

# IL DISTURBO AUTISTICO

**Romeo Lucioni – Leticia Lucioni**

Descritto e definito per la prima volta da Kanner nel 1943, l'autismo che colpisce precocemente i bambini, è stato oggetto di molti studi, ma, a tutt'oggi, restano ancora molti dubbi per quanto riguarda la genesi ed anche la sua precisa identificazione.

Con il passare degli anni, questa sindrome è stata annoverata insieme ad altre forme di disturbo dello sviluppo psico-mentale sino a coinvolgere il tutto nella denominazione di “disturbi dello spettro autistico”.

Questi disturbi sono stati anche denominati DPS, ossia “disturbi pervasivi dello sviluppo psico-mentale”, ma oggi si comincia a parlare di:

- casi di autismo = 0,5-1 su 1000 nati; con prevalenza dei maschi 4-5/1;
- casi dello spettro = 2,3-3 su 1000 nati; con prevalenza dei maschi, non ancora ben definita nella sua incidenza.

Parlando però di autismo (*autismo autistico o sindrome di Kanner*) non si è potuto stabilire un preciso “marker biologico” e sono molte, oltre che le più diverse, le osservazioni sulle possibili alterazioni neurologiche. Purtroppo questi difetti non sono stati studiati in base ad una precisa classificazione dei disturbi, per cui abbiamo seri dubbi sul valore delle conclusioni.

In termini sintetici possiamo parlare di AUTISMO quando si osservano i seguenti sintomi:

- inizio dei disturbi comportamentali tra i 15 ed i 36 mesi (in genere intorno ai due anni);
- spesso il primo segno è quello di non guardare più negli occhi, neppure nei confronti della madre;
- perdita delle prime conquiste cognitive (delle prime parole) e comportamentali (non usa più i giochi del parco);
- spiccata tendenza all'isolamento ed anche di crisi d'ansia se qualcuno si avvicina (possono anche presentarsi aggressioni violente, con lancio di tutto ciò che possa essere afferrato);
- comparsa di giochi ripetitivi, di manierismi e di comportamenti ossessivi e coatti;
- espressioni di ansia e di angoscia quando si cambia posto agli oggetti abituali (anche le posate ed il bicchiere devono essere disposti sulla tavola sempre nello stesso posto);
- rifiuto di certi cibi che erano già abituali e tendenza ad accettare solo alcune cose, spesso solo succhi di frutta ed omogeneizzati;
- rifiuto a muoversi con tendenza a trattenersi su una stuoia o in un “angolo di sicurezza”, tanto da provocare anche alterazioni osteo-articolari.

Da tutto questo si desume facilmente di essere di fronte ad una problematica o a un quadro psico-patologico molto grave; l'autismo è stato definito “l'Everest della paido-psichiatria”.

## **Spesso si sente dire che:**

l'inizio precoce del trattamento può risultare favorevole.

La nostra esperienza ci porta a sostenere che un quadro veramente autistico è gravissimo anche se il trattamento viene iniziato precocemente (anche intorno ai 2 anni). Risulta difficilissimo portare questi bambini a profferire delle parole ed ancor più improbabile indurre un linguaggio parlato.

Con tutto questo, bisogna intervenire rapidamente perché comunque si possono ottenere dei risultati ottimi sul piano riabilitativo:

- controllo completo dei comportamenti ossessivi e ripetitivi;
- accettazione del contatto interpersonale e liquidazione delle crisi di ansia, angoscia e aggressività;
- acquisizione di “comportamenti affettivi” che sottolineano il bisogno di buoni rapporti interpersonali;
- accettazione del lavoro educativo (con insegnati di sostegno nel rapporto 1/1) che si può arrivare a svolgere con una tenuta di qualche ora;
- controllo delle reazioni negative tanto da poter pianificare gite, visite ai parenti, andare al supermercato, stare la ristorante con i genitori ed anche con tutta la famiglia.

Il lavoro terapeutico-riabilitativo è fondamentale ed insostituibile se si vogliono ottenere i prerequisiti necessari per l'applicazione di programmi educativi (anche se minimi), per il controllo comportamentale, per evitare crisi di angoscia e di terrore oltre che a quelle di vera rabbia incontenibile, per poter iniziare attività sportive (che sono sempre importanti per recuperare la motricità) ed associative, per accedere alle pratiche religiose (anche comunione e cresima), ecc.

Il maggior problema da affrontare sono le crisi di ansia (spesso arrivano ad essere veri e propri terrori) che richiedono un intervento di aiuto che ormai abbiamo standardizzato con l'uso di: passiflora, escolzia e melatonina (sempre sotto controllo dello specialista ed in maniera continuata: bisogna evitare che su presentino le crisi).

### **Programma terapeutico-riabilitativo.**

Per affrontare le problematiche dei quadri autistici, sono state proposte una miriade di tecniche diverse, ma dobbiamo pensare che, nel rispetto dei diritti della persona di questi bambini, bisogna sempre tenere in conto che:

- si tratta di problematiche psicopatologiche veramente gravi, che non possono essere affrontate con programmi banali come può essere l'uso di vitamine o semplici pratiche psicomotorie;
- i tempi utili per ottenere delle risposte positive sono brevi, in quanto, dopo i 10-12 anni, diventa tutto più difficile proprio perché lo sviluppo fisico impedisce di imporre le pratiche terapeutiche, evitando crisi di opposizione e di aggressività;
- bisogna sottolineare che i risultati positivi (cambiamenti) devono essere ottenuti con rapidità, altrimenti è meglio cambiare la metodologia dell'intervento.

