

Publicato in *Autismo e Disturbi dello Sviluppo*, 7, 2009, 83-96.

**Giulia De Marchi,  
Daniela Traficante,  
Dario Benatti,  
Alessandro Antonietti**

## **Musicoterapia e contatto oculare nell'autismo. Analisi di un caso**

### 1. Introduzione

La patologia autistica è caratterizzata da notevoli difficoltà attentive e relazionali: spesso chi ne è affetto assume comportamenti stereotipati o di estremo isolamento, apparentemente senza alcuna valenza relazionale. Inoltre, è stato mostrato che le poche espressioni rivolte ad un'altra persona hanno mere finalità richiestive e non interattive (Baron-Cohen, 1995). Nel trattamento dell'autismo emerge così la necessità di operare, all'interno di un percorso pluridimensionale costituito da attività psicoterapiche e di sostegno, con l'obiettivo di incrementare i momenti di attenzione condivisa e di contatto relazionale.

Nell'ambito dei gravi disturbi della comunicazione di tipo autistico, la musicoterapia costituisce un intervento specifico in virtù della lettura in chiave sonoro/musicale che è possibile compiere della fenomenologia autistica. Considerando i comportamenti autistici come l'espressione di un disturbo quali-quantitativo della competenza comunicativa (disturbo di varia e complessa eziologia), l'approccio musicoterapico può essere ritenuto specifico nella misura in cui va a sollecitare, organizzare e qualificare proprio tali competenze nei loro aspetti elementari e basilari, utilizzando codici e modalità analogiche di comunicazione non-verbale. In altre parole, l'elemento ritmico e quello sonoro/musicale consentono di entrare in rapporto con il soggetto autistico ad un livello che gli è proprio (livello sensoriale, motorio, cenestesico), livello caratterizzato da competenze espressive e comunicative elementari, spesso distorte. Attraverso una costante rilettura in chiave "musicale" del comportamento del soggetto, l'approccio musicoterapico propone all'autistico una continua interrelazione che attribuisce senso e significato alle sue condotte. Questa interrelazione, come afferma Zappella (1987), "propone al

bambino il rapporto con un'altra mente che si pone in sintonia con lui e gli restituisce in forma modificata il messaggio che esso manda [...] Questo contatto può consentire lo sviluppo di un certo grado di reciprocità sociale”.

Juliette Alvin (1978) ha messo in luce in vari casi l'efficacia delle tecniche a base musicale, facendo leva sull'accertata sensibilità dei bambini autistici verso gli stimoli musicali. Secondo Raglio e Ferrara (2001), la musicoterapia è particolarmente efficace con i bambini autistici nel promuoverne lo sviluppo psicomotorio e gli approcci sociali, impossibili da perseguire in questi casi con il linguaggio verbale.

In bambini che presentano disturbi dello sviluppo e carente coordinazione psicomotoria, l'azione “omeostatica” della musica si è rivelata decisiva nel favorire l'armonia dei movimenti, i ritmi e i processi fondamentali di organizzazione del pensiero. Inoltre, nella relazione, la musica diventa un “oggetto mediatore” con la realtà esterna e ciò consente all'autistico di esperire se stesso e l'altro attraverso una forma di comunicazione simbolica, quella sonora, spesso più adatta alle sue capacità.

Nel presente lavoro viene descritto il caso di un bambino autistico coinvolto in attività di musicoterapia condotte secondo un approccio, ispirato alle teorizzazioni e applicazioni della Musicoterapia Umanistica e della Programmazione Neuro-Linguistica (Scardovelli, 1988), che include numerosi aspetti di originalità e tentativi di individualizzazione delle attività per il paziente.

## 2. Metodo

Il bambino coinvolto nelle sedute di musicoterapia – cui viene qui dato il nome fittizio di Marco - ha 5 anni e soffre di una grave forma di autismo. La valutazione clinica è stata compiuta da un neuropsichiatria nell'ambito di un percorso diagnostico compiuto in un centro specializzato che ha suggerito ai genitori di proporre al figlio un intervento musicoterapico.

