

CONOSCERE L'AUTISMO

Romeo Lucioni

L'autismo non é un "sistema" che si struttura e si esaurisce in se stesso e neppure una malattia definibile in termini assoluti; al contrario deve essere valutato come un deficit graduale o relativo che si evidenzia per difficoltà di carattere sociale, comportamentale e linguistico, oltre che per una particolare struttura di pensiero o, se vogliamo, una struttura Ioica deficitaria. Se letto in questo modo, non é giustificata l'etichettatura autistica, mentre, nell'osservazione clinica, vale la pena di evidenziare certe caratteristiche autistiche che possono interessare il comportamento, gli atteggiamenti, il pensiero e le funzioni psichiche, oltre che, a volte in maniera accentuata, il linguaggio e l'espressività in generale. Va ricordato che sempre le peculiarità autistiche risultano una importante causa di ritardo dello sviluppo psichico proprio perché minano lo strutturarsi di un Io polivalente e poliedrico, capace di dimensionare meccanismi adattivi e/o compensatori. Non bisogna quindi porsi di fronte all'autismo adottando un approccio "medicalizzante" o diagnostico-osservativo proprio perché la ricerca di una od altra caratteristica patologica risulta, in effetti, un semplice esercizio accademico che non permette un'analisi precisa dei livelli e degli aspetti qualitativi dello sviluppo e delle capacità espressive caratteristiche di una strutturazione Ioica.

Cos'è l'autismo

È stimolante rileggere alcuni passi dei lavori della Prof.ssa Adriana Guareschi Cazzullo che, con grande equilibrio proprio negli studiosi di neuroscienze, dice "... *le funzioni mentali complesse si possono interpretare solo attraverso paradigmi molteplici, non solo biologici, ma anche, psicologici e psicodinamici*".

Quando affrontiamo le problematiche psicopatologiche dell'età evolutiva va tenuto conto che "... l'apparato mentale, a queste età, segue un processo di sviluppo parallelo alla maturazione del substrato neurobiologico ..." (Guareschi A. e Lenti C., 1996; Seemann et al., 1987; Gillberg e Svennerholm, 1987; Kruesi et al., 1990).

"Una difficoltà in più ... è (dunque) costituita dalla variabile dello sviluppo..." e "... i processi biologici... si organizzano definitivamente..." proprio mentre sono importanti quei meccanismi di indipendizzazione che spesso devono contrapporsi ad azioni di psicofarmaci e/o psicoeducative messe in atto da famigliari e da specialisti.

Queste considerazioni ci mettono di fronte a profonde concettualizzazioni etiche perché da un lato dobbiamo considerare che ogni intervento terapeutico-riabilitativo si proietta nel tempo, per le decine d'anni che durerà la vita di questi pazienti e, per altro, ogni azione terapeutica, soprattutto quelle psicofarmacologiche, rischiano di interferire con i normali processi dello sviluppo psico-mentale.

CENNI STORICI

Leo Kanner, nel 1943, ha applicato il termine di autismo ad un quadro psicopatologico riferito a undici bambini che, osservati nel primo anno di vita,

presentavano una tendenza al rinchiudersi su se stessi: "... sono contenti quando restano soli; agiscono come se non ci sia nessuno intorno e ... danno l'impressione di un silenzioso sopore".

Questa "sindrome" ha attirato l'attenzione di molti psichiatri infantili che l'hanno identificata con il nome di "*autismo infantile precoce - AIP*" anche se subito è stata chiara la difficoltà di un inquadramento semeiotico dal momento che i sintomi si sovrappongono a sordità, ipotonia, cecità o visione parziale, insufficienza mentale più o meno grave, psicosi, ecc..

L'inclusione dell'autismo fra i Disturbi Generalizzati dello Sviluppo (DSM-IV e ICD-10), avente caratteristiche definitorie proprie ed autonome rispetto ad altri disturbi psichici dell'età evolutiva, potrebbe essere compresa meglio ripercorrendo a ritroso la storia dei tentativi classificatori della psichiatria di fronte alla complessità e varietà del disagio mentale.

Ad inizio secolo la diagnosi della psicopatologia che interessava bambini ed adolescenti, di fatto, avveniva utilizzando schemi nosologici pensati per l'età adulta e basati su una categorizzazione essenzialmente tripartita che comprendeva schizofrenia, malattie affettive e nevrosi.

Questo sistema, come detto, veniva applicato alle diverse età della vita dando origine, nel caso specifico, a termini come schizofrenia infantile, psicosi infantile, ecc.

Il primo inquadramento diagnostico dei disturbi "psicotici" ad insorgenza molto precoce può essere attribuito a Kraepelin che aveva ricondotto tutti i casi di psicosi infantili al gruppo della demenza precoce.

Sotto l'influenza della teorizzazione di Kraepelin l'inquadramento in un unico gruppo diagnostico delle psicosi infantili come forme di schizofrenia si è mantenuto per un lungo periodo. Questa situazione ha fatto sì che casi molto eterogenei, classificati attualmente come disturbi pervasivi dello sviluppo, personalità schizotipiche o autismo, venissero accomunati dalle medesime caratteristiche psicopatologiche.

L'autismo venne descritto come avente caratteristiche peculiari, ma tuttavia considerato come forma specifica di schizofrenia ad inizio precocissimo (entro i due anni: Mahler et al., 1978).

Bisognerà attendere il 1980 perché il disturbo autistico venga inserito come entità clinica distinta nel DSM III.

Nelle elaborazioni proposte nei successivi manuali diagnostici, le caratteristiche definitorie, per quanto concerne l'autismo, sono:

- ✂ il passaggio dal termine di autismo infantile (DSM III) al termine di disturbo autistico (DSM III-R);
- ✂ la diminuzione dei criteri diagnostici da 16 a 12 introdotta nel DSM IV al fine di rendere possibile una omogeneità diagnostica da parte degli operatori del settore;
- ✂ l'indicazione sempre nel DSM IV di "un'età d'esordio" dell'autismo ravvisabile nei primi tre anni di vita;
- ✂ nell' ICD 10 viene mantenuta la dicitura autismo infantile che viene differenziato dall'autismo atipico.

Al di là delle differenze ravvisabili nei diversi sistemi nosografici è forse opportuno soffermarsi su considerazioni di relativa importanza nell'ambito della psicopatologia dello sviluppo.

Quando si parla di autismo sembra intravedersi nelle successive classificazioni il tentativo di svincolarsi dalla primissima formulazione offerta da Kanner che, come detto, lo inserisce nel gruppo delle schizofrenie.

Ciò permette a chi si avvicina a questa sindrome di adottare un punto di vista alternativo e meno drammaticamente connotato.

Il fatto che l'autismo venga definito disturbo generalizzato dello sviluppo permette di focalizzare l'attenzione sulla compromissione del processo di crescita del bambino - nelle sue dimensioni cognitive, emotiva, affettiva e sociale - senza però porre l'accento sulla ineluttabilità di tale condizione che probabilmente susciterebbe sensazioni legate ad una diagnosi - quella di schizofrenia appunto - che ridesta storie di cronicità, impotenza e immodificabilità.

La precisazione dei criteri diagnostici consente una maggior chiarezza e la possibilità di diagnosi accurate e tempestive.

In una patologia quale l'autismo infatti si riscontrano notevoli prospettive di evoluzione se l'intervento terapeutico avviene in una fase iniziale.

Kanner fece delle riflessioni anche a proposito genitori dei bambini con autismo, che riteneva freddi, intellettuali e poco interessati alle persone.

Partendo da queste considerazioni, Bettelheim fu uno dei primi autori ad indagare la possibilità che nello sviluppo dell'autismo fosse implicato un rapporto madre-bambino alterato ("madre frigorifero"), caratterizzato principalmente da: carenza di contatto fisico, pratiche alimentari anomale, difficoltà nel linguaggio e/o nel contatto oculare con il figlio; l'autismo sarebbe scaturito come meccanismo di difesa al rifiuto materno percepito dal bambino.

A partire dagli anni '60 il modello psicomotivo venne, però, accusato di colpevolizzare ingiustamente i genitori dei bambini con autismo e Rimland, direttore dell'"*Autism Research Institute*", iniziò a sostenere in modo sistematico che la causa dell'autismo non fossero i genitori, ma che il disturbo fosse causato da alterazioni morfologiche e funzionali a base organica.

In quasi mezzo secolo di ricerche, si sono susseguiti discussioni e dibattiti, ma ancora oggi l'origine e lo sviluppo patogenetico dell'autismo non sono noti, anche se, da qualche tempo la maggior parte degli studiosi inizia a concordare sull'idea di una multifattorialità delle cause (psico-neuro-biologiche).

APPROCCIO ONTOLOGICO DESCRITTIVO

Le ricerche epidemiologiche stimano un'incidenza di circa 5 casi di autismo ogni 10.000 bambini nati (anche se stiamo assistendo ad un incremento del numero di casi soprattutto nei paesi maggiormente industrializzati) ed una distribuzione rispetto al sesso nettamente prevalente a carico dei maschi (il rapporto è di circa 4 a 1).

La **classificazione americana** (DSM-IV)

annovera il *Disturbo Autistico* fra i *Disturbi generalizzati dello sviluppo* insieme a:

- *Disturbo di Asperger*
- *Disturbo disintegrativo della fanciullezza*
- *Disturbo di Rett*
- *Disturbo generalizzato dello sviluppo non altrimenti specificato.*

I criteri diagnostici per il Disturbo Autistico, secondo questa classificazione sono:

Un totale di 6 (o più) voci da 1), 2), e 3), con almeno 2 da 1), e uno ciascuno da 2) e da 3):

1) *Compromissione qualitativa dell'interazione sociale*, manifestata con almeno 2 dei seguenti:

- a) marcata compromissione nell'uso di svariati comportamenti non verbali, come lo sguardo diretto, l'espressione mimica, le posture corporee e i gesti che regolano l'interazione sociale;
- b) incapacità di sviluppare relazioni con i coetanei adeguate al livello di sviluppo;
- c) mancanza di ricerca spontanea nella condivisione di gioie, interessi o obiettivi con altre persone (per. es. non mostrare, portare, né richiamare l'attenzione su oggetti di proprio interesse);
- d) mancanza di reciprocità sociale ed emotiva.

2) *compromissione qualitativa della comunicazione* come manifestato da almeno 1 dei seguenti:

- a) ritardo o totale mancanza dello sviluppo del linguaggio parlato (non accompagnato da un tentativo di compenso attraverso modalità alternative di comunicazione come gesti o mimica);
- b) in soggetti con linguaggio adeguato, marcata compromissione della capacità di iniziare o sostenere una conversazione con altri;
- c) uso di linguaggio stereotipato e ripetitivo o linguaggio eccentrico;
- d) mancanza di giochi di simulazione vari e spontanei, o di giochi di imitazione sociale adeguati al livello di sviluppo.

3) *modalità di comportamento, interessi e attività ristretti, ripetitivi e stereotipati*, come manifestato da almeno 1 dei seguenti:

- a) dedizione assorbente ad uno o più tipi di interessi ristretti e stereotipati anomali o per intensità o per focalizzazione;
- b) sottomissione del tutto rigida ad inutili abitudini o rituali specifici;
- c) manierismi motori stereotipati e ripetitivi (battere o torcere le mani o il capo, o complessi movimenti di tutto il corpo);
- d) persistente ed eccessivo interesse per parti di oggetti.

