





**UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI BARI  
“ALDO MORO”**

FAC/SCUOLA DI MEDICINA

CORSO DI LAUREA IN EDUCAZIONE PROFESSIONALE

---

TESI DI LAUREA SPERIMENTALE  
IN  
SCIENZE NEUROPSICHIATRICHE

***“Nuoto e disabilità:  
la terapia multisistemica in acqua”***

Relatore

Chiar. mo Prof. Andrea DE GIACOMO

Laureanda

Lorena CASTRIGNO

---

ANNO ACCADEMICO 2014/2015



## **INDICE:**

*Premessa:* Come nasce la terapia .....Pag.2

### ***Introduzione :***

#### **L'autismo**

- Che cos'è l'autismo .....Pag.7
- L'autismo e la sua storia.....Pag.9
- Valutazione diagnostica secondo *DSM-IV TR e ICD-10*.....Pag.13
- Metodi di intervento .....Pag.20

#### **La terapia multisistemica in acqua: una nuova modalità di intervento**

- Cos'è la TMA.....Pag.27
- Perché terapia.....Pag.29
- Perché multisistemica.....Pag.30
- Perché in acqua.....Pag.33

#### **Strumenti e metodi della TMA; il ruolo dell'Educatore Professionale**

- La struttura metodologica.....Pag.37
- Il sostegno dell'Educatore Professionale.....Pag.38
- Fasi della TMA.....Pag.43

#### ***Applicazione della TMA su un gruppo di bambini affetti da Disturbo dello Spettro Autistico e Sindrome di Down***

- Presupposti teorici.....Pag.47
- Lo strumento di indagine: il questionario.....Pag.48
- Soggetti e metodi.....Pag.51
- Risultati dell'analisi.....Pag.54

***Discussione e conclusioni*** .....Pag.63

***Bibliografia e Sitografia*** .....Pag.66

***Ringraziamenti***.....Pag.69

## **PREMESSA**

*Il vero viaggio di scoperta non consiste nel cercare  
nuove terre, ma nell'avere occhi nuovi*

*(Proust)*

### **Come è nata la terapia**

La terapia multisistemica in acqua nasce tanti anni fa, nel cuore e nella mente di un ragazzo, Giovanni Ippolito, che per passione aveva scelto di stare accanto ai più deboli, in particolare i soggetti con difficoltà nella comunicazione.

Grazie ad essa, tanti sono stati i ragazzi che ha seguito e aiutato, dedicando loro molto tempo, condividendo problemi e conquiste, osservandoli, amandoli, inventando relazioni nuove, costruendo ponti di contatto con compartecipazione e perseveranza, regalando una speranza, strutturando le idee, accumulando esperienze.

Crescendo, professionalmente e umanamente, è diventato psicologo e ha potuto cominciare a formare e raccogliere, in modo tecnico e scientifico, il suo bagaglio e le sue ipotesi, orientandoli verso modalità operative pratiche e funzionali.

Fondamentale nel suo cammino è stato l'incontro con altri due giovani professionisti, anche loro psicologi, Giovanni Caputo e Paolo Maietta. Pieni di entusiasmo e di volontà, hanno creduto nel

sogno di sperimentare, per cambiare qualcosa, nella vita tanto complessa, dei bambini speciali e delle loro famiglie.

L'ispirazione del dott. Ippolito, che l'ha portato ad essere l'ideatore di una nuova modalità di intervento, incominciò nel 1990, quando ancora studente, si trovò a fare l'istruttore di nuoto volontario presso il centro "Don Orione" di Pescara, all'interno del quale vi era una piscina, in cui operava personale dell'associazione Orione, una delle migliori società sportive di nuoto per diversamente abili, presenti sul territorio nazionale.

Fu lì che incontrò Matteo Iacono, istruttore, che gli insegnò i modelli comportamentali e le tecniche, oltre che la passione per questo tipo di attività, che si sono rivelati estremamente utili nei successivi approcci.

L'idea di questa terapia parte principalmente dall'osservazione e dall'esperienza. Il dott. Ippolito aveva cominciato a comprendere che l'acqua avrebbe potuto rappresentare il mezzo attraverso il quale raggiungere obiettivi terapeutici, valutando i cambiamenti comportamentali messi in atto dai bambini con diagnosi di disturbi generalizzati dello sviluppo e autismo, a lui affidati.

L'ambiente acquatico rappresentava, quindi, un "*attivatore relazionale*": egli aveva notato, infatti, che gli stessi bambini che, incontrati negli spogliatoi o all'interno dell'istituto, nei corridoi o nelle stanze, lo ignoravano letteralmente, in acqua assumevano atteggiamenti meno oppositivi e meno evitanti: già dai primi

incontri cominciavano a relazionarsi, sia pure con modalità anormale.

L'incontro con F., un bambino autistico, si rivela decisivo: il dott. Ippolito entra a contatto con i suoi occhi persi nel vuoto, mentre si dondola sulle punte e muove in modo stereotipato le dita delle mani; ma soprattutto, incrocia lo sguardo di sua madre, mentre cercava di spiegargli cosa avesse suo figlio e quanto poco si sapesse di quella patologia.

Da quel momento Giovanni Ippolito ha deciso di “ tuffarsi” nel mondo incredibile e poco conosciuto dell'autismo, seguendo l'intuizione che l'attività in acqua potesse portare dei benefici a questi bambini speciali e alimentando, con l'operatività e lo studio, la speranza che quella intuizione fosse giusta.

In questo nuovo setting, infatti, l'empatia del terapeuta verso gli stati d'animo del bambino, unita alla presenza di numerosi “giochi relazionali mediati dal contatto”, gli permetteva significative possibilità di scambi intersoggettivi.

Essendo già tecnico della Federazione italiana nuoto, decide quindi di specializzarsi anche come tecnico di nuoto per disabili e non vedenti per la FISHA ( Federazione italiana sport handicap), divenendo così tecnico di nuoto di primo e secondo livello per la FISD ( Federazione italiana sport disabili), con l'intento di conoscere sempre meglio quei bambini speciali, perché per

dimostrare la validità dell'intervento in acqua, bisognava raccogliere più dati possibili e quindi, stare insieme a loro a lungo.

Trovò una piscina a Roma dove poter svolgere l'attività, in contemporanea alle normali attività della scuola nuoto, così da poter offrire ai bambini autistici e alle loro famiglie, un ambiente "normale", che permettesse l'integrazione, lontano dai soliti ambienti di terapia che le famiglie erano costretti a frequentare.

Uno "spazio di normalità" in piena integrazione con gli altri bambini che, dal canto loro, offrivano molteplici stimolazioni ai loro amici speciali.

Tantissime famiglie aderirono al progetto e il dott. Ippolito fu nominato responsabile per le attività sportive e ludico-ricreative.

Oltre a manifestare la gioia di poter frequentare un posto pubblico, cosa sino ad allora sempre negata, le famiglie continuavano a registrare e comunicare i cambiamenti comportamentali, cognitivi e relazionali che i bambini attuavano, in coincidenza con l'avvio dell'attività in acqua.

La vera svolta dell'attività ci fu quando al suo lavoro, nel 1999, si affacciarono i due amici e colleghi psicologi, i dottori Giovanni Caputo e Paolo Maietta che decisero di sviluppare l'attività anche a Napoli e Caserta. I colleghi confermarono ogni risultato con altri bambini e altre famiglie, raccogliendo da questi genitori dichiarazioni molto simili a quelle raccolte dal dr. Ippolito, e soprattutto, riuscirono finalmente a lavorare insieme sui modelli

teorici di riferimento, fino ad arrivare alla nascita di questa nuova terapia, la “Terapia multisistemica in acqua”.

Oggi tanti bambini possono fruire di questa attività, e molti di loro ormai frequentano le normali lezioni di nuoto, senza l’ausilio del terapista. Hanno ottenuto notevoli miglioramenti nell’attenzione condivisa, nella socializzazione, nell’ascolto e condivisione delle regole, diminuendo gli stati dissociativi e i comportamenti oppositivi. Tutti i soggetti che mostravano una notevole auto ed etero aggressività hanno diminuito tali comportamenti.

Così, dunque, grazie ad una grande risorsa professionale, ma soprattutto grazie alla forza che nasce dalla condivisione degli stessi progetti, dal desiderio di aiutare, e da una notevole energia positiva, le esperienze accumulate in anni di lavoro e lo studio organico dei casi, hanno dato vita a una terapia originale, ma soprattutto interessante da un punto di vista scientifico e umano.

La passione, le conoscenze e le competenze specifiche, la costanza, l’amore per ciò che si fa e per coloro che si incontrano, possono diventare una “ miscela esplosiva”, capace di far sgretolare il macigno che chiude la porta del cuore, di chi vive il dramma di una malattia cronica e difficile come l’autismo.

## **INTRODUZIONE:**

### **L'AUTISMO**

#### **•Che cos'è l' autismo**

L'autismo è una complessa disabilità dello sviluppo che compare tipicamente durante i primi tre anni di vita e accompagna colui che ne è affetto per tutto il corso della sua vita.

Risultato di un disturbo neurologico che agisce sul funzionamento del cervello e dei suoi comportamenti associati, è stimato essere presente in 5-10 individui su 10.000.

L'autismo è quattro volte più frequente nei maschi rispetto alle femmine, e non conosce barriere razziali, etniche o sociali. <sup>1</sup>

La posizione sociale ed economica della famiglia ed il livello di educazione non hanno influenza sulla comparsa di tale disturbo.

La persona affetta da tale disarmonia può presentare anche un ritardo mentale, di solito di grado medio o grave. In un terzo dei soggetti colpiti dal disturbo può presentarsi anche un'epilessia, o anomalie all'elettroencefalogramma.

L'autismo colpisce il normale sviluppo del cervello nelle aree dell'interazione sociale e nelle abilità comunicative.

---

<sup>1</sup> Aarons M., Gittens T. (1993), È autismo? Test di valutazione psicopedagogica, Erikson, Trento.

I bambini con tale disturbo normalmente hanno difficoltà nella comunicazione verbale e non verbale, nelle interazioni sociali, nelle attività legate al tempo libero e al gioco. La malattia rende difficile comunicare con gli altri e il relazionarsi con il mondo esterno.

In alcuni casi, può essere presente un comportamento aggressivo o autolesionista, possono essere esibiti ripetuti movimenti del corpo definiti “ stereotipie” (come agitare le mani o dondolarsi), risposte inusuali alle persone, attaccamento agli oggetti e resistenza ai cambiamenti nella vita quotidiana. Possono, inoltre, essere presenti problemi sensoriali: in alcuni soggetti si può notare un’ipo- o un’iper-attività agli stimoli sensoriali, può manifestarsi indifferenza all’ambiente sonoro e particolarmente ai richiami sociali (il soggetto non risponde quando viene chiamato per nome) o, all’opposto, interesse per suoni e rumori specifici (il rumore dell’aspirapolvere o di uno scroscio d’acqua, un motivo musicale o lo stropiccio della carta).

Alcuni rumori possono suscitare nell’autistico, soprattutto nel bambino, reazioni di spavento, di terrore, di collera, specialmente se giungono improvvisi.

Si riscontrano, inoltre, dei disturbi del comportamento alimentare che riguardano il gusto (scelta esclusiva di certi cibi, solitamente non graditi, manierismi alimentari) o l’aspetto dei cibi (attrazione per un colore, una forma o un dettaglio insolito).

La motricità può essere limitata, senza iniziativa. All'opposto può esserci agitazione, irrequietezza e si possono osservare posture e andature insolite o bizzarre (andatura meccanica o saltellante).<sup>2</sup>

La sua percentuale di frequenza fa dell'autismo una delle più comuni disabilità dello sviluppo. Il disturbo è stato identificato da oltre cinquant'anni e da allora numerose sono state le teorie sulle sue cause, ma a tutt'oggi l'eziologia del disturbo è ancora sconosciuta.

#### •L'autismo e la sua storia

Eugen Bleuer (1911), psichiatra svizzero, coniò la parola autismo, dal greco *αυτός* (io stesso). Con tale termine egli designava nei malati mentali adulti, la perdita di contatto con la realtà e il ritiro attivo nella fantasia per evitare l'interazione sociale.

