

AUTISMO: criteri diagnostici e principi per una terapia ed una riabilitazione olistica.

Romeo Lucioni

Sintomatologia, eziopatogenesi e terapia.

Analizzando il quadro sintomatologico riferito alle varie sindromi caratterizzate da *disturbo dello sviluppo psico-mentale*, viene da chiedersi quanto siano importanti:

- ☞ la sintomatologia per chiarire la diagnosi;
- ☞ l'eziopatogenesi per immaginare le cause dei sintomi;
- ☞ la terapia necessaria e improrogabile dato che sempre c'è molto poco tempo per cercare di superare le problematiche e, quindi, reimmettere il bambino nel cammino dello sviluppo sia psichico (emotivo-affettivo) che mentale (cognitivo-intellettuale).

Tenendo conto delle osservazioni di J.Lacan in *“La direzione della cura”*, che portano a far dire che alla psicoanalisi non interessa la *causa* (punto nodale, invece, per i behavioristi) quanto invece l'intervento terapeutico nel quale si sciolgono tutti i dubbi. Se questo, in linea di massima, è certamente etico (e la psicoanalisi è una scienza fondamentalmente etica) restano però molti dubbi da risolvere quando dobbiamo affrontare i disturbi dello sviluppo.

☞ La psicoanalisi basa le sue teorizzazioni (i *postulati* che però Freud dice che devono essere fondati sull'osservazione clinica) sull'origine traumatica dei sintomi o, meglio, sul problema del conflitto. Proprio per questo si sono create molte discussioni e si sono commessi molti errori quando si è colpevolizzata la cosiddetta *madre frigorifero*.

☞ La rielaborazione teorico-pratica della Sindrome di Kanner ha portato a evidenziare il problema nelle alterazioni dei processi dello sviluppo che, per altro, essendo così precoci (intorno ai due anni), non possono ancora essere riferiti totalmente né alla organizzazione psichica, né alla struttura neuro-biologica. Parliamo di disturbi che derivano da un complicato intreccio tra organizzazione che sono in via di maturazione:

- ?? quella psichica che deve affrontare le problematiche emotivo-affettive (che apriranno poi al campo razionale, simbolico e linguistico);
- ?? quelle neurologiche che riguardano il cervello che, come evidenziato da A.Damasio, solo intorno ai due anni completa la mielinizzazione delle strutture corticali frontali e pre-frontali.

☞ Su queste osservazioni si basano alcune considerazioni che portano a chiedersi se questi bambini siano o no delle *persone*, proprio perché non parlano (la psicoanalisi dice che ogni essere è un essere di linguaggio) e dimostrano notevoli deficit dell'organizzazione della coscienza, del sistema rappresentazionale, del pensiero e delle capacità analitico-deduttive (teoria della mente).

☞ L'approccio ai disturbi dello sviluppo porta inevitabilmente se non a chiedersi sulla eziopatogenesi, sicuramente sì sulla questione prognostica: un bambino bloccato nel suo sviluppo psico-mentale può tornare a crescere? Si possono superare dei sintomi così gravi?

Seppure non sia ancora possibile dare una risposta definitiva si può sicuramente affermare che i miglioramenti (anche rilevanti) sono raggiungibili. Certamente l'intervento terapeutico deve essere il più precoce possibile (dopo i 9-10 anni la

plasticità cerebrale è molto ridotta), deve basarsi su modalità sperimentate e validate su scale precise e sugli outcome, deve essere applicata da specialisti che ricevono una formazione ed un aggiornamento continui, deve ricevere l'appoggio dei genitori (devono poter partecipare non solo ai trattamenti, ma anche alle valutazioni).

☞ Se i bambini trattati possono evolversi è evidente che le loro potenzialità erano state solo bloccate e, quindi, che i disturbi non sono legati ad una struttura (lesione cerebrale), ma ad un funzionamento disarmonico.

☞ Fra i tanti, possiamo prendere in considerazione il tema dell'ansia libera e delle crisi emotive che, per lo più, accompagnano tutti i quadri del disordine dello sviluppo.