B - Ritardi o funzionamento anomalo in almeno una delle seguenti aree, con esordio prima dei 3 anni di età:

- 1) interazione sociale,
- 2) linguaggio usato nella comunicazione sociale,
- 3) gioco simbolico o di immaginazione

C. L'anomalia non è meglio attribuibile al Disturbo di Rett o al Disturbo Disintegrativo della fanciullezza.

Per la **classificazione dell'OSM** (ICD-10), invece,

~~☞~~ *l'Autismo Infantile* rientra nella categoria delle *Sindromi da alterazione globale dello sviluppo* che comprende, oltre ai disturbi descritti dal DSM-IV, anche

~~☞~~ *l'Autismo Atipico* [che si differenzia dall'Autismo Infantile perché pur essendoci una compromissione dello sviluppo, anomalie nell'interazione sociale e nella comunicazione e stereotipie di comportamento, queste si evidenziano anche dopo i tre anni (Atipicità nell'età di esordio), oppure, pur

evidenziandosi prima dei tre anni non soddisfano completamente tutti i tre gruppi di sintomi principali (Atipicità nella sintomatologia), analoghi a quelli indicati al punto B. dei criteri per il Disturbo Autistico del DSM-IV] e ~~la~~ *Sindrome iperattiva associata a ritardo mentale e movimenti stereotipati* [che descrive bambini con ritardo mentale grave e medio (Q.I. inferiore a 50), gravi problemi di iperattività, deficit attentivo e, molto spesso, comportamenti stereotipati].

Attualmente il DSM-IV e l'ICD-10 sono i sistemi di classificazione più utilizzati e sui quali si è diffuso maggior consenso, nonostante basino i propri criteri di riconoscimento su indicatori prevalentemente comportamentali, trascurando la persona, le sue percezioni e delle sue interazioni psico-relazionali.

Sottolineiamo che per il DSM-IV la *Sindrome iperattiva* (che viene indicata anche come *Autismo Ipercinetico*) viene riferita come *Sindrome ADD o ADHD* o, rispettivamente Disturbo da deficit dell'attenzione e Disturbo da deficit dell'attenzione e ipercinesia.

L'introduzione di queste due classificazioni che riguardano i disturbi dello sviluppo non è stata sufficiente a mettere d'accordo i ricercatori non solo perché non hanno potuto portare lumi sulla patogenesi e/o sulla predominanza biologica o psichica, ma soprattutto perché, non essendo entrambe in grado di specificare precisi quadri psicopatologici, non hanno fatto altro che ampliare la forbice di accesso per cui le caratteristiche sono state interpretate come semplici sintomi che possono essere presenti in molte altre patologie.

Queste problematiche non avrebbero mai dovuto far sparire i veri quadri autistici, come sono appunto quelli descritti da Kanner e che sono andati via via profilandosi con chiarezza grazie agli studi di psicopatologia e all'analisi delle funzioni psicomentali che si organizzano nell'autismo.

Per affrontare le difficoltà diagnostiche ogni importante Centro di studi e di approccio terapeutico ha definito una propria "autism checklist" che, quale più quale meno, permettono di monitorare l'andamento della terapia oltre che la definizione precisa della diagnosi: lo studio degli out-come e la determinazione dei criteri di inserimento.

Il concetto di **spettro autistico** vorrebbe portare chiarezza sul tema, ma, in realtà, l'asserzione che è sufficiente qualche segno per far entrare le molte espressioni psicopatologiche in imbuto indifferenziato che tutto accoglie, complica ulteriormente il problema.

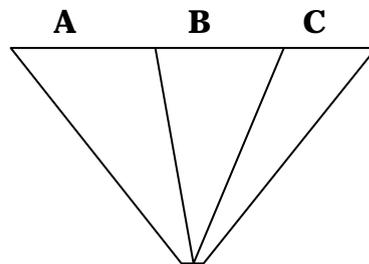
Queste concettualizzazioni hanno portato considerare tre tipi di "disturbo dello sviluppo" che, per altro, rispondono ai quattro sistemi referenziali presi in considerazione dal DSM-IV:

- ~~la~~ autismo autistico o di Kanner o primario o idiopatico;
- ~~la~~ autismo ipercinetico o sindrome ADD o ADHD;
- ~~la~~ ritardo dello sviluppo (non generalizzato).

Per chiarire le differenze fenomenologiche così evidenti, nell'applicazione terapeutica-riabilitativa, prima di riportare le caratteristiche differenziali dei diversi quadri, possiamo considerare alcune specificazioni sulla organizzazione sindromica.

Se prendiamo in considerazione le ipercinesia, troviamo nei riferimenti clinici che il 90% dei bambini che entrano nei consultori di paidopsichiatria negli USA sono ipercinetici.

Questo non significa che siano tutti autistici e si stabilisce dunque un ventaglio nel quale:

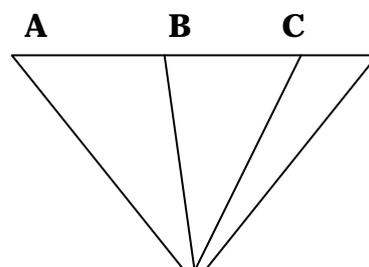


A- rappresenta la frangia maggioritaria di bambini normali che sono però un po' inquieti ed usano molto il corpo per esprimere le valenze del potere e del valore. In questi casi non si richiede uno specifico intervento perché basta l'inserimento scolastico a imporre regole ed il conseguente adeguamento comportamentale. Anche l'attenzione viene recuperata rapidamente così come le prestazioni che richiedono applicazione e capacità cognitivo-intellettive.

B- si riferisce a quadri di ipercinesia controllabile, ma anche considerata nevrotica o reattiva a situazioni di attesa, di desiderio di emergere e di primeggiare nel confronto con i fratelli o dei compagni. Anche in questi casi l'intervento specialistico è poco richiesto o si esaurisce in poche sedute psicoterapeutiche che risultano sufficienti a risolvere la questione emotivo-affettiva.

C- sono i veri quadri di *autismo ipercinetico* che riguardano un numero ridotto di bambini le cui espressioni psicopatologiche specifiche riferite più sotto, nei quali l'iperattività determina un funzionamento mentale caratterizzato da un vero blocco dello sviluppo.

Prendendo lo spunto da queste osservazioni e aderendo a questo modello rappresentativo, anche per l'**autismo autistico** possiamo tracciare un ventaglio nel quale:



A- si riferisce a soggetti che cercano la solitudine, si mantengono in disparte rispetto ai compagni, immersi nei loro pensieri o nelle attività preferite, ma che sviluppano normalmente (o anche in maggior misura) tutte le funzioni emotivo affettive e quelle cognitivo-intellettive. Molto superficialmente potrebbero confondersi con i quadri di Sindrome di Asperger (proprio per l'alto livello del QI e per la presenza di un linguaggio normale), ma questa, in realtà, riflette

problematiche psicopatologiche ben definite, che possono anche essere riferite al *borderline*.

B- raccoglie i molti bambini che trovano difficoltà nello sviluppo e che noi abbiamo inquadrato, con l'aiuto e le esperienze dei colleghi sudamericani, come *ritardo dello sviluppo emotivo-affettivo, non autistico, non invasivo*. Questi bambini spesso superano le loro difficoltà con l'aiuto delle loro insegnanti o di genitori particolarmente attenti e preparati, ma, certamente, una terapia specialistica di tipo relazionale e accompagnata da una riabilitazione (anche quella equestre) si dimostrano mezzi importantissimi per far superare al bambino il ritardo dello sviluppo. Questi casi possono essere visti come quelli descritti da Isabel Luzuriaga, capaci di strutturare una *contro-intelligenza*.

C- è l'ambito dell'autismo di Kanner o autistico, per il quale valgono le precisazioni riferite più sotto.

Purtroppo non possiamo avere riferimenti percentuali per chiarire le incidenze delle tre aree dei due ventagli, ma in entrambi i casi, lo spazio riferito all'autismo è sempre piuttosto limitato. Le difficoltà dell'indagine della prevalenza vengono anche dal fatto che i bambini normali e/o quelli poco problematici, per lo più vengono seguiti dai genitori e dalle strutture di base e spesso fanno delle visite solo saltuarie e di controllo nei centri specializzati.

1 - AUTISMO DI KANNER O AUTISTICO O PRIMARIO

Dopo che il paidopsichiatra austriaco Leo Kanner (1943) ha potuto individuare la sindrome, è stata Margaret Mahler a parlare di "autismo primario normale" e di "stato simbiotico" riferendosi a bambini con tendenza all'isolamento e che presentano difficoltà gravi a superare deficit sociali e comportamentali. Successivamente Uta Frith, Melanie Klein, Bruno Bettelheim hanno chiarito molti punti oscuri riguardanti questa ancora misteriosa "malattia" di cui non si è ancora riusciti a stabilire l'eziopatogenesi e che ora è definita come "*disturbo pervasivo dello sviluppo psico-mentale*".

Questa forma autistica può essere indicata come paradigmatica proprio perché presenta quelle qualità "negative" che hanno permesso inizialmente di individuare la sindrome.

Sebbene la difficoltà dello studio impone ulteriori chiarimenti e discussioni, possiamo però riassumere che in questa forma morbosa tutta la struttura psico-mentale è invasa e può essere vista come disturbo dello sviluppo neuro-mentale o, psicoanaliticamente, come deficit severo dello sviluppo psichico e delle tappe iniziali della strutturazione dell' Io.

Questa forma psicopatologica si manifesta precocemente anche se spesso viene evidenziata ed affrontata tardivamente, quando gli impegni della vita sociale portano al confronto con le necessità educative e relazionali che rendono il relativo fallimento più evidenziabile perché incompatibile con un normale inserimento sociale.

Nel primo periodo le sensazioni corporali, relativamente indifferenziate, formano il *punto di cristallizzazione* del primitivo senso di sé attorno al quale si stabilirà un primitivo *senso di identità*.

In questa fase troviamo quindi *oggetti-sensazioni* centrati sul proprio corpo e la madre viene sperimentata come uno di questi che fa parte di sé e prepara il cammino a posteriori relazioni con oggetti non-sé, sperimentati come separati dal proprio corpo ai quali deve imparare ad adattarsi.

Si può dire che il bambino autistico ha sperimentato una coscienza insopportabile del non-sé prima di poter contare su di un sé sufficientemente integrato per poter affrontare la situazione con successo.

In questa forma morbosa tutta la personalità primitiva (proto-Io) è invasa da forti sensazioni, forse perché fin dai primi mesi di vita viene inibito lo sviluppo cerebro-mentale.

L'autismo primario può essere visto come disturbo dello sviluppo neuro-mentale o, psicoanaliticamente, come deficit severo dello sviluppo psichico e delle tappe iniziali della strutturazione dell' Io. Questa forma psicopatologica si manifesta precocemente anche se poi viene evidenziata ed affrontata quando gli impegni della vita sociale portano al confronto con le necessità educative e relazionali che rendono il relativo fallimento più quantificabile.