Le sedute prese in esame in questo studio sono state interamente condotte da un musicoterapeuta di esperienza ventennale.

Tutte le sedute sono state audio e video registrate. Quattro delle sedute analizzate hanno visto la partecipazione attiva di un osservatore. All'osservazione diretta, finalizzata a cogliere le molteplici sfumature del comportamento è stata associata un'analisi sistematica,

condotta successivamente con l'utilizzo del software The Observer® 5.0.

### *2.1. Caratteristiche delle sedute*

La stanza adibita alle attività di musicoterapica è munita di un tappeto morbido su cui paziente e terapeuta possono lavorare ed esplorare gli strumenti musicali a loro disposizione. Come indicato anche dalla Alvin (1978), non disponendo di un ambiente insonorizzato, si colgono anche gli stimoli sonori provenienti dall'esterno, inserendoli all'interno del contesto musicale in cui si lavora. Ogni attività verte sull'espressione di sé e sulla libertà di esplorazione di ogni strumento o materiale presente all'interno della stanza.

La struttura generale di ogni seduta prevede differenti fasi mediante le quali instaurare con il paziente un rapporto di ascolto empatico, al fine di poter stabilire ampi momenti di attenzione condivisa e di relazione. Si è ritenuto importante monitorare (attraverso una precisa attenzione da parte dell'operatore al momento della seduta) i periodi di attenzione e di presenza (insieme a quelli di stato simil-catatonico e di isolamento) che il bambino mostrava avere, al fine di poter incrementare le occasioni di interazione.

Il primo momento della seduta è quello dedicato all'accoglienza del bambino: dopo il suo ingresso nella stanza di terapia, viene cantata una canzone "di accoglienza" con una melodia creata ad hoc (operazione la cui utilità è stata dimostrata da Kern, 2004) a partire dalla tonalità preferita del bambino. Tale caratteristica fonetica è rilevata dalle emissioni vocali che egli ha emesso spontaneamente, accorgimento fondamentale per poter creare nel bambino la sensazione piacevole di familiarità con la produzione sonora. La melodia diviene così oggetto intermediario, in grado di essere per il bambino una base sicura, dalle piacevoli e familiari caratteristiche, su cui potrà "appoggiarsi" in fase d'inizio e nel momento conclusivo, ma anche un punto di incontro e di gratificazione.

In seguito viene esplorato lo strumento con cui è stata presentata la canzone (la chitarra, per la maggior parte dei casi): il bambino può entrare in contatto con lo strumento nei modi più disparati, tramite il tatto, l'esplorazione con la bocca o un semplice contatto con le altre parti del corpo. Quest'attività permette al bambino di poter iniziare ad entrare in relazione con lo strumento, libero di potersi esprimere spontaneamente, senza alcuna costrizione da parte del terapeuta.

L'esplorazione può facilmente tramutarsi, rispettando i tempi del bambino, in produzione sonora: il terapeuta ne coglie il carattere

comunicativo e, a propria discrezione e sulla base di un'attenta osservazione del linguaggio non verbale del paziente, può entrare nella "composizione spontanea" del bambino sintonizzandosi con la sua produzione. Nella seduta ogni produzione sonora è comunicazione e relazione e la sinergia tra componente musicale e componente relazionale porta ad andare oltre ad una lettura puramente estetica della produzione sonora, al fine di cogliere ed evidenziare l'armonia di questa con l'ambiente relazionale creatosi nella seduta.

Altro compito importante del terapeuta è quello di compiere una rilettura in chiave comunicativa e musicale di ciascun comportamento del soggetto, attribuendo significato alle sue manifestazioni. Riprendendo le teorizzazioni di Stern (1986), il musicoterapeuta agisce sintonizzandosi sul paziente restituendo un'interpretazione delle manifestazioni tipiche del paziente autistico, attraverso l'unione di espressione verbale e comportamenti non verbali.