Nel 1943 Leo Kanner, psichiatra infantile, americano d'origine tedesca, pubblicò 11 casi di bambini dalla sintomatologia molto particolare. Questi bambini avevano molte caratteristiche analoghe che convergevano verso il primo anno di età: la più rilevante era l'estremo isolamento e il distacco da ogni contatto umano. Essi presentavano poi gravi turbe del linguaggio, che andavano dal mutismo all'incapacità di usare correttamente i pronomi personali,

---

<sup>2</sup> Alvarez A., Reid S (1999), Autism and personality, Routledge, London

e presentavano movimenti stereotipati. Notò, inoltre, che avevano spiccate capacità in alcuni specifici ambiti (matematica, grafica, musica) del tutto sproporzionate rispetto al ritardo mentale globale. Propose, allora, per l'insieme di questi tratti sintomatici comuni, la denominazione di “*autismo infantile precoce*”.

Nel riprendere il concetto di Bleuer, Kanner ne modificò il senso: mentre Bleuer con la parola autismo intendeva la perdita di contatto con la realtà, Kanner riteneva che nel bambino non fossero ancora presenti contenuti mentali che potevano essere perduti, ma che il piccolo paziente potesse piuttosto esprimere, un'incapacità ad acquisirli.

Nello stesso periodo, e certamente in modo autonomo, visto che la seconda guerra mondiale era ancora in corso, l'austriaco Asperger (1944) circoscrisse una “*psicopatia autistica*” descrivendo casi di bambini in tutto simili a quelli di Kanner, con uno spettro ampio, che andava da soggetti nei quali erano identificabili importanti danni organici, fino ad altri prossimi alla normalità.

Alcuni tratti come l'isolamento sociale, le stereotipie e la resistenza ai cambiamenti di routine, ricalcavano in maniera sorprendente le caratteristiche degli 11 bambini descritti da Kanner, con la differenza che Kanner aveva osservato che in 3 dei bambini sussisteva assenza totale della parola e nei rimanenti 8 era evidenziabile un linguaggio ecolalico o fortemente ritardato nel suo

sviluppo, mentre Hans Asperger riconobbe che i casi da lui descritti non presentavano particolari disturbi di linguaggio e cognitivi.

Attualmente il termine “ *disturbo di Asperger*” è riservato a quei bambini autistici, in verità assai rari, i quali presentano delle capacità sostanzialmente nella norma e un linguaggio ben sviluppato.

Rutter (Rutter, Schopler, 1978) rivide il concetto Kanneriano di “*spiccata intelligenza*” del bambino autistico e focalizzò l’attenzione sui seguenti parametri fondamentali:

- Età di inizio prima dei due anni e mezzo;
- Assenza di linguaggio, oppure presenza di linguaggio caratterizzato da ecolalia e inversione pronominale;
- Presenza di una modalità di evitamento di natura corporea visiva e uditiva, da parte del soggetto;
- Presenza di particolari stereotipie motorie;
- Desiderio di mantenere l’ambiente sempre nello stesso modo, con reazioni di rifiuto ossessivo, angosciato e a volte anche violento, a ogni cambiamento.

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>3</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 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.

---

<sup>3</sup> Crf. U. Frith (2001) L'autismo. Spiegazione di un enigma , Laterza, Bari , pp. 12-14. 19

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>4</sup>

• **Valutazione diagnostica secondo il *DSM-IV TR e ICD-10***

Oggi le definizioni e le classificazioni maggiormente condivise e utilizzate a livello internazionale sono quelle del DSM IV (Diagnostic and statistical manual of mental disorders) e l’ ICD-10 (International classification of diseases). Queste classificazioni sono sostanzialmente concordi nell’includere l’autismo tra i disturbi pervasivi e/o tra i disturbi di alterazione globale dello sviluppo, di fatto assegnandogli l’esclusiva, essendo le altre patologie del gruppo molto meno rilevanti dal punto di vista epidemiologico. Esse si basano principalmente sulla descrizione del comportamento tipico del disturbo autistico. Per la diagnosi deve essere rilevata la presenza di deficit di:

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

---

<sup>4</sup> Ivi, pp 75-76

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.<sup>5</sup>

Va detto che la diagnosi è già possibile dal secondo anno d'età e addirittura sintomi non ben definiti e sicuramente non patognomonicamente (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

---

<sup>5</sup> American psychiatric association (1994), *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, Dsm IV*, American psychiatric association, Washington, DC; trad. it. *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*, Masson, Milano, 1996

artistico-musicali, mentre esisterebbero aree di chiaro deficit per quanto attiene la memoria breve termine o la capacità di rispondere a domande non evocative.

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>6</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;

---

<sup>6</sup> Cfr. G. Giannis (2005). *Autismo: lo stato dell'arte*, in S. Guerra Lisi, G. Stefani, *Contatto, Comunicazione, Autismo*, FrancoAngeli, p. 119.

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>7</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);

---

<sup>7</sup> Cfr. D. Ianes, M. Zappella (2009). *L'autismo. Aspetti clinici e interventi psicoeducativi*, Erikson, Trento, p. 36.

- 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;
- 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 psicometrica 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>8</sup>

Successivamente alla diagnosi clinica, l'èquipe 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 indaghi il comportamento dell'individuo nei contesti di vita, definendo punti di forza e debolezze, capacità, performance e fattori di facilitazione o barriere nell'ambiente.

---

<sup>8</sup> Cfr. D. Ianes, M. Zappella, op. cit., pp. 43-46.

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.

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>9</sup>

#### •Metodi di intervento

L'autismo ha una genesi multifattoriale, pertanto gli interventi sono essi stessi multidisciplinari. Non essendo ancora stata individuata la causa unica dell'autismo, numerosi sono i professionisti che se ne occupano con formazione e modalità diverse.

È evidente che per avere successo, nel percorso terapeutico, sono necessari interventi specifici che tengano conto dell'individualità del soggetto e del contesto in cui è inserito. Inoltre, è necessario un confronto e dialogo tra i diversi esperti che si occupano del paziente

---

<sup>9</sup> Ivi, pp 26-29

con questa sindrome, al fine di evitare interventi disarmonici e con obiettivi non condivisi.

Tra le varie terapie utilizzate per migliorare l'autismo, prima tra tutte è quella 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>10</sup>

- 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

---

<sup>10</sup> Cfr. G. Bertelloni (2005). *Autismo: agenesia del desiderio?*, in S. Guerra Lisi, G. Stefani *Contatto, Comunicazione, Autismo*, op.cit., p.170.

-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>11</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;

---

<sup>11</sup> Ivi, p. 171.

- 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 l'insorgenza di sintomi autistici.<sup>12</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

---

<sup>12</sup> Cfr. J. M. Cafiero (2009). *Comunicazione aumentativa e alternativa...*, op. cit., p. 40.

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>13</sup>

-La danzoterapia, dall'esperienza della svizzera Schop che, negli anni Cinquanta parte dal principio che il movimento corporeo sia il più ancestrale metodo di comunicazione degli essere umani. La tecnica fu molto impiegata dallo psichiatra infantile Kestemberg, che sosteneva l'esistenza di sequenze di sviluppo del movimento che possono essere osservate parallelamente allo sviluppo emotivo, e che i ritmi dei neonati sono congeniti.

---

<sup>13</sup> Cfr. D. Ianes, M. Zappella, op. cit., pp. 101-103.

La terapia si propone anche per i soggetti autistici, poiché, attraverso un lavoro graduale, conduce il soggetto alla scoperta delle proprie capacità e possibilità a sentirsi bene con se stesso e con gli altri, acquisendo movimenti finalizzati che gli consentono di relazionarsi prima con il proprio corpo e poi con quello altrui.<sup>14</sup>

In linea con le tecniche psicomotorie e in parte con il floor time si inserisce anche la “*terapia multisistemica in acqua*”.<sup>15</sup>

La tecnica prevede lo sfruttamento del contatto del corpo con l’acqua, attraverso un rapporto adeguato con il bambino.

Questa modalità di intervento agisce sullo schema e vissuto corporeo con tutte le conseguenze correlate e può determinare un successivo miglioramento dell’emotività, della psicomotricità e delle capacità relazionali, attraverso un intervento sui diversi sistemi funzionali del bambino, ossia sul sistema relazionale, cognitivo, comportamentale, emotivo, senso-motorio e motivazionale. Si tratta, quindi, di un intervento che può essere inserito, in particolare, come puzzle di attività previste dalla terapia di scambio e di sviluppo, purchè si tenga conto delle conoscenze sull’origine dei disturbi dell’autismo prodotte da un disfunzione cerebrale, senza eccedere in interpretazioni psicodinamiche.<sup>16</sup>

---

<sup>14</sup> Cfr. G.Caputo, G. Ippolito, P. Maietta, *La terapia multisistemica in acqua*, p.18

<sup>15</sup> Greenspan S.I., Wieder S. (2007), *Trattare l’autismo. Il metodo floor time per aiutare il bambino a rompere l’isolamento*, Cortina, Milano

<sup>16</sup> . G.Caputo, G. Ippolito, P. Maietta, *La terapia multisistemica in acqua*, p.19

## **LA TERAPIA MULTISISTEMICA IN ACQUA: UNA NUOVA MODALITÀ DI INTERVENTO**

### **•Cos'è la Tma**

La terapia multisistemica in acqua (Tma) è una terapia che utilizza un elemento naturale (l'acqua) all'interno di un ambiente strutturato (piscina pubblica), secondo un modello teorico di riferimento e una metodologia organizzata attraverso fasi, e che si avvale di tecniche cognitive, comportamentali, relazionali e senso-motorie.

È stata ideata specificatamente per soggetti in età evolutiva con disturbo generalizzato dello sviluppo, in seguito ampliata anche ad altri tipi di disturbi. Alcuni di questi disturbi presentano caratteristiche comuni all'autismo, altri, invece, hanno una sintomatologia diversa.

Dalla pratica e dall'osservazione clinica, infatti, si è notato che la Tma è utile anche per bambini con ritardo mentale, Sindrome di Down, bambini iperattivi, oppositivi e provocatori e per soggetti che presentano problemi motori e relazionali. Gli obiettivi terapeutici consistono nel migliorare gli aspetti compromessi e caratterizzanti il disturbo generalizzato dello sviluppo.

Le tecniche natatorie e le capacità acquisite durante l'intervento vengono utilizzate come veicolo per raggiungere obiettivi

terapeutici e attuare, successivamente, anche il fondamentale processo di socializzazione e integrazione con il gruppo dei pari.

La paura o il piacere di stare in acqua che il bambino sperimenta, vengono usati come attivatori emozionali e relazionali, capaci di avviare a una primordiale richiesta di sostegno e poi di accudimento.

Il fine della terapia, evidentemente, non è l'insegnamento di capacità acquatiche o di nuoto, né l'uso di quest'ultimo per svago o ricreazione. Al contrario, il gioco viene utilizzato come strumento per promuovere la relazione e migliorare la gestione delle emozioni. Il bambino che impara a muoversi in acqua, durante l'intervento, può ridefinire le relazioni con il terapeuta e, successivamente, con gli altri bambini. Raggiunta l'autonomia, infatti, il soggetto che nella fase iniziale aveva mostrato soltanto evitamento e allontanamento, successivamente può dimostrare, in piena indipendenza, un'intenzionalità relazionale con il terapeuta e con l'eventuale gruppo d'integrazione. Quando il bambino inizia a muoversi autonomamente nel nuovo ambiente, si sente libero di esplorare e di interagire con esso. Utilizzando tali nuove capacità acquisterà autostima e un senso di autoefficacia, supportato e rinforzato dal terapeuta e dalla famiglia.

È fondamentale per il bambino autistico e con disturbi affettivi e relazionali, saper stabilire con l'altro, un'interazione che riesca a gratificarlo in uno spazio rilassante e gioioso.

### •Perché terapia

La Tma viene definita terapia in quanto si attua attraverso la “pianificazione” di un intervento individualizzato e interpersonale, volto a influenzare i disturbi del comportamento con mezzi prettamente psicologici verbali e non verbali, in vista di un obiettivo elaborato, che può essere la riduzione di sintomi o la modificazione delle capacità comunicative e relazionali.

A tal fine, vengono utilizzate metodologie e procedure tecnico-sperimentali che si rifanno a orientamenti teorici riconosciuti.

Tale metodologia è fondata sul rapporto umano ed è finalizzata alla rieducazione e alla modificazione degli schemi cognitivi, comportamentali, comunicativi, emotivi e di interazione sociale reciproca. L'intervento, quindi, agisce, o può agire, sull'attenuazione dei sintomi, modificando positivamente i processi comunicativo-relazionali, e inducendo importanti cambiamenti interni (crescita e sviluppo del Sé) sul piano del comportamento e dell'interazione sociale.

