

Approfondimenti sull'autismo

Indice

Prima parte:

Lo sviluppo affettivo: il contributo di Freud
L'importanza del processo di separazione:
Mahler e Winnicott.
I meccanismi patogenetici secondo M. Klein

Seconda parte:

L'autismo
L'eredità di Kanner (Mahler e Bettelheim)
Caratteristiche dell'autismo
Livelli di età e di gravità
Definizione dell'autismo e confini con altre
patologie
Cause della sindrome artistica
Danno di natura organica
Il deficit dello sviluppo sociale
Il deficit di teoria della mente
Due aree d'interpretazione della teoria della
mente

La diagnosi medica
La diagnosi funzionale
La diagnosi differenziale
La valutazione funzionale
Trattamenti e strategie educativo-riabilitative
L'integrazione scolastica dei soggetti affetti
da autismo
Scuola e famiglia: un'alleanza educativa
Prognosi
Il programma di intervento comportamentale
precoce
La terapia di attivazione emotiva e reciprocità
corporea (A.E.R.C.)
Il programma TEACCH
Sviluppare le abilità di comunicazione
L'intervento secondo i principi della teoria
della mente
Dalla regolazione delle emozioni alle arti-
terapie
Bibliografia

Prima parte (dal testo di C. Pulcini con adattamenti)

Lo sviluppo affettivo: il contributo di Freud

Sigmund Freud, padre della Psicoanalisi, afferma che l'affetto del bambino per la propria madre è determinato da una motivazione secondaria, ossia dal fatto che è quest'ultima a provvedere ai suoi bisogni fisiologici. Freud sostiene che lo sviluppo affettivo avvenga in termini di una successione di fasi caratterizzate dalla centralità di una determinata zona erogena (fonte di piacere): le fasi dello sviluppo psicosessuale. Secondo la prospettiva psicoanalitica lo sviluppo affettivo ossia lo sviluppo del mondo che parte dalle emozioni e va ai legami affettivi, ai conflitti, alle reazioni difensive e ai sentimenti veri e propri è fondamentale per lo sviluppo della personalità dell'individuo. Freud paragona la personalità umana ad un iceberg, di cui solo la parte superficiale è visibile e considera l'uomo come un essere in continua tensione verso il soddisfacimento dei propri impulsi, la realizzazione delle motivazioni ad agire, guidate dall'istinto di sopravvivenza e di riproduzione, che rimangono quasi sempre nascoste nell'inconscio.

La psiche è costituita da contenuti mentali consci, preconschi (cioè accessibili alla coscienza attraverso uno sforzo), ma, soprattutto, inconsci ovvero totalmente inaccessibili se non indirettamente attraverso il sogno, l'atto mancato, il simbolo, il sintomo. Inoltre, l'autore suddivide la mente in:

- IO: è l'insieme delle capacità motorie, percettive, sensitive, cognitive che permettono all'individuo di codificare il mondo, rappresentarselo e operare sulla realtà per il soddisfacimento dei propri bisogni, agendo secondo il principio di realtà.
- ES: è l'insieme delle forze istintive che l'individuo eredita e presenta fin dalla nascita e che alla fine Freud identifica in EROS (pulsione verso la vita, verso il legame) e THANATOS (pulsione verso la morte, verso la distruzione del legame, verso il ritorno allo stato inorganico). È irrazionale e scarsamente organizzato e funziona in base al principio di piacere.
- SUPER-IO: rappresenta la componente normativa e sociale, è l'istanza morale introiettata sulla figura del padre che conduce all'adeguamento sociale.

Durante l'infanzia nella personalità del bambino è presente l'ES, dove vige il principio di piacere: ogni desiderio richiede un soddisfacimento immediato. La pressione della realtà esterna, poiché il desiderio non può essere soddisfatto immediatamente, porta una parte dell'ES a modificarsi. Nasce così il primo rudimento dell'IO che regola i rapporti tra i desideri e la realtà esterna, impara ad aspettare e a tollerare l'attesa (principio di realtà). Successivamente si sviluppa il Super-IO attraverso l'interiorizzazione, dei valori e delle norme morali dei genitori prima e dell'ambiente sociale dopo. Lo sviluppo della personalità, della vita affettiva e relazionale dell'individuo, attraversa dunque varie fasi nel corso delle quali la libido si organizza intorno a determinate zone erogene:

- 1) Fase orale (dalla nascita fino ai 12-18 mesi, ma considerando i primi mesi liberi da ogni processo di simbolizzazione): in questo periodo di vita del bambino, infatti, la sua relazione fondamentale con il mondo esterno è di tipo nutritivo con la madre e perciò la sua libido, cioè l'energia sessuale del soggetto, si concentra nella bocca. L'infante, infatti, tende a portare tutto alla bocca, dal seno della madre agli oggetti che lo circondano. La bocca in questo periodo diventa il tramite che lo lega al mondo, alla realtà circostante: tramite questa, il bambino distingue gli oggetti e comincia a capire cosa sono. Le fissazioni relative a questa fase sono dette fissazioni orali, e derivano dalla lunghezza eccessiva o eccessivamente corta di questo periodo. Tutte le fissazioni orali hanno un elemento in comune: l'eccessivo attaccamento dell'individuo a comportamenti che coinvolgono la bocca (fumare, leccare, succhiare, mangiare).
- 2) Fase anale (dai 18 ai 36 mesi): in questo secondo stadio, il bambino sviluppa il controllo sfinterico. L'attenzione del bambino è posta sulla defecazione e sulla minzione, e prova anche piacere sessuale dall'attività muscolare in genere. In questa fase il bambino sviluppa il senso di autonomia e di autostima, perché capisce che può controllare e rimandare il piacere che gli deriva dal sollievo della tensione anale. Le fissazioni provocate in questa fase (fissazioni anali) sono provocate soprattutto dal modo in cui è stato imposto al bambino l'uso del vasino. Le feci sono il primo prodotto e il bambino le usa per comunicare con l'esterno. Defecare assume significato di dono o di ostilità.
- 3) Fase fallica (dai tre ai cinque anni): caratterizzata dall'interesse per la zona genitale quale nuova zona esogena. L'interesse sia del maschio che della femmina per gli organi genitali produce un confronto che rende evidente l'esistenza di differenze anatomiche tra maschi e femmine (curiosità sessuali). In questa fase il complesso di Edipo fa sì che il bambino, pur presentando sentimenti d'amore per entrambi i genitori, investa il genitore di sesso opposto prevalentemente di cariche libidiche, mentre quello dello stesso sesso viene preso come modello di identificazione e percepito come rivale. L'eccitamento sessuale nei confronti dei genitori del sesso opposto crea nel bambino forti sentimenti di colpa e la paura di essere punito dal genitore dello stesso sesso (angoscia di castrazione). In questo modo il bambino e la bambina rinunciano al genitore amato e si identificano con il genitore dello stesso sesso, superando il complesso edipico. Le dinamiche edipiche portano all'acquisizione del concetto della triangolarità: il bambino percepisce se stesso in contrapposizione alla coppia

genitoriale, nonché alla formazione della terza istanza della personalità, ovvero del Super-Io. Il bambino, infatti, adatterà le credenze e gli ideali del padre come fossero propri, ed entrerà nella fase latente.

