicoterapeuta, che tenga conto delle difficoltà genitoriali nel supportare la terapia del figlio, diventandone parte integrante, ma che consideri questa partecipazione fondamentale per la buona riuscita dell'intervento.

Tale percorso permetterebbe infatti alla famiglia coinvolta di sperimentare una migliore qualità di vita, grazie allo sviluppo di una capacità integrativa con cui il bambino ed i suoi caregivers mantengono la vitalità nonostante lo stress e le situazioni difficili [6].

Spesso infatti in queste famiglie risulta complicato dare il giusto contenimento affettivo: i genitori provano imbarazzo e sofferenza davanti alle esigenze spesso espresse in modo disfunzionale dai loro bimbi "speciali", sperimentando un forte senso di frustrazione.

All'interno di una cornice gestaltica, la sofferenza dei genitori diviene sofferenza di campo e quindi anche dello stesso soggetto con autismo, che la sperimenta da un punto di vista neurologico per le pressioni che la rigidità dell'intervento richiede e da un punto di vista di clima, ambiente e di sistema familiare.

Le famiglie si trovano così davanti ad una scelta: rimanere al confine di contatto con il bambino, lasciando emergere una soluzione dalla spontaneità del contatto, o ritirarsi dal conflitto, desensibilizzandosi gradualmente. Questa seconda scelta non va certamente nella direzione dell'adattamento e della resilienza, ma si verifica spesso, anche per la mancanza di agenzie sociali capaci di dare luogo e dignità alle difficoltà che la coppia genitoriale si trova a vivere.

In tal senso un percorso psicoterapeutico potrebbe intervenire proprio sulla costruzione di significati e trame emotive che rinforzino il sistema familiare, rendendolo capace da una parte di accettare e costruire la propria dimensione familiare, dando senso anche ai momenti di crisi e cambiamento, e dall'altra di contestualizzare le strategie apprese durante le sessioni di parent-training basate sull'ABA.

Studi recenti hanno mostrato come il coinvolgimento della famiglia può avere effetti positivi non solo sulla diagnosi ma sulle modalità di interazione tra bambino e fami-

glia, effetti che si manifestano per esempio sul numero di richieste espresse dal bambino [9]. Ciò ha importanti ricadute sull'intero sistema familiare e sulla sua qualità di vita.

Da queste consapevolezze nasce la proposta di un intervento integrato, che preveda un supporto genitoriale costante da parte dello psicoterapeuta e tenga conto delle difficoltà genitoriali nel supportare la terapia del figlio, diventandone parte integrante. Il già citato concetto di qualità di vita è ambito di interesse e di studio in diverse discipline, ciascuna delle quali ha sviluppato una sua concettualizzazione ed operazionalizzazione. Ne derivano una molteplicità di definizioni presenti in letteratura. Prenderemo qui in considerazione la definizione data dall'OMS nel 1995 [20], che la descrive come la percezione che l'individuo ha della propria posizione nella vita nel contesto dei sistemi culturali e dei valori di riferimento nei quali è inserito e in relazione ai propri obiettivi, aspettative, standard e interessi. Si tratta di un concetto misurabile con metodi quantitativi e qualitativi, multidimensionale e strettamente legato al giudizio personale.

## **1. Materiali e Metodi**

### ***2.1 Materiali***

Il presente studio sarà applicato ad un gruppo di 30 famiglie all'interno delle quali ci sia almeno 1 soggetto affetto da autismo e 2 genitori, afferenti ad uno centro privato che si occupa di riabilitazione e psicoterapia. Tutti i soggetti con autismo coinvolti nello studio seguiranno un percorso riabilitativo basato su trattamenti di matrice cognitivo-comportamentale (terapia ABA), sia attraverso delle sessioni di lavoro individualizzato che attraverso delle sessioni di parent-training. La frequenza degli interventi ABA, così come gli obiettivi del percorso, saranno stabiliti da un Analista del Comportamento che, in qualità di supervisore, definirà il profilo individuale del soggetto. Questo permette di massimizzare l'efficacia del trattamento abilitativo, in relazione alle principali difficoltà cognitive, emozionali e comportamentali riscontrate, ma anche in relazione ai possibili punti di forza del bambino. Il programma di intervento comprende vari moduli e viene monitorato e aggiornato periodicamente. Al lavoro individuale sul soggetto con autismo si affiancheranno dei momenti di condivisione e formazione dei genitori, attraverso delle sessioni di parent-training. Queste ultime permettono ai genitori di avere un ruolo attivo all'interno del percorso riabilitativo e di generalizzare le competenze apprese dai soggetti con autismo nei diversi ambiti di vita. All'interno di queste sessioni, oltre a condividere gli obiettivi dei programmi individualizzati, si insegnano ai genitori stessi strategie e tecniche per promuovere l'acquisizione ed il mantenimento delle abilità dei figli [21]. Ciò permette alla famiglia di prevenire comportamenti inappropriati, promuovere comportamenti funzionali e sostenere una sana relazione genitore-figlio [22].