Nella Tma, successivamente a una fase valutativa, viene progettato un intervento che possa tenere in considerazione obiettivi a breve, medio e lungo termine.

Gli obiettivi vengono predisposti sulla base dei risultati già osservati e registrati empiricamente.

Il setting ( inteso come cornice spazio-temporale e come setting strumentale) assume nella Tma un'importanza primaria e influisce sulla relazione, divenendo parte integrante della terapia.

La regolarità delle sedute, la loro durata, la scelta degli spazi acqua dove inserire il bambino, costituiscono elementi fondamentali e condizionanti nell'evoluzione del trattamento.

Il setting ha un ruolo molto importante all'interno del processo terapeutico, in quanto costituisce lo spazio in cui esso è contenuto: è necessario che sia prevedibile, che abbia confini stabili, che permetta il contenimento dell'ansia del bambino e del terapeuta.

#### •Perché multisistemica

La Tma è definita multisistemica perché valuta e interviene sui diversi sistemi funzionali del bambino, ossia sul sistema relazionale, cognitivo, comportamentali, emotivo, senso-motorio e motivazionale.

Il sistema relazionale è quello attivato prioritariamente dalla terapia in acqua. I miglioramenti degli altri sistemi sono una conseguenza degli interventi che si fanno su questo sistema.

La terapia multisistemica, inoltre, interviene positivamente sul sistema comportamentale, in quanto attiva una serie di condotte che, con l'intervento del terapeuta, diventeranno man mano

adeguate al contesto, permettendo l'estinzione o l'attenuazione di eventuali "comportamenti problema".<sup>17</sup>

In piscina, infatti, il bambino impara ad aderire alle regole sociali e dell'ambiente con tecniche comportamentali, attraverso l'utilizzo, da parte del terapeuta, delle motivazioni insite nell'ambiente, in modo da stimolare il sistema comportamentale: per esempio, il bambino deve seguire delle semplici regole come indossare la cuffia o dare la mano al terapeuta.

Qualsiasi nuovo contesto attiva, inevitabilmente, una serie di emozioni che vanno dalla felicità, eccitazione o gioia, alla paura, frustrazione e rabbia, e la piscina, nello specifico, attiva il sistema emotivo del bambino. Riconoscendo tali emozioni, il terapeuta ha il compito di aiutare a contenerle e a esprimerle in modo congruo.

Anche il sistema senso-motorio viene attivato dall'acqua e dagli stimoli che il terapeuta può offrire al soggetto: imparare a muoversi nel nuovo ambiente in relazione continua con il terapeuta, facilita le capacità di coordinazione; i giochi motori e relazionali, la temperatura dell'acqua creano delle sollecitazioni che in nessun altro ambiente possono essere offerte.

Secondo Piaget le attività cognitive risultano dall'interiorizzazione degli schemi senso-motori: in acqua è possibile operare su quella che Piaget definiva "l'intelligenza senso-motoria", caratterizzata

---

<sup>17</sup> Kanner L. (1943), "*Autistic disturbances of affective contact*", *Nervous child*, 2: 217-50; trad. it (di F. Bassi), "Disturbo autistico del contatto affettivo", *Psicoterapia e scienze umane*, 2, 1989.

dall'azione diretta che il bambino compie sugli oggetti, i quali vengono manipolati e conosciuti come realtà limitata nel tempo e nello spazio.

La prima fase dell'intelligenza senso-motoria è dominata da un'attività riflessa, l'assimilazione della realtà esterna a schemi già posseduti naturalmente, che crea il passaggio da un'attività puramente biologica, a un'attività psichica primitiva.

In una seconda fase il bambino crea una coordinazione di più schemi percettivo-motori.

Nella terza fase il bambino si muove per giungere a un risultato e comincia a esservi intenzionalità.

Nella quarta fase il bambino utilizza schemi già conosciuti e li applica a realtà nuove.

Nella quinta fase il bambino combina gli schemi già appresi, tra loro.

Nella sesta fase il bambino riesce a inventare nuove soluzioni anticipando una situazione non ancora percepibile, e questo significa che diventa capace di rappresentarsi situazioni e oggetti.

Il bambino che mostra di aver superato queste tappe ha raggiunto quello che Piaget chiama "intelligenza senso-motoria".<sup>18</sup>

Nella Tma, nello specifico, questo processo avviene attraverso il terapeuta, che permette l'accrescimento non solo dell'intelligenza

---

<sup>18</sup> Ferraris Oliviero A., Liuzzo M.L., Panier Bagat M., Pilleri Senatore R. (1991), *Teorie dello sviluppo cognitivo e affettivo*, Bulzoni, Roma.

senso-motoria, ma anche dell'intelligenza emotiva e relazionale.

Questi sistemi, suddivisi per facilità esplicativa, interagiscono e si possono presentare contemporaneamente. Infatti, con lo stabilirsi della relazione, si aiuta il soggetto a regolare il comportamento, sopportare, la frustrazione, mediare l'incontro con l'altro, gestire le proprie emozioni, sviluppare la capacità di anticipazione, spingere all'intenzionalità e tanto altro.

#### •Perché in acqua

L'importanza dell'ambiente negli interventi terapeutici è stata ampiamente dimostrata: l'ambiente ricco di stimoli numerosi e differenziati da cui può derivare, già per le sue caratteristiche, una gratificazione immediata, costituisce un significativo aumento di recupero.<sup>19</sup>

Per realizzare un qualsiasi intervento riabilitativo non si può prescindere dalla motivazione e dalla gratificazione, che favoriscono l'apprendimento e la stabile memorizzazione di quanto appreso. Gli ambienti reali, in tal senso, acquisiscono un forte significato per la realizzazione di un programma terapeutico.

La terapia in acqua viene sviluppata in un ambiente naturale, in quanto ha il vantaggio di una possibilità costante di piena integrazione sociale del bambino con disturbi di questo tipo. Una

---

<sup>19</sup> D'Ulisse M.E., Porcaro F. (2000), *Musicoterapia e autismo*, Phoenix, Roma.

piscina pubblica, permette di abilitare o riabilitare il soggetto in un contesto naturale, facendo saltare il passaggio che solitamente è necessario, quando l'azione terapeutica si svolge in un setting tradizionale e ciò consente di spendere immediatamente nel concreto, le abilità apprese.

Difatti, il bambino autistico che supera felicemente le prime fasi della terapia può, e deve, rimanendo nello stesso ambiente, essere subito inserito nei gruppi di scuola nuoto. Questo passaggio è indispensabile per comprendere se le capacità relazionali e cognitive siano generalizzate ad altre figure di riferimento e in altri contesti.

Quindi, la piscina pubblica offre opportunità di socializzazione e interscambio anche con il gruppo dei pari.

D'altro canto, anche la famiglia scopre le capacità e le potenzialità del bambino, osservando come in quel contesto egli sia capace di fare, comprendere e di "essere" all'interno di una relazione.

La piscina, spazio ludico per eccellenza, offre risorse motivazionali, sociali, interrelazionali fortemente stimolanti : in acqua è più semplice promuovere il gioco attraverso scambi interpersonali corporei e relazionali.

E ancora, in acqua è più facile mantenere e promuovere un'interazione corporea ed emotiva: la capacità di rapportarsi nel modo " adeguato" con il terapeuta, anche con il contatto fisico, aumenta la potenzialità e il desiderio del bambino autistico di

attuare scambi affettivi non aggressivi, gestendo meglio, con un'aumentata capacità propriocettiva, anche le manifestazioni di affetto.

Ciò permette al bambino con disturbi della relazione e autismo di “aggrapparsi” e successivamente ad “attaccarsi” a una figura di riferimento che possa diventare e rappresentare per lui una “base sicura”, permettendogli di ristabilire in modo nuovo e sicuramente più efficace, una sana interazione con il mondo esterno e, in seguito, con altre figure.<sup>20</sup>

In piscina, inoltre, il bambino autistico riceve dal mondo esterno informazioni sull'ambiente e sulle persone con cui interagisce, attraverso la continua utilizzazione e ricognizione pratica di questa esperienza: diventa concreto e comprende come interagire, si isola di meno e aumenta l'esplorazione. Riesce ad anticipare gli eventi, dando a essi significato, ed essendo motivato ad agire intenzionalmente. Tutto ciò contribuisce a diminuire la frustrazione procurata spesso da luoghi, situazioni e persone che il bambino autistico non riesce a controllare e a comprendere, se non organizzandoli in modo fortemente strutturato.

Volendo, dunque, teorizzare il “perché della Terapia in acqua”, si può sintetizzare che la piscina:

- Risulta essere un ambiente gratificante e ricco di stimoli

---

<sup>20</sup> Holmes J. (1994), Holmes J. (1994), *La teoria dell'attaccamento*, Cortina, Milano

differenziati, capaci di provocare emozioni intense come gioia, serenità, paura, angoscia e rabbia;

- Facilita il mantenimento dell'attenzione condivisa e congiunta;
- Offre estese motivazioni sensoriali;
- Facilita la gestione degli aspetti emotivi comunicativi (modulazione delle risposte affettive, contenimento emotivo);
- Facilita la gestione dei disturbi comportamentali (aggressività, stereotipie);
- Rafforza le disponibilità relazionali attraverso scambi interpersonali;
- Fornisce stimoli cognitivi finalizzati all'adattamento all'ambiente;
- Aumenta il contatto oculare;
- Migliora la qualità del sonno;
- Stimola la comunicazione corporea e verbale;
- Migliora la capacità di sentire e utilizzare il proprio corpo;
- Facilita il recupero delle potenzialità motorie e percettive;
- Stimola il desiderio di esplorazione;
- Stimola le capacità mnestiche;
- Promuove l'accrescimento dell'autostima, quando viene conquistata l'autonomia di movimento in acqua;
- Stimola le capacità di coordinamento motorio;
- Facilita la comprensione delle regole

## **STRUMENTI E METODI DELLA TMA;**

### **IL RUOLO DELL'EDUCATORE PROFESSIONALE.**

#### **•La struttura metodologica**

La terapia segue una metodologia specifica, con applicazioni cliniche basate su modelli teorici, e prevede una distribuzione degli spazi, dei tempi e delle dinamiche relazionali, attraverso un protocollo di intervento.

Tale protocollo presuppone:

- L'utilizzo di una piscina aperta al pubblico, che ne costituisce il setting privilegiato;
- Rapporto individualizzato terapeuta-utente ( soprattutto nelle prime fasi della terapia);
- La suddivisione della terapia in fasi;
- Colloqui anamnestici, diagnostici e valutativi con le famiglie;
- La valutazione funzionale del bambino in acqua;
- La progettazione individualizzata dell'intervento con obiettivi a medio e a lungo termine;
- La supervisione in acqua e in setting tradizionale;
- La verifica dei risultati attraverso checklist e scale di valutazione;
- Figure professionali specializzate e suddivise in vari livelli.

## **LE FIGURE PROFESSIONALI:**

### **L'IMPORTANZA DELL'EDUCATORE PROFESSIONALE**

Nella Tma sono previste tre figure professionali, suddivise in tipologie di livello tecnico-professionale, con competenze diversificate.

Esse sono:

1. Tecnico della Tma;
2. Terapista della Tma;
3. Supervisore della Tma;

Tra le figure professionali che, attraverso un corso di selezione e un corso di formazione, possono divenire terapisti, c'è quella dell'Educatore Professionale.

