

---

## A PSYCHOLOGICAL READING OF AUTISM SPECTRUM DISORDERS THROUGH THE WARTEGG-CWS

<b>Magda Di Renzo *</b> <i>Institute of Ortofonologia (IdO), Italy</i>	<b>Federico Bianchi di Castelbianco</b> <i>Institute of Ortofonologia (IdO), Italy</i>
<b>Alessandro Crisi</b> <i>Italian Institute of Wartegg, Italy</i>	<b>Francesca Zaza</b> <i>Institute of Ortofonologia (IdO), Italy</i>
<b>Chiara Marini</b> <i>Institute of Ortofonologia (IdO), Italy</i>	<b>Lidia Racinaro</b> <i>Institute of Ortofonologia (IdO), Italy</i>
<b>Monica Rea</b> <i>Institute of Ortofonologia (IdO), Italy</i>	

*Una lettura psicodiagnostica dei disturbi dello spettro autistico attraverso il Test di Wartegg  
utilizzato secondo il CWS*

### **Abstract**

I Disturbi dello Spettro Autistico (ASD) costituiscono un insieme relativamente eterogeneo di disturbi del neurosviluppo caratterizzato da anomalie socio-comunicative e dalla presenza di comportamenti, attività e interessi ripetitivi e ristretti. Tali caratteristiche determinano anomalie di sviluppo sia in ambito relazionale che cognitivo e sono spesso responsabili di ritardi, e comunque di aspetti atipici, nell'acquisizione del linguaggio, nel processo grafico e in tutte quelle attività simboliche che presuppongono un'adeguata interiorizzazione delle esperienze. In questo articolo sono stati coinvolti 36 bambini dai 6 ai 12 anni con diagnosi di autismo che, dopo un percorso terapeutico, hanno raggiunto la capacità grafica atta a rappresentare oggetti del mondo, una comprensione cognitiva adeguata a eseguire un compito richiesto e una capacità linguistica e metacognitiva idonea a commentare la propria produzione grafica. A questi bambini è stato somministrato il Test di Wartegg, un test grafico, proiettivo, semistrutturato, con comprovata attendibilità e validità, che consente una valutazione psicologica a partire dai 5 anni (l'età è relativa alle suddette capacità). In modo particolare ci interessa evidenziare come i bambini con ASD riescono a rappresentare contenuti del loro mondo interno e comprendere quali nuclei appaiono maggiormente problematici nel loro vissuto al fine di orientare la risposta terapeutica. I risultati di questa ricerca confermano la presenza, nei bambini con ASD, di tratti

di rigidità, chiusura e mancanza di flessibilità nei confronti degli stimoli provenienti dal mondo esterno, tali da interferire sulle loro capacità di sintonizzarsi con l'ambiente e adattarsi in maniera adeguata e funzionale. I dati evidenziano, altresì, un prevalere della componente emotivo-affettiva su quella razionale e di controllo e una compromissione della possibilità di esercitare un controllo consapevole sui propri vissuti. Gli esiti di questo studio evidenziano, infine, la presenza, nei bambini con diagnosi di ASD, di elementi riconducibili a un assetto psico-affettivo caratterizzato da una maggiore deflessione del tono dell'umore rispetto ai bambini con sviluppo tipico.

## **Introduzione**

L'Autism Spectrum Disorder (ASD) è un disturbo del neurosviluppo caratterizzato da deficit persistenti nella comunicazione e nell'interazione sociale, uniti alla presenza di un repertorio di comportamenti, interessi o attività limitato o ripetitivo, i cui sintomi si manifestano nella prima infanzia, limitando o compromettendo il funzionamento adattivo (DSM-5, APA, 2013).

Nell'ambito della valutazione dei soggetti con Disturbo dello Spettro Autistico è stata data un'attenzione limitata alla valutazione psicologica dei bambini (Sappok et al. 2013).

Le caratteristiche proprie del disturbo, infatti, rendono estremamente difficile sottoporre i soggetti a test standardizzati, che consentano di raccogliere informazioni attendibili sull'organizzazione delle dinamiche psichiche che caratterizzano il loro mondo interno (Grondhius & Aman, 2012). In modo particolare, i deficit della reciprocità socio-emotiva, intesa come la capacità di relazionarsi agli altri condividendone pensieri e sentimenti, rendono difficile per questi bambini avviare interazioni sociali, condividere le emozioni e imitare il comportamento altrui (DSM-5, APA, 2013; Di Renzo et al. 2017), ostacolando la possibilità di proporre, ai soggetti con ASD, prove che consentano di rilevare la presenza di tensioni e conflitti, bisogni ed eventuali peculiarità che possono contraddistinguere la loro organizzazione psico-affettiva.

Per quanto indispensabile ai fini di un corretto inquadramento diagnostico, precedenti ricerche (Di Renzo et al. 2016, 2019) hanno sottolineato l'importanza di integrare la valutazione clinico-diagnostica con l'uso di strumenti che analizzino i vari livelli di funzionamento del bambino, allo scopo di tracciare un profilo di sviluppo attendibile, che integri la definizione del quadro diagnostico con informazioni atte a pianificare interventi terapeutici calibrati sulle potenzialità di ogni soggetto e sulla specifica traiettoria evolutiva.

In virtù delle compromissioni nel funzionamento personale, sociale e scolastico e dell'impatto che la sintomatologia autistica può avere su tutte le dimensioni dello sviluppo, sui

contesti di vita quotidiana e sulla sfera psico-affettiva dei bambini (DSM-5, APA, 2013), appare utile sollecitare l'attenzione su un'area ad oggi per lo più rimasta inesplorata. Sebbene nel corso di questi anni, infatti, le necessità legate all'individuazione precoce e alla diagnosi abbiano dato precedenza alla rilevazione di segnali e sintomi predittivi e descrittivi del disturbo (Di Renzo et al. 2021), non si può non considerare l'importanza assunta dalla possibilità di raccogliere informazioni anche sullo sviluppo psico-affettivo dei bambini con ASD.

La presenza di vulnerabilità a carico di questi aspetti, unitamente alle ipotesi di alterate connessioni tra emozioni, elaborazione sensoriale, pianificazione motoria e formazione di simboli, possono contribuire a ostacolare, nei bambini con autismo, lo sviluppo di un comportamento intenzionale e di un adeguato problem-solving, con ripercussioni sulle interazioni reciproche, sulla capacità empatica e sullo sviluppo della teoria della mente (Di Renzo et al. 2017; Gallese, 2001, 2006; Gallese & Rochat, 2018; Vulcan, 2016; Baron-Cohen, 1991; Greenspan & Wieder, 2000).

