



**UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI BARI**

**“ALDO MORO”**

DIPARTIMENTO DI SCIENZE DELLA FORMAZIONE, PSICOLOGIA,

COMUNICAZIONE

CORSO DI LAUREA IN SCIENZE E TECNICHE PSICOLOGICHE

---

TESI DI LAUREA

IN

PEDAGOGIA SPECIALE

LA DANZAMOVIMENTOTERAPIA COME  
INTERVENTO EDUCATIVO E RIABILITATIVO  
DEL SOGGETTO AUTISTICO

**Relatore:**

**Ch.ma Prof.ssa Valeria ROSSINI**

**Laureando:**

**Roberta Gaia Cannillo**

---

**ANNO ACCADEMICO 2012 – 2013**

## INDICE

INTRODUZIONE.....	p. 2
I BISOGNI EDUCATIVI SPECIALI E AUTISMO	
1.1 Bisogni educativi speciali e integrazione.....	p. 5
1.2 Interventi legislativi a tutela dei soggetti con disabilità.....	p. 10
1.3 Autismo: classificazione, diagnosi, decorso, terapie.....	p. 18
II DANZAMOVIMENTOTERAPIA	
1.4 Origine e sviluppo della danzamovimentoterapia.....	p. 26
1.5 L'importanza della comunicazione corporea non verbale nelle sessioni di danzaterapia.....	p. 34
1.6 Rapporto con il terapeuta e con il gruppo.....	p. 39
III DMT INTEGRATA ED AUTISMO: IMPLICAZIONI PSICOPEDAGOGICHE	
1.7 Continuità terapeutica dell'intervento clinico-riabilitativo della DMT nell'autismo.....	p. 46
1.8 Metodologia e setting in una seduta di DMT con un soggetto autistico.....	p. 50
1.9 Esperienza personale di danza terapia.....	p. 57
CONCLUSIONE.....	p. 65
BIBLIOGRAFIA.....	p. 67

## INTRODUZIONE

La scelta di impostare il mio lavoro di tesi sull'argomento della Danza Movimento Terapia nasce dal desiderio di integrare due campi di interesse personale: il mondo della danza, che mi appartiene ed affascina da molto tempo, e il campo della disabilità, che ho avuto modo di conoscere, sia teoricamente che concretamente, negli ultimi anni.

Nonostante all'apparenza possa sembrare che questi due ambiti siano molto lontani e distanti fra loro, in realtà si incorporano esattamente in un binomio perfetto: la *danzaterapia*.

Questa disciplina non molto conosciuta, soprattutto in Italia, riesce ad essere un efficace sostegno per varie patologie in cui è problematica la comunicazione vocale, per situazioni di difficoltà motoria, per disagi relativi all'incapacità di espressione delle emozioni, per rallentare l'avanzamento di disturbi che insorgono nell'età senile.

La danzamentoterapia cerca di recuperare il senso di ogni gesto, agendo sulla sfera emotiva, cognitiva e sociale, stimolando la creatività e portando maggior benessere psicofisico in ciascun soggetto.

Il movimento, che ci accoglie dalla nostra nascita e nel quale restiamo immersi fino alla morte, spesso viene dato per scontato e lasciato al suo funzionamento automatico, senza considerarlo nel suo valore; la danzaterapia osserva ed analizza, invece, come non una parola, non un'intenzione prendano forma se non accompagnati dal movimento. Il movimento è il mezzo principale con cui entrare in rapporto con l'altro, è lo strumento che permette ad ognuno di esternare emozioni e bisogni altrimenti non esprimibili.

Ho soffermato la mia attenzione, all'interno del primo capitolo, sulla *disabilità* osservando, in primo luogo, quelli che possiamo definire Bisogni Educativi Speciali di cui necessitano tutti i soggetti in situazioni di disagio (cognitivo, affettivo, sociale).

Ciò che occorre fare è rispondere alle richieste, alle necessità, ai bisogni che il deficit genera, per rendere il disabile «abile in modo diverso».

Dalla semplice osservazione del percorso legislativo Italiano, bene si comprende quanto complicata e difficile sia stata la reale integrazione, l'inclusione e l'inserimento dei soggetti con disabilità all'interno dei contesti scolastici, lavorativi e sociali.

Moltissimi, sono stati infatti gli stereotipi, le situazioni di esclusione e segregazione che hanno caratterizzato la storia della disabilità; tutto ciò è dovuto da una scarsa consapevolezza dei diritti e dalla poca comprensione delle esigenze di questi soggetti.

Nel corso del tempo, grazie all'approvazione della legge 517 del '77, che abolì le classi differenziali e istituì la figura dell'insegnante di sostegno, grazie alla Legge Quadro del '92 per l'assistenza, l'integrazione sociale e i diritti delle persone "handicapate", ed ad altri decreti legislativi si è giunti, oggi, ad una maggiore considerazione dei bisogni e necessità essenziali di tutti i soggetti in situazioni di disagio, cercando di guardare la diversità come risorsa, come possibilità di conoscere modi nuovi di fare esperienza e garantendo pari opportunità a questi individui.

Una forma di disabilità che ho voluto approfondire è il disturbo autistico, un disturbo pervasivo dello sviluppo, diagnosticabile dal secondo anno d'età e che colpisce la funzionalità del soggetto per l'intero arco di vita.

Le classificazioni internazionali, DSM IV ed ICD-10, descrivono questo disturbo facendo riferimento alle principali aree deficitarie: l'interazione sociale (compromissione nell'uso di comportamenti non verbali come lo sguardo e i gesti uniti alla mancanza della "teoria della mente"), la comunicazione verbale (ritardo o totale assenza di linguaggio parlato), comportamento, attività ed interessi ristretti, ripetitivi e stereotipati, talvolta accompagnati da aggressività.

Non esiste una cura per l'autismo e molti sono gli interventi psicoeducativi messi in atto per rispondere ai bisogni di questi soggetti; tra questi ricordiamo l'ABA (intervento di stampo comportamentista approvato anche dalla Linee Guida dell'autismo), la TEACCH (un'educazione strutturata cui prendono parte anche i genitori), la CAA (una tecnologia assistiva che compensa le difficoltà di comunicazione espressiva e ricettiva) e la DanzaMovimentoTerapia (terapia di supporto alle altre che garantisce una maggiore consapevolezza corporea, e cognizione delle potenzialità comunicative ed espressive che possediamo).

Nel secondo capitolo, ho approfondito quest'ultima potenziale terapia.

Ho trattato diffusamente le origini e lo sviluppo della danzamentoterapia, guardando alle principali figure che hanno portato la danza ad essere vista come una possibile e reale forma di comunicazione alternativa.

Tra i più famosi precursori della danzamentoterapia ricordo Marian Chace, che usava la danza come mezzo per reintegrare gli individui nel gruppo e favorire la loro partecipazione al processo di gruppo, Herta Duplan con l'Expression Primitive, Rudolf Laban, che osserva come attraverso la danza sia possibile migliorare la coordinazione, il controllo e la consapevolezza del proprio corpo, riuscendo così ad esprimere sensazioni e sviluppare relazioni; Maria Fux, che ha usato ed utilizza ancora la danzaterapia con soggetti di qualsiasi età e con qualsiasi tipo di patologia, sottolineando come essa consenta di conoscere se stessi ed entrare in relazione con gli altri.

La danzamentoterapia è una disciplina che non si limita ad un'analisi oggettiva delle abilità ed inabilità motorie ed alla proposta di esercizi da ripetere meccanicamente; essa dà la possibilità di procedere verso uno studio globale della persona, ricorrendo alla gestualità ed al movimento propri di ogni individuo per il recupero delle potenzialità nascoste.

Di essenziale importanza è la figura del danzamentoterapeuta: è un sostegno per il progresso di ogni soggetto, determina il clima delle sedute, fornisce istruzioni, sceglie il materiale. Egli deve stabilire un'alleanza terapeutica con ciascun individuo, accettando la distanza che inizialmente viene posta dall'allievo (soprattutto nelle disabilità che prevedono deficit relazionali), per poi progressivamente sviluppare, attraverso il linguaggio corporeo, una relazione empatica che consenta anche l'unione ed il contatto con gli altri.

Nel terzo ed ultimo capitolo ho illustrato, in modo più concreto e pratico, la realizzazione di una seduta di danzamovimentoterapia con bambini autistici e gli obiettivi che questo intervento riesce a raggiungere, inserendo un'intervista alla danzamovimentoterapeuta Mariagiovanna Mascolo.

È necessario che il terapeuta, a seconda dell'utenza coinvolta formuli dei piani differenziati, in grado di cogliere i bisogni della persona con cui ci si trova ad operare; per questo oltre alla fase operativa sono necessarie anche un'osservazione preliminare e una verifica successiva dell'esperienza.

Le sedute sono generalmente suddivise in tre momenti: riscaldamento (fase di apertura o accoglienza), fase centrale (di sviluppo dell'esperienza), conclusione o trasformazione (che accompagna i soggetti all'uscita).

Il setting è rigoroso, neutro e stabile nel tempo, in modo da rendere il bambino rassicurato e stimolato. I materiali usati sono vari (stoffe, corde, nastri, palle, musiche) e servono da ponte per il contatto e la comunicazione interpersonale con il bambino, oltre ad essere mezzi per lo sviluppo della motricità grossolana e fine, della coordinazione, del controllo tonico.

Nel caso specifico dell'autismo la danza riesce a far esprimere, a far comunicare il soggetto che (nella maggior parte dei casi) ha difficoltà nell'espressione verbale, poiché il movimento supera ogni barriera linguistica, parlando attraverso un livello emozionale. Spesso l'amore, l'emozione, i sentimenti non vivono nelle parole ma nei silenzi, nel non detto, per cui con il movimento tutto può venire alla luce, può essere rivelato.

Anche all'interno della mia personale esperienza di danzamovimentoterapia (nel ruolo di volontaria), fatta con un gruppo di bambini disabili (tra i quali anche bimbi con disturbo autistico), ho potuto constatare il miglioramento, nel corso dell'anno, dell'espressività e della simbolizzazione corporea attraverso l'attività ludica, l'affinamento delle varie funzioni psicomotorie (motricità globale, l'imitazione e sincronizzazione del gesto, la musicalità, la potenza muscolare), l'aumento delle richieste (attraverso segni o comunicazione verbale) e del contatto, la diminuzione dei comportamenti problema ed una maggiore interazione sociale tra i bambini.

L'elaborato vuole dunque essere un mezzo volto a creare un atteggiamento nuovo, positivo nei confronti della danza considerata come possibile intervento efficace e di supporto alle molteplici terapie tradizionali (farmacologiche, psicologiche...), che comunemente vengono utilizzate nelle situazioni di disabilità.

### 1.1 BISOGNI EDUCATIVI SPECIALI E INTEGRAZIONE

È importante inquadrare l'autismo all'interno dei *bisogni educativi speciali* poiché spesso si sente parlare di disabilità, di handicap, di difficoltà e disagio attraverso una prospettiva totalmente negativa.

Tuttavia, la pedagogia speciale come disciplina ci porta ad adottare un differente punto di vista, sottolineando che un individuo con handicap/ disabilità può essere preso in considerazione per le sue capacità e potenzialità.

Naturalmente, qualsiasi bisogno scaturisce da una mancanza che ha l'esigenza di essere *riempita*; è la manifestazione di uno stato di squilibrio, di una carenza che può far insorgere, se non viene saturata, problemi o disagio.

Parlando, in modo specifico, di *Bisogni Educativi Speciali*, ci riferiamo a tutti quei soggetti che, a causa di disabilità (causata da menomazioni che limitano l'autonomia e l'attività), di disturbi specifici dell'apprendimento o a causa di svantaggio socio-economico, linguistico e culturale, presentano delle difficoltà che richiedono la presenza di interventi "*speciali*" ed individuali.

L'aggettivo *speciale*, affiancato ai bisogni educativi di questi soggetti, vuole affermare, tuttavia, che quei bisogni vengono percepiti come tali solo in rapporto alla normalità, e dunque in contesti in cui le differenze non solo coesistono, ma vengono anche riconosciute<sup>1</sup>.

D'altro canto, però, potremmo pensare all'aggettivo "speciale" come tutto ciò che necessita di attenzioni, risorse, competenze ed abilità arricchite, migliori, più efficaci.

Avere un B.E.S. non significa necessariamente possedere una diagnosi medica o psicologica, ma essere semplicemente in una situazione di difficoltà, anche temporanea, e ricevere un intervento specifico; in quest'ottica non bisognerebbe considerare i bisogni speciali come discriminanti.

Il bisogno educativo speciale, perciò, richiede l'individualizzazione-personalizzazione dell'apprendimento non solo per chi ha una disabilità certificata, ma anche per tutti coloro che soffrono di un disagio o difficoltà a livello cognitivo, affettivo e sociale.

I bisogni educativi speciali possono derivare, infatti, da svariate condizioni, quali ad esempio:

- svantaggio e deprivazione sociale, riferito ad alunni cresciuti in situazioni familiari/sociali povere, marginali, in contesti degradati con poche occasioni formali e informali di apprendimento;

- diversità etniche e culturali (figli di immigrati, profughi, rifugiati con lingua, religione e cultura diversa);

---

<sup>1</sup> Cfr. V. Rossini, *I bisogni educativi speciali secondo il modello ICF-CY*, in G. Elia (2012). *Questioni di pedagogia speciale*, Progedit, Bari, p. 44.

- difficoltà familiari (bambini che vivono in famiglie “difficili”, in cui sono presenti fenomeni d’abuso, maltrattamento, violenza);
- difficoltà psicologiche, come basso livello d’autostima, stati d’ansia, scarso autocontrollo e scarsa tolleranza alle frustrazioni, bassa motivazione intrinseca e assenza di interessi;
- difficoltà d’apprendimento, sia riscontrati nei cosiddetti studenti “lenti” sia studenti con serie difficoltà scolastiche, che non hanno disturbi cognitivi specifici;
- ambiente socioculturale, cioè alunni di classi sociali più basse;
- qualità dell’istruzione scolastica negativa data da clima di classe, metodi e contenuti, competenze degli insegnanti insufficienti;
- caratteristiche del soggetto, date da fattori di tipo emotivo e motivazionale che possono creare difficoltà e disagio <sup>2</sup>.

Proprio per fornire una risposta ai problemi di diversità provocati da deficit, nasce la “*Pedagogia Speciale*”, una scienza che studia l’educazione aprendosi al dialogo con le altre discipline, con lo scopo di ottenere delle risposte speciali a problemi specifici evitando l’esclusione e la separazione, promuovendo la partecipazione attiva dell’individuo, partendo soprattutto dal presupposto essenziale dell’integrazione.

Come notato da d’Alonzo «I grandi personaggi fondatori di questa scienza, Itard, Montessori, Decloly erano dei medici che capirono l’importanza di “educare”: divennero dei grandi pedagogisti e seppero lottare, ricercare e sperimentare metodi ed attività innovative per poter offrire le risposte educative capaci di dare *dignità umana* ai loro allievi. Capirono che per il bene dei soggetti con bisogni speciali occorreva lottare per rivendicare il loro diritto ad essere considerati delle persone educabili, in grado di poter attuare le potenzialità personali in risposta ad un intervento educativo competente».<sup>3</sup>

Possiamo accennare anche al contributo offerto da Rudolf Steiner, nel 1924, a proposito dei bambini portatori di handicap; egli sviluppò una sorta di terapia, denominata *Psicologia Curativa* perché, forte di una positiva esperienza avuta in gioventù, egli era convinto che anche di fronte all’handicap più grave o alla più difficoltosa capacità di apprendere, l’insegnante preparato potesse aiutare il suo allievo sfortunato, se non a rimuovere, almeno ad attenuare gli ostacoli che gli impediscono di affrontare positivamente gli studi.

Steiner afferma che anche i soggetti disabili fisici o psichici hanno diritto di essere educati come normodotati. La pedagogia antroposofica ha il compito di facilitare l’integrazione sociale dei bambini disabili, promuovendo in loro la relazione partecipe e armonica con l’ambiente.

Le terapie consistono principalmente in esercizi individualizzati realizzati sia a casa che a scuola, ottenendo l’effettiva costruzione di una “*comunità terapeutica*” allargata. Le principali attività si basano sull’animazione (musica, ascolto di racconti, drammatizzazioni, movimento), sui laboratori pratici, ma anche sulla promozione di gesti quotidiani apparentemente “semplici” (allacciare le scarpe, mangiare a tavola, lavarsi..).

---

<sup>2</sup> Ibidem, pp. 67-70.

<sup>3</sup> L. d’Alonzo (2003). *Pedagogia speciale*, La Scuola, Brescia, p. 16.

Il successo della proposta steineriana poggia sulla relazione di *fiducia* dei genitori verso gli educatori, sul legame affettivo tra insegnante e alunno, su una didattica accuratamente strutturata.<sup>4</sup>

La *Pedagogia Speciale* diventa, negli ultimi vent'anni, la scienza che studia i bisogni specifici per una piena *integrazione sociale* attraverso il diritto all'istruzione e all'integrazione scolastica dei soggetti disabili, ponendosi come obiettivo lo sviluppo delle potenzialità dell'individuo nell'apprendimento, nella comunicazione, nelle relazioni e nella socializzazione al fine di strutturare i presupposti per una proficua integrazione sociale, trasformando la propria disabilità in "*diversa abilità*", cioè diversabilità.<sup>5</sup>

Gli alunni con Bisogni Educativi Speciali hanno infatti necessità di interventi tagliati accuratamente su misura per la loro situazione di difficoltà e tenendo conto dei fattori che la originano o mantengono. Questi interventi, a seconda delle necessità, possono essere ovviamente i più vari nelle modalità (molto tecnici o molto informali), nelle professionalità coinvolte, nella durata e nella "mimetizzazione".

In alcuni casi questa individualizzazione prenderà la forma, inizialmente, di un formale Piano Educativo Individualizzato e, successivamente, di un Progetto di vita, in cui si cerca di guardare al futuro, all'adulto ed ai suoi ruoli sociali; in altri sarà una semplice ed informale serie di delicatezze e attenzioni psicologiche rispetto a una condizione familiare difficile, in altri ancora potrà essere uno specifico intervento psico-educativo in caso di comportamenti problema, e così via.

In tutti i casi c'è qualcosa in più, di "*speciale*", che dovrebbe tendere a diventare normale il più possibile; anzi, c'è la normalità stessa delle situazioni educative e didattiche, la grande quotidianità della vita scolastica inclusiva che abbraccia tutti e che si arricchisce continuamente di quei piccoli-grandi dettagli necessari a qualche alunno e utili a tutti.

Qualsiasi specialità va dunque rivendicata con orgoglio, sia quando qualifica una differenza (anche se è dolorosa), sia quando si trasforma in risposte migliori per tutti.

Tutti gli alunni, con qualsiasi tipologia di Bisogno Educativo Speciale, hanno diritto a risposte adeguate alla loro situazione, perché non è giusto "*far parti uguali fra disuguali*", come ebbe a dire Don Milani.

Troppo spesso, purtroppo, tutto ciò effettivamente non avviene; le risorse possedute per coloro che "hanno meno", ma più bisogni, sono carenti, a partire dalla scuola per arrivare all'inserimento lavorativo. È la teoria della *coperta corta*, che se vuole coprire le spalle, lascia fuori i piedi, e viceversa; quindi, si tende a coprire attraverso i BES coloro che sono tutelati dalla legge 104 del 1992, non considerando la reale funzione e direzione dei bisogni stessi.

Sicuramente la presenza di un deficit può ledere alcune delle abilità possedute dalla persona, ma, in molti casi, con l'intervento di un adeguato programma educativo e la disponibilità di ausili, un individuo con deficit può essere *abile in modo diverso*, raggiungendo in parte o

---

<sup>4</sup> Cfr. G. Capozza, in D. Giancane (2012). *L'utopia pedagogica. Sette grandi autori del novecento*, Levante Editori, Napoli, pp. 80-82.

<sup>5</sup> S. De Robertis (2007). *Storia dell'integrazione scolastica in Italia. Dalle leggi alle tecnologie informatiche*, Cacucci, Bari, p. 43.



totalmente gli stessi obiettivi di una persona normodotata, in qualche caso apportando la scoperta di nuove strade che possono diventare risorse per tutti.<sup>6</sup>

Tuttavia è bene notare, come afferma Elia, che «l'integrazione non è uno stato naturale, ma il risultato di un processo culturale; occorre quindi realizzarla, provocarla, organizzarla con lo sforzo e l'impegno della collettività».<sup>7</sup>

È necessario operare in contesti in cui coesistono e vengono riconosciute le differenze in modo tale da guardare i bisogni educativi speciali come normali, come dei diritti da tutelare, e permettere alla persona con disabilità di rafforzare le proprie capacità e potenzialità, convivendo con il 'danno' in modo positivo .

Naturalmente non è possibile non ricordare che, da sempre, la diversità è stata bersaglio di stigmatizzazione, di categorizzazione, di discriminazione e stereotipi di vario tipo. Soprattutto nella cultura occidentale, per molto tempo, è stato usato un termine come "handicappato", in senso dispregiativo, all'interno di una cultura della disuguaglianza.

Oggi utilizziamo il termine handicap per indicare l'impatto sociale di un deficit accertato (corporeo, personale o sociale), che comporta una diminuzione delle capacità individuali e una minore autonomia personale. L'handicap viene definito sulla base di un concetto di normalità stabilito culturalmente. Ciò che deve essere ben chiaro è il fatto che l'handicap non è necessariamente l'esito di una disabilità, così come la disabilità non deriva direttamente da una malattia. Il disabile non è forzatamente un malato.<sup>8</sup>

Il bisogno educativo speciale, problematizzato, diventa il punto di partenza per la progettazione di itinerari formativi mirati all'effettiva individualizzazione-personalizzazione. L'ICF, la Classificazione Internazionale del Funzionamento, della Disabilità e della Salute, strumento elaborato dall'OMS (Organizzazione Mondiale della Sanità), è finalizzato ad una classificazione sistematica, atta a descrivere le modificazioni dello stato di salute inteso come benessere globale della persona, considerata nella sua multidimensionalità, nell'interazione tra più fattori e variabili e legato a vari livelli del funzionamento umano (biologico, psichico e sociale).

Grazie a questo strumento è possibile descrivere:

- il funzionamento, cioè gli aspetti che vengono considerati positivi di una persona, ciò che è in grado di fare;
- la disabilità, cioè gli aspetti "negativi" del funzionamento, ciò che non è in grado di fare;
- i fattori contestuali, vale a dire l'influenza positiva o negativa che l'ambiente in cui vive la persona può avere sul funzionamento della stessa.

L'ICF mira ad utilizzare termini neutri per aggirare, in parte, il pericolo della stigmatizzazione; ad esempio i termini "handicappato" o "disabile" si sostituiscono con soggetto con restrizioni nella partecipazione o nell'attività, o con "diversamente abile", per

---

<sup>6</sup> G. Elia (2001). *Percorsi formativi, dinamiche sociali e pedagogia speciale*, in "Studium Educationis", 3, p. 626.

<sup>7</sup> G. Elia (2012). *Questioni di pedagogia speciale*, Progedit, Bari p. 4.

<sup>8</sup> Cfr. *Ibidem*, pp. 52-53.

sottolineare la limitazione che il soggetto nell'attività ha e il restante patrimonio potenziale di abilità che ciascuno ha il diritto di manifestare.

Il problema ancora oggi molto presente è il fatto che la disabilità viene concepita come diversità, anche da chi ne è a stretto contatto.

Il diverso ci fa sentire diversi, ed è questo che non siamo disposti a perdonare. Difatti in ogni epoca, civiltà e società, il “difforme” suscita preoccupazione, inquietudine e scatena in coloro che si considerano invece uguali e normali una reazione di difesa che porta a rimuovere, ad escludere il problema. Scatta però un elemento fondamentale soprattutto nel rapporto fra genitori e figli disabili: nonostante la menomazione, nessuno sarebbe disposto a rinunciare a suo figlio ed anzi s'avverte che quel figlio ha apportato dei mutamenti straordinari alla propria esistenza, ha dato qualcosa in più, pur essendo una sfida continua.

Il problema dei genitori è sempre lo stesso: che ne sarà del figlio diversamente abile quando non ci saranno più? Bisogna aiutare i soggetti con handicap a fare da sé, renderli autonomi ed indipendenti avendo fiducia nelle loro capacità.

Questi bambini nascono due volte: devono imparare a muoversi in un mondo che la prima nascita ha reso più difficile. La seconda dipende da come la società e la famiglia si strutturano e si armano per questa difficile ma non impossibile battaglia di amore e civiltà<sup>9</sup>.

Per assicurare una reale indipendenza ed autonomia di questi soggetti è necessaria una integrazione piena nella società; integrare vuol dire *promuovere* la persona ad essere se stessa, a mantenere la sua identità e ad espandersi progressivamente verso un rapporto di intimità, amore e di collaborazione.

