

# **AUTISMO tra PSICOPATOLOGIA e MISTERO.**

**Romeo Lucioni – Leticia Lucioni**

Le problematiche che accompagnano l'autismo partono sempre dalla classificazione di quadri psicopatologici complessi e variabili che hanno portato prima a scegliere la definizione di "*disturbo pervasivo dello sviluppo*" e poi addirittura quello di "*spettro autistico*" (Lorna Wing e J. Gould, 1979) che è però solo servito ad allargare la forbice di inclusione, quasi rinunciando ad ogni definizione o classificazione sindromica.

Il limiti dello "spettro" sono quindi rimasti quelli relativi a sintomi generici come:

- gravi disturbi della comunicazione verbale e non verbale;
- difficoltà nell'integrazione e nelle inter-relazioni sociali;
- disturbi del comportamento sino all'aggressività;
- riduzione degli interessi e delle attività;
- stereotipie gestuali e comportamentali;
- gravi deficit del linguaggio parlato;
- segni di grave insufficienza mentale.

L'eterogeneità delle espressioni cliniche non ha cambiato l'importante acquisizione nosografica che stacca decisamente le espressioni autistiche dall'ordine delle psicosi, salvando così un valore etico nel rispetto delle possibilità di recupero, di riabilitazione ed anche di cura.

A complicare le difficoltà per una più precisa classificazione di questi disordini, abbiamo anche l'impossibilità di dirimere le cause non solo del disturbo, ma anche del suo scatenamento. Alcuni di questi fattori che abitualmente vengono riconosciuti sono:

- disturbi della articolazione delle diverse fasi libidico-istintive dello sviluppo psichico;
- vincoli familiari precoci, disturbati o anaffettivi;
- errori nel processo di identificazione;
- inibizioni dello sviluppo per diverse cause;
- disordini neuro-funzionali;traumi psichici precoci o situazioni di stress;
- infezioni virali o batteriche;
- disfunzioni cerebrali di origine post-vaccinica;
- intolleranze alimentari (glutine o caseina);
- intossicazioni da metalli pesanti.

In tutto questo quadro psico-patologico, un dato importante resta sempre quello di una diagnosi precoce e, soprattutto, di iniziare al più presto possibile un intervento specialistico riparativo e capace di riattivare o di attivare lo sviluppo psico-mentale nei suoi aspetti affettivi e cognitivi.

Per questo si cerca di evidenziare quei segni prodromici che depongono per una possibile deriva autistica, facendo leva anche sulle osservazioni dei genitori e, soprattutto, della madre che sono sensibili ed attenti a segnalare anche piccole anomalie dello sviluppo.

- Si tratta di bambini vulnerabili che dimostrano una fragilità nell'affrontare situazioni che per loro risultano traumatiche anche se giudicabili, dall'esterno, poco significative;

- improvvisa difficoltà a stabilire il contatto visivo con gli occhi della madre, come se qualcosa possa essere intervenuto a significare come “pauroso” questo comune contatto;
- uso prevalente di uno sguardo sfuggente e laterale, anche nell’osservazione di semplici oggetti;
- difficoltà ad accettare una nutrizione varia, con il tentativo di obbligare alla preparazione di solamente alcuni alimenti che spesso si rifucono all’accettazione di solamente dei succhi di frutta e la totale opposizione alla masticazione;
- gravi crisi di insonnia che spesso portano ad una vera sovversione del ritmo: dormono di giorno e stanno svegli durante tutta la notte;
- assunzione di atteggiamenti posturali particolari ed obbligati che arrivano a provocare anche deformazioni articolari;
- cocciutaggine a non rispondere ai richiami, che spesso porta a pensare alla presenza di gravi disturbi dell’udito (perfino sordità);
- grida monotone e monocordi, immotivate e senza nessun desiderio comunicativo (se non quello di segnalare uno stato di disagio intimo);
- fobie multiple ed insolite, anche a stimoli insignificanti (spesso la musica o i suoni della radio e della TV scatenano forti reazioni di rifiuto ed aggressività);
- spesso presenza di stereotipie anche semplici come quella di fare lunghe file di automobiline (per lo più ottenute con capricci che obbligano i genitori a comprarle);
- opposizioni anche forti alle abituali pratiche dell’igiene personale e del vestirsi;
- difficoltà nell’ eseguire le attività ludiche più comuni come altalena, scivolo, ecc..

