

AUTISMO: sviluppo psico-mentale e costruzione del mondo interpersonale.

Romeo Lucioni, Francesca Rizzi, Michela Avella, Cristina Morresi, Leticia Lucioni

Quando parliamo di autismo, a causa della gran confusione creata da interpretazioni minimalistiche e semplicemente fenotipiche, risulta difficile mettere d'accordo tutti i ricercatori, ma, per essere chiari e non aumentare i dubbi, ci riferiamo alla definizione di Kanner che ha portato a strutturare il "*Disturbo Pervasivo dello Sviluppo psico-mentale*".

Con questo ci riferiamo a qualcosa che va a interferire con tutte le funzioni (pervasivo) che compongono lo sviluppo psico-affettivo (psichico) ed anche quello cognitivo-intellettuale (mentale).

L'autismo di Kanner è un disturbo precoce (inizio intorno ai due anni) che si instaura subdolamente, inducendo un disordine neuro-funzionale e psico-funzionale, con "effetti a cascata" sull'evoluzione del soggetto e sulla organizzazione del suo modello di relazione con gli oggetti, interni ed esterni, oltre che con il mondo interpersonale.

In questa sindrome, seppure si possano trovare variabili personali anche importanti, sono individuabili segni patognomonicamente in:

?? disturbi comportamentali, della comunicazione e della comprensione;

?? fondamenti neuro-funzionali;

?? processualità psico-affettiva e psico-cognitiva

che specificano una grave sindrome psico-neuro-biologica, altamente disabilitante sul piano personale e dell'integrazione sociale e che risulta complicata per un approccio terapeutico-riabilitativo e/o preventivo per l'ordine del peggioramento.

~~///~~ Il primo tentativo di comprensione eziopatogenetica è stato quello psico-analitico (Kanner, P.Hobson; Mahler; B. Bentelheim) che però si è dimostrato disastroso sul piano pratico tanto che a tutt'oggi se ne sentono le ripercussioni negative con un rifiuto deciso ed assoluto da parte dei genitori.

~~///~~ La lettura psicoanalitica (basata sui fondamenti teorici del trauma) vedeva il centro del problema nella "madre frigorifero" incapace di creare un valido attaccamento, ma Sigman e Coll. Confermarono l'evidenza sociale che in realtà nelle famiglie con bambini autistici l'attaccamento ed il flusso affettivo sono del tutto normali (o nella norma).

Che cosa può determinare l'inizio della patologia autistica?

Il bambino che potrà diventare autistico dimostra un periodo iniziale di sviluppo normale (sino ai 15-25 mesi) per poi cominciare a presentare perdita delle funzioni psico-mentali già acquisite (le prime parole, il gioco simbolico, la relazione interpersonale) e comparsa di comportamenti deficitari e/o anormali: non guardare più negli occhi, tendere a mantenersi isolato, eseguire giochi ripetitivi, dimostrare manierismi e modalità operative ossessivo-compulsive.

Da queste osservazioni possiamo dedurre che in questo periodo di formazione-sviluppo si determina un *fallimento della crescita della relazione primaria e*

sociale: un deficit evolutivo nell'instaurarsi del sé che risulta di difficile interpretazione.

La processualità non scaturisce quasi mai da un fatto critico sufficientemente importante da giustificare, per così dire, la “crisi autistica”; potremmo parlare di una “processualità traumatica” sostenuta da piccoli traumi ripetuti che portano all'instaurarsi di una “patologia relazionale” che struttura particolari modalità comportamentali e/o adattive.

Possiamo anche pensare a difficoltà adattive che si instaurano in un particolare momento dello sviluppo cerebrale (maturazione dei lobi frontali e prefrontali) che conducono a deficit dello sviluppo psico-mentale che generano un “insuccesso dell'ambiente” che, come è stato più volte evidenziato, conduce anche i famigliari a non saper scegliere dei comportamenti adeguati.

In questo periodo succede spessissimo che la madre porti al pediatra o allo specialista il proprio bambino (che presenta dei disturbi relazionali o delle peculiarità comportamentali) e che questi per lo più non siano in grado di definire l'ambito della anormalità, del ritardo dello sviluppo o dell'espressione psicopatologica. Qualche psicologo è arrivato anche a riferire la sintomatologia all'instaurarsi di un transfert negativo e, quindi, ad una assurda colpevolizzazione che ha determinato situazioni veramente incresciose e deleterie.

Nell'autismo è indicato un trattamento psicologico?