- 4) Fase di Latenza (da 6 a 12 anni): in questa fase gli impulsi sessuali sono inibiti, le perversioni polimorfiche vengono sublimati dall'Io e le energie vengono orientate verso mete sociali e ideali. Questo passaggio (sublimazione) apre ad una più matura fase genitale (da considerare come proprio in questa fase si distende generalmente il periodo della scuola primaria che determina l'alfabetizzazione culturale di base quasi in tutto il mondo).
- 5) Fase Genitale (oltre 12 anni): La fase Genitale inizia con la pubertà (maturazione corporea con sviluppo della capacità di procreare) e permette all'adolescente di sviluppare le relazioni con l'altro sesso con l'energia della libido concentrata nell'area genitale. I genitali diventano il centro del piacere e il narcisismo autoerotico, caratteristico della fase pre-genitale, viene canalizzato verso oggetti sessuali più appropriati. Durante questo periodo e nell'adolescenza, gli individui iniziano ad amare gli altri altruisticamente e a cercare partner con cui formare relazioni stabili. Secondo Freud se si è generata una fissazione in una delle fasi precedenti, non ci sarà sufficiente energia sessuale per far sì che questa fase si sviluppi senza problemi. Per poter avere un adulto completo, le fissazioni nelle fasi precedenti devono venir risolte.

L'importanza del processo di separazione: Mahler e Winnicott.

Secondo la psicoanalista e psicoterapeuta ungherese Margaret Mahler la nascita psicologica e quella biologica non coincidono, ma il primo è un processo le cui tappe fondamentali si svolgono nelle prime fasi di vita, ma che comunque proseguono anche oltre. Nelle prime quattro-cinque settimane il bambino vive una fase di autismo normale; nell'infante prevalgono stati di sonno, c'è una relativa assenza di risposte agli stimoli esterni e prevalgono i processi fisiologici rispetto a quelli psicologici. La meta principale di questa fase è il raggiungimento di un equilibrio dell'organismo del neonato nel nuovo ambiente esterno. Successivamente si sviluppa la fase simbiotica normale che ha inizio dal secondo mese di vita del neonato, momento in cui questi ha una vaga consapevolezza di un oggetto che soddisfa i suoi bisogni. In questa fase il bambino si comporta come se lui e la madre fossero onnipotenti, una cosa sola.

È importante precisare che il termine simbiosi utilizzato dalla Mahler, descrive uno stato di indifferenziazione, di fusione con la madre, in cui l'Io non è ancora separato dal Non-Io, in cui l'interno e l'esterno cominciano solo gradualmente ad essere percepiti come diversi. Infine si sviluppa la fase di separazione-individuazione, con la quale si intende il cammino che il bambino percorre nel passare da uno stato iniziale, ipotizzato dall'autrice come di inconsapevolezza del mondo esterno, ad uno stato in cui non si differenzia dalla madre, fino a realizzare un Sé separato e autonomo. Separazione e individuazione rappresentano due sviluppi complementari. La separazione si ha quando il bambino emerge dallo stato di simbiosi con la madre, mentre l'individuazione si ha quando il bambino è consapevole di avere proprie caratteristiche individuali. Per la Mahler le principali conquiste di questo processo hanno luogo nel periodo che va dai quattro-cinque mesi di vita fino circa al trentesimo-trentaseiesimo mese che viene, infatti, denominato fase di separazione-individuazione. Entrambi i processi non si sovrappongono e possono anche svilupparsi in periodi diversi. Ad esempio, uno sviluppo psicomotorio prematuro permette al bambino di allontanarsi fisicamente dalla madre precocemente senza che a ciò corrisponda una elaborazione mentale adeguata della propria separatezza individuale.

Oltre alla Mahler un altro studioso che sottolinea l'importanza del processo di separazione quale fattore fondante lo sviluppo e la crescita dell'individuo è il pediatra psicoanalista inglese D.W. Winnicott. Egli (come la Mahler e J. Bowlby) evidenzia la continuità psicologica tra i due termini della cellula madre-bambino: l'assunto comune, pur nella diversità delle relative impostazioni teoriche, è che le prime manifestazioni psichiche vadano lette a partire dalla realtà

della diade madre-bambino. Per questi autori il processo di individuazione dipende dall'attitudine innata ad interagire con la realtà ambientale in modo adattivo (Mahler e Bowlby) o creativo (Winnicott) e questa interazione è uno degli obiettivi dello sviluppo stesso.

Holding è un termine introdotto da Winnicott per definire la capacità della madre di fungere da contenitore delle angosce del proprio bambino. Lo holding è la capacità di contenimento della madre sufficientemente buona, la quale sa istintivamente quando intervenire dando amore al bambino e quando invece mettersi da parte nel momento in cui il bambino non ha bisogno di lei. All'interno dello holding il bambino può sperimentare l'onnipotenza soggettiva, ovvero la sensazione di essere lui, con i suoi desideri, a creare ogni cosa. Questa esperienza è necessaria ed indispensabile per il sano sviluppo dell'individuo, e può verificarsi soltanto all'interno di uno spazio fisico e psichico, la *holding environment* che possa permettere la sua espressione. Quando parla di sviluppo del bambino, Winnicott segnala tre importanti fasi della crescita, su un continuum che va da Dipendenza assoluta a Indipendenza.

Nella prima fase, la dipendenza assoluta, l'infante è completamente dipendente dalle cure materne e non distingue l'altro da sé da sé. Successivamente si sviluppa la dipendenza relativa in cui il bambino "scopre" che la madre non sempre si adatta alle sue esigenze. Diventa, quindi, consapevole della sua dipendenza, compare l'ansia legata alla capacità di continuare a credere di poter sopravvivere anche senza di lei e si sviluppa la percezione di essere una persona senza la madre e di essere una cosa sola. Infine, l'ultima fase è quella verso l'indipendenza: l'infante sviluppa i mezzi per fare a meno delle cure materne grazie ai ricordi di queste cure; diventa capace gradualmente di affrontare il mondo e tutte le sue complessità poiché in esso ritrova ciò che è già presente nel proprio sé. Quando il bambino raggiunge questo stadio occorre un progresso ulteriore perché esso s'instauri in modo stabile in quanto all'inizio esso si alterna spesso con lo stadio più primitivo in cui tutto è fuso.

L'inizio dell'individuo, afferma Winnicott, è rintracciabile in quel momento preciso, diverso nella vita di ogni bambino, in cui il piccolo è divenuto consapevole della propria esistenza autonoma e di una sorta d'identità. A queste trasformazioni si aggiunge il fatto che anche se la realtà psichica interiore, arricchita dall'ambiente, è personale, esiste un mondo e un ambiente esterno che sono reali. Durante il contrasto che si sviluppa tra realtà interna ed esterna, il bambino deve essere sostenuto da delle figure che si prendono cura di lui affinché riesca ad accettare il principio di realtà e ne tragga beneficio. La fonte di questo sviluppo è il processo maturativo congenito dell'individuo facilitato dall'ambiente. L'indipendenza che l'individuo raggiunge, secondo la teoria di Winnicott, non è mai assoluta in quanto l'individuo è sempre legato all'ambiente e ai suoi processi di socializzazione. Non si tratta di uno sviluppo che segue una sequenza lineare in cui ogni stadio sostituisce quello che lo precede; alcuni aspetti delle esperienze precedenti continuano ad esistere, sebbene in modi diversi, anche nell'adulto.