Un'integrazione di qualità richiede sfide continue e dimensioni di lavoro innovative e strategiche, partendo dall'ambiente scolastico; è opportuna, quindi:

- una conoscenza dei bisogni educativi speciali e delle differenze individuali per realizzare una scuola inclusiva per tutti, che sappia differenziare la didattica e personalizzare gli atteggiamenti educativi;
- clima interpersonale e culturale di collaborazione e solidarietà;
- attivazione primaria della risorsa alunno, sostenendo, cioè, che i compagni di classe, attraverso l'apprendimento cooperativo, rappresentano una delle risorse fondamentali;
- flessibilità didattica come riaffermazione del valore costituito dall'integrazione nelle scuole;
- qualificazione della formazione di tutti i docenti;
- sviluppo di un sistema integrato attraversato da una logica di rete che metta insieme i soggetti e istituzioni diversi: famiglia, scuola, servizi socio-sanitari, comunità.

Alla base del principio di integrazione scolastica dei diversamente abili c'è la concezione dell'uomo come *valore*. Ciascun uomo ha ragion d'essere proprio nella sua diversità ed irripetibilità e solo dal rispetto per questa varietà esistenziale può scaturire un progetto sociale che realizzi le pari opportunità educative tra tutti i soggetti educandi. Le ragioni dell'uguaglianza, del valore della persona, del diritto allo studio e alle relazioni significative,

---

<sup>9</sup> Cfr. D. Giancane (2012). *Educare oggi: una scommessa impossibile?*, Adda Editore, Bari, pp. 74-76.

costituiscono le radici profonde di una nuova filosofia dell'integrazione che si esprime nel diritto di essere al mondo e di realizzarsi nella propria identità e diversità.

Una persona diversamente abile ha il diritto di sentirsi una persona alla pari di tutte le altre, che può affrontare e superare gli stessi problemi, anche se in modo diverso e con difficoltà maggiori.<sup>10</sup>

## 1.2 INTERVENTI LEGISLATIVI A TUTELA DEI SOGGETTI CON DISABILITÀ

Mi è sembrato opportuno sviluppare una rapida esposizione del percorso legislativo che ha condotto ad una sempre maggiore integrazione dei soggetti con disabilità all'interno delle varie e fondamentali aree di vita.

La reale integrazione e l'inclusione, oltre all'inserimento, dei soggetti con disabilità all'interno dei contesti scolastici, lavorativi e, più in generale nella società stessa, sono stati degli obiettivi raggiunti con molto sforzo e ritardo in Italia.

Ciò che rende davvero civile un Paese è riconoscere la dignità di tutti i suoi cittadini rispettandone i diritti, in sintonia con quanto afferma la *Dichiarazione Universale dei Diritti dell'Uomo* (1948): «tutti gli esseri umani nascono liberi ed uguali nella dignità e nei diritti».

In effetti, ci si può domandare se, dato che gli individui con disabilità devono e possono essere definiti come soggetti con bisogni speciali, non considerandoli come diversi dagli altri normodotati, sia necessaria una legislazione che tuteli tali individui, se siano necessari dei diritti specifici per soggetti con disabilità. Non sono anch'essi degli uomini?

Ma tuttora esiste nei cittadini italiani (e non solo) una grande ignoranza in tema di disabilità. Nonostante i disabili siano sempre più presenti nelle istituzioni e in tutte le scuole italiane da circa trent'anni si attui l'integrazione nelle classi comuni, sebbene i disabili siano finalmente inseriti nel mondo del lavoro, esiste ancora poca attenzione nei loro confronti, scarsa consapevolezza dei loro diritti, insufficiente volontà sociale di comprendere le loro ragioni.<sup>11</sup>

Possiamo ben notare come la storia dell'handicap si sia spesso concretizzata in una triste vicenda fatta di esclusione, di diritti negati, di segregazione. Si possono citare celebri esempi come l'assassinio sistematico dei bambini deformi nella Sparta del IX secolo a. C.; nell'antico Egitto la "*selezione naturale*" dove i malati cronici venivano fatti arrampicare su di un albero in attesa che i più deboli lasciassero la presa; o ancora nella Roma imperiale si privavano i disabili dei diritti più elementari poiché inidonei ad implementare la forza bellica.

In seguito, con il cambiamento produttivo e la nascita della borghesia, si determina il definitivo ostracismo del soggetto handicappato dal contesto sociale. Così si sviluppa il concetto di "medicalizzazione" del soggetto con handicap, facendo diventare la disabilità una vera e propria malattia.

---

<sup>10</sup> S. De Robertis, op. cit., pp. 11-12.

<sup>11</sup> L. d'Alonzo (2003), op. cit., p. 14.

Le prime istituzioni italiane a favore dei minorati si hanno nel 1898, con la *Lega dei fanciulli deficienti*, a Roma, e nel 1900 con la prima *scuola Magistrale Ortofrenica*, affidata a Maria Montessori, con il compito di preparare gli insegnanti, in particolare per i sordomuti oltre che per i minorati psichici.<sup>12</sup>

Il primo intervento dello Stato in materia di istruzione ai minori “anormali” si ha con la riforma Gentile del 31/12/1923, con la quale l’istruzione obbligatoria venne estesa ai ciechi ed ai sordomuti, non interessati da altre anomalie che ne impedissero loro l’adempimento, e dalla quale prende avvio l’organizzazione delle classi differenziali.<sup>13</sup>

Nel 1928, l’art. 415 del Regolamento Generale dell’Istruzione Elementare recita che: «Quando gli atti di permanente indisciplina siano tali da lasciare il dubbio che possano derivare da anormalità psichiche, il maestro può, su parere conforme su parere l’Ufficio Sanitario, proporre l’allontanamento definitivo dell’alunno al Direttore Didattico il quale curerà l’assegnazione dello scolaro alle classi differenziali che siano istituite nel Comune o, secondo i casi, d’accordo con la famiglia, inizierà le pratiche opportune per il ricovero negli istituti per l’educazione dei corrigendi».<sup>14</sup>

Si può notare una chiara logica dell’esclusione, evidenziata giuridicamente dall’istruzione separata, cioè la separazione dei portatori di handicap dal contesto sociale.

Teoricamente, un’inversione di tendenza si ha nel 1948, dopo la caduta del regime fascista. La nostra Carta Costituzionale, nel secondo articolo, stabilisce infatti che: «La Repubblica riconosce e garantisce i diritti inviolabili dell’uomo, sia come singolo, sia nelle formazioni sociali ove si svolge la sua personalità». La scuola appare come una delle più significative formazioni sociali per lo sviluppo della personalità umana; di conseguenza nell’articolo 38 si precisa che «ogni cittadino inabile al lavoro e sprovvisto di mezzi necessari per vivere ha diritto al mantenimento e all’assistenza sociale. Gli inabili e i minorati hanno diritto all’educazione e all’avviamento professionale».<sup>15</sup> Da questo articolo è possibile osservare un forte richiamo alla monetizzazione dell’handicap come risposta ai bisogni ed alle esigenze delle famiglie.

Importanti riforme vengono attuate negli anni ‘60, seppur vedendo l’handicap ancora nell’ottica dell’isolamento. Nel 1962 con la legge n.1859 viene istituita la scuola media unica, anche se con classi di aggiornamento e classi differenziali per alunni disadattati o bisognosi.

Solo agli inizi degli anni ‘70 viene rivendicato il principio del diritto allo studio, fruibile per tutti; si contesta il concetto di normalità e le istituzioni speciali sono viste come segreganti e non idonee al recupero di soggetti con problemi. Purtroppo data la mancanza di progetti didattici di inserimento di disabili e la mancata preparazione delle istituzioni per accoglierli, si assiste agli “inserimenti selvaggi”.<sup>16</sup>

---

<sup>12</sup> Cfr. S. De Robertis, op. cit., pp. 13-15.

<sup>13</sup> G. Elia (2012). *Questioni...*, op. cit., p. 5.

<sup>14</sup> F. Iesu (1991). *Handicap e integrazione nel contesto europeo*, Tecnodid, Napoli, p. 44.

<sup>15</sup> Costituzione della Repubblica Italiana.

<sup>16</sup> S. De Robertis, op. cit., p. 15.

La legge 118/71 concerne provvidenze a favore dei mutilati, invalidi civili e segna l'inizio della fine delle strutture speciali e dà il via a un'era libera da pregiudizi e attenta ai bisogni dei più deboli.

L'istruzione dell'obbligo per gli alunni handicappati, perciò, «deve avvenire nelle classi normali della scuola pubblica, facendo eccezione per i casi in cui i soggetti siano affetti da gravi deficienze intellettive o da menomazioni fisiche di tale gravità da impedire o rendere molto difficoltoso l'apprendimento o l'inserimento nelle predette classi normali» (art.28).

Successivamente, nel 1975, la legge Falcucci (dalla CM n. 227/75), traccia gli elementi fondamentali della filosofia dell'integrazione. Nella premessa afferma: «La preliminare considerazione che la commissione ha ritenuto di fare è che la possibilità di attuazione di una struttura scolastica idonea ad affrontare il problema dei ragazzi handicappati presuppone il convincimento che anche i soggetti con difficoltà di sviluppo, di apprendimento e di adattamento devono essere considerati protagonisti della propria crescita. In essi, infatti, esistono potenzialità conoscitive, operative e relazionali spesso bloccate dagli schemi e dalle richieste della cultura corrente e del costume sociale. Favorire lo sviluppo di queste potenzialità è un impegno peculiare della scuola, considerando che la funzione di questa è appunto quella di portare a maturazione, sotto il profilo culturale, sociale, civile le possibilità di sviluppo di ogni bambino e di ogni giovane. La scuola, proprio perché deve rapportare l'azione educativa alle potenzialità individuali di ogni allievo, appare la struttura più appropriata per far superare la condizione di emarginazione in cui altrimenti sarebbero condannati i bambini handicappati, anche se deve considerarsi coesistente una organizzazione dei servizi sanitari e sociali finalizzati all'identico obiettivo. Questo impegno convergente si pone preliminarmente sotto il profilo della prevenzione».

In base ai principi enunciati dalla relazione Falcucci, la scuola deve:

- accogliere ed istruire tutti i bambini, considerandoli protagonisti della loro crescita;
- favorire lo sviluppo delle potenzialità di ciascuno, attraverso un apprendimento che valorizzi tutte le forme di espressione degli alunni handicappati;
- avere una funzione di prevenzione e di recupero precoce delle difficoltà che possono ostacolare lo sviluppo psico-fisico attraverso la generalizzazione della scuola materna.<sup>17</sup>

Un ulteriore grande rinnovamento ebbe una data d'inizio con l'applicazione della legge 517/77, in quanto prima d'allora solo i bambini ciechi e sordi avevano diritto all'istruzione impartita in appositi istituti. Tutti gli altri soggetti affetti da menomazioni, disabilità motorie, ritardo mentale o comunque in altre condizioni che si connotavano per una certa *diversità*, imputabile a svantaggio socioculturale erano relegati all'interno di scuole speciali o differenziali. Nelle scuole speciali affluivano i ragazzi che avevano menomazioni di vario tipo e completavano la scuola dell'obbligo all'interno di tali strutture; l'età d'iscrizione poteva protrarsi fino ai 18 anni in quanto non esistevano strutture di sostegno di altro tipo.

Alle classi differenziali erano iscritti i bambini che presentavano ritardi nello sviluppo cognitivo e per questo si creavano dei "percorsi differenti", maggiormente graduati, in

---

<sup>17</sup> Ibidem, pp. 17-19.

maniera tale da conseguire gli apprendimenti di base, che avrebbero in seguito permesso un rientro nella scuola “normale”.

Sinteticamente la legge 517 del 1977 :

- abolì le classi differenziali;
- modificò il sistema di valutazione nella scuola dell'obbligo;
- istituì la figura dell'insegnante di sostegno (fornito di apposita specializzazione a bambini con handicap);
- introdusse la possibilità di forme di organizzazione della classe flessibili, funzionali al recupero.<sup>18</sup>

Tramite questa legge si rompono gli antichi equilibri di una scuola burocratica e selettiva e si considera concretamente l'apprendimento in contesti socializzati, fondamentali per i diversamente abili.

Nel corso degli anni '80 si diffonde la cultura dell'handicap oltre che nelle scuole, nelle istituzioni e nella società.

La circolare n. 258 del 1983 sottolinea la necessità di un raccordo tra servizi socio-sanitari e amministrazione periferica che dovevano farsi promotori di accordi attraverso i quali, oltre al diritto allo studio, veniva riconosciuto il diritto all'integrazione promossa con tutte le risorse possedute dallo Stato. Tra le intese raggiunte si ottenne la certificazione dell'handicap attraverso un linguaggio comune; inoltre, prendeva connotazione il Piano Educativo Individualizzato (PEI).

Nel 1985 la CM n. 250 pone l'attenzione sulle potenzialità del soggetto con disabilità al fine di individuarne i bisogni educativi; sostenendo ancora una logica di rete che vede impegnati scuola, enti locali, servizi sanitari locali e famiglia, viene predisposto un PEI da inserire all'interno della programmazione educativa e didattica della classe, per permettere al soggetto disabile di acquisire o incrementare abilità sociali e raggiungere delle competenze. Tale Circolare afferma nella parte II: «L'esperienza scolastica dell'alunno in situazione di handicap dovrebbe potersi sviluppare secondo un percorso unitario e fondamentalmente continuo, quanto più possibile in armonia con i ritmi di maturazione e di apprendimento propri del soggetto».<sup>19</sup>

La figura che emerge come rilevante in questo processo di collaborazione tra scuola famiglia e servizi è l'insegnante di sostegno. Il successivo Decreto del 4/1/1988 definisce i criteri formativi che caratterizzano l'insegnante di sostegno, utile per l'integrazione del soggetto con disabilità; essa dovrà:

- avere una buona preparazione metodologica;
- avere un'accurata formazione didattica, formata sulla base di esperienze e tirocini;
- avere una formazione adeguata didattica pedagogica (utile all'intera classe);
- avere un'adeguata capacità relazionale, soprattutto con l'alunno disabile.<sup>20</sup>

---

<sup>18</sup> A. Condolf, M. Bernardi (2006). *Psicologia per il tecnico dei servizi sociali*, CLITT, Roma, pp. 386-387.

<sup>19</sup> S. De Robertis, op. cit., p.18.

<sup>20</sup> Cfr. G. Elia, *Questioni...*, op. cit., pp. 15-16.

Il 1988 con la Circolare Ministeriale n. 262 evidenzia ancora la necessità di una maggiore continuità educativa ed organizzativa fra scuola media e superiore, nonché la necessità di rapporti interistituzionali fra scuola, enti locali e Usl; è suggerita una maggiore collaborazione tra scuola e famiglia. È auspicata la costruzione di un Osservatorio nazionale sull'integrazione scolastica, sono date indicazioni sull'iscrizione, la frequenza, le modalità di svolgimento delle prove scritte e/o orali, sono previsti piani educativi diversificati da valutare senza l'attribuzione di voti, con riguardo alle capacità e potenzialità del singolo soggetto.

La legge n. 381 del 08/11/91 dà un notevole impulso all'inserimento lavorativo dei disabili tramite la costruzione di cooperative sociali. Con tale legge molte persone disabili escluse dal mondo del lavoro per motivi oggettivi legati alla gravità del deficit, hanno trovato occupazione in strutture lavorative che offrono loro l'opportunità di vivere con dignità l'impegno professionale.<sup>21</sup>

Un essenziale punto di svolta nella normativa per l'handicap è rappresentato dalla Legge Quadro del 1992, pubblicata il 5 febbraio: «Legge Quadro per l'assistenza, l'integrazione sociale e i diritti delle persone handicappate». Come recita l'articolo 1, la legge:

- a) garantisce il pieno rispetto della dignità umana e i diritti di libertà e autonomia della persona con disabilità e ne promuove la piena integrazione nella famiglia, nella scuola, nel lavoro e nella società;
- b) previene e rimuove le condizioni invalidanti che impediscono lo sviluppo della persona umana, il raggiungimento della massima autonomia possibile e la partecipazione della persona con disabilità alla vita della collettività, nonché la realizzazione dei diritti civili, politici e patrimoniali;
- c) persegue il recupero funzionale e sociale della persona affetta da minorazioni fisiche, psichiche e sensoriali e assicura i servizi e le prestazioni per la prevenzione, la cura e la riabilitazione delle minorazione, nonché la tutela giuridica ed economica della persona con disabilità;
- d) predispose interventi volti a superare stati di emarginazione e di esclusione sociale della persona con disabilità.

Nell'articolo 5 si afferma anche che la promozione dell'autonomia e la realizzazione dell'integrazione sociale sono perseguite anche attraverso «l'intervento tempestivo dei servizi terapeutici e riabilitativi, che assicurino il recupero consentito dalle conoscenze scientifiche e dalle tecniche attualmente disponibili, il mantenimento della persona handicappata nell'ambiente familiare e sociale, la sua integrazione e partecipazione alla vita sociale».<sup>22</sup>

L'articolo 12 (Diritto all'educazione e all'istruzione) afferma che: «al bambino da 0 a 3 anni handicappato è garantito l'inserimento negli asili nido. È garantito il diritto all'educazione e all'istruzione della persona handicappata nelle sezioni di scuola materna, nelle classi comuni delle istituzioni scolastiche di ogni ordine e grado e nelle istituzioni universitarie.

---

<sup>21</sup> L. d'Alonzo, op. cit., p. 21.

<sup>22</sup> Cfr. J. M. Cafiero (2009). *Comunicazione aumentativa e alternativa. Strumenti e strategie per l'autismo e i deficit di comunicazione*, Erikson, Trento, pp. 121-122.

L'integrazione scolastica ha come obiettivo lo sviluppo delle potenzialità della persona handicappata nell'apprendimento, nella comunicazione, nelle relazioni e nella socializzazione. L'esercizio del diritto all'educazione non può essere impedito da difficoltà di apprendimento né da altre difficoltà derivanti dalle disabilità connesse all'handicap. All'individuazione dell'alunno come persona handicappata ed all'acquisizione della documentazione risultante dalla diagnosi funzionale, fa seguito un profilo dinamico-funzionale ai fini della formulazione di un piano educativo individualizzato[...]. Ai minori handicappati soggetti all'obbligo scolastico, temporaneamente impediti per motivi di salute a frequentare la scuola, sono comunque garantite l'educazione e l'istruzione scolastica. A tal fine il provveditore agli studi, [...], provvede alla istituzione di classi ordinarie quali sezioni staccate dalla scuola statale».

Nell'articolo 13 osserva la necessità della stipulazione di accordi di programma, finalizzati alla predisposizione, attuazione, verifica di progetti educativi, riabilitativi e di socializzazione individualizzati, nonché a forme di integrazione tra attività scolastiche ed extrascolastiche; inoltre si osserva la dotazione di attrezzature tecniche e sussidi didattici adeguati e le competenze di un personale specializzato.

Infine la Legge Quadro sottolinea la necessità di operare nel rispetto delle scelte culturali della persona handicappata, con la collaborazione dei genitori e con il coinvolgimento degli stessi studenti. Ciò significa che il "PEI- progetto di vita" relativo ai singoli minori disabili deve tenere conto delle potenzialità, delle aspirazioni e dei desideri di ognuno, coinvolgendo quest'ultimo e i suoi familiari nella definizione delle linee di fondo, e deve prendere in considerazione non solo la situazione contingente, scolastica o extrascolastica ma sapersi muovere in una dimensione dinamica, in una prospettiva che sappia guardare anche al futuro. I principi in essa contenuti non devono essere considerati come norme "eccezionali", ma come norme "speciali" applicative dei principi costituzionali sull'eguaglianza sostanziale.

Il 10 giugno del 1994 viene stipulata la Dichiarazione di Salamanca sui bisogni educativi speciali da parte dei delegati dalla Conferenza Mondiale sulle Necessità Educative Speciali, che afferma:

- tutti i bambini di ambo i sessi hanno un diritto fondamentale all'educazione e deve essere loro offerta l'opportunità di conseguire e mantenere un livello accettabile di conoscenza;
- ogni bambino ha caratteristiche, interessi, capacità e necessità di apprendimento che gli sono proprie;
- i sistemi educativi devono essere designati e i programmi applicati in modo da tener conto di tutta la gamma di queste differenti caratteristiche e necessità;
- le persone con necessità educative speciali devono aver accesso alle scuole ordinarie, che dovranno integrarle in una pedagogia centrata sul bambino, capace di soddisfare queste necessità;
- le scuole ordinarie con questo orientamento integrativo rappresentano il mezzo più efficace per combattere i comportamenti discriminatori, creare comunità accoglienti, costruire una società integrativa e giungere ad un'educazione per tutti.<sup>23</sup>

---

<sup>23</sup> Cfr. S. De Robertis, op. cit., pp. 27-30.



Molto rilevante è l'anno 1997 per l'emanazione della legge n. 59 del 15 marzo, che riconosce alle scuole personalità giuridica ed autonomia didattica. La legge 59/97 delega al Governo il conferimento di funzioni e compiti alle Regioni e agli enti locali per la riforma della Pubblica Amministrazione; questo atto conferisce autonomia anche alle istituzioni scolastiche che diventano autonome anche per il raggiungimento degli obiettivi di integrazione.

È con la Legge n.53/2003 e la decretazione applicativa che in Italia si inquadra l'integrazione scolastica in un processo di cambiamento e di innovazione, pur restando ancora la "scommessa" di imparare a guardare alla diversità e alla difficoltà in termini di risorsa, e non di limite, di possibilità di conoscere nuovi modi di fare esperienza, di sperimentare nuove metodologie e modi di rapportarsi, comprendere, imparare. Tutto ciò porta a un arricchimento delle forme della convivenza e della cittadinanza e alla necessità di collocare il diritto all'educazione, all'istruzione e all'integrazione sempre più nel quadro dei sistemi scolastico-formativo, lavorativo e socio-assistenziale, portando al centro dell'attenzione i bisogni fondamentali della persona disabile, i suoi familiari, il contesto abituale di vita e richiamando competenze e obblighi che le leggi vigenti assegnano alle regioni, agli enti locali e al Servizio sanitario nazionale.<sup>24</sup>

È stato il 2003, *Anno Europeo dei disabili*, a contribuire alla diffusione della cultura del rispetto e della valorizzazione delle diversità individuali, personali, sociali, culturali di ciascun individuo; alla condivisione e a far condividere la consapevolezza che in ogni persona esistono capacità potenziali che vanno sostenute e aiutate a svilupparsi; a favorire il consolidamento e l'espansione del processo di integrazione scolastica e sociale; a sviluppare e promuovere le pari opportunità.

Il terreno sul quale si gioca la partita dell'integrazione non è più soltanto la scuola di base e quella secondaria, ma è l'università, la formazione professionale, il mondo del lavoro, il tempo libero, la vita nelle formazioni sociali e nelle istituzioni.<sup>25</sup>

Nell'attuale cultura socio-pedagogica e giuridica si sono create le basi per una diversa qualità del processo di integrazione che osserva il soggetto con handicap in un'ottica di normalizzazione e di accomodamento alle regolarità del gruppo di appartenenza; l'integrazione funge di per sé da processo di crescita sia per gli alunni con disabilità sia per gli altri normodotati. Si è affermato il "modello sociale della disabilità" secondo cui la disabilità è dovuta all'interazione tra fattori contestuali ed il deficit di funzionamento della persona. In linea con questi principi si trova l'ICF (International Classification of Functioning), che si propone come modello di classificazione bio-psico-sociale; questo strumento viene adottato in Italia nel 2008, restituendo al disabile la sua identità di persona, senza considerarlo soltanto nella sua disfunzionalità.

Con la legge n. 18 del 03/03/2009 il Parlamento italiano definisce la disabilità come: «il risultato dell'interazione tra persone con menomazioni e barriere comportamentali ed

---

<sup>24</sup> S. De Robertis, op. cit., p. 34.

<sup>25</sup> Ivi, p. 37.

ambientali, che impediscono la loro piena ed effettiva partecipazione alla società su base di uguaglianza con gli altri».<sup>26</sup>

Più nello specifico, osservando le ultime “conquiste giuridiche” raggiunte nella nostra regione Puglia, e soffermandoci sui disturbi dello spettro autistico, che da qualche anno sembrano essere sempre più diffusi, troviamo la Deliberazione della giunta regionale n.2035, del 27 ottobre 2009 che brevemente sottolinea come:

- è essenziale una diagnosi precoce per permettere una presa in carico tempestiva che si sviluppi per tutto l’arco della vita;
- sono necessari interventi multidisciplinari, precoci, intensivi ed individualizzati;
- i trattamenti elettivi per i disturbi dello spettro autistico sono quelli cognitivo-comportamentali, tra i quali rientra il metodo ABA, che mostrano evidenti miglioramenti nello sviluppo cognitivo, sociale e comunicazionale, riducendo il numero delle eventuali istituzionalizzazioni;
- le famiglie devono essere affiancate e sostenute attraverso iniziative individuali o di parent training o di gruppo;
- è importante che le Amministrazioni Regionali elaborino un “Piano d’intervento per l’autismo”, avvalendosi di Accordi di Programma tra Sanità Pubblica, Istruzione, Istituzioni locali, Associazioni delle famiglie, Privato e Privato Sociale al fine di creare un piano operativo in cui venga indicato un modello organizzativo per l’attivazione di servizi specialistici, sanitari e socio-sanitari, in grado di mettere in atto progetti terapeutici adeguati per tutto l’arco della vita dei pazienti.

Inoltre, la Deliberazione della Giunta Regionale del 27 novembre 2012, n. 2506 sottolinea la possibilità della concessione di un contributo alle spese non coperte dal Fondo Sanitario Regionale sostenute dai cittadini pugliesi che si avvalgono del trattamento abilitativo e psicoeducativo di tipo cognitivo-comportamentale basato sul metodo denominato A.B.A. (Applied Behaviour Analysis) per le patologie dello spettro autistico.

