



infanzia e adolescenza

www.infanziaeadolescenza.it

Volume 10, numero 1, gennaio-aprile 2011

Sommario

Editoriale

<i>M. Ammaniti, N. Dazzi</i>	1
------------------------------------	---

Ricerche

Attaccamento e problemi emotivo-comportamentali in adolescenza. <i>E. Costantino, A. Limonta, A. Maggiolini, C. Riva Crugnola</i>	3
---	---

Minori stranieri non accompagnati: dal metodo autobiografico all'analisi testuale "assistita", <i>M. De Micheli, D. Margola, S. Esposito, O. Oasi</i>	16
--	----

Strumenti clinici e diagnostici

Un'applicazione del COPE alla valutazione del coping in adolescenza: relazione con indici di benessere e disagio psichico, <i>A. Prunas</i>	28
--	----

Resoconti e contributi clinici

Un caso di Multiple Complex Developmental Disorder: dal profilo neuropsicologico all'inquadramento nosografico, <i>M. Poletti</i>	43
--	----

I percorsi di mentalizzazione in un intervento domiciliare con un bambino con disturbo autistico, <i>G. Cusimano, F. Famà, P. Miano</i>	53
--	----

I percorsi di mentalizzazione in un intervento domiciliare con un bambino con disturbo autistico

Mentalization processes in an home visiting intervention for a child with autistic disorder

GASPARE CUSIMANO, FRANCESCA FAMÀ, PAOLA MIANO

Dipartimento di Psicologia, Facoltà di Scienze della Formazione, Università di Palermo

RIASSUNTO: Premesse teoriche: A partire dai contributi psicodinamici che hanno proposto di considerare il Disturbo Autistico all'interno di una prospettiva relazionale, l'inquadramento teorico dell'autismo è stato arricchito dai dati di ricerca delle neuroscienze, e in particolare dalla teoria della mente e dall'individuazione dei neuroni specchio. **Obiettivo:** Gli autori propongono un progetto integrato che, oltre alla presa in carico psicoterapeutica, utilizza lo strumento dell'intervento domiciliare come ausilio terapeutico nei casi di autismo. In questo modo, attraverso l'intervento domiciliare, si realizzano il coinvolgimento delle diverse agenzie educative e di cura e il contenimento delle risposte affettive dei genitori. **Metodologia:** Attraverso la presentazione di un caso clinico vengono descritti gli obiettivi e gli strumenti dell'intervento domiciliare, sottolineando in particolare l'utilizzo dell'osservazione delle relazioni familiari, il ruolo dell'emozione nei processi di sviluppo, l'alleanza con i genitori, il lavoro di rete, la definizione del setting, il sostegno dei processi di mentalizzazione e il ricorso alla supervisione. **Discussione critica e conclusioni:** Dopo tre anni di intervento il mondo interno di A. è cambiato, gli oggetti interni sono divenuti meno persecutori, e nei processi mentali si è assistito a un incremento del registro simbolico, accompagnato da un utilizzo più coerente della comunicazione verbale e da una regressione delle stereotipie, cui è corrisposta una migliore qualità delle relazioni. Il materiale clinico sembra supportare l'ipotesi che lo sviluppo della capacità di mentalizzazione possa essere sostenuto dal generare e condividere emozioni.

PAROLE CHIAVE: Disturbo Autistico, Intervento domiciliare, Mentalizzazione.

ABSTRACT: Background: Starting from psychodynamic contributions that consider the Autistic Disorder in a relational perspective, the theoretical framework of autism has been enhanced by neuro-scientific research data. Theory of mind and the discovery of mirror neurons emphasize, in particular, the human capacity for understanding the mental and emotional states of other people, mirroring their mental functioning. For subjects with autism the greatest difficulty lies in understanding the emotional significance of actions. **Aims:** The authors suggest a project with an integrated intervention that makes use of psychotherapy and the home-based model as a therapeutic instrument for subjects with autism. Using this model and the home-visit intervention it is possible to involve educational and care institutions and to keep parents' feelings in check. **Methodology:** A single case-study of A., a 7-year-old child with autism is presented. A. displayed abnormal functioning in social interaction, use of language and symbolic play. Staying and working with him, both at home and at school, was then very demanding. We describe the aims and the instruments of the home-visit intervention, emphasising the use of observation of family relationships, the role of emotions on developmental processes, the parents-therapist alliance, the network with social workers, the definition of setting, the support of mentalization processes, the use of clinical supervision. **Discussion and conclusion:** After three years of intervention the inner world of A. has changed; his inner objects have become less persecutory, and in the mental processes there has been an increase in the symbolic dimension, with a more coherent use of verbal communication, a decrease in stereotyping and a better quality of relationship. Our clinical data seem to support the hypothesis that creating and sharing emotions encourages the development of mentalization.

KEY WORDS: Autistic Disorder, Home-based intervention, Mentalization.

La funzione empatica riveste nel lavoro di cura di soggetti con un disturbo autistico un elemento di cruciale importanza, in una prospettiva che considera l'interazione al centro del percorso terapeutico. Lavorare con un bambino ritirato, che sembra non essere in grado né di rispondere né di percepire gli stimoli sociali, significa trovarsi di fronte a una condizione che mette in discussione la relazione come cardine del lavoro psicodinamico. La dimensione dell'essere insieme e del costruire significati condivisi, costituisce infatti, secondo i dati delle ricerche sull'efficacia delle psicoterapie (De Coro, Andreassi, 2004), la variabile che risulta trasversalmente associata con maggiore rilevanza a cambiamenti positivi nel corso della psicoterapia.

La diagnosi di disturbo autistico è focalizzata principalmente su sintomi derivanti da una carenza delle abilità sociali e comunicative che porta a una significativa difficoltà di adattamento all'ambiente, cui può accompagnarsi una modalità di comportamento e una gamma di interessi significativamente ristretti. In base all'inquadramento teorico di riferimento sono state proposte differenti classificazioni che evidenziano specifici sintomi. Nel DSM-IV-TR (APA, 2000) il Disturbo Autistico viene inserito tra i Disturbi Pervasivi dello Sviluppo (DPS), insieme al Disturbo di Rett, al Disturbo Disintegrativo dell'Infanzia, al Disturbo di Asperger e al Disturbo Pervasivo dello Sviluppo Non Altrimenti Specificato. Una grave e perdurante compromissione dell'interazione sociale reciproca e della comunicazione, nonché la presenza di comportamenti, interessi e attività ristretti, ripetitivi e stereotipati che si accompagnano a carenze nello sviluppo dell'interazione sociale, del gioco simbolico e dell'immaginazione sono i sintomi principali attraverso cui viene descritto il Disturbo Autistico nel DSM-IV-TR e l'Autismo Infantile (F84.0) nell'ICD-10 (WHO, 1992). Sebbene queste due classificazioni facciano riferimento a una sindrome che si presenta entro i tre anni di età, è stato sottolineato come gli indicatori del disturbo autistico così definiti si adattino meglio alla diagnosi di bambini intorno ai 3/4 anni di età, mentre siano difficilmente riscontrabili prima dei tre anni (Ammaniti, 2010).