il segno più importante resta però quello della perdita di attività già acquisite come:

- perdere le prime parole (anche mamma e papà);
- abbandono dei comportamenti che segnano uno sviluppo come quello del disegno, degli scarabocchi, dell’uso dei pennarelli o colori a cera;
- difficoltà nell’accompagnare la madre al supermercato;
- rifiuto a giocare con altri bambini che già venivano accettati o cercati.

L’osservazione specialistica può portare ad evidenziare anche situazioni di auto-stimolazione che possono sfuggire ai genitori e che possono anche essere transitori:

- lievi dondolamenti;
- movimenti particolari della bocca e della lingua;
- irrigidimenti nel contatto corporeo.

Sulla base di alcune osservazioni sono state avanzate teorie sulla causa dell’autismo riferite soprattutto a “problematiche cognitive” che hanno portato a definire l’autismo come “deficit della teoria della mente”.

- Questa particolare osservazione è riferita alla difficoltà che questi bambini hanno di osservare la direzione dello sguardo degli altri, per poter “capire” quale sia la loro scelta, il loro obiettivo. L’interpretazione di tale “atteggiamento” non è facile dal momento che, seppure sia stato riferito come segno di deficit di funzioni cerebrali, in realtà la psico-terapia relazionale porta a superare tutti questi deficit che, di conseguenza, dovrebbero essere riferiti maggiormente ad un più complesso disordine psico-affettivo.
- Nello stesso ordine fenomenologico si può segnalare l’espressione che gli autistici tenderebbero a guardare sempre uno stesso stimolo luminoso (tra tre

lampadine), espressione letta come rigidità di certi circuiti cerebrali. Anche in questo caso però la psicoterapia, di tipo relazionale, porta ad un rapido cambiamento e, quindi, al recupero della “elasticità cerebrale”.

- Anche i comportamenti ossessivi e ripetitivi sono stati riferiti a rigidità di circuiti cerebrali obbligati, ma si può osservare che queste modalità espressive coatte vengono rapidamente vinte o superate se si attuano precisi accorgimenti terapeutici sostenuti dalle vicinanza corporea e da una intensa relazione affettiva.

A questo punto, è importante sottolineare che molti ricercatori hanno sottolineato la presenza di sintomi o di segni particolari che però sono riferibili quasi esclusivamente ai quadri di “disturbo pervasivo dello sviluppo”.

Questa definizione, proposta in sostituzione di quella di “sindrome autistica” mette l’accento sul “blocco” dello sviluppo psico-mentale, proprio perché la sintomatologia tende a diffondersi in tutte le espressioni dello psichismo, interessando il mondo delle emozioni, degli affetti e delle capacità cognitive.

- a) Un sintomo particolarmente importante ed anche fondamentale è quello che si segnala come: “**incontinenza emotiva**”. Stimoli, anche poco significativi, inducono reazioni di ansia e di angoscia, sino ad arrivare a veri segni di “terrore”. La liberazione della scarica emotiva porta ad un “intasamento dell’attività psico-mentale” che induce una compromissione di tutte le attività. Causando una “disorganizzazine profonda” che (come sappiamo dalle esperienze fatte sulla “sindrome del X-fragile) porta ad una insufficienza mentale grave”.

Nell’autismo, l’incontinenza emotiva (o “emotività libera”) è di origine secondaria; deriva cioè dall’insufficienza dei sistemi modulatori e di controllo. Questi sono legati all’organizzazione del “sistema affettivo” che quindi deve essere ristabilito e riorganizzato se si vuole arrivare a bloccare l’iper-attività emotiva.