Ricerche condotte nelle ultime decadi, nell'ambito dell'organizzazione psico-affettiva del bambino ASD, hanno riscontrato la presenza di livelli più bassi di contagio emotivo in questi soggetti rispetto ai coetanei con sviluppo tipico (Scambler et al. 2007; Hepburn et al. 2008; Beall et al. 2008), verosimilmente dovuta alla difficoltà nel tollerare uno stato emotivo-cognitivo intenso e di differenziare l'emozione altrui dalla propria (Trevarthen & Delafield-Butt, 2013). A tal proposito Smith (2009) ha ipotizzato che vi sia uno squilibrio indotto da un sovraccarico emotivo di contro a un deficit di strategie cognitive nell'affrontare le risposte emozionali nella gestione degli stati interni. Tale presupposto è alla base della "Teoria dello sbilanciamento empatico" (Smith, 2009) che distingue la componente affettiva e cognitiva dell'empatia e attribuisce la disregolazione affettiva dei bambini autistici a uno squilibrio tra le due componenti.

La minore risposta emotiva dei bambini con sintomatologia autistica avvalorava questa ipotesi, suggerendo la presenza di comportamenti difensivi messi in atto dai bambini con ASD per proteggersi da stimoli percepiti come eccessivamente intensi.

Alla luce di quanto finora descritto, poter utilizzare uno strumento capace di individuare, nei soggetti con autismo, la presenza di tensioni e conflitti sul piano del mondo interno, consente una lettura più approfondita e globale del loro profilo di sviluppo, riducendo il rischio che i loro bisogni emotivo-affettivi rimangano disattesi proprio a causa dei deficit insiti nel disturbo.

Così come gli strumenti standardizzati necessari ai fini della diagnosi, primo tra tutti l'ADOS (Lord et al. 2005), consentono di elicitare comportamenti direttamente collegati alla sintomatologia autistica, l'utilizzo dei test proiettivi grafici, come il Test di Wartegg, permette

l'emergere di vissuti relativi al mondo interno. Nell'ambito della psicodiagnosi questi strumenti godono di una lunga e consolidata tradizione (Passi Tognazzo, 1999).

Il Test di Wartegg, in particolare, è dotato di una struttura teorica e di una solidità statistica (Palm & Crisi, 2018, Soilevuo Grønnerød & Grønnerød, 2012) tale da porsi come strumento estremamente efficace nel coniugare una lettura sia quantitativa che qualitativa dei dati raccolti, consentendo diversi piani di lettura (indici formali, grafismo, contenuti).

In virtù delle caratteristiche che lo contraddistinguono, ovvero il fatto che sia un test grafico, proiettivo, semistrutturato, il Test di Wartegg permette di elicitarne nel soggetto modalità di risposta differenziate a seconda del prevalere degli aspetti percettivi, dei processi legati al carattere evocativo, dell'esternalizzazione e della proiezione. In tal modo, i disegni realizzati possono variare da esecuzioni nelle quali predominano elementi puramente percettivi, fino a quelle in cui vengono proiettati nel disegno, in forma simbolica o metaforica, contenuti relativi al proprio mondo interno.

In accordo con l'ipotesi proiettiva di Rapaport (1977), più di recente Castellazzi (2018) ha ribadito come ogni rappresentazione mentale e azione, per quanto apparentemente irrazionale, ha un senso e uno scopo che rispondono all'organizzazione psichica dell'individuo (bisogni, conflitti, meccanismi di difesa, stili cognitivi, relazioni oggettuali).

I Test Proiettivi forniscono, dunque, la possibilità di conoscere come il soggetto vive le proprie esperienze e coglie la realtà, contribuendo a informare il clinico sullo stato dell'organizzazione psichica del soggetto esaminato.

Il Test di Wartegg, in particolare, in virtù della semplicità, dell'immediatezza e della pregnanza dei segni-stimolo che lo costituiscono, consente di depotenziare le strutture difensive del soggetto esaminato, favorendone la proiezione dei principi organizzatori della struttura psichica.

Come approfonditamente descritto nell'ambito di precedenti pubblicazioni (Di Renzo et al. 2016, 2020) il processo di valutazione diagnostica del bambino con Disturbo dello Spettro Autistico messo in atto presso l'Istituto di Ortofonia (IdO) segue un approccio globale, che prevede la valutazione degli aspetti nucleari del disturbo e dei domini aggiuntivi atti a descrivere i diversi livelli di funzionamento del bambino.

La successiva presa in carico si fonda su una costante integrazione tra valutazione e terapia, così che i dati raccolti, oltre a essere fondamentali ai fini dell'inquadramento diagnostico, consentano di ottenere un profilo di sviluppo affidabile, rispettoso della specificità di ogni individuo.

In questa prospettiva assume grande rilevanza anche la valutazione psicologica, quale

strumento necessario a definire l'assetto psicoaffettivo del minore. Quest'ultima, unitamente a quella più strettamente clinico-diagnostica, concorre a descrivere il profilo di sviluppo individuale del bambino e rende possibile identificare eventuali fattori, la cui conoscenza può essere determinante ai fini del raggiungimento di un risultato terapeutico ottimale.

Per poter collocare l'intervento terapeutico nell'area di sviluppo prossimale (Vygotskij, 1934), dove è realisticamente possibile guidare il bambino nell'acquisizione di competenze gradualmente più evolute, l'osservazione deve, infatti, prendere in considerazione tutte le possibili modalità attraverso le quali il bambino con disturbo dello spettro autistico si esprime. Tra queste, in età evolutiva, la rappresentazione grafica costituisce uno dei migliori strumenti per valutare il livello di maturazione raggiunto dal bambino nei vari ambiti dello sviluppo (psicomotorio, cognitivo ed emotivo). Essa rappresenta, inoltre, una preziosa possibilità di comunicazione, sia in ambito educativo, che terapeutico, capace di fornire informazioni sulle modalità attraverso le quali si va organizzando il mondo interno del soggetto (Di Renzo et al. 2017).

L'ipotesi iniziale della ricerca è che i soggetti con ASD abbiano una struttura di personalità nell'aspetto globale e dinamico, cioè di sviluppo, di crescita e di qualità delle risorse psicologiche, diversa rispetto ai soggetti con uno sviluppo privo di patologie conclamate. In particolare, si presume sia possibile osservare, somministrando ai bambini ASD il Test di Wartegg interpretato secondo il Crisi Wartegg System (Crisi, 1998, 2007), tratti di maggiore rigidità e chiusura rispetto ai bambini con sviluppo tipico, la presenza di elementi di disequilibrio, tensione e malessere che ostacolano il controllo razionale dei propri vissuti e un assetto psico-affettivo caratterizzato da una deflessione del tono dell'umore.