#### **•Il sostegno dell'Educatore Professionale**

*[...]disse il piccolo principe.*

*“Che cosa vuol dire ‘addomesticare’?”*

*“È una cosa da molto dimenticata. Vuol dire ‘creare dei legami’ [...] se tu mi addomestichi, la mia vita sarà come illuminata. Conoscerò un rumore di passi che sarà diverso da tutti gli altri.*

*Gli altri passi mi fanno nascondere sotto terra.*

*Il tuo, mi farà uscire dalla tana, come una musica. [...]*

*Tu diventi responsabile per sempre di quello che hai addomesticato”*

*dal libro de “Il Piccolo Principe” di Antoine de Saint-Exupéry*

*“L’educatore professionale è un professionista che, attraverso interventi educativi definiti da un progetto, uniti ad una relazione interpersonale unica e imprescindibile, accompagna gruppi o singole persone, soprattutto in difficoltà o in svantaggio sociale, nel loro percorso di crescita e di inserimento/integrazione sociale.”*

Con questa asserzione, l’ANEP – Associazione Nazionale Educatori Professionali (1992)- delinea quello che è il profilo e quelle che sono le competenze che un educatore professionale deve raggiungere. La figura dell’educatore professionale, è presente, sul territorio nazionale e su quello europeo dagli anni Cinquanta, come operatore che, con conoscenze e specificità sue proprie, interviene nei confronti di persone di diverse età, già in situazione di disagio o esposte a rischio di emarginazione sociale, per situazioni di handicap psico-fisico, di emergenza familiare, difficoltà relazionali, carenze ambientali, problemi di devianza. L’intervento si esplica in tutte quelle sedi che sono occasione di operare in modo funzionale gli obiettivi educativi, quali: l’ambito della prevenzione, la gestione di interventi di deistituzionalizzazione e di integrazione all’interno del contesto di appartenenza, la ricerca e la formazione delle potenzialità e la disponibilità del territorio per il coinvolgimento delle risorse educative esistenti. Nell’ambito del sistema organizzato delle risorse sociali, attua progetti educativi volti allo sviluppo individuale equilibrato ed al positivo inserimento dei

soggetti in difficoltà. Egli, infatti, svolge gli interventi educativi attraverso modalità operative che prevedono la presa in carico diretta della persona, attraverso un rapporto continuativo e per periodi prolungati, ma anche l'intenzionalità educativa di ogni azione operativa connessa alla gestione della quotidianità emergente del rapporto educativo. Tra le altre competenze e funzioni spettanti all'educatore professionale vi è la programmazione, la gestione e la verifica degli interventi educativi mirati al recupero ed allo sviluppo delle potenzialità dei soggetti per il raggiungimento di livelli sempre più avanzati di autonomia. Egli contribuisce, inoltre, a promuovere e organizzare strutture e risorse sociali e sanitarie, al fine di realizzare il progetto educativo. La progettazione, l'organizzazione, la gestione e la verifica delle proprie attività professionali all'interno di servizi e strutture socio-educative e socio-sanitarie-riabilitative prevedono il coordinamento con altre figure professionali e di tipi diversi di strutture, attraverso il coinvolgimento diretto dei soggetti interessati e/o delle loro famiglie; ricordiamo, infatti, che l'educatore professionale opera in équipe con altre figure professionali. Tra le altre competenze, all'educatore professionale spettano la realizzazione di attività di studio, di ricerca e di documentazione sui problemi connessi alle esigenze educative e lo svolgimento di attività di supervisione nei confronti di studenti-educatori tirocinanti nei servizi. Può svolgere,

infine, attività didattiche nell'ambito delle attività formative per educatori professionali.<sup>21</sup>

D'altronde, però, come sosteneva il pedagogista tedesco Kerschensteiner:

*"La migliore educazione è quella che rende sempre più inutile l'educatore stesso."*

A seguito di tale regressione, è possibile calare il ruolo dell'Educatore Professionale, evidenziandone l'importanza, all'interno della Terapia multisistemica in acqua (Tma).

L'Educatore Professionale, infatti, grazie alla sua formazione e conoscenza, presenta quegli strumenti che gli consentono di approcciarsi e di entrare piano piano nel mondo di un bambino autistico, offrendogli l'opportunità di cambiamento del sistema relazionale.

---

<sup>21</sup> Per la definizione del profilo professionale si è fatto riferimento:

- al D.M. 10/02/84, che identifica l'educatore professionale tra le figure nuove atipiche previste dal D.P.R. 20/11/79, n. 761;
- allo schema di D.P.R. predisposto dal Ministero della P.I. per la determinazione del diploma di educatore professionale e del relativo profilo professionale, nell'ambito del riordino delle scuole universitarie dirette a fini speciali, in attuazione del D.P.R. 162/82;
- del rapporto della Commissione Nazionale di Studio per la definizione dei profili professionali e dei requisiti di formazione degli operatori sociali, di cui al decreto del Ministero dell'Interno del 9/5/82;
- al Piano Socio-Sanitario Regionale ed alla L.R. 23/08/82, n. 20 che, nel definire obiettivi unitari attraverso l'integrazione dei servizi sanitari e socio-assistenziali, nonché il coordinamento di questi con gli altri servizi resi alla persona, prevedendo l'impiego degli operatori sociali e sanitari negli ambiti di intervento a livello promozionale, preventivo e riparativo-riabilitativo.

Obiettivo fondamentale e primario dell'Educatore è proprio quello di stabilire con il bambino una relazione significativa, che modifichi le modalità comunicative disfunzionali.

Il suo ingresso nel sistema relazionale del bambino crea fin da subito una rottura delle modalità relazionali pregresse e degli schemi sottostanti, incrementando in modo congruo interscambi più funzionali.

Tale compito è reso più semplice nella Tma, essendo l'acqua un vero e proprio "attivatore relazionale", che spinge il bambino a cercare il primo contatto con l'educatore, che diviene così una figura di riferimento e, successivamente, una base sicura dalla quale partire per poi esplorare il mondo, ampliando le proprie conoscenze, e alla quale ritornare nei momenti avvertiti come difficili e pericolosi.

Attivando e sollecitando il sistema relazionale, si ottiene, come conseguenza positiva, un miglioramento dei sistemi cognitivo, comportamentale, emotivo, sensorio-motorio e motivazionale.

L'educatore, quindi, una volta stabilito il rapporto "umano" con il bambino, provvede alla rieducazione e alla modificazione degli schemi cognitivi, comportamentali, comunicativi, emotivi e stimolerà un'interazione sociale reciproca nel bambino.

Il suo intervento agisce, o può agire, sull'attenuazione dei sintomi, modificando positivamente i processi comunicativo-relazionali e inducendo particolari cambiamenti sia interni (come la crescita e lo

sviluppo del Sé) , che sul piano del comportamento e dell'interazione sociale.

Attraverso il suo supporto e rinforzo, il bambino acquisisce maggiore autostima e senso di autoefficacia.<sup>22</sup>

### •Fasi della TMA

Come già affermato più volte, la Tma è una terapia, ossia un processo volto al cambiamento; è un intervento dinamico costantemente in evoluzione, in cui ogni fase è costituita da elementi cardine e obiettivi specifici.

Può, dunque, essere immaginata come un “macroprocesso” costituito da tanti “microprocessi”. I microprocessi sono le fasi e il passaggio da una fase all'altra assicura il raggiungimento di determinati obiettivi.

Ogni fase ha finalità specifiche, senza aver raggiunto le quali, non è possibile passare alla fase successiva.

Esse si susseguono e si sommano: gli obiettivi raggiunti nella fase precedente si sommano con gli obiettivi della fase successiva.

In quest'ottica le fasi diventano uno strumento per rendere leggibile un macroprocesso.

Le fasi, pertanto, sono:

---

<sup>22</sup> <http://www.terapiatma.com/che-cos-è-la-tma-metodo-maietta.html>

1. Fase valutativa;
2. Fase emotivo-relazionale;
3. Fase senso-natatoria;
4. Fase dell'integrazione sociale.

La prima fase, quella valutativa, inizia fin dal primo contatto con la famiglia e dura per tutto il percorso terapeutico.

L'obiettivo di questa valutazione è quella di identificare eventuali punti di forza e debolezza del bambino, al fine di pianificare un intervento efficace e monitorare gli eventuali progressi nel tempo.

L'idea di fondo è che “ogni bambino è diverso dall'altro”.

Si indagano, dunque, le capacità del soggetto, le modalità di funzionamento ed eventualmente anche le componenti temperamentali, in modo da capire in che modo esse possano interagire con la patologia, al fine di porre le basi per un successivo piano d'intervento.

La fase successiva, quella emotivo-relazionale, è decisiva per la buona riuscita dell'intervento. L'obiettivo primario è creare una relazione stabile e possibilmente duratura con il bambino.

La relazione con il bambino è un aspetto che il terapeuta non può tralasciare, pertanto l'attenzione del terapeuta è focalizzata su determinati processi come : la sintonizzazione sui bisogni del

bambino<sup>23</sup>, il contenimento empatico/ holding<sup>24</sup> e l'attenzione di una base sicura.<sup>25</sup>

La terza fase, quella senso-natatoria, si insegnano al bambino nuovi schemi motori funzionali per l'adattamento all'ambiente acquatico.

In questa fase la motricità riveste un ruolo di primaria importanza.

Essa permette la conoscenza e la relazione che intercorre tra il Sé e il mondo.

In linea con il pensiero di Piaget<sup>26</sup> e Vygotskij<sup>27</sup>, la conoscenza del mondo, delle cose e dello spazio, inizia per mezzo del senso e del movimento, e rappresenta il punto di partenza per il cammino di ogni individuo verso l'elaborazione delle singole informazioni, in schemi mentali e strutture di pensiero.

Il senso e il movimento costituiscono, quindi, i primi “mediatori di conoscenza”.

La quarta e ultima fase, infine, è quella dell'integrazione sociale.

Divenuto ormai il terapeuta una base sicura per il bambino, l'ambiente viene da lui percepito come meno pericoloso, aumentando così il suo desiderio di esplorazione.

Nella fase dell'integrazione grande importanza si dà alla socializzazione, quindi all'integrazione del bambino con il gruppo dei pari.

---

<sup>23</sup> Stern D.N. (1977), *The first relationship: infant and mother*, Fontana, Open Books, London

<sup>24</sup> Winnicott D. (1970), *Sviluppo affettivo e ambiente*, Armando, Roma

<sup>25</sup> Bowlby J. (1989), *Una base sicura*, Cortina, Milano

<sup>26</sup> Piaget J. (1967), *Lo sviluppo mentale del bambino*, Einaudi, Torino

<sup>27</sup> Vygotskij L.S. (1973), *Lo sviluppo psichico del bambino*, Editori Riuniti, Roma

Il terapeuta limita il più possibile il rapporto uno a uno con il bambino, uscendo dall'acqua, e lasciandolo sicuro e libero di esplorare.

Numerose ricerche hanno confermato i benefici dell'integrazione sia per il soggetto in difficoltà<sup>28</sup> che per i normodotati.<sup>29</sup> Agli uni si offre la possibilità di avere modelli relazionali sani a cui fare riferimento, agli altri, invece, un incontro formativo con la diversità.<sup>30</sup>

---

<sup>28</sup> Janney R.E., Snell M.E. (1996), "How teachers use peer interactions to include students with moderate and severe disabilities in elementary general education classes", *Journal of the Association for persons with severe handicaps*, XXI, 2: 54-68; trad.it "Le interazioni con i compagni: strategie per facilitare l'integrazione", *Difficoltà di apprendimento*, II, 3, 1996: 301-15.

<sup>29</sup> Peck C.A., Donaldson J, Pezzoli M. (1992), "I benefici dell'integrazione scolastica vissuta dai compagni di classe", *Insegnare all'handicappato*, VII, 1: 41-54.

<sup>30</sup> Walberg H.J., Greenberg R.C. (1977), "Using the learning environment inventory", *Educational leadership*, LIV,45-57.

## ***APPLICAZIONE DELLA TMA SU UN GRUPPO DI BAMBINI AFFETTI DA DISTURBO DELLO SPETTRO AUTISTICO E SINDROME DI DOWN***

Ho voluto dedicare l'ultima parte di questa tesi a un'indagine realizzata per raccogliere informazioni relative all'effetto e ai benefici ottenibili con la Terapia multisistemica in acqua.

Infatti, la crescente percentuale di bambini affetti da disturbo autistico e disturbi della relazione e le complessità attuali di poter individuare strategie adeguate a rispondere alle difficoltà riscontrate nella comunicazione, nelle interazioni sociali e nei comportamenti stereotipati, hanno favorito, nel corso degli ultimi anni, l'aumento di una serie di interventi riconosciuti scientificamente.

Ben poco, però, si è detto riguardo ai possibili interventi strutturati in piscina, che tenessero presente aspetti comportamentali, emotivi e cognitivi, ai benefici che questi potrebbero dare a soggetti con difficoltà relazionale, alla possibilità di riabilitazione e integrazione insita in essi.

### **•Presupposti teorici**

Il nuoto rappresenta uno sport “ completo”. Mentre nuotiamo, infatti, attiviamo contemporaneamente un gran numero di muscoli e di fasce muscolari. È importante, tuttavia, sottolineare l'importanza che questo sport riveste non soltanto sul corpo.

Molti sono gli elementi che lo rendono uno “sport speciale”, primo fra tutti, la cornice nella quale si inserisce e che lo caratterizza: l’acqua.