I meccanismi patogenetici nelle prime fasi di vita secondo M. Klein

Dello sviluppo affettivo del bambino si è occupata anche una studiosa che, come M. Mahler, pur rimanendo nell'ambito della teoria psicoanalitica, non accetta la posizione di Freud sul bambino piccolo come incapace di simbolizzazioni e privo di vita fantastica fino ad alcuni mesi d'età. Per M. Klein, infatti, utilizzando la pratica del gioco nel comprendere l'animo infantile, come usa le libere associazioni Freud per l'adulto, è possibile cogliere un Io rudimentale presente fin dalla nascita che mostra la capacità di strutturazione fantastica dell'oggetto parziale (il seno che dà nutrimento) rappresentativo della madre. Questa prima attività fantastica porta il bambino nell'arco dei primi sei od otto mesi di vita a transitare per due posizioni psichiche fondative della sua modalità d'essere anche in seguito, da adolescente e da adulto. Si tratta della posizione schizo-paranoide e di quella depressiva. Nel corso della prima che interviene all'inizio di tale periodo della vita e perciò cade dalla nascita fino al terzo o quarto mese, il lattante è capace di scindere (schizo) l'oggetto parziale come oggetto buono, quando appaga, e come cattivo, quando non appaga i suoi bisogni alimentari e

poi di rivolgere impulsi distruttivi verso l'oggetto cattivo (che non si presta ad appagare i suoi bisogni), vivendo fantasie sadiche di distruzione.

Come conseguenza a questa prima situazione del rapporto oggettuale nasce la posizione depressiva, situata a metà circa del primo anno di vita, che costituisce un notevole progresso dell'Io perché l'infante diviene capace di dominare quegli impulsi distruttivi che gli causavano di ritorno angosce persecutorie (angosce per aver divorato la madre che ora riesce a strutturare come oggetto intero). Il bambino riesce a dare unità ai vari aspetti della madre e anche ai propri sentimenti nei suoi confronti, così amore ed odio sono sempre collegati in uno stato di depressione che è la risposta alla paura che l'oggetto sia distrutto. Depressione e senso di colpa fanno sorgere l'esigenza di conservare e dare nuova vita all'oggetto amato come riparazione agli impulsi e alle fantasie distruttive e prepara all'incontro con il padre (complesso edipico).

Da queste due fasi originarie dello sviluppo dell'Io nascerebbero, per M. Klein e per la sua scuola, anche le premesse per le malattie mentali più gravi o psicosi (la schizofrenia e la depressione), a completamento di quella visione, ormai ampiamente accettata, che indica nell'opera di Freud (Psicoanalisi classica) lo studio dell'origine delle malattie mentali meno gravi o nevrosi (espressione del disagio della civiltà) per cause psicogenetiche interne al soggetto medesimo.

Parte seconda (dal testo di A. Rinaldi con adattamenti)

L'autismo

Oltre mezzo secolo fa, da quando l'etichetta stessa di "Autismo" è entrata in uso, molte persone l'hanno considerata una condanna a vita per tutti gli individui in cui si manifesta. Infatti, ci si aspettava che la maggior parte degli individui autistici avesse deficit gravi e permanenti nella comunicazione, nel gioco, nelle relazioni con gli altri e nell'apprendimento, che pochissimi (circa il 4%) potessero diventare degli adulti autonomi e che, anche all'interno di questo gruppo ristretto, molti presentassero ancora dei problemi. La caratteristica principale che ci perviene osservando un bambino Autistico, il più delle volte, è proprio la sua bellezza incantevole. È difficile immaginare che dietro quell'immagine angelica si celi un'anomalia neurologica sottile, ma devastante. Ciò che, in particolar modo, ci colpisce sono proprio i suoi comportamenti "strani" e i suoi interessi ripetitivi e stereotipati. Infatti, possiamo osservare un bambino che si morde una mano continuamente o fa ruotare una palla in modo ipnotico; che fissa per ore, con lo sguardo perso nel vuoto, un granello di polvere; che urla, al nostro avvicinarsi; che si colpisce il volto senza fine o guarda fisso attraverso di noi. Questo è il bambino autistico.

Egli ignora chiunque gli stia accanto. Respinge ogni contatto umano; non ascolterà o parlerà con noi, né ci permetterà di toccarlo; non vorrà nemmeno incrociare lo sguardo con un essere umano. Preferisce gli oggetti alla gente. È sempre solo, isolato, chiuso in se stesso: è un estraneo rispetto a chi lo circonda. Un numero indefinito di bambini e adulti, affetti da Disturbo dello Spettro Autistico, sono stati istituzionalizzati a vita o allontanati dai parenti, perché generano paura ed il loro comportamento indecifrabile e sconosciuto ci intimorisce; l'idea che questo loro atteggiamento contenga un significato nascosto o un messaggio che non recepiamo, ci tormenta. La domanda che più spesso ci poniamo è se è possibile che questi soggetti stiano disperatamente cercando di comunicare con noi, e che noi non percepiamo il loro "linguaggio". È possibile che il mordere, il ruotare, l'urlare, il colpire siano parti di un codice che non abbiamo ancora decifrato?

Dopo circa 70 anni di studio e ricerche il dibattito sembra ancora del tutto aperto. Infatti, l'autismo è stato considerato per anni un disturbo di natura psichica e neurologica, una psicosi prodotta da fattori relazionali, causata principalmente dal comportamento della madre nei confronti del bambino. In seguito, sono stati compiuti numerosi passi in avanti per venire a conoscenza della vera natura dell'autismo, e con il contributo dei genitori di bambini autistici, si è riusciti ad uscire da interpretazioni errate e colpevolizzanti le madri

nell'eziologia dell'autismo. L'Autismo Infantile, assume un'importanza sempre più marcata tra quelli che vengono definiti i "Disturbi Pervasivi dello Sviluppo". In questi ultimi anni si è rilevato un ampio incremento dei casi, da attribuire, con ogni probabilità, sia alle migliori diagnosi del disturbo, sia alle diverse problematiche connesse all'ambiente.

Leo Kanner, nel 1943, ha applicato il termine d'autismo ad un quadro psicopatologico riferito a undici bambini che, osservati nel primo anno di vita, presentavano una tendenza al rinchiudersi in se stessi: "... sono contenti quando restano soli; agiscono come se non ci sia nessuno intorno e danno l'impressione di un silenzioso sopore"¹. 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, ipotonìa, 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), perché si considera che abbia 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 mentale². Ad inizio del secolo XX 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 Kraepelin³ 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'eredità di Kanner (Mahler e Bettelheim)

Dopo che lo psichiatra austriaco Leo Kanner (1943) ha individuato la sindrome, è stata Margaret Mahler a parlare di "*autismo primario normale*"⁴ e di "*stato simbiotico*"⁵ riferendosi a bambini con tendenza all'isolamento e che presentano difficoltà gravi a superare deficit sociali e comportamentali. Margaret Mahler dedicò i suoi sforzi alla comprensione dello sviluppo dei bambini entro i primi due anni di vita durante il quale molta importanza rivestono comportamenti motori i quali dovrebbero avere un'elevata qualità empatica. Come già visto, per Mahler⁶ inizialmente il bambino è un essere biologico (fase dell'autismo normale) e l'investimento libidico è strettamente viscerale. In seguito si ha una fase simbiotica, fino a circa due anni e mezzo, in cui è presente una fusione allucinatoria di tipo onnipotente con la rappresentazione con la madre.

Al termine di questo stadio si ha una fase di separazione-individuazione che porta alla costruzione dell'identità individuale⁷. Un cattivo funzionamento di questi stadi può indurre un blocco o una regressione a stadi precedenti. Se il bambino si fissa o regredisce allo stadio autistico, svilupperà la psicosi di tipo autistico mentre se ciò avviene allo stadio simbiotico, si verificherà una psicosi simbiotica. Nella sindrome autistica il bambino non percepisce la madre come tale e tende

¹ S. Baron Cohen – P. Bolton, *Autismo, la conoscenza del problema*, Il Minotauro, Roma 2003, p. 14.

² M. D. Amy, *Affrontare l'autismo*, Armando editore, Roma 2000, p. 21.

³ Ivi., pp. 25-27.

⁴ F. Tustin, *Per una teoria psicoanalitica dell'autismo*, Armando editore, Roma 1997, pp. 60-61.

