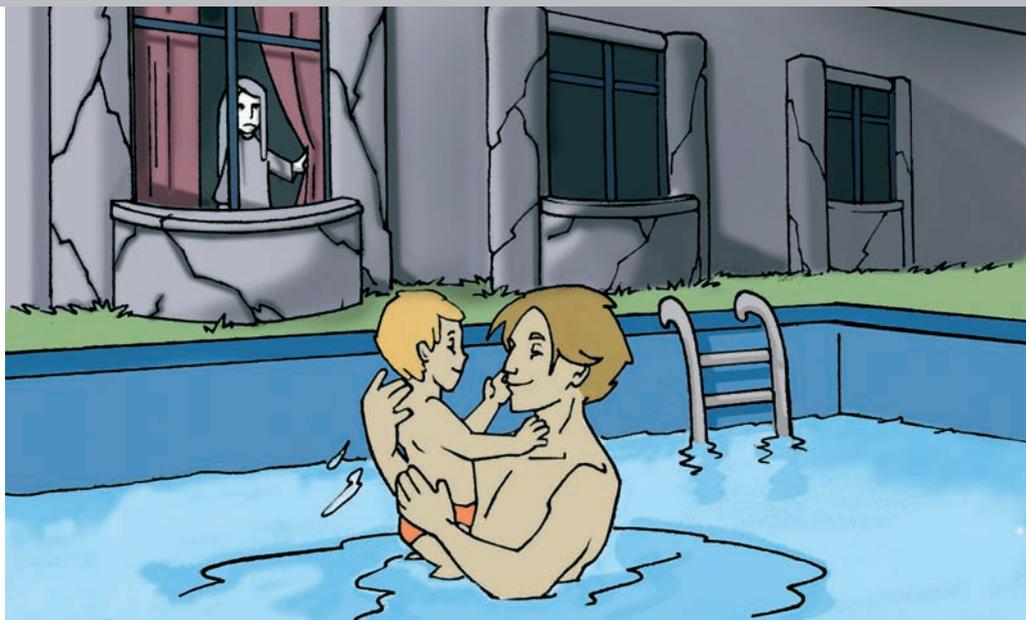


Strumenti per il lavoro
psico-sociale ed educativo



Giovanni Caputo,
Giovanni Ippolito, Paolo Maietta

LA TERAPIA MULTISISTEMICA IN ACQUA

Un nuovo approccio terapeutico
per soggetti con disturbo autistico
e della relazione.

Indicazioni per operatori,
psicologi, terapisti, genitori

FrancoAngeli

I lettori che desiderano informarsi sui libri e le riviste da noi pubblicati possono consultare il nostro sito Internet: www.francoangeli.it e iscriversi nella home page al servizio “Informatemi” per ricevere via e.mail le segnalazioni delle novità.

**Strumenti per il lavoro
psico-sociale ed educativo**

Giovanni Caputo,
Giovanni Ippolito, Paolo Maietta

**LA TERAPIA
MULTISISTEMICA
IN ACQUA**

Un nuovo approccio terapeutico
per soggetti con disturbo autistico
e della relazione.

Indicazioni per operatori,
psicologi, terapisti, genitori

FrancoAngeli

In copertina: il disegno è stato gentilmente concesso da Tina Valentino (e-mail: vigiti@inwind.it)

Copyright © 2008 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy.

L'opera, comprese tutte le sue parti, è tutelata dalla legge sul diritto d'autore. L'Utente nel momento in cui effettua il download dell'opera accetta tutte le condizioni della licenza d'uso dell'opera previste e comunicate sul sito www.francoangeli.it.