La metà delle famiglie (15 nuclei) verrà seguita attraverso delle sessioni di terapia ABA con cadenza di 2 o 3 incontri a settimana, rivolti esclusivamente al soggetto affetto da autismo, e 1 incontro mensile tra terapisti ABA, supervisore e genitori per lo

svolgimento di sessioni di parent-training. Tale gruppo rappresenta il gruppo di controllo. Il gruppo sperimentale sarà invece composto da 15 famiglie per le quali è previsto un percorso integrato che prevede: terapia ABA con cadenza di 2 o 3 incontri a settimana rivolti al soggetto con autismo, 1 incontro mensile di parent-training con i genitori, i terapisti ABA, il supervisore ed il bambino, e incontri mensili rivolti alla famiglia di psicoterapia della Gestalt. La frequenza di questi incontri è variabile e verrà concordata dalla famiglia e dallo psicoterapeuta di riferimento. La loro durata sarà di 1 ora. Le sessioni di terapia ABA sul soggetto autistico e le sessioni di parent-training avranno, invece, una durata di 2 ore.

## ***2.2 Metodologie e procedure***

Il progetto qui presentato prevede che le famiglie coinvolte nel presente studio ricevano gli interventi previsti per almeno 15 mesi, suddivisi in 2 o più step, per valutare in itinere i primi risultati e tenerli sotto controllo.

All'inizio del percorso ai genitori verrà presentato un questionario semistrutturato con domande volte ad indagare la qualità di vita del sistema familiare e ad individuare le principali difficoltà genitoriali. Lo stesso questionario verrà riproposto dopo 6 mesi e dopo 15 mesi dall'avvio del presente studio, ad entrambi i gruppi coinvolti. Sarà lo stesso psicoterapeuta che ha in carico la famiglia a somministrare il questionario; egli potrà poi approfondire l'ambito di interesse integrando i dati ricavati dal questionario con quelli ricavati dal colloquio clinico.

Il questionario scelto per indagare la qualità di vita delle famiglie coinvolte nel progetto sperimentale è lo Strumento d'Indagine della Qualità di vita della Famiglia (SIFQ).

Tale strumento, pubblicato nel 2006 da Brown e colleghi [23], è stato pensato dagli autori per misurare la Qualità di vita delle famiglie con uno o più membri con qualche forma di disabilità intellettiva e comportamentale. Esso raccoglie informazioni qualitative e quantitative riguardanti 9 aree di vita: salute, benessere economico, relazioni intra-familiari, aiuti da altre persone, supporto dei servizi per la disabilità, influenza dei valori, carriera e preparazione alla carriera, tempo libero e divertimento, interazione con la comunità. Ciascuna area viene valutata attraverso 6 dimensioni: importanza, soddisfazione, opportunità, realizzazione (conseguimento), iniziativa e stabilità.

Contemporaneamente, nel corso dei 15 mesi, verranno monitorati gli episodi di comportamenti problematici dei soggetti con autismo all'interno del contesto familiare, con particolare riferimento a quelli che possono provocare danni a sé o agli altri, per intensità, frequenza e durata. In particolare ne verrà registrata la frequenza.

Nello specifico, il protocollo sperimentale prevede un numero di incontri variabili, in funzione della fase del percorso e delle esigenze della famiglia.