Quando Maurizio Szuster, psicoanalista di orientamento lacaniano, afferma di non essere epistemologo, ma psicoanalista, pone i terapeuti che si occupano di autismo in una posizione difficile dal momento che il trattamento di questi soggetti impone sovvertire i termini teorici e pragmatici dell'intervento.

Nel caso del “disturbo pervasivo dello sviluppo psico-mentale” l'esperienza ci insegna che è necessario (per non dire imprescindibile) un intervento “psi” che però non può fondarsi sulla parola e, quindi, si struttura una “relazione terapeutica” che, in primo luogo, è corporale.

Il corpo, che diventa linguaggio, rompe però con tutto ciò che è “distanza” e, quindi, transfert e contro-transfert si attivano nello stesso tempo inscrivendo un “complesso dialogo” che si struttura come “inconscio”.

A questo punto, quanto chiarito anche da M. Szuster, diventa chiaro: in ogni psicoanalista ce ne sono due:

?? uno che attua nella situazione transferale;

?? l'altro che esercita una riflessione sull'esperienza.

Nel caso dell'autismo questa specie di triangolazione diventa ancora più evidente quando si considera, accanto al terapeuta ed al soggetto, la figura indispensabile dell' Io-ausiliario.

Questo “spazio” che per molte considerazioni è “spazio privo di sapere” diventa anche “luogo” dove si generano delle “cose” che restano iscritte nella relazione, determinando o strutturando un prima e un dopo, per cui il prima si perde e “ciò che risulta scritto” diventa il vero iscritto nella relazione terapeutica, rendendo bi-univoca la relazione stessa.

Nella nostra esperienza, la psicoterapia si è sviluppata come “E.I.T. – Terapia di Integrazione emotivo-affettiva” e in questa il terapeuta, come dice Lacan, è *appassionato all'elaborazione del testo*, per rivoltarlo e rielaborarlo con il proprio corpo, perché il concetto diviene una “verità efficiente”, una azione, una espressione, un contatto forte.

Nell'esperienza corporale, oltre al rapporto sensoriale (tattile e propriocettivo), si instaura una relazione visiva ed inoltre si suscitano riflessioni che attivano processi affettivi e schiudono intuizioni nell'immaginario.

L'esperienza psicoanalitica insita nell'approccio terapeutico ha permesso, dopo un lungo periodo di approccio e di studio, di strutturare l' E.I.T. (terapia di integrazione emotivo-affettiva) che ha portato anche ad elaborare costrutti teorici di particolare importanza perché riferiti alle funzioni caratteristiche del processo di sviluppo psico-mentale.

Questi principi ricalcano il fatto che nella psicoanalisi la teoria ha un valore di "verità" e questa si sviluppa come "causa efficiente", cioè capace di spiegare e di rendere valido quanto succede nella pratica.

In psicoanalisi, come nell' E.I.T., la teoria è in grado di produrre effetti sulla capacità di ascolto, sulle caratteristiche della relazione, sul poter definire le linee guida per la valutazione dei risultati.

La funzione rappresentazionale è inibita in quanto l'oggetto non ha un valore in sé, anzi non ha nessun valore, poiché è solo espressione di quella funzione primaria e indifferenziata che stimola solamente una reazione istintiva.

Nell'autismo è possibile la comunicazione?

Quello che "dice" l'autistico, con il suo comportamento, con le esplosioni, le aggressioni, gli sguardi di sottecchi, non può essere considerata comunicazione nel vero senso della parola. Il comunicare deve prevedere sempre un feedback, una partecipazione a due, altrimenti non serve per il "ri-velare", ma solo per agire una "presentazione" che, in ultima analisi, diventa "enigma".

L'autistico, chiuso nel suo "enigma", si presenta come oggetto, come cultura, anche come filosofia dell'unico, del personale e dell'egocentrico.

L'autismo, per le sue caratteristiche di disturbo dello sviluppo psico-mentale di tipo pervasivo, interessa principalmente la relazione e, di conseguenza, i disordini socio-comunicativi.

Questi bambini, che non parlano o si limitano a emettere suoni, parole o piccole frasi, dimostrano però una grave patologia della comunicazione dal momento che:

- preferiscono starsene isolati nel loro angolo o sulla loro "stuoia di sicurezza";
- reagiscono con crisi di ansia e di angoscia quando qualcuno si avvicina;
- utilizzano la relazione solo per motivazioni soggettive e, soprattutto, per "imporre" le proprie "modalità" (che è ben diverso da usare "scelte" e/o determinazioni).

