

I principi teorici della terapia centrata sul corpo per promuovere la sintonizzazione affettiva nei bambini con disturbo dello spettro autistico

Abstract:

Seguendo i nuovi paradigmi della conoscenza descritti secondo un processo bottom-up, le radici dei disturbi dello Spettro Autistico vanno ricercate nei primi meccanismi di sintonizzazione tra madre e bambino che consentono un primo livello di mentalizzazione. Le attuali teorie evolutive e le neuroscienze hanno confermato l'esistenza di quei meccanismi difensivi a carico della corporeità e dell'affettività che le teorie psico-dinamiche avevano già evidenziato. La lettura del comportamento del bambino non solo tramite valutazioni testistiche ma anche attraverso attente osservazioni cliniche consente una comprensione migliore delle difficoltà comunicative e relazionali presenti nell'autismo ma, soprattutto, favorisce la ricerca di quell'area di sviluppo prossimale dove può collocarsi l'intervento terapeutico rispettoso dell'individualità del singolo bambino e della specificità delle vicende relazionali con il mondo. Nell'articolo vengono presentati i principi teorici di una terapia centrata sul corpo per promuovere, nei bambini autistici, i meccanismi di sintonizzazione necessari per attivare le risorse cognitive presenti.

Introduzione

Come è ormai ben noto, nel DSM-5 (APA, 2013) le categorie di sintomi inerenti i Disturbi dello Spettro Autistico sono state ridotte fondamentalmente a due e cioè i deficit persistenti della comunicazione e dell'interazione sociale e i pattern di comportamenti, interessi o attività ristretti e ripetitivi. Puntando verso una maggiore dimensionalità della diagnosi la nuova versione del Manuale Diagnostico ha sottolineato il concetto di Spettro per evidenziare un continuum che definisce quadri patologici di diversa entità in base a precisi specificatori (di gravità, “con o senza compromissione intellettiva associata”, “con o senza compromissione del linguaggio associata”, “associato a una condizione medica o genetica nota o a un fattore ambientale”) che necessitano di una valutazione clinica approfondita. La definizione degli specificatori, infatti, richiede al clinico, oltre all'uso di test standardizzati, anche una buona competenza nella raccolta dei dati clinici e anamnestici per poterli integrare con l'osservazione diretta del bambino che non può mai essere sostituita dall'uso esclusivo di punteggi ricavati da test per la formulazione della diagnosi.

Appare evidente, in questa prospettiva, la competenza che il clinico deve avere riguardo alle tappe di sviluppo e alle sue sfaccettature per non correre il rischio di definire un quadro diagnostico unicamente per la presenza di comportamenti

sintomatici, senza una elaborazione delle possibili cause per ciascun comportamento, senza evidenziare le potenzialità presenti e senza una precisa definizione degli ambiti che necessitano di intervento in quanto prioritari nella genesi del disturbo.

L'osservazione deve quindi prendere in considerazione le diverse modalità attraverso le quali il bambino autistico esprime le sue atipie in ambito corporeo, cognitivo, linguistico, comportamentale ed emozionale per poter collocare l'intervento terapeutico nella *zona di sviluppo prossimale* indicata da Vigotsky (1934).

È in questa ottica che l'approccio evolutivo, che tiene conto di tutte le componenti che entrano in gioco nello sviluppo, può fornire gli strumenti per affrontare l'iter diagnostico e il processo terapeutico nel pieno rispetto dell'individualità del singolo bambino.

In un modello di tipo evolutivo, in genere, viene conferita molta importanza alla motivazione del bambino ad apprendere e alla naturalezza dei contesti per facilitare quei normali processi di sintonizzazione che costituiscono la base della relazionalità e quindi della comunicazione.

Lo stato dell'arte delle teorie evolutive

In questo articolo vorrei sottolineare l'importanza di un approccio evolutivo che sappia definire l'area di sviluppo prossimale e che si riferisca alla dimensione corporea come base imprescindibile per attivare le risorse del bambino ed aiutarlo a trovare le sintonizzazioni che gli sono mancate per dare il via ad una comunicazione per lui motivante.

Le più recenti teorie evolutive e le neuroscienze hanno ormai dimostrato che la conoscenza è la risultante di un processo che parte dalla dimensione affettivo-corporea per approdare lentamente, e attraverso passaggi obbligatori, alla dimensione mentale.

Ciò che possiamo riscontrare nel bambino autistico, a prescindere dall'etiopatogenesi, è un arresto nello sviluppo della sintonizzazione che determina una grave carenza nei processi imitativi, una distorsione nella processazione sensoriale ed emotiva e, come conseguenza, un deficit nella dimensione cognitiva.