Questa forma di autismo, che potremmo chiamare classica, è rappresentata da bambini isolati, arroccati nel loro congelamento, fortezze vuote, molto distanti dal partecipare a ciò che si vive intorno a loro.

La figura però non è completa, mancano le reazioni di angoscia e di vero terrore, le urla, le azioni autolesionistiche che l'autistico presenta come reazioni alla paura, dovuta all'iperstimolazione che la relazione gli infligge.

Vanno sottolineati ancora le azioni ad effetto continuo, rappresentate dalle stereotipie motorie (che sono le più svariate, anche se le più frequenti si riferiscono a movimenti delle mani), la deambulazione afinalistica, l'uso ossessivo degli oggetti.

Inoltre osserviamo spesso l'incapacità di sopportare cambiamenti dell'ambiente per cui, per tenerli tranquilli, è necessario ricorrere a ritualizzazioni ed all'uso degli stessi oggetti (per es. bicchieri, posate), senza cambiare la disposizione dei mobili e dei soprammobili.

Questa varietà di sintomi e/o caratteristiche comportamentali importantissime per una diagnosi, è stata riassunta nel DSM III e IV in:

- ?? compromissione qualitativa dell'interazione sociale;
- ?? deficit della comunicazione e mancato sviluppo del linguaggio;
- ?? modalità di comportamento ripetitive e stereotipate;
- ?? freddezza affettiva e compromissione cognitiva.

Un ulteriore sforzo per arrivare ad avere un quadro sintomatologico più preciso porta ad evidenziare:

- ?? isolamento (autismo) e grave deficit delle capacità relazionali (siderazione affettiva):
- ?? incontinenza emotiva con risposte di angoscia, urla e comportamenti autolesivi;
- ?? disturbi comportamentali caratterizzati da stereotipie, attività ripetitiva compulsiva, manierismi, deambulazione afinalistica;
- ?? grave deficit dello sviluppo del linguaggio e delle capacità cognitivo-intellettive.

Va sottolineato che queste caratteristiche sindromico-comportamentali lette nell'ottica della condotta, vengono riferite come:

- ?? mancanza di intenzionalità e di finalità nel comportamento;
- ?? assenza di significato nella condotta;
- ?? comprensione inadeguata degli ordini;
- ?? comportamenti non in sintonia con il contesto;
- ?? indifferenza nei confronti degli altri ed egocentrismo;
- ?? incapacità di contenere gli impulsi;
- ?? effusioni controfobiche nei confronti della madre.

Nell'ottica del funzionamento psico-mentale si segnala:

- ~~///~~ non integrazione e disarticolazione del Sé
- ~~///~~ predominanza sensoriale
- ~~///~~ scarsità di correlati affettivi
- ~~///~~ un certo impoverimento cognitivo
- ~~///~~ comportamento ambiguo come se ci fosse qualcosa di "segreto" da salvare
- ~~///~~ presenza di inibizioni e di disarmonie funzionali

Da un punto di vista clinico osserviamo:

- inizio subdolo e precoce, intorno al 15-esimo mese dopo un periodo di apparente normalità;
- isolamento e rifiuto del rapporto interpersonale;
- chiusura sensoriale con limitazioni importanti dell'area vitale, se non addirittura ad una ritrazione coatta a vivere in un angolo della casa o dell'ambiente dove abitualmente si trova;
- comportamento rituale con modalità ripetitive e coatte;
- incontinenza emotiva grave con violente crisi di angoscia che portano anche ad autolesionismo o ad aggressività quando lo stimolo risulti troppo intenso (anche se questo risulti incomprensibile all'osservatore);
- grave limitazione psicomotoria che pregiudica anche lo sviluppo dell'apparato locomotore e muscolare;
- mancato sviluppo del linguaggio che si limita a pochi suoni, vagiti o anche urla;
- incapacità di sviluppare modelli affettivi nella relazione interpersonale;
- anestesia sensoriale che può essere vista come stoica sopportazione degli insulti aggressivi;
- riduzione grave delle capacità ad acquisire nozioni e/o informazioni, anche se appare evidente una capacità istintiva ad afferrare empaticamente il senso delle cose e degli accadimenti;
- profonda limitazione della volontà ed estrema dipendenza dalle figure familiari;
- grave riduzione dell'iniziativa, anche se si osservano casi dominati da ipermotricità che sembra senza scopo, se si eccettua il significato controfobico;
- difficoltà nella coordinazione motoria complessa;
- alterazione della strutturazione sensomotoria del linguaggio
- ossessività (per es. con i videogiochi e/o le cassette);
- voracità verso le cose (non resiste alla tentazione);
- ritualizzazioni comportamentali (risatine; manierismi);
- indifferenza verso gli oggetti (possono essere presi e gettati immediatamente);
- atteggiamenti fobici nei confronti di oggetti non usuali introdotti nell'ambito;
- atteggiamenti controfobico-riparativi (bacini dopo le aggressioni);
- ossessività nella ripetizione di rituali o l'assunzione di posture e atteggiamenti;
- ritualizzazioni comportamentali (risatine, manierismi)

oltre che, naturalmente, alle difficoltà cognitivo-affettive evidenziabili come:

- ?? impossibilità ad elaborare il senso comunicativo del linguaggio;
- ?? mancato sviluppo del linguaggio che si limita a pochi suoni, vagiti;
- ?? difficoltà nel trasferimento del significato semantico delle parole che restano
- ?? legate alla percezione di una sola funzione;
- ?? incapacità a strutturare una analisi logico-deduttiva;
- ?? impossibilità di elaborare il pensiero secondo i parametri affettivi e/o simbolici così che resta ancorato alla esperienza concreta;

sintomatologia che da un punto di vista psicodinamico si traduce in:

ritiro pulsionale sulla base di relazioni primitive disturbate e vissute come distruttive.

Ognuna di queste espressioni fenomenologiche richiederebbe un'analisi particolareggiata proprio perché rappresenta un preciso riferimento a parti dello sviluppo cerebrale e proto-psichico che si intrecciano condizionandosi vicendevolmente.

Per cercare una sintesi parliamo oggi di:

sintomi negativi

- ~~///~~ isolamento autistico (il bambino passa la maggior parte del tempo nel sua "angolo" o sulla sua "stuoia" dove si sente "sicuro", spesso immobile e guardando fuori dalla finestra);
- ~~///~~ siderazione affettiva, riduzione dell'iniziativa e degli interessi: non accetta la compagnia dei compagni, non utilizza i giocattoli che prima lo attraevano. Sembra che l'unica persona che viene accettata sia la madre, verso la quale il bambino è spesso espansivo ed "affettuoso";
- ~~///~~ non è in grado di sviluppare il linguaggio e non emette neppure poche parole (a volte sembrano muti es anche sordo-muti);
- ~~///~~ riduce moltissimo l'attività motoria tanto che si producono alterazioni articolari da cattive posizioni. Il bambino perde la coordinazione e non riesce a saltare, a correre o a eseguire azioni motorie complesse;
- ~~///~~ difficoltà di comprensione e blocco dello sviluppo intellettuale, anche se quasi sempre questi soggetti danno l'impressione di essere intelligenti;
- ~~///~~ deficit delle capacità di capire gli atteggiamenti ed i pensieri degli altri;
- ~~///~~ inadeguatezza del sistema rappresentazionale condiviso;

sintomi positivi

- ~~///~~ incontinenza emotiva con presenza di crisi di angoscia che spesso diventano vero terrore;
- ~~///~~ difetti comportamentali con aggressioni (sputi, graffi, calci, ecc. ecc.);
- ~~///~~ comportamenti ripetitivi e coatti;
- ~~///~~ atteggiamento oppositivo e di assoluto rifiuto nei confronti degli altri.

Queste considerazioni danno una giusta idea del perché l'autismo primario è considerato "l'Everest della paidopsichiatria" e, senza dubbio, la forma più grave dei disturbi precoci dello sviluppo che richiede una preparazione psicoterapeutico-educativa del tutto specifica ed adeguata per poter ottenere dei risultati positivi nelle applicazioni terapeutiche.

2 - AUTISMO IPERCINETICO – ADD - ADHD

Si tratta di quadri psicopatologici non del tutto omogenei, ma dominati dalla presenza di un comportamento irrefrenabile che riflette una assoluta incapacità di autocontenimento ed un atteggiamento totalmente indifferente alle regole del contesto.

Alfredo Jerusalinsky sostiene che questi bambini siano da considerare autistici dal momento che, quando vengono contenuti in maniera decisa, passano a sviluppare quadri di autismo autistico.

Il DSM IV, con la sua propensione descrittiva dei disturbi dell'infanzia, pur risultando di grande utilità pratica, non ha potuto sostituire inquadrature diagnostiche più strutturali, dinamiche ed evolutive che non possono essere escluse, ma anzi spesso risultano necessarie per chiarire particolari quadri che, per altro, non sono per nulla secondari.

Sicuramente, *l'autismo ipercinetico* risulta, in questo disordine classificatorio, di difficile ubicazione nosologica, a tal punto che per il DSM IV addirittura non farebbe parte del capitolo dell'autismo (F84.0 Disturbo autistico 299.00) essendo stato identificato come ATTENTION DEFICIT HYPERACTIVITY DISORDER (ADD/ADHD-F90.0; 314.00).

L' I.C.D. 10 accetta l'autismo ipercinetico, ma abbiamo l'impressione che lo stesso non venga chiaramente identificato come vero e proprio disturbo, perché indicato come F84.4- *overactiv disorder associated with mental retardation and stereotyped movements* (l' F84.0 è il "Childhood autism" - cioè l'autismo autistico).

Se questi schemi classificatori complicano il problema, invece di risolverlo, certamente non lo fanno neppure altre schematizzazioni; se consideriamo l'importante contributo di H.N. Massie e J. Rosenthal (1989) ci troviamo nuovamente con la riscoperta di una classificazione delle *Psicosi della Fanciullezza*, tra le quali risultano (come per altro fa anche la Mahler): l'autismo, la psicosi simbiotica e la psicosi mista.

Queste difficoltà di inquadramento nosografico sembrano ironicamente il riflesso di quello che è l'essenziale modo di essere (incontenibile) del bambino ipercinetico. Per cercare di fare chiarezza, ricordiamo che l'autismo ipercinetico è dominato dalla presenza di un comportamento irrefrenabile che riflette una assoluta incapacità di autocontenimento ed un atteggiamento totalmente indifferente alle regole del contesto.

Il quadro sintomatologico compare ai 2-3 anni, dopo un periodo caratterizzato da "attaccamenti" normali (sorrisi vivaci, sguardo che segue i movimenti ed il viso, afferramento) anche se si può evidenziare una certa impassibilità affettiva (riceve più di dare ed esprimere).

Seppure la ipercinesia sia considerata un sintomo in realtà rappresenta una "caratteristica", un modo di mettersi in relazione con l'Altro, con l'ambiente, con la società. Questa lettura ci spiega come la iper-attività motoria possa essere considerata un linguaggio attraverso il quale il bambino esprime i suoi bisogni.

Se nell'"autismo-autistico" il "...cosa vuole dirci" si organizza intorno all'idea di rifiutare a tutti i costi il contatto interpersonale, nell'autismo ipercinetico il bambino ci dice che vuole essere al centro del mondo e dell'attenzione di tutti. Il contenuto di fondo è identico, è la paura, l'angoscia, che assume nei due casi una

forma differente. Il problema si risolve se anziché chiederci “cos'è l'autistico?” la domanda diventa “com'è autistico?”.