Gli obiettivi del presente lavoro sono, quindi, i seguenti:

1. verificare che nei bambini del gruppo ASD ci siano livelli più elevati di rigidità, chiusura e mancanza di flessibilità nei confronti degli stimoli provenienti dal mondo esterno rispetto al gruppo di controllo. L'ipotesi è che i bambini del gruppo ASD ottengano punteggi più bassi nella variabile Percentuale Carattere Evocativo (EC+%) e più alti nella variabile Risposte Popolari (P+%);
2. indagare la presenza nel gruppo ASD di una minor capacità di adattamento agli stimoli provenienti dall'esterno. L'ipotesi è che i bambini del gruppo ASD ottengano punteggi più bassi sia nella variabile Carattere Evocativo (EC) che in quella di Qualità Formale (FQ), entrambi valutati nel Riquadro 6 del Test di Wartegg; inoltre ci si aspetta che il Riquadro 6 sia valutato più negativamente rispetto a quanto avviene nel gruppo di

controllo, e cioè presenti valori più elevati nelle variabili Ambivalent Choice, Negative Choice, Ambivalent Delay and Delay.

3. verificare la presenza, nei bambini del gruppo con ASD, di una minor capacità di esercitare un controllo intellettuale sulle manifestazioni di carattere emotivo-affettive. L'ipotesi è che i bambini del gruppo ASD ottengano punteggi più bassi nella variabile Percentuale Qualità Formale (FQ%) e una Qualità Affettiva maggiore rispetto alla Qualità Formale nel rapporto A/F;
4. verificare la possibilità che nei bambini ASD ci sia una maggiore predisposizione affettiva di base a sfondo depressivo. L'ipotesi è che i bambini del gruppo ASD ottengano punteggi più bassi nelle variabili Percentuale Qualità Affettiva (AQ%) e Percentuale di Contenuti H (Umani), e più alti nella variabile IST.

## **Materiali e Metodo**

### **Partecipanti**

Il campione di ricerca è composto da 36 bambini maschi con diagnosi di ASD (gruppo ASD), di età compresa tra 6 e 12 anni (media = 8,35; SD = 1,95). Il gruppo ASD era diviso in due sottogruppi: 16 bambini tra 6 e 7,11 anni (media = 6,42; SD = .96) e 20 bambini tra 8 e 12 anni (media = 9,39; SD = 1,12).

La maggior parte dei bambini è di nazionalità italiana (98%) con una minoranza asiatica (2%). Al momento della prima valutazione, tutti i bambini sono stati valutati per confermare la diagnosi di ASD secondo i criteri diagnostici di DSM-IV-TR e DSM-5, con un punteggio sul Autismo Diagnostic Observation Schedule, Prima Edizione (ADOS, Signore, et al., 2005) che indica la sua gravità.

Al momento della somministrazione del test di Wartegg, i bambini avevano un punteggio medio di quoziente di intelligenza di 84,62 (ds = 15,48) e un punteggio medio di ADOS di 8,60 (ds = 3,89).

Bambini con danni neurologici certificati, bambini con disabilità sensoriali e bambini sotto i 6 anni sono stati esclusi dallo studio, in quanto non erano in grado di eseguire il test Wartegg. Inoltre, solo i bambini maschi sono stati selezionati poiché, pur riflettendo il rapporto tra maschi e femmine nella popolazione di pazienti con autismo (4:1), il numero di femmine era troppo basso, e questo avrebbe reso il campione disomogeneo.

Il gruppo di controllo (CNT) è costituito da un campione di 36 bambini maschi estratti dal campione normativo dell'età dello sviluppo italiana (1.385 soggetti, 723 maschi e 662 femmine),

di età compresa tra 5 e 12, al cui interno è incluso un precedente campione normativo di 282 soggetti (maschi = 159, femmine = 123) (Bianchi et al., 1998). Il campione di 36 bambini maschi corrisponde esattamente all'età con le caratteristiche del gruppo ASD.

## **Procedure**

I partecipanti sono stati reclutati dal l'Istituto di Ortofonia di Roma. In questo studio, abbiamo inserito bambini arrivati tra il 2014 e il 2018 per un sospetto disturbo dello spettro autistico; la valutazione psicodiagnostica è stata condotta da un team di medici qualificati (con almeno 10 anni di esperienza nel campo dell'autismo) costituiti da psicologi/psicoterapeuti, neurologi, pediatri, neuropsichiatri infantili e terapisti riabilitativi. La diagnosi di autismo è stata basata sui criteri DSM-5 (APA, 2013). Una volta confermata la diagnosi, i bambini sono stati inclusi nel Progetto Tartaruga (modello DERBBI, Di Renzo et al. 2020) per almeno 4 anni di terapia. DERBBI è l'acronimo di Developmental Emotional Regulation and Body-Based Intervention; il modello si concentra sulle interazioni comunicative con i bambini e sul ruolo del terapeuta e del caregiver come mediatori in grado di aiutare il bambino a regolare le loro reazioni agli stimoli esterni o interni percepiti come disturbanti. La caratteristica specifica di questo intervento è l'uso del corpo del terapeuta come strumento di comunicazione nel rapporto con il bambino, al fine di arricchire lo scambio emotivo nella diade (Di Renzo et al., 2007, 2020).

Durante la terapia, i bambini sono stati rivalutati nelle aree cognitive ed emotive, e quando hanno acquisito buone capacità grafico-motorie per essere in grado di effettuare un test come il Wartegg, sono stati inclusi nella presente ricerca. Il test è stato somministrato a ciascun bambino singolarmente; ogni somministrazione è durata circa mezz'ora. Successivamente, i protocolli sono stati valutati da un esperto di valutazione che non era a conoscenza del gruppo a cui i bambini esaminati appartenevano (metodo cieco).

## **Strumenti**

### Test di Wartegg

Il Test di Wartegg è una tecnica grafica proiettiva semi-strutturata, che può essere utilizzata con soggetti dai 5 anni (Crisi, 2007, 2018). Lo strumento può essere impiegato sia in ambito Clinico, che in quello della Selezione e dell'Orientamento.

Ogni Riquadro del test fornisce informazioni su specifiche aree psichiche. Il Riquadro 6, per esempio, preso in considerazione nella presente ricerca, informa circa le capacità del soggetto

di organizzare, risolvere e gestire operativamente i compiti e le richieste provenienti dall'ambiente.

I test sottoposti ai bambini del campione di ricerca sono stati siglati secondo il CWS (Crisi Wartegg System, Crisi, 1998, 2007). Gli elementi della siglatura danno vita a molteplici indici (percentuali, rapporti, etc.) che descrivono l'organizzazione dei processi di pensiero e permettono di stilare un profilo di sviluppo del soggetto esaminato capace di analizzare e definire sia il piano del funzionamento adattivo che affettivo.

