

# Comprendere lo “spettro autistico” e programmare le strategie terapeutico-riabilitative.

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 però è solo servito ad allargare la forbice di inclusione, quasi rinunciando ad ogni definizione o classificazione sindromica.

I limiti dello “spettro” sono quindi rimasti quelli relativi a sintomi generici come:

- gravi disturbi della comunicazione verbale e non verbale;
- difficoltà nell'inter-relazione e nell'integrazione sociali;
- disturbi del comportamento sino all'aggressività;
- riduzione degli interessi e delle attività sino all'isolamento (autismo);
- stereotipie gestuali e comportamentali;
- gravi deficit del linguaggio parlato.

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 nella 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;
- infezioni virali o batteriche;
- disfunzioni cerebrali di origine post-vaccinica;
- intolleranze alimentari (glutine e caseina, ecc.);
- 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 e 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 contatto tanto naturale;
- uso prevalente di uno sguardo sfuggente e laterale, spesso anche nell’osservazione di semplici oggetti;
- difficoltà ad accettare una nutrizione varia con il tentativo di obbligare alla preparazione di solo alcuni alimenti che spesso si riducono 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;
- osservazione 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 di 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 stimolo insignificanti (spesso la musica o i suoni della radio-televisione scatenano forti reazioni di rifiuto);
- assoluta opposizione alla vicinanza di estranei (a volte anche dei caregiver), tanto che superare una immaginaria “distanza di sicurezza” può provocare reazioni veramente imponenti e distruttive;
- uso di ogni mezzo (anche puzze, lanci di oggetti e di “feci”, graffi, morsi, ecc.) per tenere lontani gli altri;
- spesso si presentano stereotipie anche semplici, come quella di fare lunghe file di automobili (per lo più ottenute con capricci che obbligano i genitori a comprarle);
- aggressioni anche forti scatenate dalle necessarie pratiche dell’igiene personale e dell’abbigliamento;
- 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 di comportamenti che segnano uno sviluppo come quello del disegno, degli scarabocchi, dell’uso di pennarelli o colori a cera;
- difficoltà nell’accompagnare la madre al supermercato;
- rifiuto ad accompagnarsi ad altri bambini che venivano già accettati o addirittura cercati.

L’osservazione specialistica può portare ad evidenziare anche sintomi di autostimolazione che possono sfuggire ai genitori e che sono a volte anche 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”

quali siano le loro scelte, gli interessi e gli obiettivi. 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 legati ad un più complesso disordine psico-affettivo.

- Nello stesso ordine fenomenologico si può segnalare l'osservazione 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 e superate se si attuano precisi accorgimenti terapeutici, sostenuti dalla vicinanza corporea e da una intensa relazione affettiva.

A questo punto è importante sottolineare che molti ricercatori hanno visto 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 ed anche 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 "disorganizzazione profonda" che porta (come sappiamo dalle esperienze fatte sulla "sindrome del X-fragile") ad una "insufficienza mentale grave".

La lettura di questa espressione fenomenologia è complessa ma possibile.

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 possono indurre anche reazioni critiche paradossali).

L'intervento farmacologico è estremamente utile per produrre serenità e tranquillità (che facilitano le applicazioni psicoterapeutiche e riabilitative), ma deve limitarsi a prodotti omeopatici e fitoterapici come, per esempio, melatonina, passiflora, escolzia, ecc.

B. L'autismo è stato inizialmente anche chiamato "disturbo del contatto socio-affettivo, per cui queste problematiche sono veramente 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 loro 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.

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 anche molto difficile proprio perché questi bambini 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 tutto ed anche portarli a fare qualsiasi cosa.

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

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 degli insegnanti. È così importante questa funzione terapeutica che se c'è uno solo dei terapeuti che segue una "linea molle", che si lascia prendere da un "buonismo inutile", l'efficacia terapeutico-riabilitativa scade globalmente.

C. Il programma riguardante il recupero cognitivo è sempre complesso oltre che modulato, perché deve tenere in conto anche l'azione degli insegnanti e dei docenti che prestano la loro azione insostituibile nelle aule dell'insegnamento obbligatorio. Questa conquista delle società più sviluppate nell'etica sociale e nel rispetto dei diritti individuali e della pari opportunità, non stupisce più proprio per il grande aiuto che dà nell'ambito del recupero funzionale, globale ed olistico.