Il quadro sintomatologico compare ai 2-3 anni, dopo un periodo caratterizzato da "attaccamenti" normali (sorrisi vivaci, sguardo che segue i movimenti ed il viso, afferramento) anche se si può evidenziare una certa impassibilità affettiva (riceve più di dare ed esprimere).

Le caratteristiche della sindrome possono essere evidenziate come:

- ?? compromissione dell'interazione sociale;
- ?? deficit della comunicazione e mancato sviluppo del linguaggio;
- ?? modalità di comportamento ripetitive e stereotipate, anche se, in questo caso, finalizzate ed egocentriche;
- ?? compromissione cognitiva ed inadeguatezza affettiva.

Questa enumerazione sintomatologica ricalca, come si può vedere, la stessa vista per l'autismo-autistico (o autismo di Kanner), ma, cercando di portare maggiore chiarezza nell'osservazione, possiamo riscontrare delle differenze qualitativamente importanti:

- ?? l'isolamento autistico (autismo) è sostituito da comportamenti incontrollati, manieristici e ripetitivi, decisamente invasivi nei confronti dell'ambiente;
- ?? l'incontinenza emotiva e l'angoscia sono sostituite da reazioni violente ed anche autolesive alla frustrazione e ad ogni tentativo di contenimento;
- ?? i disturbi comportamentali ripetitivi, compulsivi e con finalità prettamente personalistiche risultano di grande disturbo per l'ambiente, incontenibili e motivo di un tale rifiuto che determinano isolamento ed emarginazione;
- ?? il deficit del linguaggio è rigoroso e le capacità intellettive che si possono evidenziare, sono rivolte solamente all'autosoddisfazione.

Le caratteristiche sindromico comportamentali riferite alla condotta evidenziano:

- ?? iperattività;
- ?? disattenzione per le cose circostanti;
- ?? mancanza di tenuta sui compiti;
- ?? facile distraibilità;
- ?? relazioni conflittive con gli altri;
- ?? atteggiamenti di sfida e di disobbedienza;
- ?? grossi disordini comportamentali;
- ?? alterazioni profonde del linguaggio;
- ?? gravi problemi di apprendimento

che, per altro, spesso vengono descritte come:

- ?? iniziativa irrefrenabile con una intenzionalità finalizzata ad autosoddisfazione;
- ?? iperattività che maschera gravi sensi di incapacità e di inadeguatezza che precludono la sperimentazione, la scelta delle strategie e la possibilità di *imparare dall'esperienza*;
- ?? capacità di comprensione degli ordini e delle situazioni risulta soffocata dal *bisogno ipercinetico*, egocentrico ed autoriferito;
- ?? comportamenti decisamente inadeguati al contesto ed inoltre veramente insopportabili anche da parte della famiglia;

- ?? egocentrismo e onnipotenza dominanti, che rendono impossibile il rapporto con gli altri;
- ?? totale incapacità di contenere gli impulsi.

Le manifestazioni sindrome possono essere così evidenziate:

- a)- le caratteristiche sindromico-comportamentali riferite alla condotta sono:
- ?? comportamento dominato da irrequietezza e compulsività;
 - ?? mancata strutturazione di un sentimento di colpa, ma l'errore supporta sensi di inadeguatezza;
 - ?? difficoltà di rapporto con il reale, vissuto come inintelligibile;
 - ?? fuga dalla realtà e rifugio nell'identificazione proiettiva di tipo onnipotente;
 - ?? incapacità di controllo del proprio agire;
 - ?? comportamento dominato da risposte cortocircuitarie senza filtri critici;
 - ?? incapacità di percepire le conseguenze dei propri atti;
 - ?? egocentrismo, onnipotenza e narcisismo;
 - ?? riduzione delle capacità motorie per posture stereotipate;
 - ?? aggressività latente rivolta indiscriminatamente verso l'esterno;
 - ?? impulsività incontrollabile;
 - ?? reiteratività eidetica e comportamentale;
 - ?? ossessività (per es. con i videogiochi);
 - ?? impossibilità di donare cose proprie e tendenza ad appropriarsi di oggetti che poi abbandona senza prestare loro attenzione;
 - ?? voracità verso le cose (non resiste alla tentazione);
 - ?? fobie;
 - ?? ossessività nel comportamento;
 - ?? incapacità di prestazioni durevoli;
 - ?? mancanza di attenzione;
 - ?? scarsa o nulla valenza della volontà;
 - ?? modalità comportamentali riflesse, mimetiche, a specchio, proiettive (copia i personaggi delle cassette dei quali impara le mosse e le modalità);
 - ?? modalità relazionali per interposta persona (mancando la responsabilità degli atti può manifestare la propria aggressività);
 - ?? iniziativa irrefrenabile con una intenzionalità finalizzata ad autosoddisfazione;
 - ?? iperattività che maschera gravi sensi di incapacità e di inadeguatezza che precludono la sperimentazione, la scelta delle strategie e la possibilità di "imparare dall'esperienza";
 - ?? capacità di comprensione degli ordini e delle situazioni soffocata dal "bisogno ipercinetico", egocentrico ed autoriferito;
 - ?? comportamenti decisamente inadeguati al contesto ed inoltre veramente "insopportabili" anche da parte della famiglia;
 - ?? egocentrismo e onnipotenza dominanti che rendono impossibile il rapporto con gli altri;
 - ?? utilizzazione di meccanismi primari come l'onnipotenza, la negazione, la svalorizzazione;
 - ?? mancanza di controllo delle frustrazioni e tendenza al ritiro;
 - ?? incapacità di sopportare le limitazioni imposte dal lavoro di gruppo;
 - ?? comportamenti chiassosi ed egocentrici;

- ?? narcisismo megalomane non contenuto dalle deboli risorse critiche;
- ?? disorganizzazione di fronte alla colpa;
- ?? incapacità di valutare le situazioni sociali;
- ?? mancata utilizzazione dell'esperienza;
- ?? impossibilità di usare canali sublimatori come: altruismo, umorismo ed intellettualizzazione;
- ?? tendenza a coinvolgere gli altri nella sua dimensione ipercinetica;
- ?? facilità a scaricare la tensione con rabbia (che svanisce facilmente con la ?? terapia supportiva);
- ?? facile risposta aggressiva anche corporale;
- ?? dimenticanza di tutti gli eventi dolorosi e soprattutto quelli riferibili a scariche tensionali;
- ?? oscillazione tra l'onnipotenza e l'impotenza.

Il processo di regressione psicologica (egocentrismo, onnipotenza, megalomania) aiuta il "mantenimento dell'autostima" in quanto l'importanza delle menomazioni non è rilevabile in un livello di funzionamento non pienamente sviluppato (per es. passività, dipendenza, adesione ed anche ipermotricità, esplosività, ripetitività, ecc.)

b) – nei confronti dell'autismo autistico possiamo sottolineare come:

- ?? l'isolamento autistico (autismo) è sostituito da comportamenti incontrollati, manieristici e ripetitivi, decisamente invasivi nei confronti dell'ambiente;
- ?? l'incontinenza emotiva e l'angoscia sono sostituite da reazioni violente ed anche autolesive alla frustrazione e ad ogni tentativo di contenimento;
- ?? i disturbi comportamentali ripetitivi, compulsivi e con finalità prettamente personalistiche risultano di grande disturbo per l'ambiente, incontenibili e motivo di un tale rifiuto che determinano isolamento ed emarginazione;
- ?? il deficit del linguaggio è rigoroso, le capacità intellettive che si possono evidenziare sono rivolte solamente all'autosoddisfazione, ma si sottolinea che c'è una più spiccata possibilità di risoluzione dei sintomi attraverso la terapia.

c) – le difficoltà del linguaggio riguardano:

- ?? ritardo nell'apprendimento dell'articolazione della parola;
- ?? ritardo dello sviluppo per cui il linguaggio si limita a poche parole (generalmente riprende con l'inizio della terapia psicologico-relazionale);
- ?? eloquio ricco e precipitoso, poco coerente e comprensibile, poco strutturato per mancanza di passaggi logici;

d) – i disturbi cognitivi si riferiscono soprattutto a:

- ?? pensiero di tipo preconsciouso dominato da illusorio senso di verità, senso di onnipotenza e di superiorità;
- ?? disorganizzazione della memoria;
- ?? mancanza di attenzione e di concentrazione sul compito;
- ?? difficoltà nelle deduzioni e nei legami logici;
- ?? facile distraibilità per il continuo fuggire dal senso di inefficienza e di incapacità;

??sviluppo ridotto dei sistemi simbolici per cui il pensiero resta ancorato all'esperienza oppure ai bisogni istintivi.

e) – sintomatologia che da un punto di vista psicodinamico si traduce in:

?? debolezza dell'Io mascherato da narcisismo ed egocentrismo;

?? Super-Io rigido ed arcaico, violento e violatorio;

?? incontinenza pulsionale;

?? fuga dalla realtà ed adesività al mondo fantasmatico:

?? pauperizzazione personale di fronte ad un Super-Io fallico e distruttivo;

?? compaiono impulsi pregenitali: orali, anali, fallico-aggressivi e omosessuali;

?? si evidenziano angosce primitive legate a: aggressività. Istinto di morte, distruttività, sadismo, avidità, ritorsioni fantasmatiche dell'oggetto aggredito.

Ci si chiede se questo quadro psicopatologico sia omogeneo o se, al contrario, si possano trovare delle differenze tra Sindrome ADD e Sindrome ADHD. Ultimamente abbiamo evidenziato come nell'ADD prevalga un atteggiamento oppositivo (è più evidente l'egocentrismo e la megalomania onnipotente) mentre nell'ADHD quello che prevale è il comportamento iperattivo incontrollabile, ma servono ulteriori osservazioni per poter dirimere la questione.

3 - RITARDO DELLO SVILUPPO PSICOMENTALE

Nel 2002, tenendo in conto varie osservazioni e comunicazioni derivate da un'ampia corrispondenza tra partecipanti di diverse E-Listas internazionali, è stata segnalata la necessità di individuare un quadro psicopatologico che, seppure avvicicabile, non può essere riferito come "autistico" proprio per la non severità dei sintomi e la più facile risoluzione della psicopatologia ed il recupero funzionale e globale raggiungibile.

Dal punto di vista clinico il caso diventa interessante in quanto ci pone di fronte ad uno dei tantissimi e frequentissimi casi che ogni anno gli educatori e gli insegnanti devono affrontare.

Cosa bisogna fare se il bambino non è portatore di handicap, non dimostra disabilità funzionali, ma presenta i segni di semplici "difficoltà nello sviluppo psico-mentale"?