In particolare, nella presente ricerca, sono stati presi in considerazione i seguenti indici:

- il Carattere Evocativo (EC/EC+%), risulta indicativo della capacità del soggetto di sintonizzarsi con gli stimoli provenienti dal mondo esterno e adattarvisi in maniera adeguata e funzionale. Viene valutato sulla base della capacità del soggetto di cogliere il Carattere Evocativo del segno-stimolo presente in ciascun Riquadro, ovvero di richiamare alla mente e facilitare la proiezione di diverse categorie di concetti (nel caso del Riquadro 1: centralità e/o rilevanza; Riquadro 2: vitalità e/o movimento, Riquadro 3: direzionalità e progressione dinamica, Riquadro 4: pesantezza e stabilità, Riquadro 5: superamento dinamico di un ostacolo, Riquadro 6: sintesi e strutturazione, Riquadro 7: delicatezza, Riquadro 8: arrotondamento e chiusura);
- la Qualità Affettiva (AQ/AQ+%), fa riferimento alla connotazione emotiva (positiva, neutra, negativa) assunta da ogni disegno realizzato;
- la Qualità Formale (FQ/FQ+%), cioè la capacità di saper cogliere le caratteristiche salienti che rendono il disegno immediatamente riconoscibile agli occhi dell'altro;
- il Rapporto A/F, ovvero Qualità Affettiva/Qualità Formale, che informa su come gli aspetti affettivi e quelli di controllo siano in rapporto tra loro;
- la Frequenza (P%), cioè la presenza o meno di disegni con contenuti originali;
- i Contenuti, che fanno riferimento a ciò che il soggetto ha disegnato e si dividono in: contenuti primari (essere umani, esseri umani simulacro, animali, animali simulacro, oggetti, contenuti naturali, astratti, simboli, etc...) o secondari (elementi aggiuntivi di valutazione che si applicano ai contenuti primari e riguardano contenuti fantastici, giochi, armi, arti figurative, maschere, vestiario, etc...)
- l'IST, il maggiore degli indici di depressione presenti nel CWS, che viene calcolato in base alla presenza di specifici valori (Direzionalità Opposta-OD; Morbid o MR, CLD, AQ+%, Analisi della Successione 1) che clinicamente suggeriscono la presenza di uno stato depressivo;
- l'Ordine di Esecuzione (OoS), ovvero l'ordine che il soggetto segue nel realizzare i



propri disegni.

La somministrazione prevede che al soggetto venga consegnata una matita numero 2 (HB) ben appuntita. L'utilizzo della gomma non è concesso. Quindi, presentando il modulo si invita l'esaminato a realizzare, prendendo spunto dai segni-stimolo presenti in ogni Riquadro, un disegno di senso compiuto, partendo dal primo che viene in mente, specificando che non è necessario seguire l'ordine numerico e che è importante che il segno presente nel riquadro diventi parte del proprio disegno. È prevista una consegna specifica per soggetti in età evolutiva. Nella Scheda di Raccolta Individuale il somministratore annoterà l'Ordine di Esecuzione (Order of Sequence=OoS) che il soggetto segue per completare la prova e, successivamente, le verbalizzazioni del soggetto in merito ai disegni rappresentati negli otto Riquadri (Pinacoteca).

Per ulteriori dettagli rispetto alla somministrazione, alla siglatura e al significato psicodiagnostico dei diversi indici si rimanda al Manuale (Crisi, 1998, 2007).

### **Analisi dei dati**

Per valutare la differenza tra gruppo (ASD vs CNT) sui punteggi medi Wartegg, è stata condotta l'analisi t-test. Per analizzare la differenza tra i punteggi espressi in frequenze percentuali, è stata condotta un'analisi del Chi-quadro. Il livello di significatività è stato impostato a  $p < 0.05$ . Tutte le analisi statistiche sono state eseguite utilizzando il software SPSS versione 19.0.

### **Risultati**

I risultati ottenuti dai bambini del gruppo ASD sono stati messi a confronto con quelli di un gruppo di confronto (CNT), cioè bambini estratti a caso dal campione normativo del Test di Wartegg per l'età evolutiva (in modo che i due gruppi, sperimentale e di controllo, risultassero identici sia nel genere che nell'età) e sottoposti ad analisi statistica.

Per verificare il primo obiettivo della ricerca, ovvero la presenza di tratti di maggiore rigidità, chiusura e mancanza di flessibilità nei confronti degli stimoli provenienti dal mondo esterno, sono stati presi in considerazione i valori ottenuti nel Carattere Evocativo (EC+%) e nella percentuale di Risposte Popolari (P%).

Il carattere evocativo ci fornisce informazioni sul grado di apertura alle stimolazioni esterne. Le analisi dei dati dimostrano che la media del Carattere Evocativo nel gruppo ASD dai 6 agli 8 anni (ASD=45,1%) è significativamente più bassa di quella del gruppo di controllo (CNT=72,4%;  $p < .00001$ ). Anche nel gruppo dagli 8 ai 12 anni la differenza risulta

statisticamente significativa ( $p < .001$ ; ASD= 54,2%; CNT= 73,6%).

Un ulteriore indice capace di fornire informazioni circa il livello di funzionamento adattivo dell'individuo è quello relativo alla percentuale di Risposte Popolari (P). Questo indice fornisce dati su quanto l'esaminato partecipa del modo di pensare della collettività e condivide un modo di pensare comune. I contenuti rappresentati nei disegni realizzati dai soggetti ASD vengono valutati sulla base della differente frequenza con la quale si presentano nel gruppo normativo. Si definiscono Risposte Popolari (P) quelle presenti in oltre il 18% dei casi; sono definite "semipopolari" quelle realizzate dal 10 e il 17,9% dei soggetti del gruppo normativo. Le risposte fornite dai bambini con ASD in questo indice segnalano la presenza di una differenza statisticamente significativa nei soggetti dai 6 agli 8 anni (ASD P%= 17; CNT= P% =33,7 con  $p < .002$ ) rispetto al gruppo di controllo, indicando dunque una minore partecipazione al modo di pensare comune. Diversamente nel gruppo dagli 8 ai 12 anni la differenza non risulta statisticamente significativa (ASD=P% 28,5; CNT=P%= 23,3;  $p < ns$ ).

Prendendo in considerazione il secondo obiettivo della ricerca, ovvero che a causa dei deficit che caratterizzano il disturbo, i bambini ASD possano avere una ridotta capacità di rappresentarsi il mondo e operare concretamente, in maniera adeguata e funzionale, sugli stimoli proposti dalla realtà esterna, sono stati messi in relazione i punteggi ottenuti nel Riquadro 6 nel Carattere Evocativo e nella Qualità Formale. L'analisi dei dati evidenzia come, nei bambini con ASD, questi indici siano inferiori in entrambi i gruppi di età, ossia sia nei bambini dai 6 agli 8 anni che in quelli dagli 8 ai 12 anni (EC  $p < .01$ ; FQ  $p < .00001$ ).