⁵ Ibid.

⁶ Ivi., pp. 64-65

⁷ Ibid.

ad identificare il proprio sé corporeo con gli oggetti inanimati dell'ambiente. Anche lo sviluppo linguistico risulta compromesso, questi bambini lottano contro qualsiasi richiesta di contatto umano e sociale. Tutte le psicosi infantili, secondo la Mahler, avrebbero dunque un'origine in comune cioè un errore nello sviluppo dell'identità individuale, entro i primi due anni di vita. I fattori principali sono due: 1) un bambino costituzionalmente vulnerabile con una predisposizione allo sviluppo di una psicosi; 2) una madre non in grado di reagire adeguatamente ai comportamenti del bambino. Questo darebbe vita ad un circolo vizioso che comprometterebbe lo sviluppo dello stadio di separazione-individuazione⁸.

In seguito una delle teorie più affascinanti sull'autismo è stata proposta da Bruno Bettelheim, uno dei maggiori psicoanalisti infantili, descritta nell'opera "La fortezza vuota"⁹. Prendendo spunto dai comportamenti schizofrenici dei prigionieri traumatizzati dalla realtà esterna, per i bambini autistici è la realtà interna a creare traumi. I bambini non sono in grado di comprendere la differenza tra la realtà interna ed esterna, vivendo l'esperienza interiore come una rappresentazione reale del mondo. L'isolamento rispetto al mondo esterno e la rassegnazione rispetto agli eventi costituirebbero vie di fuga da una realtà altrimenti insopportabile. Secondo Bettelheim ciò sarebbe determinato dall'interpretazione da parte del bambino dell'attitudine negativa con la quale gli si accostano le figure più significative del suo ambiente.

Il bambino proverebbe una sorta di forte rabbia che provocherebbe un'interpretazione negativa della realtà. Il neonato, cioè, interpretando negativamente i sentimenti e le azioni della madre, si distaccherebbe da lei progressivamente, provocando anche un distacco della madre da lui. Si genera così un'angoscia sconvolgente per il bambino che si trasforma presto in panico provocando l'interruzione del contatto con la realtà. Per arrivare a questo punto è necessario che il bambino percepisca la fonte dell'angoscia come immodificabile. Non esclude comunque che possano esistere altri fattori che facilitano l'insorgenza dell'autismo come alcune lesioni organiche. Oltre a cercare le cause scatenanti della patologia, Bettelheim dedicò molta parte della sua vita ad educare questi bambini; alla base del rapporto educativo c'era l'empatia cioè la condivisione delle emozioni. Partendo dalle considerazioni di Kanner, Bettelheim fu anche uno dei primi autori ad indagare la possibilità che nello sviluppo dell'autismo fosse implicato un rapporto madre-bambino alterato (*"madre frigorifero"*)¹⁰, 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 psicodinamico 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 organica¹¹. In quasi mezzo secolo di ricerche, si sono susseguite 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"*¹² (psico-neuro-biologiche). Secondo i manuali diagnostici l'autismo venne descritto come avente caratteristiche peculiari, ma tuttavia considerato come forma specifica di schizofrenia ad inizio precocissimo (entro i due anni).

Bisognerà attendere il 1980 perché il disturbo autistico venga inserito come entità clinica distinta nel DSM III¹³. Nelle elaborazioni proposte nei successivi manuali diagnostici, le caratteristiche definitorie, per quanto concerne l'autismo, sono¹⁴:

⁸ R. Pani – R. Biolcati – F. Assente, *Convivere con l'autismo. Contributi psicodinamici e strategie educative*, Guaraldi, Rimini 2006, pp. 135-136.

⁹ M. D. Amy, *Affrontare l'autismo*, cit., pp. 25-26.

¹⁰ P. Crispiani, *Lavorare con l'autismo. Dalla diagnosi ai trattamenti*, Edizioni junior, Bergamo 2007, p. 30.

¹¹ M. R. Pizzamiglio – L. Piccardi – A. Zotti, *Lo spettro autistico. Definizione, valutazione e riabilitazione in neuropsicologia*, Franco Angeli, Milano 2007, p. 56.

¹² Ivi., p. 57.

¹³ *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali).

¹⁴ M. D. Amy, *Affrontare l'autismo*, cit., pp. 26-30.

- passaggio dal termine di autismo infantile (DSM III) al termine di disturbo autistico (DSM IV)
- 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;
- indicazione sempre nel DSM IV di "un'età d'esordio" ravvisabile nei primi tre anni di vita;
- l'ICD 10¹⁵ mantiene 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, sembra, infatti, 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 appropria 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 immutabilità.

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 dei genitori di bambini con autismo¹⁶, che riteneva freddi, intellettuali e poco interessati alle persone. Riscontrò, infatti, un'alta percentuale tra genitori intellettuali e figli malati, cosa che lo portò a pensare che causa dell'autismo era un mancato rapporto positivo ed affettivo con la madre (a cui attribuì gli aggettivi di anafettiva, frigorifero, etc.). In seguito egli stesso smentì quest'ipotesi perché commise l'errore di ritenere che le famiglie che lo avevano contattato dopo la pubblicazione del suo articolo in una rivista specializzata (*'Journal of Autism'*¹⁷) fossero rappresentative dell'intera popolazione degli autistici. In realtà, soltanto le famiglie dell'alta società potevano avere contemporaneamente l'informazione sulla sua scoperta, apparsa su una rivista scientifica difficilmente accessibile al pubblico, e i mezzi materiali per recarsi nel suo ospedale. Quel campione di famiglie non era assolutamente rappresentativo della generalità dei casi di autismo e successivamente, nella sua lunga vita, Kanner stesso accertò che la sindrome colpiva tutte le classi sociali allo stesso modo e riconobbe il suo errore, chiedendo perdono ai genitori per avere ipotizzato una loro responsabilità nella genesi della patologia dei figli¹⁸.

Caratteristiche dell'autismo

L'autismo autistico o tipo Kanner è definito dalla maggioranza dei ricercatori come un *"disturbo dello sviluppo psico-mentale a carattere pervasivo"*¹⁹ che determina uno stato di disabilità e di handicap gravi. Il disturbo interessa molti aspetti della condotta umana e dei funzionamenti psico-mentali: movimento, attenzione, memoria, coscienza, empatia, apprendimento, linguaggio, carattere e interazione sociale. Questa forma classica è rappresentata da bambini isolati, arroccati nel loro "congelamento", "fortezze vuote", distaccati da ciò che si vive intorno a loro. La figura però non è completa, mancano le crisi di angoscia e di "vero terrore", le urla, le azioni autolesionistiche

¹⁵ decima revisione della classificazione ICD, ossia la Classificazione Internazionale delle malattie e dei problemi correlati, proposta dall'OMS, l'Organizzazione Mondiale della Sanità.

¹⁶ R. Pani – R. Biolcati – F. Assente, *Convivere con l'autismo. Contributi psicodinamici e strategie educative*, cit., pp. 45-48.

¹⁷ C. Hanau, *Introduzione Il nostro autismo quotidiano*, in C. Hanau – D. Mariani Cerati, *Il nostro autismo quotidiano. Storie di genitori e figli*, Erickson, Trento 2003, p. 10.

¹⁸ Ivi., p. 11.

¹⁹ M. R. Pizzamiglio – L. Piccardi – A. Zotti, *Lo spettro autistico. Definizione, valutazione e riabilitazione in neuropsicologia*, cit., p. 58.

che l'autistico presenta come reazioni alla "paura", dovuta all'iperstimolazione che la relazione gli infligge²⁰.

