

FATTORI CHE INFLUENZANO O DETERMINANO ESPRESSIONI PSICOPATOLOGICHE AUTISTICHE

Romeo Lucioni

Rileggendo le “storie” di tanti bambini autistici, notiamo che il “blocco dello sviluppo psicomentale” non è primitivo, ma interviene dopo un primo periodo di 15-25 mesi di “normalità”.

Il bambino (tragicamente quasi sempre un maschio) aveva cominciato a camminare, a dire le prime parole, a stare tranquillamente con i suoi amichetti, successivamente: non guarda più negli occhi, sembra indifferente a tutti i richiami, passa ore ed ore ripetendo un gesto o giocherellando con le dita o con qualche piccolo oggetto, si spaventa per un nonnulla.

Di fronte a questo quadro, ci poniamo delle domande che spesso ancora restano senza risposta, ma devono spingerci, se vogliamo cominciare a “capire l'autismo”, a considerarlo da molti punti di vista.

Si dice che ogni autistico è diverso da tutti gli altri. Nessuna persona “normale” è uguale ad un'altra, ma per fare dei confronti aggiungiamo un aggettivo che specifica e che raggruppa. Nella multicausalità dobbiamo scegliere di cosa vogliamo parlare perché se qualche “sintomo autistico” viene inteso come sinonimo di autismo arriviamo solo a poter dire che l'autismo non esiste come quadro nosografico.

Chiariamo subito:

1. Tutti i quadri psicopatologici riferibili a: sindrome di Down, X-fragile, Ret, Engelman, Kabuky, **non sono autistici**.
2. Se la storia clinica riporta sofferenza cerebrale, epilessia, insufficienza mentale, **non sono autistici**.
3. Se si arriva a determinare un mal funzionamento gastrointestinale per ipersensibilità (glutine), **non sono autistici**.

Dire “non sono autistici” non è una semplice affermazione, ma il risultato del rispetto per l'osservazione clinica che vuole salvaguardare il diritto degli autistici (quelli veri) di ricevere subito il trattamento che li può fare uscire dal “baratro”, senza il rischio di perdere tempo di fronte alle mete che lo aspettano: l'educazione e la socializzazione, l'ingresso nella scuola, l'inesorabilità dell'età oltre la quale è preclusa la plasticità cerebrale e, quindi, lo sviluppo del linguaggio.

Il dire “non sono autistici” è:

- ?? rispettare la specificità degli altri quadri psicopatologici che, da una chiarezza diagnostica, traggono sicuramente enormi vantaggi poiché, in questo modo, potrebbero essere più chiaramente inquadrati ed approfonditi i problemi propri di ciascuna sindrome;
- ?? obbligare a “studiare” con maggior profondità e precisione che cosa significhi invece ESSERE AUTISTICI e, quindi, poter affrontare tutte le problematiche che questa diagnosi mette in evidenza.

Dalla nostra esperienza possiamo trarre che:

- ?? un Kabuky può essere veramente aiutato a recuperare funzioni cognitive che sembrerebbero perdute;
- ?? un Down può ricevere il supporto adeguato per superare le sue limitazioni regressive che aiutano a strutturare un falso sé e la spinta ad un isolamento difensivo.

Chiarito il punto nosografico affrontiamo quello nosologico.

Per AUTISMO intendiamo un *disturbo* (non una malattia) che altera e blocca il normale sviluppo psico-mentale del bambino.

Senza poter accogliere completamente le conclusioni di M.Mahler che ha preconizzato un *autismo normale* accanto ad un *autismo patologico*, espressione di un particolare momento dell'evoluzione, possiamo però considerare l'autismo un "problema" che investe i primi anni di vita, cioè qualcosa che interferisce con il processo di formazione dello psichismo o, in altre parole, con l'*umanizzazione* del bambino.

La definizione di autismo prevede alcuni sintomi precisi che oggi (DSM IV; ICD 10) vengono evidenziati in quattro aree:

- isolamento affettivo;
- difficoltà di socializzazione;
- disturbi del linguaggio;
- comportamenti inadeguati.

Queste precisazioni diagnostiche si fermano ad una osservazione fenomenologica che non permette di fare chiarezza sul "quadro autistico" poiché non considera la psicodinamica, le motivazioni profonde, i meccanismi mentali e la struttura psico-mentale di questi pazienti.