In presenza di un quadro clinico stabile intorno ai due anni, la Classificazione Diagnostica CD: 0-3R (Zero-To-Three, 2005) può costituire un valido strumento per l'inquadramento dei sintomi autistici, permettendo di seguire lo sviluppo emotivo del bambino e della sua famiglia, dentro una condizione di *working* diagnosi. La CD: 0-3R si basa su un sistema multiassiale che consente la compilazione di profili funzionali sulla base dei disturbi clinici (asse I), della qualità del-

le relazioni (asse II), delle vulnerabilità organiche (asse III), di eventuali agenti stressanti (asse IV) e dei livelli di funzionamento emotivo (asse V). All'interno di questa classificazione non si fa riferimento al termine autismo, quanto a una diagnosi primaria in asse I di Disturbo Multisistemico dello Sviluppo (710 - MSDD) che sottolinea la presenza entro i due anni di significative difficoltà nell'ingaggiare relazioni con i caregiver principali, nello sviluppo della comunicazione, nei meccanismi di regolazione e nella pianificazione motoria. La caratteristica principale della CD: 0-3R consiste nel sottolineare come la difficoltà relazionale possa considerarsi la conseguenza di un deficit nell'elaborazione dell'informazione sensoriale e motoria e possa, pertanto, andare incontro a un decorso che preveda la regressione dei sintomi.

Una specifica differenziazione del quadro sintomatologico autistico viene proposta all'interno del Manuale Diagnostico Psicodinamico (PDM Task Force, 2006) nel quale vengono individuati, in relazione alla gravità dei sintomi, alle menomazioni che comportano, al profilo di regolazione motoria e sensoriale e alla stabilità o labilità dei progressi, quattro sottotipi dei *Disturbi neuroevolutivi della relazione e della comunicazione (NDRC)*: Tipo I - Simbolico precoce, con limitazioni; Tipo II - Determinato nella risoluzione dei problemi, con limitazioni; Tipo III - Determinato e impegnato in modo intermittente; Tipo IV - Afinalistico e privo di obiettivi.

La difficoltà di cogliere la dimensione emozionale che accompagna le azioni degli altri esseri umani caratterizza i soggetti che presentano sintomi autistici; Grèzes e collaboratori (2009) osservano come relativamente alla carenza della capacità che permette di rappresentare i correlati emotivi del comportamento siano state proposte diverse ipotesi che considerano questo sintomo come causato da una disfunzione nel funzionamento dell'amigdala, del giro fusiforme e del giro temporale superiore (Ashwin, Baron-Cohen, Wheelwright, O'Riordan, Bullmore, 2007), delle connettività cerebrali (Belmonte, Allen, Beckel-Mitchener, Boulanger, Carper, Webb, 2004; Frith, 2004), oppure da un deficit del transfer interemisferico (Le Doux, 1996) o del sistema dei neuroni specchio (Gallese, Keysers, Rizzolatti, 2004; Dapretto, Davies, Pfeifer, Scott, Sigman, Bookheimer, Iacoboni, 2006). La possibilità di attribuire in maniera congrua uno specifico stato mentale ed emozionale al nostro partner relazionale deriverebbe dalla capacità di rispecchiarne il funzionamento mentale (Gallese, 2006). In tal senso, anche i dati raccolti attraverso la risonanza magnetica

funzionale (fMRI) da Grèzes e collaboratori (2009) sembrano confermare come ciò che differenzia i soggetti con sintomi autistici dai soggetti non psichiatrici sia costituito dall'incapacità di attribuire un significato emotivo alle azioni, piuttosto che da una difficoltà a rappresentare l'azione stessa.

Rispetto alla focalizzazione sulle funzioni deficitarie del bambino (Kanner, 1943; Asperger, 1944) gli interventi negli ambienti di vita del bambino ci hanno portato a riflettere sui processi e sulle distorsioni relative anche ai reciproci adattamenti relazionali che impongono regolazioni compensative disfunzionali: la pervasività dei sintomi sembra influenzare e caratterizzare la dimensione intersoggettiva dell'intero sistema familiare. Paradossalmente rispetto ai sintomi che presenta è proprio il soggetto autistico che non può essere guardato come un oggetto avulso dal proprio ambiente (Sorrentino, 2006).

La necessità di verificare l'efficacia del trattamento rivolto a soggetti con una diagnosi di autismo viene sottolineata da diversi autori (Luiselli, Cannon, Ellis, Sisson, 2000; Ramey, Landesman, Ramey, 1998) che fanno riferimento principalmente a parametri come il numero di ore settimanali e la durata complessiva dell'intervento, a loro volta incrociati con i cambiamenti registrati tra la fase di assessment e le fasi successive. Questa riflessione ha dato vita a una maggiore attenzione rivolta sia alla fase di progettazione che a quella di valutazione dell'efficacia dell'intervento terapeutico. Connor (2003), per esempio, propone una check list costituita da otto variabili (espressione verbale, comprensione verbale, comprensione non-verbale, contatto visivo, gioco, adattamento ai cambiamenti nelle routine e nelle altre attività, interazione con i pari/socializzazione, competenze nell'ascolto), ciascuna delle quali viene operazionalizzata attraverso sei descrittori.

Nel trattamento di soggetti con una diagnosi di autismo risulta particolarmente importante inserire l'intervento all'interno di un quadro teorico che dia ragione della complessità della condizione del paziente e della sua famiglia e che prenda in considerazione variabili quali l'eredità biologica, l'ambiente prenatale, il sostegno familiare ed extra-familiare, le pratiche socio-culturali e quelle legate alla comunità di appartenenza (Ramey, Landesman Ramey, 1998).

Nel caso di soggetti esposti a fattori di rischio particolarmente gravi (Hebbeler, Gerlach-Downie, 2002), il ricorso all'intervento domiciliare viene considerato una tecnica efficace laddove i fattori di rischio riguardano contemporaneamente il bambino, il caregiver e

la diade come sistema relazionale; in tal senso, questo tipo di intervento è stato utilizzato in presenza di differenti condizioni quali la depressione materna (Ammaniti, Speranza, Tambelli, Muscetta, Lucarelli, Vismara, Odorisio, Cimino, 2006), l'autismo (Holmes, Hemsley, Rickett, Likierman, 1982) e il rischio di maltrattamento (Fink, McCloskey, 1990).

■ Il caso di Alessio. Storia familiare e inquadramento diagnostico

Alessio è il primogenito di una coppia di quarantenni di estrazione socio culturale medio-alta. A. ha vissuto con i genitori in un appartamento autonomo fino a quando, compiuti i cinque anni, la famiglia si è trasferita in una palazzina che ha condiviso con la famiglia d'origine della madre. Dopo un anno è nata una sorella e il nucleo familiare si è stabilizzato, senza ulteriori importanti cambiamenti. I due anni precedenti la nascita di A. sono stati segnati dalla malattia del nonno materno, accaduto principalmente dalla madre del bambino. A. è nato circa due mesi dopo la morte del nonno. Riguardo la famiglia paterna viene riferita la presenza di un bambino con diagnosi di disturbo autistico, figlio della sorella del padre e di tre anni più grande.