Vanno sottolineate 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 soprammobili²¹. Questa varietà di sintomi e/o caratteristiche comportamentali importantissime per una diagnosi, è stata riassunta nel DSM III e IV²² con:

- compromissione qualitativa dell'interazione sociale; la capacità di interagire con l'altro è solitamente compromessa: emozioni, interessi, attività e stili di comportamento propri del gruppo d'appartenenza, sono deficitari. Al bambino autistico spesso viene attribuito un'incapacità ad interessarsi a ciò che lo circonda e difficilmente attiva relazioni con i pari. Nel primo anno di vita, i comportamenti che indicano una compromissione qualitativa dell'interazione sociale sono: lo sguardo sfuggente, l'assenza di sorriso sociale, difficoltà a tenerlo in braccio e difficoltà nel richiamare la sua attenzione su un oggetto o su un evento interessante. Fra il secondo ed il quinto anno di età, questo deficit è caratterizzato principalmente da comportamenti espliciti: tende ad isolarsi, non risponde al suo nome, non rende partecipe l'altro ad attività per lui interessanti e non partecipa alle attività degli altri, usando gli altri esclusivamente per soddisfare i propri bisogni. La compromissione qualitativa dell'interazione sociale non si limita a considerare la presenza o l'assenza di un comportamento quanto il reale piacere di un soggetto di condividere con l'altro esperienze, affetti ed interessi.
- deficit della comunicazione e mancato sviluppo del linguaggio; per comunicazione qualitativamente compromessa si intende l'incapacità del bambino autistico di appropriarsi dei "codici" necessari alla comunicazione, intendendo sia il linguaggio verbale che quello non verbale (sguardo, gesti, posture, intonazione, pause ed atteggiamenti mimici). Il deficit del padroneggiamento dei codici della comunicazione riguarda sia la capacità di comprensione dell'altro che la capacità d'espressione. Quando il linguaggio è presente, viene utilizzato dall'individuo autistico solo per soddisfare i propri bisogni. Molti utilizzano le parole-frase e non sono in grado di sviluppare ed articolare frasi complesse; altri, anche se in percentuale inferiore, articolano frasi anche complesse, ma non utilizzano quasi mai il linguaggio a scopo conversativo e spesso non sono in grado di capire i doppi sensi, le metafore, le battute e tutto ciò che è legato alla pragmatica del linguaggio.
- modalità di comportamento ripetitive e stereotipate; l'area del comportamento è solitamente il "campanello d'allarme" che dovrebbe insospettire noi genitori ed i pediatri. Camminare sulle punte dei piedi, fare flapping con le mani, tappare le orecchie, aver paura di comuni rumori domestici come il phon o l'aspirapolvere, girare su se stesso, interessarsi per lunghi periodi a singoli oggetti o parti di essi, metterli in fila o far roteare oggetti estraniandosi dal contesto che li ospita, spesso sono sintomi da non sottovalutare. A volte alcuni bambini mostrano tratti autolesionistici o aggressivi dovuti probabilmente ad un deficit sensoriale e di autistimolazione. Vi sono vari livelli di autismo e varie sfumature di comportamento che rendono questi ragazzi tutti diversi tra loro e tutti bisognosi di approcci abilitativi mirati e personalizzati in base alle singole difficoltà e caratteristiche.
- freddezza affettiva e compromissione cognitiva.

Un ulteriore sforzo per arrivare ad avere un quadro sintomatologico più preciso porta ad evidenziare²³:

- isolamento (autismo) e grave deficit delle capacità relazionali (siderazione affettiva):

²⁰ Ivi., p. 59.

²¹ Ibid.

²² P. Crispiani, *Lavorare con l'autismo. Dalla diagnosi ai trattamenti*, cit., pp. 17-22.

²³ R. Pani – R. Biolcati – F. Assente, *Convivere con l'autismo. Contributi psicodinamici e strategie educative*, cit., p. 50.

- 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 cognitive-intellettive.

Livelli di età e di gravità

Osservando un bambino autistico, vediamo come molto spesso egli presenti un periodo iniziale nel quale lo sviluppo appare come normale con le sue risposte sensoriali, i movimenti degli arti e del capo, le prime parole; con una osservazione più accurata si possono evidenziare movimenti rotatori del capo e del corpo, lo stare seduti immobili per diverso tempo, camminare e gattonare in forma un po' scoordinata, balbettamenti monotoni.

Tra i 18 e i 30 mesi il bambino²⁴:

- non segnala gli oggetti e le persone,
- non guarda negli occhi,
- non segue l'attenzione degli altri,
- non risponde alle modulazioni espressive dei familiari.

A partire dai 2-3 anni l'espressione fenomenologica si sottolinea per²⁵:

- mancanza di linguaggio, manierismi e stereotipie,
- disinteressamento per le iniziative e la presenza degli altri,
- incontinenza emotiva sostenuta dall'impossibilità di sopportare cambiamenti e/o spostamenti di oggetti intorno,
- mancato sviluppo del linguaggio,
- disturbo dell'elaborazione percettiva da cui consegue incontinenza emotiva, iper-irritabilità, crisi oppostive e aggressività,
- comportamenti rituali, stereotipi e compulsivi,
- deficit grave delle capacità associativo-deduttive e incoerenza nelle risposte comportamentali,
- impoverimento affettivo ed incapacità di stabilire contatti con gli altri.
- Il quoziente intellettivo (Q.I.) degli autistici è variabile, come succede anche nei soggetti normali, ma, al contrario, è il quoziente emotivo-affettivo che è del tutto deficitario poiché²⁶:
- manca la capacità di riconoscere le emozioni ed i sentimenti degli altri,
- risulta inadeguata l'organizzazione comportamentale che, quindi, appare slegata dal contesto,
- non si instaurano i processi di contenimento e di consolazione di fronte alle contrarietà,
- sono assenti le funzioni imitative e l'autosoddisfazione nel rapporto interpersonale,
- non si instaurano le funzioni adattive, riparative, di gratificazione e neppure il rimprovero e/o il castigo assumono un significato preciso,
- non si strutturano i legami di reciprocità e di gratitudine, sostituiti da semplici risposte contro fobiche,
- si evidenzia incapacità ad assumere responsabilità nelle iniziative motorie e comportamentali,
- c'è limitazione degli interessi e l'osservazione su quanto succede intorno diventa un fatto puramente a carattere difensivo,
- il pensiero deriva solamente dall'esperienza percettiva e/o da quella affettiva, risultando precluso il sistema simbolico,

²⁴ M. R. Pizzamiglio – L. Piccardi – A. Zotti, *Lo spettro autistico. Definizione, valutazione e riabilitazione in neuropsicologia*, cit., p. 20.

²⁵ Ivi., p. 21.

²⁶ Ivi., p. 24

- non c'è preoccupazione per capire l'uso e il significato pratico degli oggetti o dei giocattoli che, per lo più, vengono abbandonati e sostituiti da biglie, palline od altre cose che permettono comportamenti monotoni, ripetitivi e senza finalità pratica,
- gesti comunicativi e/o espressivi vengono utilizzati per indirizzare il comportamento degli altri (far prendere qualcosa), ma non "creano" una gestualità simbolica,

L'inserimento scolastico acuisce la sintomatologia poiché aumentano le richieste di socializzazione e quelle normalmente legate alle necessità educative e formative. Se gli autistici non hanno ricevuto una adeguata terapia, non riescono ad inserirsi nella scuola dove vagano senza finalità, si rassicurano restando sulle loro stuoie e negli "angoli di sicurezza", rispondono inadeguatamente agli stimoli derivati dalla stretta vicinanza dei compagni e degli insegnanti, rimangono isolati, indifferenti, scontenti, oppositivi e, talora, pericolosi per gli altri²⁷. Se non si interviene precocemente con una terapia adeguata, il quadro autistico evolve verso la cronicità che si caratterizza per una disabilità veramente grave derivata dall'incapacità di adeguarsi alle necessità sociali ed alle richieste relazionali, dall'insufficiente sviluppo della comunicazione verbale e da diversi errori comportamentali che sfociano spesso nell'auto e nell'etero-aggressività per cui l'istituzionalizzazione sovente diventa inevitabile.