Inoltre, come illustrato in Tabella 1, è emersa una differenza significativa tra i bambini dai 6 ai 7,11 anni ASD e di controllo ( $p = .004$ ) e tra i bambini dagli 8 ai 12 anni ASD e di Controllo ( $p = .05$ ) nei valori che indicano una valutazione negativa del riquadro 6 (ossia Ambivalent Choice, AC; Negative Choice, NC; Ambivalent Delay, AD; Delay, D). Infatti il 62% dei bambini ASD dai 6 ai 7,11 anni ottiene una valutazione negativa rispetto al 19% dei bambini di controllo. Analogamente il 60% dei bambini ASD dagli 8 ai 12 anni ottiene una valutazione negativa rispetto al 15% del gruppo di controllo.

**Tabella 1. Valutazione del Riquadro 6 nell'Analisi della Successione 1.**

Fascia	Codici Positivi (C+PC)		Codici Negativi (AC+AD+NC+D)	
	AUT	CNT	AUT	CNT
6-8 (N=16)	6 (38%)	13 (81%)	10 (62%)	3 (19%)
8-12 (N=20)	8 (40%)	17 (85%)	12 (60%)	3 (15%)

Per verificare il terzo obiettivo, ovvero la presenza di una minor capacità, da parte dei bambini con ASD, di esercitare un controllo intellettuale sulle manifestazioni di carattere emotivo-affettive, sono stati presi in considerazione i risultati ottenuti nella Qualità Formale (FQ+%) e nel rapporto Qualità Affettiva/Qualità Formale (A/F).

I risultati ottenuti dal campione preso in esame indicano una differenza statisticamente significativa tra bambini ASD e di Controllo ( $p < .00001$ ) sia nella fascia di età 6-7.11 anni, che in quella dagli 8 ai 12. In particolare, il gruppo di controllo ottiene un punteggio medio dell'FQ+% di 90,8% nei bambini dai 6 agli 7.11 anni e di 90,4% in quello dagli 8 ai 12 anni, a testimonianza di adeguate capacità in quest'ambito. Diversamente, nel gruppo di bambini con Disturbo dello Spettro Autistico<sub>2</sub>, il valore medio dell'FQ+% è risultato essere del 64,6% nel gruppo dai 6 agli 8 anni e di 72% in quello dagli 8 ai 12 anni. Sebbene si osservi un lieve incremento nel gruppo dei bambini più grandi, in entrambi il valore dell'FQ+% è risultato inferiore a quello del gruppo di controllo.

In linea con i risultati appena descritti, analizzando i dati relativi al Rapporto tra Qualità Affettiva e Qualità Formale è possibile osservare come nel 60% dei bambini con Disturbo dello Spettro Autistico dai 6 agli 8 anni si rileva un prevalere degli aspetti emotivo-affettivi su quelli formali ( $A > F$ ). Nel gruppo di controllo questa stessa percentuale è diretta in direzione opposta, ovvero vede un prevalere degli elementi formali su quelli emotivo-affettivi ( $A < F$ ). Nel gruppo di bambini con ASD dagli 8 ai 12 anni il trend rimane identico, ma con una numerosità più bassa (il 40% dei bambini ha minori capacità di controllo, contro il 25% del campione del gruppo CNT).

Per verificare la quarta ipotesi, ovvero che, in virtù delle anomalie socio-comunicative e delle difficoltà di interazione sociale, le dinamiche psico-affettive nei bambini con ASD possano essere caratterizzate da una disposizione affettiva di base a sfondo depressivo, sono stati analizzati i punteggi ottenuti nei due gruppi nella Qualità Affettiva, il valore dell'IST e la percentuale dei contenuti H (Umani).

In riferimento alla Qualità Affettiva (AQ+%) nel gruppo dei bambini con ASD le analisi hanno permesso di evidenziare l'assenza di una differenza significativa nei bambini tra i 6 e gli 8 anni (ASD AQ+% = 50,2; CNT AQ+% = 59,4;  $p < .ns$ ) e una tendenza alla significatività nel gruppo di bambini dagli 8 ai 12 anni (ASD AQ+% = 51; CNT AQ+% = 57,2;  $p < ns$  ma 0.096). In entrambi i casi i bambini con ASD ottengono un punteggio inferiore nella valutazione di questo indice rispetto al gruppo di controllo, con valori dell'AQ+% che si collocano al limite inferiore, rispetto a quelli attesi, indicativi di un minor livello di apertura verso l'ambiente esterno e di un tono dell'umore tendenzialmente orientato in senso depressivo.

A sostegno di quanto appena riportato si evidenziano differenze significative anche nell'Indice IST, il maggiore degli indici di depressione presenti nel CWS, che viene calcolato in base alla presenza di specifici valori (Direzionalità Opposta-OD; Morbid o MR, CLD, AQ+%, Analisi della Successione 1) che clinicamente suggeriscono la presenza di uno stato depressivo.

Rispetto all'IST il valore ottenuto dai bambini con ASD in questo indice è risultato maggiore rispetto al gruppo di controllo con una differenza significativa dal punto statistico sia nei bambini dai 6 agli 8 anni (ASD = ITS 6,6; CNT= ITS 4,8;  $p < .01$ ), sia in quello dei bambini dagli 8 ai 12 anni (ASD = ITS 6,8; CNT= ITS 3,9;  $p < .00001$ ).

Anche la presenza di un numero inferiore di Contenuti Umani (H) nel gruppo di bambini con Disturbo dello Spettro Autistico, rispetto a quello di controllo, per quanto non significativa dal punto di vista statistico, potrebbe avvalorare questi dati. Il valore percentuale medio dei contenuti H appare inferiore sia nel gruppo di bambini dai 6 agli 8 anni (ASD = H% 7,1; CNT= H% 11,1;  $p < .ns$ ) che in quello di soggetti dagli 8 ai 12 anni (ASD = H% 10,1; CNT= H% 12,1;  $p < .ns$ ).

## **Discussione**

Eseguendo la prova tutti i 36 bambini con ASD del campione di ricerca hanno dato dimostrazione di aver raggiunto la capacità di sintonizzarsi con l'altro e gli stimoli proposti, al punto da comprendere, eseguire correttamente una consegna e rappresentare graficamente, oltre che commentare verbalmente, i disegni realizzati. Il Test di Wartegg, per poter essere eseguito, prevede, infatti, che il bambino sia in grado di ascoltare la richiesta fatta dall'esaminatore, comprenderla, integrare i segni-stimolo all'interno di una realizzazione grafica dotata di significato e comunicarne il contenuto all'altro.