*...a tutti i bambini speciali
e alle loro famiglie!*

Indice

Ringraziamenti	pag. 11
Prefazione , di <i>Fabio Canziani</i>	» 13
Presentazioni	» 21
Angsa Onlus, di <i>Giovanni Marino</i>	» 21
Nuovi Orizzonti Onlus, di <i>Tommaso Giugliano</i>	» 22
Ascolta Autismo Onlus, di <i>Cosimo Aruta</i>	» 23
Angsa Campania, di <i>Aurora Solone</i>	» 24
Premessa , di <i>Maria Lucia Ippolito</i>	» 25
1. Come è nata la terapia	» 25
Introduzione	» 31
1. Autismo: teorie vecchie e nuove	» 35
1. Che cos'è l'autismo	» 35
2. L'autismo e la sua storia	» 36
3. L'eziologia del disturbo	» 37
4. Valutazione diagnostica secondo il <i>Dsm-IV TR</i>	» 42
5. Metodi d'intervento	» 46

2. La Terapia multisistemica in acqua (Tma): una nuova modalità di intervento	pag. 55
1. Introduzione	» 55
2. Cos'è la Tma	» 56
3. Perché terapia	» 57
4. Perché multisistemica	» 58
5. Perché in acqua	» 61
3. Modelli teorici di riferimento	» 65
1. Introduzione	» 65
2. L'acqua: origini e riflessioni	» 65
3. L'importanza delle emozioni	» 66
4. Dall'aggrappamento primario alla teoria dell'attaccamento	» 69
5. Intersoggettività e sintonizzazione	» 74
6. L'holding di Winnicott	» 79
4. La metodologia	» 82
1. La struttura metodologica	» 82
2. Le figure professionali	» 82
3. Fasi della Tma	» 83
4. Fase valutativa	» 86
5. Fase emotivo-relazionale	» 89
6. Aspetti terapeutici e comunicativi del gioco	» 95
7. Fase senso-natatoria	» 98
8. Fase dell'integrazione sociale	» 102
5. Le diverse patologie a cui può essere rivolta la Tma	» 109
1. Disturbo iperansioso dell'infanzia	» 110
1.1. Criteri diagnostici del disturbo d'ansia generalizzato	» 110
2. Ritardo mentale	» 111
3. Disturbo da attenzione e iperattività	» 112

3.1. Criteri diagnostici del disturbo da deficit di attenzione/iperattività	pag. 114
4. Disturbo reattivo dell'attaccamento	» 115
4.1. Criteri diagnostici del disturbo reattivo dell'attaccamento	» 116
5. Fobia specifica	» 117
5.1. Criteri diagnostici della fobia specifica	» 118
6. Fobia sociale	» 118
6.1. Criteri diagnostici della fobia sociale	» 119
7. Disturbo della condotta	» 120
7.1. Criteri diagnostici del disturbo della condotta	» 121
8. Disturbo oppositivo-provocatorio	» 122
8.1. Criteri diagnostici del disturbo oppositivo-provocatorio	» 122
9. Schizofrenia e altri disturbi psicotici	» 123
9.1. Criteri diagnostici della schizofrenia	» 125
10. Sindrome di Down	» 126
11. Disturbi motori	» 127
6. La valutazione e le testimonianze dei genitori, in collaborazione con <i>Sergio Gatto</i> e <i>Maria Cimmino</i>	» 128
1. Gli effetti della Terapia multisistemica in acqua in soggetti con disturbo generalizzato dello sviluppo	» 128
2. Lo strumento di indagine: il questionario	» 130
3. Campione e procedura	» 131
4. Risultati	» 131
5. Discussione	» 136
6. Testimonianze	» 137
Glossario	» 143
Bibliografia	» 147

Ringraziamenti

Un ringraziamento grande va alle **nostre famiglie**, per averci consentito di usare gli spazi e i tempi dedicati a loro, così da poterci dedicare con serenità, allo studio e alla sperimentazione.

Grazie anche a **Matteo Iacono** per averci fatto conoscere questo mondo.

Grazie a **Massimiliano Conson** e **Sara Salzano** per aver creduto nel nostro lavoro e avviato una ricerca sperimentale.

Grazie a **Sergio Gatto** e **Manuela Cimmino** per aver curato la ricerca empirica.

Grazie a **Tina Valentino** perché nei momenti più difficili è stata sempre presente e pronta a collaborare.

Grazie a **Valentina Cosentino** e **Maria Michela Gambatesa** per i suggerimenti utili per l'elaborazione del testo.