Negli autistici la relazione mantiene e dimostra i caratteri specifici della primordialità, cioè legati alla spinta libidico-istintiva.

Nella relazione gli autistici non strutturano dinamiche legate al "Noi" e rispondono solamente a "impulsi", a "soggettività", a "necessità istintive".

L'autistico dà segni come di gelosia, ma è ben lontano da questo "sentimento": per lui lo stimolo è esclusivamente possessivo, simbiotico e di dipendenza. Spesso possiamo osservare crisi di aggressività per il solo fatto che distraiamo lo sguardo da loro.

La riabilitazione si esplica quindi nel tentativo di:

- ripristinare le funzioni adattive dell' Io per far uscire l'autistico dallo statuto dell' Io-debole;
- riattivare le dinamiche affettive che permettono di aprire la strada alle funzioni cognitive della comprensione, della deduzione, dell'integrazione comportamentale.

I disturbi dell'autismo e delle sindromi dello spettro autistico

determinano diverse perturbazioni:

- a) nel disimpegno sociale, emotivo ed affettivo;
- b) nell'autonomia funzionale di base.

Le limitazioni riguardano:

- dipendenza;
- difficoltà nello sviluppo psico-motorio e della coordinazione complessa;
- marcate interazioni negative nel rapporto con il mondo esterno e nelle relazioni interpersonali;
- impaccio nelle relazioni oggettuali con grandi difficoltà nel problem-solving e nel generalizzare l'esperienza;
- povertà ideativa, della fantasia e della creatività, oltre ai disturbi dei sistemi cognitivi interpretativo-deduttivi;
- incompetenza di grado variabile nelle seguenti aree:
 - linguistica;
 - sociale ed emozionale;
 - organizzazione dell'intenzionalità;
 - adeguamento dinamico o flessibilità della condotta con conseguente dis-autonomia

che compromettono:

- attenzione
- senso prassico
- emotività
- affettività
- memoria
- elaborazione dell'informazione (sistema rappresentazionale)
- linguaggio
- pianificazione motoria complessa ed esecutiva
- abilità meta-cognitive
- automonitoraggio
- elaborazione di strategie adattive e/o programmate

Le attività terapeutiche e riabilitative che vengono utilizzate non sono mai indirizzate solamente alla soddisfazione ludica e/o piacevole, rispecchiano sempre la ricerca dell'obiettivo nell'ambito dell'arricchimento personale, dello sviluppo della creatività, della ricerca di un linguaggio.

L'organizzazione pratica tiene conto degli insegnamenti della psicologia gestaltica, transizionale e rogersiana, oltre che di elementi tratti dalla psicomotricità, dallo psicodramma, dal rilassamento, dalla comunicazione non verbale, dal movimento creativo-espressivo che vengono applicati nell'ambito di una lettura psicodinamica e psicoanalitica.

ANAMNESI E ANTECEDENTI PERSONALI

Si tratta di cercare dei segni premonitori per un disturbo che vede il suo inizio intorno al 24-esimo mese di vita:

~~///~~ sviluppo psico-mentale pressoché normale sino ai due anni;
a volte possono essere segnalati segni generici come:

- ?? difficoltà nei rapporti con gli altri bambini;
- ?? insistenza in movimenti abitudinari;
- ?? giocare a mettere in fila automobiline;
- ?? apparente poca sensibilità al dolore;
- ?? tendenza a restarsene da soli;
- ?? far girare gli oggetti tra le dita (per es. matite);
- ?? resistenza alle espressioni affettuose;
- ?? non rispondere ai richiami (sembrano sordi);
- ?? attaccamento inappropriato agli oggetti;
- ?? difficoltà nell'esprimere delle necessità;
- ?? iper-attività o momenti quasi letargici;
- ?? arrabbiature ingiustificate;
- ?? non sa indicare e neppure salutare;

~~///~~ segni patognomonici a partire dai 15-18 mesi:

- ?? non guarda negli occhi la mamma;
- ?? perde funzioni già acquisite (almeno in parte):
 - o prime parole;
 - o gioco simbolico;
 - o intrattenimento con coetanei;
- ?? tende a isolarsi scacciando chi si avvicina;
- ?? rifiuta di fare esercizi già appresi:
 - o altalena;
 - o giochi in spazi aperti

~~///~~ riduzione delle capacità psico-motorie:

- ?? non sa saltare;
- ?? non va in triciclo;
- ?? non ha coordinazione nel disegno;
- ?? non riconosce gli oggetti;
- ?? non discrimina le figure;
- ?? non va in monopattino