Gli autori di matrice psicodinamica, che si sono interessati alla fenomenologia del disturbo, hanno evidenziato diversi meccanismi di tipo difensivo che fanno tutti riferimento a un particolare modo di esperire e vivere la dimensione corporea.

La (Tustin 1972, 1981, 1986, 1990, 2013) ha sottolineato che il bambino autistico, vivendo la separazione dalla madre prima che si sviluppi l'attività transizionale descritta da Winnicott, si trova a sviluppare reazioni autosensuali patologiche al posto delle fantasie, dell'immaginazione, del pensiero e del gioco. Nello sviluppo tipico della prima infanzia gli oggetti autistici sono normali e gradualmente lasciano il posto alla creazione di fantasie e illusioni e quindi al pensiero. Nei bambini con autismo, che invece non hanno vissuto in modo accettabile la separazione dalla madre, questi oggetti sono manipolati in modo stereotipato, iper-concretizzato e solamente corporeo perché questi bambini non hanno mai imparato a "tollerare" il mondo così com'è e ad aggiustarsi ad esso. Gli oggetti autistici sono, quindi, oggetti materiali, *protezioni* (Tustin 1981), usati al posto dei genitori non per evocare la loro assenza) e si oppongono allo sviluppo del pensiero. Le attività autosensuali, a differenza di quanto accade normalmente nelle prime fasi di vita del bambino, non consentono di delimitare un confine all'interno del proprio corpo perché sono tenute in vita per

distogliere l'attenzione del bambino autistico dalle esperienze quotidiane. Le *forme sensoriali* (Tustin 1986) come ad esempio il dondolio, in qualità di tracce corporee di precedenti esperienze piacevoli, consentono al bambino un'autoconsolazione per difendersi dal senso di vuoto o dalla sopraffazione degli stimoli del mondo esterno.

Anche Meltzer (1975) descrive i meccanismi difensivi legati al corpo attraverso i concetti di *smontaggio sensoriale* e *identificazione adesiva* sottolineando che il bambino autistico presenta una forma di *permeabilità primitiva* che lo rende estremamente vulnerabile al mondo esterno. Secondo l'autore i bambini autistici presentano una particolare velocità nei processi mentali che li rende soggetti a percepire gli stimoli provenienti dal mondo esterno come una sorta di bombardamento. Attraverso il meccanismo dello *smontaggio* i bambini autistici riescono a frammentare l'esperienza in modo tale da non avvertirla più come pericolosa perché la settorialità rende impossibile qualsiasi forma di integrazione. Ponendosi come un meccanismo difensivo antecedente a quello della scissione, lo *smontaggio* consente una parcellizzazione dell'esperienza che si verifica attraverso un atteggiamento passivo da parte del bambino e distoglie continuamente dal rapporto con l'oggetto. Grazie al meccanismo sottostante allo *smontaggio*, l'*identificazione adesiva*, il bambino riesce ad aderire completamente alla superficie degli oggetti evitando di sperimentarne la tridimensionalità che conferisce loro profondità ed eludendo l'esperienza del limite che prefigura il senso di separatezza. Il meccanismo dell'*identificazione adesiva* offre anche una spiegazione della preferenza che i bambini con autismo mostrano per i sensi prossimali rispetto a quelli distali. Il senso del tatto, per esempio, favorisce l'esperienza di fusione che il bambino ricerca, mentre l'udito o la vista lo metterebbero a confronto con quella distanza che cerca di annullare e quindi vengono depotenziati.

Fordham (1976) evidenzia che l'integrazione disturbata del bambino autistico deve la sua persistenza al fallimento della deintegrazione del Sé, intesa come normale fase di sviluppo in cui il bambino è in grado di riconoscere gli oggetti come altro da sé (attraverso il processo fisiologico di integrazione e de-integrazione che consente la differenziazione della originaria unità psicosomatica). Ricollegandosi alle ricerche immunologiche che avevano scoperto l'esistenza di reazioni difensive messe in atto per annientare o respingere gli oggetti non-Sé, Fordham ipotizza che soltanto gli oggetti assimilabili dal Sé favoriscano i processi biochimici vitali e che, nel caso dell'autismo, si verifichi una disintegrazione funzionale a tenere a bada gli oggetti non-Sé, una sorta di malattia auto-immune che impedisce i processi vitali.