Per fare una diagnosi bisogna sempre tenere conto che:

- ?? **l'incontinenza emotiva**, responsabile delle crisi di angoscia e di terrore, è un segno caratteristico che deve essere messo in relazione con l'inadeguatezza delle strutture adattive dell'Io derivata da una immaturità dei sistemi funzionali che regolano l'equilibrio tra le strutture che sottendono all'emotività e quelle della affettività;
- ?? **la siderazione affettiva** riguarda prima di tutto il Sé, non supportato dalle valenze dell'auto-riconoscimento, valorizzazione, soddisfazione. Con questo si può dire che nell'autistico non si è sviluppata la *coscienza* (di sé e degli altri) che è il fondamento per poter affrontare con sicurezza e senso di verità gli oggetti della realtà e gli oggetti interni (ci troviamo di fronte a oggetti parziali che generano angoscia);
- ?? **i disturbi comportamentali** hanno sempre una spiegazione, se letti in chiave psicodinamica: le espressioni ripetitivo-coatte rappresentano la necessità di strutturare (con la ripetitività) un minimo di "certezza percettiva" che permette al soggetto di sentirsi sempre uguale e non mutevole e, quindi, sull'orlo di "sparire"; anche il *rifiuto a fare* si ricollega al fatto che ogni atto o gesto porta con sé un "cambiamento" che un autistico non può sopportare proprio perché comporterebbe (ancora una volta) uno "sparire", cioè svanire nel nulla. L'angoscia e il terrore giustificano quindi i comportamenti violenti di rifiuto e di opposizione oltre che l'atteggiamento che porta all'isolamento ed anche alle risposte aggressive di autodifesa;
- ?? **i disturbi del linguaggio** sono ancora forse poco studiati e devono essere visti sia come

- *disturbi prassici* della formazione della parola,
che come:

- difficoltà derivate dal significato relazionale e sociale della comunicazione che giustifica la “chiusura autistica” che comprende anche il canale verbale.

Spesso un autistico si esprime con frasi compiute (anche se semplici) che poi non ripeterà più, ma che ci fanno pensare che il modello della parola non è impossibile. Resta comunque il fatto che il soggetto capisce tutto ciò che gli diciamo (ordini, ammonimenti, suggerimenti), ma non può esprimerlo a sua volta;

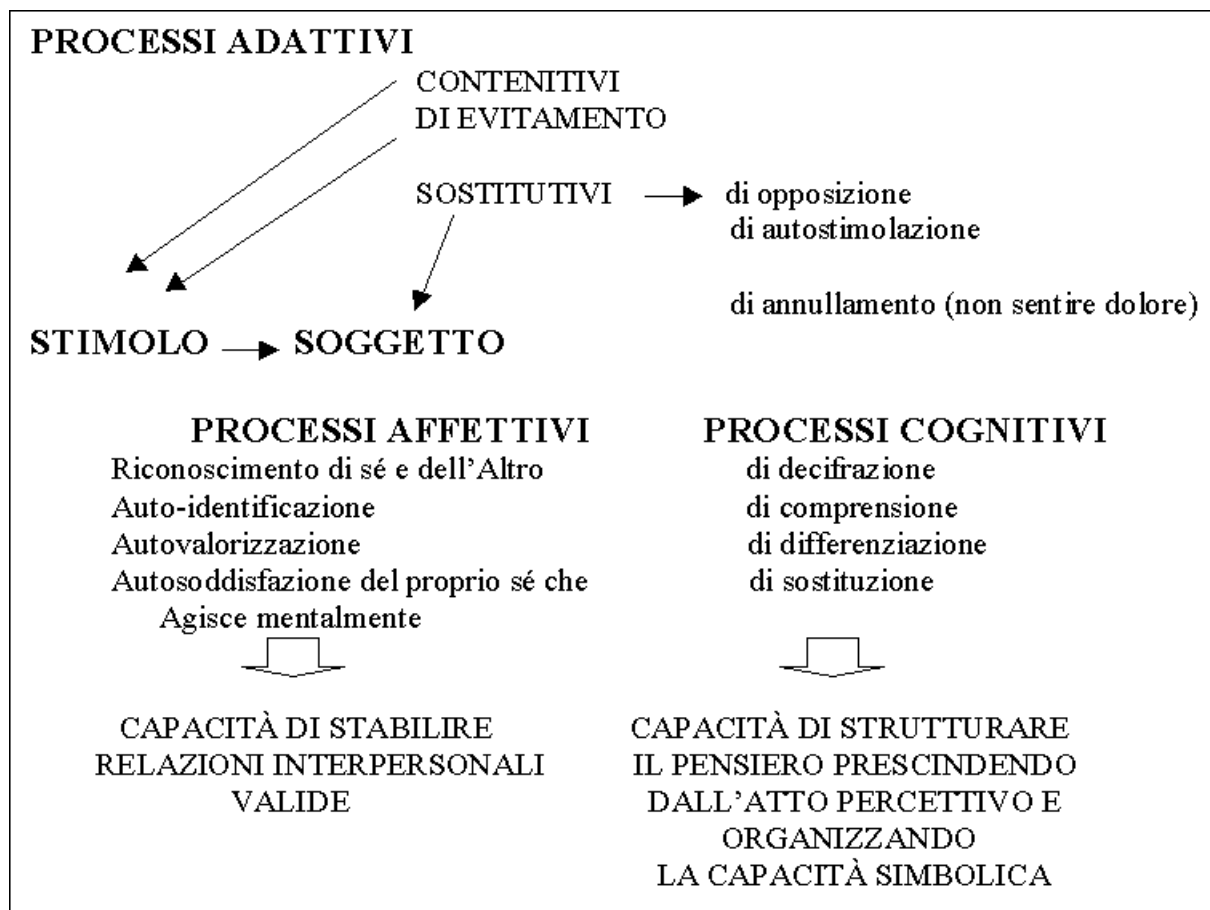
?? **i comportamenti controfobici** sono sostenuti sicuramente da un funzionamento mentale e cognitivo articolato e complesso che, tuttavia, non è in grado di supportare una consequenzialità cognitivo-interpretativa capace di motivare e guidare a “comportamenti adeguati”.