Grazie a **Maurizio Falcone** per i suoi incoraggiamenti e per averci insegnato tutto quello che sappiamo sulla terapia cognitiva.

Grazie a **Rossella Aurilio**, **Rosaria Menafro** e **Pina De Laurentis** per averci insegnato tutto quello che sappiamo sulla terapia sistemico relazionale.

Grazie a **Ida Rossi** e **Nicola De Luca**, responsabili della piscina comunale di Caserta e **Alessandro Forgelli** titolare del Mirage Village di Foggia, senza i quali quest'avventura non sarebbe stata possibile.

Grazie alla Uisp e, in particolare, a **Laura Del Sette**, **Oreste Proverbio** ed **Enrico Castrucci** che hanno permesso di utilizzare la piscina dell'impianto sportivo "Fulvio Bernardini" di Roma, credendo nel nostro progetto.

Grazie ad **Alfredo Schiavo**, **Alessandra Vignoli**, **Valentina Giannone**, **Francesca D'Urso**, **Angelo Pacilli** e **Marcello Moscatelli** che ci hanno

permesso di sperimentare nuove modalità di intervento e confermare l'efficacia del metodo.

Infine grazie a **Maria Lucia Ippolito** per aver curato la stesura definitiva del testo.

Prefazione

Da quando, nel 500 a. C., Alcamene di Crotone (giudicato il fondatore della psicologia sperimentale), per primo affermò che i sentimenti sono gestiti dal cervello e non dal cuore e in particolare da quando nel 1500 d. C., si poterono realizzare delle dissezioni, senza incorrere in sanzioni, lo studio del cervello ha interessato sia i filosofi sia i medici sia gli antropologi ecc. Solo nel secolo scorso l'evoluzione delle nostre conoscenze si è andata sviluppando in modo veloce mettendo in luce le leggi che governano il funzionamento del cervello.

Nel 1929 Berger dimostrò che la coscienza era caratterizzata dalla presenza di un'ampia e irregolare attività Eeg e che il contrario avveniva nello stato di incoscienza. Nello stesso anno, nasceva Edeman, che ottenne il Nobel per le sue scoperte sul funzionamento degli anticorpi e che negli anni seguenti dimostrò che gruppi di cellule nervose possono mutare nelle loro funzioni in rapporto alle esigenze dell'ambiente. Questo confermava quanto si sosteneva dai riabilitatori e dagli psicoterapeuti che cioè, con interventi mirati, si può ottenere un miglioramento delle funzioni cerebrali disfunzionanti o lese. Le modifiche di funzionamento di gruppi di cellule nervose si realizzano nel rapporto con l'ambiente, ma in modo utilitaristico, per rispondere adeguatamente a stimoli che provengono dall'esterno. L'ambiente può intervenire modificando un comportamento in un soggetto normofunzionante. Nel caso di un bambino diversamente funzionante può indurre modificazioni alle difficoltà secondarie prodotte dal disfunzionamento. Questo però presuppone che a una modifica delle funzioni di gruppi neurali corrisponda una possibilità del soggetto di ricevere corretti stimoli, di poterli correttamente elaborare e di trasferire gli ordini prodotti da funzioni neurali modificate alle altre aree cerebrali. In teoria con una mirata sollecitazione se il sistema nervoso è in condizione di accettare le conseguenze

del mutamento di funzioni con le conseguenti correlazioni si potrebbe migliorare o emendare il comportamento atipico.

Negli stessi anni, le ricerche neurofisiologiche e neuropsicologiche hanno definitivamente spazzato via tutte le ipotesi psicopatologiche sull'insorgere dell'autismo della Mahler, di Turstin e di Bettelheim dimostrando come questa modalità di comportamento sia il frutto di un atipico funzionamento di varie aree cerebrali.