Damasio (Damasio 2012), in tempi più recenti, ha evidenziato che il Sé si costituisce a partire dall'incontro del corpo con gli oggetti del mondo esterno, in base ai *sentimenti primordiali*, spontaneamente presenti, che costituiscono la base dei processi conoscitivi. Il Sé viene alla mente a partire dalle sensazioni appartenenti al tronco encefalico che costituisce, a suo avviso, non una stazione di transito ma una prima sede decisionale, un centro di elaborazione delle informazioni. Il Proto-Sé è un insieme di mappe che rimane interattivamente connesso con la sua fonte: una radice profonda che non può essere alienata. La conoscenza che rende cosciente la nostra mente deve essere costruita secondo una modalità bottom-up, dal basso verso l'alto, dal corpo alla mente. Le menti coscienti affiorano dall'instaurarsi di una relazione tra l'organismo e l'oggetto del conoscere. I sentimenti primordiali, spontaneamente

presenti, precedono tutti gli altri e alimentano l'interazione e si riferiscono al corpo vivo connesso al suo specifico tronco encefalico. Nel processo conoscitivo, in sintesi, secondo Damasio, possiamo riconoscere i seguenti passaggi: 1) un oggetto coinvolge il corpo nel momento in cui viene guardato, toccato o udito da una specifica prospettiva, 2) il coinvolgimento induce un cambiamento nel corpo, 3) la presenza dell'oggetto viene avvertita. 4) l'oggetto è stato reso *prominente*, 5) l'oggetto entra a far parte della conoscenza del bambino e si insedia nella memoria. Il Sé, quindi, affiora alla mente sotto forma di immagini che narrano, senza soluzione di continuità, la storia di questi coinvolgimenti.

Ciò che questi autori hanno evidenziato, in senso fisiologico o patologico, è la centralità della dimensione corporea nello sviluppo del bambino, ipotesi avvalorata anche dagli studi di Stern sull'inter-soggettività primaria che hanno messo in luce l'importanza della *sintonizzazione affettiva*. I meccanismi alla base della *sintonizzazione* sono le proprietà amodali dell'esperienza (intensità, scansione temporale, forma, movimento e numero) che consentono l'intercambiabilità delle modalità sensoriali per le diverse espressioni comportamentali. Ciò che caratterizza la *sintonizzazione*, distinguendola da altri meccanismi, è la sua possibilità di rispondere non solo alle categorie affettive ma anche agli affetti vitali quali il crescere e decrescere dell'eccitazione. Ed è proprio questa possibilità che garantisce la continuità dell'esperienza madre-bambino e che consente, nel processo evolutivo, di sperimentare gli affetti vitali in forma di modificazioni dinamiche in noi o negli altri. La *sintonizzazione affettiva* presuppone la presenza di imitazione e contagio (che esprimono un interesse esclusivo per il comportamento manifesto) che sono però entrambe interferite nei bambini autistici. Il bambino, secondo questa prospettiva, non è in grado di recepire il rispecchiamento né può rispondere al *tema con variazione* (Stern 1985) che la madre gli propone perché l'imitazione, già di per sé deficitaria, non può favorire l'instaurarsi di una adeguata *sintonizzazione affettiva*. Gaddini (1969) ha messo in luce il fatto che nelle prime settimane di vita il bambino percepisce attraverso le modificazioni corporee rispetto all'oggetto e che la differenziazione dei sistemi di percezione e memoria prende l'avvio da questa primitiva comunanza di percezione e imitazione fisica. Ciò che Gaddini ha sottolineato in modo brillante è il fatto che le prime manifestazioni del processo di imitazione hanno a che fare con l'*essere* e non con il *possedere* e che le condotte imitative possono essere considerate come precursori dei processi di adattamento dell'Io. Il Disturbo autistico consiste, in questa ottica, in una mancanza o notevole carenza nei processi di imitazione che vorrei definire come difficoltà a transitare dalla fase dell'*imitare per percepire* alla fase di *imitare per essere*. Si tratta, cioè, di una difficoltà da parte del bambino, di farsi contenere, in senso winnicottiano, dalla dimensione affettiva della madre espressa prevalentemente dalla dimensione corporea attraverso la modulazione della tonicità muscolare quale elemento imprescindibile per il passaggio all'*imitare per essere*. Il dialogo tonico (Wallon 1947) tra la madre e il bambino, oltre a costituire la base per il futuro sviluppo dell'empatia, consente anche la costruzione di una trama per l'elaborazione semantica dei contenuti veicolati nella relazione. Senza l'abbraccio contenitivo, che permette al bambino il riconoscimento di sé come individuo separato, non può esistere l'esplorazione nel mondo né può strutturarsi la capacità di rispondere all'altro.