- a) **nell'autistico** le crisi di angoscia ed anche di terrore sono imponenti, ma si caratterizzano per essere scatenate dai cambiamenti:
 - ? quando si spostano gli oggetti dal loro posto abituale;
 - ? se si avvicina qualcuno superando un limite, una distanza di sicurezza;
 - ? se il contatto è diretto perché se tra lui e l'altro c'è un vetro la crisi non si scatena ed anzi può esprimersi con un "particolare sorriso";
- b) **nell'x-fragile e nell'ACC** (agenesia del corpo calloso) è l'emotività libera che domina, così basta un qualsiasi stimolo, anche insignificante, che si scatena la crisi. Questa ha caratteristiche particolari in quanto evolve nel piano corporeo: si determina scialorrea, rinorrea, lacrimazione, tachicardia e, a volte, discontrollo delle urine e delle feci;
- c) **nella sindrome di Joubert**, caratterizzata da agenesia del verme del cervelletto, il bambino non reagisce agli stimoli nocicettivi, si invece all'allegria, alla felicità che determinano risposte motorie massicce, con ipertono e scatti clonici a tutti e quattro gli arti.

Una malattia genetica (x-fragile), una alterazione del S.N.C. (sindrome di Joubert), un disturbo dello sviluppo (autismo di Kanner) presentano risposte emotive caratteristiche, ma tanto diverse tra loro.

L'x-fragile e l'ACC sembrano le forme più particolari perché l'incontinenza emotiva invade le strutture viscerali, in maniera intensa ed incontrollabile. Sembra che l'impossibilità di elaborare la tensione sul piano psichico induca una riverberazione sul soma (forse per l'azione dell'ipotalamo), tanto forte da non poter essere controllata. Ma come si lega questa sintomatologia all'alterazione genetica? Sicuramente non si tratta di una alterazione anatomica perché l'intervento terapeutico (psicoterapia relazionale E.I.T.) riesce a far superare il problema e l'emotività torna ad essere modulabile e controllabile.

Anche nell'autismo le crisi emotive migliorano e spariscono con la terapia e nella sindrome di Joubert l'autocontrollo si instaura con lunghe ore di terapia relazionale e comportamentale.

☞ Tornando al problema del soggetto, possiamo dunque dire che anche l'autistico ha le potenzialità (così come tutti i bambini affetti da disturbo dello sviluppo) di auto-identificarsi e di produrre la soggettivazione. È necessaria una terapia adeguata ed un programma riabilitativo capace di fargli ripercorrere tutti i passaggi obbligati per ricompattare le strutture difensive dell'Io e, soprattutto, di immetterlo in quella spirale affettivo-relazionale che fonda i suoi principi nello sviluppo della funzione del Nome del Padre. Bisogna che qualcuno cominci a credere nella sua diversità perché, come diceva Lacan, "... perché una parola sia valida è necessario che qualcuno creda in essa".

La psicoanalisi si struttura come metodo senza ipotesi e si organizza sulla base del transfert e del linguaggio, per questo non può applicarsi nella cura dell'autismo, ciò nonostante la struttura teorica più nuova e innovativa della psicodinamica e della stessa psicoanalisi diventano essenziali per capire ciò che succede nei meandri della mente anche quando questa si sta sviluppando, si trova ancora nello stadio dell'organizzazione.

Proprio per questo abbiamo continuato a lavorare sulla base dell'osservazione clinica e teorizzando sugli elementi concreti della prassi; in questo modo l'enumerazione dei sintomi e le domande sull'eziopatogenesi perdono valore, ma è la terapia, il trattamento, il creare uno spazio-luogo dove il soggetto-autistico possa trovare o ri-trovare sue parti perché il suo terapeuta-Io-ausiliario le faccia proprie e lo possa aiutare a conquistare la sua crescita, il suo linguaggio, il suo futuro di persona libera, sociale e con pari opportunità come tutti i suoi coetanei.

Autismo, sintomatologia e diagnosi differenziale.

La critica che da più parti viene portata ai criteri di immissione stabiliti nel DSM III e IV si riferisce soprattutto al fatto che la limitazione dei sintomi in esame, che sono poi anche troppo generici ed indifferenziati, apre così tanto la forbice che praticamente trovano accesso anche sindromi che poco hanno a che fare con la sindrome di Kanner. Questa situazione ha anche indotto alcuni ricercatori a proporre di non parlare più di autismo come sindrome a se stante, ma di *sintomo autistici* o di *spettro autistico*.