Ogni movimento del bambino, che il terapeuta ritiene opportuno sottolineare, viene ripreso tramite la comunicazione (verbale o non verbale) del musicoterapeuta oppure attraverso il suono di uno strumento idoneo a riprodurre la valenza comunicativa. In tale maniera, il paziente può avere un'ulteriore occasione di vedersi rispecchiato nelle sue manifestazioni e di coglierne il significato relazionale.

Nel momento in cui il paziente risulti essere in una condizione psicofisica adatta e pronta ad avere un contatto con il terapeuta, viene praticata la tecnica della Musicoterapia Confermante (Benatti 2006) nella quale si associano il suono e la musica alla comunicazione psicotattile. Quest'ultima è una modalità di approccio tonico-tattile che, nel rispetto dei ritmi e modi del paziente, è efficace nel comunicargli un estremo sentimento di attenzione e di rispetto della sua persona.

La relazione terapeuta-paziente si arricchisce in questo caso di un dialogo nel quale il suono e il contatto del corpo sono sintonici, sincronici, sinergici. Il terapeuta, oltre a rispecchiare e dialogare con il suono, lo fa anche con lievi, adeguati tocchi sul corpo: ad esempio accompagna i movimenti del bambino cantando una canzoncina e accompagnandola con lievi tocchi sulla sua mano.

Se svolta in modo adeguato, questa tecnica favorisce in modo significativo l'azione confermante del rapporto terapeuta-paziente: è come se il terapeuta dicesse al paziente "sono qui con te, sei qui con me, siamo insieme, ti accolgo, ti accetto senza condizioni, sono in empatia, sto bene con te".

Nel contatto, inoltre, come evidenzia Benatti (1997), il terapeuta agisce avendo presente la funzione di contenimento fisico, psichico e di coesione del sé che la pelle svolge.

«Diviene estremamente efficace la plurisensorialità di un lavoro che associ la musica, il contatto psicotattile, il movimento perché questa naturalmente elicit analogie e sintonie che per loro caratteristica sono piacevoli e motivanti per l'uomo; risultato sarà un aumento dei tempi e dell'intensità dell'attenzione»  
(Benatti, 2006).

La seduta, dalla durata di circa un'ora, si conclude con il riepilogo (verbale e non verbale) di quanto svolto e con la riproposizione di una canzone *di arrivederci* nota al paziente, al fine di favorire il ritorno ad una situazione fisica e psicologica di rilassatezza e per poter preparare il paziente al distacco per la conclusione della seduta.

Lo schema delle sedute musicoterapiche, come la disposizione nello spazio dei partecipanti, risulta pressoché invariato nelle fasi di apertura e chiusura, al fine di poter garantire al bambino un ambiente rassicurante, poco destabilizzante e idoneo per potersi sperimentare liberamente.

## 2.2 *Modalità di analisi*

The Observer® 5.0 è uno dei più diffusi sistemi per la rilevazione, la codifica, l'analisi, la gestione e la presentazione dei dati osservativi. Tale programma rende possibile la codifica dei dati a partire da materiali video che vengono visualizzati direttamente sullo schermo del computer e vengono manovrati tramite tastiera.

Nella schermata di Observer sono riportati i codici impiegati nella codifica, il tempo riguardante il codice digitato e le informazioni temporali su inizio, momento e tempo rimanente della sessione di osservazione. In una finestra vengono inoltre visualizzati i dati registrati: numero d'ordine della registrazione, data di esecuzione della registrazione, i nomi dei soggetti che mettono in atto il comportamento e quale tipo di comportamento mettono in atto. È previsto altresì uno spazio in cui l'osservatore può inserire commenti o annotazioni personali circa gli aspetti dell'osservazione o dell'interazione. Dopo aver effettuato la codifica con tale programma, il sistema permette di eseguire analisi statistiche quali conteggio delle frequenze e delle durate e analisi più complesse.

Nella codifica dell'interazione, essendo molto vasti gli spunti che

il materiale forniva, si è ritenuto opportuno concentrarsi sugli indicatori che più erano in grado di riflettere un incontro comunicativo o di attenzione condivisa tra musicoterapeuta e paziente.