Ciò vale sia per il trattamento proposto al soggetto con autismo, sia per gli altri familiari coinvolti. Per il soggetto con autismo sarà l'Analista del comportamento ad indicare i tempi del trattamento ABA, durante le sessioni di parent-training saranno

infatti revisionati gli obiettivi individuali e saranno forniti ai genitori gli strumenti per mantenere le abilità acquisite dal bambino/ragazzo e promuoverne la generalizzazione nei vari ambiti di vita.

Allo stesso modo, lo psicoterapeuta che ha in carico la famiglia, dopo un primo incontro conoscitivo, stabilirà i tempi e la frequenza del suo intervento. Inizialmente, ad esempio, la psicoterapia potrebbe avere una cadenza settimanale, per poi sfumare gradualmente con 1 incontro ogni 2 settimane, 1 incontro mensile, fino ad arrivare agli incontri di follow-up. Tale percorso avverrà nel corso dei 15 mesi previsti per l'applicazione del protocollo.

### 3. Risultati attesi

In questo studio si ipotizza un nuovo modello terapeutico basato sull'integrazione di due diverse tipologie di intervento psicologico, l'ABA e la Gestalt. Nello specifico, si lavora parallelamente sul soggetto con autismo e sulla coppia genitoriale. I soggetti autistici verranno riabilitati con un intervento ABA; il lavoro con i genitori, invece, elemento essenziale del percorso, include sessioni di parent-training secondo la metodologia ABA e sessioni di psicoterapia ad indirizzo gestaltico. In questo modo si mira a fornire al nucleo familiare gli strumenti adeguati per implementare lo sviluppo delle abilità del soggetto autistico e promuoverne la loro generalizzazione nei diversi contesti di vita, al fine di favorire la creazione di un contenitore sicuro all'interno della famiglia stessa. Uno spazio in cui il soggetto è riconosciuto nella sua dimensione personale e trova spazio per sperimentare le sue abilità, superando così la dimensione assistenzialistica che tanto pesa sulla qualità della vita dell'intero nucleo familiare.

I risultati attesi dovrebbero dunque mettere in luce l'efficacia di un trattamento integrato, mostrando migliori indici di benessere nelle famiglie che hanno aderito al percorso sperimentale. Proprio in queste famiglie, infatti, dovrebbe mostrarsi un miglioramento della qualità di vita dell'intero sistema, anche a parità di risultati dei processi terapeutici e riabilitativi di natura cognitiva-comportamentale (ABA).

In un percorso di questo tipo, l'approccio fenomenologico proprio della terapia della Gestalt, si esplica attraverso l'attenzione posta al *qui e ora*, alla situazione attuale che la famiglia vive, ma anche al *qui e allora*, uno spazio-tempo in cui prendono forma le aspettative delle persone coinvolte ed in cui si realizza quel percorso di accompagnamento necessario.

### 4. Conclusioni

Il presente lavoro rappresenta al momento soltanto un'ipotesi di intervento, ipotesi nata dalla curiosità epistemologica e da una grande passione clinica, passione che si esplica attraverso la costruzione di percorsi e relazioni d'aiuto, non soltanto in termini abilitativi e riabilitativi. L'applicazione del modello su un primo campione potrebbe confermare la sua consistenza.

Dall'analisi dei dati ricavati dal questionario e dal monitoraggio della frequenza dei

comportamenti problematici, infatti, si potrà contribuire alla ricerca scientifica e programmare interventi di natura sanitaria di supporto psicologico alla famiglia. La futura analisi dei dati permetterà dunque di stabilire in maniera più precisa i tempi dell'intervento gestaltico integrato per il supporto genitoriale, fondamentale per l'intero sistema familiare.

Obiettivo di tali incontri è il sostegno alla genitorialità, dando particolare rilevanza ai passaggi alle diverse fasi di vita. Le criticità che la famiglia si trova ad affrontare infatti sono molteplici e cambiano anche in base all'età dei figli. Nel corso degli anni si viene a creare sempre più uno scarto tra la disabilità e le aspettative dei genitori. Compito del terapeuta è dunque quello di colmare questo scarto, costruendo trame di significati, abbassando e contenendo il vissuto ansioso della famiglia e facendo emergere dallo sfondo del vissuto genitoriale, un vissuto personale. Ciò fa sì che il genitore riconquisti la propria autonomia ed il proprio spazio, spazio in cui può esprimere non solo l'essere genitore, ma anche l'essere "persona", riconquistando energia vitale, tanto per il singolo, tanto per la coppia, tanto per l'intera famiglia.