Queste modalità classificatorie hanno portato a registrare un sempre maggior numero di bambini con sintomo autistici che, presi come soggetti portatori, hanno alterato tanto le rilevazioni statistiche che vengono riferite variazioni del dato tradizionale di 4-5 su 10.000 nati, al rilevamento di 1 su 500/1000 nati. In questo quadro entrano anche i casi di ipersensibilità alla caseina e/o al glutine, da intossicazioni di alluminio e di mercurio (comunemente usato per conservare i vaccini).

Il disordine classificatorio è ormai tanto grande che nessuno crede alle statistiche ed ogni scuola di una certa importanza ha stilato proprie scale di valutazione (criteri di immissione) che, tra l'altro, servono anche per misurare gli indici di miglioramento per una od altra applicazione terapeutica.

Nel cercare più chiarezza al tema abbiamo cercato di mettere a confronto il quadro sintomatologico stilato sui casi di intossicazione da mercurio con quello che è stato predisposto nel modello terapeutico relazionale E.I.T..

QUADRO SINTOMATOLOGICO

riferito ai casi di intossicazione da mercurio
in generale:

- ritardo dello sviluppo;
- riduzione del QI

in particolare:

- attività epilettiforme;
- difficoltà di linguaggio;
- “ per le idee astratte;
- “ per comprendere comandi complessi;
- tendenza a ritirarsi (regressione autistica?);
- comportamenti ossessivo-compulsivi;
- deficit di attenzione;

- /// difficoltà nell'apprendimento;
- /// disturbi comportamentali

QUADRO SINTOMATOLOGICO

Riferito all'autismo e stilato in base alla "AUTISM E.I.T. TREATMENT: outcome checklist":

in generale:

- /// inadeguato sistema rappresentazionale (personalistico, non condivisibile);
- /// incontinenza emotiva con crisi di angoscia e di terrore;
- /// siderazione affettiva (mancanza di valori riferiti a sé e agli altri);
- /// deficit della teoria della mente;
- /// mancata organizzazione della coscienza di sé e della realtà;
- /// inadeguato sviluppo del pensiero (domina il pensiero concreto)

in particolare:

- /// egocentrismo e onnipotenza distruttiva;
- /// forclusione del Nome del Padre

disordini psicomotori:

- /// ridotto sviluppo della coordinazione semplice e complessa;
- /// difficoltà nel selezionare ed individuare il significato degli stimoli che vengono riferiti ad una organizzazione personalistica di senso.

La complessità del quadro psicopatologico della sindrome di Kanner giustifica appieno la specificazione diagnostica di **disturbo pervasivo dello sviluppo psico-mentale** che implica la compromissione della maggior parte delle funzioni emotivo-affettive (psico) e cognitivo-intellettive (mentale).

Da queste osservazioni basate sull'osservazione clinico-terapeutica possiamo dedurre che vanno differenziati nettamente dall'**autismo autistico (sindrome di Kanner)** le seguenti sindromi psico-neuro-biologiche:

- ?? ADD e ADHD;
- ?? di Asperger;
- ?? X-fragile;
- ?? ACC (agenesia del corpo calloso);
- ?? psicosi simbiotica (Mahler);
- ?? di Down;
- ?? sindromi regressive non autistiche;
- ?? di Joubert (disgenesia del verme del cervelletto);
- ?? insufficienza mentale idiomatica;
- ?? sindromi epilettiche;
- ?? di Angelman;
- ?? sindromi da ipersensibilità al glutine e/o alla caseina;
- ?? sindromi da intossicazione di alluminio e/o da mercurio

che sono caratterizzate da segni biologici e psico-fisici (che accompagnano anche alterazioni genetiche specifiche) ben determinati e che proprio poco hanno a che fare con l'autismo letto come sindrome di Kanner.

Questa differenziazione è, per noi, di straordinaria importanza perché implica modelli terapeutico-riabilitativi completamente diversi e, quindi, se mal applicati potrebbero portare grande danno ai bambini che, al contrario, richiedono di interventi precoci e precisi dal momento che risulta sempre ridotto il tempo per il recupero funzionale e globale, ma, soprattutto, per attivare l'inserimento e l'integrazione sociale.

CLASSIFICAZIONE DELL' AUTISMO

La nostra esperienza, nel "*Centro per il trattamento dell'autismo e delle sindromi regressive*", ci permette di redigere una classificazione che cerca di mettere ordine nella confusione creata dalla denominazione "spettro autistico".