Il primo anno di vita di A. è trascorso senza particolari criticità; intorno ai diciotto mesi la madre di A. ha osservato una regressione nelle prime acquisizioni relative al linguaggio e, più in generale, nella comunicazione. All'età di quattro anni i genitori di A. chiedono una consulenza psicoterapeutica in seguito a difficoltà particolarmente evidenti nell'ambito scolastico, come la tendenza all'isolamento e un generale rifiuto nei confronti della scuola, accompagnate da intense manifestazioni di angoscia, che i genitori tendevano ad attribuire a una carente competenza degli insegnanti. L'ingresso nella scuola elementare coincide con un'accentuarsi della sintomatologia, con particolare riferimento ai comportamenti aggressivi e di fuga, nonché con un profondo senso di frustrazione dei genitori rispetto al livello delle performance cognitive in ambito scolastico.

L'assessment proposto all'inizio della psicoterapia durante la fase di valutazione di A. ha saturato i seguenti criteri relativi alla diagnosi di autismo proposta dal DSM IV-TR (APA, 2000): compromissione nei comportamenti non verbali, incapacità di sviluppare relazioni con i coetanei, mancanza di ricerca spontanea di condivisione e di reciprocità sociale ed emotiva, il lin-

guaggio era stereotipato ed eccentrico e non erano presenti giochi di simulazione, gli interessi erano stereotipati e anomali, spesso focalizzati su parti di oggetti; inoltre, era complessivamente possibile rilevare un funzionamento gravemente anomalo nell'interazione sociale. Lo psicoterapeuta (G.C.) è giunto a una diagnosi di Disturbo Autistico e ha proposto una psicoterapia psicoanalitica a 3 sedute settimanali, che si sono ridotte a 2 dopo i primi due anni, e che è tutt'ora in corso.

Dopo tre anni il quadro sintomatologico appariva meno grave e menomante, con dei progressi relativi al linguaggio e alla qualità del gioco. Le criticità relative all'inserimento presso la scuola elementare spinsero il terapeuta a proporre una integrazione domiciliare della terapia attraverso il lavoro di una psicologa formata sul modello domiciliare.

Il periodo di osservazione informale (otto incontri), previsto dall'intervento domiciliare, è stato effettuato nel contesto familiare ed è stato associato a colloqui con gli operatori dei contesti relazionali significativi. A. mostrava di avere delle aree di competenza sufficientemente adeguate, quali la capacità di rappresentazione grafica, una buona autonomia nella cura personale, un buon orientamento spaziale e una memoria verbale piuttosto sviluppata, nonostante il persistere dei sintomi autistici.

Relativamente alle dinamiche che caratterizzavano i contesti relazionali significativi, la madre di A. tendeva a depotenziare le difficoltà del figlio ed era molto critica nei confronti dei servizi scolastici e sanitari. Non riconoscendo nei comportamenti di A. la manifestazione di un disturbo profondo e complesso, concentrava tutti i suoi sforzi sulle carenti acquisizioni del figlio, richiedendogli un livello performativo eccessivo rispetto alle sue effettive capacità cognitive. La madre, pur essendo capace di identificare i segnali che precedevano una crisi di A., difficilmente riusciva a trovare un modo sintonico di stare con lui e di contenerlo nei momenti di angoscia o eccitazione. Il padre di A. appariva più periferico e assolveva compiti legati agli aspetti ludici e ricreativi: sembrava mancare un'esperienza triadica in cui le differenze potessero coesistere e vi fosse una condivisione intima. In questo modo A. rischiava di rimanere invischiato dentro rapporti bidimensionali, privi di elementi chiaramente evolutivi, in cui mancava chi si facesse promotore di aspetti mentalizzanti, di separazioni e di spinte all'autonomia.

Tutti i contesti relazionali di A. presentavano un'importante difficoltà nella gestione del bambino, in particolare a scuola le insegnanti erano molto allarmate perché A. reagiva in modo aggressivo anche a minimi

cambiamenti sia delle attività che degli spazi della classe, in questi casi scappava fuori dall'aula gridando o lanciava oggetti contro i compagni, in uno stato di evidente confusione e angoscia. Inoltre, mostrava di avere delle stereotipie quali cancellare continuamente le lettere scritte o battere due volte il piede quando camminava, non comprendeva le regole del gioco di gruppo e non vi partecipava; tutto questo rendeva difficile la proposta della maggior parte delle attività e impediva alle insegnanti di focalizzare il loro lavoro sulle risorse presenti nel bambino, essendo continuamente preoccupate di gestire le emergenze comportamentali.

Obiettivi e metodologia dell'intervento domiciliare

Dopo quattro anni di psicoterapia, quando A. ha sette anni, viene avviato un intervento diretto al bambino nel suo ambiente di vita; affiancare un intervento clinico domiciliare alla presa in carico psicoterapeutica sembra potere rispondere a due esigenze: preservare il setting del lavoro terapeutico proteggendone i confini e inglobare, all'interno di un unico progetto terapeutico, le dimensioni della vita quotidiana del bambino.

Nella nostra esperienza con bambini che presentano sintomi autistici, l'intervento domiciliare è centrato sul contesto di vita del bambino; l'intervento è stato strutturato a partire dai contributi degli autori che hanno focalizzato la loro attenzione sull'importanza delle emozioni nel trattamento di bambini con autismo (Greenspan, Wieder, 2006, Alvarez, 1992; Baron-Cohen, Leslie, Frith, 1985).

A partire da quanto emerso nell'osservazione domiciliare, sono stati definiti gli obiettivi specifici dell'intervento, che hanno riguardato principalmente il bambino: favorire lo strutturarsi di una relazione emotivamente significativa tra l'operatore ed A. al fine di sostenere lo sviluppo e la generalizzazione di competenze quali la capacità di attenzione e autoregolazione, la capacità di interazione reciproca, la capacità di sviluppare una comunicazione complessa, la capacità di simbolizzazione, nonché la promozione dei processi di mentalizzazione.

L'intervento domiciliare ha previsto tre fasi, la prima delle quali, della durata di 6-8 incontri, è dedicata all'osservazione del bambino e di almeno uno dei suoi caregiver nell'ambiente di vita quotidiano; la seconda fase è costituita dall'intervento vero e proprio, che si realizza entro un arco di tempo che va da uno a tre anni - gli incontri hanno la durata di 90 minuti in rapporto di due o tre volte la settimana e possono svolgersi

presso l'abitazione del bambino e al di fuori di questa, in quegli spazi che abbiamo chiamato "luoghi non casa"; nell'ultima fase, circa 20 incontri, viene realizzato il processo di separazione/chiusura e si propone un sostegno alla famiglia nella programmazione di ulteriori attività utili allo sviluppo del bambino.