L’esperienza che si può fare immersi nell’acqua è di tipo “globale”, sollecitando non solo la sfera psicologica, ma anche quella sensoriale, motoria, cognitiva, sociale.

Pertanto, l’ipotesi di partenza di questo studio sperimentale è che l’acqua, offrendo intense stimolazioni sensoriali, possa facilitare il mantenimento dell’attenzione condivisa e congiunta; il rispetto dei tempi d’attesa; la gestione dei disturbi comportamentali (aggressività, stereotipie); l’aumento del contatto oculare; l’integrazione sociale, nonché una ricerca spontanea e intenzionale della figura di riferimento, secondo la teoria dell’attaccamento, su cui si basa la Tma.

L’acqua, d’altronde, promuove l’accrescimento dell’autostima, quando viene conquistata l’autonomia di movimento, permettendo il cammino dei bambini “verso l’indipendenza”.

#### **•Lo strumento di indagine: il questionario**

Lo strumento di indagine utilizzato è un questionario strutturato, finalizzato a verificare i benefici del trattamento basato su tecniche cognitivo-comportamentale effettuate in acqua.

La ricerca è stata effettuata mediante l'osservazione di variabili, analizzate durante le sessioni di trattamento riabilitativo, tratte dall'ADOS. G modulo 1, LORD. C et al;1998. Tali variabili sono state analizzate per vedere nei tempi T1 (inizio trattamento) e T2 (dopo dodici mesi), la frequenza delle risposte dei bambini durante la terapia in acqua.

Le domande complessivamente sono 15, suddivise in 3 macroaree (aspetti comunicativi e sociali, aspetti comportamentali e attentivi, aspetti emotivi), per indagare in quale di esse il bambino ha mostrato maggiore miglioramento. Ad ogni domanda è stato assegnato un punteggio : 1 = assente, 2= poco presente, 3= molto presente.

#### ASPETTI COMUNICATIVI E SOCIALI:

- **Contatto oculare**
- **Attenzione condivisa**
- **Gioco condiviso**
- Risposta al nome
- Indicare richiestivo
- Indicare dichiarativo
- Ricerca spontanea e intenzionale della figura di riferimento

#### ASPETTI COMPORTAMENTALI E ATTENTIVI:

- **Stereotipie motorie e/o verbali**
- **Iperattività**
- Regole del setting
- Tempi d'attesa

- Capacità imitativa
- Gestione comportamenti problema (auto ed etero aggressività)

#### ASPETTI EMOTIVI:

- Tolleranza della frustrazione/ rabbia
- Riconoscimento paura, rabbia, felicità, vergogna

**Contatto oculare:** capacità di guardare l'altro con uno sguardo flessibile, socialmente modulato, appropriato. Nei soggetti autistici vi è lo scarso interesse per il volto umano.

**Gioco condiviso/ Attenzione condivisa:** il primo aspetto dello sviluppo comunicativo sui bambini che presentano difficoltà riguarda il gioco condiviso e l'attenzione condivisa ( bambino-adulto-oggetto/evento). I bambini con autismo guardano il partner quando sono impegnati in uno scambio diadico, come nel fare il solletico, quando si lanciano una palla e comprendono la direzione dello sguardo dell'adulto. Tuttavia, essi non sono in grado di usare l'attenzione condivisa, ovvero non alternano lo sguardo tra il partner e l'oggetto, se non in situazioni in cui richiedono l'aiuto dell'adulto per ottenere un oggetto o un'azione. I bambini con autismo quindi, sono capaci di usare lo sguardo nell'intenzione con l'altro, ma manca loro la capacità di utilizzare lo sguardo per condividere con l'altro l'attenzione su un evento esterno.

**Stereotipie motorie/ verbali:** ripetizione prolungata, identica, immotivata e inadatta alle circostanze, di parole e movimenti. Si distinguono in stereotipie verbali e stereotipie motorie (battere i denti, agitare le ginocchia, soffiarsi il naso).

**Iperattività:** eccessivo livello di attività motorie o vocali. Il bambino iperattivo manifesta continua agitazione, difficoltà a rimanere seduto e fermo al proprio posto. Questi bambini sembrano essere guidati da un motorino, sempre in movimento sia a scuola che a casa, durante i compiti e il gioco. Molto spesso i movimenti di tutte le parti del corpo non sono armonicamente diretti al raggiungimento di uno scopo.

- **Soggetti e metodi**

Il campione analizzato per questa indagine è costituito da 8 bambini, di età compresa tra i 7 e i 14 anni, che frequentano da almeno un anno i corsi di nuoto. Nello specifico 5 dei bambini presentano un Disturbo dello Spettro Autistico, mentre i restanti 3 Sindrome di Down.

<u>SIGLA DEL NOME</u>	<u>ETÀ</u>	<u>DIAGNOSI E SCALA DI VALUTAZION E</u>
<b>M. D. Z.</b>	<b>11 ANNI</b>	<b>SINDROME DI DOWN (ICD. 10: Q.90)</b>
<b>F. A.</b>	<b>9 ANNI</b>	<b>SINDROME DI DOWN (ICD. 10: Q.90)</b>
<b>V. C.</b>	<b>11 ANNI</b>	<b>SINDROME DI DOWN (ICD. 10: Q.90)</b>
<b>C. L.</b>	<b>7 ANNI</b>	<b>AUTISMO INFANTILE (ICD. 10: F. 84.0)</b>
<b>L. P.</b>	<b>11 ANNI</b>	<b>AUTISMO INFANTILE ( CARS : 34)</b>
<b>V. B.</b>	<b>10 ANNI</b>	<b>AUTISMO INFANTILE ( CARS : 37)</b>
<b>I. V.</b>	<b>14 ANNI</b>	<b>AUTISMO INFANTILE (ICD. 10: F. 84.0)</b>
<b>M. N.</b>	<b>14 ANNI</b>	<b>AUTISMO INFANTILE (ICD. 10: F. 84.0)</b>

• **Strumenti di osservazione diagnostica**

La *Childhood Autism Rating Scale* (CARS; Schopler, et al., 1988)

è uno strumento di indagine e di osservazione strutturato su un colloquio che si indirizza a 15 punti, adatto all'utilizzo con bambini di più di 24 mesi. Ognuno dei 15 punti usa una scala di sette gradi per indicare il grado dal quale il comportamento del bambino devia

dalla norma relativa alla sua età; distingue inoltre l'autismo lieve e medio da quello più grave. **La CARS è riconosciuta ampiamente, ed usata come strumento affidabile per la diagnosi dell'autismo.** (Schopler, Reichler, DeVellis, & Daly, 1980).

A ciascuno degli item è assegnato un punteggio variabile da 1 a 4 in sette passi: la somma di tutti i punteggi dà un valore complessivo, con i seguenti significati:

- Da 15 a 30: Non autistico;
- Da 30 a 37: Autismo da leggero a medio;
- Da 37 a 60: Autismo grave.<sup>31</sup>

*L' ICD-10* ( dall'inglese International Classification of Diseases; in particolare, International Statistical Classification of Disease, Injuries and Causes of Death) è la classificazione internazionale delle malattie e dei problemi correlati, stilata dall' Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS-WHO).

È oggi alla decima edizione (ICD-10), approvata nel 1990 durante la 43esima Assemblea Mondiale della Sanità dell' OMS e utilizzata a partire dal 1994.<sup>32</sup>

---

<sup>31</sup> <http://www.angsaabruzzo.it/C.A.R.S..htm>

<sup>32</sup> [https://it.wikipedia.org/wiki/Classificazione\\_ICD](https://it.wikipedia.org/wiki/Classificazione_ICD)

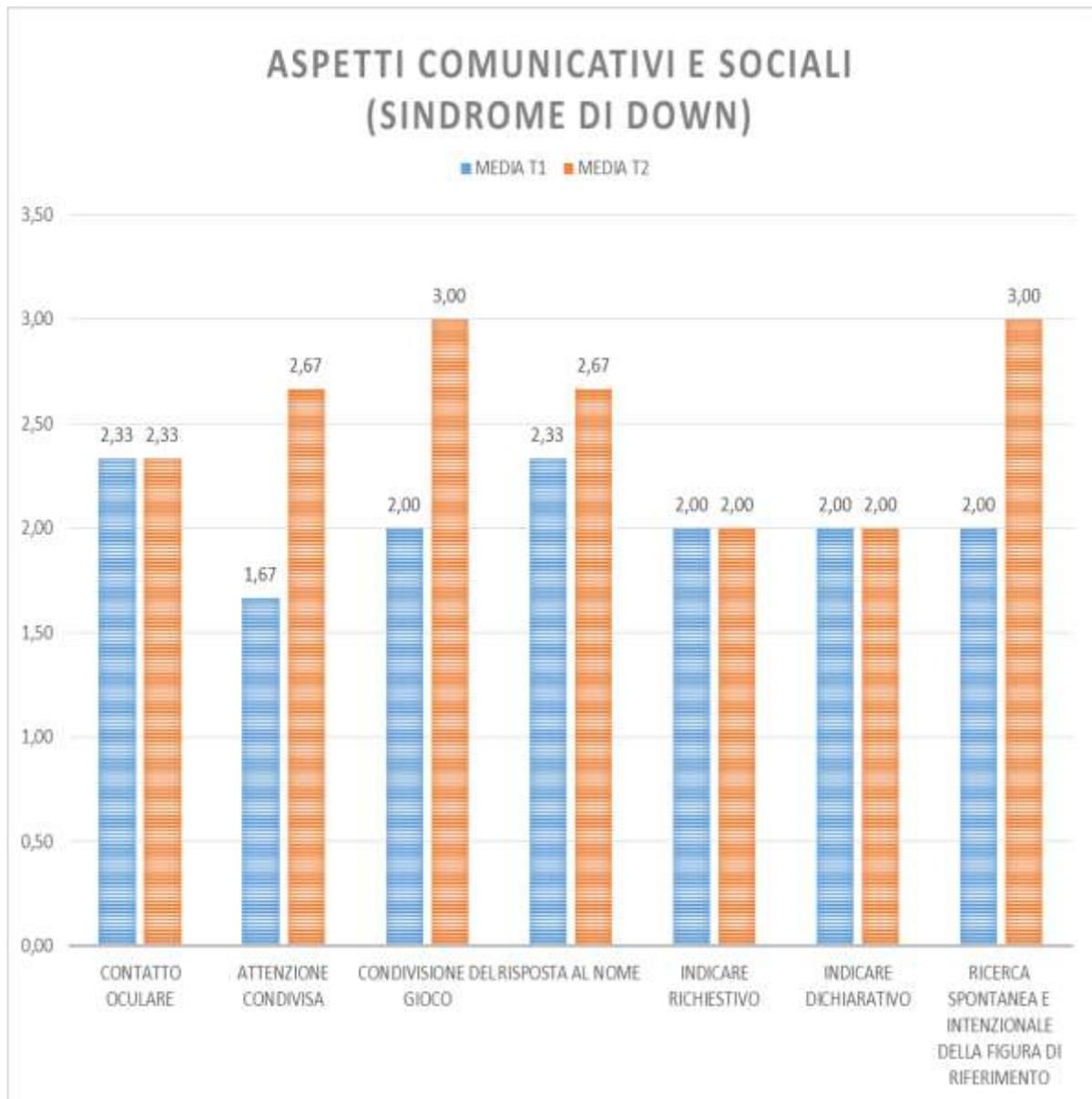
## •Risultati dell'analisi

I dati ottenuti dalla somministrazione del questionario sono stati riportati in grafici, suddivisi per aree, per evidenziare gli esiti della terapia.