Più recentemente la Reddy (2010), commentando gli studi della Nadel sull'imitazione, ha sottolineato la dimensione interpersonale presente fin dai primi giorni di vita in riferimento all'imitazione, dimostrando che il coinvolgimento emotivo è indispensabile anche per la ripetizione di gesti come la protrusione della lingua, considerati, prima, solo in un'ottica intra-individuale. Molti autori hanno confermato tale ipotesi spostando sempre di più l'attenzione anche alla fase gestazionale come inizio di possibili sintonizzazioni, tanto che Trevarthen (2001) ha coniato il termine *sinritmia* per riferirsi al dialogo esistente tra madre e bambino durante la gravidanza.

Le neuroscienze hanno evidenziato il fatto che la caratteristica intersoggettiva delle prime esperienze, così come sono state delineate fino ad ora, sono sostenute, a livello cerebrale, dalla presenza dei sistemi dei neuroni-specchio. Attraverso la *simulazione incarnata* (Gallese 2001) è possibile esperire e quindi comprendere l'esperienza tattile e dolorosa di altre persone semplicemente osservandole, perché la sola osservazione dell'altro attiva gli stessi circuiti nervosi responsabili della sensazione dell'altro. Il termine *simulazione* va inteso come tentativo di imitare le caratteristiche di un processo per assimilarne l'essenza e si concretizza come un meccanismo di modellizzazione. In questo senso si differenzia dal processo proposto dalla "teoria della simulazione" (inteso come risultato di un deliberato atto di volontà) perché si caratterizza come un processo automatico, non consapevole e pre-dichiarativo.

L'approccio del cognitivismo classico, che esprime la visione di una mente umana completamente disincarnata, nel senso che la capacità di interpretare le altrui intenzioni sarebbe dovuta semplicemente a meta rappresentazioni, appare, in questa prospettiva, semplicistica e inadeguata alla complessità della situazione (Gallese 2003). Attraverso il meccanismo della *simulazione incarnata*, che consente a due corpi diversi la condivisione di uno stato funzionale, "l'altro oggettuale" diventa "un altro se stesso" ed è proprio grazie a ciò che si possono costruire le basi per l'intelligenza sociale. In tal senso il corpo, percepito simultaneamente come sede dell'esperienza soggettiva e oggettiva, consente lo strutturarsi di quella percezione di esperienza di personalità che può essere attribuita anche agli altri. Gli stessi circuiti senso-motori che controllano i movimenti del corpo e la percezione strutturano, infatti, anche il pensiero astratto (Gallese and Lakoff 2005; Hobson and Lee, 1999).

Questa relazione d'identità, che è trasversale a tutte le forme di relazione interpersonale, è definita da Gallese come "sistema della molteplicità condivisa" e promuove, come ho già evidenziato, l'intersoggettività e l'attribuzione di intenzionalità agli altri. L'impossibilità di costruire uno spazio noi-centrico, come base per stabilire un collegamento con le relazioni intenzionali degli altri, non consente lo sviluppo di una risonanza in grado di favorire anticipazioni dei comportamenti altrui. Dati sperimentali sugli atteggiamenti posturali dimostrano che i bambini autistici non sono in grado di utilizzare meccanismi a *feed-forward* ma si basano essenzialmente sui dati provenienti dalla periferia sensoriale, non riuscendo ad adottare atteggiamenti posturali anticipatori. Esperimenti condotti con soggetti autistici ad alto funzionamento hanno messo in evidenza che il riconoscimento e l'imitazione delle altrui emozioni avviene attraverso strategie diverse da quelle utilizzate dai soggetti normali (si verifica un'assenza del circuito mirror premotorio, un'ipoattivazione di insula e amigdala e un iperattivismo delle corteccie visive). La mancanza di *simulazione incarnata* non consentirebbe, in questo caso, di dare un

contenuto esperienziale alle emozioni degli altri e l'accesso all'altro rimarrebbe limitato alla sola interpretazione cognitiva della sensorialità veicolata da un evento esterno.

Nell'approccio evolutivo italiano Tartaruga (Di Renzo 2016) il fulcro dell'intervento è costituito dalla relazione corporea con il bambino che coinvolge anche i genitori in setting individuali e/o di gruppo. L'obiettivo fondamentale è quello di aiutare i genitori a interpretare le atipie del bambino per creare una attenzione condivisa che possa costituire la base per una prima forma di comunicazione. Rispondere al bisogno del bambino, come le madri sanno in genere fare, è ben diverso dall'aiutare il bambino a mentalizzare il suo bisogno. Perché ciò accada è necessario che l'adulto di riferimento non rifiuti i comportamenti disfunzionali del bambino, come avviene con l'uso di tecniche comportamentali, ma li accolga e li trasformi per dare il via a quella *danza* (Stern 1985) che consente di portare nel contesto le *variazioni sul tema*.