In breve viene sostenuto che:

- hanno diritto al contributo tutti i cittadini residenti in Puglia da almeno un anno, affetti da autismo e disturbi dello spettro autistico, ovvero in loro vece, coloro che esercitano la patria potestà;
- l’applicazione degli interventi basati sul metodo ABA devono essere prescritti da un Servizio di Neuropsichiatria infantile o di Riabilitazione della ASL o da una unità di NPI di un ospedale pubblico, IRCCS o Ente Ecclesiastico;
- sono ammissibili spese documentate non coperte dal sistema sanitario regionale (tra le quali rientrano anche vitto e alloggio per la persona affetta dal disturbo autistico, i genitori e massimo 2 operatori specializzati), per un contributo complessivo annuo massimo di 12.000,00;

---

<sup>26</sup> Cfr. G. Elia, *Questioni...*, op. cit., pp. 20-23.

- i soggetti interessati devono richiedere alla ASL un certificato di preventiva autorizzazione, indicando il costo del trattamento, allegato al certificato di residenza del richiedente e tutta la documentazione che attesta il diritto al contributo.

Attraverso queste Deliberazioni si permette ai soggetti con disturbi dello spettro autistico ed alle loro famiglie di non rivolgersi ad enti extraterritoriali, sostenendo totalmente i costi dell'intervento psico-educativo e facendo fronte alle difficoltà attraverso aiuti e sostegni nel territorio.

Ancora tanto si può e si deve fare nel campo dell'integrazione per garantire una qualità di vita migliore ed assicurare pari opportunità in tutte le aree di vita anche a soggetti con bisogni educativi speciali. Tuttavia, anche osservando il lungo percorso legislativo, possiamo affermare come siano stati molti gli obiettivi e le mete raggiunte.

### **1.3 AUTISMO : CLASSIFICAZIONE, DECORSO, DIAGNOSI, TERAPIE**

Ci si può soffermare ora sull'analisi di una tra le varie tipologie di diversabilità che necessitano di specifici ed individualizzati interventi: l'autismo.

L'autismo è per la comunità scientifica internazionale una forma di disabilità e disturbo pervasivo dello sviluppo che colpisce la funzionalità del soggetto e permane per tutta la vita.

Appare doveroso illustrare la "nascita" dell'autismo cominciando da coloro che scoprirono per primi questo disturbo: L. Kanner e H. Asperger. Attorno al 1943-1944 questi due autori pubblicarono descrizioni dettagliate di casi simili, proponendo dei tentativi teorici che spiegassero l'autismo. Il termine autismo, usato da Kanner e Asperger, viene ripreso dallo psichiatra Bleuer, che lo introdusse già nel 1911, per riferirsi al disturbo fondamentale della *schizofrenia* caratterizzato da un restringimento delle relazioni ed un allontanamento dal mondo sociale, concentrandosi su se stessi. A differenza di Bleuer, l'autismo osservato dagli altri due autori sembrava essere presente sin dall'inizio. Oggi riconosciamo una distinzione dell'autismo di Kanner rispetto a quello di Asperger; il primo infatti definisce l'autismo con le caratteristiche dell'estremo isolamento dagli altri, un buon rapporto con gli oggetti inanimati, estrema ripetizione e monotonia di qualsiasi prestazione, buone capacità di memoria meccanica e completa incapacità affettiva. Asperger evidenzia un disturbo dell'integrazione sociale, la mancanza di sguardo diretto, aree isolate di interesse, povertà di espressioni facciali, movimenti stereotipati, capacità eccellente di pensiero astratto, originali creazioni di parole, nessun ritardo cognitivo e nel linguaggio verbale. Rispetto a ciò che possiamo chiamare "autismo di Kanner", quello di Asperger è meno grave, più lieve.<sup>27</sup>

Il disturbo collocabile all'interno dello spettro autistico può essere inserito all'interno dell'ampia gamma delle disabilità/diversità.

Da uno studio del 1924, Wing e Gould hanno identificato tre tipi distinti di autismo denominati "riservato", "passivo" e "strano o bizzarro". Sebbene ciascuno di questi tipi di

---

<sup>27</sup> Cfr. U. Frith (2001). *L'autismo. Spiegazione di un enigma*, Laterza, Bari, pp. 12-14.

comportamento potesse rivelarsi nello stesso bambino in situazioni differenti, era comunque possibile caratterizzare un bambino particolare nei termini del suo comportamento predominante.

Il tipo “*riservato*” appare chiuso in se stesso, non risponde agli approcci sociali o a qualsiasi tipo di contatto con l’altro. Il bambino “*passivo*” accetta indifferentemente gli approcci sociali esterni, possiede un buon linguaggio, ha attacchi d’ira o di pianto se vengono mutate le routine quotidiane. Il bambino “*bizzarro*” adotta comportamenti inappropriati e spiacevoli, è spesso aggressivo.<sup>28</sup>

Oggi le definizioni e le classificazioni maggiormente condivise e utilizzate a livello internazionale, DSM IV (Diagnostic and statistical manual of mental disorders) ed ICD-10 (International classification of diseases), si basano principalmente sulla descrizione del comportamento tipico del disturbo autistico.

Queste classificazioni internazionali, sono sostanzialmente concordi nell’includere l’autismo tra i disturbi pervasivi e/o tra i disturbi da alterazione globale dello sviluppo, di fatto assegnandogli l’esclusiva, essendo le altre patologie del gruppo molto meno rilevanti dal punto di vista epidemiologico.

Per la diagnosi deve essere rilevata la presenza di deficit di:

1. comunicazione;
2. socializzazione;
3. immaginazione;

la cosiddetta triade di Wing(1985).

Il DSM IV evidenzia la centralità della compromissione qualitativa dell’interazione sociale (compromissione nell’uso di comportamenti non verbali come lo sguardo diretto, l’espressione mimica, i gesti), della comunicazione verbale (ritardo o totale mancanza di linguaggio parlato senza tentativi di trovare forme di comunicazione alternative), associate a comportamenti, interessi o attività ristretti, ripetitivi o stereotipati e ad un esordio antecedente i 3 anni.

Va detto che la diagnosi è già possibile dal secondo anno d’età e addirittura sintomi non ben definiti e sicuramente non patognomonic (mancato agganciamento dello sguardo, assenza di vezze e abilità) sono percepibili già intorno ai 18 mesi.

Fortemente evocativi anche in età precoci sono la mancanza di iniziativa, l’iperattività finalistica, le difficoltà alimentari, le reazioni anomale a stimoli sensoriali e la lallazione anomala.

Nell’ICD-10 vengono indicate anche alterazioni sonno/veglia, disturbi dell’alimentazione, fobie, aggressività, autolesionismo.

Nelle età più avanzate (fanciullezza, adolescenza o dopo) sembra esistano, nei soggetti con maggiori abilità prestazionali, aree di migliore capacità nei numeri, nella musica e nelle manifestazioni artistico-musicali, mentre esisterebbero aree di chiaro deficit per quanto attiene la memoria breve termine o la capacità di rispondere a domande non evocative.

---

<sup>28</sup> Ivi, pp. 75-76.

L'autistico gestisce sufficientemente il concreto e cade nel formale, nei test per il linguaggio ed intuizione ottiene punteggi modesti, mentre in capacità visuo-spaziali va decisamente meglio.<sup>29</sup>

Possiamo brevemente riepilogare le principali difficoltà riportate dal bambino colpito da autismo, analizzate attraverso le classificazioni internazionali DSM IV ed ICD-10, che permettono una diagnosi certa:

1. presenta difficoltà ad interagire con l'altro sviluppando le varie capacità intersoggettive come attenzione congiunta, imitazione, emozione congiunta, scambio di turni e motivazione sociale (ossia quella motivazione che stimola le esperienze intersoggettive che portano ad acquisire competenza sociali);
2. presenta difficoltà cognitive nel conoscere e comprendere gli stati mentali propri ed altrui e i loro rapporti con i comportamenti, cioè presenta un deficit nella "teoria della mente";
3. presenta difficoltà percettive e cognitive di costruire dalle stimolazioni esterne un "tutto" coerente e globale, essendo fortemente ancorato ai dettagli degli oggetti e delle situazioni che incontra;
4. presenta difficoltà a organizzare, pianificare e autoregolare i comportamenti, anche in modo flessibile e creativo, cioè ha difficoltà nelle funzioni esecutive;
5. presenta difficoltà a usare codici comunicativi verbali e non verbali (sia nella ricezione che nella produzione);
6. presenta difficoltà di gioco sociale e simbolico (far finta);
7. adotta comportamenti ripetitivi, stereotipati, ristretti e talvolta problematici.

È molto utile cercare di effettuare uno screening precoce dell'autismo osservando le aree di difficoltà ed i comportamenti "a rischio" poiché in tal modo si facilita una successiva diagnosi tempestiva e completa, anche attraverso una sensibilizzazione di operatori e famiglie; una diagnosi fatta al tempo giusto consentirà di attivare il prima possibile un percorso di abilitazione, riadattamento, riorganizzazione attiva e competente della famiglia, della scuola e del contesto.<sup>30</sup>

I principali strumenti utilizzati per una corretta diagnosi e valutazione sono vari; possiamo ricordare:

- CARS (Childhood Autism Rating Scale), usato a partire dai 2 anni; è una scala di valutazione del comportamento autistico che permette di esplorare, raccogliendo informazioni in vari contesti e da diverse fonti, 15 aree di comportamento (relazioni, imitazione, gioco, adattamento, responsività a stimoli visivi ed uditivi, ecc);
- ADI-R (Autism Diagnostic Interview-Revised), usata a partire dai 2 anni; consiste in un'intervista semistrutturata destinata ai genitori, basata su domande relative ai comportamenti appartenenti alla triade sintomatologica e al gioco, è accompagnata dall'ADOS;

---

<sup>29</sup> Cfr. G. Giaimis (2005). *Autismo: lo stato dell'arte*, in S. Guerra Lisi, G. Stefani, *Contatto, Comunicazione, Autismo*, FrancoAngeli, p. 119.

<sup>30</sup> Cfr. D. Ianes, M. Zappella (2009). *L'autismo. Aspetti clinici e interventi psicoeducativi*, Erikson, Trento, p. 36.

- ADOS (Autism Diagnostic Observation Schedule), usato dai 2 anni fino all'età adulta; è uno strumento complementare all'ADI-R, si basa sull'osservazione diretta e standardizzata del bambino ed è strutturato in moduli che esplorano il comportamento sociale in contesti naturali;
- ABC (Autism Behavior Checklist), usato a partire dai 18 mesi; è una scala di valutazione del comportamento che fa riferimento a 57 "comportamenti problema" divisi in 5 categorie (linguaggio, socializzazione, uso dell'oggetto, sensorialità e autonomia);
- GARS (Gillam Autism Rating Scale), usata dai 3 ai 21 anni; è una check list per i genitori basata sui criteri del DSM IV, quindi gli item sono raggruppati in aree che valutano lo sviluppo sociale, la comunicazione ed i comportamenti stereotipati; è un valido strumento per favorire la comunicazione con i genitori;
- PEP-3 (Psycho-Educational Profile terza edizione 2006); scala di valutazione che permette di ricavare indicazioni mirate all'ottenimento di un profilo di sviluppo dettagliato e alla pianificazione di un programma di intervento specifico ed individualizzato;
- VABS (Vineland Adaptive Behavior Scales), usata fino ai 18 anni; è ritenuta la migliore scala psicométrica che valuta il livello adattivo di un individuo. È somministrata da un operatore addestrato alla persona che conosce meglio l'individuo; il comportamento adattivo indagato riguarda le attività che un soggetto abitualmente deve compiere per essere sufficientemente autonomo, quindi valuta le performance tipiche, non le competenze. Le VABS sono organizzate in quattro scale di comunicazione, socializzazione, abilità di vita quotidiana e abilità motorie;
- KADI (Krug Asperger's Disorder Index), usato dai 6 ai 21 anni; è un test per la valutazione diagnosi della sindrome di Asperger, in modo tale da individuare o escludere questo possibile disturbo distinguendolo da altre forme di Autismo ad alto funzionamento. Composto da 32 item da somministrare a una persona che vive a stretto contatto con il soggetto.<sup>31</sup>

Successivamente alla diagnosi clinica, l'equipe sanitaria e riabilitativa, assieme a famiglia e scuola, dovranno comprendere in modo globale il funzionamento concreto e quotidiano del soggetto; si tratta, perciò, di effettuare una diagnosi funzionale, che indagli il comportamento dell'individuo nei contesti di vita, definendo punti di forza e debolezze, capacità, performance e fattori di facilitazione o barriere nell'ambiente.

Sintetizzando il decorso del disturbo autistico, possiamo osservare come spesso nel primo periodo di vita i genitori riferiscano uno sviluppo normale o una compromissione molto lieve del funzionamento del bambino; l'esordio del disturbo emerge, in ogni caso, prima dei 3 anni d'età; il decorso è continuo. Naturalmente molto dipende dal contesto ambientale in cui il soggetto vive; di norma difficilmente si raggiunge un'autonomia completa nella vita adulta, è rara anche una buona interazione sociale e frequente è il permanere di interessi ristretti.

---

<sup>31</sup> Cfr. D. Ianes, M. Zappella, op. cit., pp. 43-46.

I dati più recenti stimano attorno a 6 su 1000 la prevalenza del disturbo dello spettro autistico, più in generale. Osserviamo un progressivo aumento della prevalenza negli ultimi 30 anni dovuto anche alla maggiore conoscenza e consapevolezza del fenomeno, anche nei casi più lievi.

È marcata la differenza di prevalenza tra maschi e femmine il cui rapporto si aggira attorno a 4 a 1.

Occorre tener presente come l'autismo sia uno dei disturbi psichiatrici nei quali la componente genetica ha la massima importanza. Molti sono stati gli studi che hanno confermato tale ipotesi; per i gemelli omozigoti troviamo una concordanza compresa tra il 60 e il 92%, a differenza di gemelli eterozigoti in cui tale concordanza scende allo 0-10%.

Non si tratta di un singolo gene, ma di differenti combinazioni genetiche che coinvolgono più geni (causa poligenica) e determinano l'autismo.

Va anche notato che l'età paterna più elevata si associa a una maggiore frequenza di autismo nei figli: tre volte di più se il padre ha più di 40 anni e la madre più di 35. Esiste un rischio generale di avere un secondo figlio autistico che varia tra il 5 e il 10%. Il disturbo autistico è sostanzialmente dovuto a cause genetiche, l'unica evidenza che possa essere indotto per via relazionale riguarda situazioni di estrema deprivazione a esordio precocissimo, riferibili a bambini tenuti in istituto dalla nascita o poco dopo in un contesto di estrema carenza sia di rapporti umani che di cibo, luce, ecc.<sup>32</sup>

Varie sono le terapie utilizzate per migliorare l'autismo.

La prima è una terapia farmacologica: in tempi lontani veniva utilizzato l'aloiperidolo, antipsicotico classico che blocca i recettori D2 della dopamina, ma notevoli erano gli effetti collaterali neurologici di tipo extrapiramidale associati (discinesie, rigidità muscolare...). Oggi sono più utilizzati farmaci quali risperidone, olanzapina, aripiprazolo e clozapina, antipsicotici atipici con minori e più lievi effetti collaterali (aumento dell'appetito, del peso, della prolattina).

Attualmente le proposte sul fronte dell'autismo riguardano gli interventi psicoeducativi :

- ABA (Applied Behavior Analysis), un tipo di intervento intensivo proposto da Lovaas la cui base metodologica è il condizionamento operante, che prevede fino a 40 ore settimanali e l'uso di rinforzi positivi e negativi (uso di paring, prompting, shaping, fading);
- TEACCH (trattamento ed educazione di bambini con autismo e con handicap della comunicazione) è un programma ideato da uno psichiatra, Eric Schopler, che postula all'origine dell'autismo un handicap di tipo organico. L'insegnamento si basa su un'educazione strutturata cui prendono parte i genitori come co-terapisti, attraverso terapie integrate e individualizzate a seconda del soggetto, dell'area da migliorare ed all'interno di contesti differenti;<sup>33</sup>

---

<sup>32</sup> Ivi, pp. 26-29.

<sup>33</sup> Cfr. G. Bertelloni (2005). *Autismo: agenesia del desiderio?*, in S. Guerra Lisi, G. Stefani *Contatto, Comunicazione, Autismo*, op. cit., p. 170.

- CAA (Comunicazione Aumentativa Alternativa), è un tipo di tecnologia assistiva, costituita da qualsiasi strumento, dispositivo, immagine, parola, simbolo o gesto che ne compensa le difficoltà di comunicazione espressiva e recettiva.

Possiamo osservare una corrispondenza tra le caratteristiche della CAA e gli stili di apprendimento delle persone con autismo:

AUTISMO	CAA
-buon apprendimento visivo	- usa stimoli visivi (tecnologici e non)
-alto interesse per oggetti inanimati	-usa strumenti e dispositivi inanimati, tollerabili, piacevoli
-difficoltà con gli stimoli complessi	-è statica e prevedibile
-problemi a gestire la complessità delle interazioni sociali	-fornisce un'interfaccia tra partner di comunicazione
-stato emotivo comune è l'ansia	-gli interventi previsti non creano stress e pressione
-problemi di comportamento	-essendo un mezzo istantaneo di comunicazione, previene i comportamenti problema
-difficoltà di memoria	-è un mezzo che si basa più sul riconoscimento che sulla memoria

È da notare il fatto che gli ausili di CAA vengono spesso usati come componente standard delle buone pratiche nell'educazione speciale. In questi casi gli ausili sono meno individualizzati e parte integrante della struttura della classe o degli adattamenti generali dell'ambiente: agende visive, procedure di scambio, ecc;<sup>34</sup>

- Uta Frith osserva il versante cognitivo e nota come avere una *teoria della mente* significa essere capaci di pensare che gli altri hanno pensieri propri che possono essere diversi dai nostri e che noi possiamo prevedere e comprendere. Nell'autismo questa competenza è spesso deficitaria, per questo gli interventi si orientano verso lo sviluppo delle capacità deficitarie come il riconoscimento di emozioni, il gioco del far finta, comprendere credenze e false credenze;

- Greenspan, a metà tra la psicologia dello sviluppo e la teoria psicanalitica, propone il DIM (Development Intervention Model), l'intervento floortime (tempo passato sul pavimento, all'altezza del bambino) tendente a sviluppare uno *scambio emotivo*. È l'emozione al centro della riflessione; l'intera personalità emotiva e cognitiva si costruisce a partire dalle emozioni. Nei soggetti autistici sono i problemi fisiologici, per Greenspan, ad ostacolare le esperienze emotive necessarie allo sviluppo mentale e l'assenza delle esperienze emotive cruciali causa

---

<sup>34</sup> Ivi, p. 171.



l'insorgenza di sintomi autistici.<sup>35</sup> Lavorando intensamente con i genitori e i terapeuti si aiuta il bambino a ripercorrere le tappe evolutive non raggiunte;

- metodo AREC (Attivazione Emotiva con Reciprocità Corporea), un metodo che ha messo al centro dell'intervento terapeutico la reciprocità corporea, un metodo più divertente che cerca una sintonia emotiva come premessa di una collaborazione, anche attraverso giochi fisici (vola-vola, cavalluccio, solletico...);

- PRT (Pivotal Response Training), approccio che mira ad insegnare comportamenti fondamentali nell'ambiente di vita quotidiana, proposto da Koegel. Adatto soprattutto a bambini che tollerano la prossimità sociale, hanno interesse verso i giocattoli, hanno comportamenti comunicativi verbali (forme più lievi di autismo). Consente di raggiungere una maggiore spontaneità e motivazione, maggior linguaggio ed abilità, minori comportamenti problema;

- Denver Model di Rogers; programma di intervento rivolto a bambini con autismo in età prescolare. Mira a potenziare le abilità di interazione sociale (area di deficit nell'autismo). Nell'intervento si creano routine sociali che sviluppano reciprocità, alternanza di turni, coinvolgimento. Similmente al metodo ABA, usa tecniche di shaping, chaining, prompting, fading e correzione di errori, rafforzando i tentativi corretti;

- TED (Thérapie d'Echange et de Développement), programma che si pone l'obiettivo di potenziare le abilità di socializzazione primaria e secondaria come l'uso del contatto oculare, dell'attenzione e dell'emozione congiunta, attraverso il gioco e lo scambio con l'operatore in un ambiente tranquillo e rassicurante con precise sequenze temporali delle attività.<sup>36</sup>

Tra le numerose proposte terapeutiche troviamo anche la *danza-movimento-terapia*, terapia che può essere affiancata alle altre, fungendo da ulteriore supporto, che cerca di sollecitare attraverso attività motivanti e significative una maggiore consapevolezza di sé, del proprio corpo, delle potenzialità comunicative ed espressive che possediamo e possiamo sviluppare ed utilizzare in modo indipendente ed autonomo.

Concludendo, possiamo affermare che nell'autismo ci si deve confrontare con una condizione esistenziale non abituale che sconcerta e talora irrita, ma che proprio per questo deve stimolare uno sforzo atto ad ampliare reciprocamente l'orizzonte conoscitivo ed esperienziale che si apre nel confronto con un soggetto autistico.

Come afferma Volterra: «Forse il silenzio del soggetto può esprimere la non-esistenza, la sensazione di non aversi e non esserci, la presenza di un'assenza, un automatismo da non modificare come una posizione fissa o un'attitudine. Di fronte a questo vuoto ci si sente senza idee e appigli; il silenzio però offre una chiave di lettura attraverso il corpo facendo ipotizzare gli scambi che avvengono nell'unità madre-bambino, il processo di individuazione-separazione. Anche la gestualità può essere compromessa da aspetti (automatismi, stereotipie, posture anomale) che formano un disturbo di fondo e determinano imprevedibilità e incomprendibilità».

---

<sup>35</sup> Cfr. J. M. Cafiero (2009). *Comunicazione aumentativa e alternativa...*, op. cit., p. 40.

<sup>36</sup> Cfr. D. Ianes, M. Zappella, op. cit., pp. 101-103.

Il terapeuta deve comunque *ascoltare* la persona autistica, fino ad organizzare frammenti di pensiero da distanziare nel flusso indifferenziato della vita sensoria ed emotiva del soggetto.<sup>37</sup> È certo, infatti, che il soggetto autistico ascolta e comprende, pur non riuscendo, spesso, a comunicare in un modo comunemente ritenuto “normale”; possiamo evidenziare questo leggendo una poesia scritta da un ragazzo con autismo all’interno del libro “*Io sento anche se non parlo*”:

*Dico stop a regole e leggi inutili per me ed altra gente, levo le mie urla acute verso il cielo, stridono, ma mia voce voglio che si oda.*

*Dovete ascoltare mie urla, date loro giusto significar.*

*Ben son chiaro e dal tono si comprende significato, mio umore.*

*Se acuto e simile a fischio, sono sereno e felice.*

*Se civettoso e a tratti muto, sono agitato.*

*Se simil pianto, sono stufo.*

*Come non capite i miei gesti?*

*Se mi nascondo dietro angoli, è per meglio ascoltare voci fastidiose.*

*Se mi metto amorevolmente cuscini in testa, proteggero le mie emozioni*

*Se molti cinque do, è per sentirmi partecipe.*

*Se vado sotto le coperte, mi sento protetto.*

*Bene vi parlo e sopportate i miei bizzarri gesti come io faccio con voi,*

*quando soffocate con troppe parole,*

*quando fingete che io non ci sono e parlate di me. Io sento anche se non parlo.*

*Ike Hasbani (2008)*

---

<sup>37</sup> Cfr. V. Volterra, *Oltre lo strato roccioso dell'autismo povero*, in S. Guerra Lisi, G. Stefani, op. cit., pp. 136-137.

### 2.1 ORIGINE E SVILUPPO DELLA DANZATERAPIA

Tra i vari e numerosi interventi terapeutici inerenti alla promozione delle capacità specifiche di soggetti con bisogni educativi speciali, la danza-terapia di supporto alle tradizionali psicoterapie e/o terapie farmacologiche, ha avuto un recente e rapido sviluppo, anche se è ancora poco conosciuta.

È possibile notare come tutti gli organismi viventi manifestino almeno una volta nella loro vita, comportamenti che potrebbero essere definiti come “danza”. Gli esseri umani non fanno eccezione. Nella nostra vita, compiamo continuamente degli atti ripetitivi e ritmici che un osservatore esterno può suddividere in temi o sequenze di movimento.

Ognuno di noi ha dentro di sé un ballerino; lavarsi la faccia, cuocere il pane, giocare sono tutte azioni che possono essere considerate come pezzi di una coreografia. È importante riconoscere il fatto che la danza ed il movimento svolgono molte funzioni importanti.

Per tutti noi il corpo è uno strumento di espressione e nell’infanzia è proprio attraverso il movimento del corpo che iniziamo a costruirci un’immagine del nostro mondo. Con lo sviluppo, esploriamo le nostre capacità e iniziamo a scoprire ciò che il nostro corpo può fare, conosciamo la nostra struttura fisica e sviluppiamo un’immagine corporea.