La strutturazione dell'intervento nasce, quindi, dall'osservazione del bambino nel suo ambiente di vita, anche qualora questo sia limitato a una piccola porzione di stanza; lo strumento dell'osservazione (Bick, 1964), che va a integrare quanto già valutato dall'equipe UONPI, ha l'obiettivo di rilevare gli aspetti maggiormente problematici e le risorse su cui costruire il progetto, modulandolo sulle caratteristiche del bambino, in particolare sul livello di sviluppo e sul grado di tolleranza dell'interazione (Greenspan, 2000; Greenspan, Wieder, 2006). Inoltre la valutazione delle attese pretransferali costruite dal terapeuta e dalla famiglia (Manzano, Palacio Espasa, Zilkha, 1999) permette di ridurre il rischio di colludere con le parti fantasmatiche, relative al bambino osservato e ai suoi genitori. Il lutto relativo a un bambino sognato che invece si rivela nel tempo sempre più estraneo e problematico può diventare un lutto irrisolto, causa di nuovi disagi e tentativi disfunzionali di difesa; può capitare che la famiglia si contragga in una gestione della vita quotidiana scandita da attività che ricordano un lavoro routinario, monotono e senza speranza: un atteggiamento simile a quello del bambino nei loro confronti. L'incapacità del figlio di adattarsi all'ambiente, la gravità dei sintomi comportamentali e la percezione che il figlio possa non essere accettato dagli altri sono tra le preoccupazioni principali dei genitori (Noh, Dumas, Wolf, Fisman, 1989).

In una proposta di intervento domiciliare è in tutti i casi fondamentale la costruzione di un'alleanza con la famiglia (Riley, Brady, Goldberg, Jacobs, Easterbrooks, 2008; Heinicke, Goorsky, Moscov, Dudley, Gordon, Schneider, Guthrie, 2000), basata sulla giusta distanza tra utenti e operatore (Shireen et al., 2008; Campbell, Sawyer, 2009), che permette la condivisione di taluni aspetti del comportamento del bambino, che se compresi, possono garantire una svolta nel processo terapeutico. Il contributo della famiglia e di quelli che fanno parte del sistema di vita del bambino sarà elemento primario di cambiamento all'interno di una circolarità condivisa, nonché fattore di protezione nei confronti degli altri figli, che pur non esprimendo sintomi patologici condividono un sistema connotato dalla presenza del disturbo autistico (Orsmond, Seltzer, 2009). Relativamente al sistema familiare l'intervento ha pre-

visto incontri mensili con i soli genitori, che hanno permesso un costante lavoro di interpretazione e gestione di criticità, bizzarrie e anche di valorizzazione dei nuovi elementi di sviluppo e integrazione.

L'intervento domiciliare non si esaurisce nelle ore in cui l'operatore è fisicamente insieme al bambino, ma prosegue nel lavoro propriamente psicodinamico attraverso cui la relazione viene interpretata; la supervisione, svolta con frequenza quindicinale, incrocia diversi elementi, da quello fantasmatico, a quello formativo, a quello di verifica (Wasik, Roberts, 1994) e diventa uno strumento essenziale dell'intervento.

Nei programmi rivolti a bambini con sintomi neuroevolutivi della relazione e della comunicazione (NDRC) si fa riferimento alla condivisione delle emozioni e delle esperienze; la possibilità di "mettersi in relazione con affetto e apprendere a impegnarsi in sequenze più lunghe di interazioni reciproche" (PDM Task Force, 2006, p. 417) rappresenta, quindi, l'aspetto nodale dell'intervento stesso, il cui contesto va progressivamente ampliandosi, all'interno di spazi vitali sempre più complessi.

Durante il lavoro con il bambino con sintomi autistici è, dunque, necessario mobilitare affetti ed emozioni poiché questi creano una connessione tra il significato dell'esperienza vissuta e gli apprendimenti che da essa derivano. In tal senso, oltre a valutare il controtransfert e il proprio piacere di stare a lavoro con il bambino (Manzano et al., 1999) l'operatore, come suggeriscono Greenspan e Wieder (2006), può fare ricorso a strategie atte a stimolare la capacità di mentalizzare quali: *a*) esprimere gli elementi emotivi attraverso un registro mimico facciale e fonico amplificato; *b*) lasciare che il bambino utilizzi il terapeuta come strumento di gioco, introducendo nel gioco un terzo, che può essere rappresentato da un qualsiasi oggetto o da una parte del proprio corpo, con l'intento di stimolare un'interazione il cui presupposto basilare sia l'attenzione congiunta; *c*) utilizzare l'ostruzionismo ludico cioè l'interruzione di una sequenza di gioco del bambino - spesso solitaria e ripetitiva - cui segue l'introduzione di elementi che possano sollecitare l'attenzione e la curiosità; *d*) evitare giochi eccessivamente strutturati, alternare le attività e introdurre variazioni al gioco; *e*) utilizzare giochi che prevedono la turnazione, al fine di agevolare la regolazione del turn taking implicita in ogni relazione umana; *f*) implementare il gioco simbolico, il come se, la drammatizzazione e la rappresentazione dell'oggetto assente; *g*) valutare il controtransfert e il proprio piacere di stare a lavoro con il bambino.

Il lavoro dell'operatore è teso a sostenere nel bambino la capacità di interpretare gli stati mentali dell'altro (Fonagy, Steele, Moran, Steele, Higgitt, 1991), stimolandolo a farsi carico del proprio e dell'altrui affetto, utilizzando la "lezione emotiva" (Brazelton, Greenspan, 2000) che precede quella cognitiva, e ne è anzi, la base: la strategia di fondo che anima l'intervento domiciliare è quella di fornire al bambino la possibilità di "condividere delle emozioni con qualcuno", di avere accanto un "compagno vivo" per dirla con Alvarez (1992), che sappia proporgli elementi vitali e un *atteggiamento* (Allen, Fonagy, Batenan, 2010) tali da suscitare, anziché una reazione di ritiro, un'espressione di interesse verso chi sembra poter tollerare, comprendere, condividere quello che accade.

Essendo ugualmente basilari le esigenze di conservazione e di cambiamento, l'incontro con questi bambini nel loro ambiente va inserito in una cornice stabile, in un setting che tenga il più possibile inalterati i tempi degli incontri e la loro frequenza nei giorni stabiliti. Elemento imprescindibile di questo tipo di intervento è ricercare la motivazione del bambino all'interazione e fornirgli l'opportunità di incontrare una mente che faccia ipotesi sul suo comportamento e sui vissuti emotivi che lo accompagnano. Uno degli obiettivi cruciali per l'operatore che si trova a lavorare con bambini che possono anche sembrare non rendersi conto della sua presenza è, dunque, quello di introdurre elementi vitali e vitalizzanti (Topel, Lachmann, 2008), nel tentativo - attraverso una regolazione continua fondata sui livelli di tolleranza dell'affetto del bambino (Fonagy et al., 1991; Tronick, 2008) - di fornire contenuti affettivi, modulati al suo bisogno emotivo e relazionale (Bion, 1962; Winnicott, 1965, 1971): "quando il bambino diventa interattivo e attento, l'adulto cerca di espandere le attività condivise e, attraverso questo, prova a promuovere le competenze comunicative e di interazione sociale¹" (Williams, Wishart, 2003 p. 292).