I risultati emersi avvalorano l'ipotesi iniziale, ovvero che i bambini con ASD abbiano una struttura di personalità nell'aspetto globale e dinamico, cioè di sviluppo, di crescita e di qualità delle risorse psicologiche, diversa dai soggetti con uno sviluppo privo di patologie conclamate.

In particolare, il valore del Carattere Evocativo segnala la presenza di un profilo di sviluppo caratterizzato da tratti di rigidità e mancanza di flessibilità significativamente più elevati nel gruppo di soggetti con diagnosi di ASD rispetto al gruppo di controllo, tali da rendere più difficile, per i primi rispetto ai secondi, riuscire a "sintonizzarsi" con le richieste poste dall'ambiente esterno, adattandovisi in maniera adeguata e funzionale. Il punteggio del Carattere Evocativo nel Test di Wartegg costituisce un importante fattore psicodiagnostico, descrittivo della capacità del soggetto esaminato di entrare in rapporto con gli stimoli proposti dal test. In senso esteso, questo indice fornisce informazioni sulla presenza di funzioni

percettive e processi associativi integri, capacità di adeguamento al pensiero comune e adattamento all'ambiente, testimoniando, quando il valore ottenuto dal soggetto esaminato rientra in quello del campione normativo di riferimento, la capacità dell'individuo di entrare in relazione con il mondo esterno (Crisi, 1998, 2007). Il punteggio inferiore ottenuto dai bambini con Disturbo dello Spettro Autistico, rispetto al gruppo di controllo, è, quindi, indicativo di una minor apertura nei confronti dell'ambiente e della presenza di tratti di rigidità che concorrono a ostacolare il funzionamento adattivo. I risultati evidenziano infatti la presenza di maggiori difficoltà, da parte dei bambini con ASD, nel cogliere gli aspetti percettivi e i suggerimenti offerti dal Carattere Evocativo dei segni-stimolo proposti. Il dato dimostra quanto sia difficile per i bambini con ASD, rispetto a quelli del gruppo di controllo, sintonizzarsi adeguatamente con gli stimoli proposti dal test e cogliere gli aspetti percettivo-gestaltici e simbolici connessi ai segni-stimolo presenti nei diversi Riquadri. Ciò conferma l'ipotesi iniziale secondo la quale i bambini con ASD presentano tratti di chiusura tali da ostacolare le loro capacità di entrare in relazione con gli stimoli proposti dal mondo esterno. Il processo di risposta al Test di Wartegg, infatti, chiama in causa gli aspetti percettivi, strettamente connessi alle leggi della percezione visiva (vicinanza, somiglianza, chiusura, pregnanza e destino comune) e i legami associativi che il soggetto compie con i concetti evocati dai diversi segni-stimolo in ogni Riquadro. I punteggi ottenuti dai bambini del gruppo con ASD rispetto a quelli appartenenti alla popolazione normale nel Carattere Evocativo sono indicativi della difficoltà dei primi nel sintonizzarsi e cogliere i suggerimenti offerti dai segni-stimolo in ciascun riquadro, ovvero: centralità e rilevanza (Riquadro 1), vitalità e movimento (Riquadro 2), direzionalità e progressione dinamica (Riquadro 3), pesantezza e stabilità (Riquadro 4), superamento dinamico di un ostacolo con direzionalità rivolta verso l'angolo in alto a destra (Riquadro 5), sintesi e strutturazione (Riquadro 6), delicatezza (Riquadro 7), arrotondamento e chiusura (Riquadro 8).

A conferma di ciò, sono emersi anche punteggi inferiori nei valori ottenuti dai bambini del gruppo ASD della fascia 6-8 anni nella percentuale delle Risposte Popolari (P%). Questo dato indica che nei bambini ASD siano presenti minori capacità di aderire al pensiero della collettività e adattarsi alla realtà (Crisi, 1998, 2007). Non è invece emersa una differenza significativa nel gruppo ASD dagli 8 ai 12 anni, e ciò suggerisce che anche nei bambini con ASD ci sia una tendenza a fornire risposte più convenzionali con il progredire dell'età.

A questo proposito appare interessante notare come le valutazioni più negative nel Carattere Evocativo e nella Qualità Formale del Riquadro 6 del Test di Wartegg siano state ottenute dai bambini del gruppo ASD. Il Riquadro 6 è in grado di fornirci informazioni sulle capacità del bambino di affrontare, risolvere e gestire operativamente i problemi e le richieste poste

dall'ambiente esterno. La valutazione negativa ottenuta nella realizzazione di questo riquadro dai bambini del gruppo ASD, che dal punto di vista evocativo rimanda ai concetti di strutturazione e sintesi, indica una maggior difficoltà nella rappresentazione della realtà dei bambini con disturbo dello spettro autistico rispetto al gruppo di controllo, che interferisce sulle loro possibilità di operare concretamente, in maniera adeguata, funzionale e autonoma, sugli stimoli proposti dal mondo esterno. Le valutazioni negative (Ambivalent Choice; Negative Choice; Ambivalent Delay; Delay) sono, inoltre, indicative della presenza di tensioni nella relazione con l'area psichica evocata dal riquadro, a dimostrazione di come il rapporto con la realtà esterna rappresenti per i soggetti con ASD un elemento in grado di attivare vissuti di ambivalenza e conflittualità.

Alla luce di quanto finora discusso appare necessario riflettere sulle possibili interferenze che le difficoltà descritte possono avere sull'organizzazione delle dinamiche psico-affettive dei bambini. Il Test di Wartegg consente anche di valutare in che modo gli aspetti adattivi e affettivi si rapportino l'uno all'altro contribuendo a definire l'organizzazione psichica del soggetto esaminato.

A questo proposito risultano interessanti i dati emersi rispetto al Rapporto A/F (Qualità Affettiva/Qualità Formale). Questo indice descrive, infatti, il modo in cui, nel soggetto esaminato, affettività e razionalità sono in relazione tra loro. Il valore normativo di questo rapporto, cui concorrono i punteggi ottenuti, per l'appunto, nella qualità affettiva e nella qualità formale, è di 2,5 per la A e 4 per la F. La Qualità Formale (FQ+%) informa circa l'integrità dei processi intellettivi del soggetto, sia in senso quantitativo (livello intellettuale), sia qualitativo (attenzione, concentrazione, progettazione, anticipazione, formazione dei concetti, adeguamento al processo secondario di pensiero, ecc.). Più estesamente contribuisce a descrivere le capacità del soggetto di entrare in contatto con il mondo esterno e informa circa il livello di autocontrollo consapevole da questi raggiunto, ovvero il livello di controllo intellettuale che l'individuo riesce ad esercitare sulle manifestazioni di carattere emotivo-affettive (Crisi, 1998, 2007). La Qualità Affettiva (AQ) viene valutata sulla base della connotazione affettiva che assumono i disegni realizzati dal soggetto ed è quindi descrittiva della disposizione affettiva di base dell'individuo che si sottopone al test, ovvero di come è orientata la sua affettività. Questo indice consente, inoltre, di valutare la presenza di rimozioni e il grado di sintonia che l'esaminato può raggiungere nella relazione con l'ambiente (Crisi, 1998, 2007).