Questa osservazione ha portato a strutturare un comportamento terapeutico utile ed efficace. Quando si presentano le crisi emotive, basta intervenire con atteggiamenti e comportamenti di “sostegno affettivo”, di supporto ai bisogni di sentirsi amati. Importante è anche sottolineare che per controllare le crisi emotive non bisogna utilizzare psicofarmaci (ansiolitici o antipsicotici) che possono indurre anche reazioni critiche paradossali.

- b) L’autismo è stato inizialmente anche chiamato “disturbo del contatto socio-affettivo” per cui queste problematiche sono veramente da considerarsi fondamentali. Già Lacan aveva chiamato l’autismo come “sindrome da forclusione del Nome del Padre” e questo mette l’accento sulla centralità delle problematiche psico-affettive. In questi bambini si trova che il rapporto con la figura paterna è decisamente problematica. Gli autistici sembrano voler sempre imporsi alla figura di riferimento; vogliono sempre imporre la loro legge che è violenta e distruttiva. Il loro vissuto fa ricordare una specie di “paura di distruggere il mondo” e, proprio per questo, rifiutano di fare le cose che vengono loro richieste, non daranno mai da soli un calcio ad una palla; solo lo fanno se tenuti per mano: come se possano agire solo se si liberano della responsabilità del gesto essendo tenuti per mano. Questi atteggiamenti complicano tutti i processi terapeutici, ma bisogna insistere sino a quando si ottenga che siano loro a “prendersi la responsabilità”, ad agire.

Sviluppare il senso di sé è un lavoro primordiale per la terapia, ma questi bambino o ragazzi non riescono ad utilizzare i sistemi di “auto-educazione”, quindi ogni cosa deve essere fatta con l’applicazione personale del terapeuta che diventa il “deus ex maquina”, colui che può portarli a fare qualsiasi cosa.

Anche questa osservazione è importante per dare un senso compiuto all’importanza delle valenze affettive: il terapeuta diventa il fulcro di ogni apprendimento, il pivot per qualsiasi acquisizione, il fondamento per la ripresa dello sviluppo psico-affettivo.

- c) Il recupero affettivo permette di “aprire le porte per la ripresa dello sviluppo cognitivo, ma, per intraprendere questo programma, bisogna agire con estrema fermezza.

Bisogna ottenere che non sia mai il bambino ad imporre la sua volontà; deve accettare di seguire sempre le indicazioni del terapeuta. Questo modello comportamentale deve essere seguito da tutti i partecipanti al programma di “intervento multidisciplinare”, così come pure da parte dei genitori e dei docenti. È così importante questa funzione terapeutica che se c’è uno solo dei terapisti che segue una “linea molle”, che si lascia prendere da un “buonismo inutile”, l’efficacia terapeutico-riabilitativa scade globalmente.

Il programma riguardante il recupero cognitivo è sempre complesso oltre che modulato, perché deve tenere in conto anche dell’azione di insegnanti e docenti che prestano la loro azione insostituibile nelle aule dell’insegnamento obbligatorio. Questa conquista delle società più sviluppate nell’etica sociale e del rispetto dei diritti individuali e delle pari opportunità pone l’Italia in un livello privilegiato potendo anche dimostrare che questa scelta è fondamentale per il recupero globale di molti bambini autistici o dello spettro autistico.

### **PROSPETTIVE PER UN MODELLO INTEGRATO DI INTERVENTO TERAPEUTICO-RIABILITATIVO ED EDUCATIVO.**

La clinica del “autismo o disturbo pervasivo dello sviluppo psico-mentale” ha portato a mettere chiaramente in luce come le difficoltà di questi bambini cominciano molto precocemente per evidenziarsi nel secondo anno di vita.