Solo a partire da questo tipo di sintonizzazione si può attivare il meccanismo di imitazione che consente al bambino di *imitare per essere* piuttosto che *imitare per percepire*.

La capacità di *reverie* (Bion 1962, 1967) della madre può essere, infatti, riattivata se il terapeuta riesce a rendere interpretabili per lei i comportamenti del bambino e, solo in questo caso, la madre può iniziare a mettere in atto quella *ipotesi di semanticità* (Bruner 1973, 1991, 1999) che fonda la mente dell'altro. La comunicazione prende il via dal *formato* (Bruner 1983) che si stabilisce nel contesto quando la madre, indipendentemente dall'intenzione del bambino, può conferire un significato alle sue azioni perché è solo la mente dell'altro che può fondare nel bambino autistico uno stato mentale atto a farlo diventare un *parlante* della lingua di appartenenza.

Nel modello Tartaruga la terapia diadica viene privilegiata proprio per consentire una nuova forma di relazionalità che aiuti il bambino a vivere la dipendenza in una nuova forma e lo motivi ad apprendere nuovi schemi di comunicazione. A differenza di quanto accade in altri approcci di terapia diadica il terapeuta è attivo nell'interazione, è un *compagno vivo* (Alvarez 2012) perché si pone come un facilitatore della comunicazione e come modello da imitare per il genitore che non sa ancora interpretare i messaggi, prevalentemente corporei, del bambino ma, soprattutto, non sa come rispondere. Il terapeuta è là, come direbbe Winnicott (1971, 1989), dove il bambino può incontrarlo e aiuta la coppia madre-bambino a tollerare le inevitabili frustrazioni che vengono a crearsi per la difficoltà a trovare una sintonia. Una sintonia che riguarda esclusivamente quel bambino che è in rapporto con quella madre, e non una coppia in senso astratto, perché ogni relazione è unica e ogni individuo è ciò che diventa in base al patrimonio personale e in riferimento agli stimoli che riceve dall'ambiente. Imparare a tollerare le inevitabili frustrazioni necessarie per trovare lo stesso significato agli eventi è ciò che fonda il senso profondo del linguaggio e che consente l'apprendimento dei significati condivisi dalla comunità.

In senso più generale l'obiettivo dell'approccio evolutivo Tartaruga è quello di creare contesti il più naturali possibile per sostenere le traiettorie di sviluppo del singolo bambino aiutandolo ad integrare, attraverso un intervento corporeo, le varie sensorialità e ad incontrare il corpo dell'altro senza esserne troppo spaventato. In questo senso, oltre alla terapia diadica, vengono proposti interventi di gruppo per attivare il meccanismo di *simulazione incarnata* con i coetanei in contesti ludici

motivanti dove il *rispecchiamento* di comportamenti disfunzionali agisce come ulteriore stimolo alla sintonizzazione. Nel gruppo dei pari, sostenuto e contenuto dai terapeuti (almeno 2 per 4 bambini) il bambino trova il contesto naturale in cui dare *forma*, cioè *formattare* (Bruner 1983), i contenuti non ancora integrati e dove, almeno inizialmente, anche la disfunzionalità può diventare una *forma* adattiva se gli altri possono comprenderla e/o dividerla. Gli obiettivi, tarati per il singolo gruppo, vengono gradualmente modificati per consentire livelli di comunicazione sempre più strutturati e l'espansione del linguaggio avviene come esigenza del bambino allo scambio e non per imposizione dall'esterno per cui anche il *modellamento* che il terapeuta mette in atto per migliorare l'espressione linguistica viene accettato come elemento propulsore della relazione e non come incomprensibile richiesta di prestazione,

Solo quando il bambino è riuscito a trovare un buon livello di sintonizzazione con il mondo esterno è possibile proporre interventi più strutturati che sostengano l'evoluzione cognitiva con tempi e modalità attentive più evolute rispetto a quelle necessarie per essere presente all'altro in una relazione affettiva.