La scelta dell'approccio al problema è da condurre sulla base dell'attenta valutazione di tre condizioni fondamentali, tre soggettualità che costituiscono le risorse primarie del setting di trattamento: stato soggettuale di ciascun caso (età, gravità, cooperazione, ecc.); competenze soggettuali di terapisti ed educatori e caratteristiche oggettuali della situazione familiare (ambientale, scolastica e riabilitativa)²⁸.

Definizione dell'autismo e confini con altre patologie

Considerato che il DSM-IV è il manuale tuttora in uso negli Stati Uniti, ed è abbastanza diffuso in altri paesi, si fa riferimento ad esso per la classificazione dell'autismo, che comporta non poche differenze con la classificazione precedente del DSM-III. Innanzitutto vi sono modificazioni nel Sistema multiassiale: solo i Disturbi di personalità e il Ritardo mentale (i cui criteri sono stati modificati per renderli più compatibili con la definizione della *American Association of Mental Retardation*) rimangono nell'asse II, in quanto i Disturbi pervasivi dello sviluppo, i Disturbi dell'apprendimento, i Disturbi delle capacità motorie e i Disturbi della comunicazione (che nel DSM-III-R erano codificati sull'asse II) nel DSM-IV vengono tutti codificati sull'asse I.

Il nome Disturbi dell'apprendimento²⁹ è stato modificato rispetto a quello di Disturbi delle capacità scolastiche del DSM-III-R, per rifletterne l'uso clinico comune. Il criterio di esclusione (Criterio C) è stato modificato per permettere una diagnosi di Disturbo dell'apprendimento in presenza di un deficit sensoriale, a condizione che le difficoltà di apprendimento siano in eccesso rispetto a quelle solitamente associate con il deficit sensoriale. Inoltre, il criterio di esclusione del DSM-III-R è stato modificato per permettere la diagnosi di Disturbo dell'apprendimento in presenza di una condizione medica (neurologica) generale.

La sezione dei Disturbi della comunicazione³⁰ riunisce sotto un unico titolo tutti i disturbi dell'eloquio e del linguaggio, che nel DSM-III-R erano elencati in due sezioni separate (cioè i Disturbi specifici dello sviluppo e i Disturbi dell'eloquio NAS). La diagnosi di Disturbo dell'espressione del linguaggio non è più esclusa in presenza di un deficit motorio dell'eloquio, un deficit sensoriale, o una deprivazione ambientale, a condizione che le difficoltà nel linguaggio siano in eccesso rispetto a quelle abitualmente associate con questi problemi.

²⁷ L. Cottini – L. Rosati – O. Bovi, *Per una didattica speciale di qualità. Dalla conoscenza del deficit all'intervento inclusivo*, Morlacchi, Perugia 2008, pp. 111-114.

²⁸ P. Crispiani, *Lavorare con l'autismo. Dalla diagnosi ai trattamenti*, cit., p. 73.

²⁹ M. R. Pizzamiglio – L. Piccardi – A. Zotti, *Lo spettro autistico. Definizione, valutazione e riabilitazione in neuropsicologia*, cit., pp. 70-75.

³⁰ Ivi, p. 77.

La diagnosi di Disturbo misto dell'espressione e della ricezione del linguaggio sostituisce quella di Disturbo dello sviluppo della ricezione del linguaggio del DSM-III-R, in riconoscimento del fatto che i problemi nella ricezione del linguaggio non si presentano isolatamente senza la presenza di un concomitante problema a carico del linguaggio espressivo. Questa diagnosi non viene più esclusa in presenza di deficit motori dell'eloquio, di deficit sensoriali, o di una privazione ambientale, sempre che le difficoltà nel linguaggio siano maggiori di quelle comunemente associate a questi problemi. Il nome della diagnosi di Disturbo di sviluppo dell'articolazione della parola è stato modificata in Disturbo della fonazione³¹, in conformità con l'attuale terminologia. Questa diagnosi non è più esclusa in presenza di un deficit motorio dell'eloquio, deficit sensoriale, o privazione ambientale, a condizione che le difficoltà nel linguaggio siano superiori rispetto a quelle abitualmente associate con questi problemi.

Il set di criteri della Balbuzie nel DSM-III-R era rappresentato da una definizione che consisteva in una frase; è stato aggiunto un set di criteri ampliato e più specifico. Le caratteristiche di definizione del Disturbo autistico³² del DSM-III-R (compromissione dell'interazione sociale, della comunicazione, e modalità stereotipate di comportamento) sono mantenute nel DSM-IV, ma i singoli criteri e l'algoritmo diagnostico complessivo sono stati modificati per i seguenti motivi: migliorare l'utilità clinica riducendo il numero di criteri da 16 a 12 e aumentandone la chiarezza; aumentare la compatibilità con i criteri diagnostici per la ricerca dell'ICD-10 e restringere la definizione dei casi per una maggiore conformità con il giudizio clinico, con il DSM-III, e con l'ICD-10. Inoltre, la richiesta di una "età di esordio" (prima dei 3 anni nel DSM-IV), che era stata omessa nel DSM-III-R, è stata ristabilita per conformità con l'uso clinico e per aumentare l'omogeneità di questa categoria.

Concludendo, la classificazione del DSM-IV comprende³³:

- Ritardo mentale (lieve, moderato, grave, gravissimo, non specificato)
- Disturbi dell'apprendimento (Disturbo della lettura, Disturbo del calcolo, Disturbo dell'espressione scritta, Disturbo dell'apprendimento NAS³⁴)
- Disturbo delle capacità motorie (Disturbo di sviluppo della coordinazione)
- Disturbi della comunicazione (Disturbo della espressione del linguaggio, Disturbo misto della espressione e della ricezione del linguaggio, Disturbo della fonazione, Balbuzie, Disturbo della comunicazione NAS)
- Disturbi generalizzati dello sviluppo (Disturbo autistico, Disturbo di Rett, Disturbo disintegrativo della fanciullezza, Disturbo di Asperger, Disturbo generalizzato dello sviluppo NAS)
- Disturbi da deficit di attenzione e da comportamento dirompente (Disturbo da deficit di attenzione/iperattività, Disturbo da deficit di attenzione/iperattività NAS, Disturbo della condotta, Disturbo oppositivo provocatorio, Disturbo da comportamento dirompente NAS).

Cause della sindrome autistica

Sono ancora oggi sconosciute; non esiste ancora un modello interpretativo che riesca a fornire una soddisfacente spiegazione dei complessi comportamenti che caratterizzano il Disturbo Autistico. L'ipotesi è che il bambino presenti una modalità atipica di percepire la realtà, che conduce ad una rappresentazione interna della realtà esterna per molti aspetti "originale", e che si traduce in modalità atipiche di investimento dell'altro e dell'oggetto. È possibile ipotizzare che uno o più fattori legati al bambino e all'ambiente siano in grado di avviare una cascata di avvenimenti, in cui, accanto all'inadeguata elaborazione degli stimoli, la distorsione delle esperienze relazionali

³¹ Ivi, p. 82.

³² Ivi., p. 83.

³³ P. Crispiani, *Lavorare con l'autismo. Dalla diagnosi ai trattamenti*, cit., pp. 19-22.