Così riconosciamo:

- ??autismo di Kanner; ..
- ??autismo ipercinetico;
- ??autismo di Asperger -sindrome borderline,;
- ??blocco psichico non autistico.

Seguendo questo schema possiamo affermare che l'autismo di Kanner non è aumentato e, al contrario, ogni giorno sono più numerosi i casi di "blocco psichico."

Il Dott. Carlos Alberto Cilento, argentino che attualmente lavora in Messico, riconosce anche una forma di autismo regressivo che credo possa essere associato al blocco psichico, ma ho dei dubbi perché riteniamo che la parola "regressivo" sia sinonimo di:

- ??egocentrismo;
- ??senso di onnipotenza.

Invece nell'individualizzazione del blocco psichico troviamo:

- ??riduzione delle espressioni psicomotoria;
- ??opposizione ai desideri dei genitori e dei maestri;
- ??paura della figura paterna;
- ??attaccamento esagerato alla figura materna;
- ??rifiuto a studiare;
- ??mutismo elettivo.

L'autismo regressivo non fa parte di una classificazione formale, e piuttosto una definizione apportata dal Dott. Carlos Alberto Cilento che, sulla base della propria esperienza e sul tentativo di chiarire il disordine indotto dalla denominazione "spettro autistico", propone questa classificazione:

- ??disturbo autistico classico: di Kanner .
- ??autismo regressivo: con sviluppo normale fino ai 18 mesi, perdita graduale del
 - ??linguaggio e della comunicazione; apparizione di condotte ripetitive.
 - ??autismo di alto funzionamento: buono sviluppo del linguaggio con alcune
 - ??ecolalie e conservazione di manierismi motori e/o attività stereotipate.
- ??sindrome di Asperger: non è un quadro di autismo. ..conserva solo tratti nelle
 - ??tre aree specifiche, comunicazione, interazione sociale e condotte ripetitive.

Ci sono molti genitori angosciati perché ai loro figli è stato diagnosticato un TGD (disturbo generalizzato dello sviluppo) ed anche un autismo lieve o moderato.

IL TGD-lieve potrebbe essere sovrapponibile all'autismo regressivo, per la difficoltà nel gioco, la difficoltà nelle relazioni interpersonali, e le espressioni emotive.

C'è anche una denominazione TGD-NE che equivale a "disturbo dello sviluppo non specificato" che potrebbe anche lui essere sovrapposto all'Autismo regressivo perché presenta:

- ?? labilità dello sviluppo del linguaggio;
- ?? ricerca di comunicazioni alternative; ,

?? scarsa organizzazione del gioco simbolico e/o di gruppo;
?? buona intelligenza pratica;
?? isolamento dal mondo (come gli autistici), ma nelle proprie idee e nei propri
?? interessi.

Si parla anche di Disturbo Disintegrativo Infantile, ma questo criterio diagnostico non viene più usato dai professionisti.

Come si può osservare da questi raffronti, le difficoltà classificatorie, anche quando ci si trova di fronte a professionisti che la pensano in modo analogo, diventano importanti e credo perché se ci si limita ad una osservazione delle espressioni fenomenologiche si entra in una varietà tanto grande e ricca di sfumature che non si riesce più a distinguere l'importante dal superficiale.

Nel nostro centro di Cislago, la classificazione viene fatta tenendo conto dei meccanismi mentali che sottendono alle diverse forme sindromiche e, in questo modo, risulta più semplice determinare le linee di inclusioni.

Nell'autismo di Kanner non si sono ancora formati gli oggetti interni ed esterni per cui si osservano le difficoltà di comprensione e di adeguamento ad un sistema interpretazionale condiviso; la coscienza non è sviluppata ed il pensiero è ridotto a meccanismi concreti, non potendo raggiungere il livello simbolico.

Nell'autismo ipercinetico la tappa degli oggetti è stata raggiunta, ma il bambino non sa come utilizzarli e sviluppa un meccanismo di ipercinesia motoria che lo rassicura di fronte alle angosce derivate dalle sensazioni di inferiorità e di incapacità.

Nella sindrome di Asperger lo sviluppo psico-mentale è raggiunto; il problema sta nel rapporto con l'oggetto genitoriale per il quale non potendo fare una scelta e, quindi, organizzare una auto-identificazione, il soggetto si trova un costante dilemma e non riesce più a scegliere.