Molto importante è il rapporto che si crea tra danza/movimento ed emozioni; di norma le nostre azioni, i movimenti e le reazioni che provocano, riflettono il nostro stato emotivo interiore. I nostri gesti e la postura esprimono, ancor meglio e prima delle parole, come ci sentiamo nelle varie circostanze, esternano il testo nascosto che si cela sotto le parole.

La danza può essere vista come lo specchio dell’anima, come la madre di tutti i linguaggi, poiché il movimento supera ogni barriera linguistica e parla attraverso un livello emozionale.

La danza è essenzialmente un modo di esprimere le emozioni attraverso il movimento; tutti noi in ogni momento abbiamo almeno una danza dentro di noi. In particolare, le persone disabili hanno un grande bisogno di esternare la loro danza, per ragioni fisiologiche o emozionali; eppure, generalmente, proprio a queste persone viene negata l’opportunità di esplorare questa possibilità di espressione alternativa.

Per i disabili, l’esperienza della danza può essere oltremodo preziosa, ad esempio può essere utilizzata per far esprimere creativamente chi è particolarmente chiuso in sé, per dare alla persona con paralisi cerebrale la possibilità di controllare maggiormente gli spasmi, ecc.; perciò, è necessario che chi utilizza la danza nell’educazione speciale, riabilitazione o assistenza sanitaria conosca i benefici di questa attività sul controllo motorio, grossolano e fine, sul funzionamento neurologico, sulla stimolazione della circolazione, sull’espressione delle emozioni.

I benefici ottenibili, però, non sono facili da raggiungere e hanno bisogno di un tempo più ampio; è necessario far sì che gli utenti si divertano e provino un senso di riuscita personale, di soddisfazione.<sup>38</sup>

Ciò che accade, però, nel corso dello sviluppo di ciascuno e soprattutto all'interno delle nostre società sempre più frenetiche e industrializzate è di non dare più peso al nostro corpo, alle tensioni e alla possibile espressione e liberazione di queste attraverso l'espressione corporea.

Come afferma Maria Fux: «Quando siamo bambini abbiamo bisogno di muoverci, perché muovendoci esprimiamo la nostra voglia di ridere, di piangere o di giocare. Mentre cresciamo, il nostro corpo, per i tabù di una civilizzazione che corrompe il nostro bisogno d'espressione, perde sempre di più il desiderio di mobilità. Come conseguenza dobbiamo ricorrere a “esperienze per migliorare il fisico” in palestre, dove inconsciamente scarichiamo la nostra tensione per i tanti ‘no’ imposti. Ma quanto sarebbe meraviglioso se sapessimo comunicare con il corpo, stimolati dal desiderio di esprimerci attraverso la musica, o senza questa, facendo del corpo uno strumento di comunicazione tra quello che vogliamo fare, tra quello che possiamo fare e tra quello che scarichiamo per poterci esprimere».<sup>39</sup>

Infatti il movimento e la danza come mezzi di espressione sono presenti da sempre.

La danza è un fenomeno universale. Tanto nella storia dell'umanità, quanto in quella dell'individuo, è attraverso il corpo, i gesti, le danze rituali che l'essere umano comincia a conoscere se stesso e l'ambiente di cui fa parte. Nell'antichità gli esseri umani esprimevano i loro più profondi bisogni attraverso l'esecuzione di danze che creavano unità e condivisione nei momenti significativi della vita sociale; servivano, ad esempio, a celebrare le nascite, i matrimoni, i raccolti, le guerre. Mediante il movimento ritmico del corpo venivano soddisfatte esigenze istintive e spirituali e venivano condivise intense esperienze emotive.

La danza era anche una forma di preghiera; molte erano le danze di guarigione grazie alle quali le malattie venivano curate e le emozioni trasformate.

Nel tempo (soprattutto nella cultura occidentale) la danza ha perso la sua originale connotazione, da un lato a causa delle ortodossie religiose che l'hanno messa al bando, dall'altro lato perché è diventata sempre più una forma di espressione artistica volta al raggiungimento di un ideale estetico.

In seguito, però, grazie all'emergere della danza moderna, Isadora Duncan e Mary Wigman, Laban e molti altri posero l'accento sull'impulso creativo della spinta interiore. Fu proprio grazie alla danza moderna e dal suo incontro con le teorie psicoanalitiche che ebbero inizio i primi studi pionieristici sulla danza-terapia negli anni Quaranta.<sup>40</sup>

Il Gulbenkian Dance Report (1980) definì la danza come «parte della storia del movimento umano, parte della storia della cultura umana e parte della comunicazione umana».

---

<sup>38</sup> Cfr. B. Warren, R. Coaten, *La danza e l'attività motoria*, in B. Warren (1995). *Arteterapia in educazione e riabilitazione*, Erickson, Trento, pp. 67-70.

<sup>39</sup> M. Fux (1996). *Frammenti di vita nella danzaterapia*, Pixel, Milano, p. 44.

<sup>40</sup> Cfr. A. Adorisio, M. Garcia (2008). *DanzaMovimentoTerapia. Modelli e pratiche nell'esperienza italiana*, Edizioni Magi, Roma, pp. 15-16.

Attraverso la danza si può liberare la tensione e favorire l'espressione di sé e il rilassamento; nella nostra società dove il lavoro intellettuale prevale su quello manuale, l'energia vitale viene spesso repressa per cui nasce il bisogno generale di uno sfogo fisico. Danza e movimento sono un mezzo attivo, corporeo, espressivo e comunicativo attraverso cui disperdere l'adrenalina e le eventuali aggressività, rigidità o apatia possono essere trasformate in un atteggiamento socialmente accettabile.<sup>41</sup>

È proprio nel momento in cui si rende evidente il fatto che la danza aiuta a stare bene che essa inizia ad essere considerata come una possibile terapia.

Quando parliamo di "danzamovimentoterapia", ci riferiamo ad una metodologia ben precisa, specifica, che tende all'integrazione fisica, emotiva, relazionale e vuole promuovere una maturità affettiva e psicosociale. L'obiettivo è la possibile evoluzione dell'individuo attraverso il processo creativo della danza. Chi pratica danzaterapia deve conoscere il linguaggio corporeo, della danza, del movimento e le conseguenti implicazioni su vari campi (emotivo, psicologico), applicando interventi differenziati e che colgano i reali bisogni della persona diversabile, ma anche normodotata.

La specificità della danzaterapia (o danzamovimentoterapia) si riferisce al linguaggio del movimento corporeo e della danza, che, uniti al processo creativo, diventano le principali modalità di valutazione e di intervento all'interno di processi interpersonali finalizzati alla positiva evoluzione dell'essere umano.

Il filo comune a tutti i lavori di Danzamovimentoterapia è la fiducia nella possibilità di recuperare una migliore integrazione di corpo e psiche, quale fonte primaria di conoscenza. È comune anche la centralità assegnata al corpo e al suo movimento espressivo-creativo come veicolo per la costruzione della relazione e del processo terapeutico.

La definizione di danzamovimento-terapia riportata dall'American Dance Therapy Association (1999) è: «l'uso psicoterapeutico del movimento come un processo che favorisce l'emotività, la cognizione e l'integrazione fisica dell'individuo». La danzamovimentoterapia porta effettivi cambiamenti nei sentimenti, nella cognizione, nella funzionalità fisica, e nel comportamento.

È un mezzo intimo e potente per la terapia, basato sul presupposto che corpo e mente siano correlati.<sup>42</sup>

Ricercando la nascita della DT, vediamo come abbia un debito di gratitudine nei confronti dei pazienti psichiatrici, gli schizofrenici, primi destinatari delle sue iniziali sperimentazioni e inseparabili compagni di strada del suo sviluppo come disciplina autonoma. Alla psichiatria, per converso, la danzaterapia offre la possibilità di rimettere in gioco una corporeità storicamente imprigionata (dalla camicia di forza, dalle mura manicomiali, dalle catene ideologiche di una psicopatologia che del discorso sul corpo ha fatto uno dei punti di forza).

---

<sup>41</sup> Cfr. H. Payne (1997). *Danzaterapia e movimento creativo*, Erickson, Trento, p. 13.

<sup>42</sup> E. H. Boxhill (1985). *Music therapy for the developmentally disabled*, Pro-Ed, Austin, Texas, p. 95.

Il corpo della DT non è soltanto, né soprattutto, un corpo osservato, interpretato descritto, educato. Non è un corpo-oggetto ma un corpo vivente, attivo, intersoggettivo, un corpo danzante.

Il rischio maggiore che la DT mutua dalla sua matrice psichiatrica è quello di impantanarsi nella “riabilitazione”. La “normalizzazione riabilitativa” è la prigione della danza terapia, tradendo la sua vocazione di cura, l’anima di partecipazione sociale, la passione per la libertà. Il corpo non è un’utopia. Il corpo è un dato, la dote fondamentale che riceviamo venendo al mondo.

Se la “cura” è la danza siamo tutti in ballo; c’è di mezzo un corpo tra corpi: un corpo sociale. La Danzaterapia non deve essere considerata come un innocuo passatempo, una ginnastica; il corpo che danza è l’immagine spesso incoerente, a volte ribelle, di un soggetto che attraversa l’avventura del cambiamento.<sup>43</sup>

Possiamo osservare l’evoluzione della danza come terapia, prendendo in considerazione le personalità cruciali che hanno dato avvio e sviluppo a questa disciplina terapeutica.

Marian Chace ha concretamente inventato la danza terapia. Diede un impulso decisivo alla costituzione dell’Adta (American Dance Therapy Association, 1966), la prima seria organizzazione professionale della disciplina.

Danzatrice professionista e performer eccellente, negli anni Trenta aprì il suo “atelier” a dei piccoli allievi offrendo la possibilità di poter esprimere il loro mondo affettivo-emozionale; alcuni di questi allievi che presentavano disarmonie evolutive trassero notevole beneficio dalle sue lezioni.

Dati gli inaspettati successi di tali lezioni, nel 1942 Chace fu introdotta al St. Elizabeth’s Mental Hospital di Washington ed il mondo della danzaterapia fu aperto al disturbo mentale (schizofrenia, depressione, isteria..).

La danzaterapia nacque sotto una solida egida istituzionale e all’insegna del team-work, dell’incontro di personalità diversificate nel gruppo di lavoro.

Chace operava non solo per integrare la terapia psichiatrica, ma anche con programmi di terapia di gruppo che prevedevano lo psicodramma e l’arte terapia.

Scopo principale della danzaterapia è reintegrare gli individui nel gruppo e favorirne la partecipazione al processo di gruppo. La formazione dell’immagine corporea, per Chace, è primariamente una creazione sociale. Il processo di sviluppo e crescita è relazionale, si tratta di un corpo tra altri corpi.

Successivamente Hens Duplan intraprese un percorso antropologico con l’Expression Primitive che conduce il soggetto alla ricerca in sé e attraverso il gruppo.

Espressione per Duplan significa “emergere dal caos”, primitiva significa “originale, fondamentale”. L’Expression Primitive è, quindi, appoggiarsi sul primo rilievo della vita, il corpo, nutrirsi ed esprimersi dal minimo necessario al massimo delle possibilità.

---

<sup>43</sup> Cfr. V. Bellia, R. Leonardi (2007). *Saccheggiano la storia della danza terapia*, in V. Bellia, *Se la cura è la danza. La metodologia espressivo-relazionale nella danza terapia*, Franco Angeli, Milano, pp. 23-26.

La pulsazione per Duplan è la più semplice espressione della vita, obbedisce alla legge ternaria: appare, vive, scompare. Utilizza gli esercizi di riscaldamento, l'adattamento al ritmo, i materiali espressivi e la percussione come strumenti per l'Expression Primitive.<sup>44</sup>

Il percorso di ricerca dell'Expression Primitive, come esprime Bellia «porta nell'universo simbolico e comunicativo potenzialità originarie, paradigmatiche e trasformative del corpo».<sup>45</sup>

Sulla scia di Duplan, Schott-Billman ha sviluppato una pratica della danzaterapia incentrata sui gesti ritmati. La DT è utile per una ricostruzione del simbolico e usa come elementi terapeutici il gruppo, il ritmo, il rapporto con la terra, la voce, i gesti, la trance.

Schott-Billman stigmatizza l'isolamento, propone una relazione di unione tra individuo e gruppo. La danza ha la funzione principale di promuovere e rinnovare il senso di appartenenza alla comunità.

È necessario sottolineare come la danza-movimento-terapia sia nata dal travaglio della danza moderna. La danza accademica, il balletto, si sono sviluppati in una cornice individualistica, solitaria, in rapporto con un'ideale di bellezza astratta irraggiungibile.

La danza come terapia si è sviluppata dall'uso del "ballo" con gruppi che avevano particolari necessità.

Il movimento è l'elemento principale e nella DT, non ci sono motivi di tipo estetico in quanto viene intesa in termini psicologici, sociologici e storici. Il principio di base della danzaterapia è che vi è un forte legame tra azione ed emozione, per cui il ruolo del terapeuta è quello di osservare gli utenti e aiutarli ad autorealizzarsi, migliorando il loro rapporto con la sfera psicoemotiva.

La danza come rappresentazione e spettacolo e la danza creativa possono avere aspetti psicoterapeutici, ma in realtà non costituiscono un vero trattamento non avendo come obiettivo l'integrazione dell'esperienza del soggetto; questa è invece la base della danzaterapia in cui le abilità tecniche, la scioltezza dei movimenti e l'aspetto coreografico non costituiscono lo scopo principale degli esercizi. La danza e il movimento stimolano sentimenti e sensazioni nell'espressione del corpo, acquisendo sempre più consapevolezza di sé.

Proprio su queste basi, alcuni grandi artisti all'inizio del secolo scorso, si sono opposti al rigido tecnicismo della danza classica, ricercando un movimento più libero, che permettesse di esprimere il mondo interiore.

Grazie a danzatori come Wigman, Graham, Laban la danza viene vista come una possibile e reale terapia, cura riabilitativa.

Rudolf Laban (1879-1958), ad esempio, è stata una figura significativa nello sviluppo della danza e del movimento creativo nel Regno Unito. Il suo contributo fu quello della categorizzazione del movimento. Il suo pensiero racchiuso in un primo articolo del 1949, che vede come la danza possa essere usata nell'ambito di vari trattamenti e terapie, viene poi ripreso e seguito da molti suoi allievi (Gardner, Wethered, North..).

---

<sup>44</sup> Cfr. V. Bellia, R. Leonardi (2007). *Saccheggiano la storia della danza terapia*, in V. Bellia, *Se la cura è la danza...*, op. cit., pp. 30-34.

<sup>45</sup> V. Bellia (1995). *Danzare le origini. Expression Primitive, oltre la danzaterapia*, CUECM, Catania, p. 18.

L'approccio di Laban intende la danza come creativa, in cui i movimenti si autogenerano e sono strettamente legati gli uni agli altri, formando una danza. I vari tipi di movimento sono usati dal terapeuta in modo mirato; nella danzaterapia si enfatizzano la qualità dei movimenti e le relazioni tra le persone durante questi movimenti. I movimenti spontanei, che l'individuo sceglie di usare, rivelano la vera essenza di un sentimento. Si comincia a lavorare sulla coordinazione di alcune parti del corpo, acquisendo così una maggiore consapevolezza, un maggior controllo e un'accettazione di quelli che sono i propri limiti.

Laban si è concentrato sui seguenti aspetti del movimento: il corpo, ovvero che cosa muoviamo, lo sforzo, ovvero come ci muoviamo, lo spazio, cioè dove ci muoviamo, e le relazioni, ovvero con che cosa o con chi ci muoviamo. Osservando queste categorie ci rendiamo conto di quanti modi di muoversi ci sono, di quali possono essere i punti di forza e debolezza di ciascuno, le abitudini e le preferenze.

Laban ha considerato il movimento come parte integrante del comportamento.<sup>46</sup>

Dalla categorizzazione del movimento introdotta da Laban, è stato creato un vero e proprio sistema di esplorazione, osservazione e codificazione del movimento nelle sue forme e qualità: il Laban Movement Analysis.

Questo strumento serve nella terapia a leggere e comprendere le coreografie della relazione e fornisce tecniche appropriate per l'intervento. Ciò favorisce anche l'espressione e la modulazione delle emozioni, il divenirne consapevoli e il comprenderle a livello cognitivo. Sviluppa la consapevolezza dei gesti, delle posture, degli spostamenti nello spazio, delle forme corporee, delle attitudini nei confronti dello spazio, del peso, dei ritmi, degli accenti. Tale studio fa sì che si apprenda a modellare e modulare l'espressione del proprio corpo. Così si può accedere alle memorie che in esso abitano, si trovano toni, colori, significati relativi al modo di esprimersi, se ne comprende la forma, l'organizzazione, i modelli e gli schemi motori, il fluire delle emozioni, i blocchi, i silenzi. Tutto diventa parte di un vocabolario che sempre più si amplia e che permette di entrare in contatto profondo prima con se stessi e poi con l'altro e di ascoltare i messaggi del corpo che si muove o rimane immobile.<sup>47</sup>

Tra i vari importanti danzaterapeuti troviamo Trudy Schoop, che giunse a codificare una strategia di intervento nel Camarillo State Hospital: lavorava con gruppi composti da un numero limitato di pazienti, preferibilmente con la stessa patologia, puntando sul recupero e sulla reintegrazione della percezione del sé, attraverso semplici movimenti (strisciare, saltare, raggomitolarsi).

È stata una delle prime esperte della danzaterapia in California. Il movimento, per la Schoop, viene considerato al centro del nostro sviluppo e ha una profonda influenza sull'apprendimento del linguaggio, del comportamento socialmente accettabile e delle abilità cognitive. Il movimento è funzionale e si lega all'emozione, all'espressione dell'individuo.<sup>48</sup>

---

<sup>46</sup> Cfr. H. Payne, op.cit. , pp. 14-16.

<sup>47</sup> Cfr. R. M. Govoni, *Emozione-espressione-cura. Movimento e danza: modalità espressive nel processo psicoterapeutico*, in P. E. Ricci Bitti (1998). *Regolazione delle emozioni e arti-terapie*, Carocci, Roma, p. 125.

<sup>48</sup> Cfr. H. Payne, op.cit. , pp. 34-35.



La postura del corpo, le smorfie facciali, la forza di una stretta di mano e altri movimenti tipici della comunicazione sociale hanno molte cose in comune con la danza creativa. Fra le assunzioni fondamentali c'è quella secondo cui la danza di questo tipo provochi un effetto corrispondente a livello mentale.

Trudy Schoop scrisse: «Non credo sia sbagliato affermare che la mente e il corpo interagiscono, in quanto entrambi possono provocarci malessere. Quando c'è un cambiamento nell'atteggiamento mentale, ci dovrebbe essere un cambiamento corrispondente a livello fisico. E quando la danzaterapia porta un cambiamento nel corpo ci dovrebbe essere un cambiamento corrispondente a livello mentale. L'approccio della terapia verbale avviene attraverso la sequenza mente-corpo, l'approccio della danzaterapia avviene attraverso la sequenza corpo-mente».<sup>49</sup>

Ancora, Mary Starks Whitehouse propose il “Movimento Autentico”, una disciplina che sviluppa i concetti fondamentali per la DT quali, empatia cinestesica e controtransfert somatico. Questa metodologia prevede il movimento ad occhi chiusi, seguendo un flusso motorio emozionale, sotto lo sguardo di un testimone. Porta una maggiore consapevolezza interiore.

Con il termine “Autentico”, Starks Whitehouse, voleva intendere un movimento inaspettato, sconosciuto, un impulso che proviene dalle profondità dell'inconscio; questo termine deriva dal greco “authentēs” che vuol dire “fatto da sé”, qualcosa di unico, profondo ed originale.

Il movimento autentico permette di esplorare la relazione tra coscienza ed inconscio attraverso l'espressione autodiretta del corpo in movimento, in presenza di un testimone.

A differenza della danzamovimentoterapia in questo caso il terapeuta-osservatore non interviene, suggerisce o stimola; questo metodo non può essere applicato con pazienti psicotici o gravemente disturbati che richiedono interventi più strutturati e guidati da parte del terapeuta al fine di rafforzare l'esame di realtà, consolidare i confini dell'io, allargare le potenzialità espressive e stimolare la capacità di relazione.

Possiamo comunque ritenere il Movimento Autentico come una ulteriore opportunità per accedere all'inconscio e, sebbene l'espressione delle emozioni sia un tratto individuale e diverso per ciascuno, in generale ogni emozione ha una propria manifestazione fisica e motoria.

Come diceva Jung: «Le emozioni sono profondamente radicate nella materia concreta del corpo».<sup>50</sup>

Infine, uno dei metodi più diffusi è quello di Maria Fux, coreografa e danzatrice professionista argentina, che ha dedicato la vita al recupero psicofisico attraverso il movimento creativo in diverse situazioni di handicap.

---

<sup>49</sup> T. Schoop, P. Mitchell (1974), *Won't you join the dance: A dancer's essay into the treatment of psychosis*, National Press Books, Palo Alto (California), p. 45.

<sup>50</sup> Cfr. A. Adorisio, M. Garcia, op. cit., pp. 50-52.

Il suo percorso verso la danza come forma che dà gioia, che dà sollievo, che aiuta ad esprimere ed esprimersi, come danza che cura, è nato a poco a poco, sviluppandosi di pari passo alla sua vita artistica.

La sua danza da essere un movimento tecnico e rigido, da essere affrontata come una professione diventa, grazie alle esperienze (forte depressione che ha caratterizzato un lungo anno della sua vita) ed agli spettacoli portati in tutto il mondo per un pubblico sempre diverso ed eterogeneo, una attività unificante e terapeutica attraverso cui poter esprimere concetti e parole inesprimibili a parole.

Questo metodo consente di conoscere meglio se stessi ed entrare in relazione con gli altri. È valido per ogni età, per bambini che hanno difficoltà ad esprimersi, per adolescenti che faticano ad armonizzarsi con il loro corpo in crescita, per adulti ed anziani. Prevede lezioni applicate su soggetti con problemi sensoriali (non vedenti, non udenti), con sindrome di Down, con disagi psicologici di varia natura, con scopi riabilitativi e terapeutici.

Il lavoro di formazione di Maria Fux, praticato da oltre quarant'anni, ha attraversato l'Argentina, il Brasile, Cuba, Colombia, Guatemala, Stati Uniti, Inghilterra, Francia ed Italia. Quello che Maria Fux sottolinea più volte è che lei non insegna, ma cerca di essere un ponte di comunicazione attraverso la sua esperienza; non giudica, non dice ciò che è giusto o sbagliato. Lei, come artista, cerca di accostarsi in modo vivo, con professionalità per trasmettere e condividere la sua esperienza.

Ha sperimentato la danzaterapia con i non udenti, comunicando con loro attraverso l'espressività del movimento, facendo capir loro i vari ritmi, ballando anche nel silenzio. Numerose sono le esperienze di vita riportate nei suoi scritti, "Formazione alla danzaterapia di Maria Fux", "Frammenti di vita nella danza terapia", che offrono la possibilità di comprendere la forza comunicativa del movimento, della danza anche nelle situazioni più difficili ed impegnative.

La Fux crede nell'integrazione delle persone disabili e nella possibilità che hanno di capire e captare le possibilità che possono svilupparsi in loro; attraverso il movimento è verosimile esprimere la tremenda necessità di comunicazione che si ha quando questa non si può realizzare mediante il linguaggio

Maria Fux afferma: «Per spiegare meglio la mia metodologia, posso dire che tengo gli incontri due volte alla settimana con gli adulti ed una volta alla settimana con i bambini. Sono gruppi eterogenei ed aperti [...], sono gruppi da 20 a 30 persone. Io sollecito il gruppo con parole o movimenti esplicativi, e la musica avvolgente serve da supporto, da appoggio all'idea creatrice»<sup>51</sup>, e ancora: «Io danzo sempre per i miei allievi e la nostra comunicazione si stabilizza in un piano di uguaglianza perché tutto è portato a stimolarli per far sì che si esprimano senza timori. Se insegnassi solo in forma meccanica o di esposizione, non si muoverebbero mai perché non ne sentirebbero la necessità»<sup>52</sup>.

Il cammino della danza è verità; il corpo non inganna quando si esprime.

---

<sup>51</sup> Cfr. M. Fux (1991., *Formazione alla danzaterapia di Maria Fux*, Odòs, Milano, pp. 32-33.

<sup>52</sup> Ivi, p. 62.

Attraverso questa panoramica delle principali figure alle quali la danzaterapia fa riferimento, possiamo comprendere l'evoluzione della danza stessa che, dall'essere considerata unicamente come "balletto", individuale, tipicamente classico con regole e leggi stabili, che mira ad una bellezza estetica, diventa una possibile forma di terapia, orientata all'espressione dei sentimenti e delle emozioni, volta alla maggiore consapevolezza di sé ed alla integrazione del singolo all'interno di un gruppo, diretta allo sviluppo delle capacità di comunicazione interpersonale.

## **2.2 L'IMPORTANZA DELLA COMUNICAZIONE CORPOREA NON VERBALE NELLE SESSIONI DI DANZATERAPIA**

L'Arteterapia/uso delle arti (pittura, scultura, danza, musica, teatro e così via) e di altri processi creativi per promuovere la salute e favorire il benessere, come già detto precedentemente, è cresciuto molto in un tempo relativamente breve e si è sviluppato in seguito ai successi che alcuni specialisti in attività creative hanno ottenuto lavorando nell'ambito dell'assistenza sanitaria, della riabilitazione e dell'educazione speciale.