³⁴ Non Altrimenti Specificato.

precoci e precocissime finiscono per assumere un ruolo determinante³⁵. L'esperienza clinica permette di rilevare che ognuno dei sintomi caratterizzanti il Disturbo Autistico presenta nei diversi bambini autistici un'intensità ed un'espressività variabili.

Comunque, anche se con sensibili variazioni quantitative e qualitative, la compresenza dei tre sintomi caratteristici (compromissione dell'interazione sociale, disturbi della comunicazione e comportamenti atipici) ha una frequenza che supera le previsioni di un'associazione casuale. La questione non è da trascurare, poiché l'efficacia delle scelte strategiche e procedurali nel trattamento sono in relazione al tipo di approccio teorico e interpretativo assunto³⁶.
Danno di natura organica

Oggi è più accreditata la tesi della natura organica di tipo neurologico della sindrome autistica, mentre minori restano le posizioni interpretative di segno psicologico profondo e inadeguate quelle riferite alle cure parentali di genitori anafettivi³⁷. Le basi neurobiologiche dell'autismo sarebbero confermate da:

- **EEG³⁸**: dimostra spesso alterazioni rappresentate da punte diffuse o focali, e da scariche parossistiche di punte-onda;
- **Potenziali evocati uditivi**: presentano talvolta alterazioni del tracciato;
- **Potenziali cognitivi**: anomalie degli ERPs (Event-Related Potentials³⁹) sono spesso presenti. Esse sembrano indicare una disfunzione delle aree associative temporali e parietali, connesse con l'attenzione selettiva e l'attenzione sostenuta;
- **RMN e TAC**: segnalano spesso anomalie morfologiche a carico di: ventricoli laterali, cervelletto, sistema limbico (amigdala e ippocampo), lobi parietali e lobi temporali. L'ippocampo è implicato nell'apprendimento e nella memoria, determinando difficoltà nel collegare nuove informazioni con quelle già immagazzinate, nonché disturbi nel mantenimento della memoria⁴⁰.
- **PET e SPECT**: sono state segnalate anomalie di perfusione in regione parietale, a livello del cervelletto, nei lobi frontali. Quest'ultimi consentono la pianificazione e il controllo del comportamento, in particolare cognitivo e motorio, sia volontario che automatico. Ricerche recenti⁴¹ individuano in queste strutture una sorta di sistema operativo che svolge la funzione di supervisione e controllo, garante dell'esecuzione del comportamento.
- **Indagini neurochimiche**: hanno evidenziato elevati livelli di metaboliti della dopamina nel sangue, nelle urine e nel LCR che può disturbare la neurotrasmissione tra le aree corticali e tra queste e le zone subcorticali. Inoltre, sono presenti elevati livelli di serotonina ematica e nelle urine; alterazione dei livelli di beta-endorfina nel sangue e nel LCR; alterati livelli di ossitocina nel sangue e nel LCR; elevata escrezione urinaria di peptidi.
- In conclusione possiamo affermare che permane uno *stato di eziologia multipla*⁴², che consente di enunciare vari ambiti problematici: ambito bio-genetico in cui sono presenti mutazioni genetiche con anomalie cromosomiche; ambito organico con fattori infettivi, dismetabolici, neurologici e patologici (sclerosi multipla, disfunzioni organiche del SNC, etc.); ambito psicogeno - ambientale e ambito sociale - mentale.

³⁵ R. Pani, R. Biolcati e F. Assente, *Convivere con l'autismo. Contributi psicodinamici e strategie educative*, cit., p. 63.

³⁶ P. Crispiani, *Lavorare con l'autismo. Dalla diagnosi ai trattamenti*, cit., p. 33.

³⁷ Cit. S. Lebovici – R. Diakine – M. Soulé, *Trattato di psichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza*; P. Visconti, *L'autismo infantile*; L. Cottini, *Che cos'è l'autismo infantile*, in: P. Crispiani, *ibid.*

³⁸ Elettroencefalogramma.

³⁹ Evento potenziale correlato, risposta cerebrale misurabile, che si forma direttamente come risultato di un pensiero, oppure di una percezione. È qualsiasi risposta elettrofisiologica a uno stimolo interno oppure esterno.

⁴⁰ L. Cottini, *op. cit.*, in: P. Crispiani, *Lavorare con l'autismo. Dalla diagnosi ai trattamenti*, cit., p.34.

⁴¹ T. Shallice, *Neuropsicologia e struttura della mente*, in: P. Crispiani, *Lavorare con l'autismo. Dalla diagnosi ai trattamenti*, cit., p. 35.

⁴² P. Crispiani, *Lavorare con l'autismo. Dalla diagnosi ai trattamenti*, cit., p. 30.

Il deficit dello sviluppo sociale

Molti autori pensano che il nucleo centrale del disturbo autistico sarebbe un deficit dello sviluppo sociale. L'Autismo, cioè, sarebbe legato ad una compromissione di un modulo cognitivo che permette al bambino di farsi delle rappresentazioni mentali degli altri⁴³. Il deficit sociale, sia che venga interpretato in termini affettivi che cognitivi, riesce ad offrire una soddisfacente spiegazione ai disturbi dell'interazione sociale e della comunicazione, ma non riesce a dare una spiegazione altrettanto soddisfacente per interpretare la categoria dei disturbi definiti come repertorio di interessi ristretti, limitati e stereotipati. Questi ultimi aspetti vengono, invece, ricondotti al disturbo delle Funzioni Esecutive organizzate a livello frontale⁴⁴. Con il termine di FE vengono indicate una serie di abilità che risultano determinanti nell'organizzazione e nella pianificazione dei comportamenti di risoluzione dei problemi⁴⁵:

- la capacità di attivare e di mantenere attiva, a livello mentale, un'area di lavoro, una sorta di scrivania mentale, sulla quale disporre tutti gli elementi pertinenti al compito in esame;
- la capacità di formulare mentalmente un piano di azione;
- la capacità di inibire risposte impulsive;
- la capacità di essere attenti alle informazioni di ritorno, per correggere in base ad esse il piano inizialmente formulato;
- la capacità di spostare in modo flessibile l'attenzione sui vari aspetti del contesto.

Un disturbo delle FE comporta, fra i sintomi più tipici, l'impulsività, l'iperselettività e la perseverazione. Il bisogno di immutabilità ed i comportamenti ad esso correlati continuano a rappresentare un'area di ricerca particolarmente complessa. Nel bambino autistico il nuovo, il cambiamento o uno stimolo improvviso attiverrebbe normalmente il sistema difensivo, il quale tuttavia darebbe poi vita a comportamenti atipici ed esasperati per un'analisi incoerente della situazione stimolo.

Il deficit di teoria della mente

Molti comportamenti autistici sono stati spiegati dalla teoria della mente⁴⁶, impianto teorico degli anni '90 che parte dal presupposto che sin da piccolo l'essere umano denota un'attitudine ad inferire gli stati mentali altrui. La capacità di attribuire all'altro una conoscenza, una convinzione, un'emozione, si sviluppa nel bambino intorno ai quattro anni, prima di tale età, i bambini non sono in grado di attribuire una falsa credenza (riconoscere la differenza tra lo stato effettivo delle cose e la rappresentazione mentale propria o altrui). Tale capacità di attribuire stati mentali diversi dalla realtà dei fatti non si sviluppa nei bambini con autismo. Baron-Cohen⁴⁷, Leslie, Frith hanno dimostrato sperimentalmente che i bambini autistici hanno capacità simili ai loro coetanei normali nell'attribuire una causalità fisica ad un evento, ma sarebbero incapaci di rappresentare lo stato mentale di se stessi e degli altri; ciò evidenzia che nel bambino autistico è carente l'abilità di differenziare lo stato effettivo delle cose dalla rappresentazione mentale. Baron-Cohen propose questa teoria sulla scorta dell'incapacità degli autistici di predire dove una bimba avrebbe cercato la sua bambola, che era stata spostata, in sua assenza, dal luogo dove lei l'aveva messa; invece di rispondere sulla base di quello che la bambina pensava, il bambino autistico rispondeva in base allo stato reale delle cose.