Questa osservazione è servita per mettere in evidenza la stretta relazione tra autismo e sviluppo del “sistema affettivo” che appunto si organizza proprio quando si completa la maturazione (mielinizzazione) delle strutture corticali frontali e pre-frontali (Antonio Damasco).

Tenendo in conto questi importanti dati neuroscientifici, possiamo far riferimento al quadro che denominiamo “Autismo Autistico” o “Sindrome di Kanner”, per capire meglio tutto il panorama psico-patologico dello “spettro autistico”.

Dai dati desunti dalla pratica clinico-terapeutica, si è fatta strada l’idea di un autismo che, seppure non legato ad un disturbo genetico o a lesioni del sistema nervoso centrale, resta però significativamente ancorato a disturbi precoci che riguardano tutta l’integrazione bio-neuro-psicologica a tal punto che possiamo evidenziare:

- mancata formazione degli oggetti interni ed esterni;
- impossibilità di accedere ad un sistema rappresentazionale condiviso così che diventa estremamente difficile adeguarsi agli stimoli esterni ed alle necessità adattive imposte dalle regole familiari e sociali;

- deficit dello sviluppo del pensiero che resta ancorato alle dinamiche del “pensiero concreto” (che si evidenzia quasi come un semplice processo percettivo);
- incapacità di elaborare modelli motori complessi ed anche semplici, la cui mancanza riduce enormemente la possibilità di muoversi adeguatamente e da qui trarre stimoli utili per lo sviluppo psico-metale;
- blocco su modelli arcaici della mente che portano ad una “insistenza pulsionale”, al “piacere dell’identico” che serve anche per placare le ansie e le angosce, che vengono indotte dai cambiamenti (vedi l’obbligo di mantenere gli oggetti sempre in un determinato posto), a “stereotipie comportamentali” che sottolineano la presenza di “sentimenti di onnipotenza”, alla “impossibilità di superare le imposizioni del narcisismo primario”;
- blocco dello sviluppo del linguaggio anche quando si erano già presentate precocemente le prime parole;
- blocco dell’organizzazione immaginaria della mente che induce gravi difficoltà creative e impossibilità di trovare una lettura accettabile e non angosciante delle esperienze relazionali.

Tutte queste caratteristiche portano a condizionare gli interventi terapeutico-riabilitativi che devono affrontare nodi fondamentali per ripristinare il flusso evolutivo delle dinamiche psico-mentali: affettive e cognitive.

- 1) il primo problema riguarda indubbiamente il modello di approccio da utilizzare nei confronti di questi bambini-autistici.  
Sottomettere o rispettare; accompagnare o addomesticare; comunicare o tacere; ecc.ecc.  
L’esperienza porta a dire che:
  - non bisogna mai cedere, accettando le sue imposizioni. Questo non significa per nulla violentare il desiderio dell’altro, perché non si tratta di un “desiderio”, ma di un impulso inconscio, determinato dalla mancanza di un adeguato sviluppo che si ferma su posizionamenti pulsionali. Cedere, in questi casi, significa perdere la partita ed arrivare a dover accettare tutte le imposizioni anche le più distruttive e violente;
  - l’atteggiamento risoluto del terapeuta è sempre positivo perché il contenimento agisce da “tranquillizzante”: il bambino può capire con precisione quale è il “desiderio del terapeuta” e, quindi, potersi adeguare, provocando una deriva di auto-soddisfazione e di possibilità di poter agire nell’ambito di una “relazione”;
  - è sempre molto importante “dare sicurezza” perché l’insicurezza genera ansie, mentre la “chiarezza della situazione genera tranquillità e la possibilità di integrare esperienze nuove”. Basta un semplice esempio:  
“Quando Ivano viene in macchina, se teniamo i finestrini chiusi, lui si mette a sorridere ai passanti, salutandoli con effusione. Se si aprono i finestrini (e, quindi, lo si mette in stato di “non sicurezza”) si agita a tal punto che può arrivare a rompere manopole, specchietti, ecc.ecc.
- 2) È fondamentale produrre i primi momenti di sviluppo psico-mentale, portando il piccolo paziente all’acquisizione degli oggetti della realtà. I migliori risultati sono stati ottenuti con la “arte-terapia-psicodinamica”, ma