Al fine di raggiungere tale obiettivo, i comportamenti scelti sono stati raggruppati in macrocategorie descritte di seguito, dando forma ad una griglia di osservazione e codifica creata ad hoc.

#### 1. COMUNICAZIONE VERBALE

- a) Arricchimento semantico di espressioni vocali, comportamentali e stereotipiche;
- b) Commenti positivi, negativi, ironici;
- c) Descrizioni del setting;
- d) Richieste di azione;
- e) Descrizione dello strumento musicale;
- f) Incoraggiamento e rassicurazione;
- g) Emissioni vocali, vocalizzi d'intensità alta, media, bassa.

#### 2. COMUNICAZIONE NON VERBALE

- a) Movimenti ritmici con il corpo;
- b) Stereotipie
- c) Ripresa, imitazione e attribuzione di significato delle stereotipie da parte del musicoterapeuta;
- d) Isolamento e chiusura;
- e) Ignora l'altra persona;
- f) Attacchi epilettici.

#### 3. CONTATTO FISICO

- a) Comunicazione psicotattile attuata sulla schiena o sugli arti;
- b) Ricerca di contatto;
- c) Evitamento del contatto fisico, il soggetto si ritrae.

#### 4. PRODUZIONE SONORA

- a) Individuale;
- b) Insieme all'altra persona;
- c) Battito di mani;
- d) Esplorazione dello strumento;
- e) Presa dello strumento;
- f) Afferra lo strumento dalle mani dell'altra persona.

#### 5. PRODUZIONE SONORA VOCALE

- a) Onomatopeiche;

- b) Imitazione delle produzioni sonore dell'altra persona;
- c) Canto dal rimo lento;
- d) Canto dal ritmo veloce.

#### 6. ESPRESSIONI FACCIALI

- a) Sorriso;
- b) Pianto;
- c) Risata;
- d) "Neutra".

#### 7. DIREZIONE DELLO SGUARDO

- a) Rivolto allo strumento;
- b) Rivolto all'ambiente;
- c) Rivolto all'altra persona.

Tutte le classi comportamentali indicate hanno una sottocategoria che rappresenta l'assenza di tale comportamento.

Si è deciso di inserire tali categorie osservative considerando attentamente la patologia autistica. Sigman (1986) e Tager-Flusberg (1992) sottolineano la carenza nell'abilità di condividere con l'interlocutore un focus di attenzione. La scelta è stata operata anche alla luce di alcune teorizzazioni, tra cui quelle di Clauss (1994) e Brownell (2002) che hanno indagato le modificazioni di particolari comportamenti sociali durante sedute musicoterapiche; in particolare O'Loughlin (2000) ha monitorato il contatto oculare e l'emissione di verbalizzazioni durante l'ascolto di determinate melodie.

La codifica di ogni interazione è stata condotta due volte dal medesimo osservatore, a distanza di due settimane l'una dall'altra, al fine di potere calcolare l'attendibilità delle osservazioni effettuate.

Scelte a caso due sedute (la seconda e terza), si sono riscontrati valori del K di Cohen pari rispettivamente a 0,86 e 0,91.

### 3. Risultati

Sono state analizzate 6 sedute, che si distanziano temporalmente un mese l'una dall'altra. Relativamente ad alcuni indici l'analisi è stata compiuta soltanto sulle prime 4 o 5 sedute poiché nelle ultime sedute le attività proposte non comportavano l'emissione dei relativi comportamenti (per esempio, la sincronizzazione suono-movimento).

E' stato attuato un confronto tra i dati ottenuti nelle differenti

sedute riguardanti le differenti classi comportamentali, al fine di verificare l'ipotesi di partenza secondo cui un percorso di musicoterapia possa essere in grado di apportare modificazioni significative a comportamenti problematici caratterizzanti la patologia autistica.

La classe comportamentale che ha avuto un significativo miglioramento nel corso delle sedute è stata quella riguardante la direzione dello sguardo. In particolare, è possibile osservare un significativo aumento di sguardi del bambino rivolti al musicoterapeuta.