Prescindendo dalla "diagnosi psicodinamica", la sintomatologia comprende:

?? lieve ritardo dello sviluppo psico-affettivo, psico-relazionale e cognitivo che non è globale, ma evidente in alcune aree ed assente in altre;

?? atteggiamenti infantili inadatti a contenere le situazioni emotive derivate da stimoli "normali", ma ugualmente troppo elevati per il soggetto (per esempio: pagliacciate, comportamenti ripetitivi, rifiuti a continuare il lavoro);

?? tendenza alla negazione ed alla repressione con peggioramento delle difficoltà identificatorie;

?? facile stancabilità e incapacità a contenere gli stimoli che inducono facilmente processi riparativi ed anche il sonno (a volte profondo);

??difficoltà nel relazionarsi con il proprio corpo o con parti di esso per problemi nel riconoscimento corporeo, anche se la motricità fine e complessa può raggiungere un livello totalmente accettabile ed adeguato all'età;

??difficoltà nello sviluppo del pensiero simbolico, sostituito sovente dal pensiero concreto e da quello affettivo.

- /// Le difficoltà identificatorie portano all'isolamento, a chiudersi e questa "perdita del sociale" toglie contenuti di vita e senso di sé.
- /// L'addormentarsi in classe o l'accoccolarsi in fondo all'aula sono un tentativo per uscire dalla realtà e per ritrovare una propria dimensione nel sogno e non nell'immaginario, facendo così prevalere la passività, l'indifferenza e l'inazione.
- /// Il bambino non riesce a espletare le sue proposte pulsionali, ritira l'aggressività, coarta il suo sviluppo motorio: l'attività si riduce a espressioni da pagliaccio, a saltelli,
- /// Il linguaggio è da bambino piccolo, con irritanti "miagolii".
- /// L'eloquio è scarso (sembra gli manchino le parole).
- /// Il tono della voce è mantenuto "flebile", caratteristica che, insieme a quella di non poter disegnare e/o di limitarsi a tracciare linee quasi impercettibili, rappresentano una caratteristica legata all'impossibilità di farsi vedere e/o di essere visto.
- /// Il senso di inadeguatezza porta a rinunciare a una inter-relazione con persone che ritiene "superiori" (anche padre, madre, fratelli e sorelle) per cui vengono stabiliti rapporti referenziali e preferenziali con domestici, inservienti, con ... gli animali domestici.
- /// Il senso di incapacità porta a rinunciare alle attività di gruppo, nelle quali si isola e/o si mantiene scrupolosamente alla periferia.
- /// Si atteggia sempre a "rinunciatario" facendo passare avanti i compagni, perdendo il proprio turno e facendo saltelli e pagliacciate alla fine di ogni esercizio.
- /// Le tensioni di insufficienza portano a richiedere costantemente la vicinanza della maestra (nella classe) e dell'operatore nelle attività ginnico-ricreative.

Tutte queste manifestazioni non sono però riferibili a deficit strutturali (neurofisiologici), ma solamente a ritardo nello sviluppo psico-affettivo e psico-cognitivo che risultano inadeguati ai parametri dell'età e alle esigenze del programma educativo-formativo e scolastico.

APPROCCIO PSICODINAMICO

Dopo l'approccio ontologico-descrittivo che, per altro, ci è risultato indispensabile per individuare e chiarire i quadri psicopatologici da prendere in esame, pur ricusando tentennamenti "fenomenologico-naturalistici" che ci porterebbero a inutili disquisizioni tizioristiche nell'ordine della patogenesi, pensiamo tuttavia essenziale cercare di mettere l'accento su aspetti di antropologia fenomenologica (Binswanger) e fenomenologico-strutturali (Minkovski) utili e/o necessari per aiutare questi bambini autistici a scoprire "... cosa fare del proprio autismo", "... come proporsi nel mondo per il mondo" e, soprattutto, "... come essere adesso per dopo" (Alessandra Cova).

Portare l'accento sui meccanismi mentali, sulle "modalità distorte di essere nel mondo", sui modelli "rappresentazionali" oltre a toglierci dalle tentazioni "strutturistiche", dall'astoricità di una predilezione diagnostico-descrittiva, ci porta a considerare il soggetto come persona con le sue disarmonie, distorsioni e interazioni (più o meno complesse) e mai con un "portatore di malattia". Un approccio di questo tipo si rivela essere un metodo efficace per entrare nel mondo dell'autistico ed esplorare, con lui, le forme e cercare di comprendere i significati. Questa determinazione epistemologica ci è sempre risultata utile per considerare i disturbi autistici dal di dentro, ma, soprattutto, per valutare i risultati ottenuti con la terapia e le acquisizioni adattivo-funzionali indispensabili per l'applicazione di più specifiche e mirate applicazioni riabilitative.

Un approccio psicodinamico al soggetto ci porta a considerare i meccanismi mentali che sottendono alle difficoltà relazionali, comportamentali e di apprendimento, ma anche di valutare il momento più idoneo per iniziare con le migliori probabilità di successo i programmi riabilitativi che richiedono sempre pre-requisiti contenitivo-attitudinali e cognitivo-intellettivi oltre che, naturalmente, capacità funzionali di base.

La disparità e la variabilità delle dinamiche influenzano la strutturazione delle sindromi anche se, trattandosi di *disturbi pervasivi* e a *comparsa precoce*, tendono a compromettere sempre lo sviluppo, vale a dire la strutturazione dell' Io, la formazione della personalità e, in ultima analisi, a deformare e a coartare: la comunicazione; la socializzazione; l'immaginazione.

È importante chiarire bene cosa intendiamo per disturbo *pervasivo* (spesso si leggono definizioni troppo particolari): l'alterazione dello sviluppo psichico tende a compromettere tutte le aree della personalità o della fisionomia psico-mentale così troviamo compromessa la sfera affettiva e la capacità di controllare e/o utilizzare le emozioni; risultano compromesse le potenzialità psicomotorie con incapacità di eseguire, in maniera coordinata, movimenti complessi (saltare, calciare, ecc.); non raggiungono uno sviluppo cognitivo-intellettivo consono alle potenzialità, verificandosi blocchi, deviazioni, pericolose alterazioni.

Tra queste possiamo ricordare il mancato sviluppo dell'*immaginario*, la percezione (concreta) che assume il ruolo di pensiero, l'incapacità di apprendere dall'esperienza, anche perché si denota una incapacità di andare al di là dell'informazione, la difficoltà di generalizzare la deduzione che, quindi, resta legata e ridotta alla singola esperienza.

Proprio per questo negli autistici la comprensione è precognitiva, basata sull'esperienza concreta, non sulle deduzioni, quindi globale e specificamente empatica e affettiva.

A - AUTISMO di KANNER

Aderendo alle conclusioni di Melanie Klein, espresse in importanti lavori, consideriamo che il bambino "autistico-autistico" si trova bloccato nel suo sviluppo psico-mentale ad un livello estremamente primitivo, in una dimensione pre-oggettuale, dominata da sentimenti egocentrico-onnipotenti che conducono ad una situazione proiettivamente distruttiva e pantoclastica.

Proprio per questo, l'autistico *non si permette di agire*, se non "...tenuto per mano", il che corrisponde a far passare la responsabilità sull'altro. Da questo

punto di vista assumono un preciso significato i movimenti rituali e ripetitivi che sono azioni senza finalità, un agire senza scopo, un fare *senza fare*.

Le nostre ultime osservazioni, hanno permesso di aggiungere qualcosa di nuovo a queste conclusioni.

✍️ Disturbi funzionali

1. L'autistico non è in grado di sviluppare una volontà che rappresenta sempre un divenire ed un cambiamento.
2. Il tempo e lo spazio hanno in sé un senso di "modificazione" e, proprio per questo, gli autistici li rifiutano, costringendosi a vivere nel qui e ora, in una dimensione immutabile (le angosce derivate dallo spostamento degli oggetti nel setting o in casa), incapaci di percepire consequenzialmente e, quindi, di "apprendere" gli oggetti che, visti in momenti diversi, diventano a loro volta differenti (vedi Lucioni, 2000).
3. Questo *particolare funzionamento mentale* ci permette di paragonarlo a quanto succede nei pazienti schizofrenici per i quali il "fare" e l'agire, che presuppongono una volontà, equivale a produrre un cambiamento del Sé che è insopportabile, proprio perché viene inteso come una *perdita di identità* e una *frantumazione*.
4. Proprio questa paura e della "*mutazione del Sé*", che possiamo immaginare come *vissuto orrido*, che determina l'angoscia insita nell'agire e giustifica la distruttività proiettiva.
5. L'immobilità è l'unico mezzo per salvarsi da questi vissuti autodistruttivi e dalle proiezioni pantoclastiche; il fare diventa perdita di identità ed autoeliminazione e l'impossibilità di vedersi nello specchio è appunto conseguenza del terrore per non potersi riconoscere, per sentirsi perdere nel nulla.
6. Non poter lanciare la palla è, ancora una volta, la chiara dimostrazione di non permettere che questa sparisca proprio perché cambia di luogo e l'Altro che la riceve, ugualmente, non è più lui e, quindi, diventa nuovamente un fantasma.
7. Questo spiega quanto già riferito sugli *oggetti parziali* che diventano persecutori proprio perché, non strutturati e incostanti, impediscono l'autoidentificazione ed, anzi, creano una sorta di rapporto persecutorio che oscilla tra masochismo ed aggressività.

✍️ La Madre

Dobbiamo ricordare che anche la madre vive situazioni endopsichiche simili proprio perché la rinuncia al suo "*significante primitivo*" (l'oggetto d'amore sperato ed immaginato) induce una perdita di autoidentificazione come madre: il figlio torna ad essere "oggetto contraddittorio" (che non risponde alle sue aspettative), restando come "*mancante*" il posto preparato in tanto tempo di fantasie.

In questo caso l'autistico occupa un "posto vuoto", vivendo la pressione emotiva che lo vuole cambiare, ma ancora una volta, questa modificazione lo lascia indefinito, senza identità, completamente svuotato di significato.

✍️ Il linguaggio

Seppure il deficit del linguaggio sia un sintomo caratteristico dell'autismo-autistico, che viene per lo più riferito ad una mancata "maturazione del S.N.C. (le aree di Broca e di Wernicke si strutturano dopo la nascita e il processo si termina tra i 9-10 anni), possiamo tuttavia osservare che quando nell'autistico compare

un linguaggio anche limitato (parole o brevi frasi), l'espressione è fatta da toni flebili, quasi "sottovoce", come se ci fosse dietro una paura ad emettere la voce. Questa è sempre stata considerata come "aggressiva" nel confronto dell'ambiente, ma la derivazione latina da "lingua (ant. dingua) più agère = fare, compiere un'azione (fr. agir; it. agire) ci riporta sul tema del "fare", dell'attuare, del divenire che abbiamo analizzato come stimolo all'instaurarsi di un blocco psico-mentale. Ricordiamo che il linguaggio è parte dell'esperienza corporea e che il passaggio da un linguaggio ad un altro, così come quello da un idioma ad un altro, esigono sempre una trasformazione che, implicando perdite e guadagni, corrispondono ad un cambio di identità.

In questo modo, nella pratica terapeutica dell' E.I.T., il piccolo autistico sperimenta, proprio nella relazione, un cambiamento di linguaggio e di rappresentazione che lo portano a strutturare una soggettività ed una vera e propria nuova identità.

La terapia

Ritornando alle immagini create nella terapia, la palla che lanciata contro il muro torna al soggetto è proprio l'espressione caricaturale, ma pregnante delle valenze distruttive insite nel movimento, nel cambiamento, nell'agire e, quindi, nella volontà.