Il terapeuta che farà riferimento al modello di attaccamento primario madre/bambino (Cramer, 1999) sarà in grado di creare un'attesa che possa rappresentare il precursore di un'interazione più ricca, in cui le emozioni fluiscano più liberamente e in cui il bambino possa tollerare un maggiore coinvolgimento: lentamente si creerà una struttura fatta di interazioni sempre più articolate (Stern, 1995).

Al fine di agevolare la creazione di esperienze significative nei vari contesti di vita, l'operatore svolge anche un ruolo di sostegno rivolto agli insegnanti: all'interno del sistema scolastico, la condivisione della difficoltà di stare con un bambino autistico prescinde e precede ogni aspetto relativo agli apprendimenti: la propria invisibilità agli occhi del bambino può portare l'insegnante a una fuga sul piano cognitivo, misurando e pesando i successi su progressi quantitativi, spesso illusori, e colludendo con le controeazioni riparatrici dei genitori. Riconoscendo l'importanza della dimensione intersoggettiva (Brazelton, 1981; Stern, 1985; Gallese et al., 2004) come presupposto basilare degli apprendimenti cognitivi ed essendo sostenuto nella relazione con i genitori del bambino, un insegnante riuscirà con maggiore efficacia ad accompagnare il bambino autistico nello sviluppo della *capacità di pensare*.

Al fine di rendere maggiormente sinergico il lavoro dei diversi servizi è stata attivata una rete tra gli operatori della ludoteca frequentata da A., l'equipe della UONPI di riferimento, lo psicoterapeuta e il supervisore al lavoro domiciliare. Gli incontri mensili con gli operatori della ludoteca hanno avuto l'obiettivo di valutare la generalizzazione delle competenze acquisite nel lavoro domiciliare, mentre gli incontri trimestrali con l'equipe della UONPI hanno permesso di valutare l'intervento in itinere, di diminuire le resistenze della famiglia e di agevolare il contatto con il bambino.

Andamento dell'intervento e principali risultati²

Il primo mese di intervento è stato connotato da un copione inalterata: la madre e A. tentavano di svolgere i compiti, poi lui aveva una crisi, le urlava contro lanciandole oggetti e, infine, iniziava un gioco solitario in cui muoveva i suoi pupazzetti, ridendo in modo fatuo e sommessissimo. Sembrava che la presenza concreta di questi oggetti e l'uso sempre uguale che ne faceva non stimolasse la sua curiosità, semplicemente lo rassicurava. Quando non era impegnato in questo gioco guardava più volte uno dei suoi cartoni animati, si aggrappava passivamente all'immutato, evitando cambiamenti e novità. Il modo in cui A. svolgeva queste attività era così totalizzante da fare pensare a quelli che Tustin (1972; 1990) definiva "oggetti autistici": su-

¹ La traduzione dagli articoli in inglese è a cura degli autori.

² Questo paragrafo si basa sui resoconti dell'operatrice (F.F.) che ha svolto l'intervento domiciliare con A.

scitavano in lui un'adesione così intensa da spegnere il mondo vivente: li utilizzava come se fossero una emanazione di sé e avevano la funzione di tenere fuori dalla sua mente gli elementi di realtà imprevedibili, per lui misteriosi, estranei e incontrollabili. Frequentemente lo trovavo intento a camminare avanti e indietro per la stanza in modo robotizzato, ripetendo sempre la stessa frase: "non tutti i compiti, solo uno e poi basta". Quando provavo a dire qualcosa, lui mi urlava più volte – senza accordare il genere o più probabilmente riferendosi a una parte di sé: "sta zitto! mi buchi le orecchie!". Era come se fosse privo di una membrana mentale in grado di modulare il Sé e l'esperienza percettiva, tanto che questa risultava essere sempre troppo invasiva.

Dopo essermi scontrata a lungo con l'insuccesso dei miei tentativi di attirare l'attenzione di A., durante il 20° incontro, nel terzo mese dall'inizio dell'intervento, A. cancellò e riscrisse ossessivamente una parola di un compito per dieci minuti, quando la madre cercò di rassicurarlo lui irritato le urlò: "sta zitto! brutto mostro", poi si alzò e diede un pugno a un quadretto rompendone il vetro. Dopo che la madre provò a consolarlo, abbracciandolo, A. iniziò a compiere dei movimenti bizzarri con le mani, le scrutò a lungo, col dorso della mano destra sfiorò il divano su cui erano seduti e continuò a fare la stessa cosa con la superficie di molti altri oggetti. La madre aveva scolpita sul volto una espressione di sconfitta: A. sembrava distante anni luce, rapito dalla sua stereotipia, per diversi minuti lei tentò di attirare la sua attenzione chiamandolo per nome, ma A. non rispose.

Pensai che l'unico modo per farlo tornare dal suo mondo era emozionarlo; Tustin sostiene che bloccare queste attività in modo brusco e insensibile è dannoso quanto lasciarle continuare, forse anche di più: "lo scopo preminente dovrebbe essere quello di aiutare il bambino a sentirsi tenuto in mani salde, cosicché possano cominciare a svilupparsi strutture interne" (Tustin, 1981 p.169). Cercai con lo sguardo qualcosa che potesse interessarlo e mi ricordai che gli piacevano molto gli oggetti piccoli, la sua stanza ne era piena, ma a me non era ancora consentito entrarvi. Presi la mia borsa dentro la quale avevo riposto dei piccolissimi animaletti e mi misi seduta per terra dove lui poteva vedermi con un'espressione di grande sorpresa e, mentre guardavo dentro la borsa, esclamai: "e voi come siete finiti nella mia borsa?! guarda chi ho trovato A.!" A. distolse lo sguardo dalle sue mani e lo diresse verso di me, presi una piccola tigre e la poggiavi sul palmo della mia mano, A. si avvicinò e la prese, la os-

servò bene e mi diede le spalle iniziando ad allontanarsi. Prima che fosse troppo lontano da me presi un altro animaletto e iniziai ad animarlo, anche la madre si avvicinò e le proposi di giocare con noi per qualche minuto, poi essendo trascorso il tempo previsto per l'incontro, dissi ad A. che dovevo andare via e che anche la tigre e gli altri amici dovevano tornare a casa, lui mi chiese: "vanno dalla loro mamma?" io risposi di sì e, per la prima volta dopo due mesi, A. non concluse il nostro incontro dicendomi: "vattene!", ma esclamò: "ora te ne vai". Questa espressione, che inizialmente mi trasmetteva tutta la sua intolleranza per la mia presenza, prese una forma diversa: era il suo modo di scandire il tempo.