Il blocco psico-mentale deriva da difficoltà di identificazione che inducono una paura di crescere e di imporre la propria figura; deriva un meccanismo di blocco che libera dall'angoscia di doversi confrontare o rapportare con gli altri (anche con i genitori).

DISTURBO PERVASIVO DELLO SVILUPPO PSICO-MENTALE

La diagnosi di autismo o di disturbo pervasivo dello sviluppo viene ancora presentato come un problema da risolvere, a causa della confusione che è stata determinata da dichiarazioni o prese di posizione che spesso sorprendono.

I maggiori problemi sono derivati da tre fattori:

- a) aver privilegiato la scelta del criterio diagnostico sulla base del DSM IV che, avendo limitato a quattro gli items fondamentali ha permesso di allargare enormemente la forbice facilitando l'inclusione di molte sindromi che non avevano nessun motivo di figurare nell'ambito dell'autismo;
- b) pensare che non si potesse più parlare di "sindrome autistica", ma che sarebbe stato meglio enumerare i sintomi che in maggior o minor misura possono essere riferibili a "disturbi autistici" anche se presenti in diverse altre malattie, senza neppure considerare se queste fossero di natura genetica, neurologica, familiare, ecc. ecc;
- c) creare una nuova definizione "spettro autistico" nel quale far confluire tutte le sindromi che, in base ad alcuni sintomi, potessero essere riferibili ad un disturbo dello sviluppo psico-mentale;

d) non sviluppare la denominazione “disturbo pervasivo dello sviluppo psico-mentale” che, in realtà, è ancora forse la migliore proposta.

Con questa premessa, diventa più accettabile tornare a parlare di autismo, di sindrome autistica, di autismo di Kanner, di autismo primario, di autismo autistico, dato che sono tutte denominazioni utilizzate da diverse scuole o da diversi centri di trattamento sulla base delle osservazioni cliniche e, soprattutto, della pratica terapeutica.

Pur tenendo conto di queste considerazioni, resta ancora difficile per uno psicologo, un psico-analista o un neuropsichiatra infantile fare diagnosi di autismo senza avere specializzazione ed esperienza. Proprio per cercare di rendere più facile il compito a questi professionisti stiamo cercando di produrre prospetti schematici, ma rigorosi, capaci di non lasciare dubbi e, quindi, di poter avviare un bambino con dei problemi dello sviluppo verso la migliore soluzione per lui e per le famiglie.

Di fronte ad un bambino appena sopra i due anni che dimostra problemi di comportamento e di crescita psico-affettiva e psico-cognitiva possiamo chiederci se si tratta di autismo, ma, in questo caso, dobbiamo osservare e raccogliere dati importanti per la discriminazione.

Le linee generali per l’approccio con bambini, sospetti portatori di “*disturbo pervasivo dello sviluppo psico-mentale*” si basano su:

?? valutazione attenta del caso effettuata con:

- /// raccolta dei dati per una anamnesi remota ed attuale;
- /// osservazione del comportamento;
- /// considerazioni sui meccanismi mentali che sottendono agli atteggiamenti ed alle attività;
- /// enumerazione precisa dei segni psico-patologici;

?? formulazione di una ipotesi per la spiegazione dei problemi presentati dal paziente e, quindi, per tracciare un progetto di intervento;

?? elaborazione di un programma terapeutico e riabilitativo per un recupero funzionale, globale ed olistico;

?? attivazione il più rapida possibile del programma riabilitativo per poter confermare le ipotesi ed, eventualmente, tracciare nuove linee guida per l’intervento;

?? applicazioni di scale specifiche per la valutazione dello stato psico-mentale e, quindi, confermare la diagnosi sulla base di dati concreti;

?? discussione con i genitori su tutte le osservazioni e sui primi risultati ottenuti nell’approccio terapeutico;

?? analisi dei motivi che possono giustificare eventuali rifiuti, battute d’arresto, flessioni dell’attenzione, ecc.

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;

/// 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 stare da solo;
- ?? 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;
- /// problematiche controfobiche nei confronti della madre.

Valutazione del quadro psicopatologico attraverso test e scale di valutazione

Questo momento è particolarmente importante perché non ci sono ancora scale o test capaci di confermare con esattezza la diagnosi di autismo. In ogni scuola ed ogni centro specializzato adottano modelli schematici stilati sulla base della loro esperienza pratica e delle linee teoriche alle quali aderiscono.