Questi brevi considerazioni ci fanno pensare a delle “motivazioni” che spingono all’isolamento autistico, quasi che il “fenomeno” si strutturi come reazione a delle situazioni che, vissute senza traumi sino ai 15-25 mesi, si trasformano invece in traumatiche, quando la strutturazione anatomica e funzionale raggiunge la maturità o l’integrazione che dovrebbe risultare definitiva (A.Damasio).

L’autistico, chiuso nella sua realtà psico-affettiva, ma anche anatomico-funzionale, non può utilizzare le esperienze perché:

- la vicinanza dell’Altro determina una “valanga emotiva” che preclude un approccio sereno e, quindi, la possibilità di vivere, analizzare e capire non solo la realtà, ma anche i propri vissuti e quanto l’Altro vuole o cerca di comunicare;
- quando è isolato, per lo più struttura modalità comportamentali ripetitive ed ossessive (il cui significato si dimensiona tra l’autostimolazione e la “fissazione” su qualcosa che possa definirsi e realizzarsi come “certezza”) che, se da un lato generano “tranquillità”, per altro isolano dal mondo e dalla realtà che dovrebbe fungere da “legante” ed aprire al piacere assimilativo.

Il blocco dello sviluppo psico-mentale porta a impossibilità di strutturare le funzioni adattive dell’ Io che possono essere così illustrate:



Funzionamenti adattivi arcaici:

- ?? negazione
- ?? svalorizzazione
- ?? narcisismo primario
- ?? ipervalorizzazione paranoide = falso sé
- ?? ripetitività

Funzionamenti adattivi maturi che derivano da una valida autocoscienza e da una coscienza degli oggetti fondate sul “senso di realtà”:

?? strutturazione dell' Io-ideale

?? narcisismo secondario

e che si sviluppano con l'aiuto di:

- processi di legame affettivo messi in atto dai genitori attraverso un *oggetto genitoriale* sufficientemente valido;
- buone stimolazioni emotivo-affettive che rispettano anche i tempi ed i modelli del bambino: non solo il dare e ricevere (proposto da Grinspan), ma anche altri legati alle figure di riferimento;
- legami affettivi di libertà-stimolo capaci di supportare e accrescere un senso di potere, l'identificazione di un sé nell' Io-ideale, la formattazione di un “Nome del Padre” in cui rispecchiarsi e riconoscersi;
- partecipazione alla vita sociale e di relazione;
- stimolazioni alternative e multiple eseguite a diversa distanza con l'inserimento di un “oggetto spazio” (bastone o corda).

Queste linee ci portano a considerare l'autismo come espressione di una mancata strutturazione delle funzioni adattive dell' Io che presuppone, quindi, un Io-debole (vedi aggiunto lo schema riassuntivo delle caratteristiche), ma che ci impongono il quesito su come si mette in moto il blocco dello "Sviluppo Adattivo".

La nostra esperienza ci ha portato a distinguere:

- A. **cause strutturali** che portano alla organizzazione di una REAZIONE AUTISTICA
- B. **cause funzionali** che, al contrario, determinano una REAZIONE PSICOTICA

se la prima è, come abbiamo già delineato sopra, abbastanza ben definibile; la seconda è ancora poco studiata per cui resta nascosta, per così dire, "tra le pieghe dell'autismo".