Molti di questi successi inizialmente erano inaspettati, non programmati e, talvolta, inspiegabili. Ciò che attraverso le arti-terapie si cerca di fare è affermare se stessi e rendere possibile la comunicazione con gli altri.

Tutti hanno il diritto di produrre il proprio esclusivo segno creativo, un'impronta che nessun altro potrebbe creare.

L'arte non è una medicina da prendere tre volte al giorno dopo i pasti, ma può tuttavia nutrire lo spirito, motivare una persona a voler migliorare, crescere e guarire e, in certi casi, determinare anche mutamenti fisiologici nell'organismo. A volte può portare persone prima considerate incapaci, disabili o catatoniche a parlare, a muoversi liberamente e a diventare membri attivi della società; tuttavia, occorre ricordare che le arti non sono un rimedio universale a tutte le patologie.

Tutto ciò che occorre per sviluppare una forma d'arte, una forma creativa è la disponibilità (di materiali, insegnanti, operatori), la conoscenza (delle varie tecniche e teorie) e l'applicazione di questa conoscenza alla forma d'arte che meglio permette all'individuo di esprimersi, una forma che gli permetta di essere creativo.

L'operatore è di fondamentale importanza: è un sostegno per il progresso dei vari soggetti, determina il clima delle sedute, fornisce istruzioni, sceglie il materiale. Egli deve, in primis, conoscere se stesso per aiutare ed avere fiducia dal gruppo, deve conoscere bene il mezzo creativo che adopera e conoscere tutti i membri che compongono il gruppo per scegliere attività adatte alle esigenze ed alle abilità specifiche di ciascuno.

È necessario avere molta pazienza e far sì che tutti comprendano ed utilizzino pian piano il linguaggio del mezzo creativo usato, la sua struttura e le sue forme di espressione.<sup>53</sup>

---

<sup>53</sup> Cfr. B. Warren (1995). *Arteterapia in educazione e riabilitazione*, Erickson, Trento, pp. 10-14.

Nella danzamovimentoterapia si utilizzano la musica e il ballo. Basata sul principio olistico dell'unità bio-psico-spirituale dell'uomo, ha nella fisicità il suo elemento fondamentale: il corpo immagazzina sensazioni e memorie, che la danza terapia aiuta a riconoscere e portare alla luce. Accrescere il vocabolario corporeo serve quindi ad accedere a nuove dimensioni della coscienza di sé, oltre a sviluppare una propensione alla comunicazione.

La danzamovimentoterapia si definisce come una psicoterapia che usa il movimento come mezzo espressivo e comunicativo, come un processo che facilita l'integrazione psicofisica dell'individuo.

Il linguaggio poetico della danza, del corpo, può essere utile per approfondire l'esperienza, l'esplorazione e l'espressione di stati emotivi profondi.

La relazione tra movimento ed emozione viene vista come veicolo attraverso il quale l'individuo può impegnarsi in un processo d'integrazione all'interno di un rapporto significativo di alleanza terapeutica. La danza, vista come *arte del linguaggio corporeo* può rispondere ai diversi bisogni dell'essere umano, tra cui quello espressivo, quindi può essere molto utile come terapia.<sup>54</sup>

In particolare, soffermandoci su persone che necessitano di bisogni educativi speciali, che, per svariati motivi, hanno difficoltà nel ricevere ed elaborare informazioni essenziali riguardo se stesse, notiamo come la loro interazione con l'ambiente sia limitata e l'immagine che sviluppano del proprio corpo possa essere distorta.

Per rompere questo circolo vizioso si deve mirare a rafforzare la consapevolezza del proprio corpo in un ambiente rassicurante in cui l'attenzione dell'allievo venga sollecitata, mantenuta e diretta con attività motivanti e significative.

Molti dati mostrano come la musica e la danza siano mezzi stimolanti ed efficaci per suscitare e attrarre l'attenzione e possono quindi fornire una solida base per il processo d'apprendimento.

Nei programmi di danza/musicoterapia ogni movimento è accompagnato da un motivo musicale che diviene un segnale distintivo di ogni attività incoraggiando così la partecipazione e favorendo la comprensione di alcuni segni linguistici correlati.

Questa esperienza aiuterà l'allievo a dipendere sempre meno dall'aiuto fisico esterno e ad usare il proprio corpo in modo consapevole, misurato ed indipendente.

Concentrandoci su persone con tratti autistici o psicotici possiamo osservare come esse vivano un'esperienza della realtà estremamente ridotta e, talvolta, caotica; sviluppano delle strategie comportamentali patologiche o stereotipie che sembrano escludere l'ambiente e inibire le interazioni sociali. Questi comportamenti devono essere percepiti dagli insegnanti, dagli operatori, dai terapeuti, come unico mezzo di cui sono capaci.

Molti bambini autistici mostrano di avere un grande controllo del loro corpo; sono in grado di maneggiare oggetti efficacemente e di muoversi con agilità e destrezza. Spesso, però, le loro azioni sono meccaniche e non hanno senso. Per questo motivo hanno bisogno di essere aiutati per sviluppare una più ampia comprensione della relazione tra se stessi e il loro corpo.

---

<sup>54</sup> Cfr. R. M. Govoni, op.cit., pp. 121-122.

L'insegnante e/o il terapeuta devono rispettare la distanza che l'allievo all'inizio pone tra sé e gli altri cercando gradualmente di avvicinarsi sempre più a lui; inoltre, per evitare l'imitazione meccanica, sarà opportuno variare i movimenti e attirare l'attenzione dell'allievo con segni, movimenti ed espressioni verbali chiari e precisi.<sup>55</sup>

Dobbiamo sempre tener presente il fatto che il movimento in sé è il linguaggio attraverso il quale l'uomo ha espresso da sempre le sue più alte aspirazioni fondamentali.

Oggi abbiamo dimenticato come comunicare ed ascoltare il linguaggio del movimento. Bisognerebbe riscoprirlo ed osservarlo così da capire da dove nasce, quali qualità ha, come si orienta nello spazio, quali emozioni può farci esprimere. Attraverso il movimento e la sua comprensione si può accedere alle memorie che contiene cogliendo così anche l'organizzazione, i modelli e gli schemi motori, il fluire delle sensazioni, i blocchi i silenzi, le bizzarrie.<sup>56</sup>

Il movimento è l'aspetto espressivo e comunicativo dello sviluppo umano.

Espenak afferma infatti che: «Con il termine danza noi possiamo riferirci a un'intera costellazione di espressioni fisiche. Quando il movimento, la gestualità o la postura rappresentano una comunicazione con se stessi, con l'operatore o con il gruppo, quel movimento si può definire danza».<sup>57</sup>

Il vantaggio di concentrarsi sui movimenti è che il corpo, rispetto al pensiero, è più flessibile, elastico, capace di adattarsi. Tuttavia, i soli movimenti non bastano, gli aspetti fisici devono sempre essere considerati assieme a quelli emozionali. Le persone che oppongono resistenza devono essere coinvolte in modo graduale, anche se "l'assenza di movimento" o "l'immobilità" sono ugualmente significativi.

Il coinvolgimento può nascere dapprima con movimenti piccoli e indistinti e, per quanto siano lenti i progressi, l'operatore deve essere particolarmente sensibile e attento al modo in cui avviene questo processo.

Tecnicamente, gli elementi base della danza sono il ritmo e lo schema; il movimento può essere classificato in tre tipi: funzionale o strumentale, quantitativo e qualitativo. È su quest'ultimo tipo che la danzaterapia si poggia. L'operatore, a seconda dei casi, deve lavorare gradualmente insegnando prima il movimento libero, poi quello simbolico, poi la danza comunicativa.

Un po' alla volta si acquisiranno una serie di movimenti con cui sia l'operatore che i soggetti potranno comunicare facilmente con il gruppo stesso.<sup>58</sup>

È utile, quindi, capire come agire per far sì che la danza ed il movimento possano essere compresi ed utilizzati e riescano a moltiplicare i risultati sperati; le attività dovrebbero aiutare gli utenti a raggiungere un equilibrio fisico ed emozionale: sviluppando la crescita

---

<sup>55</sup> Cfr. C. Knill, M. Knill (2009). *Motricità e musicoterapia nell'handicap. Consapevolezza corporea , movimento, comunicazione non verbale*, Erikson , Trento, pp. 19-20.

<sup>56</sup> Cfr. R.M. Govoni, in M. Belfiore, M. L. Colli (1998). *Tra il corpo e l'io. L'Arte e la Danza-Movimento Terapia ad orientamento psicodinamico*, Pitagora, Bologna, pp. 45.

<sup>57</sup> L. Espenak (1981). *Dance therapy: Theory and application*, Charls Thomas, Springfield.

<sup>58</sup> Cfr. H. Payne, op. cit., pp. 36-37.

dell'identità individuale, aumentando le capacità sociali, il contatto, la fiducia, la collaborazione; migliorando gli elementi funzionali di un'abilità; applicando gli schemi di movimento a varie situazioni.

Le attività possono essere accompagnate da musiche differenti a seconda della reazione dei partecipanti, e seguono uno schema che passa da una fase di riscaldamento, a una fase di maggiore concentrazione in cui viene introdotto un tema, che poi viene sviluppato, ed infine alla fase del raffreddamento (rilassamento).

Similmente, nella danzaterapia espressivo-relazionale i tre momenti costitutivi della sessione, possono essere riassunti in apertura, parte centrale e conclusione.

Quest'ultimo modello ha come riferimento il paradigma 'Mcr' (mente-corpo-relazione); ciascuna fase è organizzata pensando a un processo multidimensionale che si sviluppa su più piani:

- Somatico (fisiologia del corpo in movimento);
- Psicologico (modulazione emozionale processo simbolico-immaginario);
- Relazionale (interazioni, scambio interculturale).

Le fasi principali sono, metaforicamente, tre:

1. fase di immersione o apertura, finalizzata a favorire il passaggio a una condizione ambientale e psicofisica diversa;
2. un tempo di fondo o fase centrale, finalizzata a sviluppare il nucleo centrale dell'esperienza;
3. fase di lenta risalita o conclusione, finalizzata a riemergere senza rischi e a integrare l'esperienza, accompagnando i partecipanti a ricollocarsi in una condizione psicofisica abituale.<sup>59</sup>

Ricapitolando, generalmente, la prima parte della sessione di danzaterapia prevede il *riscaldamento*; è particolarmente importante per quelle persone che non sono abituate ad usare il proprio corpo, per cui attraverso attività accuratamente scelte si riducono i rischi di possibili lesioni, stiramenti, slogature. Il riscaldamento permette al gruppo di adattarsi allo stile dell'operatore e serve a creare fiducia, condivisione, aiutando la stimolazione neuromuscolare e circolatoria.

Il secondo blocco è sulla *consapevolezza del proprio corpo*. Tutti gli esercizi permettono di conoscere meglio il proprio corpo; le attività di danza permettono anche di sperimentare il legame tra movimento, immagine del corpo ed emozione provata. Per far ciò è importante che i soggetti si sentano a proprio agio ed inizino a conoscere le possibilità di movimento, associandole ai loro stati d'animo. In questa fase centrale assume particolare rilievo la valenza esplorativa, ma anche l'opportunità di valorizzare la risorsa pedagogica ogni volta che si tratti di familiarizzare i soggetti con una situazione nuova o delicata

Un altro importante momento è quello che riguarda la *conoscenza del gruppo*. Attraverso pochi materiali si possono svolgere attività di gruppo, disponendo tutti i soggetti in cerchio e

---

<sup>59</sup> Cfr. V. Bellia, *La parabola della sessione di danzaterapia*, in V. Bellia (2007). *Se la cura...*, op. cit., pp. 74-78.

cercando di creare un clima positivo, di unione e di contatto con gli altri. In questo modo si stimola la coesione e si sviluppa la relazione interpersonale.

Vi è poi la *danza* vera e propria, come attività motoria libera, come improvvisazione o imitazione, stimolata da alcuni materiali ed oggetti come piume, nastri, stoffe e accompagnata da musiche sempre differenti, che permette ai soggetti la loro piena espressione.<sup>60</sup>

Infine, anche nella danzaterapia si pone il problema della *decompressione*. L'ultimo blocco della sessione vede come il corpo, impegnato nel flusso dell'azione, debba tornare alla calma. Occorre riappropriarsi del corpo abituale; l'azione collettiva deve restituire a ciascuno i confini del corpo individuale.

Tutta l'ultima parte della sessione va concepita come una graduale risalita, presa di distanza, re-integrazione.<sup>61</sup>

Le attività dei programmi sviluppano il movimento di diverse parti del corpo secondo varie modalità per raggiungere sempre maggior consapevolezza interpersonale, mobilità e coordinazione insieme ad un maggior autocontrollo, comprensione concettuale, concentrazione e sensibilità sociale.

La frequenza con cui sarebbe necessario svolgere un programma dipende esclusivamente dai bisogni del singolo allievo. È necessaria una struttura e un momento della giornata opportuni per poter realizzare in piena tranquillità il programma ed avere una giusta attrezzatura. È importante presentare chiaramente ogni attività, usare la voce in modo tale da attrarre attenzione e creare un'aspettativa.

Attività più comuni nelle sessioni di danzaterapia sono dondolare, sfregare e battere le mani, dare colpetti sulla pancia, sulla testa, sulle guance, sulle ginocchia; muovere le dita dei piedi; muovere le gambe; camminare carponi; camminare sulle ginocchia; strisciare; spingere e tirare; cadere per terra; camminare in avanti ed indietro; mettersi uno dietro l'altro; muoversi, ballare.<sup>62</sup>

È molto importante che vengano rispettate alcune regole:

- la sessione inizia e finisce in modo puntuale (sia per gli orari, sia per il numero di sessioni);
- non bisogna farsi male e danneggiare l'ambiente;
- l'operatore garantisce riservatezza e non esprime giudizi personali;
- l'operatore incoraggia tutti allo stesso modo.

Può essere una buona idea creare dei *riti* da ripetere all'inizio della sessione, come togliersi le scarpe, e alla fine della sessione, come un trenino o una particolare attività.

Deve esserci una fiducia reciproca tra operatore e gruppo; ciò che genera successo non sarà lo svolgere degli esercizi particolari, ma far sì che la danza riesca a sviluppare i movimenti e le emozioni, dando a ciascuno maggior consapevolezza di sé oltre ad aumentare la

---

<sup>60</sup> Cfr. B. Warren, R. Coaten, *La danza e l'attività motoria*, in B. Warren (1995). *Arteterapia in educazione e riabilitazione*, Erickson, Trento, pp.74-79.

<sup>61</sup> Cfr. V. Bellia, *La parabola della sessione di danza terapia*, in V. Bellia (2007). *Se la cura...*, op. cit., pp.78-80.

<sup>62</sup> Cfr. C. Knill, M. Knill, op. cit., pp. 12- 14.

consapevolezza sociale (cooperazione, attesa del turno, contatto fisico adeguato, partecipazione, lavoro di coppia, imitazione..).<sup>63</sup>

Concludendo, è essenziale sottolineare che non andiamo a fare danza-terapia in modo estemporaneo; bisogna valutare, anche intuitivamente, la situazione preliminare del singolo e del gruppo, per modulare o modificare radicalmente i nostri programmi, in questo modo la sessione potrà essere un'esperienza benefica e produttiva.

Sarebbe utile condividere e definire la cornice dell'esperienza con i partecipanti periodicamente, soprattutto quando intervengano interruzioni del continuum (pause estive, inserimento di nuovi elementi).

La consapevolezza operativa del quadro, dei codici, delle regole di interazione risulta funzionale, rassicurante, co-responsabilizzante.

È necessario che il setting non sia turbato da improvvise aperture della porta o mal funzionamento di supporti tecnologici.

Essenziale è la presenza di un setting strutturato a misura dell'esperienza da attuare.

Altri elementi determinanti per la buona riuscita della sessione sono:

- tempo adeguato: prolungare eccessivamente esperienze profonde rischia di dissipare il valore dell'esperienza stessa a causa della stanchezza;
- chiarezza e minimalismo delle consegne, altrimenti si rischia la perplessità;
- sguardo al gruppo e agli individui; fattore cardine di regolazione dell'esperienza resta sempre ciascun partecipante con i limiti e competenze.

## **2.3 RAPPORTO CON IL TERAPEUTA E CON IL GRUPPO**

La danzavimentoterapia è un approccio orientato nettamente alla relazionalità, alla socialità; sviluppa creatività e cambiamento attraverso l'espressione corporea.

Guarda il soggetto come un *nodo di reti comunicative* ed il corpo espressivo può essere considerato "teatro della soggettività"; proviene dal sociale e al sociale continuamente ritorna.

Nella Dmt si opera con un corpo soggettivo che postula il corpo sociale (triplice valenza: fisiologica, psicologica e sociale). Nel corpo di ciascuno, infatti, danzano il suo mondo interiore, la comunità in cui vive, le generazioni che lo hanno concepito.

Il *gruppo terapeutico* è un'officina creativa, un mezzo attraverso il quale veicoliamo il cambiamento.

Anche la danza del gruppo è sempre frutto di una mediazione tra il patrimonio di esperienze, di gusti e di stili del conduttore da una parte e quello dei destinatari dall'altra.

La danza è formata da un movimento abituale, unito al risvegliare un movimento primitivo e attingendo alle risorse del movimento tecnico, veicolato da numerose discipline.

Nel muoverci facciamo quindi riferimento, spesso inconsapevolmente, a tutta l'eredità culturale che possediamo (dal contesto sociale ai media, alla disciplina ...).

---

<sup>63</sup> Cfr. H. Payne (1997), op. cit. , pp. 39-42.



Inoltre, la danza è in rapporto inscindibile con la musica che è, anch'essa, un palinsesto culturale e un prodotto trans-personale; conferisce alla sessione di danzaterapia una potente impronta formativa e istituisce una cornice ritmica dell'esperienza. La musica condiziona il movimento e insegna a danzare e giocare in modi nuovi, ad interpretarla; permette una sintonizzazione armonica con l'ambiente e svolge una funzione esternalizzante.

Possiamo quindi vedere la terapia come un gioco creativo che guida la riorganizzazione psicomotoria, relazionale ed emozionale. È una terapia fatta attraverso il gruppo (piccolo, medio o grande), volta al raggiungimento del benessere.<sup>64</sup>

Nella danzaterapia non siamo mai "soli", ci troviamo sempre in relazione con qualcun altro o qualcos'altro; ci rapportiamo, oltre che con noi stessi, con ciò che ci è stato inculcato dalla nostra famiglia e dalla nostra cultura, siamo in relazione con il terapeuta, con i singoli membri del gruppo e con l'intero gruppo.

La maturazione del soggetto è un'opera creativa ed è importante ricordare che la via allo sviluppo del sé passa sempre dall'altro.

Il gruppo è il paradigma del substrato relazionale dell'essere umano e nella danzamovimentoterapia, la gruppaltà acquista evidenza corporea.

Il corpo è visto come luogo culturale, deposito e crogiolo di rappresentazioni collettive; per questo l'andatura, la gestualità, la prossemica testimoniano molto l'impronta corporea dei gruppi familiari, degli aggregati sociali, delle tracce istituzionali.

In danzamovimentoterapia possiamo trovarci a operare con gruppi piccoli, medi o grandi che hanno particolarità differenti e favoriscono il raggiungimento di obiettivi diversi.

Il piccolo gruppo (4-9 elementi) è soprattutto spazio delle rappresentazioni transferali familiari, della dimensione 'a tu per tu', uno spazio di intimità.

Il gruppo allargato (oltre 30 elementi) è invece spazio di regressione e di emozioni arcaiche. È spazio di fenomeni trans-personali più che interpersonali, vi si fa un'esperienza da individui collettivizzati, con un'identità di gruppo in cui i confini individuali svaniscono, in cui vi è un diffuso senso di partecipazione allargata.

Nel gruppo intermedio (10-30 persone), invece, vi è lo spazio per l'elaborazione culturale, per l'innovazione e la creatività; è uno spazio caotico, in cui possono insorgere conflitti, in cui si oscilla tra la dimensione individuale e il senso di appartenenza, tra l'intrapsichico e il sociale. Si alternano rapidamente la relazione individuo-gruppo, la formazione di coppie e di sottogruppi. Quest'ultimo tipo di gruppo è il luogo dove si respira il cambiamento ed è una risorsa preziosa per la terapia.

Il gruppo di danzaterapia può essere l'occasione per sperimentare e consolidare, sul terreno stesso del corpo vissuto, un rinnovato senso di appartenenza alla collettività e di partecipazione a un mondo che ritrova significato. Ma il gruppo è anche lo spazio interpersonale del dialogo motorio, lo spazio in cui stili psicosomatici ed espressivi assai diversi tracciano i contorni di un'area di scambio, di rispecchiamento empatico e di risonanze,

---

<sup>64</sup> Cfr. V. Bellia, *La danzaterapia espressivo-relazionale*, in V. Bellia (2007). *Se la cura...*, op. cit., pp. 57-62.

di reciproche sollecitazioni esplorative e di un processo integrativo in cui ciascuno ha l'opportunità di espandere e trasformare la propria identità psicomotoria in uno spazio di transazione e gioco creativo.

Predisporre un setting di gruppo di danzamentoterapia implica anche l'arte di proporre in ogni situazione il "gioco" adatto, perchè la nuda, corporea immediatezza dell'incontro possa essere attraversata senza eccessive difficoltà, senza banalizzazioni.<sup>65</sup>

È necessario evidenziare che la danzaterapia, come le varie arti-terapie, è un intervento *attivo*: il paziente è sollecitato a produrre, a "fare dell'arte"; ma tale sollecitazione presuppone una capacità di ascolto, di dialogo spesso inconscio con il terapeuta che restituisce l'emozione fruita e lo mette in grado di ri-tradurre le proprie emozioni nel linguaggio prescelto.

Il dialogo che si instaura tra paziente e terapeuta è basato sulla comunicazione diretta di vissuti emotivi e sostenuto, spesso, da messaggi di tipo non verbale, come gesti, espressioni facciali, postura. La traduzione del messaggio emotivo in linguaggio artistico implica l'acquisizione di canoni, di regole legate al setting, di un controllo nell'espressione dei vissuti, che permettono la transizione da una forma di comunicazione diretta delle emozioni ad una riflessione sull'esperienza emozionale, che si avvale di un codice simbolico.<sup>66</sup>

Di fondamentale importanza è il legame che si crea tra danzaterapeuta ed individuo.

Esiste, occorre sottolinearlo, una concreta differenza tra operatori di danza-terapia e danzaterapeuti.

L'operatore di danzaterapia è un insegnante di educazione fisica o danza che cerca di aiutare attraverso la danza e il movimento chi ha particolari necessità fisiche. Il rapporto è insegnante- alunno, che cerca di aiutare gli allievi facendoli divertire, magari organizzando spettacoli di danza, saggi, ecc. L'obiettivo primario dell'operatore di danzaterapia è potenziare le abilità fisiche, migliorando così la consapevolezza corporea attraverso la danza vista come forma d'arte, senza dover intervenire sulla vita emozionale dell'utente.

L'obiettivo del danzaterapeuta è, invece, quello di produrre nelle persone che hanno avuto problemi o ritardo nello sviluppo un cambiamento positivo e durevole attraverso la danza, perché raggiungano un benessere fisico, emozionale e sociale, e riescano ad esprimere il loro potenziale. La danza o il movimento diventano un modo alternativo per fare una diagnosi e possono servire come ulteriore intervento terapeutico o riabilitativo; la danza promuove la crescita emotiva e psicologica di una persona, nonché la sua integrazione sociale grazie alle attività di gruppo.<sup>67</sup>

È essenziale che si stabilisca fin dall'inizio un rapporto di fiducia reciproca tra terapeuta e soggetto, che si crei un'alleanza che permetta l'espressione ed il coinvolgimento di ciascuno. Naturalmente, nel momento in cui operiamo con un gruppo di bambini con o senza problematiche e disturbi, è importante, come afferma Maria Fux: «Dimenticare che siamo adulti e l'allegria deve essere vera per servire come base di qualsiasi lavoro con il

---

<sup>65</sup> Cfr. A. Adorisio, M. Garcia, op. cit., pp. 121-122.

<sup>66</sup> Cfr. R. Caterina, P. E. Ricci Bitti, *Arti-terapie e regolazione delle emozioni*, in P. E. Ricci Bitti (1998). *Regolazione delle emozioni e arti-terapie*, Carocci, Roma, p. 57.

<sup>67</sup> Cfr. H. Payne, op. cit., pp. 63-64.

movimento»<sup>68</sup>. Il terapeuta può quindi iniziare con una fase di paring che porta i bambini a guardare le sessioni di danza-terapia come momenti di svago, di divertimento, di gioco ed allegria e il terapeuta viene percepito come persona positiva.

Il terapeuta deve essere in grado di instaurare un rapporto profondamente empatico per poter individuare le emozioni nascoste o scisse, facendo da “cassa di risonanza” al mondo interno del paziente. Bisogna creare un rapporto fondato sulla comprensione, sulla stima, sull’empatia ed il rispetto reciproci.