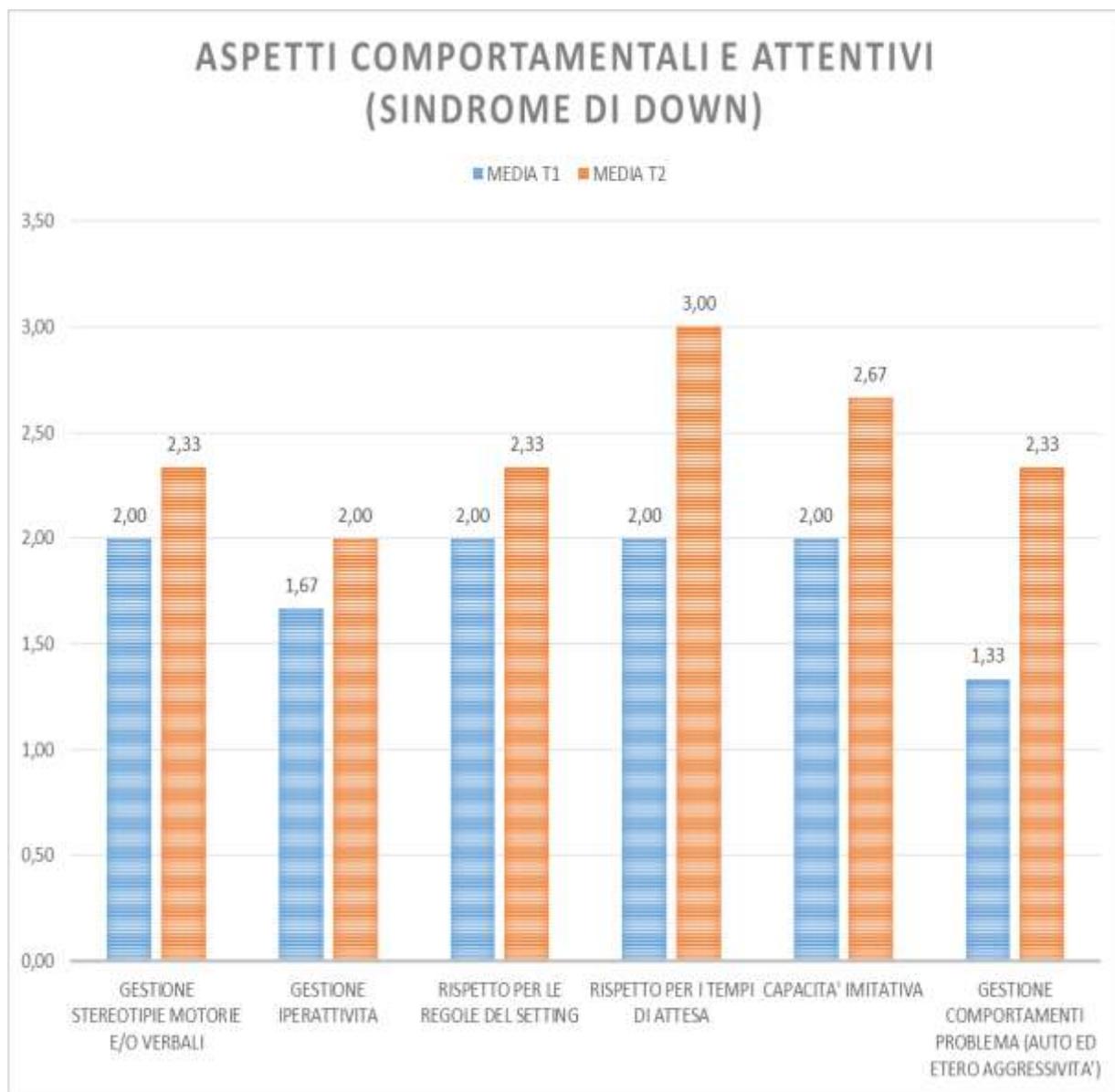
All'interno dei grafici la media T1 rappresenta la media ottenuta dall'analisi dei dati all'inizio della terapia, mentre la media T2 rappresenta la media analizzata dopo 12 mesi di terapia.

Per comodità i grafici sono stati suddivisi per diagnosi: i primi grafici riportano i risultati ottenuti dalla somministrazione del questionario su bambini con Sindrome di Down, mentre i successivi su bambini con Disturbo dello Spettro Autistico.

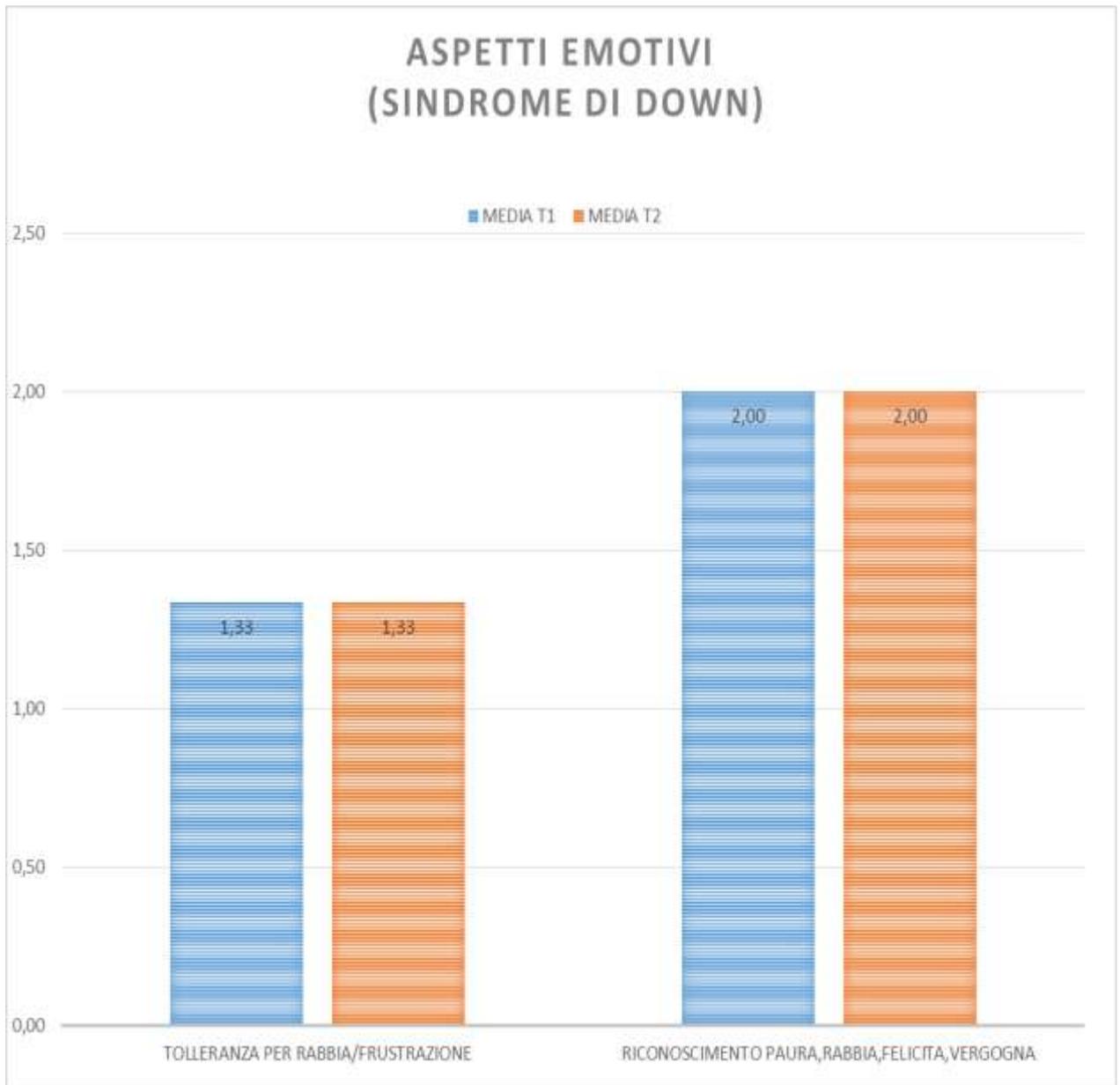
Gli ultimi grafici, infine, mostrano il miglioramento calcolato in percentuale nelle 3 aree analizzate.



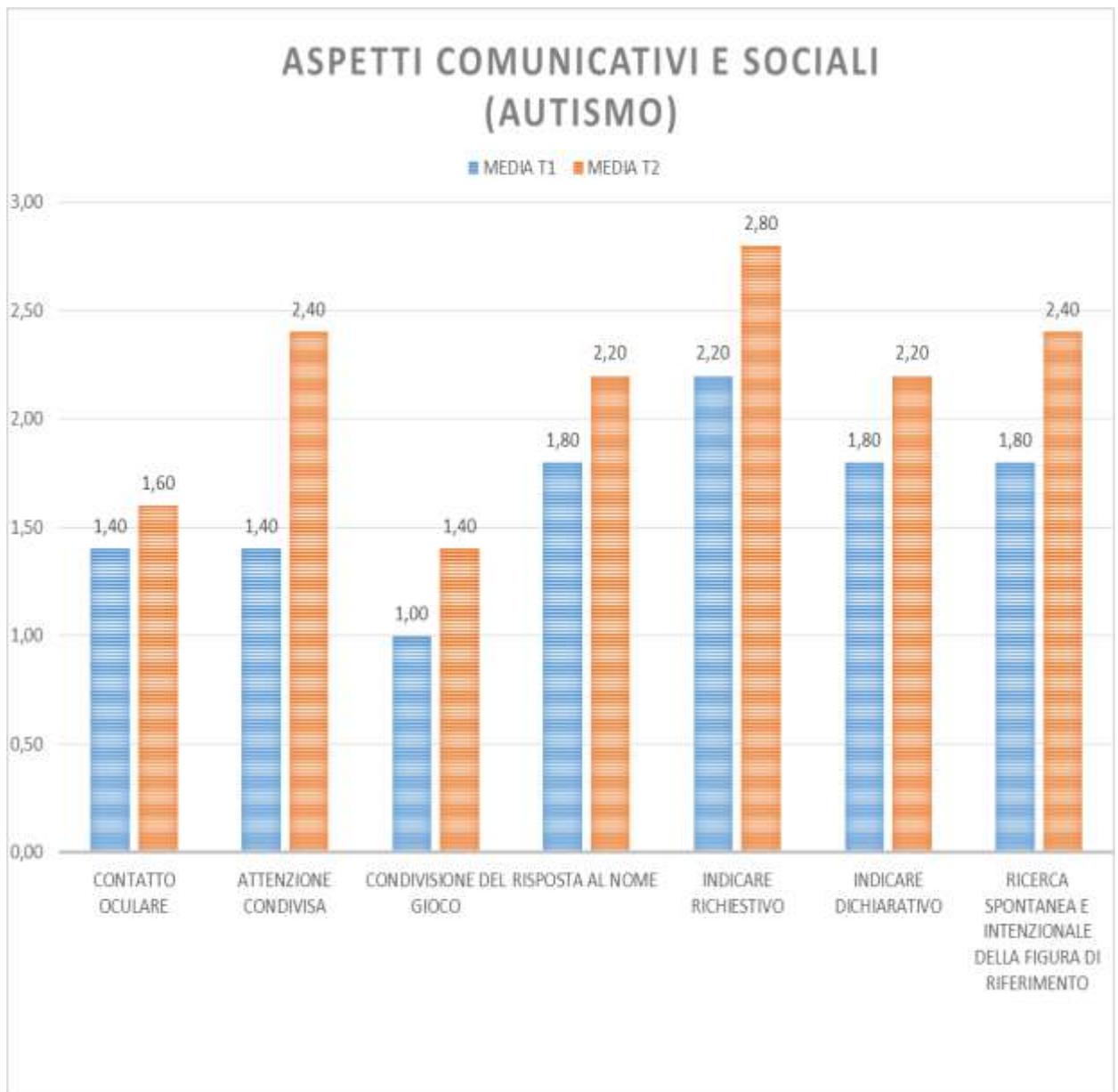
**Grafico 1: Aspetti comunicativi e sociali  
(S.Down)**