Pian piano anche il gioco condiviso diventò più ricco e A. accettò di apportare dei cambiamenti alle sue routine, ad esempio cominciò a fare i compiti sul tappeto e non più sul tavolo, e io riuscivo a coinvolgerlo in giochi più strutturati che implicavano sequenzialità, regole di turnazione e, dunque, la possibilità di uno scacco. Durante il 24° incontro – nel terzo mese dall'inizio dell'intervento - non portai con me nulla, dissi che avremmo giocato in un modo nuovo e ovviamente la sua reazione fu scandita da un "nooooo!!! non si gioca senza giocattoli!". Lo rassicurai e andai in giardino dove lui amava trascorrere buona parte della giornata, si avvicinò muovendosi in modo rigido e, allo stesso tempo, scomposto. Lo invitai a sedersi di fronte a me e colsi l'occasione per proporgli il gioco dello specchio: lui avrebbe dovuto semplicemente muoversi e io lo avrei imitato facendo esattamente i suoi movimenti. Ci alternammo e quando fu il mio turno iniziai a restringere i movimenti focalizzandoli sempre di più sul mio volto, per fare in modo che mi guardasse, assunsi buffe espressioni che lo divertirono e lui provò a farmi da specchio. Quando fu tempo di salutarci, A. cercò di raccontare alla madre quello che avevamo fatto *insieme* e lo propose anche a lei; nel gioco dello specchio A. aveva potuto sperimentare che l'altro e la sua intenzionalità sono mezzo e fine del gioco stesso.

Anche a scuola, a partire dal quinto mese del primo anno, le insegnanti registrarono un maggiore interesse alla relazione, una migliore integrazione nel gruppo classe e una diminuzione degli episodi di angoscia, che esitarono in un'importante regressione delle situazioni di emergenza: le relazioni di A. diventarono più vitali e le sue espressioni emotive meno inautentiche.

Con il procedere dell'intervento domiciliare, A. è stato in grado di esprimere – sebbene non in maniera stabile e continuativa - la capacità di utilizzare la di-

mensione simbolica; durante il 65° incontro – erano passati circa otto mesi - è stato possibile interrompere una crisi di A. facendo ricorso alla separazione tra oggetto e funzione dell'oggetto. A. era in preda a una grande angoscia perché non trovava la minuscola matita che usava di solito per disegnare e che non gli era possibile sostituire, decisi di prendere un pastello nero, temperarlo quasi per intero e disegnare su un foglio la faccia di Pluto - un tema ricorrente dei suoi giochi riguardava il travestimento e le maschere. Mentre disegnavo A. si avvicinò con il volto rosso, dicendomi: *"vattene, strappo il quaderno! non si disegna con il colore! sparo al gatto!"*. Gli dissi che di solito non si disegna con il colore ma che potevamo anche farlo, usandolo *come se fosse una matita*. Lui ripeté più volte, come per convincersene: *"non succede un incendio quando disegno col colore nero"*, poi si sedette accanto a me molto angosciato, come in attesa che accadesse qualcosa di catastrofico e per la prima volta riuscì ad affidarsi alla relazione per tollerare una trasformazione (Beebe, Knoblauch, Rustin, Sorter, 2005; Beebe, Lachmann, 2002).

La sequenzialità degli eventi è andata organizzandosi a partire da singole esperienze: al ritorno dalle vacanze estive del primo anno (nono mese dall'inizio dell'intervento), poiché A. mostrava di non riuscire a mettere in ordine temporale i singoli eventi che andava raccontando, gli proposi di fare un album con le foto che avevamo scattato durante i nostri giochi e questa sequenzialità concreta dell'archivio fotografico lo aiutò a sviluppare una maggiore continuità dei propri vissuti e ad avere un'esperienza di sé meno frammentata: il mondo iniziava ad assumere una forma più ordinata e prevedibile.

A partire dalla metà del secondo anno di intervento, il tempo dedicato alla programmazione delle uscite si ridusse a vantaggio dell'uscita vera e propria, sino ad arrivare ad uscite impreviste, talvolta richieste direttamente da A. L'attività "non casa" gli permise di arricchire il proprio mondo, attraverso la conoscenza di nuovi luoghi, nei quali gli fu possibile tornare con la famiglia; il cinema, il bowling, i parchi, i musei, le ludoteche, la stazione dei treni, l'aeroporto, i grandi magazzini, il porto, la spiaggia, l'insieme di questi luoghi iniziava ad abitare la sua mente in un modo più ordinato e il correlato emotivo che li accompagnava fu un ricco materiale su cui poter giocare, al sicuro, sul tappeto di casa.

La possibilità di condividere delle esperienze è stata una delle strade che ha permesso di accedere alla vita emotiva di A.: cercavo di amplificare e drammatizzare ciò che mi sembrava stesse provando e A. sem-

brava apprezzare questa qualità del gioco: prima dovevo dirgli che mi sembrava contento o turbato, e solo dopo potevo fare un'ipotesi sul perché lo fosse. Aveva lentamente imparato a riconoscere le espressioni delle principali emozioni e riusciva a verbalizzare il suo stato emotivo piuttosto che agirlo immediatamente; durante il decimo mese del secondo anno di intervento, mi disse: *"ti butto fuori, ti sparo!"* e poi aggiunse: *"non si dicono queste sciocchezze! sono nervoso"*.

Grazie alla capacità di immaginare una situazione verosimile ma non in atto, ossia alla capacità di fare ipotesi, di creare collegamenti tra idee significative e prevedere le conseguenze di semplici azioni, anche il gioco assunse una nuova valenza immaginativa per cui, nei giochi di finzione, gli aspetti simbolici diventarono più evidenti e i personaggi meno stereotipici: oltre a fare il poliziotto e il ladro; A. cominciò a rappresentare i contenuti del suo mondo interno e a mettere in scena anche il bambino monello, il pasticcione, lo stupido.

L'uso di situazioni ipotetiche risultò utile anche nelle interazioni con i coetanei, a partire dal tentativo di prendere in considerazione tre aspetti fondamentali delle relazioni: cosa potrei fare in una certa situazione, come mi sentirei e cosa penserei. Diversamente da quanto potrebbe risultare intuitivo, i soggetti con autismo riferiscono di soffrire a causa di legami sociali poveri e di un pervasivo sentimento di solitudine (Bauminger, Kasari, 2000) ed è pertanto importante includere negli interventi di trattamento attività specifiche destinate a migliorare le competenze sociali dei soggetti con sintomi autistici (Williams White, Keonig, Lawrence Scabill, 2007). Un altro mezzo per aiutare A. ad avere interazioni emotivamente soddisfacenti è stato quello di ampliare la tipologia dei giochi usati insieme, in modo che potesse proporli ai compagni; durante il terzo anno di intervento, A. iniziò a maneggiare con più competenza alcuni giochi da tavolo, ne conosceva le regole ed era in grado di spiegarle, il che gli permise di condividere con altri bambini attività che non esitassero in soliloqui su immagini prese in prestito dai personaggi dei cartoni animati.