I dati emersi dalla presente ricerca evidenziano la presenza di maggiori difficoltà, nel gruppo di bambini con ASD, nel riuscire a cogliere, in ciò che hanno disegnato, gli elementi salienti

che lo rendono immediatamente riconoscibile. La Qualità Formale, infatti, viene valutata in base al criterio dell'Evidenza, cioè la capacità del soggetto di riprodurre gli elementi essenziali di una figura che la renda facilmente riconoscibile. Il prevalere della componente emotivo-affettiva su quella formale ( $A > F$ ) conferma l'ipotesi iniziale secondo la quale i bambini con diagnosi di ASD presentino maggiori difficoltà nell'esercitare un controllo intellettuale sulle manifestazioni di carattere emotivo-affettive e supporta la "Teoria dello sbilanciamento empatico" di Smith (2009) che differenzia la componente affettiva e cognitiva dell'empatia e attribuisce la disregolazione affettiva dei bambini con Disturbo dello Spettro Autistico a uno squilibrio tra le due componenti. Per cui nel bambino ASD può esserci un sovraccarico emotivo nella gestione degli stati interni che non trova sufficiente flessibilità nelle strategie di regolazione, differenziazione e coping, l'analisi del rapporto tra Qualità Affettiva e Qualità Formale ( $A/F$ ) evidenzia come, nei bambini con Disturbo dello Spettro Autistico, si osservi un prevalere degli elementi emotivo-affettivi su quelli razionali e di controllo. Tali risultati confermano quanto osservato anche da Samson et al. (2012) relativamente alla manifestazione, da parte del bambino ASD, di una reattività emotiva intensificata, che può generare difficoltà di vario grado nella regolazione emozionale. Sopraffatto dalla propria affettività e impossibilitato nel trovare un canale di espressione adeguato ai propri bisogni, il bambino autistico potrebbe essere portato ad amplificare comportamenti stereotipati nel tentativo di trovare sollievo alla tensione percepita sul piano del mondo interno.

L'organizzazione delle dinamiche psico-affettive appare, in effetti, caratterizzata da una tendenza alla deflessione del tono dell'umore e dalla presenza di vissuti a sfondo depressivo, Come indicato dai valori più alti di IST nel gruppo ASD. I dati della presente ricerca dunque confermano la presenza, nei bambini con ASD, di realizzazioni grafiche caratterizzate da connotazioni affettive meno positive, rispetto ai coetanei del gruppo di controllo, unite alla presenza di contenuti e fenomeni indicativi di un tono dell'umore deflesso.

Queste caratteristiche potrebbero impedire al bambino di esprimere al meglio le proprie risorse, ostacolando la possibilità di canalizzare le proprie energie affettive in maniera adeguata e funzionale in direzione dell'adattamento al mondo esterno.

Questi dati confermano i risultati emersi nell'ambito di recenti ricerche (Magnuson & Constantino, 2011; Dickerson et al. 2011; Stewart et al. 2006)), che hanno indagato la presenza di indicatori riconducibili alla presenza di un tono dell'umore orientato in senso depressivo, suggerendo la necessità di valutare sistematicamente la presenza di questi sintomi nei bambini con ASD e approfondire la ricerca in quest'ambito.

## **Conclusioni**

I dati raccolti nell'ambito della presente ricerca dimostrano come sia possibile integrare la valutazione clinico-diagnostica dei bambini con Disturbi dello Spettro Autistico, che hanno raggiunto un livello grafico sufficientemente maturo, con una valutazione psicologica atta a definire l'organizzazione delle dinamiche psicoaffettive dei soggetti. Tali elementi contribuiscono a restituire spessore alla descrizione del profilo di sviluppo di bambini che, in virtù della complessità che caratterizza il quadro diagnostico cui appartengono, rischiano di non essere sufficientemente riconosciuti nei loro bisogni affettivi, oltre che cognitivi, specifici.

Precedenti ricerche hanno dimostrato come vi sia una correlazione significativa tra la produzione grafica e la componente Affetto-Sociale dell'ADOS, a dimostrazione del fatto che il ritardo nel disegno sia fortemente influenzato da una inibizione emotiva oltre che intellettuale (Di Renzo et al. 2017). Questo dato appare confermato dai risultati di questa ricerca che indicano la presenza, nei test eseguiti dal nostro campione di bambini, di elementi generalmente descrittivi di una tendenza alla deflessione del tono dell'umore.

I dati fin qui raccolti consentono di aprire riflessioni sull'importanza di considerare attentamente, nell'ambito della valutazione e del trattamento del bambino con disturbo dello spettro autistico, la dimensione affettiva, attraverso strumenti che permettano di definirne l'organizzazione delle dinamiche interne e le caratteristiche specifiche di ogni bambino, al fine di orientare l'intervento terapeutico.

Il minor grado di apertura nei confronti degli stimoli provenienti dal mondo esterno suggerisce altresì l'esigenza di proporre trattamenti che mirino a rinforzare le capacità di sintonizzazione e la reciprocità emotiva, attraverso scambi relazionali affettivamente connotati, che consentano, quindi, di potenziare tanto la componente cognitiva che quella affettiva dell'empatia, fornendo ai bambini canali di espressione adeguati per i propri bisogni e vissuti, verosimilmente rappresentati anche dalle attività grafiche e da tutte le forme di espressività che prevedono il coinvolgimento diretto della psiche e del corpo.

I risultati di questo lavoro sottolineano, inoltre, la necessità di considerare l'utilizzo di approcci terapeutici e psico-educativi flessibili, come fattore di protezione, capace di evitare il rischio di colludere con i tratti di rigidità che caratterizzano il profilo di sviluppo dei bambini ASD, confermati dagli esiti della presente ricerca.