Il lavoro del danzaterapeuta è accogliere e rimandare (rispecchiare); ma rimandare significa cogliere ciò di cui l'individuo ha bisogno, il movimento che può avere un progresso, che può essere collegato ad altri movimenti, ad altri stati emotivi o mentali. Entrare in connessione con se stessi, vuol dire entrare più serenamente in rapporto con l'esterno, riprendendo le parole di M. Milner: «Conscia del doppio aspetto dello spazio, quello esterno che mi circonda, e quello interno che è oscuro e incomunicabile a parole...caldo e sicuro...più penso a questo e più gli oggetti esterni si riempiono della loro esistenza, la loro struttura si arricchisce...»<sup>69</sup>.

Essere in contatto con le nostre parti interne, ci porta a sapere aspettare: permettendo a se stessi di essere aperti, di aspettare, si inizia ad ascoltare, a sentire, a capire come muoversi nella situazione presente, rispettando le resistenze, rispettando le difese. L'impulso al cambiamento compare se il terapeuta permette a se stesso di essere ricettivo al cambiamento; spesso questo significa seguire le difese, cioè permettere alle difese di avere la loro personale espressione, spesso fino ad un punto di esagerazione. Se questo avviene, il corpo in seguito cerca solo di recuperare una postura più equilibrata.

Da qui emerge il tema fondamentale *dell'alleanza terapeutica*, dell’empatia.

Il sapere allearsi alle difese del paziente è fondamentale per creare il terreno di fiducia necessario allo sviluppo del processo terapeutico. Anche la ripetizione di bizzarri movimenti e posture, può permettere al terapeuta di raggiungere la fiducia; cercando di mettersi nelle forme corporee, espressive del paziente, il terapeuta collega il suo corpo a quello del soggetto riuscendo a capire meglio il sentimento espresso. Il danzaterapeuta, in senso metaforico, deve imparare gli usi e i costumi dello "straniero", incontrarlo con grande attenzione nella sua unicità, in questo modo il soggetto si sente accettato e capito.

Per assicurare una comunicazione simbolica dei vissuti emotivi è necessaria una particolare osservazione che, ovviamente, richiede la partecipazione emotiva del terapeuta. Il terapeuta, infatti, osserva il comportamento dei soggetti, l’uso dei mezzi messi a loro disposizione, seguendo o un modello di osservazione libero o uno schema, un protocollo articolato (ad esempio l’L.M.A.). La funzione e la natura dell’osservazione si esplica in un preciso compito terapeutico: il terapeuta, partendo dall’osservazione, mette in grado quest’ultimo di guardare se stesso e ciò che con il movimento produce.

---

<sup>68</sup> M. Fux (1996), *Frammenti...*, op. cit., Pixel, Milano, p. 45.

<sup>69</sup> M. Milner (1990), *L'alba dell'eternità*, Borla, Roma, p. 49.

La capacità di osservare il proprio corpo e di accettarlo è uno degli obiettivi centrali della danzaterapia; si mira proprio a ristabilire quell'unità corpo-psiche che si colloca al di qua dell'acquisizione del linguaggio verbale. Terapia per la danzaterapia è sinonimo di attenzione ai messaggi che provengono dal corpo e quindi capacità di osservarli, interpretarli, riprodurli in un contesto simbolico, con movimenti che comunicano effettivamente delle emozioni e nei quali ci si può riconoscere.

Tale terapia, vista come sostegno più che come intervento autonomo, risulta particolarmente indicata in tutti quei casi, spesso molto gravi, in cui il rapporto con l'io corporeo risulta indebolito dall'esistenza di un corpo "fantasma" ed in tutti i casi in cui la comunicazione verbale appare deficitaria.<sup>70</sup>

La danzaterapia, quindi, permette da un lato lo sviluppo del senso del corpo e dall'altro, tramite il movimento con le sue reazioni muscolari, libera la memoria emotiva. Nella danzaterapia infatti, il corpo e il suo movimento sono gli strumenti principali che portano verso la consapevolezza ed unità del proprio *io*. Il terapeuta deve essere allora un buon osservatore, perchè lo stile motorio di un individuo è la sua risposta alla vita, all'ambiente e solo da una buona osservazione potrà derivare una buona scelta di intervento e diagnosi.

È molto importante che l'allievo abbia esperienza del proprio corpo come unità globale e sviluppi un'immagine corporea, anche se non è in grado di usarla attivamente. Naturalmente, non ci si può aspettare che gli allievi con gravi handicap acquisiscano immediatamente il linguaggio corporeo e adattino subito i loro movimenti all'accompagnamento ritmico-melodico, ma il supporto del terapeuta, la coesione del gruppo e l'accompagnamento di una musica adatta, creeranno, nel tempo, un quadro di riferimento per il movimento dell'allievo.

Il movimento articolare e la danza rafforzano legami tra le persone e rendono le persone più sensibili a stati emotivi degli altri. Questo è particolarmente utile se operiamo con soggetti che presentano deficit in tale area.

L'empatia può essere definita come l'intento di condividere lo stato interiore di un altro soggetto; questo è un prerequisito fondamentale per la cooperazione e il comportamento pro-sociale.

I prerequisiti dello sviluppo dell'empatia che la danzaterapia cerca di far emergere sono:

- 1) autopercezione e senso di sé: la qualità dell'attaccamento madre-bambino nel primo anno di vita è un indicatore diretto di capacità empatica e moralità nell'adolescente;
- 2) differenziazione tra sé e gli altri;
- 3) capacità espressive, importante è l'imitazione nei primi anni di vita;
- 4) dimensioni corporee delle interazioni sociali: che consistono nel riconoscere e percepire le proprie ed altrui intenzioni attraverso la capacità di imitazione, complementarità, elementi contrastanti di postura e gesti.

---

<sup>70</sup> Cfr. R. Caterina, P. E. Ricci Bitti, *Arti-terapie e regolazione delle emozioni*, in P. E. Ricci Bitti, op. cit., p. 63.

Tra i vari disturbi empatici troviamo: comportamenti antisociali, disturbi di personalità (disturbo borderline), disturbi dello spettro autistico, disturbi emotivi, problemi di mentalizzazione e difficoltà nella percezione della dimensione corporea.<sup>71</sup>

Grazie alla danzaterapia si cerca di colmare quelle che sono le capacità mancanti, rendendo ciascun soggetto più consapevole di sé e degli altri.

La consapevolezza, infatti, è parte fondamentale del processo, legata alla percezione ed ascolto del corpo che deve essere acquisita da ciascun soggetto.

Elemento fondamentale nella danzaterapia è "dare forma" alle emozioni, ai contenuti interni, alle parti-ombra che in questo modo vengono integrate: «fantasie, voci e visi che ci inseguono, paure, cerchiamo di dargli forma, ritmicamente, nello spazio, renderle visibili nel movimento, renderle udibili.»<sup>72</sup> Il terapeuta deve incontrare il movimento del paziente, comunicare con lui, rispondere al movimento col movimento, è una sorta di specchio che riflette in modo più nitido ciò che accade, dona un po' più di forma, energia e chiarezza. Per questo ci possono essere modi particolari di rimandare il movimento: il mirroring si può basare sul rinforzo, l'amplificazione di un movimento, o la sua canalizzazione.

Il danzaterapeuta è, come afferma Schmais: «a volte un compagno di danza, a volte un regista, un catalizzatore che suggerisce, riflette, applaude»<sup>73</sup>

Altro importante obiettivo da raggiungere per il terapeuta è quello di scoprire la creatività primaria attraverso la danza. Anche nei casi in cui gli stati d'animo non vengono affatto danzati ma espressi soltanto attraverso posture o gesti inconsapevoli, è sempre possibile leggere delle tracce; la "parte artistica" del terapeuta è di grande importanza poiché serve per focalizzare l'attenzione sull'integrazione del processo creativo con quello terapeutico.

Il terapeuta può combinare le modalità di musica, danza e arte, collegandole per la loro natura non verbale. Questa caratteristica rende tali strumenti particolarmente significativi per lo sviluppo e l'abilitazione di persone in cui deficit di comunicazione orale sono prevalenti. Attraverso le opportunità di performance gli individui imparano a rischiare, a fidarsi l'uno dell'altro, sviluppare abilità di coping, e aumentare la loro fiducia in se stessi e nelle loro capacità. L'utilizzo di mezzi di comunicazione visive e dello spettacolo, come burattini, costumi, trucco, maschere, oggetti di scena, stoffe incoraggia a rischiare con movimenti del corpo e con l'espressione non verbale, dando il permesso all'esecutore di manifestare sentimenti ed emozioni che solitamente non rende espliciti.

Lavorare con persone con handicap è molto impegnativo anche perché i progressi possono essere molto lenti e gradualmente. Il terapeuta per riconoscere più facilmente i miglioramenti, anche minimi, degli allievi, può utilizzare, come accennato precedentemente, delle schede da compilare ogni volta che si finisce un programma. Le categorie osservate e valutate sono essenzialmente tre: partecipazione, attenzione e comportamenti problematici.

---

<sup>71</sup> Cfr. A. Behrends, S. Muller, I. Dziobek (2012). *Moving in and out of synchrony: A concept for a new invention fostering empathy through interactional movement and dance*, in A. Behrends *The Arts in Psychotherapy* (2012), pp. 109-110.

<sup>72</sup> T. Schoop, op. cit., p. 113.

<sup>73</sup> C. Schmais (1974). *Dance Therapy in Perspective*, Focus on dance VII.

La partecipazione viene usata per registrare l'iniziativa autonoma presa dall'allievo accanto al sostegno fornito dal danzaterapeuta per poter partecipare all'attività. La partecipazione è la base su cui pianificare l'approccio più adatto da usare per l'allievo.

Vi sono 6 livelli di partecipazione:

0 = passività (allievo distratto, non collabora, non è presente contatto visivo);

1 = interesse (allievo nota ciò che accade, reagisce alla musica, dipende totalmente dal sostegno dall'insegnante);

2 = riconoscimento (allievo riconosce l'attività svolta, sorride);

3 = aspettativa (allievo riconosce l'attività ancor prima che inizi, contatto visivo);

4 = cooperazione (allievo partecipa attivamente ai movimenti);

5 = iniziativa (allievo prende l'iniziativa usando l'insegnante come compagno).

La partecipazione dipende dalla capacità dell'allievo di prestare attenzione per un determinato periodo di tempo; spesso le disabilità mentali e sensoriali permettono solo brevi lassi di tempo per l'attenzione. Per promuovere l'attenzione il terapeuta deve essere attivamente coinvolto, usare la voce, il contatto fisico, la gestualità per stimolare l'allievo.

Bisogna, infine, evidenziare i possibili comportamenti problematici come stereotipie, azioni autolesionistiche, chiacchierare, comportamenti evitanti. È necessario, per cui, condurre le attività in modo da suscitare l'interesse e la motivazione per una partecipazione attiva ed evitare le circostanze che sembrano provocare tali comportamenti.<sup>74</sup>

Concludendo, abbiamo osservato come la danza offra alle persone, grazie alla presenza attiva del terapeuta e alla vicinanza con gli altri membri del gruppo, l'opportunità di sviluppare una maggiore consapevolezza sensoriale e, allo stesso tempo, di liberarsi da schemi limitanti o banali che si manifestano negli atteggiamenti, nei modelli di movimento quotidiano e nella gestualità espressiva. Sviluppare questa consapevolezza sensoriale permette di promuovere il funzionamento fisico, l'autonomia, la concentrazione, sviluppare un senso dell'io corporeo, dare forma alle emozioni provate e favorire un comportamento più spontaneo e collaborativo. Lavorare creativamente con la danza, come metodo per esplorare lo spazio, le forme, i corpi, il movimento è un'impresa gratificante, stimolante e divertente.

L'operatore deve sempre essere consapevole che attraverso la danza ciascun soggetto comunica, deve osservare il gruppo nella sua interezza, deve tenere a mente che lavorando con esseri umani e con le loro emozioni, ciò che viene fatto non deve essere considerato né come un gioco, né come un'esibizione.<sup>75</sup>

La danza permette all'individuo di migliorare la fiducia in se stesso e la capacità di autogestirsi attraverso una maggiore consapevolezza del corpo; la danza espande la fantasia, migliora le abilità comunicative e la capacità di agire nel rispetto di sé e degli altri.

---

<sup>74</sup> Cfr. C. Knill, M. Knill, op. cit., pp. 65-69.

<sup>75</sup> Cfr. B. Warren, R. Coaten, *La danza e l'attività motoria*, in B. Warren, op. cit., pp. 90-91.

### 3.1 CONTINUITÀ TERAPEUTICA DELL'INTERVENTO CLINICO- RIABILITATIVO DELLA DMT NELL'AUTISMO

Affrontare l'oggetto argomento di questo intervento in modo sintetico e al tempo stesso rigoroso non è facile. Sono molti i luoghi comuni, gli stereotipi che spesso accompagnano l'autismo infantile e la stessa danzamovimentoterapia (ricondata a varie esperienze di ballo, danza o movimento con musica).

Le valenze terapeutiche della danza, come rimarcato più volte, sono varie, ma dobbiamo sottolineare che parliamo di danzaterapia, di una metodologia ben specifica che non utilizza superficialmente il "medium" della danza con persone in situazione di disagio o handicap.

L'APID la definisce come: «Una terapia specifica, orientata a promuovere l'integrazione fisica, cognitiva, relazionale, a formare una maturità affettiva e psicosociale, migliorando la vita della persona»<sup>76</sup>.

All'esplicarsi di una visione più ampia ed incisiva della danzamovimentoterapia come *processo terapeutico*, i concetti di complessità ed autonomia di questa disciplina acquisiscono una luce più intensa.

I temi dell'integrazione e della multifunzionalità nei vari approcci delle terapie corporee in effetti rischiano spesso, contrariamente a quanto ipotizzato, di ridurre gli orizzonti possibili se di un modello non si considera la specificità del linguaggio.

Oggi numerose discipline settorializzano i processi di cura e terapia e non riconoscono la natura profonda, collettiva, comunicativa della manifestazione sia psicopatologica che organica.

Il termine «complessità», nella sua radice etimologica (*complexu*, "abbraccio" e *-ità* "relazione", "appartenenza") ci riporta al concetto di appartenenza e fa emergere fortemente la necessità di abbracciare con uno sguardo la totalità del processo terapeutico dalle prime fasi alle ultime, e, soprattutto, di creare delle relazioni tra il microcosmo individuale, familiare, sociale ed il macrocosmo dell'universalità umana e naturale.

Allo stesso modo la danzamovimentoterapia costituisce quella particolare modalità terapeutica che nasce dal legame tra la preparazione tecnica del danzatore, le sue capacità interpretative, l'uso dello spazio, la possibilità di manipolare gli elementi creativi, le sue qualità di terapeuta.

Autonomia, dal greco *autòs*, "stesso" e *nomìa*, derivazione di *nèmo*, "io amministro", sta ad indicare anche lo studio dell'insieme di regole che governano una struttura, un sistema, una disciplina.

Nella danzaterapia avere una struttura significa costruire delle ipotesi specifiche alla disciplina e convalidarle, laddove possibile, scientificamente, pur sempre nella considerazione

---

<sup>76</sup> Art. 2 dello Statuto della Associazione Professionale Italiana DanzaMovimentoTerapia.

che nessuna convalida scientifica può sostituire quella formula magica che costituisce l'unicità di qualsiasi percorso terapeutico, riabilitativo o di cura.<sup>77</sup>

Parlando specificatamente di Danzaterapia Integrata, vogliamo sottolineare una forte attenzione del lavoro sulla centralità del «corpo intelligente», intendendolo come presenza; si vuole attivare la dimensione consapevole del corpo partendo dalla percezione corporea, per favorire una coscienza di sé, sviluppando un'immagine corporea, raggiungendo così la finalità educativa e terapeutica primaria, l'attivazione di competenze corporeo-emotive, affettivo-relazionali, una maggiore regolazione emotiva ed una pulsione al movimento.

Questa pulsione si connette al piacere del movimento intrinseco negli uomini; la danzaterapia si propone di riattivare il piacere di muoversi che poi si traduce in piacere di agire, di esplorare, di liberarsi attraverso i gesti.

Collocandosi nel delicato settore delle relazioni d'aiuto, la danzaterapia esige da chi la pratica una precisa assunzione di responsabilità sul piano etico, clinico, della ricerca e dell'aggiornamento professionale.

Il danzamovimentoterapeuta deve conoscere il linguaggio corporeo, il processo creativo e le sue implicazioni sul piano psicologico, emotivo e cognitivo e, facendo riferimento a dei modelli teorici, deve essere in grado di formulare piani d'intervento differenziati a seconda dell'utenza coinvolta. In altri termini, deve essere in grado di cogliere *i bisogni* della persona con cui si trova ad operare, di formulare proposte specifiche in relazione alla problematica dell'utente, attraverso una programmazione rigorosa dell'intervento, che preveda non solo momenti operativi ma anche di osservazione e verifica dell'esperienza.

Il modo migliore per attivare l'esplorazione corporea e sviluppare una pulsione al movimento è ricorrere alla forma ludica; il gioco infatti è un momento di espressione del vissuto inconscio, è una forma di espressione creativa e spontanea, rappresenta un fenomeno transazionale insostituibile per l'apprendimento e la crescita personale.<sup>78</sup>

Il setting deve essere rigoroso, fondato sulla definizione precisa di spazio e tempo dell'attività, delle modalità di conduzione, delle tecniche e input usati in relazione ai bisogni dell'utente.

Il setting deve evidenziare come ci si trovi in un ambiente protetto, accogliente e stimolante che sfrutta un tempo *speciale*, extraquotidiano. La conduzione del lavoro intesa come sostegno e contenimento del processo creativo ed espressivo del singolo e del gruppo, è volta a stimolare il piacere del movimento, dell'essere presenti nel proprio gesto, attraverso le tecniche del rispecchiamento, della ripetizione, dell'amplificazione, dell'improvvisazione.

Ciò che proveremo ad analizzare è l'aiuto ed il supporto che la danzamovimentoterapia può offrire nel caso specifico di soggetti con autismo.

Come già sottolineato nel primo capitolo, l'autismo è un disturbo generalizzato dello sviluppo che necessita di tre fondamentali elementi per essere diagnosticato: una grave alterazione

---

<sup>77</sup> Cfr. C. Saccorotti, *La complessità e l'autonomia del processo terapeutico in DMT*, in A. Adorisio, M. Garcia, op.cit., pp. 125-126.

<sup>78</sup> Cfr. D.W. Winnicott (1983). *Gioco e realtà*, Armando, Roma, p. 128.



della reciprocità sociale, un'anomalia della comunicazione verbale e non verbale ed un ristretto repertorio comportamentale, nel quale rientrano le stereotipie e meccanismi ripetitivi. Oggi l'orientamento prevalente nella terapia dell'autismo infantile si indirizza verso un sistema integrato di trattamento, articolato a seconda della fase del ciclo di vita, consistente nel prevenire, nell'assistere e fornire educazione nell'ambito di una collaborazione che coinvolga familiari ed operatori.

L'intervento clinico-riabilitativo della danzamentoterapia si colloca quindi in un'ottica di *continuità terapeutica* e, nel rispetto della diversità di ciascun bambino autistico e della piena accettazione della sua persona, attua un programma *individualizzato*, in un clima di stretta collaborazione e coinvolgimento dei genitori e confronto con gli altri specialisti.

Nell'attività clinica ci confrontiamo con un quadro preciso ed imponente, che richiede la formulazione di un intervento specifico e, di conseguenza, pone in primo piano la necessità di formulare delle ipotesi di lettura dei bisogni del bambino.

Una significativa ipotesi è quella in base alla quale possano prevalere gli aspetti affettivo-relazionali o anche quella che le problematiche biologiche impediscano al bambino di stabilire il legame primario con la figura materna o comunque con «l'altro da sé».

Secondo la Tustin, l'autismo infantile patologico è in relazione con la fase da lei denominata "*autismo primario normale*"; nei primi mesi di vita, infatti, il bambino si trova in una situazione di totale dipendenza dall'ambiente circostante e, contemporaneamente, di estrema onnipotenza, in cui si ha un'attivazione della figura materna che gli consente di avere a disposizione tutto ciò che per lui è necessario.

Questo momento è caratterizzato da un'estrema e particolare sensibilità sia da parte del bambino che da parte della madre. È questa la fase in cui si manifestano un insieme di attività innate che consentono l'adattamento all'ambiente e che pongono le basi per lo sviluppo dei processi di differenziazione attraverso la percezione del «non sé».

Secondo il pensiero psicoanalitico, la differenziazione avviene proprio grazie alla presenza della madre che, pur essendo a disposizione del bambino, attraverso delle carenze comportamentali, lo conduce a confrontarsi con la realtà della separazione.

L'ipotesi della Tustin, suggerisce che a questo livello il bambino possa trovarsi ad affrontare una realtà «non sé» in un momento troppo precoce, di eccessiva immaturità (le cause possono essere varie, anche biologiche), o perché non trova un ambiente sufficientemente buono e accogliente o perché non ha gli strumenti per affrontare questa esperienza.

Egli, non potendo accettare il confronto con la realtà «non sé», produce delle strategie di sopravvivenza: la prima è costituita dalla negazione del mondo «non sé» e quindi dalla chiusura del bambino all'interno di una capsula, di una conchiglia; la seconda è l'instaurarsi di una relazione di tipo confusionale in cui in qualche modo il Sé viene confuso con il «non sé».

Pur nell'estrema variabilità dei singoli individui (i bambini autistici non sono ovviamente tutti uguali), possiamo individuare due tipologie fondamentali: i bambini di tipo incapsulato e

quelli di tipo confusionale, che differiscono tra loro per molteplici aspetti, verificabili nella pratica riabilitativa.<sup>79</sup>

Il “classico” bambino autistico, cioè quello incapsulato, chiuso e ripiegato su di sé è sicuramente un esempio di una particolare tipologia, ma esistono anche bambini di tipo confusionale che differiscono per le modalità di comportamento, le relazioni con l’altro, il contatto corporeo.

I soggetti incapsulati manifestano scarsa adattabilità corporea, rigidità, tendenza all’isolamento; quelli di tipo confusionale al contrario sono più adattabili, morbidi, cedevoli, quando vengono presi in braccio si accucciano, hanno bisogno di creare una relazione di tipo fusionale o confusionale con l’operatore.

I bambini incapsulati utilizzano la strategia del «*chiudi fuori*», evitano il contatto, il rapporto, si pensi allo sguardo sfuggente o al cosiddetto *sguardo attraversante*. I bambini confusionali invece hanno come loro strategia fondamentale quella di «*tirare dentro*», cioè di instaurare un rapporto che mira a negare effettivamente la distinzione tra sé e non sé.

Nel momento in cui ci troviamo a progettare un intervento sull’autismo infantile sorge spontanea una domanda: «La danzamentoterapia può essere utile per questi bambini? Che cosa può offrire, che cosa mette in gioco, e quali sono gli elementi su cui opera?».

Collocandosi nell’area dei fenomeni transazionali ai quali il bambino non ha avuto accesso, la danzaterapia permette al terapeuta di entrare in contatto con lui, il cui sé è ancora totalmente corporeo, attraverso la comunicazione non verbale.

Parlare col corpo e metterlo in gioco vuol dire offrire a questo bambino la possibilità di accedere allo spazio potenziale nella modalità più primitiva e più vicina alla sua realtà, stimolando il processo di de-fusione.

Le attività di danzamentoterapia passano anche attraverso un’esperienza di tipo ludico ed è proprio su questa base che viene sviluppata la simbolizzazione mediante il corpo, utilizzando il lavoro ritmico nelle sue differenti valenze sul piano corporeo e sonoro-vocale.

Sia nel caso in cui ci trovassimo a lavorare con un bambino incapsulato che con uno confusionale il nostro progetto è mirato a creare le basi perché il bambino possa confrontarsi con esperienze di «non sé».<sup>80</sup>

L’obiettivo che ci poniamo è che il nostro percorso gli possa permettere di sperimentare in un contesto particolare, strutturato, protetto e contenitivo, questo tipo di esperienza.

Le strategie di intervento sono necessariamente molto differenziate e articolate. Non può esistere un unico modo di entrare in contatto e in relazione con il bambino autistico ed il suo sintomo: ciò che possiamo fare è creare una serie di possibili entrate che utilizzano tutti i canali sensoriali e tutte le possibilità che il soggetto ci offre.

---

<sup>79</sup> F. Tustin (1975). *Autismo e psicosi infantile*, Armando, Roma, pp. 80-81.

<sup>80</sup> Cfr. V. Puxeddu (2008). *Danzamentoterapia integrata e autismo*, in A. Adorisio, M. Garcia, *Danza Movimento Terapia...*, op. cit., pp. 87-89.

È molto importante scegliere degli stimoli adatti, fare in modo che siano vari; attraverso una valutazione delle risposte fatta in itinere potremmo individuare le parole chiave specifiche per i bisogni di ogni bambino a cui saranno correlati input e strategie terapeutiche.

La DMT Integrata, in sintesi, vuole essere una forma di terapia corporea, emotiva, relazionale, che attraverso un processo educativo e terapeutico individualizzato conduce chi la pratica a una progressiva conoscenza della propria esperienza corporea-emotiva, porta i soggetti ad esprimere il non detto, le emozioni, i sentimenti, tutto ciò che in altro modo sarebbe impossibile tirar fuori.

Come afferma Garaudy, «la danza ci mostra non solo che ogni movimento del corpo fa tutt'uno con un movimento psichico [...] ci rivela ancora e soprattutto che l'arte è il cammino più corto tra un uomo e l'altro»<sup>81</sup>; è proprio per questo motivo che la danza diventa un canale privilegiato per sviluppare un contatto, una comunicazione interpersonale, una relazione sociale anche per quei soggetti che mostrano notevoli blocchi e difficoltà in queste aree.