Dopo tanti anni di lavoro possiamo dire che una stretta integrazione tra terapia, educazione, didattica e formazione è possibile e questo è sicuramente dovuto alla diffusione dei principi della "timologia" (scienza degli affetti e dei valori) e della "resilienza psichica" (studio del recupero delle capacità adattive e soprattutto di quelle creative) che sono entrate nella pianificazione della "**psico-neuro-pedagogia-speciale**".

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 esprimersi poi 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 termina la maturazione (mielinizzazione) delle strutture corticali, frontali e pre-frontali (A. Damasco).

Tenendo in conto questi importanti dati neurofisiologici, possiamo fare riferimento, per capire meglio tutto il panorama psicopatologico dello spettro autistico, al quadro che denominiamo “Autismo Autistico” o Sindrome di Kanner. 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 cerebrali, resta però significativamente legato a disordini 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 al dinamiche del “*pensiero concreto*” (che si evidenzia quasi come un semplice processo percettivo);
- incapacità di elaborare modelli psico-motori complessi ed anche semplici, la cui mancanza riduce enormemente le possibilità di muoversi adeguatamente e da qui di trarre stimoli utili per lo sviluppo psico-mentale;
- blocco dello sviluppo psichico su modelli arcaici della mente che portano ad una “insistenza pulsionale” e al “piacere dell’identico” che serve anche per placare le ansie e le angosce che vengono indotte da cambiamenti (vedi l’obbligo di mantenere gli oggetti sempre in un determinato posto), a stereotipie comportamentali che sottolineano la presenza di “sentimenti di onnipotenza” e all’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; addomesticare o accompagnare; 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 e 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 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 si tengono i finestrini chiusi, lui si mette a sorridere ai passanti, salutandoli con entusiasmo; se si aprono i finestrini (e quindi lo si mette in stati di "non sicurezza") si agita a tal punto che può arrivare a rompere manopole, specchietti, ecc.ecc.

- 2) È fondamentale produrre i primi momentini sviluppo psico-mentale portando il piccolo paziente all'acquisizione degli oggetti della realtà. I migliori risultati si sono 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 e 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 della 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 stimolino l'attenzione, la continuità, la volontà, il desiderio, e ... l'autosoddisfazione.
- 6) Va ricordato che il "contatto fisico" è sempre importantissimo per cui: tenere sempre per mano, far sentire la gratificazione con forti "pacche sulla sciena", stringere nell'abbraccio, chiedendo che anche il bambino faccia lo stesso, ecc.ecc.;
- 7) Il lavoro terapeutico-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 lavorare 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: il calcio, volley, basket, ... tai chi chuan, ecc.ecc ed anche ippoterapia.

Nella programmazione terapeutico-riabilitativa dello spettro autistico è fondamentale mantenere un costante controllo dei risultati.

Sono state preparate molte scale di valutazione (per l'E.I.T; per la TyLA; per la Arte-terapia; per l'ippoterapia; ecc.) ed è bene che tutte vengano utilizzate per avere una misura esatta dei miglioramenti, ma, soprattutto, del livello di sviluppo raggiunto dal piccolo paziente.

Proprio per questo bisogna tenere conto della struttura triadica della mente, per cui le valutazioni devono misurare:

- contenimento delle reazioni emotive esagerate e della emotività libera;
- sviluppo delle valenze affettive autoriferite e nei confronti degli altri: dei genitori, dei compagni, degli insegnanti, dei caregiver e dei terapeuti;
- integrazione delle espressioni cognitive riguardanti l'attenzione, la memoria, la tenuta sul compito, la volontà, le capacità analitico-deduttive, la comprensione del testo, la lettura, la scrittura, le capacità matematiche e geometriche, il riconoscimento degli oggetti, ecc. ecc.;
- incrementare l'organizzazione immaginaria che è fondamentale per sviluppare le capacità creative e quindi tutta l'organizzazione psichica;
- importante è il controllo comportamentale in tutte le circostanze possibili per cui va stimolata la partecipazione di tutta la famiglia a incontri, gite, eventi, ricorrenze, ecc.ecc.