## BIBLIOGRAFIA

- APA\_American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5)*.
- Baron-Cohen, S. (1991). Precursors to a theory of mind: understanding attention in others, in Whiten, A. (Ed.) *Natural Theories of Mind: Evolution, Development and Simulation of Everyday Mindreading*, Basil Blackwell.
- Beall, P. M., Moody, E. J., McIntosh, D. N., Hepburn, S. L., & Reed, C. L., (2008). Rapid facial reactions to emotional facial expressions in typically developing children and children with autism spectrum disorder. *Journal of Experimental Child Psychology*, 101 (3), 206-223.
- Bianchi Di Castelbianco, F., Crisi, A., Di Renzo, M. (1998). *Il Test di Wartegg nell'età evolutiva. Un contributo psicodiagnostico allo studio clinico della balbuzie, della sordità e dei disturbi dell'apprendimento [The Wartegg Test in the developmental age. A psychodiagnostic contribution to the clinical study of stuttering, deafness and learning disorders]* MaGi, Roma.
- Brenner, C. (1973). *An elementary textbook of psychoanalysis*. Tr. It. (1976). Martinelli, Firenze.
- Castellazzi, V. L. (2018). *Il Test del Disegno della Persona sotto la Pioggia [The Person Drawing Test in the Rain]*. LAS, Roma.
- Crisi A. (2007). *Manuale del Test di Wartegg. Norme per la raccolta, la siglatura e l'interpretazione [The Wartegg Test Manual. Rules for collection, marking and interpretation]* MaGi, Roma.
- Crisi, A. (2018). *The Crisi Wartegg System. Manual for Administration, Scoring and Interpretation*. Routledge, New York.
- Di Renzo, M., Bianchi di Castelbianco, F., Vanadia, E., Petrillo, M., Racinaro, L., Rea, M. (2016). 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, 4 (188), 1-7.
- Di Renzo, M., Bianchi di Castelbianco, F., Vanadia, E., Petrillo, M., Racinaro, L., Rea M. (2017). Sensory Processing and Repetitive Behavior in Clinical Assessment of Preschool Children with Autism Spectrum Disorder. *Journal of Child & Adolescent Behavior*, 5 (2), 1-8.
- Di Renzo, M., Marini, C., Bianchi di Castelbianco, F., Racinaro, L. Rea, M. (2017). Correlations between the Drawing Process in Autistic Children and Developmental Indexes. *Journal of Psychology & Psychotherapy*, 7, 2 (291), 1-9.
- Di Renzo, M., Guerriero, V., Petrillo, M., Racinaro, L., Vanadia, E., Bianchi di Castelbianco, F. (2019). A comprehensive assessment process for children with autism spectrum disorders. *Advances in Autism*, 1-14. DOI 10.1108/AIA-09-2018-0031.

- Di Renzo, M., Vanadia, E., Petrillo, M., Trapolino, D., Racinaro, L., Rea, M., & Bianchi di Castelbianco, F. (2020). A therapeutic approach for ASD: method and outcome of the DERBBI-developmental, emotional regulation and body-based intervention. *International Journal of Psychoanalysis and Education*, 12 (1), 59-75.
- Di Renzo, M., Bianchi di Castelbianco, F., Villani, A., Corsello, G., Vanadia, E., Petrillo, M., Trapolino, D., Racinaro, L., Rea, M., (2021). Prognostic factors and predictor of outcome in children with autism spectrum disorder: the role of the paediatrician. *Journal of Pediatrics*, 47 (67), 1-12.
- Dickerson, S. M., Calhoun, S. L., Murray, M. J., Ahuja, M., Smith, A. (2011). Anxiety, depression, and irritability in children with autism relative to other neuropsychiatric disorders and typical development. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 5, 474-485.
- Gallese, V. (2001). What action can do: from mirror neurons to the “shared manifold” hypothesis. *Journal of Consciousness Studies*, 8 (5-7), 33-50.
- Gallese, V. (2006). Intentional attunement: a neurophysiological perspective on social cognition and its disruption in autism. *Brain Research: Cognitive Brain Research*, 1079 (1), 15-24.
- Gallese, V., Rochat, M. J. (2018). Forms of vitality: their neural bases, their role in social cognition, and the case of autism spectrum disorder. *Psychoanalytic Inquiry*, 38 (2), 154-64.
- Greenspan, S. I., Wieder, S. (2000). A developmental approach to difficulties in relating and communicating in autism spectrum disorders and related syndromes, in Wetherby, A. M., Prizant, B. M. (Eds) *Autism Spectrum Disorders: A Transactional Developmental Perspective*. Paul H. Brookes.
- Grondhius, S. N., Aman, M. G. (2012). Assessment of anxiety in children and adolescents with autism spectrum disorders. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 6 (4), 1345-1365.
- Hepburn, S., Philofsky, A., Fidler, D. & Rogers, S. (2007). Autism symptoms in toddlers with Down syndrome: a descriptive study. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 21, 48-57.
- Lord, C., Rutter, M., Di Lavore, P. C., Risi, S. Gotham, K. & Bishop S. (2005). *Autism diagnostic observation schedule*. O.S. Organizzazioni Speciali, Firenze.
- Magnuson, K. M., Constantino, J. N. (2011). Characterized of Depression in Children with Autism Spectrum Disorders. *NIH Public Access, J Dev Behav Pediatr*, 32(4), 332-340.
- Palm, J., Crisi, A. (2018). The statistical foundations of the CWS in Crisi A. The Crisi Wartegg System, chapter 2, Routledge, New York.
- Passi Tognazzo, D. (1999). *Metodi e Tecniche nella Diagnosi della Personalità. I Test Proiettivi [Methods and Techniques in the Diagnosis of Personality. The Projective Tests]* Giunti,

Firenze.

- Rapaport, D. (1977). *Il modello concettuale della psicoanalisi: scritti 1942-1960 [Collected Papers of David Rapaport: writings 1942-1960]* Feltrinelli, Milano.
- Sappok, T., Budczies, J., Bolte, S., Dziobeck, I., Dosen, A., Diefenbacher, A. (2013). Emotional Development in Adults with Autism and Intellectual Disabilities: a retrospective, clinical Analysis.
- Scambler, D. J., Hepburn, S., Rutherford, M. D., Wehner, E. A., & Rogers, S. (2007). Emotional responsivity in children with autism, children with other developmental disabilities, and children with typical development. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 37, 553-563.
- 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.
- Soilevuo Grønnerød, J., & Grønnerød, C. (2012). The Wartegg Zeichen Test: A literature overview and a meta-analysis of reliability and validity. *Psychological Assessment*, 24 (2), 476-89.
- Stewart, M. E., Barnard, L., Pearson, J., Hasan, R., O'Brien, G. (2006). Presentation of depression in autism and Asperger syndrome. *SAGE Publications and The National Autistic Society*, 10, 103-116.
- Trevarthen, C., Delafield-Butt, J. T. (2013). Autism as a developmental disorder in intentional movement and affective engagement. *Front Integr Neurosci*, 7, 49.
- Vulcan, M. (2016). I'm a translating body: therapists' experiences working with children diagnosed with autism spectrum disorder. *Journal of Psychotherapy Integration*, 26 (3), 326-337.
- Vygotskij, L.S. (1934). *Thought and Language*, MIT Press, Cambridge, MA.