La presa in carico del soggetto autistico deve tenere conto, quindi, sia delle esperienze neurofisiologiche, sia del "neural darwinism". Perché si realizzi un miglioramento si deve intervenire precocemente quando la plasticità del cervello è in condizioni di produrre delle massive modifiche del funzionamento cerebrale; di utilizzare gruppi neuronali altrimenti destinati all'apoptosi. La presa in carico deve tenere conto anche delle possibilità del cervello del soggetto autistico di recepire un mutamento di funzioni neuronali trasferendo gli impulsi ad altre parti del cervello. La presa in carico deve tener conto delle difficoltà percettive e di ricezione degli stimoli da parte del bambino. Una riabilitazione, quindi, deve prevedere, al di là della diagnosi, tipi di interventi diversi a seconda delle qualità del soggetto, della sua età; per cui è necessario strutturare piani terapeutici in buona parte personalizzati e adattati all'epoca evolutiva.

Il bambino autistico percepisce il mondo in modo particolare, per esempio, le sue funzioni visive e uditive appaiono fargli percepire la realtà in modo particolare. È certo che i suoi neuroni a specchio non gli consentono una relazione empatica adeguata, che le funzioni motoriche e prattognosiche non sono adeguate e così via.

La conoscenza di come il bambino percepisce l'ambiente può aiutarci a ipotizzare modalità di intervento mirate e più utili alla riabilitazione ove fossero possibili le connessioni neuronali emendate tra le varie parti dell'encefalo.

L'esperienza dimostra, anche, che in parte le difficoltà di rendimento del bambino autistico risentono del rapporto relazionale interpersonale che si instaura con lui. L'esperienza tende a dimostrare che il bambino risponde in modo più congruo all'interno di una buona relazione. Sappiamo però che la relazione non è esaustiva per modificare considerevolmente il comportamento.

È noto per esempio che i contatti corporei vengono vissuti in modo disturbante a meno che non siano brevi e molto delicati. Per esempio, si è evidenziato come la vicinanza di una persona, i toccamenti e le contenzioni non sono tollerate. Per dirla con Williams, una delle donne che sono uscite dall'autismo di Asperger e hanno raccontato la loro storia nel libro *Se mi*

toccano io non esisto più. La Williams come altre superstiti dall'autismo racconta che “non sopportavo abbracciare, non amavo che si avvicinassero troppo, non permettevo a nessuno di toccarmi”.

Lo stesso disagio si risentiva per i rumori e le parole che non decodificate creavano malessere in quanto venivano percepite come “un catalogo di rumori”. Le “superstiti” raccontano che le modifiche che si inducevano nel loro comportamento producevano consistente ansia per dirla con la Williams “più prendevo coscienza del mondo attorno a me più ne avevo paura” e questo anche per attività quali avvicinarsi al WC o al mangiare. Queste sensazioni divengono meno ansiogene in certe condizioni. Così per esempio, Begeer, Rieffe e Meerum rilevano che gli autistici con alto funzionamento presentano una difficoltà a intendere le emozioni altrui e ad agganciare lo sguardo in rapporto, in parte, alle contingenze. Quando questi soggetti sono invitati a osservare un'immagine, una faccia prestano poca attenzione al viso o alla foto. Se oltre a guardare sono anche implicati in una conseguente azione o debbono prendere una decisione la loro attenzione allo stimolo è maggiore e anche la memorizzazione dell'evento correlato. Altre indagini dimostrano che i movimenti stereotipati e incongruenti diminuiscono durante una buona relazione interpersonale.

Varie sono le prese in carico di soggetti autistici e tutte hanno ottenuto, sino a oggi, risultati relativi e non hanno “guarito un autistico” della forma più severa quella di Kanner. Qualche successo si è avuto con le forme di Asperger.

Oggi non ha più senso ipotizzare una terapia centrata sul recupero di una lesione esistenziale precoce colpevolizzando le madri come prevedeva Bettelheim. Le conoscenze sulle difficoltà a sopportare i contatti escludono anche terapie tipo la holding introdotta da Whittaker che prevede una costrizione del corpo tenendo fermo il soggetto sulle ginocchia sino a che si calma che si rifà alle ipotesi reichiane o dell'attaccamento derivate da Bowlby o Winnicott.