~~///~~ difficoltà psico-evolutive:

- ?? non riconosce le parti del corpo;
- ?? non possiede lo schema corporeo;
- ?? non tira fuori la lingua su ordine;
- ?? non sa usare le posate;
- ?? non va in bicicletta;

~~///~~ comportamenti in famiglia e società:

- ?? non rispetta neppure i genitori;
- ?? non sa esprimere i propri bisogni;
- ?? non sa accudire ai bisogni dell'igiene personale;
- ?? non sa vestirsi (per lo svestirsi è più facile);
- ?? non sa contenere le spinte libidiche;

~~///~~ problematiche relazionali:

- ?? non reagisce ai richiami;

- ?? non risponde se chiamato;
- ?? si oppone alle richieste;
- ?? risponde con aggressività;
- ?? reagisce negativamente al contatto;
- ?? è imprevedibile;
- ?? non sopporta il cambio delle abitudini (oggetti sempre al loro posto);
- ?? presenta gravi crisi di angoscia e di terrore per stimoli poco significativi;
- ?? non sviluppa il linguaggio: dice solo qualche parola o solo suoni gutturali ed ecolalici;
- ?? mancanza di interesse per i giochi degli altri bambini anche se non distoglie da loro lo sguardo;
- ?? non riesce a decifrare le intenzioni degli altri;
- ~~///~~ problematiche controfobiche nei confronti della madre: mentre con lei si dimostra affettuoso (si lascia avvicinare, l'abbraccia e la bacia) con le altre persone si dimostra scontroso ed anche aggressivo, oppositivo e distruttivo);
- ~~///~~ tende ad afferrare e a rompere tutto ciò che gli capita a tiro;
- ~~///~~ non rispetta le cose degli altri.

SEDUTE DI TRATTAMENTO- OSSERVAZIONE

- ?? camminare su percorsi prestabiliti
- ?? superamento di piccoli ostacoli
- ?? riconoscimento di parti del corpo su di sé
- ?? " " " sugli altri
- ?? trasportare oggetti di grosse dimensioni
- ?? costruire torri
- ?? conoscenza dei colori con spostamenti ed andatura
- ?? raggruppamenti per colori con lanci:
 - organizzazione oculo-manuale
 - " dello spazio
 - " della forza
 - verificare dentro-fuori
 } bersaglio
- ?? sedersi in cerchio
- ?? alzare la mano quando chiamati
- ?? per conoscersi
- ?? per ri-conoscersi
- ?? per aver fiducia
- ?? muoversi in fila
- ?? " in due, ecc. (a fianco; uno avanti all'altro)

PERCORSI RIABILITATIVI

- ~~///~~ favorire un rapporto adeguato nei confronti
 - degli oggetti = cerchi, palle, bastoni, cuscini, veli
 - dei materiali = carta per scrivere, pongo, pennarelli
 - degli spazi = dentro o fuori dei cerchi
 - del muoversi = sull'asse di equilibrio e sul materassone
- ~~///~~ rappresentazione dei vissuti
- ~~///~~ " degli spazi

- /// aumentare i canali di comunicazione e relazione
 - migliorare la qualità dei lanci
 - migliorare la potenza
 - migliorare la fissazione di soggetti in movimento
- /// migliorare le abilità fini motorie
 - uso delle forbici per fogli
per cartoncino
 - raccogliere schede, cubetti, palline
 - con le mani (destra o sinistra)
 - con pinzette
- /// mantenere i ritmi (velocizzazione)
- /// “ “ “ “ i compagni
- /// battere un ritmo con un tamburello

- /// osservare e riferire cosa fanno gli operatori
- /// “ “ “ “ i compagni
- /// “ “ “ fa il soggetto

LAVORO IN GRUPPO

- /// imparare ad aspettare il proprio turno
- /// lo stesso in situazioni statiche e dinamiche
- /// fare un percorso adeguandosi al ritmo di chi sta davanti
- /// prendere coscienza dello schema corporeo

CERCHI

- /// migliorare la prensione
- /// sviluppare i concetti di dentro e fuori
- /// utilizzare i cerchi per migliorare la postura, la deambulazione, il salto
- /// costruire percorsi con espressione corporea

VERIFICARE

- /// bisogno di guida come stimolo
- /// “ “ per comprensione
- /// immagine di sé con autostima