si utilizzano anche altre tecniche delle “arti-terapie-espressive” come sia: il movimento, la danza, l’E.I.T., la TyLA, la terapia motorio-espressiva. Il recupero degli oggetti della realtà (oggetti concreti) libera dalle difficoltà di relazione con gli “oggetti parziali” (che non sono stabili nel tempo e nello spazio) che, muovendosi liberi nell’inconscio, generano tensioni ed angosce spesso incontrollabili.

- 3) Bisogna assolutamente contenere i comportamenti e gli atteggiamenti ossessivi, ripetitivi e coatti. Le tecniche per questo intervento sono molteplici, ma la loro efficacia sta proprio nel ottenere risultati positivi in brevissimo tempo (bastano pochi giorni, magari anche con l’ausilio della fitoterapia sedativa). Se questo non succede, conviene cambiare subito il metodo.
- 4) Proprio per superare le tendenze ripetitive ed ossessive, i programmi terapeutico-riabilitativi devono risultare molto ricchi di proposte, variabili, globali ed olistici. Proprio per questo le nostre proposte contengono centinaia di esercizi che vengono applicati, nell’ambito terapeutico sfruttando le proposte e/o le scelte quotidiane dei pazienti; nell’ambito riabilitativo, rispettando le programmazioni strutturate sul livello delle capacità raggiunte.
- 5) Bisogna sempre tenere in conto che questi bambini non sopportano i “momenti vuoti”, per cui il terapeuta deve provvedere sempre con la sua esperienza e la sua “capacità creativa” a proporre attività che stimolano l’attenzione, la continuità, la volontà, il desiderio e ... l’auto-soddisfazione.
- 6) Va ricordato che il “contatto fisico” è sempre importantissimo per cui: tenere sempre per mano; far sentire la partecipazione con forti “pacche” sulla schiena; stringere nell’abbraccio, chiedendo che anche il bambino faccia lo stesso; ecc. ecc.
- 7) Il lavoro riabilitativo è sempre multidisciplinare per cui va cambiato spesso l’operatore anche se bisogna sempre mantenere le stesse linee-guida.
- 8) In questo lavoro multidisciplinare devono intervenire anche i genitori (per coinvolgere i bambini nella preparazione degli alimenti – per esempio: pelare le patate e le carote; tagliare il pane; preparare il tè ed il caffè; servire a tavola; lavare i bicchieri; ecc.ecc.).
- 9) Importantissimo è portare precocemente i bambini a partecipare ad attività sportive di gruppo: calcio; volley; basket; ... tai-chi-chuan; ecc ecc.; ippoterapia).

### **PROGRAMMAZIONE E VALUTAZIONE**

Nella programmazione terapeutico-riabilitativa dello spettro autistico, è fondamentale mantenere un costante controllo dei risultati. Sono state preparate molte scale di valutazione (per la E.I.T.; per la TyLA; per la Arte-terapia; per la Ippoterapia; ecc.) ed è bene che tutte vengano utilizzate per avere una misura

esatta dei miglioramenti, ma , soprattutto, del livello di sviluppo raggiunto dai piccolipazienti.

Proprio in questo bisogna tener conto della struttura triadica della mete, per cui le valutazioni devono misurare:

- contenimento delle reazioni emotive esagerate e della emotività libera;
- sviluppo delle valenza affettive autoriferito e, soprattutto, nei confronti degli altri: dei genitori, dei compagni, degli insegnanti e dei caregiver;
- incremento delle espressioni cognitive riguardanti l'attenzione, la tenuta sul compito, la volontà, le capacità analitico-deduttive, ecc.ecc.