Ogni autistico è diverso da un altro e bisogna sempre adattare il sistema “educativo” ai problemi del bambino.

Gli interventi che sono in atto più funzionanti sono tre. La terapia di scambio e di sviluppo, in particolare per i bambini piccoli e delle classi elementari, le prese in carico dei fanciulli più grandi e adolescenti secondo Lovaas o Scohopler, Reicheler, Lanswing.

La terapia di scambio e di sviluppo è frutto del lavoro, estremamente interessante svoltosi a Tours a partire da Le Lord e finire alla Barthelemy. La tecnica, basata su incontrovertibili basi neurofisiologiche, prevede modalità di presa in carico finalizzate al miglioramento del contatto e aggancio

visivo, al perfezionamento dell'attenzione, a migliorare le difficoltà psicomotorie, a indurre capacità atte a svolgere attività scelte in rapporto all'interesse del bambino, all'interazione con gli altri. Particolare attenzione viene dedicata all'induzione di una comunicazione interpersonale, agendo sulle afasie disfasie, inducendo una comunicazione corporea e verbale. Le attività vengono videoregistrate e discusse in équipe. I risultati ottenuti in questo modo sono discreti. Si tratta quindi di una presa in carico globale con interventi a mosaico che tendono a migliorare le prestazioni tutte finalizzate a permettere al fanciullo di relazionarsi e di far evolvere le funzioni inadeguate. La terapia di scambio e di sviluppo è una presa in carico globale ed è fondamentale per i bambini piccoli sino a quelli delle scuole elementari.

Il tipo di abilitazione di Lovaas parte, invece, dal principio che il bambino autistico ha un dovere: apprendere e lavorare "duramente" e non ha il "diritto" di comportarsi in modo inadeguato. Egli deve obbedire e gli altri comandare. L'autore, prevede l'utilizzo di "squadre" di addestratori, che interagiscano con il fanciullo gestendo preminentemente una parte del progetto globale (per esempio educazione del linguaggio) per otto ore la settimana. La famiglia viene istruita ad assumersi il carico di coordinare le attività degli operatori. È prevista una supervisione trisettimanale. Il bambino deve vivere come piacevole il rapporto con gli operatori, deve esser posto nelle condizioni migliori per non essere emarginato anche con interventi formali (per esempio vestendoli alla moda, non facendolo ingrassare troppo, insegnandogli a sorridere ecc.). Lovaas ritiene la "motilità atipica", una necessità "fisiologica" del bambino poiché producono un'utile stimolazione del Snc. Queste autostimolazioni per l'autore non debbono estinguersi se non sono sostituite da modalità comportamentali più accettabili, ma aventi lo stesso valore di stimolazione visiva, uditiva, tattile o cinestesica. Ai soggetti gravi viene dato il "permesso" di esercitarle, come rinforzo, in cambio di una maggiore attenzione e motivazione alle attività richieste.

Scohopler, Reicheler e Lanswing prevedono la necessità che chi si occupa dei fanciulli autistici prenda coscienza della "relatività delle acquisizioni" ossia del fatto che questi soggetti non sono in condizione di "generalizzare" l'emissione di un comportamento di fronte a situazioni differenti, accettando che questi vengano elicitati in particolari contesti. La presa in carico è focalizzata sui centri di interesse con la collaborazione della famiglia. La modalità abilitativa prevede tre fasi fondamentali. La stimolazione dell'"interazione dinamica" delle relazioni, cioè, tra il bambino, i suoi genitori e la sua microsocietà. Il miglioramento della "prospettiva evolutiva" ossia delle capacità conoscitive cercando di rilevare le potenzialità e i biso-

gni del bambino. Delle “priorità educative” ossia della necessità di indurre il soggetto a evitare tutte le condizioni che minacciano la sua vita, certi suoi comportamenti (gravi crisi di aggressività ecc.), ad acquisire un minimo di capacità utili a collaborare e a tollerare gli altri, a prendersi cura di se stessi. e adattare il soggetto alla vita extrafamiliare.