E' stata indagata, attraverso la funzione statistica del chi quadro, la significatività dell'aumento delle occasioni di direzione dello sguardo al terapeuta e dei contatti oculari tra musicoterapeuta e bambino. E' emersa una differenza altamente significativa tra la seduta 1 e la seduta 6 ( $X^2 = 54,12$ ,  $p < 0,0001$ ).

Più specifici cambiamenti si sono avuti riguardo al contatto oculare. Per contatto oculare s'intende una categoria attraverso cui riferirsi ai momenti in cui Marco e il terapeuta si guardano negli occhi; è un indice molto importante che richiama alla mente le molteplici difficoltà che la patologia autistica ha insite per quanto concerne l'interazione sociale. Le sedute osservate sono state caratterizzate da numerosi sguardi; in particolare, si sottolinea l'incremento nel numero di momenti di contatto dalla seduta 2 alla 4 ( $X^2 = 31,96$ ,  $p < 0,0001$ ). E' significativo anche il cambiamento dalla prima all'ultima seduta:  $X^2 = 3,98$ ,  $p < 0,05$ .

Sono state, inoltre, indagate le frequenze di produzioni sonore vocali: le emissioni vocali sono state considerate importanti indici relazionali e internazionali. Si è verificata una diminuzione della frequenza di emissioni vocali nelle ultime sedute; dalla prima all'ultima seduta si riscontra infatti una significativa diminuzione degli indici riguardanti tale classe comportamentale ( $X^2 = 5,95$ ,  $p < 0,05$ ).

Altra variabile che si è voluto osservare è la presenza di movimenti ritmici del busto e degli arti coordinati alle melodie ascoltate o suonate. E' possibile riscontrare una differenza nella presenza di movimenti ritmici tra le diverse sedute: tra la seduta 2 e la 3 si riscontra un'alta modificazione, marginalmente significativa ( $X^2 = 3,40$ ,  $p = 0,065$ ), mentre si riscontra un aumento di maggiore intensità tra la seduta 3 e la 4 ( $X^2 = 7,74$ ,  $p < 0,01$ ).

Anche la frequenza della presenza di contatto fisico tra il bambino e il musicoterapeuta ha avuto particolari oscillazioni nel corso delle

sedute: tra l'incontro 1 e il 2 abbiamo un valore di  $X^2 = 7,56$ ,  $p < 0,01$ ; tra la seduta 2 e la 3 una diminuzione non significativa, ma evidente ( $X^2 = 2,89$ ,  $p = 0,089$ ); tra la seduta 4 e la 5 si riscontra un ulteriore calo ( $X^2 = 2,77$ ,  $p = 0,096$ ). Dalla seduta 1 alla seduta 5, in cui non si riscontra la presenza di alcun contatto fisico, non emerge una significativa diminuzione di tale azione ( $X^2 = 1,21$ ,  $p = 0,271$ ).

L'aspetto della produzione sonora è un importante indice di capacità attentiva, di relazione e di presenza attiva del paziente nel contesto musicoterapico. Il grafico riportato nella Fig. 6 offre la possibilità di riscontrare una differenza significativa tra la seduta 3 e la seduta 4 ( $X^2 = 158,27$ ,  $p < 0,0001$ ) e un forte calo tra la seduta 4 e la 6 ( $X^2 = 4,72$ ,  $p < 0,05$ ). Emerge, inoltre, una diminuzione di comportamenti di esplorazione dello strumento, che nell'ultima seduta vengono associati ad un leggero innalzamento di azioni autonome di produzione sonora per mezzo dello strumento. Inoltre è necessario indicare la presenza, molto rara, di un momento significativo di produzione sonora insieme al musicoterapeuta affrontata autonomamente dal bambino.