In linea di massima, inoltre, vengono usati diversi schemi che per noi sono:

- ??AUTISM E.I.T. TREATMENT outcome checklist (scala di 120 items)
- ??AUTISM behavioral rating list (scala di 63 items)
- ??TYMOLOGY LEARNING APPROACH behavioral rating list scala di 137 items)
- ??HIPPOThERAPY behavioral rating list (scala di 118 items)
- ??TINV - Test di intelligenza non verbale (presenta 6 aree di indagine).

Bisogna ricordare che:

- /// i comportamenti ripetitivi sono per lo più riferibili ad un modello utile al soggetto per cercare di contenere le tensioni emotive e le angosce. La

ripetitività dà una certa sicurezza perché blocca l'ansia dell'attesa, del cambiamento e della perdita. Bloccare l'inizio di una azione serve anche a non prendere decisioni, a non dimostrare la propria iniziativa, evitare il volere e il giudizio dell'Altro che è vissuto come pericoloso e castrante;

- ✂ il non guardare negli occhi può significare sia l'aver paura di mettersi a confronto con l'espressione-giudizio dell'Altro, che il timore di essere indagato, di venir scoperto nel significato degli atteggiamenti oppositivi e/o aggressivi;
- ✂ le problematiche controfobiche possono anche attivarsi nel rapporto con terapisti e ciò rende necessaria una particolare attenzione nelle decisioni operative del trattamento;
- ✂ le tensioni ansiose e di terrore risultano facilmente attivate dalla presenza di persone estranee, da cambiamenti anche minimi del setting, da troppa vicinanza, da richieste operative troppo impegnative sia sul piano affettivo che su quello simbolico;
- ✂ crisi anche violente possono essere indotte da richieste di tipo simbolico (“... fai conto di non essere tu, ma di essere un tuo compagno..”) ed anche da perdite dell'identità come succede nell'uso di maschere o di indumenti non usuali;
- ✂ inutili stimolazioni esterne devono essere evitate perché aumentano le possibilità di crisi.

ATTIVITÀ TERAPEUTICO RIABILITATIVA

È importante ricordare sempre la causa e/o le multipli concomitanze eziopatogenetiche per trarre delle valide guide per la conduzione degli interventi:

- ✂ gli atteggiamenti oppositivi nei confronti della figura maschile;
- ✂ i comportamenti controfobici che involucrano la figura materna;
- ✂ le difficoltà ad iniziare un gesto o una attività per cui bisogna dare la mano o mantenere un certo contatto fisico, anche attraverso un bastone o una corda;
- ✂ la necessità di contenere rapidamente le azioni ripetitive riducendo le tensioni.

L'osservazione attenta del contesto può aiutare a definire le cause della sintomatologia comportamentale e, soprattutto, a comprendere i meccanismi psico-mentali attivati oltre che i modelli di funzionamento raggiunti in rapporto con il sistema rappresentazionale, lo stato di coscienza, le modalità di pensiero, la presenza della funzione Nome del Padre e della partecipazione Super-egoica.

Le considerazioni-deduzioni che derivano dall'osservazione, articolate su ogni caso individuale, permettono di scegliere le migliori strategie terapeutico-riabilitative.

I dati raccolti nell'anamnesi personale e familiare, nell'osservazione clinica e durante le sedute terapeutico-riabilitative, danno valore e contenuto alla psicoterapia relazionale E.I.T. che, quindi, come modello operativo, non si riduce ad una semplice metodologia, ma diventa un procedimento scientifico di trattamento che si arricchisce di contenuti etici e di finalità precise per l'integrazione sociale e per la conquista delle pari opportunità.

Questo modello di intervento non va inteso come una psicoterapia più o meno legata ai fondamenti della psicoanalisi, ma deve essere considerata anche come una attività riabilitativa che tiene conto dei processi di funzionamento neurocerebrale che interessano le emozioni, gli affetti e le attività cognitive,

espressioni dell'integrazione delle attività di: corteccia frontale e pre-frontale; sistema limbico; sistema orto e para-simpatico; cervelletto, sistema immunitario e dei neurotrasmettitori; organizzazione genetica cellulare.

la psico-terapia relazionale (E.I.T.) ha in sé però le potenzialità di:

- ??riattivare lo sviluppo psico-mentale;
- ??contenere le iperattività emotive sincronizzandole e sintonizzandole olisticamente;
- ??potenziare le funzioni timologico-affettive;
- ??accelerare l'integrazione analitico-deduttiva e le funzioni simbolico-razionali per un armonico sviluppo del Sé.