## BIBLIOGRAFIA

1. American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition, DSM-5*. Arlington, VA.
2. Kanner, L. (1943). Autistic disturbances of affective contact. *Nervous child*, 2(3), 217-250.
3. Asperger, H. (1944). Die "Autistischen Psychopathen" im Kindesalter. *Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten* 117: 76–136; translated and annotated as: Autistic psychopathy in childhood. *Autism and Asperger Syndrome*, 37-92.
4. Frith, U. (2008). *L'autismo, spiegazione di un'enigma*. Laterza, Roma-Bari.
5. American Psychiatric Association (2000). DSM IV-TR. *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*. Masson, Milano.
6. Spagnuolo Lobb, M., Levi, N., Williams, A. (2021). *Psicoterapia della Gestalt con i bambini: dall'epistemologia alla pratica clinica*. Franco Angeli, Milano.
7. Vismara, L. A., & Rogers, S. J. (2010). Behavioral treatments in autism spectrum disorder: what do we know?. *Annual review of clinical psychology*, 6, 447-468.
8. Howlin, P., Cohen, S. B., & Hadwin, J. (1999). *Teoria della mente e autismo. Insegnare a comprendere gli stati psichici dell'altro*. Edizioni Erickson.
9. Pickles, A., Le Couteur, A., Leadbitter, K., Salomone, E., Cole-Fletcher, R., Tobin, H., ... & Green, J. (2016). Parent-mediated social communication therapy for young children with autism (PACT): long-term follow-up of a randomised controlled trial. *The Lancet*, 388(10059), 2501-2509.
10. Cooper, J. O., Heron, T. E., Heward, W. L. (2006). *Applied Behavior Analysis*. Pearson, Londra.
11. Skinner, B. F. (1938). *Il comportamento degli organismi: un'analisi sperimentale*. Cambridge, Massachusetts: BF Skinner Foundation.
12. Skinner, B. F. (1953). *Science and Human Behaviour*. Glencoe, Free Press.
13. Fenske, E. C., Zalenski, S., Krantz P. J., Mc Clannahan, L. E. (1985). Age at intervention and treatment outcome for autistic children in a comprehensive intervention program. *Analysis and Intervention in Developmental Disabilities*, 43, 1.
14. Matson, J. L., Benavidez, D. A., Compton, L. S., Paclawskyj, T., & Baglio, C. (1996). Behavioral treatment of autistic persons: A review of research from 1980 to the present. *Research in developmental disabilities*, 17(6), 433-465.
15. Sallows, G. O., & Graupner, T. D. (2005). Intensive behavioral treatment for children with autism: Four-year outcome and predictors. *American journal on mental retardation*, 110(6), 417-438.
16. Ricci, C., Magaudda, C., Carradori, G., Bellifemine, D., & Romeo, A. (2014). *Il manuale ABA-VB-Applied Behavior Analysis and Verbal Behavior: Fondamenti, tecniche e programmi di intervento*. Edizioni Centro Studi Erickson.
17. Zanobini, M., Usai, M. (2008). *Psicologia della disabilità e della riabilitazione. I soggetti, le relazioni, i contesti in prospettiva evolutiva*. Franco Angeli, Milano.
18. Perls, F. S., Hefferline, R. F., & Goodman, P. (1951). *Gestalt therapy: Excitement and growth in the human personality*. Dell, New York.
19. Heidegger, M. (2011). *Phänomenologie Des Religiösen Lebens*. Klostermann, Francoforte.
20. Group, T. W. (1998). The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): development and general psychometric properties. *Social science & medicine*, 46(12), 1569-1585.
21. Ingersoll, B., Straiton, D., & Caquias, N. R. (2020). The role of professional training experiences and manualized programs in ABA providers' use of parent training with children with autism. *Behavior Therapy*, 51(4), 588-600.
22. Axelrod, M. I., & Santagata, M. L. (2021). Behavioral parent training. *Applications of Behavior Analysis in Healthcare and Beyond*, 135-154.
23. Brown, I., Neikrug, S., & Brown, R. I. (2000). *Family quality of life survey. International Family Quality of Life Project*. Australia, Canada, Israel.