Per questo la perdita della volontà di essere se stessi conduce a quella dimensione pervasiva della malattia, che è causa della disorganizzazione profonda dell' Io e della perdita delle potenzialità cognitivo-intellettive.

Quando si dice che l'autistico non vede al di là dell'informazione si indica proprio il terrore di cadere in quel *buco nero* che tutto ingoia ed oltre il quale non c'è più nulla.

L'immaginario

Nell'autistico l'immaginario è prevaricato e vaporizzato; può vivere solo nel presente, nel qui e ora, nell'immobilità e nell'immodificabilità degli oggetti e il sentimento per cui si sviluppano questi vissuti, è uno solo: il terrore di perdere la propria identità, il Sé, di vedere svanire la propria "esistenza" ricacciata nel nulla e nell'orrido.

B - AUTISMO IPERCINETICO

Il corpo ed il movimento sono mezzi di relazione e di comunicazione con l'altro ed inoltre, l'espressione-riflesso del "mondo interno". Nell'ipercinetico, il corpo, come *significante* investito di libido, diventa oggetto transazionale megalomane ed onnipotente che tende a far superare il "*trauma della castrazione*" (senso di inferiorità e di incapacità), ma che conduce anche al disinvestimento totale o parziale degli oggetti per cui il mondo perde di significatività.

Questo punto di osservazione ci apre un panorama che non sempre viene tenuto in considerazione: il soggetto percepisce, vive e "valuta" il suo stato di "differente" e di "più povero" (l'ipercinetico è attentissimo a non lasciarsi portar via cose, utilizzando anche "crisi dimostrative e di opposizione", mentre, nello stesso tempo, è rapidissimo a rubare le cose degli altri).

Una tale posizione depressiva e sconcertante è spesso causa del rifiuto a crescere che diventa un motivo per riaprire costantemente un *ferita narcisistica che diventa incolmabile*: svuotamento libidinale dell' Io.

Quando Freud nel 1893 dice che non si può considerare il "corpo" nello schema dell'ordine naturale, vuole indicare che va inteso anche come incidenza dell'ordine culturale e del linguaggio.

"Gli effetti del linguaggio producono nel corpo quello che per la razionalità medica sarebbe una disfunzione" (Mauricio Szuster, 1995); la qual cosa è un paradosso dal momento che ciò che per il soggetto è una specie di "soddisfazione-piacere", per la medicina diventa un difetto, una disabilità.

Nel 1920, in "Io e l'Es", Freud riprende il tema dicendo che il contatto con il prossimo è un *"momento di comunicazione privilegiata"* nel quale si originano le *"motivazioni morali"*.

L'analisi di questo enigma ci porta a considerare di cosa abbisogna il bebé (per esempio quando piange) ed anche se l'interpretazione di un desiderio possa essere raffrontata con il desiderio di chi interpreta.

Forse il neonato, in queste condizioni, risulta non protetto dall'invasività del desiderio dell'altro-adulto che, senza saperlo, impone le condizioni del suo proprio desiderio: il piccolo è investito da sogni, fantasie e prospettive future messe in circolazione dal desiderio altrui.

Questo desiderio dà al bambino uno "spazio" più o meno ampio o ristretto, che Lacan, molto economicamente, ha riassunto in tre lettere: S (\A).

In termini freudiani possiamo dire che A è l'Altro (i greci chiamavano "altro", "Thotheros", qualcosa di temibile e che è sconosciuto), l'Altro-materno che il neonato indifeso utilizza per ridurre la tensione che gli crea turbamento.

La A (maiuscola) uno spazio pieno del desiderio dell'Altro che accoglie il bambino e lo accomoda in una "cultura".

La \A indica, secondo Lacan, che l'Altro è "castrato", dal momento che quanto "dice", in termini di linguaggio, il suo desiderio è molto di più di quanto esprime. Poi troviamo S che è il "significante", il desiderio dell'Altro che viene trasformato come "sapere" che diventa *"motivazione morale"* quando il soggetto si chiede "... cosa vuole da me?".

In questo modo il desiderio dell'Altro si trasforma in *imposizione* che possiamo leggere (seguendo Freud, 1885) come una *"istanza"* o come "Super-Io".

Saper esattamente cosa dice e cosa ordina non ha molta importanza perché, come oggi ci insegnano i linguisti, non c'è bisogno che una parola si imponga come condizione imperativa perché risponde ad una condizione di ordine naturale o culturale; è ciò che i linguisti chiamano *"preformativo"*, una allocuzione capace di generare delle realtà anche dove non ci sono.

Viene indicato come *"l'effetto imperativo del linguaggio"* o *"imperativo del verbo"* che è funzione di chi lo emette; dell'Altro che occupa un determinato posto.

La lettura di queste disquisizioni ci porta a poter leggere quelle parole che, come "significanti" rappresentano il reale. In questo modo ci troviamo di fronte al nostro bambino ipercinetico che scopre la propria mancanza di identità, il suo "vuoto" che è anche il vuoto che scopre la madre di fronte al "suo oggetto reale", tanto diverso dal "suo bambino sperato e fantasticato".

Nell'impossibilità di ritrovarsi come "significante" (dare senso alla parola) riempie il vuoto con il proprio corpo, con il movimento, con l'ipercinesia che si trasforma da significante a "marca", a sintomo.

"Quando non ci sono parole, c'è solo strumentalizzazione, ci sono solo "segni", "sintomi", "... marcas" (M. Szuster, 1995); il soggetto, l'autistico, il bambino si è trasformato in oggetto, in corpo e questo si è riempito di "libido", di "puro

desiderio" che lo incorpora nel linguaggio, facendolo sparire come "essere", come soggetto.

Se il terapeuta, a questo punto, prende in considerazione solo i sintomi corporali, contribuisce ad eternizzare il "vuoto", la scomparsa dell'oggetto; al contrario, deve porsi a costruire "nuovi significanti" partendo da quello che abbiamo chiamato "posto vuoto".

Nel cambiamento si comincerà a creare un "posto", un "luogo stabile" nel quale poter far fluire un "senso di amore", che è "valore": valorizzare le piccole conquiste che danno però importanza a quanto si sta cercando e creando.

In questo modo l'ipercinetico comincerà a fermarsi e a provare a fare qualcosa con l'Altro, anzi "... dentro l'altro", nel maneggio che contiene tutto (soggetto, terapeuta, cavallo) in una "madre terra soffice e accogliente" che ci farà rinascere come persona, come "Sé", con il proprio senso ed il proprio ruolo, con la propria identificazione.

Questo è il cammino sperimentato che ha portato a controllare le ipercinesie e a condurre il piccolo verso la scoperta di Sé e delle sue potenzialità, vincendo la paura (l'angoscia del nulla) e scoprendo il valore simbolico degli oggetti che prima erano un vortice senza senso e poi diventano "parole", sorrisi, affetti: il suo linguaggio e la sua crescita ritrovati.

Abbiamo ritrovato un linguaggio che ci dice che

"l'affetto è la forma più elementare della scoperta del desiderio proprio e dell'Altro, che testimonia la propria vitalità pulsionale e quella dell'Altro" (Beatriz Janin).

C - RITARDO DELLO SVILUPPO NON AUTISTICO

Possiamo interpretare il ritardo dello sviluppo psico-mentale come una fissazione pre-edipica, in quanto l'Edipo va inteso come punto di passaggio per separare l'identificazione narcisistica primaria (dis-identificazione dalla madre) verso la conquista della genitalità e della maturità emotivo-affettiva.

Questa nostra osservazione è particolarmente importante perché si riallaccia a quelle di Armida Aberastury che si riferisce anche a Freud che aveva parlato di "fase fallica" riferendosi a problematiche genitali (masturbazione precoce) nel bebè (early childhood).

È necessario capire il bambino autistico che, come ha teorizzato ed evidenziato Melanie Klein (1928), può trovarsi di fronte ad un "*dramma edipico precoce*" il cui superamento diventa essenziale per lo sviluppo mentale infantile.

Si supera il "complesso", abbandonando gli investimenti oggettuali, sostituendoli con una *autoidentificazione narcisistica*, fondata sul senso di Sé e sul senso della realtà.

Nell'impossibilità di raggiungere una auto-identificazione soddisfacente e tranquillizzante, si sviluppano fusioni caotiche e disorientanti con immagini parziali di Sé e degli oggetti, accompagnate da ansie persecutorie che includono paure di essere abbandonato, ma anche desideri inconsci di distacco che si accompagnano al terrore di distruggere.

La "fase passivo-femminile" descritta da Melanie Klein sembra per noi appropriata per descrivere il senso di frustrazione, la rinuncia, la stancabilità, la passività che va al di là della dipendenza e/o della paura paralizzante che dimostrano questi bambini.

Si adeguano alle richieste, senza organizzare rapporti preferenziali e/o identificatori; si lamentano continuamente e si “abbandonano” sul tappeto e sui cuscini quando finiscono un esercizio in palestra; non sono mai disponibili ad iniziare qualcosa di nuovo perché si suscitano angosce e fughe.

L'intervento della terapia (o all'inizio della scuola la comparsa della maestra di sostegno) porta ad un legame passivo con la figura di riferimento che però resta inesorabilmente labile e messo sempre in discussione.

Queste oscillazioni fanno riferimento a momenti di ribellione, di tenue aggressività e di rifiuto, oltre che a periodi (per lo più di breve durata) durante i quali emergono sentimenti egocentrici e di superiorità che ricordano atteggiamenti supportati da debolezza dell'Io e dalla predominanza di un narcisismo primario megalomane.

Bastano però brevi periodi di raffronto con la realtà per riportare il quadro all'originaria stanchezza, indifferenza, rinuncia ed al mascheramento delle proprie possibilità.

Questi atteggiamenti derivano da processi psichici interni, non giustificati dalle situazioni di realtà, né scatenati da processi identificatori. Possiamo aderire alla giustificazione data da A. Aberastury che parla di “... necessità di cercare una forma di legame che rimpiazza il vincolo orale abbandonato e l'articolazione fallico-genitale resta l'unica atto a recuperarlo”. Questa lettura si rifà anche al rapporto che questi bambini stabiliscono con i “piccoli” animali domestici che diventano “i confidenti” ed i depositari di un legame nel quale la dipendenza e l'aggressività si nascondono in modo confuso e strutturato solo su impulsi personalistici, intrapsichici e, a volte, del tutto incomprensibili.

La facilità di sciogliere i legami affettivi (vincoli molto labili) si può osservare anche nei confronti dei genitori con i quali si instaura una modalità di legame prioritario con il padre che però non suscita particolari reazioni per una eventuale lontananza, perché è sostituito da quello con la madre.

Anche con gli oggetti della realtà i vincoli risultano fragili e frammentari e questo si estrinseca nelle difficoltà della rappresentazione grafica del sé, degli altri e degli oggetti.

TERAPIA e RIABILITAZIONE

Affrontare le problematiche inerenti la terapia e/o la riabilitazione dell'autismo comporta, generalmente (lettura cognitivista);, diverse considerazioni

☞ si tratta di soggetti colpiti da

?? gravi disturbi generalizzati dello sviluppo;

?? “ “ della comunicazione;

?? “ “ della motivazione;

☞ si richiede una “presa in carico globale” che consiste:

?? nell'apprendimento delle funzioni di apprendere;

?? “ delle autonomie di base;

?? “ “ in progresso;

☞ è necessario avere una *comprensione più razionale possibile* del bambino e della sua famiglia;

☞ predisporre un esame appropriato e globale della situazione (valutare attentamente l'intera vita dell'handicappato e della famiglia);

- ✂ si tratta di predisporre un “programma educativo” che dovrà essere personalizzato;
- ✂ organizzare una valutazione completa dei risultati;
- ✂ tenere in conto che ogni programma educativo “... va bene purché il bambino non si comporti male”.