### **3.2 METODOLOGIA E SETTING IN UNA SEDUTA DI DMT CON UN SOGGETTO AUTISTICO**

Nel momento in cui iniziamo un percorso di danzamovimentoterapia dobbiamo necessariamente collaborare con altre figure specializzate; bisogna attuare un vero e proprio lavoro di équipe: c'è una figura medica di riabilitatore, un fisiatra, dei consulenti psicologi, degli operatori di danzamovimentoterapia, con profilo professionale sia clinico che educativo, un neuropsichiatra, dei logopedisti.

Ricordiamo che le fasi del processo terapeutico indicano, naturalmente, solo una griglia di riferimento dei processi dinamici di una seduta di danzamovimentoterapia. Nessun processo trasformativo può essere nettamente suddiviso in fasi o schemi, né tantomeno controllato in modo oggettivo.

D'altra parte è innegabile, all'interno di un percorso terapeutico, la necessità di chiavi di lettura di una struttura che permetta di avere dei punti di riferimento.

È in quest'ottica che si possono individuare tre fasi le cui parole chiave su cui focalizzare l'attenzione sono: *accoglienza e osservazione* nella prima, *comprensione empatica e scelta degli obiettivi* nella seconda e *trasformazione* nella terza.<sup>82</sup>

Il legame tra queste fasi ed il loro continuo intrecciarsi è una condizione imprescindibile dal processo nella sua complessità.

Si comincia con *l'analisi della domanda* che prevede una valutazione del soggetto attraverso il colloquio con i genitori del bambino, per la raccolta della storia clinica e per cogliere il vissuto del bambino dal punto di vista dei familiari; è necessario, in questa fase iniziale del processo, che il danzamovimentoterapeuta si ponga in una dimensione di accoglienza nei

---

<sup>81</sup> R. Garaudy (1999). *Danzare la vita*, Cittadella, Assisi, p. 28.

<sup>82</sup> Cfr. V. Puxeddu, *Danzaterapia integrata e autismo*, in A. Adorisio, M. Garcia, op.cit., pp. 84-85.

confronti della richiesta di terapia e che si prevedano tempi necessari alla funzione dell'osservazione.

L'osservazione riguarda sia il movimento spontaneo, sia i comportamenti e le prestazioni a stimoli offerti dal bambino in uno spazio tempo determinato.

Dopo questa osservazione si ha un secondo incontro con i genitori per esplicitare la possibilità o impossibilità di trarre benefici dalla presa in carico del soggetto in sessioni di danzamentoterapia e dell'indicazione della modalità, individuale o di gruppo.

In questa fase, la dimensione relazionale dell'accoglienza, la fondazione del gruppo (se si lavora in gruppo), la definizione del setting e la funzione «osservante» sono gli elementi che permettono successivamente, di entrare in una dimensione più partecipativa (la seconda fase), di maggiore implicazione personale, di costruzione della relazione. In questo modo risulterà più semplice la comprensione dei vissuti dell'altro, sarà più facile intendere i meccanismi di difesa individuali o gruppali e tutto ciò che regola l'equilibrio, seppur patologico, del soggetto e dei microsistemi di cui fa parte. A questo punto sarà possibile stabilire degli obiettivi realistici e raggiungibili.

Prendono, così, avvio le *sedute*, che naturalmente vengono valutate attraverso varie metodologie come, ad esempio, la videoregistrazione che serve a compilare una griglia di osservazione che tiene conto di vari parametri del movimento (relazione con lo spazio, con il suono, movimento e attività spontanea, rapporto con il terapeuta).

Nella terza fase l'attenzione è maggiormente rivolta alla dinamica individuale e/o gruppale, che coordina i rapporti tra la pregnanza del bisogno, e la consapevolezza, la potenzialità o il non riconoscimento del desiderio (inteso come spinta all'autorealizzazione e all'evoluzione della personalità). Ciò comporta la possibilità di valutare le potenzialità trasformative legate all'interazione dei tre piani psicocorporei (emotivo, corporeo e cognitivo-simbolico) e al loro sviluppo.<sup>83</sup>

Assume così importanza la «*tonalità emotiva*» che caratterizza il progressivo rapportarsi relazionale, da parte del danzamentoterapeuta, al vissuto emotivo dell'altro e del gruppo. Quindi, oltre a tutti gli aspetti specifici che riguardano la danza, il movimento ed il corpo, nella tecnica di un danzaterapeuta la consapevolezza degli aspetti specifici e dei vissuti relazionali diventa una risorsa fondamentale.

Questa risorsa specifica del danzamentoterapeuta è formata da due elementi: la consapevolezza delle proprie modalità di stabilire relazioni con gli altri, la capacità di leggere in che modo tali caratteristiche possono influenzare le proprie ed altrui risposte. Nel momento in cui il terapeuta acquisisce queste modalità, essendo conscio del rapporto che sta sviluppando, riuscirà a diventare per l'altro un ponte, attraverso il quale, mettere in gioco istanze creative.

La comunicazione non verbale diventa, in questo tipo di esperienza, uno strumento di fondamentale importanza.

---

<sup>83</sup> Cfr. C. Saccorotti, *La complessità e l'autonomia del processo terapeutico in Danzamentoterapia*, in A. Adorisio, M. Garcia, op. cit., p. 131.

Il periodo di «trattamento» va, generalmente, da un minimo di sei mesi o un anno ai tre anni circa; le sessioni hanno frequenza settimanale e durano circa 45 minuti nel lavoro individuale ed un'ora nel lavoro in gruppo.

Ci soffermiamo, in primo luogo, sull'*osservazione*. Essa deve essere un processo evolutivo, partecipativo, in continua evoluzione, in cui il danzamentoterapeuta sappia riconoscere i movimenti interni ed esterni come strumenti di lettura delle possibili evoluzioni terapeutiche. Lo spazio tra il terapeuta e colui che viene osservato diventa il canovaccio su cui costruire la trama delle nostre relazioni.

Osservare è inevitabilmente fonte soggettiva ed intersoggettiva di «distorsioni», particolarmente interessanti perché sorgente inesauribile di informazioni.

La metodologia dell'osservazione si articola principalmente lungo quattro linee.

Abbiamo una iniziale *osservazione del campo individuale-interpersonale*: si definiscono i parametri di osservazione delle produzioni dirette corporee (movimento, sguardo, voce, postura, respirazione, ritmicità) e i parametri di osservazione dei processi, dell'immagine corporea, dei comportamenti psicomotori.

Nell'*osservazione del campo grupppale-transpersonale* si analizzano le dinamiche e i processi grupppali, i movimenti del gruppo nello spazio, le costruzioni coreografiche messe in atto. Si osservano le relazioni che si costituiscono attraverso il movimento.

C'è anche l'*osservazione del processo creativo*; si valuta la tolleranza del setting, si osservano le potenzialità di movimento e di esplorazione, si guarda l'espressività del corpo e del movimento, si sottolineano le qualità estetiche e simboliche derivanti dalla danza.

Infine, vi è l'*osservazione della metodologia applicata*, cioè, si valuta la funzionalità delle tecniche e dei metodi scelti in rapporto all'utenza, agli obiettivi, al contesto sociale e culturale.

In secondo luogo è essenziale far riferimento alla costruzione di un setting adeguato al raggiungimento degli obiettivi fissati.

Particolarmente importante è, infatti, la *stabilità* del setting, cioè dello spazio e delle regole che strutturano la seduta.

L'ambiente di lavoro è mantenuto neutro e stabile nel tempo e la durata della seduta è sempre rispettata, in modo tale che il bambino si senta sempre assicurato e stimolato.

Quando ci riferiamo agli stimoli intendiamo sia l'utilizzazione di materiali che di suoni e di particolari tecniche di conduzione delle sessioni; tutto ciò che introduciamo nella sala di lavoro modifica questo spazio. In particolare nel caso di bambini autistici è importante ritualizzare e sottolineare l'inizio e la fine della seduta, rendendo quello della danzamentoterapia uno spazio-tempo speciale e particolare.<sup>84</sup>

Varie sono, inoltre, le possibili tecniche applicative di danza movimento terapia; tra queste troviamo: il movimento abituale, il movimento tecnico, il movimento primitivo, il movimento creativo.

---

<sup>84</sup> V. Bellia (2001). *Dove danzavano gli sciamani. Il setting nei gruppi di Danza Movimento Terapia*, Franco Angeli, Milano, pp. 50-54.

Le tecniche di intervento riferite al *movimento abituale*, tendono ad esplorare, attraversare il vissuto dell'individuo, nei suoi schemi di movimento abituali, culturali, familiari, della vita quotidiana; nei suoi movimenti spontanei automatici, spesso stereotipati. In questo tipo di intervento vi sono consegne che richiedono di creare movimenti nuovi, senza alcun modello imitativo. Si indirizzano in particolar modo all'esplorazione delle varie aree emotive-cognitive-corporee.

Le tecniche di intervento riferite al *movimento primitivo* utilizzano movimenti universalmente condivisi, di particolare semplicità esecutiva, stilizzazione gestuale ed efficacia simbolica. Sono tecniche in genere supportate da sonorità ritmiche percussive.

Le tecniche legate al *movimento creativo* si basano sull'improvvisazione e su metodi di esplorazione dell'espressività umana e che provengono dal teatro e teatro-danza.

Le tecniche riferite al *movimento tecnico* derivano da discipline corporee specifiche, che usano patterns specifici motori della danza, della ginnastica.<sup>85</sup>

Naturalmente a seconda del tipo di utenza con cui ci troviamo a lavorare e a seconda della fase del percorso terapeutico, sarà più opportuno utilizzare determinate tecniche piuttosto che altre.

Infatti, una danza può essere eseguita solo nell'ascolto del corpo e del movimento altrui. L'*ascolto* è l'anima di qualsiasi processo terapeutico, ma come narra una leggenda lappone: «Non a tutti è dato di udire».<sup>86</sup>

Fatta un'adeguata osservazione, creato un setting idoneo e scelta la tecnica applicativa appropriata, a questo punto possiamo soffermarci sull'analisi della seduta di DMT.

Fondamentale è che tutte le attività all'interno della seduta avvengano in forma ludica. Il gioco rituale di apertura in cui il danzaterapeuta si prende simbolicamente cura del bambino, togliendosi le scarpe insieme a lui (a specchio) e aiutandolo, se necessario; segue una fase di avvio, preparatoria del tema della seduta, che costituisce un momento di transizione tra la realtà vissuta dal paziente fuori dalla danzaterapia e lo spazio/tempo di questa.

È una fase di saluto e riconoscimento reciproco tra soggetto e terapeuta, nella quale quest'ultimo introduce alcuni elementi da rielaborare e lascia spazio alle modalità comunicative ed espressive del quotidiano del bambino.

Si entra poi nella seconda fase di lavoro di tema. Al bambino vengono proposte delle immagini tematiche, che rappresentano il nucleo centrale su cui si articola l'incontro. Il tema è stabilito di volta in volta dal terapeuta e sintetizzato in alcune parole chiave, alle quali vengono associati dei materiali, o particolari proposte di movimento.

I materiali-stimolo, hanno particolari caratteristiche fisiche e sensoriali, sono materiali non strutturati, di svariate forme e dimensioni, di differente consistenza quali foulards, teli di

---

<sup>85</sup> C. Saccorotti, *La complessità e l'autonomia del processo terapeutico in DMT*, in A. Adorasio, M. Garcia, op. cit., pp. 131-133.

<sup>86</sup> L. V. Saccorotti (1993). *Leggende della Lapponia*, Arcana, Milano.

plastica trasparenti, rotoli di scotch colorato, tubi di cartone ondulato, scatole di cartone, gomitoli di lana, corde, elastici, palloncini colorati, materiali naturali.<sup>87</sup>

Questi materiali favoriscono la capacità di improvvisazione del bambino, ovvero come affermano Lapierre e Aucoutourier: «il piacere di vivere il proprio corpo, che è essenzialmente piacere del movimento fine a se stesso»; infatti grazie alla padronanza del gesto il bambino acquisirà sempre più una capacità propositiva.<sup>88</sup>

Attraverso la resistenza di questi materiali ai desideri del bambino, quest'ultimo sperimenta una contrapposizione alla sensazione di onnipotenza illusoria (teorizzata dalla Tustin) e lo induce ad una presa di coscienza dei propri limiti.

I giochi di *improvvisazione* corporea avvengono in una dinamica di rispecchiamento tra paziente e terapeuta e permettono l'instaurarsi di una relazione basata sul dialogo tonico e non verbale (empatia corporea).

Viene favorito, attraverso questa dinamica di comunicazione, lo sviluppo della capacità espressivo-emotiva del bambino con il conseguente ampliamento della chinesiologia (ampiezza del movimento) e anche della capacità espressiva vocale attraverso l'uso progressivo di improvvisazioni sonore associate al gesto.

In una prima fase ciò avviene in un contesto musicale prevalentemente melodico-fusionale per favorire un clima regressivo di fiducia reciproca. Progressivamente viene introdotto e utilizzato un contesto sonoro ritmico che stimola l'azione, la propositività e l'emergere delle qualità di movimento più caratterizzanti del paziente, i «segni emotivi», in cui come afferma France Schott-Billmann «l'energia pulsionale non dilaga perché si trova legata a una forma danzante, una struttura».<sup>89</sup>

Attraverso un ritmo scandito che favorisce la ripetizione di alcuni movimenti il bambino si sente rassicurato e si lascia andare in modo via via sempre più disinibito. La musica può essere considerata il contenitore sonoro del setting e viene scelta in base alla fase di lavoro in cui ci si trova; funge da stimolo per enfatizzare, favorire o sdrammatizzare l'attività.

Nella conclusione della seduta, nel "*ritorno alla calma*", anche l'accompagnamento musicale segue un andamento più melodico e quieto. L'incontro si chiuderà con il gioco-rituale del rimettersi le scarpe.

Talvolta, a discrezione del terapeuta e tenendo conto della reazione del bambino, possono esserci delle lezioni di rilassamento completo che prevedono l'uso di materassini e musiche dolci e melodiche; il terapeuta attraverso massaggi, pressioni, sfioramenti permette al bambino di allentare le tensioni e abbandonarsi alla piacevolezza del contatto fisico, che gradualmente verrà accettato.

---

<sup>87</sup> M. G. Sechi (1999). *Luca che non parla ma sa. La DMT utilizzata in un caso di autismo infantile in evoluzione*, Tesi di Diploma in Danzaterapia, Centrostudi Danza Animazione Arte Terapia, Cagliari, pp. 17-18, in A. Adorisio, M. Garcia, op. cit., p. 88.

<sup>88</sup> A. Lapierre, B. Aucoutourier (1978). *La simbologia del movimento*, Edipsicologiche, Cremona, pp. 60-62.

<sup>89</sup> F. Schott-Billmann (1989). *Le primitivism en danse, La recherche en danse*, Chiron, Paris, p. 47; trad M.A. Vacca.

Spesso il lavoro di danzaterapia per soggetti con autismo parte con un setting individuale per poi passare all'integrazione graduale del bambino in un piccolo e medio gruppo eterogeneo.<sup>90</sup>

È interessante, quindi, osservare degli esempi di possibile incontro di danzamovimentoterapia con bambini che presentano patologia autistica, riportati da alcuni autori.

Un esempio pratico di incontro di danzaterapia all'interno di una scuola elementare viene fornito da Payne. Le sessioni vengono costruite per un gruppo di bambini non comunicativi, definiti «autistico-psicotici».

L'obiettivo generale è quello di diagnosticare i *bisogni* di 16 bambini.

Gli scopi dell'incontro sono:

- valutare i bisogni di ciascun membro del gruppo in termini di sviluppo fisico e capacità di relazione;
- valutare il ruolo dell'assistente e il potenziale lavoro di relazione con ciascun membro del gruppo;
- valutare l'uso dello spazio da parte dei membri del gruppo, la consapevolezza delle parti del corpo, il ritmo, i movimenti fisici e il contatto con gli altri.

Analizziamo il primo incontro con il gruppo, formato da 16 ragazzi (maschi e femmine), accompagnati da 4 assistenti, la durata dell'intervento è di 45 minuti.

Nella prima parte della sessione vi è il riscaldamento; tutti si tolgono le scarpe in fondo alla stanza con l'aiuto degli assistenti, ed il terapeuta saluta i bambini. Ci si siede sulla linea bianca in fondo alla sala, poi con le mani per terra si fanno dei passi strascicati avanti ed indietro, tutti insieme.

Successivamente troviamo l'introduzione al tema; ciascuno a turno viene trascinato dall'assistente lungo il pavimento per la schiena. Poi, a gruppi di 4, i bambini vengono trascinati contemporaneamente. Ci si siede in cerchio e ognuno si tocca mani, piedi e ginocchia poi batte le mani, mentre i piedi battono sul pavimento, tutto accompagnato da musica.

Segue lo sviluppo del tema; tutti si muovono fuori e dentro il cerchio battendo le mani ed i piedi, ci si dondola con la schiena, gli assistenti aiutano i bambini a rotolare per terra, si corre verso il centro della sala.

L'ultima fase è quella del raffreddamento; ci si siede in grembo di un compagno, ci si dondola leggermente e poi ci si scambia. Si raggiunge il fondo della sala strisciando, si rimettono le scarpe e il terapeuta saluta ciascun bambino.

Dagli appunti del danzamovimentoterapeuta relativi alla prima seduta possiamo notare tutto ciò che ha causato disagio, difficoltà o gioia, sia nei bambini che negli assistenti. Il terapeuta afferma: «quando dissi di togliersi le scarpe e i calzini ci fu un certo disappunto da parte sia degli assistenti che dei bambini, che non erano preparati», o ancora «nessuno riusciva a seguire le istruzioni e tutti trovarono piuttosto difficile l'esercizio a terra per cui spesso

---

<sup>90</sup> Cfr. V. Puxeddu, *Danzaterapia integrata e autismo*, in A. Adorisio, M. Garcia, op. cit., p. 89.



volevano alzarsi e correre [...]. Risultò invece più facile l'esercizio di essere trascinati e correre era sicuramente l'attività preferita».

In base all'osservazione di ciò che è accaduto all'interno del primo incontro, il terapeuta ha potuto crearsi delle *aspettative* future, modificare alcune attività, far sì che gli esercizi più complessi fossero seguiti dalle assistenti, comprendere le specificità ed i *bisogni* di ciascun bambino, riuscendo così a lavorare con sempre maggiore facilità e raggiungendo gradualmente un divertimento e coinvolgimento reale anche nelle attività di gruppo.<sup>91</sup>

Alcune altre esperienze svolte dalla Adler con bambini autistici, sottolineano la rilevanza della *relazione* all'interno del processo di DMT.

Uno degli esercizi proposti è quello della «corda», in cui ad ogni bambino è richiesto di tenerne una parte fino a formare un cerchio. Il cerchio quindi si allarga e si stringe, in modo che i bambini imparino ad avvicinarsi agli altri e ad allontanarsi allo stesso modo, sperimentando diverse sfumature della vicinanza.

In un altro esercizio, un bambino, da solo, viene "spinto" delicatamente all'interno del cerchio dove viene accolto dalla terapeuta: iniziano i primi veri contatti fisici, una comunicazione di gioia e allegria che non ha bisogno di parole.

Nell'esperienza con i bambini autistici, che possono avere anche una totale assenza del linguaggio, il danzamentoterapeuta cerca di entrare nel loro mondo e di parlare la loro lingua. Per fare questo, le prime lezioni si basano sulla semplice imitazione dei loro movimenti.

Il movimento è l'unico mezzo utilizzato per comunicare, per entrare nel loro spazio. È attraverso il movimento del corpo che i bambini fanno capire quando non vogliono una cosa o quando sono in difficoltà.

L'imitazione permetterà al terapeuta di entrare veramente nel mondo dei bambini, di percepire le loro emozioni e di capirle. Ciò permette anche ai bambini di avere un contatto più fisico con l'altro: si abbracciano, saltellano nella stanza, giocano in cerchio.

I bambini iniziano anche ad esplorare il corpo del terapeuta (le mani, il viso) e successivamente anche il proprio corpo e quello dei pari, se vi è una terapia di gruppo.

Inizia, così, una relazione tra persone. Naturalmente, quando i bambini prendono confidenza con il loro corpo, riescono a lasciarsi andare maggiormente e la comunicazione non ha più confini. L'integrazione è totale. Il corpo diviene una parte importante del loro parlare, del loro sentire e del loro crescere.<sup>92</sup>

---

<sup>91</sup> Cfr. H. Payne, op. cit., pp. 45-47.

<sup>92</sup> J. Adler (2006). *Il corpo cosciente. La disciplina del Movimento Autentico*, Astrolabio Ubaldini, Roma, pp. 132-135.

### 3.3 ESPERIENZA PERSONALE DI DMT

Mi sembra opportuno, a conclusione di questa analisi di storia, metodi e possibili sedute di danzamentoterapia, riportare la mia personale esperienza, vissuta quest'anno all'interno di un'associazione presente nella città di Corato.

Gocce nell'Oceano Onlus è un'associazione di promozione sociale fondata da sedici fra genitori, studenti in materie attinenti la disabilità, esperti professionisti e terapeuti.

Si tratta di persone conosciutesi prevalentemente per avere già svolto, seppur in modo non organizzato, attività a favore dei bambini disabili. Oggi Gocce nell'Oceano Onlus conta 55 associati e una ventina di volontari.

Ognuno mette a disposizione dell'associazione parte del suo tempo e del suo saper fare. La finalità principale dell'Associazione è quella di favorire l'integrazione sociale dei bambini disabili.

Si tratta prevalentemente di bambini seguiti dal locale Servizio di Riabilitazione ed Integrazione Scolastica delle Unità Operative Complesse di Medicina Fisica e Riabilitativa ASL/BA di Corato, coordinato dalla dott.ssa Gianna Ceglia, ella stessa associata a Gocce nell'Oceano.

In particolare alcuni dei bambini fruiscono da più di due anni di progetti di danzaterapia. Oltre a questa attività, affidata alla responsabilità di Maria Giovanna Mascolo, l'associazione organizza anche sedute individuali di musicoterapia (a cura di "Sole" Marzewsky) e ha formato una piccola squadra di nuoto, sponsorizzata da TeleRegione, che si allena presso le piscine del centro sportivo Nicotel e che vede i bambini assistiti in acqua da volontarie e seguiti da un istruttore federale.

Le finalità che Gocce nell'Oceano Onlus si propone di raggiungere sono varie:

1. fornire sostegno psicologico e corrette informazioni ai futuri genitori, anche mediante incontri con altri genitori, affinché possano accettare con serenità il nascituro con disabilità;
2. facilitare l'indispensabile e proficuo inserimento di bambini e ragazzi portatori di handicap nelle scuole di ogni ordine e grado e nei centri di cura, terapia e riabilitazione;
3. creare una rete di consulenti formata da medici, operatori sanitari, scolastici e sociali sensibili ed interessati ai problemi dei bambini portatori di handicap, al fine di conseguire una migliore assistenza generale;
4. organizzare ogni attività (compresi convegni, giornate di studio) diretta a favorire l'inserimento di bambini e ragazzi portatori di handicap nella società e in particolare nel mondo della scuola e del lavoro e la loro accettazione a tutti i livelli, anche con l'organizzazione e la gestione di progetti per lo sviluppo dell'autonomia personale, per l'attività motoria di base e per l'attività sportiva dilettantistica;
5. raccogliere e divulgare ogni informazione utile al superamento dell'handicap, promuovendone la ricerca;
6. diffondere la conoscenza degli strumenti operativi, legislativi e previdenziali di cui possono usufruire i bambini e ragazzi portatori di handicap ovvero i loro congiunti;

7. promuovere contatti con tutte le associazioni ed enti, pubblici e privati, che si occupano dei problemi dei bambini e ragazzi portatori di handicap;
8. offrire agli organi legislativi e di governo dello Stato, della Regione e degli altri Enti Locali collaborazione nell'applicazione delle norme vigenti, nella formulazione di piani e programmi, nello studio di nuovi provvedimenti;
9. fornire assistenza amministrativa, legale, fiscale e previdenza.

Personalmente faccio parte dell'associazione come volontaria e partecipo settimanalmente alle lezioni di danzamentoterapia tenute dalla dottoressa Mariagiovanna Mascolo.

Ho trovato fin da subito un clima familiare, sereno e molto accogliente. Genitori, terapeuti, educatrici e volontarie lavorano a stretto contatto con infinita passione verso il loro lavoro ed affetto verso tutti i bambini.

Le sedute di DMT si svolgono ogni giovedì ed hanno la durata di circa 45 minuti; vi partecipano 8-10 bambini con differenti patologie: autismo, sindrome di Down, ritardo cognitivo, ritardo psicomotorio; il gruppo è comunque aperto anche a bambini normodotati.

Durante le prime lezioni, ho affiancato le altre volontarie per integrarmi nel gruppo e per iniziare ad instaurare un rapporto con i bambini. È necessario, infatti, che i bimbi considerino tutte le persone presenti nelle sedute come individui empatici, positivi e di cui potersi fidare.

Nel corso del tempo sono riuscita, non senza alcune difficoltà, a stabilire un rapporto con ciascuno di loro, un rapporto speciale, talvolta fatto di sguardi, a volte di abbracci, a volte di vicinanza e richieste.