Va ricordato che ogni attività orientata alla riabilitazione ed al recupero deve, prima di tutto, essere in grado di organizzare l'autocontrollo che ha la duplice funzione di:

- ?? eliminare lo stato di stress cronico;
- ?? ripristinare le funzioni di controllo e contenimento delle angosce e dello stato di "terrore" (sintomi tipici nei disordini dello sviluppo);
- ?? produrre quegli stati di calma e serenità indispensabili per l'apprendimento e per sviluppare la creatività;
- ?? attivare quel coordinamento psichico e mentale necessario per potenziare l'attenzione e la memoria procedurale, l'integrazione psico-motoria e psico-somatica, l'attivazione del sistema immunitario, lo sviluppo dell'autostima, dell'autosoddisfazione e delle organizzazioni procedurali del Sé.

Integrazione sociale, sviluppo affettivo, attivazione delle funzioni cognitive e della creatività sono i fondamenti della psicoterapia relazionale e devono essere sempre le linee guida per il superamento di ogni disturbo dello sviluppo psico-mentale.

Non c'è un'altra applicazione clinico-terapeutica che, come quella riferita all'autismo, porti a considerare l'aspetto euristico, vale a dire che la riflessione continua, precisa e ... quasi ossessiva sull'esperienza terapeutica porta a un incessante sforzo per trovare una soluzione dei problemi che affiorano, ai sintomi, ai meccanismi mentali che si strutturano, alle funzioni affettive e cognitive che si organizzano.

Per ogni questione teorica e/o pratica che si risolve, altrettante e ancora di più se ne formano in un continuo rimestamento che coinvolge la relazione e che arricchisce l'esperienza ed i vissuti di entrambi i protagonisti: bambino e terapeuta.

Spunti teorici, esperienze pratiche, idiosincrasie, espressioni gioiose, crisi improvvise, mascheramenti, egocentrismi fanno parte di quel "delizioso mosaico" che una mente lucida come quella di F.S. Perls, aveva preconizzato per una psicoterapia seria (oltre che, naturalmente, per quella gestaltica).

Edoardo Giusti dice che Perls, con la sua "spensierata vivacità", ha insegnato ad essere coraggiosi in psicoterapia e a sostenere in pieno le indicazioni creative. Questo si avvera del tutto nella psicoterapia dell'autismo dove ogni giorno ci aspetta una sfida, ogni parola "concretamente" un lanciare un ponte d'amore (come dice G. Andreis), ogni esperienza equivale alla classica ciliegina necessaria per completare una bella costruzione mentale o un fantastico percorso esperienziale.

Non esiste altra esperienza terapeutica nella quale transfert e controtransfert si intreccino continuamente proprio perché il bambino autistico non usa mezze

misure, per cui ti coinvolge, ti sfida, ti aggredisce. Ti ama e ti odia, ma anche ... ti apprezza, gioisce di te, vive il desiderio del terapeuta in entrambi i sensi possibili.

Un aspetto significativo nella terapia dell'autismo è il legame con i genitori che, anche se spesso può risultare difficile, sconcertante e/o frustrante, nella maggior parte dei casi è improntato a collaborazione, a intesa, a fiducia e, più di ogni altra cosa, a sorpresa per tutte le valenze emotivo-affettive che vanno emergendo, per le scoperte sui meccanismi psicodinamici che vengono loro spiegati, per quella continua interferenza tra speranza e disperazione che domina sino al momento nel quale il loro bambino si apre nuovamente alla crescita, alla ripresa, al recupero e ... allo stare con noi!

Angosce, speranze assopite, sorrisi, risvegli, baruffe sull'interpretazione dei fatti, parole facili da accettare, ma difficili da assimilare richiedono un continuo interscambio di opinioni, di informazioni, di aperture verso nuove soluzioni, cambiamenti e, soprattutto, nel senso che il bambino deve via via essere considerato non un handicappato, ma una persona con diversità o disabilità che vanno rispettate e, molto spesso, cambiate per permettere una valida e sempre più significativa integrazione sociale.