Troviamo spesso bambini che dimostrano una sintomatologia simile a quella dell'autismo perché presenta:

- manierismi e comportamenti ripetitivo-coatti;
- tendenza all'isolamento;
- reazioni incontrollate senza motivazioni valide e/o sufficienti;
- atteggiamenti distruttivi ed autolesionistici;
- incontinenza emotiva;
- incapacità di mantenere l'attenzione su un oggetto, un compito o una persona;
- inadeguatezza per comprendere o per fissarsi sufficientemente su un'azione o su una attività, anche se ludica.

Questi bambini, la cui sintomatologia compare dopo un certo periodo di sviluppo nella normalità, non sono autistici perché:

- l'incontinenza emotiva non è tanto drammatica da strutturarsi come terrore;
- i disturbi comportamentali si presentano con carattere reattivo e possono essere "calmati" con qualche stratagemma (per es. distrarli o tenerli vicini senza abbracciarli);
- l'isolamento affettivo non è drastico e drammatico, ma anzi spesso sono loro stessi che cercano la vicinanza e la partecipazione;
- qualche oggetto diventa "amico inseparabile" (quasi come la coperta di Linus);
- sono attivi e cercano qualcosa che li occupi senza che debbano intervenire altre persone o compagni;
- la sintomatologia si presenta per lo più in forma di "crisi", per cui spesso vengono fatte diagnosi che riportano la presenza di "aree autistiche", "reazioni autistiche", "nuclei autistici".

Queste considerazioni ci permettono di evidenziare l'aspetto di "reazioni" che, riferendosi a cause funzionali, si delinea come "reazione conflittuale".

Casi clinici:

?? Stefano: nato con una "stenosi dell'esofago" è stato operato nel secondo giorno di vita e tenuto isolato anche dalla madre per quindici giorni che sono stati di pianto disperato e continuo. Dopo un periodo di alcuni anni di "normalità" ha cominciato a sviluppare una sintomatologia diagnosticata in tappe successive come: "autismo", "psicosi infantile", "borderline", "schizofrenia".

A nove anni ha finalmente cominciato una “intensa” psicoterapia relazionale che, nel giro di tre anni, lo ha portato a sviluppare enormemente le sue capacità mentali e ad avere una vita accettabile anche sul piano della socializzazione.

?? Luca: nato di 3.800 gr da parto eutocico, ha presentato la sera stessa una crisi convulsiva generalizzata. Sottoposto per due anni a interventi strumentali a scopo diagnostico, ha ricevuto, sin dai primi mesi di vita, una fisioterapia trasformata poi in sedute di psicomotricità a partire dai due anni, quando è stata posta diagnosi di “autismo” o “crisi autistiche” o “nuclei autistici” a causa dei disturbi comportamentali caratterizzati da tendenza all’isolamento, movimenti ripetitivi, atti autolesivi.

Luca a due anni ha presentato una nuova crisi epilettica generalizzata e, successivamente, una terza che ha indotto ad iniziare una terapia anticonvulsiva.

Le “cause” che hanno portato questi due piccoli a dover vivere “situazioni” ampiamenti disturbanti e stressanti, ci fanno pensare che possono essere queste esperienze traumatiche a creare le condizioni per reazioni di “tipo autistico” o che possono essere meglio inquadrati come “REAZIONI PSICOTICHE” proprio per il loro carattere non strutturale, ma funzionale-reattivo.

Quando è stato riportato nella letteratura il caso del bambino che, pur sofferente da due anni di gravi disturbi gastro-intestinali (15-20 scariche diarroiche al giorno), era stato diagnosticato come “autistico”, ci siamo chiesti se fosse stato corretto:

- fare una diagnosi di autismo solo per una sintomatologia di “isolamento” e di “chiusura sociale”;
- non tenere conto delle “reazioni psichiche” che in un piccolo paziente (... cosa sarebbe successo in un adulto) possono essere indotte da una “sofferenza” tanto violenta come quella che si può immaginare in un soggetto che deve sopportare un supplizio come due anni di diarrea;
- pretendere che una terapia che regolarizzi e/o controlli i disturbi derivati da iper-reattività al glutine possa essere indicato come capace di “curare l’autismo”.