■ Conclusioni

Una lettura complessiva del caso permette di evidenziare alcuni elementi che hanno caratterizzato in maniera significativa il percorso evolutivo di A. Una prima osservazione riguarda una tendenza alla regressione dei sintomi, ravvisabile nonostante alcune prevedibili fasi di inasprimento degli stessi, che ha porta-

to a una minore compromissione dell'interazione sociale e delle competenze comunicative: sebbene A. continui ad apparire impacciato nelle relazioni con gli altri, si muova in modo poco naturale e continui a fare ricorso a frasi ripetitive ed eccentriche, utilizzate con scarsa valutazione del significato e del contesto in cui vengono pronunciate, egli ha una migliore capacità di stare nel mondo, la portata dei suoi vissuti interni sembra meno terrificata e lui meno intrappolato in un mondo primitivo e terrorizzante. I tentativi di creare una rispondenza tra la sua esperienza dell'ambiente e la comprensione degli stati emotivi che la accompagnano sembrerebbe avere avuto l'effetto di sostenere lo sviluppo della funzione riflessiva e di un senso più congruente di sé e della sua storia. Relativamente alla dimensione relazionale, A. sembra avere una maggiore capacità di gestire gli affetti negativi, facendo più frequentemente ricorso al linguaggio verbale piuttosto che agli agiti; in particolare, la relazione con il gruppo dei pari sembra essere stata agevolata da una regressione delle forme stereotipiche pervasive, da una diversificazione degli interessi e da comportamenti improntati alla reciprocità - come essere in grado di rappresentarsi i bisogni degli altri - cui si sono accompagnati tentativi spontanei da parte di A. di condividere gioie, obiettivi e interessi. Inoltre, A. ha raggiunto una maggiore autonomia nella vita quotidiana, le sue competenze sono ampliate, gli piace la musica e chiede di conoscere il significato delle canzoni, sa usare da solo il computer ed è più capace di scegliere quando gli viene chiesto di farlo.

Un secondo elemento ravvisabile nel caso di A. riguarda la relazione con i caregiver principali, e in particolare con la madre; gli incontri dedicati ai genitori di A. sono stati focalizzati sulla comprensione del significato emotivo dei comportamenti del figlio, sottolineandone l'aspetto comunicativo. Nel corso dell'intervento è stato possibile assistere a un migliore adattamento della diade madre-bambino: adesso la madre di A. sembra riuscire a cogliere i bisogni emotivi che accompagnano i comportamenti oppositivi o bizzarri di A., è in grado di consolarlo con più naturalezza e con modalità che risultano più efficaci. Inoltre, poiché nella madre le reazioni di A. suscitano sempre meno spesso angoscia e chiusura, mette in atto modalità più efficaci di confortare e supportare il figlio nello svolgimento delle attività quotidiane, vi è un migliore adattamento ai tempi di A. e un più congruente riconoscimento della valenza emotiva e motivazionale insita nelle acquisizioni didattiche e sociali.

Un terzo e ultimo elemento che ci sembra potere

dare conto dell'intervento è costituito dai cambiamenti cui si è assistito nell'ambito del gioco; la letteratura ha sottolineato come nei bambini con autismo il gioco immaginativo tenda a essere meno frequente, più ripetitivo e maggiormente stereotipico (Mundy, Sigman, Ungerer, Sherman, 1986), in relazione a un ridotto sviluppo della capacità meta-rappresentazionale di comprendere lo stato mentale dell'altro. All'interno di questa analisi, l'attenzione congiunta, che è andata incrementandosi nel corso dell'intervento nella relazione tra A. e l'operatrice, e che possiamo definire come la capacità di strutturare una coordinazione triadica (bambino-adulto-oggetto/evento), sembra rappresentare un precursore della capacità di sviluppare una teoria della mente (Rutherford, Young, Hepburn, Rogers, 2007; Girardot, De Martino, Rey, Poinso, 2009). Se dalla nascita di una singola emozione condivisa è possibile costruire un modello protomentale, uno dei risultati dell'intervento sembra essere stato quello di avere fornito al bambino la possibilità di esplorare - attraverso un altro - un vissuto ancora intollerabile; durante uno degli ultimi incontri domiciliari, A. ha detto: "Francesca, quando ero piccolo non capivo niente e mi arrabbiavo, io spaventavo i bambini, facevo il pazzo", e poi ha aggiunto: "a te invece piace venire a casa mia e giocare con me, ora piace pure a Davide".

■ Bibliografia

- Allen JG, Fonagy P, Bateman AW (2008), *La mentalizzazione nella pratica clinica*. Tr. it. Milano: Raffaello Cortina, 2010.
- Alvarez A (1992), *Il compagno vivo. Si può strappare un bambino alla pazzia?* Tr.it. Roma: Astrolabio, 1993.
- Ammaniti M, Speranza AM, Tambelli R, Muscetta S, Lucarelli L, Vismara L, Odorisio F, Cimino S (2006), A prevention and promotion intervention program in the field of mother-infant relationship. *Infant Mental Health Journal*, 27(1), 70-90.
- Ammaniti M (2010) (a cura di), *Psicopatologia dello sviluppo. Modelli teorici e percorsi a rischio*. Milano: Raffaello Cortina.
- American Psychiatric Association (2000), *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali (DSM-IV-TR)*. Tr.it. Milano: Masson, 2002.
- Ashwin E, Baron-Cohen S, Wheelwright S, O'Riordan M, Bullmore ET (2007), Differential activation of the amygdala and the 'social brain' during fearful faceprocessing in Asperger syndrome. *Neuropsychologia*, 45, 2-14.
- Asperger H (1944), Die 'Autistischen Psychopathen' im Kindesalter. *Archiv fur Psychiatrie und Nervenkrankheiten* 117, 76-136. Tradotto in Frith U (1991) (eds), *Autism and Asperger Syndrome*. Cambridge: Cambridge University Press.