SCOLARIZZAZIONE

lettura

scrittura

organizzazione spazio pagina: sinistra – destra; alto – basso

COMPORIMENTALE

- educato
- accetta gli ordini
- rispetta i compagni (sia se di buon umore; sia se imbronciato)
- non sa darsi regole autonomamente
- si comporta in modo imprevedibile
- diventa elemento di disturbo

Modello terapeutico-riabilitativo sulla base della E.I.T. (Terapia di Integrazine Emotivo-affettiva) e della TyLA (Thymology Learning Approach)

La terapia, attraverso metodiche fortemente spostate sulla relazione, mira al ripristino delle funzioni adattive dell'IO, allo sviluppo affettivo (senso di valere), all'organizzazione della funzione "Nome del Padre" e di tutte quelle espressioni relazionate con lo sviluppo cognitivo-intellettuale (attenzione, tenuta, volontà, comprensione, linguaggio, ecc.).

Un tema particolarmente importante è sempre quello del contenimento emotivo che nell'autismo si presenta come crisi di angoscia e di terrore, oltre che come emotività libera.

L'eccesso di emotività è frutto di stress cronico ed è sempre causa di gravi conseguenze. Recenti ricerche hanno messo in evidenza come alti tassi di cortisolo (l'ormone dello stress) possono produrre anche degenerazioni cellulari e l'impiantarsi di situazioni gravissime come è il caso della insufficienza mentale nella sindrome di Martin-Bell.

Per queste osservazioni si può sottolineare che anche nell'autismo la tensione emotiva cronica può determinare situazioni psico- e neuro-patologiche, ma, con tutto questo, sfugge ancora qualcosa che mantiene l'autismo in un alone di mistero che speriamo possa essere risolto in breve tempo.

Il trattamento dell'autistico, che è "soggetto privo di parola", impone al terapeuta di produrre capacità di ascolto o, meglio, di desiderio di ascolto e, quindi, di "... desiderio del terapeuta!. Questo è veramente il primo passo del trattamento che i genitori devono "comprendere" per poter consegnare il loro figlio alla terapia che diventa cambiamento.

Che i genitori accettino questo fatto, diventa sempre un atto d'intesa fondamentale perché il bambino possa accettare di diventare "altro da sé".

Questo "non detto" fa parte dell'inizio della terapia che comincia poi quando l'Altro-terapeuta come "puro dialettico" riconosce il desiderio del soggetto, accettando, quindi, che questi possa esprimersi con il suo corpo.

In tale dialettica è assolutamente necessario avere fermezza (che non è mai rigidità) che è anche disponibilità (mai adeguamento o sottomissione) verso idee differenti, desideri espressi e non, potersi mettere in gioco, convincersi.

La sicurezza (fermezza) chiarisce al bambino quali siano le aspettative, ma anche quali le linee della legge (del setting) che deve essere immessa nella relazione per sostituire la "non legge" imposta dall'autismo.

La dialettica che si crea tra il linguaggio del corpo del bambino e quello del terapeuta si organizza attorno alla visibilità, il contatto, la relazione "forte e chiara" che si va organizzando attorno alle dinamiche relazionali.

Queste richiedono una enorme attenzione da parte del terapeuta perché questi non può turbare il suo paziente con dubbi, con ripetizioni, con tentennamenti, ma deve sempre saper intendere ciò che gli viene detto-comunicato con il corpo, con gli atteggiamenti, con le ossessività, gli sguardi, i suoni, ecc. ecc.

La terapia relazionale con soggetti autistici richiede una preparazione che diventa essenziale per dare la certezza di non sbagliare, di mirare all'obiettivo che è determinato e organizzato dal "**metodo**".

Quando la terapia avrà raggiunto i primi obiettivi che sono: la tenuta sul compito, l'attenzione, il desiderio, la memoria, ecc., si potranno cominciare anche dei programmi riabilitativi. Questi risponderanno all'ordine globale (recupero di tutte le funzioni psico-neuro-mentali) ed anche olistico (monitorato sulle caratteristiche del soggetto) e seguiranno precise programmazioni.

Risulta fondamentale per la terapia, così come per la riabilitazione, che vengano seguite precise scale di valutazione proprio per non correre il rischio di lavorare inutilmente.

Nel patto con i genitori che affidano il loro figlio, deve corrispondere anche il dovere di valutare costantemente i risultati come dimostrazione di impegno etico di fronte a questi ragazzi che, come ogni soggetto, ha diritto di godere di rispetto, di pari opportunità e di poter mirare a sviluppare compiutamente tutte le potenzialità personali.