A nostro modo di vedere, questo approccio risulta riduttivo, piuttosto limitante ed anche inadeguato per tutti quei bambini “gravi”, perché portatori di una “grave disorganizzazione psico-mentale e/o disordine pervasivo dello sviluppo”.

Proprio per questo dobbiamo tenere in conto che:

- ✂ nei bambini autistici si osservano sempre disturbi comportamentali che per l'appunto giustificano la definizione di “... *si comportano decisamente male*”:
 - ?? sono oppositivi, egocentrici, a volte aggressivi e distruttivi, per lo più esplosivi;
 - ?? hanno risposte incomprensibili, oltre che inadeguate, agli stimoli esterni;
 - ?? dimostrano possedere un “sistema rappresentazionale” alterato e non condivisibile;
 - ?? rinunciano con forza il contatto interpersonale preferendo l'isolamento;
 - ?? non tengono conto delle aspettative dell'Altro che forse neppure comprendono;
- ✂ la gravità delle sindromi psicopatologiche in questione non si riferisce tanto alla sintomatologia (spesso le madri addirittura la minimizzano) quanto alle difficoltà di raggiungere una anche piccola remissione;
- ✂ la maggiore questione da affrontare non è tanto quella di “capire” l'espressione fenomenologica, quanto quella di “leggere” le problematiche psicopatologiche profonde, vale a dire i processi mentali che sottendono l'espressione clinica:
 - ?? la debolezza dell' IO;
 - ?? l'incapacità di contenere gli input emotivi;
 - ?? l'inconsistenza delle strutture affettive;
 - ?? la dominanza del pensiero concreto e l'inadeguatezza (o non costituzione) dei sistemi immaginativo-simbolici;
 - ?? la distruttività legata all'attaccamento simbiotico con oggetti arcaici fallico-superegoici;
- ✂ il lavoro terapeutico deve proporsi come mezzo per raggiungere quei prerequisiti indispensabili per iniziare le attività riabilitativo-educative;
- ✂ quando parliamo di “intervento globale” non dobbiamo riferirci agli aspetti superficiali dell'espressività, ma alla necessità di affrontare la questione partendo dalla considerazione delle *funzioni psichiche* che includono:
 - ?? controllo dello sviluppo psicomotorio e della coordinazione semplice e complessa;
 - ?? contenimento emotivo;
 - ?? sviluppo affettivo che comprende l'acquisizione del mondo dei valori e la strutturazione della “coscienza di Sé e degli oggetti” (interni ed esterni) in un piano di “verità”;
 - ?? organizzazione e integrazione cognitivo-intellettuale che comprende lo sviluppo del pensiero simbolico, oltre che delle capacità analitico-deduttive e programmatiche del qui e ora in relazione con i parametri dello spazio e del tempo.

MODELLI TERAPEUTICI

Tracciato un profilo sindromico-comportamentale dei tre quadri psicopatologici considerati, possiamo cercare di riferire osservazioni sul modello terapeutico che è stato tracciato per ciascuno di essi.

A - AUTISMO AUTISTICO

L'angoscia ed il terrore messi in atto come risposta agli stimoli sensoriali ed espressione di una emotività libera ed incontrollata, devono essere affrontati prima di ogni altro problema. Questo si ottiene con una paziente relazione carica di accettazione, comprensione, accompagnamento, e dominata dalla ricerca costante di una distanza adeguata allo scopo (a volte si usano corde o bastoni per stabilire distanze precise) e consona ai bisogni del bambino.

Sebbene sembri difficile avvicinarsi a lui, è sempre possibile ed anche "facile" stabilire un contatto, utilizzando poche parole, movimenti controllati, l'azione facilitatrice della musica e "*tanta empatia*"; ci vuole costanza e non lasciarsi vincere dalla frustrazione e dallo sconforto, se non si ottengono subito dei risultati.

Nella terapia, si comincia a lavorare sul corpo, sempre con l'aiuto di una musica scelta ad hoc, sul movimento e sulle percezioni, stimolando globalmente tutti i sei canali sensoriali (cinque più l'equilibrio).

Il contenimento delle risposte emotive deve essere un obiettivo prioritario e, per questo, bisogna ricordare che ogni cambiamento del setting, così come anche la sostituzione del terapeuta od operatore di riferimento, possono suscitare risposte di angoscia, una crisi di pianto ed anche risposte di agitazione e di profondo rifiuto.

La relazione è il fulcro della terapia perché è proprio nel rapporto che si vivificano quelle forze psichiche capaci di portare il bambino a cercare se stesso, ad autovalorizzarsi, a sviluppare quel quid di narcisismo che spinge la volontà ed il desiderio (quindi dal di dentro) a trovare quelle dinamiche del Sé che configurano il cammino della crescita psico-mentale.

Sono le valenze affettive (l'area dei valori) che sono necessarie per portare avanti lo sviluppo e quindi a far crescere le competenze cognitivo-intellettive: i bambini, liberi da blocchi psichici, da sensi di impotenza e di incapacità, prima attraverso l'aiuto dell'Io-ausiliario-terapeuta e poi sostenuti dal proprio Sé, cominciano a sentirsi gratificati e gioiosi di percepire il proprio funzionamento psico-mentale e corporale, sicuri delle proprie scelte e delle decisioni, capaci di trovare nella relazione quelle dinamiche affettive che uniscono il Sé e l'Altro nel vincolo di poter essere, poter funzionare, poter agire.

Questo punto d'arrivo ci permette di cominciare un lavoro di gruppo (prima piccoli gruppi, poi più numerosi) nei quali, l'osservazione, il rispetto dei tempi e delle posizioni, il porsi in gioco ed il confrontarsi diventano i meccanismi che sottendono l'autostima e l'autovalorizzazione.

Il linguaggio merita un accenno del tutto speciale perché, in questi bambini autistici-autistici, risulta particolarmente compromesso sia nella costruzione della parola (afasia), che nell'emissione della stessa (aprassia verbale). Le difficoltà non devono inibire l'uso di parole, suoni, esclamazioni, lallazioni, ecc. che servono a tranquillizzare, ma, nello stesso tempo, a introdurre legami simbolici che strutturano vincoli e identificazioni.

Il recupero di questi bambini passa attraverso la relazione ed il ripristino della socializzazione. Il contenimento emotivo e la strutturazione delle dinamiche affettive, fondata sui valori, porta all'autoriconoscimento ed all'autovalorizzazione che risultano "*ponti*" per il passaggio di un rapporto attivo con il Sé che, potendo ormai contare su un narcisismo secondario, comincia a proiettarsi sulle iniziative personali, sull'auto-apprendimento, sulla differenziazione e sull'accettazione della crescita e del distacco dalla differenza.

La psicoterapia, fondata sulla relazione, che ha una sua giustificazione e importanza anche nell'ippoterapia, mira al recupero globale delle funzioni psicomentali ed alla ristrutturazione della funzionalità emotivo-affettiva che sta alla base dello sviluppo cognitivo e di una integrazione armonica della personalità.

B - AUTISMO IPERCINETICO

Di fronte a questo quadro il modello terapeutico è decisamente differente, riguardando, prima di tutto, il contenimento attivo dell'iperkinsesia; significa affrontare gli elementi caratteristici della sindrome:

- ✂ l'irrefrenabile esplosività motoria;
- ✂ le sensazioni di inadeguatezza e di incapacità che dominano un Io debole e poco strutturato;
- ✂ le reazioni fortemente oppositive che spesso si organizzano come risposte aggressive e distruttive.

Il funzionamento iperattivo nasconde una modalità di autoriconoscimento e di autovalorizzazione centrate sul corpo; questa centralità concreta e percettiva impedisce lo sviluppo di quegli elementi affettivi che permettono il riconoscimento dell'altro e la messa in atto delle prime dinamiche di socializzazione.

Il bambino è chiuso in un isolamento funzionale, in un "*arroccamento vorticoso*" nel quale non permette a nessuno di entrare. L'aspetto relazionale caratteristico è narcisistico-dimostrativo; sono presenti manierismi, gestualità ripetitive ed una "rappresentatività teatrale" fatta di digrignamento dei denti, di reazioni esplosive, drammatiche ed anche autolesionistiche quando rispondono alle frustrazioni o ai tentativi di contenimento.

Se si riesce ad imporlo, il contenimento permette al bambino di recuperare "momenti" di riflessione, "attimi" di lucidità nei quali passa l'intenzionalità dell'Io-ausiliario e comincia a formarsi un "mondo-altro" che si "disegna" come tranquillo, sicuro, privo di rimproveri e di "autocolpevolizzazioni".

In questo modo comincia a formarsi uno spazio per ripristinare il senso di Sé e liberare il mondo rappresentativo dalla "*paura di non essere in grado*", "*l'angoscia del diverso*".

Le teatralizzazioni diminuiscono perché il bambino si sente accettato, riconosciuto ed anche "stimolato a crescere", se riesce ad accettare ed a riconoscere l'Altro.

Se controllate, le emozioni, insieme alle espressioni affettive riportate al valore della relazione, riaprono il campo della crescita cognitiva che spesso comporta anche, nei bambini messi in terapia, un recupero del linguaggio.

Tale lavoro, fatto inizialmente in forma individuale, passa ad essere accompagnato dal lavoro di gruppo (prima piccoli, poi più grandi) per cominciare a sviluppare la socializzazione e l'integrazione.

C - ritardo dello sviluppo

Il lavoro terapeutico mira a ricomporre le funzioni dell'IO che sono necessarie per riprendere il cammino dello sviluppo psico-affettivo e psico-mentale.

La presenza di un Io-ausiliario accogliente e stimolante porta rapidamente all'accettazione delle spinte verso una autoidentificazione e, quindi, delle attività previste per il recupero funzionale.

In questi bambini risultano importanti i deficit della motricità complessa che deve essere ripristinata con rapidità per poter dare al soggetto quel senso di fiducia e di autogrificazione che risultano importanti per intraprendere il cammino della crescita ed abbandonare quell'adesività alla propria indolenza e inattività che inducono una flessione dell'autostima e terrore di fronte alla crescita.

La paura domina il quadro psicopatologico e solo un forte senso di Sé e di potere permettono di superare le crisi emotive e di impostare una dimensione affettiva che, attraverso i valori dell'Io e dell'Altro, fa da base all'accettazione del distacco e del cammini dello sviluppo.