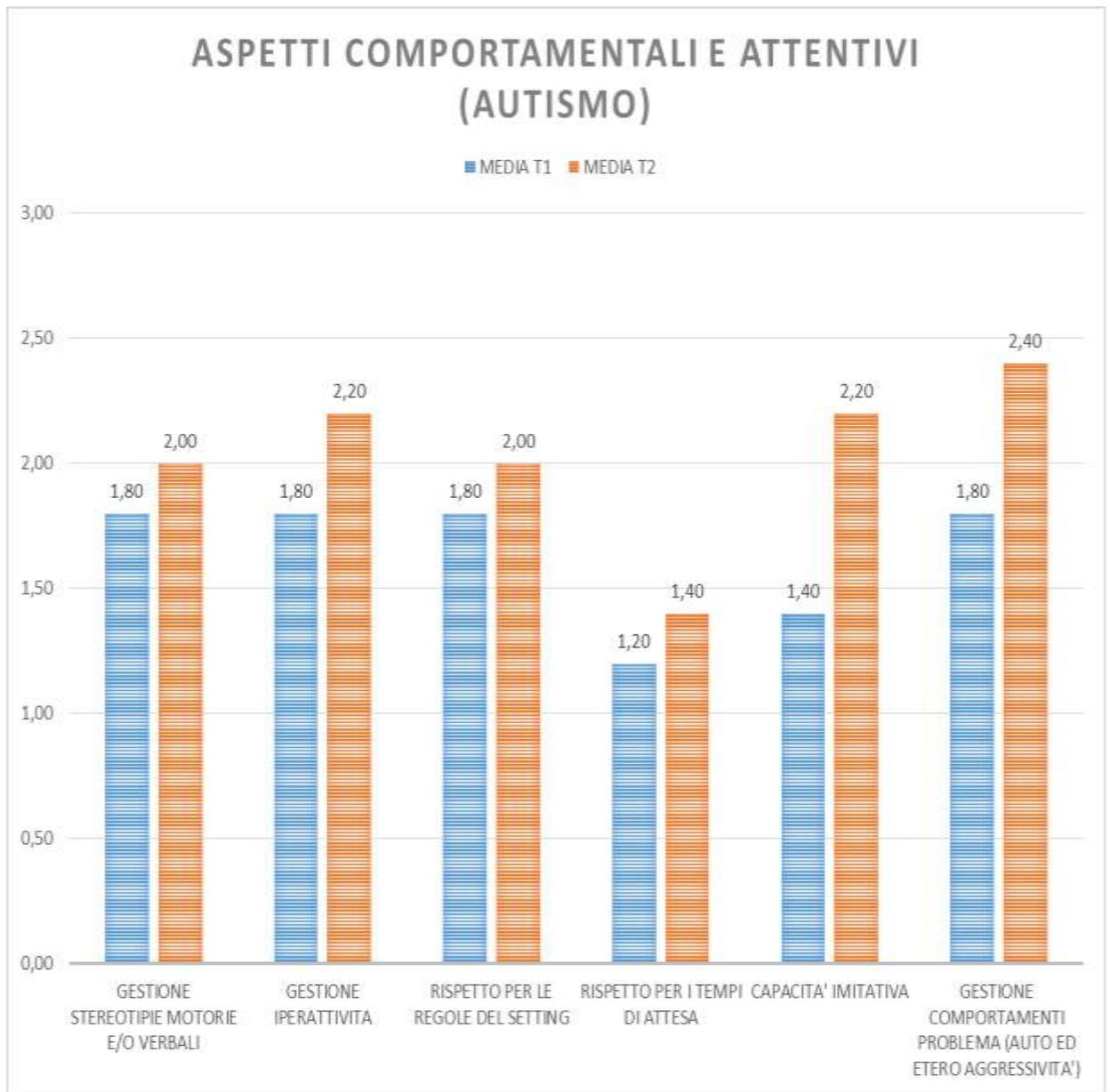
**Grafico 2: Aspetti comportamentali e attentivi  
(S.Down)**



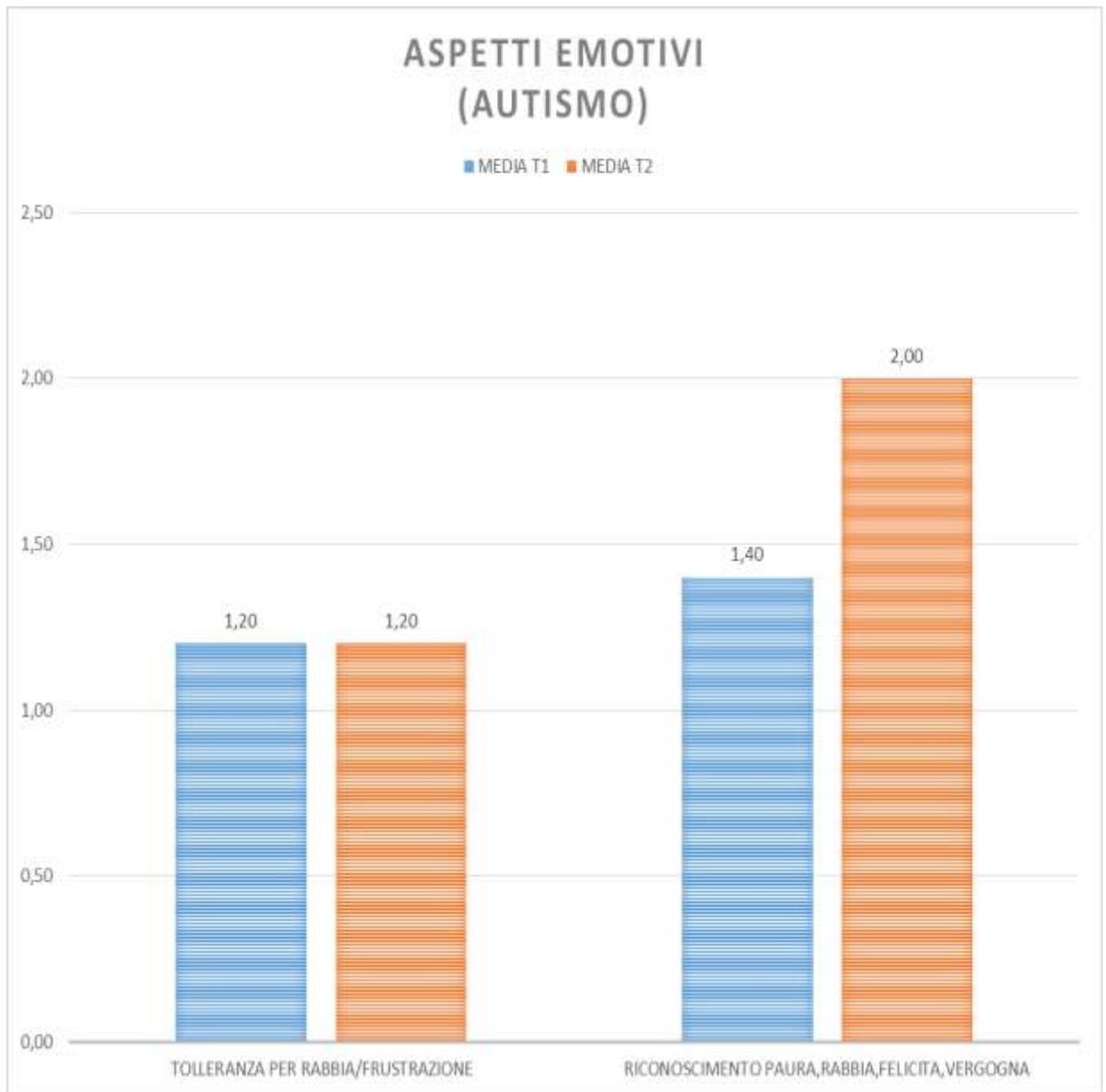
**Grafico 3: Aspetti emotivi  
(S. Down)**



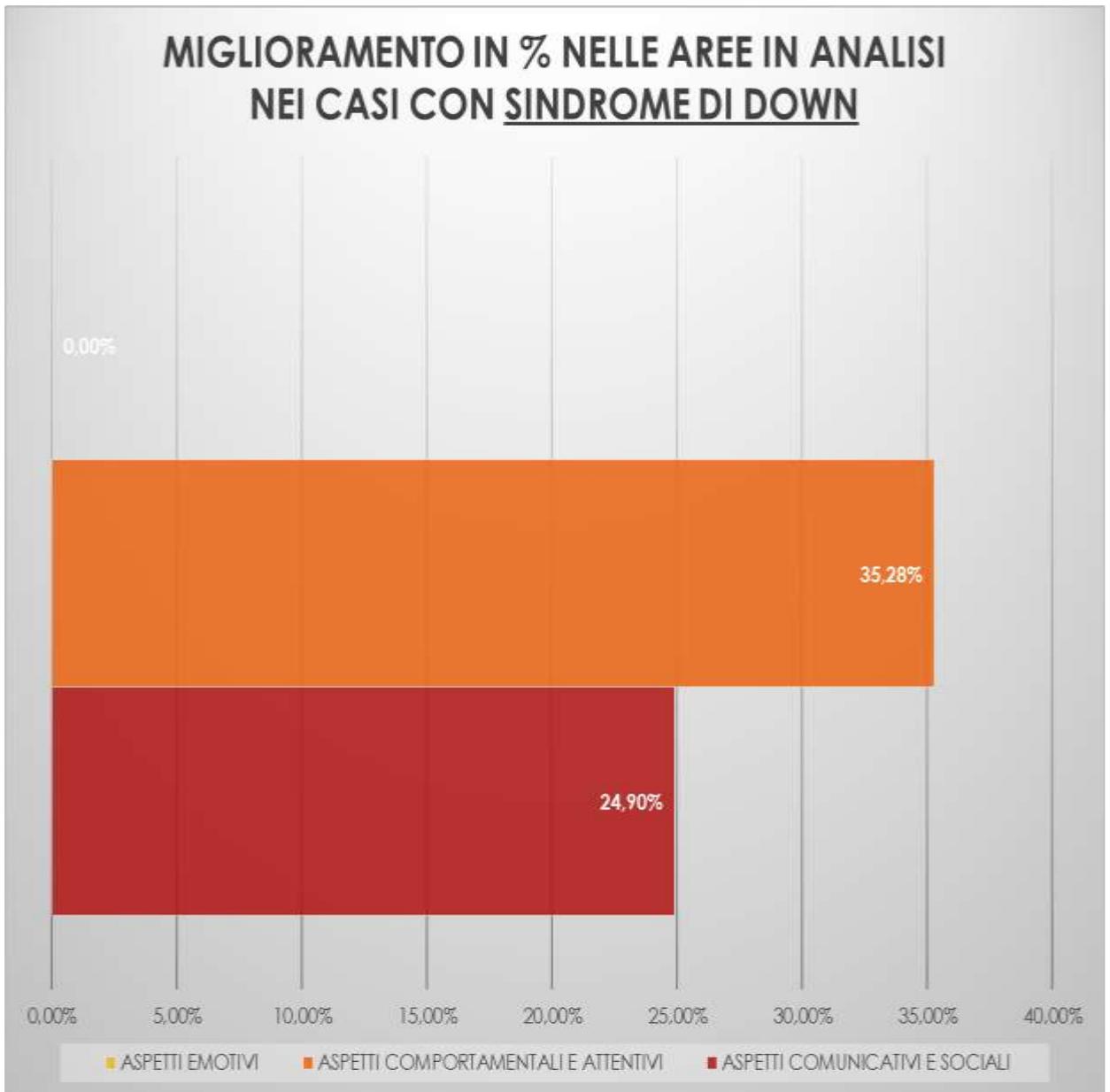
**Grafico 4: Aspetti comunicativi e sociali  
(Autismo)**