Queste piattaforme di intervento, la prima indicata per i più piccoli e le altre due per gli adolescenti, possono anche inglobare in esser alcune modalità di intervento che si dimostrino funzionali al recupero di certe particolarità del soggetto autistico. Naturalmente ogni intervento *funziona in rapporto al funzionamento cerebrale, alla qualità della relazione in ambito riabilitativo (legge della variabilità di Wallon) e agli stadi evolutivi*. Sono diverse le modalità di intervento possibili. Ne citiamo alcune:

Le terapie comportamentali che attraverso un gioco di gratificazioni e di non attenzione, attraverso un rapporto individuale gratificante tendono a condizionare il bambino a compiere certi atti e a ridurre comportamenti disturbanti sia perché ne ottengono una gratificazione, sia perché evitano una frustrazione, sia perché rendono il suo vissuto meno ansiogeno. La quarantennale esperienza in questo ambito terapeutico mi ha portato a un uso di queste metodiche tenendo in gran conto non solo lo stimolo-risposta, ma il bambino con le sue caratteristiche mentali, attitudinali, la sua storia personale, le sue problematiche emotive, le contingenze ambientali, e le capacità di tradurre in azione certi comportamenti.

Il gioco, ampiamente usato anche dalla scuola di Tours è importante per far” scoprire” le qualità degli oggetti, per facilitare le manipolazioni, le azioni, per apprendere, stabilire relazioni, per dare, ricevere, condividere e saper attendere.

La psicomotricità può aiutare il bambino autistico a crearsi uno schema e vissuto corporeo, a orientarsi nello spazio, nel tempo, ad apprendere azioni, conoscere meglio lo spazio e il tempo. Gli esercizi corporali possibili consentono o migliorano una presa di coscienza progressiva e unificante di tutte le parti del corpo. Per gli autistici che hanno difficoltà motorie fini sono ipotizzabili quasi esclusivamente gli esercizi definiti come “movimenti generali” susseguenti a quelli specifici per le singole parti del corpo (mani, braccia, tronco ecc.). *L’esperienza psicomotoria dimostra l’importanza del lavoro sul corpo con gli autistici al fine di indurre prima uno schema corporeo “ho un corpo” e poi la sensazione di “essere un corpo” facendo coincidere il corpo visto allo specchio con quello sentito e facendolo percepire come uno spazio interno che entra in contatto con un altro spazio esterno. La tecnica si interessa delle sensazioni intra, esterocettive e sull’aggancio visivo. La tecnica riesce a migliorare anche la motricità.*

La danzoterapia in pratica parte dalle esperienze della svizzera Schop che, negli anni Cinquanta parte in particolare dal principio che il movimento corporeo è il più ancestrale metodo di comunicazione degli esseri umani. La tecnica fu molto impiegata dalla psichiatra infantile Kestenberg che sosteneva che esistono delle sequenze di sviluppo del movimento che possono essere osservate parallelamente allo sviluppo emotivo e che i ritmi dei neonati sono congeniti. Oggi si propone la danzoterapia anche per i soggetti autistici. La danza conduce il soggetto, con un lavoro graduale, alla scoperta delle proprie capacità e possibilità, a sentirsi bene con se stesso, con gli altri attraverso la scoperta delle proprie capacità motorie, acquisendo movimenti finalizzati che gli consentono di relazionarsi prima con il proprio corpo poi con quello degli altri. La metodica ove proponibile aiuta l'autistico a conoscere il proprio corpo, le varie parti del corpo, le loro funzioni ad accettare i tocamenti, ad apprendere il ritmo, lo spazio e il tempo.

La rieducazione ortofonica è ampiamente utilizzata nelle due tecniche principali. Essa deve essere iniziata entro il 2° anno e può migliorare la qualità della voce, l'articolazione delle parole, il linguaggio orale, scritto, il linguaggio gestuale o, in alcuni casi, la comunicazione facilitata. Si possono ottenere, come ricordano Laxer e Ritvo, successi nell'induzione e strutturazione del linguaggio.