A dimostrazione di quanto la dimensione affettivo-corporea sia determinante nella strutturazione del disturbo autistico e quanto sia prioritaria rispetto al deficit cognitivo faccio riferimento ad alcune ricerche condotte presso l'Istituto di Ortofonia di Roma (Di Renzo et al. 2015, Di Renzo et al. 2016a; Di Renzo et al. 2016b; Di Renzo et al. 2016e). In una di queste ricerche (Di Renzo et al. 2016b), con un campione di 49 bambini, è stato isolato, attraverso il protocollo di valutazione TULIP, (che indaga il grado di autismo attraverso l'ADOS, il Q.I attraverso la Leiter-R, la capacità di comprendere le altrui intenzioni (UOI) e la presenza di contagio emotivo (TCE)), un gruppo di bambini che, a prescindere dal punteggio ADOS, presentavano una migliore capacità di comprendere le intenzioni e le emozioni dell'altro. Monitorando il gruppo in 4 anni di terapia con l'approccio evolutivo Tartaruga si è evidenziato che i risultati sono stati significativamente migliori già a partire dalla fine del secondo anno, rispetto ai bambini che avevano dato esito peggiore ai test del protocollo TULIP. Oltre a consentire l'individuazione della *zona di sviluppo prossimale* il protocollo TULIP mette in evidenza il fatto che il principale ostacolo all'evoluzione è determinato dalla mancanza o carenza dei meccanismi elementari di sintonizzazione evidenziati attraverso il UOI e il TCE.

Conclusioni

Questo tipo di approccio richiede, come si evince dalle riflessioni riportate, una competenza del terapeuta sia nell'ambito delle teorie dello sviluppo per poter tarare l'intervento in base al livello evolutivo del bambino sia nell'ambito della sfera relazionale per poter contenere le angosce, le frustrazioni, gli *attacchi al legame* (Bion 1962), le bizzarrie comportamentali che costellano l'intervento anche con i genitori. Per questo nell'approccio Tartaruga i terapeuti sono psicoterapeuti dell'età evolutiva o terapisti con una formazione specialistica relazionale che consenta un'adeguata elaborazione delle difficili dinamiche emotive che vengono messe in atto. La conoscenza della sola tecnica non è sufficiente, infatti, a garantire la capacità di contenere le reazioni del bambino (e anche le proprie) e il rischio è quello di mettere in atto comportamenti aggressivi per eludere l'impotenza che si è costretti a provare. La rigidità di alcuni metodi collude in senso profondo con l'ostinazione del bambino a proteggersi dall'esterno e amplifica le sue condotte ossessive dando vita a

una infruttuosa escalation che può essere trasformata solo da una profonda elaborazione emotiva da parte del terapeuta di ciò che è stato messo in campo. Non si può rispondere alla settorialità con un comportamento simmetrico perché l'obiettivo primario è quello di favorire, in ogni modo, una possibile integrazione. E, d'altra parte, la premessa irrinunciabile di un intervento è quella di partire dal bambino, e non dai sintomi presenti, per garantire, oltre a un possibile cambiamento, anche il suo diritto all'infanzia.

Il punto di partenza è sempre il corpo come sede di *sentimenti primordiali* che devono essere accolti, decifrati ed elaborati dalla mente del terapeuta perché possa avvenire un passaggio alla condivisione e mentalizzazione dell'esperienza.

Appare necessario, soprattutto nelle prime fasi della terapia, che l'intervento non sia spezzettato tra più operatori e tra diverse discipline perché questo colluderebbe con la *frammentazione* già presente nel bambino e nel contesto ambientale e che i terapeuti fungano da facilitatori a tutto campo.

Nell'approccio Tartaruga possono essere presenti più operatori perché tutti svolgono la funzione di *compagno vivo* che attiva le risorse presenti incanalando le energie del bambino verso la prossima tappa di sviluppo senza distinguere, troppo precocemente, l'intervento psicomotorio da quello logopedico perché il bambino, nella realtà, ha bisogno di integrare le sue conoscenze nel momento in cui le vive e la parola acquista il suo significato più profondo se nasce dall'azione e viene condivisa nel gioco. La dimensione ludica, *giocare*, e non fare dei giochi è ciò che deve caratterizzare tutti gli interventi affinché il piacere e la motivazione siano i veri attivatori delle funzioni cognitive. *Mettersi in gioco* è ciò che favorisce l'attivazione dell'area del *gioco* che non va mai confusa con l'utilizzazione di giochi a fini didattici ma che si concretizza in un'azione condivisa che genera piacere e stimola a ricercarlo per non dover incorrere in quelle attività di auto-stimolazioni che, in assenza di altro, permettono al bambino di provare almeno qualche momento di pausa.