### *3.1 Osservazioni*

Marco era un bambino schivo, che tendeva ad isolarsi attraverso numerosi manierismi e stereotipie; non amava il contatto fisico e tendeva ad evitare ogni tentativo di avvicinamento da parte di un soggetto estraneo alla propria cerchia familiare (famiglia ed educatori che da tempo lo seguivano). Nel corso dei 10 mesi d'osservazione si è potuto riscontrare un notevole coinvolgimento del bambino nelle attività musicoterapiche. Sembrava essersi creato un clima di serenità e fiducia, con un forte senso di rispetto reciproco, che rendevano le ore trascorse con il musicoterapeuta una piacevole fonte di benessere.

L'osservazione sistematica condotta ha avuto l'obiettivo di indagare analiticamente le modificazioni di alcune classi comportamentali nell'arco di un percorso di musicoterapia monitorato per dieci mesi. Si è scelto di analizzare sei sedute, attraverso l'utilizzo del software di osservazione The Observer® 5.0.

Si è riscontrato un importante miglioramento degli indici di direzione dello sguardo del bambino verso il musicoterapeuta. Tale

risultato permette di sottolineare l'importante apporto che il progetto musicoterapico ha saputo fornire nel percorso terapeutico che Marco ha seguito. La direzione dello sguardo verso la persona che sta interagendo con noi è un importante segnale di presenza all'interno della relazione: con gli occhi si comunica a chi si ha di fronte che siamo con lui e che vogliamo avere con lui un contatto. Per Marco, come per la maggior parte dei bambini affetti da gravi forme di autismo, è stato importante sentire che l'espressione di sé era, nella stanza di musicoterapia, possibile, accettata ed incentivata.

Interessante risulta l'analisi della seduta 4: si è riscontrato un notevole coinvolgimento da parte del bambino, pur con un significativo calo della frequenza di emissioni vocali. La direzione dello sguardo verso lo strumento spicca significativamente per la seduta presa in considerazione (tra la seduta 3 e la 4:  $X^2 = 10,10$ ,  $p < 0,005$ ; tra la seduta 4 e 5:  $X^2 = 10,82$ ,  $p < 0,001$ ). I movimenti ritmici seguono la stessa direzione (confronto tra la seduta 3 e la 4:  $X^2 = 7,74$ ,  $p < 0,01$ ; tra la seduta 4 e le ultime due:  $X^2 = 12,80$ ,  $p < 0,001$ ), così come il contatto oculare (confronto tra la seduta 3 e la 4:  $X^2 = 13,42$ ,  $p < 0,0005$ ; tra la 4 e la 5:  $X^2 = 18,19$ ,  $p < 0,0001$ ). Marco ha espresso il proprio coinvolgimento in modalità differenti, ma ugualmente efficaci.

Non tutte le categorie osservate hanno avuto ampi miglioramenti: per molte è risultato un andamento fortemente altalenante nel corso delle sei sedute. Ne sono un esempio i movimenti ritmici del corpo e la ricerca di contatto fisico. Le motivazioni di ciò possono essere molte, poiché le variabili intervenienti a riguardo sono numerose: il tipo di attività svolta, la qualità degli stimoli musicali, la condizione psicofisica del bambino e del musicoterapeuta, la strutturazione della seduta con l'utilizzo di differenti melodie o strumenti, ecc. A fronte della variabilità della frequenza di queste categorie nel corso delle varie sedute, risalta come ancor più significativo il trend relativo al contatto oculare tra paziente e terapeuta, a prova del fatto che l'intervento musicoterapico non ha prodotto un generico maggior coinvolgimento o una aspecifica maggior adeguatezza comportamentale del paziente, ma un settoriale cambiamento in un importante condotta comunicativa.