- Baron-Cohen S, Leslie AM, Frith U (1985). Does the autistic child have a "theory of mind"? *Cognition*, 21, 37-46.
- Bauminger N, Kasari C (2000). Loneliness and friendship in high-functioning children with autism. *Child Development*, 71, 447-456.
- Beebe B, Lachmann FM (2002). *Infant research and adult treatment*. Hillsdale, NJ: The Analytic Press.
- Beebe B, Knoblauch S, Rustin J, Sorter D (2005). *Forms of intersubjectivity in infant research and adult treatment*. New York: Other Press.
- Belmonte MK, Allen G, Beckel-Mitchener A, Boulanger LM, Carper RA, Webb SJ (2004). Autism and abnormal development of brain connectivity. *Journal of Neuroscience*, 24, 9228-9231.
- Bick E (1964). Notes on infant observation in psycho-analytic training. *International Journal of Psychoanalysis*, 45, 558-566.
- Bion WR (1962). *Apprendere dall'esperienza*. Tr.it. Roma: Armando, 1972.
- Brazelton TB (1981). *Nascita di una famiglia. La crescita dell'attaccamento*. Tr.it. Milano: Unicopli, 1987.
- Brazelton TB, Greenspan SI (2000). *I bisogni irrinunciabili dei bambini. Ciò che un bambino deve avere per crescere e imparare*. Tr.it. Milano: Raffaello Cortina, 2001.
- Campbell PH, Sawyer LB (2009). Changing early intervention providers' home visiting skills through participation in professional development. *Topics in Early Childhood Special Education*, 28 (4), 219-234.
- Connor M (2003). Monitoring and reviewing early behavioural intervention in autism (Lovaas). *Educational Psychology in Practice*, 19-(1), 21-33.
- Cramer BG (1999). *Cosa diventeranno i nostri bambini? Curare le ferite precoci in modo che non lascino traccia*. Tr.it. Milano: Raffaello Cortina, 2000.
- Dapretto M, Davies MS, Pfeifer JH, Scott AA, Sigman M, Bookheimer SY, Iacoboni M (2006). Understanding emotions in others: mirror neuron dysfunction in children with autism spectrum disorders. *Nature Neuroscience*, 9, 28-30.
- De Coro A, Andreassi S (2004). *La ricerca empirica in psicoterapia*. Roma: Carocci.
- Fink A, McCloskey L (1990). Moving child abuse and neglect prevention programs forward improving program evaluations. *Child Abuse and Neglect*, 14, 187-206.
- Fonagy P, Steele M, Moran G, Higgitt AC (1991). The capacity for understanding mental states: the reflective self in parent and child and its significant for security of attachment. *Infant Mental Health Journal*, 13, 200-217.
- Frith C (2004). Is autism a disconnection disorder? *The Lancet Neurology*, 3, 577.
- Gallese V (2006). Intentional attunement: embodied simulation and its role in social cognition. In M Mancina (a cura di), *Psychoanalysis and Neuroscience* (pp. 269-301). Italia: Springer.
- Gallese V, Keysers C, Rizzolatti G (2004). A unifying view of the basis of social cognition. *Trends in Cognitive Sciences*, 8, 396-403.
- Girardot AM, De Martino S, Rey V, Poinso F (2009). Étude des relations entre l'imitation, l'interaction sociale et l'attention conjointe chez les enfants autistes. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 57, 267-274.
- Greenspan SI (2000). Children with autistic spectrum disorders: individual differences, affect, interaction, and outcome. *Psychoanalytic Inquiry*, 20, 675-703.
- Greenspan SI, Wieder S (2006). *Trattare l'autismo. Il metodo floortime per aiutare il bambino a rompere l'isolamento e a comunicare*. Tr.it. Milano: Cortina, 2007.
- Grèzes J, Wicker B, Berthoz S, de Gelder B (2009). A failure to grasp the affective meaning of actions in autism spectrum disorder subjects. *Neuropsychologia*, 47, 1816-1825.
- Hebbeler KM, Gerlach-Downie SG (2002). Inside the black box of home visiting: a qualitative analysis of why intended outcomes were not achieved. *Early Childhood Research Quarterly*, 17, 28-51.
- Heinicke CM, Goorsky M, Moscov S, Dudley K, Gordon J, Schneider C, Guthrie D (2000). Relationship-based intervention with at-risk mothers: factors affecting variations in outcome. *Infant Mental Health Journal*, 21 (3), 133-155.
- Holmes N, Hemsley R, Rickett J, Lickierman H (1982). Parents as cotherapists: their perceptions of a home-based behavioral treatment for autistic children. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 12 (4), 331-342.
- Kanner L (1943). Autistic disturbances of affective contact. *Nervous Child*, 2, 217-250.
- LeDoux JE (1996). *The emotional brain*. New York: Simon and Schuster.
- Luiselli JK, Cannon B, Ellis JT, Sisson RW (2000). Home-based behavioral intervention for young children with autism/pervasive developmental disorder: a preliminary evaluation of outcome in relation to child age and intensity of service delivery. *Autism*, 4, 426-438.
- Manzano J, Palacio Espasa F, Zilkha N (1999). *Scenari della genitorialità*. Tr.it. Milano: Raffaello Cortina, 2001.
- Mundy P, Sigman M, Ungerer J, Sherman T (1986). Defining the social deficits of autism: the contribution of non-verbal communication measures. *Journal of Child Psychology & Psychiatry & Allied Disciplines*, 27, 657-669.
- Noh S, Dumas JE, Wolf LC, Fisman SN (1989). Delineating sources of stress in parents of exceptional children. *Family Relations*, 38, 456-461.
- Orsmond GI, Seltzer MM (2009). Adolescent siblings of individuals with an autism spectrum disorder: testing a diathesis-stress model of sibling well-being. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 39, 1053-1065.
- Ramey CT, Landesman Ramey S (1998). Early intervention and early experience. *American Psychologist*, 53 (2), 109-120.
- PDM Task Force (2006). *Manuale Diagnostico Psicodinamico - PDM*. Tr.it. Milano: Raffaello Cortina, 2008.
- Riley S, Brady AE, Goldberg J, Jacobs F, Easterbrooks MA (2008). Once the door closes: understanding the parent-provider relationship. *Children and Youth Services Review*, 30, 597-612.
- Rutherford MD, Young GS, Hepburn S, Rogers SJ (2007). A longitudinal study of pretend play in autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 37, 1024-1039.
- Shireen R, Brady AE, Goldberg J, Jacobs F, Easterbrooks MA (2008). Once the door closes: Understanding the parent-provider relationship. *Children and Youth Services Review*, 30, 597-612.
- Sorrentino AM (2006). *Figli disabili. La famiglia di fronte all'handicap*. Milano: Raffaello Cortina.

- Stern DN (1985), *Il mondo interpersonale del bambino*. Tr.it. Torino: Bollati Boringhieri, 1987.
- Stern DN (1995), *La costellazione materna. Il trattamento psicoterapeutico della coppia madre-bambino*. Tr.it. Torino: Bollati Boringhieri, 1995.
- Topel EM, Lachmann FM (2008), Life begins on an ant farm for two patients with Asperger's syndrome. *Psychoanalytic Psychology*, 25 (4), 602-617.
- Tronick E (2008). *Regolazione emotiva nello sviluppo e nel processo terapeutico*. Milano: Raffaello Cortina.
- Tustin F (1972), *Autismo e psicosi infantile*. Tr.it. Roma: Armando, 1975.
- Tustin F (1981), *Stati autistici nei bambini*. Tr.it. Roma: Armando, 1983.
- Tustin F (1990), *Protezioni autistiche nei bambini e negli adulti*. Tr.it. Milano: Raffaello Cortina, 1991.
- Wasik BH, Roberts RN (1994), Home visitor characteristics, training and supervision. Results of a national survey. *Family Relations*, 43, 336-341.
- Williams KR, Wishart JG (2003), The son-rise program intervention for autism: an investigation into family experiences. *Journal of Intellectual Disability Research*, 47, 291-299.
- Williams White S, Keonig K, Lawrence 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, 1858-1868.
- Winnicott DW (1965), *Sviluppo affettivo e ambiente*. Tr.it. Roma: Armando, 1970.
- Winnicott DW (1971), *Gioco e realtà*. Tr.it. Roma: Armando, 1974.
- World Health Organization (1992), *ICD-10. Classificazione delle sindromi e dei disturbi psichici e comportamentali*. Tr.it. Milano: Masson, 1996.
- Zero-To-Three, National Center for Infants, Toddlers and Families (2005). *CD: 0-3R 1ª Revisione Classificazione Diagnostica della salute mentale e dei disturbi di sviluppo nell'infanzia*. Tr.it. Roma: Fioriti, 2008.

Indirizzo per la corrispondenza:
Prof.ssa Paola Miano
Dipartimento di Psicologia
Viale delle Scienze, edificio 15
90100 Palermo
E-mail: lagiraffa@tin.it