In una ricerca condotta su un campione di 80 bambini autistici per valutare l'efficacia dell'approccio evolutivo Tartaruga (Di Renzo et al. 2016c) sono stati riscontrati miglioramenti significativi in tutte le aree: sullo Sviluppo Cognitivo ($F(2, 78)=32.06$, $p<0.001$; $\eta^2=0.29$); sui punteggi ADOS ($F(2, 78)=65.15$; $p<0.001$, $\eta^2=0.45$); sui Comportamenti Stereotipati (Wilks' lambda: 0.76; $p<0.001$, $\eta^2=0.24$). Infatti, dopo 4 anni, 31 bambini (39%) sono usciti dai criteri ADOS di autismo, mentre 14 (15%) sono passati da una categoria diagnostica ADOS di autismo a una di spettro autistico. I rimanenti bambini, pur rimanendo nella stessa categoria diagnostica hanno comunque mostrato una diminuzione del punteggio ADOS e, di conseguenza, della sintomatologia di tipo autistico in tutte le aree prese in considerazione (linguaggio e comunicazione, interazione sociale reciproca, gioco e comportamenti ristretti e ripetitivi). Altro dato significativo, emerso nella ricerca, è l'aumento del punteggio Q.I. nella maggior parte dei bambini a dimostrazione del fatto che l'abbassamento delle difese e una maggiore apertura al mondo realizzate attraverso la relazione corporea hanno reso possibile un miglior uso del potenziale cognitivo.

Alla luce di quanto esposto sarebbe auspicabile che la dimensione corporea fosse maggiormente presa in considerazione nella terapia dei bambini dello spettro autistico e che fosse data maggiore importanza anche alla valutazione psicomotoria in fase di valutazione e, naturalmente di terapia.

La prospettiva per il futuro delle terapie per i bambini con disturbo dello spettro autistico dovrebbe, quindi, essere quella di favorire sempre più i processi di sintonizzazione che coinvolgono il corpo come sede di affetti e sentimenti primordiali. L'interscambiabilità delle modalità sensoriali, attivata dai processi di sintonizzazione favorisce infatti le espressioni comportamentali aprendo la strada alla strutturazione dei processi cognitivi. Se il bambino ha potuto sperimentare al meglio le varie sensorialità imparando a regolarsi in funzione dello scambio con l'altro, avrà a disposizione gli strumenti necessari per i problemi solvibili che l'esperienza nel mondo richiede. La maturità cognitiva, come sottolinea Bruner (1966), dipende dall'interrelazione dei sistemi di rappresentazione esecutiva, iconica e simbolica.

- Alvarez, A. (2012) *The thinking heart: three levels of psychoanalytic therapy with disturbed children*. Hove, UK: Routledge.
- American Psychiatric Association (2013) *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM–5)*. Washington, DC: Author.
- Bion, W. R. (1962) *Learning from experience*. London, UK: William Heinemann.
- Bion, W. R. (1967) *Second thoughts*. London, UK: William Heinemann.
- Bruner, J. S. (1966). *Toward a theory of instruction*. Cambridge Mass: Harvard University Press.
- Bruner, J. S. (1973) *The relevance of education*. Norton, New York.
- Bruner, J.S. (1983) *Child's Talk: Learning to Use Language*. Norton, New York.
- Bruner, J.S.(1991) Self-making and world-making. *Journal of Aesthetic Education* 25, 67–78.
- Bruner, J.S.(1999) The intentionality of referring. In: *Developing theories of intention: Social understanding and self-control* (eds P.D. Zelazo, J.W. Astington & D. Olson), pp. 329-339. Erlbaum, Mahwah, NJ.
- Damasio, A. (2010) *Self comes to mind: constructing the conscious brain*. Pantheon Books, New York.
- Damasio, A. & Carvalho, G.B. (2013) The nature of feelings: Evolutionary and neurobiological origins. *Nature reviews. Neuroscience* 14, 143-152.
- Di Renzo, M., Bianchi di Castelbianco, F., Petrillo, M., Racinaro, L., & Rea, M. (2015) Assessment of a long-term developmental relationship-based approach in children with autism spectrum disorder, *Psychological Reports*, 117, 1, pp. 26-49.
- Di Renzo, M., Bianchi di Castelbianco, F., Vanadia, E., Petrillo, M., Racinaro, L., & Rea, M. (2016a) Assessment of Executive Functions in Preschool-Aged Children with Autism Spectrum Disorders: Usefulness and Limitation of BRIEF-P in Clinical Practice. *J Child Adolesc Behav* 4:313.