#### 4. Conclusioni

Nella patologia autistica la capacità di modificarsi a seconda delle situazioni, di scoprire l'ambiente circostante e capirne il funzionamento, insieme alle abilità di rendersi in grado di affrontare l'ambiente nuovo con un'estrema flessibilità di comportamenti, sono deficitarie. L'aspetto d'interazione sociale risulta altresì compromesso, con un estremo ritiro in se stessi e un danneggiamento della costruzione di una Teoria della Mente. Il percorso musicoterapeutico con Marco si è perciò basato sull'assunto che la musica è in grado di agire con profondità nei vissuti dell'essere umano e nelle sue dinamiche relazionali. Si è dimostrato un ottimo fattore di mediazione tra paziente e terapeuta e ne è emersa la sua natura coinvolgente, ma ampiamente rispettosa della persona che ne fruisce. Proprio per la sua natura dinamica, emerge la soggettività di ciascuno nella fruizione della musica. Lo studio condotto ha reso esplicita la dimensione multifattoriale ed estremamente flessibile del percorso musicoterapico: al suo interno intervengono aspetti cognitivi, emotivi, sensoriali, relazionali e adattivi che possono essere stimolati direttamente o indirettamente nella seduta di terapia. La grande forza del lavoro musicoterapico è la convinzione che ciascuno abbia notevoli punti di forza, risorse inesplorate o bloccate che, attraverso il canale sonoro, vengono elicitate, esplicitate, comprese e reinvestite. Le differenze di elaborazione emerse in alcuni recenti studi (Bonnell et al., 2003; Heaton, 2003, 2005) evidenziano ulteriormente la necessità di creare, per ciascun paziente, un percorso musicoterapico ad hoc che sappia andare incontro alle peculiarità di soggetto e terapeuta. Il lavoro con Marco ha saputo mostrare proprio questo aspetto: da modalità interattive scarse e sfuggenti, il bambino ha aumentato in modo esponenziale le proprie interazioni visive con il terapeuta, in un clima di reciproca attenzione e fiducia.

#### 5. Riferimenti bibliografici

- Alvin J. (1978) *La terapia musicale per il ragazzo autistico*, Roma, Armando Editore.
- Baron-Cohen S., (1995), trad. it. (1997) *L'autismo e la lettura della mente*, Roma, Astrolabio.
- Benatti D. (1997) *Comunicazione Psicotattile: la comunicazione attraverso il tatto all'interno della triade madre-padre-figlio*

- durante la gravidanza e nei primi mesi di vita, *Educazione Prenatale*, 3, 16-26.
- Benatti D. (2006) *Musicoterapia e neuropsicologia nella fase acuta riabilitativa post-coma*, 1st International Meeting “Music and Music Therapies: Meeting with the Eastern European Countries”, Trieste.
- Bonnell E. et al. (2003) Enhanced pitch sensitivity in individuals with autism: a signal detection analysis, *Journal of Cognitive Neuroscience*, 15, 226–235.
- Brownell P. (2002) New developments in on-line resources and capacities for those interested in the theory and practice of Gestalt therapy. *Gestalt*, 6, 13-21.
- Clauss E.L. (1994) *Effects of music on attention and self-stimulatory behaviors in autistic people*, Hofstra University.
- Heaton P. (2003) Pitch memory, labelling and disembedding in autism, *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 44, 543–551.
- Heaton P. (2005) Interval and contour processing in autism, *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 35, 787–793.
- Kern P. (2004) *Using a music therapy collaborative consultative approach for the inclusion of young children with autism in a childcare program*, Institut für Musiktherapie, Lehrstuhl für Qualitative Forschung in der Medizin, Witten/Herdecke.
- O'Loughlin R. (2000) *Facilitating prelinguistic communication skills of attention by integrating a music stimulus within typical language intervention with autistic children*, Report, University of Toledo.
- Raglio A., Ferrara C. (2001) *Musicoterapia e ricerca*, Roma, Phoenix.
- Scardovelli M. (1988) *Il flauto di Pan*, Genova, ECIP.
- Sigman M. (1986) Social interaction of autistic, mentally retarded and normal children and their caregivers, *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 27, 647-656.
- Stern (1986) The problem of sharing affective states between mother and infant, *Età Evolutiva*, 6, 91-99.
- Tager-Flusberg H. (1992) Autistic children's talk about psychological states: Deficits in the early acquisition of a theory of mind, *Child Development*, 63, 161-172.
- Zappella M. (1987) *I bambini autistici, l'holding e la famiglia*, Roma, NIS.