REGOLE TERAPIA DELL'AUTISMO

PROBLEMI DA AFFRONTARE

difficoltà a motivare il disabile
disturbi comportamentali
ritiro autistico
ipercinesie
crisi di frustrazione con ipertono
pianto
grida
instabilità
agitazione
irrequietezza
irritabilità
uso ossessivo, indiscriminato e afinalistico degli oggetti
imposizione della propria presenza
attenzione centrata su ciò che ha scelto senza rispettare il significato dell'informazione globale che viene dal setting
difficoltà a strutturare autonomie

impossibilità di apprendere dall'esperienza
scarsissima motivazione a comunicare (espressione e comprensione) poiché
manca una corretta intenzionalità relazionale
assenza di mimica, gestualità e sguardo diretto
condotta di evitamento e di chiusura relazionale

RICORDARE:

- /// gli affetti circolano meglio dei concetti;
- /// bisogna tenere sotto controllo il funzionamento psichico;
- /// notare i moti affettivi;
- /// riconoscere come fatti ordinari diventino motivo di reazioni inspiegabili;
- /// mantenere un'attenzione tenace alle sfumature, ai piccoli segni, agli spostamenti anche inavvertiti degli oggetti;
- /// avvertire situazioni esterne, interne o transferali per sottolineare le emozioni che provocano l'isolamento;
- /// essere propositivi e direttivi (senza titubanze) senza accettare capricci o imposizioni esagerate: usare il NO;
- /// non accettare né sottovalutare espressioni autolesive o aggressive; ricordare che, ogni qual volta l'autistico cerca di uscire dal suo stato, le parti più primitive e vulnerabili dell'Io entrano in contatto con oggetti e con le altre parti più robuste, determinando uno stato di estrema delicatezza e vulnerabilità;
- /// l'autistico ha preclusa, in sé, la capacità di simbolizzare per cui deve sempre tornare all'esperienza concreta per creare proto-pensieri e/o pensieri;
- /// in questi bambini è cruciale il sentimento di trovarsi di fronte ad un Altro Onnipotente; a qualcuno "immensamente forte" che determina la sensazione profonda ed angosciante della possibilità di essere "annientato".

Analizzando la problematica del "linguaggio", troviamo che si struttura su tre canali:

- /// il primo verbale, utile e indispensabile per trasmettere informazioni, comandi, suggerimenti, incitazioni, ecc.;
- /// il secondo è simbolico, non strutturato, fatto di esclamazioni, di parole stimolo, di suoni, di interiezioni;
- /// il terzo è "non verbale", ma ricco di "immagini", di espressioni corporali, di atteggiamenti, di movimenti che spesso hanno anche un valore simbolico.

Funzioni diverse, ma che tutte si riferiscono ad un "luogo" che finalmente diventa "*luogo dove si parla*", dove si scambiano emozioni, affetti, parole, sguardi, ecc.; luogo che diventa "luogo mio", una "proprietà" che si avvicina alla casa propria con la quale si lega in un duplice e simmetrico spostamento di andare e tornare che riempie con efficacia la memoria ed il "rimembrare" fatto di "tempo" (ritorno) e di spazio.

Lo speciale luogo di linguaggio, il setting, nella memoria e nell'attesa diventa *luogo immaginario* senza perdere però la dimensione e la struttura di:

- /// *luogo reale* = dove vivono e si animano gli oggetti vitali e cambianti oppure concreti e stabili;

☞ *luogo simbolico* = rappresentato, in ultima analisi, dal linguaggio.

Il bambino ed il terapeuta si trovano dunque in un luogo dove possono situarsi:

☞ tra tre linguaggi = verbale, non verbale, simbolico;

☞ tra tre funzioni = immaginario, reale, simbolico.

Un luogo tanto polimorfo e/o poliedrico, fatto di intrecci e di “significanti” è sicuramente spazio di crescita e di formazione di *transfert*, così che è anche “spazio di inconscio”.

Il compito del terapeuta può essere visto come legato a:

☞ tradurre i vari linguaggi perché risultino comprensibili ed usufruibili;

☞ rendere più libero l'accesso all'uso delle parole-linguaggio-corpo che si strutturano come comunicazione;

☞ spostare le dinamiche su parametri di “in-ter-ferenze” tra “soggetti” che diventano il nucleo portante di tutto il trattamento.

Il bambino non può più essere assunto come “paziente” proprio perché nell'azione diventa un Sé che, seppure con limitazioni, deficit, difficoltà, si identifica ed anche auto-identifica, diventa “Un-Altro” e, proprio per questo, si fa soggetto, con un suo “luogo”, un suo “scopo” ed un suo “linguaggio”.

Nel rapporto con bambini autistici, privati della parola, è evidente dunque quanto sia importante poter utilizzare un ambito tanto ricco di “linguaggio” che nel bambino genera prima stupore, poi curiosità ed infine “desiderio”.

In questo percorso il “linguaggio lentamente diventa “familiare” (il bambino non ha più paura e, quindi, non si ribella più, lo accetta), “utilizzabile” (dal suo “luogo” il bambino si esprime), “com-preso” che è preso-dentro, immerso nella relazione, cioè utilizzato in un rapporto che è d'amore tra soggetti, tra personaggi che trovano nell'insieme un valore che è *ruolo*, ma anche *disponibilità* tra soggetti, tra uguali (sparisce un'altra volta il termine di “paziente”).

CONCLUSIONI

Autismo, ragione e socievolezza

Si legge: “...è *biologicamente plausibile l'esistenza di un'umanità ragionevole, ma non socievole* ...” e questo, riferito all'autismo, diventa il centro di una profonda discussione riferita a quel particolare modello di funzionamento psico-mentale che caratterizza l'Autismo.

Abbiamo imparato da sempre che l'uomo è *un animale sociale* e che è dotato di capacità cognitivo-razionali; ne deriva, quindi, una congiunzione per la quale la mancanza di uno dei due attributi sarebbe sinonimo di mancanza di umanità.

Antonio Damasio ci ha segnalato recentemente come l'affettività si sviluppi nel bambino tra il 18-esimo ed il 24-esimo mese, quando cioè si concretizza la “...*maturazione della corteccia frontale*.”

Stanley Greenspan (2000) ci ricorda, molto puntualmente, che un bambino può utilizzare le sue capacità cognitive solo dopo aver sviluppato capacità relazionali e, in un recente lavoro (Lucioni, 1999), tali caratteristiche sono riassunte nella definizione “intelligenza affettiva” che include senso di sé, autovalorizzazione e motivazioni affettivo-sociali.

L'affermazione che lo sviluppo cognitivo-intellettuale (espressione di una complessa integrazione dell'attività di tutta la corteccia cerebrale) debba dipendere da una integrazione affettiva (corteccia prefrontale) ha anche un substrato neurofisiologico poiché risaputo (Popper e Eccles, 1977) che il sistema limbico, responsabile delle emozioni, è strettamente connesso con la corteccia frontale e, al contrario, non ha connessioni dirette con il resto della corteccia.

Da queste considerazioni si può dedurre che l'affettività può svilupparsi senza un corrispondente sviluppo cognitivo (vedi i pazienti Down), al contrario *"Es el aprendizaje basado en las emociones y las experiencias el que produce el niño más inteligente y con un comportamiento más adaptado!"* (Greenspan).

Trattandosi di autismo, tutto quanto ricordato è ben comprensibile proprio perché lo sviluppo cognitivo (prerequisito) segue sempre quello legato alla sfera emotivo-affettiva basata su:

- ~~///~~ senso di sé
- ~~///~~ senso di valere
- ~~///~~ autoriconoscimento
- ~~///~~ sviluppo delle capacità relazionali
- ~~///~~ acquisizione del feed-back.

È stato anche sottolineato come:

- ~~///~~ la crescita dell'attenzione
- ~~///~~ l'autoidentificazione
- ~~///~~ l'autovalorizzazione
- ~~///~~ lo sviluppo della volontà

rispecchino, prima di tutto, un buon funzionamento affettivo inteso come: relazione con il sé (Io ideale) e relazione con gli altri (socializzazione).

Nell'autismo, quando qualche ricercatore parla di deficit o di handicap o di *"anolalia qualitativa"* o di *"stile cognitivo diverso"*, in realtà tiene conto delle difficoltà che gli educatori trovano nel lavorare con questi bambini, che in precedenza non hanno seguito una terapia relazionale o una psicoterapia, capaci di sviluppare l'attività affettiva.

Molte volte ci troviamo di fronte a casi di autistici che hanno ripreso il cammino dello sviluppo grazie ad una maestra particolarmente attenta alla relazione; ancor più spesso rileviamo interventi "cognitivi" che contemplano modalità ed attitudini (mano sulla spalla, contatto fisico con l'educatore, partecipazione in attività arricchite da una certa "intimità") spiccatamente affettive.

Gli affetti rappresentano il *mondo dei valori* (come dice Zazzo) ed il bambino autistico deve sviluppare la propria identità ed una sicura autostima per aprirsi al cognitivo, perché non può raggiungere la persistenza degli oggetti (gli esterni ed il sé) e neppure la loro significazione (che ne richiede l'interiorizzazione).

Il nostro lavoro terapeutico ha potuto evidenziare come ogni quadro sindromico, oltre a presentare caratteristiche specifiche di funzionamento mentale, richieda un intervento terapeutico preciso ed appropriato, oltre che individualizzato ed anche un intervento educativo non può essere globale e/o unico, ma deve rispecchiare ed adeguarsi ai processi mentali, alle caratteristiche che ogni funzionamento mentale richiede specificamente.

Le osservazioni più recenti hanno messo in evidenza come per affrontare il problema dell'autismo nel suo complesso teorico-pratico, ma soprattutto per avere una visione che miri non solo alla riabilitazione funzionale, ma alla cura, si debba strutturare un intervento globale e multi-disciplinare nel quale anche il

soggetto deve assumere un ruolo privilegiato ed attivo proprio perché non ci può essere cura se non attraverso l'autovalorizzazione e l'autogestione.

BIBLIOGRAFIA

- Aberastury, A. – Knobel, M.: La adolescencia normal. Paidos, 1991.
- Aberastury, A.: Aportaciones al psicoanálisis de niños. Paidos, 1991.
- American Psychiatric Association: Diagnostic and statistical manual of mental disorders. DSM IV. Washington, 1994.
- Bettelheim, B.: Ferite simboliche. Bompiani, 1996.
- Bettelheim, B.: Un genitore quasi perfetto. Feltrinelli Editore, 1987.
- Bion, W.R. : Elementos de psicoanálisis. Ediciones Horme, 1988.
- Guareschi Cazzullo, A. – Lenti, C.: Neuropsicofarmacologia clinica in età pediatrica. Masson, 1996.
- Guareschi Cazzullo, A. et al.: Neurologia e psichiatria dello sviluppo. McGraw-Hill, 1998.
- Guareschi Cazzullo, A. et al.: Processi mentali in età evolutiva. Franco Angeli, 1995
- International Classification of Functioning and Disability - Classificazione internazionale del funzionamento e delle disabilità – ICF-2: World Health Organization, 1999.
- International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems - ICD-10, : World Health Organization, 1994.
- Klein, M. : Principios del análisis infantil. Paidos, Buenos Aires, 1986.
- Klein, M.: Psicoanálisis de las perturbaciones psicológicas. Paidos, Buenos Aires, 1985.
- Kumin, I.: Relazionalità pre-oggettuale. Edizioni Borla, 1999.
- Mahler, M.S. et al.: La nascita psicologica del bambino. Bollati Boringhieri, 1978
- Popper, K.R. – Eccles, J.C.: L'io e il suo cervello. Vol.1-2. Armando Editore, 1981.