Di Renzo, M., Bianchi di Castelbianco, F., Vanadia, E., Petrillo, M., Racinaro, L., & Rea, M. (2016b) T.U.L.I.P. Protocol (TCE, UOI, Leiter-R as Indicators of Predictivity) for the Assessment of the Developmental Potential in Children with Autism Spectrum Disorders. *Autism Open Access* 6: 188.

Di Renzo, M., Bianchi di Castelbianco, F., Vanadia, E., Petrillo, M., Racinaro, L., & Rea, M. (2016c) From the Emotional Integration to the Cognitive Construction: The Developmental Approach of Turtle Project in Children with Autism Spectrum Disorder. *Autism Open Access* 6: 160

Di Renzo, M., Bianchi di Castelbianco, F., Plescia, F., Racinaro, L., Petrillo, M., & Rea, M. (2016d) The understanding of others intentions can predict the improvement of symptomatology in children with autism. An exploratory study. *Current Pediatric Research*, 20 (1&2), pp. 183-192.

Di Renzo, M., Bianchi Di Castelbianco, F., Petrillo, M., Racinaro, L., Donaera, F., & Rea, M. (2016e) The Emotional Contagion in Children with Autism Spectrum Disorder. *Austin Journal Autism & Related Disability* 2(2): 1020.

Eisenberg, N. (1995) *Social development*. California, Thousand Oaks.

Feldman, R. (2007) Parent–infant synchrony and the construction of shared timing: Physiological precursors, developmental outcomes, and risk conditions. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 48, 329–354.

Fordham, M. (1976) *The Self and Autism*. London, UK: Medical Books.

Gadini, E. (1969) On imitation. *International journal of psycho-analysis* 50, 475–484.

Gallese, V. (2001) The “shared manifold” hypothesis: from mirror neurons to empathy. *Journal of consciousness studies* 8, 33-50.

Gallese, V. (2003) The roots of empathy: the shared manifold hypothesis and the neural basis of intersubjectivity. *Psychopathology* 4, 24-47.

Gallese, V. & Lakoff, G. (2005), "The Brain's concepts: the role of the Sensory-motor system in conceptual knowledge. *Cognitive Neuropsychology*, 22, 3, 455-479.

Hobson, R. P., & Lee, A. (1999). Imitation and identification in autism. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 40, 649–659.

Meltzer, D. (1975) *Explorations in autism: a psychoanalytical study*. Perthshire, UK: Clunie Press.

Nadel, J. (2014) *How imitation boosts development in infancy and Autism Spectrum Disorder*. Oxford: Oxford University Press.

Reddy, V. (2008) *How infants know minds*. Cambridge, MA: Harvard Univer. Press

Schore, A. (2003) *Affect dysregulation and disorders of the self*. New York:Norton.

Schore, A. (2012) *The Science of the Art of Psychotherapy*. New York:Norton.

Smith, A. (2009) The empathy imbalance hypothesis of autism: A theoretical approach to cognitive and emotional empathy in autistic development. *The psychological record*, 59, 489-510.

Stern, D. (1985) *The interpersonal world of the infant*. Basic Books, New York.

Stern, D. (1995) *The motherhood constellation: a unified view of parent-infant psychotherapy*. Basic Books, New York.

Stern, D. (2004) *The present moment in psychotherapy and everyday life*. Norton, New York.

Trevarthen, C. (1977) *Descriptive analyses of infant communicative behavior*. In H. R. Schaffer (Eds.), *Studies in mother-infant interaction*. London: Academic Press. Pp. 227-270.

Trevarthen, C. (1998) *The concept and foundations of infant intersubjectivity*. In: Braten S, editor. *Intersubjective Communication and Emotion in Early Ontogeny*. University Press, Cambridge, 15–46.

Trevarthen, C. (2001) Infant intersubjectivity: research, theory, and clinical applications. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 42, 3-48.

Tronick, E. (2007) *The neurobehavioral and social-emotional development of infants and children*. New York: Norton.

- Tustin, F. (1972) *Autism and childhood psychosis*. London, UK: Hogarth.
- Tustin, F. (1981) *Autistic states in children*. London: Routledge.
- Tustin, F. (1986) *Autistic barriers in neurotic patients*. London, UK: Karnac Books.
- Tustin, F. (1990) *The protective shell in children and adults*. London, UK: Karnac Books.
- Tustin, F. (2013). *Autistic states in children*. Revised Edition. London, UK: Routledge.
- Vygotskij, L. S. (1934) *Thought and language*. Cambridge, MA: MIT Press.
- Wallon, G. (1947) *Les origines de la pensée chez l'enfant*. Paris: Presses Universitaires de France.