Sono state proposte altre modalità di intervento che in parte derivano dalla holding, come il paking e su un piano diverso il floor time. Ci soffermeremo solo sul paking e la terapia in acqua.

Nonostante le difficoltà di contatto corporeo con i soggetti autistici si è impiegata anche il paking o avvolgimento umido. Questa metodologia trova le sue origini in antiche ipotesi psichiatriche. Pare che il primo a utilizzare l'acqua in terapia fosse, nel 1920, Priessntz ma si ha notizia di interventi simili proposti da Pinel ed Esquirol. Il primo trattato organico su questa metodica, *Traité thérapeutique et clinique d'hydrotherapie* fu scritto da un allievo di Charcot: Fleury. Nel secolo scorso si pensava questo metodo utile, in funzione sedativa, per gli psicotici. Gli autori ideologizzati ritenevano l'acqua induttrice del senso della purezza e della rinascita. Uno psichiatra di fama quale Kraft Ebbinger l'utilizzava, come regolatore del corpo, sostenendo che non esiste disordine dello spirito senza un disordine del corpo. Il Pack, che in parte deriva dalla terapia con l'acqua, ha ottenuto un certo successo con gli autistici non gravi inducendo una riduzione delle crisi di gesticolazione, dell'agitazione, una migliore disposizione verso l'altro, un perfezionamento dello schema corporeo, un certo perfezionamento della memoria e della percezione dello spazio e del tempo. Fondamentalmente ha indotto una coscienza di essere un corpo in contatto con altri corpi.

In linea con le tecniche psicomotorie e in parte con il floor time si inserisce anche la terapia in acqua descritta dagli autori del volume *Terapia multisistemica in acqua*. La tecnica prevede lo sfruttamento del contatto del corpo con l'acqua, attraverso un rapporto adeguato con il bambino. Gli autori centrano maggiormente l'attenzione sui modelli teorici di riferimento come l'holding di Winnicott, l'attaccamento di Bowlby, la sintonizzazione di Stern e sulle possibilità di intervenire sull'emotività prevalentemente cercando di creare una relazione e un'integrazione sociale.

Nel volume sono riportati alcuni casi clinici che dimostrano come la terapia in acqua possieda qualità simili ad altri interventi psicomotori e faciliti una relazione. Certo è che 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 fine e delle capacità relazionali. Si tratta quindi di un intervento che può essere inserito, in particolare, come parte del puzzle di attività previste dalla terapia di scambio e di sviluppo, purché si tenga conto delle conoscenze sull'origine dei disturbi dell'autismo prodotte da un disfunzionamento cerebrale senza eccedere in interpretazioni psicodinamiche.

Ogni autistico è diverso da un altro. Alcuni, come illustrato nel volume, riescono a ottenere un certo miglioramento con la terapia in acqua nell'ambito delle relazioni, prestazioni, vissuto corporeo. Anche in questo tipo di presa in carico parziale e non totalizzante, i miglioramenti si ottengono solo se si impiegano metodiche di stimolazione adatte a quel soggetto e condotte da un terapeuta capace di entrare correttamente in relazione. La terapia in acqua non risolve il problema dell'autismo. Non esiste una tecnica esaustiva e non tutti gli autistici rispondono nello stesso modo. Il problema sta nel valutare quali siano gli interventi più adeguati per ogni singolo soggetto da inserirsi in un programma globale. La terapia in acqua può, quindi, indurre certe capacità che associate alla logoterapia e alle altre modalità di intervento possono migliorare il comportamento autistico e facilitare anche una relazione oggettuale. In questa logica essa può essere nei più grandi associata alla terapia occupazionale. Bisogna ricordare comunque che esistono tre terapie globali per i soggetti autistici principali che, in atto, non possono essere sostituite.

Gli autori riferiscono di miglioramenti avuti con alcuni soggetti autistici. Ogni contributo, sino a che non si individueranno, forse improbabili, stimoli atti al completo recupero, è utile per migliorare la qualità della vita del bambino autistico e naturalmente di riflesso della sua famiglia.