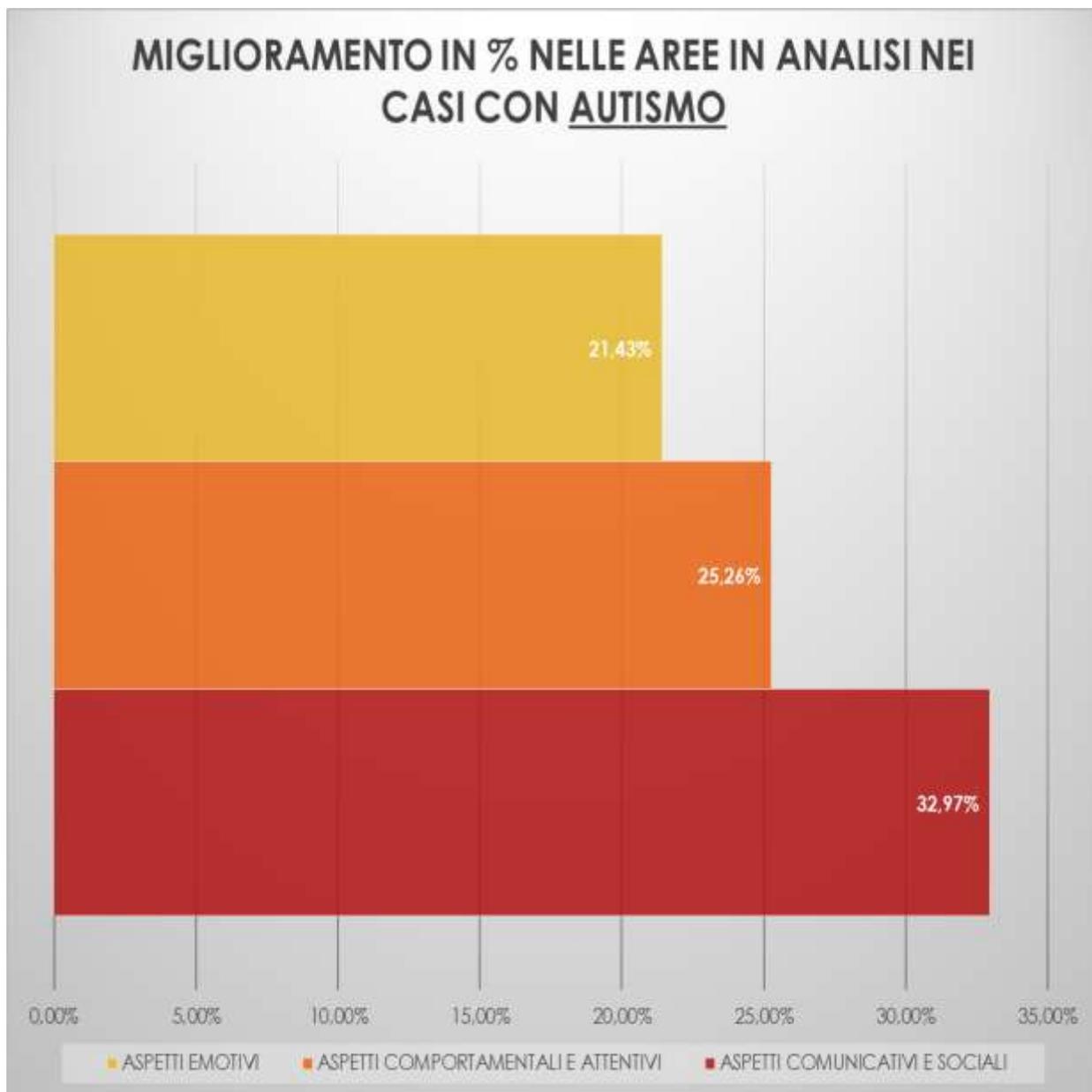
**Grafico 5 : Aspetti comportamentali  
e attentivi  
( Autismo)**



**Grafico 6: Aspetti emotivi  
(Autismo)**



**Grafico 7: Miglioramento in % delle aree in analisi  
(S. Down)**



**Grafico 8: Miglioramento in % delle aree in analisi  
(Autismo)**

## ***DISCUSSIONE E CONCLUSIONI***

Dall'analisi dei risultati ottenuti l'ipotesi di partenza risulta confermata.

Partendo dall'aspetto affettivo-relazionale, un miglioramento si è riscontrato principalmente nel rispetto dei tempi d'attesa e nell'attenzione e concentrazione sui compiti.

Per la teoria dell'attaccamento, su cui si basa la Tma, imparare a concentrarsi su un compito e progredire nei tempi d'attesa, rappresentano dei fattori predittivi per poter stabilire un legame d'attaccamento tra operatore e bambino.

Guardare più frequentemente negli occhi l'operatore e rimanere più tempo a guardare, significa principalmente comunicare all'altro le proprie idee, emozioni, intenzioni. Attraverso la Tma i bambini della ricerca sono migliorati nell'approccio visivo e sono anche più capaci di mostrare le loro proprie emozioni sulla base di un maggiore contatto visivo.

Gli sguardi, d'altronde, rappresentano uno degli indici più importanti nella formulazione del legame d'attaccamento, attraverso il quale il bambino inizia a conoscere il mondo relazionale e a fidarsi dell'altro mostrando felicità, gioia, rabbia e paura. La Tma, infatti, basa tutta la sua applicabilità e potenzialità attraverso il contatto visivo e l'espressione delle proprie emozioni

in un continuo e costante gioco di sguardi, facilitato dalla presenza di un fattore esterno, quale quello dell'acqua, che crea la condizione di stress e di pericolo.

L'aumento del contatto visivo, inoltre, è uno dei precursori della teoria della mente, secondo cui si comprende lo stato mentale dell'altro attraverso lo sguardo, come l'intenzione dichiarativa comunicativa.

Inoltre, l'aggrapparsi, farsi accarezzare e offrire maggiore disponibilità al contatto fisico sono principi base su cui si fonda la terapia.

Chiaramente tali miglioramenti hanno un effetto anche nella relazione con gli altri (condivisione del gioco, rispetto per i tempi di attesa).

Anche per quanto riguarda la gestione dei comportamenti problema (auto ed etero aggressività) i dati sono positivi. Il campione analizzato presentava all'inizio della terapia maggiore frequenza di aggressività verso gli altri, che si è notevolmente ridotta.

Per quanto riguarda le stereotipie, invece, il miglioramento è meno rilevante. Questo dato, però, mi ha permesso di riflettere sia sul significato delle stereotipie (perché eliminarle?), sia sugli obiettivi della terapia stessa, che non ha lo scopo, sicuramente, di eliminare un modo attraverso cui il bambino si adatta e interagisce con il mondo esterno.

L'indagine presentata, in conclusione, mi ha offerto spunti di riflessione sugli effetti della Tma, sui suoi risultati e limiti.

Nonostante i miglioramenti qualitativi osservati, ritengo che la Tma non debba essere l'unico intervento, né tanto meno debba entrare in contrasto con altri interventi, ma piuttosto debba essere considerata parte integrante di un processo riabilitativo globale più ampio.

In tale ottica, gli interventi non vanno intesi in modo frammentario, ma con obiettivi condivisi, frutto di un intervento terapeutico educativo di un'èquipe interdisciplinare. È necessario progettare piani terapeutici individualizzati, coordinando gli obiettivi educativi e clinici con quelli di altre discipline.

Un trattamento adeguato dovrà includere genitori, educatori, terapeuti, medici, insegnanti, così come tutte le persone in contatto con il bambino. Ognuno di loro, infatti, potrà porre l'accento sulle esigenze, difficoltà e potenzialità del bambino nei diversi ambienti, e rispetto alle varie figure di riferimento.

## **BIBLIOGRAFIA**

Aarons M., Gittens T. (1993), *È autismo? Test di valutazione psicopedagogica*, Erikson, Trento.

Alvarez A., Reid S (1999), *Autism and personality*, Routledge, London.

American psychiatric association (1994), *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, Dsm IV*, American psychiatric association, Washington, DC; trad. it. *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*, Masson, Milano, 1996.

Bowlby J. (1989), *Una base sicura*, Cortina, Milano.

D. Ianes, M. Zappella (2009). *L'autismo. Aspetti clinici e interventi psicoeducativi*, Erikson, Trento.

D'Ulisse M.E., Porcaro F. (2000), *Musicoterapia e autismo*, Phoenix, Roma.

Ferraris Oliviero A., Liuzzo M.L., Panier Bagat M., Pilleri Senatore R. ( 1991), *Teorie dello sviluppo cognitivo e affettivo*, Bulzoni, Roma.

G. Bertelloni (2005). *Autismo: agenesia del desiderio?* , in S. Guerra Lisi, G. Stefani *Contatto, Comunicazione, Autismo*.

G.Caputo, G. Ippolito, P. Maietta, *La terapia multisistemica in acqua*.

G. Giaimis (2005). *Autismo: lo stato dell'arte*, in S. Guerra Lisi, G. Stefani, *Contatto, Comunicazione, Autismo*, FrancoAngeli.

Greespan S.I., Wieder S. (2007), *Trattare l'autismo. Il metodo floor time per aiutare il bambino a rompere l'isolamento*, Cortina, Milano.

Holmes J. (1994), Holmes J. (1994), *La teoria dell'attaccamento*, Cortina, Milano.

J. M. Cafiero (2009). *Comunicazione aumentativa e alternativa*. Ed. Erikson.

Janney R.E., Snell M.E. (1996), "*How teachers use peer interactions to include students with moderate and severe disabilities in elementary general education classes*", *Journal of the Association for persons with severe handicaps*, XXI, 2: 54-68; trad.it "*Le interazioni con I compagni: strategie per facilitare l'integrazione*", *Difficoltà di apprendimento*, II, 3, 1996: 301-15.

Kanner L. (1943), "*Autistic disturbances of affective contact*", *Nervous child*, 2: 217-50; trad. it (di F. Bassi), "Disturbo autistico del contatto affettivo", *Psicoterapia e scienze umane*.

Peck C.A., Donaldson J, Pezzoli M. (1992), "*I benefici dell'integrazione scolastica vissuta dai compagni di classe*", *Insegnare all'handicappato*, VII, 1: 41-54

Piaget J. (1967), *Lo sviluppo mentale del bambino*, Einaudi, Torino.

Stern D.N. (1977), *The first relationship: infant and mother*, Fontana, Open Books, London.

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

Vygotskij L.S. (1973), *Lo sviluppo psichico del bambino*, Editori Riuniti, Roma.

Walberg H.J., Greenberg R.C. (1977), “ *Using the learning environment inventory*”, *Educational leadership*, LIV,45-57.

Winnicott D. (1970), *Sviluppo affettivo e ambiente*, Armando, Roma.

### ***SITOGRAFIA***

*www.angsabruzzo.it*

*www.terapiatma.com*

*www.wikipedia.org*

## ***RINGRAZIAMENTI***

Giunta al termine di questo percorso, desidero ringraziare ed esprimere la mia riconoscenza nei confronti di tutte quelle persone che, standomi vicino, hanno permesso e incoraggiato sia i miei studi che la realizzazione e stesura di questo lavoro conclusivo.

Il mio più sentito ringraziamento va al **Professor Andrea De Giacomo**, relatore di questa tesi, persona che stimo per la sua grande professionalità e ringrazio per la disponibilità e cortesia dimostratemi e per l'aiuto fornito durante la stesura della tesi.

Ringrazio **tutti i bambini dell'associazione "Gocce nell'Oceano Onlus" e le loro famiglie**, che hanno ispirato questo mio lavoro e che mi hanno dato la possibilità di entrare nel loro mondo speciale.

Un ringraziamento speciale, ovviamente, va **ai miei genitori e a mio fratello** ai quali dedico questo lavoro di tesi: senza il loro aiuto e affetto non avrei mai raggiunto questa meta. Sono davvero grata per il loro incrollabile sostegno morale, e per avermi insegnato che la cosa più importante nella vita è credere in se stessi e non mollare mai, puntando a diventare persone di valore e non di successo.

E come non ringraziare la **super nonna Rosa**, modello di coraggio e di forza da sempre, custode di saggezza e di amore impossibile da arginare. Non posso quantificare quanto sia importante ed indispensabile per la mia crescita, perché rivedo in lei la volontà,

l'impegno, la strenua bontà che non conosce compromesso e che mi spingono a tentare di migliorarmi sempre.

Ringrazio **mio nonno**, che da lassù starà guardando la sua nipotina che ha raggiunto questo traguardo. Immagino i suoi occhi riempirsi di orgoglio e fierezza, come ogni volta che gli raccontavo di aver superato un esame. I suoi occhi e i suoi baci rimarranno sempre nella mia memoria e nel mio cuore.

Ringrazio **Duccio**, per aver creduto in me più di quanto faccia io stessa, per ogni “ In bocca al lupo, sono sicuro andrà bene”, prima di un esame. Per aver sopportato le mie ansie, i miei momenti NO, i miei sbalzi d'umore e accontentato ogni mio capriccio pur di vedermi serena. Per aver portato una ventata d'amore in questo percorso.

Desidero ringraziare tutte quelle persone con cui ho iniziato e trascorso i miei studi, con cui ho scambiato qualche pensiero, qualche idea, qualche risata durante le ore di lezione, che, in modi diversi, hanno contribuito nel mio percorso formativo.

Tra essi, in particolare, la vera “ scoperta ” di questo percorso universitario, **Celeste** , un'amica oltre che collega. La sua compagnia è stata indispensabile in questo percorso: grazie alla sua allegria, alle nostre risate, ansie, incoraggiamenti, alla condivisione spontanea di tutto ciò che accade nelle nostre vite, anche le ore di lezione sono sembrate meno pesanti.

Ringrazio **Fabio**, per il suo sostegno morale e “tecnico”, per esserci sempre stato prima di ogni esame a sopportare la mia ansia e subito dopo per festeggiarne i risultati.

Infine, ringrazio la mia forza e buona volontà: è soprattutto grazie a me stessa e al mio lavoro se oggi sono qui e posso finalmente essere orgogliosa di aver coronato il mio sogno.