Si provano emozioni e sensazioni forti nel vedere la felicità e la gioia brillare negli occhi dei bimbi quando comincia la seduta. Dopo averli aiutati a togliere le scarpe, ci posizioniamo tutti, a piedi nudi, all'interno della stanza, seduti in un cerchio con la solita musica rituale, che segna l'apertura del "nostro spazio extra-quotidiano"; uno spazio in cui giocare con il corpo e con i movimenti, in cui è possibile utilizzare nastri, foulard, birilli, cerchi, stoffe che permettono di comunicare in modo differente, senza dover parlare.

La danza ci permette di entrare a contatto con loro, permette di esprimere il non detto, permette di sviluppare relazioni significative; favorisce un contatto fisico ma anche emotivo.

Si crea per i bambini la possibilità di fare richieste, di stare insieme e sviluppare delle relazioni con i pari, seppur inizialmente guidate dai vari operatori.

Nel corso di quest'anno ho potuto notare, in prima persona, i molteplici traguardi raggiunti da ciascun bambino; sono spesso piccoli successi che, però, con pazienza, riescono a portare risultati sempre maggiori, migliorando la loro qualità di vita.

I bambini, oggi, riescono a seguire le sessioni di danzaterapia con molta facilità rispetto all'inizio dell'anno; talvolta, non hanno nemmeno bisogno del supporto e del prompt fisico di noi volontarie, riuscendo ad interagire più facilmente tra loro ed i comportamenti problema sono sempre più rari.

Sottolineo il fatto che, oltre alle sedute di danzamentoterapia, una parte dei soggetti segue terapie alternative (come l'Analisi Comportamentale Applicata), che aiutano moltissimo il raggiungimento degli obiettivi terapeutici propri delle sessioni di DMT.

Per avere un quadro completo di cos'è la DMT e come, all'interno dell'associazione Gocce nell'Oceano, si mette in pratica tale terapia ho posto alla dottoressa danzavimentoterapeuta Mariagiovanna Mascolo una breve intervista che propongo qui di seguito.

1- Cos'è la danzavimentoterapia? Quali sono gli obiettivi e le finalità che vuole raggiungere?

La Danzavimentoterapia è una disciplina specifica orientata a promuovere l'integrazione fisica, emotiva, relazionale, affettiva e psicosociale dell'individuo, per migliorarne la qualità della vita.

La specificità della Danzavimentoterapia si riferisce al linguaggio del movimento corporeo e della danza che, uniti al processo creativo, diventano le principali modalità di valutazione e di intervento all'interno di processi interpersonali finalizzati alla positiva evoluzione dell'essere umano.

Il filo comune a tutti i lavori di danzavimentoterapia è la fiducia nella possibilità di recuperare una migliore integrazione di corpo e psiche, quale fonte primaria di conoscenza. È comune anche la centralità assegnata al corpo e al suo movimento espressivo-creativo come veicolo per la costruzione della relazione e del processo terapeutico.

Possiamo anche definirla come una disciplina pedagogica e terapeutica tipicamente non verbale che, attraverso un percorso guidato, dà la possibilità alle persone di far emergere la propria creatività, spesso latente, sotto forma di movimento corporeo.

Più in particolare la Danza Movimento terapia si basa su una serie di esercizi che, attraverso la musica, il movimento ed un setting strutturato:

- 1) favoriscono lo sviluppo delle capacità motorie tecniche e creative;
- 2) promuovono la consapevolezza corporea attraverso l'interiorizzazione guidata ed il movimento ritmico;
- 3) favoriscono il riconoscimento consapevole e la canalizzazione di impulsi ed emotività in chiave ritmica e creativa;
- 4) stimolano e favoriscono la relazione con l'ambiente e con gli altri;
- 5) fanno ritrovare la propria espressività attraverso la musica, il tempo, l'energia;
- 6) promuovono il movimento libero e creativo, attraverso l'improvvisazione.

2- Come dovrebbe essere organizzato il setting terapeutico, la durata e periodicità delle sedute DMT? Quali materiali/strumenti e musiche è più opportuno utilizzare?

Il setting terapeutico deve essere costituito da una stanza, piuttosto ampia (min.4x4) e libera da quelli che noi definiamo distrattori, preferibilmente con del parquet, perché prediligiamo lavorare a piedi nudi. In alcuni casi, a discrezione del terapeuta, soprattutto nelle sedute iniziali, si fa esattamente il contrario: per stimolare i bambini si mettono più materiali possibili all'interno della stanza per cercare di capire quale può essere il rinforzo privilegiato

dal bambino, che spinge la sua motivazione. Possiamo notare la predilezione verso determinati materiali attraverso l'osservazione dello sguardo e dei movimenti del soggetto.

Tutti i materiali, nelle sedute successive, devono essere riposti all'interno di scatole non accessibili e nemmeno visibili, sarà il terapeuta a selezionarli in base al tipo di lavoro previsto. I materiali utilizzati vanno dalle stoffe ai nastri, alle palle di diverse dimensioni e colori, alle sedie, ai giornali, ai cerchi; ovviamente ogni materiale impiegato all'interno della seduta va calibrato e studiato in base al tipo di utenza, a seconda della differente patologia. Ad esempio, se dobbiamo lavorare sulla flessibilità utilizziamo le stoffe, per il controllo tonico usiamo le palle oppure le piume.

Per quanto riguarda le musiche, facciamo sempre riferimento al tipo di patologia presente nel soggetto; musiche comunemente usate sono quelle melodiche o ritmiche. Ogni seduta dura 45-50 minuti e deve avere almeno una cadenza settimanale, garantendo un lavoro sistematico che si protragga per almeno 6 mesi.

3- Come sono strutturate le sedute di DMT? Cosa prevede l'organizzazione delle sessioni?

Tutte le strutture di DMT sono organizzate in tre momenti: una parte iniziale, chiamata *rituale di apertura*, che consiste in una musica o attività che si ripete in tutte le sedute. Questo rituale permette al bambino di capire che sta entrando nello spazio della DMT, fornisce una cornice temporale (noi utilizziamo una musica riconoscibile ritmata da tamburi). C'è poi una parte centrale in cui sviluppiamo un lavoro specifico in base all'utenza, ad esempio un lavoro sulla coordinazione oppure sulla fluidità dei movimenti con strumenti e musiche specifiche. La parte finale è chiamata *rituale di chiusura* ed è previsto, anche qui, l'utilizzo di una musica specifica che aiuta i bambini a capire che la sessione si sta concludendo e li prepara, psicologicamente, all'uscita.

4- Qual è il ruolo svolto dalle educatrici e dalle volontarie che l'accompagnano in queste sedute settimanali di danzamentoterapia?

Il lavoro delle educatrici e volontarie è di fondamentale importanza nel momento in cui andiamo ad operare in sessioni di gruppo e, soprattutto, con bambini che hanno patologie abbastanza rilevanti, come l'autismo. Quando parliamo di gruppi ci riferiamo a numeri importanti, da 8 a 10 soggetti, che impediscono a noi danzaterapeute di lavorare e gestire singolarmente l'intero gruppo. Io, personalmente, prediligo il lavoro "uno a uno" per far sì che i bambini riescano a seguire tutte le indicazioni date, grazie al supporto della cosiddetta *figura ombra*, presente alle spalle del bambino. Le educatrici e volontarie guidano il bambino nei lavori di imitazione motoria o in giochi di relazione, proprio perché la loro è una relazione facilitata grazie al mettersi allo stesso livello del bambino, seguendo le sue esigenze. L'obiettivo è, naturalmente, quello di sfumare gradualmente la presenza di queste educatrici e fare in modo che il bambino si relazioni con i coetanei o con il gruppo di cui fa parte.

5- Quali possono essere i “successi/progressi” raggiunti dai bambini grazie alla danzaterapia? In che modo è possibile valutarli concretamente?

La DMT è fondamentale soprattutto con bambini non vocali, perché è una forma di comunicazione non verbale che permette, attraverso il linguaggio alternativo dei movimenti, di esprimere stati d'animo altrimenti non esprimibili. Permette inoltre di sviluppare il sistema psicomotorio, lavorando sulla motricità fine o grossolana, riducendo problemi di coordinazione o controllo tonico (patologie legate alla iper/ipo-tonia). La DMT, quindi, anche attraverso la musica, che rappresenta un canale privilegiato e motivante per i bambini, permette di raggiungere obiettivi rilevanti.

I progressi nel concreto vengono valutati attraverso il *Bilancio Psicomotorio Funzionale*, un test applicato dal danzamovimentoterapeuta che osserva in modo sistematico il bambino e riempie delle griglie di valutazione sul controllo tonico, sulla motricità fine, sulla coordinazione e i vari parametri considerati.

6- Come può descrivere il rapporto che si instaura tra lei, danzaterapeuta, ed i bambini con autismo?

Il rapporto che si instaura tra me ed i bambini con autismo è sicuramente un rapporto importante ed esclusivo, perché vedono in me un canale di comunicazione alternativo. Spesso questi bambini non verbalizzano e grazie alla musica ed al movimento riescono ad esprimere le loro esigenze ed emozioni e a stabilire una relazione empatica piuttosto importante. Vedono in me un mediatore della comunicazione fatta principalmente di sguardi, di contatto visivo (un'area deficitaria in bambini con autismo), ma anche di contatto fisico e corporeo grazie al materiale utilizzato che riduce la resistenza all'avvicinamento. Attraverso la stoffa, ad esempio, riusciamo ad avvicinarci a loro con molta tranquillità e gradualità, senza un contatto diretto iniziale; in questo modo i bambini vedono in me una persona di cui fidarsi, con cui potersi lasciar andare.

7- Nell'intervento rivolto a bambini autistici è necessaria una osservazione preliminare del soggetto? Come avviene l'osservazione?

È necessario e fondamentale condurre un'osservazione preliminare del bambino per capire a che livello si trova e di cosa ha bisogno, prima di decidere se operare singolarmente o in gruppo. Viene fatta un'osservazione libera in ambiente naturale, lasciando il bambino nella stanza in cui sono presenti tutti i materiali e vengono alternate musiche differenti. Si nota qual è la predilezione del bambino, il materiale motivante per lui o l'attività che preferisce svolgere. Si evidenziano le prime difficoltà e potenzialità, lavorando inizialmente su queste ultime, per poi cercare di migliorare le aree problematiche.

Nel corso del tempo si effettuerà un'osservazione sistematica, il Bilancio Psicomotorio Funzionale, fatta in più sedute, in cui il bambino viene da me guidato nelle varie attività e viene valutato il livello in cui si trova in quel momento per poter stilare, poi, un trattamento individualizzato.

8- Come avviene l'integrazione del singolo soggetto nel gruppo eterogeneo?

Inizialmente preferisco lavorare singolarmente con il soggetto, per un numero di sedute non stabilito, poiché in tal modo riesco ad avere più chiara la situazione diagnostica. Se uno degli obiettivi per il bambino è l'integrazione nel gruppo, passerò all'inserimento graduale in un piccolo gruppo di bambini, 2 o 3 al massimo, con l'aiuto di una volontaria. L'integrazione può partire con un inserimento di soli dieci minuti, per poi arrivare alla mezz'ora, fino al completamento di un'intera seduta di DMT.

9- Come si gestiscono eventuali comportamenti problema del bambino?

Oltre ad essere una danzavimentoterapeuta ho una formazione in Analisi Comportamentale Applicata e questo mi è di grande aiuto nella gestione dei comportamenti problematici. Ciò che è necessario fare è capire la funzionalità del comportamento problema messo in atto: può avere una funzione di attenzione, una funzione di evitamento, una funzione di accettazione del no o di autostimolazione; in base a questo tipo di analisi, viene messa in pratica una determinata procedura, ad esempio il contenimento fisico, il mantenimento dell'istruzione o l'estinzione, procedure specifiche dell'Analisi Comportamentale. I comportamenti-problema sono molto pericolosi non solo per il bambino, ma anche per la danzaterapeuta, le volontarie ed i bambini presenti nella sessione.

10- La danzavimentoterapia aiuta a far esprimere attraverso il linguaggio corporeo questi bambini che mostrano problemi nella comunicazione verbale? Il bambino riuscirà a migliorare la competenza sociale ed essere maggiormente integrato nel gruppo di cui fa parte? Come possiamo valutarlo?

La DMT è sicuramente una disciplina che permette di sviluppare una Comunicazione Aumentativa Alternativa, soprattutto nei bambini non vocali, poiché il movimento corporeo ed il linguaggio danzato sono delle forme di espressione e comunicazione molto forti. Noto spesso un miglioramento in quelle che sono le competenze sociali e soprattutto nell'integrazione con il gruppo.

La valutazione viene fatta attraverso una raccolta dati, tipica dell'Analisi Comportamentale, ossia una registrazione della frequenza delle richieste (quante sono le richieste emesse dal bambino durante l'intera sessione di DMT); l'andamento viene reso evidente grazie alla

costruzione di un grafico che sottolinea l'aumento o la diminuzione (molto rara) della comunicazione verbale o attuata attraverso l'uso di segni o immagini.

11- Cosa pensano i genitori della danzaterapia? Sono soddisfatti del percorso e notano dei piccoli successi dei loro bambini nel corso del tempo?

Nella mia esperienza ho sempre trovato genitori altamente soddisfatti di questo percorso, sia perché vedono i loro bambini volentieri di iniziare le sedute di lavoro, viste non come un reale lavoro ma come un gioco, una possibilità di esprimere se stessi attraverso la musica (canale molto motivante e positivo per i bambini), sia perché notano dei progressi in varie aree deficitarie nel corso del tempo.

La DMT richiede comunque interventi periodici, sistematici e a lungo termine, infatti i progressi in bambini con autismo sono gradualmente e richiedono tempi lunghi; bisogna avere pazienza e non demordere.

12- Pensa che la DMT possa essere affiancata ad altri interventi specifici per bambini con autismo?

Io credo che sia fondamentale affiancare la danzamovimentoterapia ad altri tipi di interventi, soprattutto nel caso di bambini autistici; in particolar modo consiglio l'Analisi Comportamentale Applicata, riconosciuta come valida anche dalle Linee Guida per l'Autismo.

L'ABA (Applied Behavior Analysis) e la danzamovimentoterapia si completano a vicenda: la prima permette di gestire i comportamenti problematici e offre strumenti di valutazione sistematici, monitorando i miglioramenti del bambino; la seconda, lavora sulla comunicazione e motivazione del soggetto.

I bambini con autismo hanno difficoltà comportamentali che la danzaterapia da sola non può fronteggiare, per questo motivo consiglio di affiancarla ad altri interventi.

13- Ritieni funzionale l'integrazione tra terapie farmacologiche e/o psicoterapeutiche e DMT? In base alla sua esperienza, pensa che la DMT possa essere considerata un valido supporto e sostegno per i bambini con autismo ed anche, più in generale, per i bambini con altre patologie?

Personalmente cerco sempre di evitare di arrivare al farmaco, soprattutto in bambini molto piccoli, a meno che non ci siano situazioni gravi (crisi epilettiche, problemi di tiroide..). Ricordo che lavoriamo stando, naturalmente, sempre in contatto con medici, neuropsichiatri infantili e psicoterapeuti. Se sono presenti problemi comportamentali cerco, in primo luogo, di agire attraverso l'Analisi Comportamentale osservando gli esiti che porta, in seguito, con l'aiuto del neuropsichiatra, si stabilisce se c'è la necessità di intervenire con farmaci. Facendo riferimento alla mia esperienza, posso confermare che tutti i bambini che hanno lavorato con



me in sessioni di DMT ne hanno trovato solo giovamento; vedono la sessione come un momento di svago, di gioco, di incontro differente dalle altre varie terapie da loro seguite (logopedia, fisioterapia..). Per questi motivi ritengo la DMT un valido sostegno non solo per bambini con autismo, ma anche per soggetti con sindrome di Down, ritardo psicomotorio, ritardo cognitivo; è una terapia utile a bambini, adulti ed anziani che possono presentare patologie quali Alzheimer o Demenza Senile, poiché permette di mantenere le capacità mnemoniche piuttosto vive.

In sintesi, quindi, possiamo affermare che l'applicazione della danzamovimentoterapia rappresenta un intervento clinico-riabilitativo efficace nel trattamento integrato della sindrome autistica. In particolare l'approccio corporeo della DMT sollecita il processo dello sviluppo psicologico del bambino autistico, intervenendo sulla sfera relazionale attraverso la sua caratteristica connotazione di area transazionale, corporea e non verbale, agendo sui deficit più invalidanti di questa sindrome, che sono lo sviluppo dell'interazione sociale, le modalità di comunicazione e il piano comportamentale.

## CONCLUSIONE

A conclusione di questo lavoro, vorrei rendere evidenti quelli che sono i risultati da me riscontrati.

Posso affermare che la danzamentoterapia sia un utile ed efficace intervento a supporto di quelli tradizionali.

Il fattore positivo è senza dubbio il fatto che riesca a far raggiungere importanti obiettivi nelle persone con disabilità e non solo.

La danzaterapia permette, infatti, come sottolineato più volte nel corso dei capitoli, di aumentare la consapevolezza corporea, di sviluppare un'immagine di sé reale e positiva, di accrescere le capacità motorie, di coordinazione, di motricità fine e grossolana, di arricchire le potenzialità comunicative ed espressive, soprattutto di soggetti che hanno gravi e lievi difficoltà in questa area.

Risulta essere un importante *ponte* di interazione interpersonale e di contatto nei soggetti con autismo poiché, nel corso del tempo, l'esperienza pratica dimostra notevoli miglioramenti nel controllo dei comportamenti problema, oltre ad un forte incremento del contatto visivo e fisico con il danzamentoterapeuta, in primis, con le educatrici e volontarie coinvolte nelle sedute e, successivamente, anche con i bambini che fanno parte del gruppo.

È possibile notare anche una forte motivazione dei bambini alla partecipazione alle sedute perché viste come momento di divertimento e svago, in cui è possibile liberarsi dalle costrizioni, esprimere il «non detto», l'inesprimibile, attraverso una forma di comunicazione alternativa: il movimento, la danza creativa.

Anche dal punto di vista dei genitori, come affermato dalla danzamentoterapeuta M. Mascolo, osserviamo un'alta soddisfazione relativa al percorso ed ai piccoli, ma costanti, successi e progressi ottenuti dai bambini.

Nonostante tutto ciò, la danzamentoterapia nel concreto è ancora poco presente sul nostro territorio e non le viene riconosciuta l'effettiva efficacia che meriterebbe.

Inoltre, da sola, spesso non può essere considerata una terapia "adeguata e produttiva", perché non è in grado di far fronte alle difficoltà comportamentali dei soggetti che hanno patologie gravi; infatti, è giusto definirla «terapia di supporto» quando siamo davanti ad onerosi disagi psicologici.

Cercando di sottolineare i vantaggi e le potenzialità che la DMT offre e volendo, allo stesso tempo, limitare le pecche, fattori critici presenti, bisognerebbe, a mio parere:

- sviluppare una maggiore consapevolezza della disciplina attraverso delle convention formative gratuite, seminari, assemblee che ne rendano visibili i benefici;
- creare un'integrazione tra i fini specifici della danzaterapia e obiettivi educativi e pedagogici;
- incrementare la conoscenza della danzamentoterapia, nel concreto, preparando sedute gratuite di Dmt aperte ad un vasto pubblico, non solo composto da soggetti con

disabilità, poiché tanti sono i miglioramenti ottenibili anche in individui adulti o anziani, o in bambini normodotati;

- elaborare una disciplina, riconosciuta a livello nazionale, che integri la danzamentoterapia con un altro approccio, come ad esempio l'Analisi Comportamentale Applicata, in modo tale da unire gli aspetti positivi della danzaterapia alle conoscenze ed ai metodi dell'approccio comportamentale; in questa maniera, la DMT diventerebbe una terapia completa, in grado di gestire gli aspetti problematici di gravi patologie e riuscendo a monitorare e valutare i miglioramenti nel corso del tempo, oltre a fornire tutti i caratteristici e propri benefici.

## BIBLIOGRAFIA

Adler J., *Il corpo cosciente. La disciplina del Movimento Autentico*, Astrolabio Ubaldini, Roma, 2006.

Adorisio A., Garcia M., *Danza Movimento Terapia. Modelli e pratiche nell'esperienza italiana*, Edizioni Magi, Roma, 2008.

Aucoutourier B., Lapierre A., *La simbologia del movimento*, Edipsicologiche, Cremona, 1978.

Belfiore M., Colli M. L., *Tra il corpo e l'io. L'Arte e la Danza-Movimento Terapia ad orientamento psicodinamico*, Pitagora, Bologna, 1998.

Bellia V., *Danzare le origini. Expression Primitive, oltre la danzaterapia*, CUECM, Catania, 1995.

Bellia V., *Dove danzavano gli sciamani. Il setting nei gruppi di Danza Movimento Terapia*, Franco Angeli, Milano, 2001.

Bellia V., *Se la cura è la danza. La metodologia espressivo-relazionale nella danza terapia*, Franco Angeli, Milano, 2007.

Behrends A., Dziobek I., Muller S., *Moving in and out of synchrony: a concept for a new invention fostering empathy through interactional movement and dance*, in "The Arts in Psychotherapy", 2012.

Bernardi M., Condolf A., *Psicologia per il tecnico dei servizi sociali*, CLITT, Roma, 2006.

Boxhill E. H., *Music therapy for the developmentally disabled*, Pro-Ed, Austin, Texas, 1985.

Cafiero J. M., *Comunicazione aumentativa e alternativa. Strumenti e strategie per l'autismo e i deficit di comunicazione*, Erikson, Trento, 2009.

d'Alonzo L., *Pedagogia speciale*, La Scuola, Brescia, 2003.

De Robertis S., *Storia dell'integrazione scolastica in Italia. Dalle leggi alle tecnologie informatiche*, Cacucci, Bari, 2007.

Elia G., *Percorsi formativi, dinamiche sociali e pedagogia speciale*, in "Studium Educationis", III, p. 626, 2001.

Elia G., *Questioni di pedagogia speciale*, Progedit, Bari, 2012.

Espenak L., *Dance therapy: Theory and application*, Charls Thomas, Springfield, 1981.

Frith U., *L'autismo. Spiegazione di un enigma*, Laterza, Bari, 2001.

Fux M., *Formazione alla danzaterapia di Maria Fux*, Odòs, Milano, 1991.

- Fux M., *Frammenti di vita nella danzaterapia*, Pixel, Milano, 1996.
- Garaudy R., *Danzare la vita*, Cittadella, Assisi, 1999.
- Giancane D., *Educare oggi: una scommessa impossibile?*, Adda Editore, Bari, 2012.
- Giancane D., *L'utopia pedagogica. Sette grandi autori del novecento*, Levante Editori, Napoli, 2012.
- Guerra Lisi S., Stefani G., *Contatto, Comunicazione, Autismo*, FrancoAngeli, Milano, 2005.
- Ianes D., Zappella M., *L'autismo. Aspetti clinici e interventi psicoeducativi*, Erikson, Trento, 2009.
- Iesu F., *Handicap e integrazione nel contesto europeo*, Tecnodid, Napoli, 1991.
- Knill C., Knill M., *Motricità e musicoterapia nell'handicap. Consapevolezza corporea, movimento, comunicazione non verbale*, Erikson, Trento, 2009.
- Milner M., *L'alba dell'eternità*, Borla, Roma, 1990.
- Mitchell P., Schoop T., *Won't you join the dance: A dancer's essay into the treatment of psychosis*, National Press Books, Palo Alto (California), 1974.
- Payne H., *Danzaterapia e movimento creativo*, Erickson, Trento, 1997.
- Ricci Bitti P. E., *Regolazione delle emozioni e arti-terapie*, Carocci, Roma, 1998.
- Saccorotti L. V., *Leggende della Lapponia*, Arcana, Milano, 1993.
- Schott-Billmann F.(1989), *Le primitivism en danse. La recherche en danse*, Chiron, Paris, 1989; trad. Vacca M. A.
- Shcmais C., *Dance Therapy in Perspective*, Focus on dance VII, 1974.
- Tustin F., *Autismo e psicosi infantile*, Armando, Roma, 1975.
- Warren B., *Arteterapia in educazione e riabilitazione*, Erickson, Trento, 1995.
- Winnicott D. W., *Gioco e realtà*, Armando, Roma, 1983.

## RINGRAZIAMENTI

Ringrazio mia mamma e mio papà che con affetto e fiducia hanno sempre supportato e sostenuto le mie scelte ed il mio percorso di studi; ringrazio mio fratello Alessio che, nonostante la lontananza, mi è sempre stato vicino.

Ringrazio la professoressa Valeria Rossini che ha appoggiato la mia proposta di tesi e ne ha seguito lo sviluppo e la realizzazione.

Ringrazio la Dottoressa Mariagiovanna Mascolo per la sua disponibilità e per tutte le informazioni che gentilmente mi ha fornito.

Un ringraziamento speciale va all'associazione Gocce nell'Oceano e a tutti i bambini che con la loro gioia e voglia di vivere hanno reso le sessioni di danzaterapia dei veri momenti di felicità e di crescita personale.

Infine, ringrazio chi con amore mi è vicino da sempre, tutti gli amici, vecchi e nuovi, che hanno reso questi tre anni indimenticabili.