Forse possiamo solo dire che stimoli stressanti e fortemente disturbanti possono indurre reazioni psichiche che si evidenziano come:

- ?? tendenza all’isolamento sociale e relazionale;
- ?? iper-reattività ad ogni sorta di stimolo;
- ?? incontinenza emotiva;
- ?? incapacità di mantenere l’attenzione e la tenuta sui compiti;
- ?? insoddisfazione nelle relazioni interpersonali;
- ?? tendenza all’adesività simbiotica.

Se vogliamo essere proprio chiari, possiamo anche visitare i nostri archivi e sicuramente troveremo queste reazioni in pazienti che hanno dimostrato una “patologia psicosomatica” riferita al sistema gastro-intestinale e che dopo “anni” di terapie farmacologiche (allopatiche), di esami clinici e strumentali e di “sofferenze” sono stati “guariti” dai nostri interventi psicoterapeutici mirati sul trattamento di problematiche e di personalità ossessivo-compulsive o, in altre parole, sadico-anali.

CONCLUSIONI

Di fronte ad un bambino che presenta una sintomatologia di tipo autistico è necessario predisporre:

- ?? raccolta anamnestica precisa ed appropriata;
- ?? studio clinico-strumentale e genotipico;
- ?? valutazione delle valenze psico-emotive e psico-affettive;
- ?? indagine testale sulle potenzialità e sulle capacità funzionali cognitivo-intellettive;
- ?? analisi dettagliate e precise della sintomatologia psichica mettendola in relazione con i meccanismi psico-mentali a cui è sottesa.

Questo approccio porta con sicurezza a stilare una diagnosi precisa e, soprattutto, ad individuare la terapia più adeguata non tanto per controllare i sintomi, ma per far superare il blocco o il disordine che alterano lo sviluppo psico-mentale dei nostri piccoli pazienti.

In questo lavoro preliminare diventa fondamentale lo studio della situazione emotivo-affettiva premorbo e mettere in chiaro le dinamiche di situazioni stressanti che possono intervenire nel determinismo della psicopatologia.

Michael Klonovsky nella sua lucida presentazione del “quadro autistico”, ricorda come le osservazioni di Elisabeth e Niko Tinbergen fanno pensare a questi bambini come “...*infelici dotati che per una richiesta di adattamento superiore alle loro forze, sono stati precocemente isolati e sospinti verso forme comportamentali problematiche ...*”.

Queste osservazioni ripropongono il problema dell'origine dei disturbi autistici che, essendo legati all'esperienza sensoriale e dei vissuti, potrebbe essere intesa come, in qualche modo, relazionata al comportamento dei genitori. Dobbiamo liberarci definitivamente da queste supposizioni proprio perché i genitori di un bambino autistico moltiplicano sempre le loro cure affettuose, le loro attenzioni ed il loro impegno per superare qualcosa che è veramente più grande dei loro immensi sforzi.

Uno stimolo “nocicettivo” e/o gravemente stressante che perdura per un certo periodo diventa sicuramente sufficiente a disorganizzare la struttura della mente; vengono precluse le valenze affettive, l'iniziativa, la volontà ed anche le capacità cognitive. I pazienti adulti ripetono che non possono pensare ad altro che al loro “mal di pancia” (per esempio) così, su questo “altare psicosomatico”, bruciano le energie, gli affetti, le speranze, i desideri ed anche la voglia di conoscere, di stare nel mondo, di vivere.

Ancora una volta ci viene in aiuto la pratica clinica per spiegarci come le conseguenze di una situazione stressante sono difficilissime da estirpare. I nostri pazienti adulti, anche quando sia stato superato il problema fisico, richiedono diversi anni di psicoterapia per superare lo stress psichico e tornare ad una vita “normale”. Lo vediamo quotidianamente quanto sia difficile migliorare dai cosiddetti “attacchi di panico”!

Da quanto letto, risulta l'importanza di discriminare tra cause strutturali (autismo) e cause funzionali-conflittive (psicosi), che possono determinare una sintomatologia “autistica”, proprio perché la prognosi è sicuramente diversa per i due casi ed anche lo è l'intervento terapeutico.

Nelle forme “reattive” il superamento della problematica psichica richiede un lavoro più centrato sull’acquisizione e l’apprendimento o sul rafforzamento della capacità operative insite nel “problem solving”.

Nelle forme “strutturali” (autismo di Kanner) la destrutturazione psico-mentale richiede un intervento molto più mirato a ricompattare le forze adesive dell’Io per ottenere un controllo dell’emotività libera, sviluppare le componenti affettive dell’autocoscienza e dell’autovalorizzazione, generare correnti cognitive che supportino lo sviluppo del pensiero e delle capacità simboliche.