### **Per cominciare il trattamento:**

- bisogna avere una diagnosi precisa che può essere raggiunta con l'osservazione clinica e con l'applicazione di scale studiate ad hoc (ogni centro specializzato ha le proprie);
- è necessario monitorare continuamente i risultati ottenuti e questo può essere fatto utilizzando delle scale di valutazione specifiche per ogni tipo di intervento.

### **Tipologie di intervento.**

La nostra esperienza ha portato a sviluppare tecniche particolari tra le quali ricordiamo:

- E.I.T. – terapia di integrazione emotivo-affettiva;

- TyLA - Thymology Learning Approach
- Arte-terapia-psicodinamica;
- Terapia emotivo-espressiva;
- Psico-danza, biodanza, danza-terapia-psicodinamica;
- Tai-chi-chuan;
- Ippoterapia scientifica.

Tutte queste tecniche sono state raccolte in un unico modello che è stato chiamato S.A.S. - Self-activating-system, nel quale però le scale di valutazione sono specifiche per ogni tipo di intervento:

- Autism E.I.T. Treatment Outcome Checklist (120 items divisi in 8 aree);
- Arte-terapia-psicodinamica Behavioral Rating List (135 items in 6 aree);
- Thymology Learning Approach Behavioral Rating List (137 items in 6 aree);
- Behavioral Rating List (131 items in 5 aree);
- Hippotherapy Behavioral Rating List (118 items in 4 aree);
- TINV - Test di Intelligenza non Verbale.

### **Obiettivi terapeutico-riabilitativi.**

Qualsiasi sia il modello di intervento scelto, bisogna tenere in conto che gli obiettivi sono sempre molto precisi per tutti:

- controllo delle crisi emotive e dell'emotività libera;
- liquidazione degli atteggiamenti-comportamenti ripetitivi ed ossessivi;
- organizzazione degli oggetti della realtà (interni ed esterni) proprio per raggiungere quello che si chiama "persistenza degli oggetti", vale a dire che gli oggetti diventano "completi", perdono cioè la caratteristica di "oggetti parziali" che sono la causa delle crisi di angoscia;
- contenimento dei meccanismi di difesa primitivi come valorizzazione e negazione;
- superamento del "narcisismo primario" nelle sue espressioni egocentriche ed onnipotenti;
- strutturazione di un "sistema rappresentazionale condiviso";
- ristrutturazione delle valenze adattive del Io e superamento di quello che chiamiamo "Io-debole";
- organizzazione delle valenze del cosiddetto "Nome del Padre" (Lacan) che porta alla strutturazione del Sé o Io-ideale.

Il raggiungimento di questi obiettivi porta alla compattazione del Io, al ripristino delle valenze creative e del "sistema immaginario", al raggiungimento dei "pre-requisiti" di attenzione, tenuta sul compito, volontà e partecipazione, che permettono il lavoro educativo, formativo, ludico-ricreativo, sportivo, sociale, ecc.

Tutto questo viene anche denominato "promozione della salute" ed anche "progetto di vita" che richiedono un intervento in rete che coinvolge terapeuta, educatori, genitori, allenatori, operatori-sociali, assistenti, ecc. in uno schema operativo che rispetta sempre:

- la persona;
- il diritto a poter superare le proprie difficoltà;
- il bisogno di un valido inserimento familiare e sociale;
- la costituzione di programmi capaci di ottenere un decisivo miglioramento della qualità di vita del soggetto e della famiglia, ma, soprattutto, di donare i mezzi idonei per superare i deficit ed i disturbi, oltre che per raggiungere i limiti di una vita degna.

## CONCLUSIONI

Affrontare le problematiche dell'autismo o "autismo-autistico" o "sindrome di Kanner" è sempre una questione specialistica e di grande impegno professionale. Mentre i "disturbi dello spettro autistico" possono essere affrontati con moltissime possibilità di successo ed anche di cura, la sintomatologia autistica non è del tutto risolvibile.

Nella nostra casistica non abbiamo nessuna remissione completa anche se possiamo dire d'aver raggiunto:

- un buon livello comunicativo;
- un ripristino considerevole del sistema rappresentazionale condiviso e del sistema affettivo;
- contenimento delle crisi di ansia e di angoscia;
- possibilità di integrazione scolastica con il raggiungimento di buoni livelli educativi (mai siamo riusciti a ristabilire il "linguaggio parlato");
- acquisizione di un certo livello di scrittura, di comprensione del testo e di operatività matematica;
- buone prestazioni nell'ambito sportivo (soprattutto nel nuoto).

I migliori risultati sono stati quelli riferiti all'integrazione familiare per la quale il gruppo-famiglia ha potuto attivare una vita utile e soddisfacente, con uscite regolari per andare al ristorante, in gita, in vacanza o a visitare parenti ed amici.

Le nostre esperienze ci confermano che molto si può fare, soprattutto ora che sembra sia stato possibile estrapolare la "sindrome autistica" da quella poco utile sommatoria di sindromi che è stata chiamata "...dello spettro autistico".