⁴³ R. Pani – R. Biolcati – F. Assente, *Convivere con l'autismo. Contributi psicodinamici e strategie educative*, cit., pp. 89-91.

⁴⁴ L. Lenzi, *Neurofisiologia e teoria della mente*, in: R. Pani – R. Biolcati – F. Assente, *Convivere con l'autismo. Contributi psicodinamici e strategie educative*, cit., pp. 95.

⁴⁵ Ivi., p. 96.

⁴⁶ P. Crispiani, *Lavorare con l'autismo. Dalla diagnosi ai trattamenti*, cit., pp. 155-159.

⁴⁷ S. Baron Cohen, *L'autismo e la lettura della mente*, in: R. Pani – R. Biolcati – F. Assente, *Convivere con l'autismo. Contributi psicodinamici e strategie educative*, cit., pp. 110-116.

È possibile individuare alcuni precursori evolutivi della teoria della mente che nei soggetti autistici risultano deficitari⁴⁸:

A) **Capacità di espressione mimica**: nei bambini con autismo mancherebbe la capacità di espressione mimica e corporea che traduce i diversi stati psicologici, per es. l'espressione emozionale del viso all'intonazione della voce.

B) **Attenzione condivisa**: gli autistici avrebbero un deficit di attenzione condivisa, cioè non sarebbero in grado di condividere un focus di attenzione con un'altra persona. Un esempio di attenzione condivisa è il controllo dello sguardo: il bambino controlla lo sguardo dell'adulto e se l'adulto si gira da un'altra parte il bambino segue il suo sguardo. Si tratta di un riflesso sociale che si instaura a nove mesi nei bambini di qualsiasi cultura; invece, sulla base di studi sistematici, sappiamo che soggetti autistici mostrano una ridotta, se non assente, capacità di controllare lo sguardo. I bambini autistici sembrano incapaci di condividere spontaneamente l'attenzione visiva con un adulto, non guardano naturalmente o spontaneamente la dove gli altri guardano o indicano con il dito.

Un secondo esempio di attenzione condivisa è l'indicare dichiarativo, cioè il bambino indica con l'indice per attirare l'attenzione dell'adulto o per condividere un'esperienza; mentre nei bambini normodotati questo atteggiamento appare tra i 9/14 mesi, nei soggetti autistici si è notata una riduzione se non un'assenza totale dell'indicare dichiarativo. I bambini autistici mostrano perciò un deficit specifico nella produzione e comprensione dell'indicare dichiarativo, mentre hanno meno difficoltà nell'utilizzo dell'indicare richiestivo, questo perché il gesto dell'indicare con funzione imperativa richiede una semplice nozione di causalità fisica, mentre lo stesso gesto con funzione dichiarativa sottende l'uso di una meta-rappresentazione, ed infatti è solo questo che presenta gravi deficit nell'autismo. In altre parole, i bambini autistici manifestano poche se non nulle strategie di condivisione dell'attenzione con gli altri e sembra si servano dell'altra persona come "agente", qualcuno cioè che può agire sul mondo per conto loro, per raggiungere i loro scopi.

Manca completamente la capacità di rendersi conto che l'altra persona ha una prospettiva concettuale che può essere condivisa o indirizzata, ecco, perché, i bambini autistici sono capaci di prendere nota della prospettiva visiva dell'altra persona, ma non di ciò che pensa o sente. La mancanza di attenzione condivisa non si riscontra in altri handicap mentali e sembrerebbe esclusiva dell'autismo.

C) **Deficit di imitazione**: un terzo componente caratteristico indicativo dell'assenza di una teoria della mente riguarda il deficit di imitazione. Il meccanismo principale che permette al bambino di fare la prima distinzione tra cose e persone è l'imitazione precoce come risposta alle persone e non alle cose; l'originaria capacità di imitare fa parte della dotazione innata del neonato normale. Nel corso dello sviluppo troviamo poi segnali di un'imitazione proto-referenziale, l'imitazione cioè viene usata per capire come funziona il mondo. Verso i nove mesi è possibile osservare l'imitazione differita che mostra come questa capacità non sia fortemente vincolata allo stimolo, infatti, nello sviluppo normale la dipendenza dall'iniziativa adulta è destinata a sparire.

A differenza dei bambini normali che imitano in modo innato alcune espressioni semplici, la capacità imitativa, tutoriale nella comprensione sociale, non si riscontra nei bambini con sindrome autistica. Bisogna osservare, inoltre, che il tipo di imitazione che è tanto importante per lo sviluppo normale non è mai una copia esatta del comportamento adulto, ma è sempre di tipo attivo e creativo. Nell'autismo c'è una imitazione "parassitaria", per cui gli aspetti percettivi vengono copiati esattamente

⁴⁸ M. R. Pizzamiglio – L. Piccardi – A. Zotti, *Lo spettro autistico. Definizione, valutazione e riabilitazione in neuropsicologia*, cit., pp. 67-69.

D) **Mancanza di gioco simbolico**: nei bambini normali abbiamo tre livelli di gioco: sensomotorio, in cui il bambino esplora l'oggetto per il piacere corporeo; funzionale, in cui il bambino organizza il gioco, cioè usa l'oggetto per lo scopo per cui è stato costruito e per scoprirne le caratteristiche fisiche; di finzione, in cui il bambino introduce qualcosa di fantasioso in quello che fa o nell'uso degli oggetti, ad esempio, il bambino può utilizzare la penna come un missile e farlo volare nella stanza, ma in ogni momento è ben consapevole della differenza che esiste tra la vera identità della penna e la qualità di finzione.

Far finta è la stringente manifestazione dell'abilità di mentalizzare e dipende dalla capacità di distinguere tra uno stato reale e uno stato che si immagina o che si simula; la finzione è una manifestazione primitiva della teoria della mente. Nei bambini autistici, invece, si riscontra un'assenza della capacità di fingere nel gioco, il loro gioco, infatti, è stereotipato e ripetitivo piuttosto che simbolico e immaginativo, tanto è vero che nei bambini con autismo certi giochi meccanici, anche molto abili, non sono compromessi non dipendendo da questa abilità di simbolizzazione.

E) **Comunicazione intenzionale**: bisogna distinguere tra l'attribuzione di "agentività"⁴⁹, cioè l'idea che le persone sono possibili agenti di un'azione e possono quindi essere utilizzate per raggiungere uno scopo, e l'attribuzione di "intenzione"⁵⁰, cioè la rappresentazione dell'altro come individuo che ha intenzioni e comprende quelle altrui. I bambini autistici sviluppano solo il primo dei due comportamenti, mentre il secondo non compare o si manifesta con una frequenza molto bassa.

Due aree d'interpretazione della teoria della mente.

La teoria della mente applicata al disturbo autistico si divide in due aree interpretative⁵¹:

1) **Teoria socio-affettiva di Hobson**⁵²: pone l'accento sull'aspetto emozionale e relazionale come fattore cardine attorno a cui ruota la formazione della teoria della mente del bambino; alla base della sua teoria c'è la capacità del bambino di percepire le espressioni delle emozioni che permette al bambino di assumere il punto di vista dell'adulto. La mancanza di una teoria della mente nel bambino autistico sarebbe la conseguenza della mancanza di un'innata abilità di contatto emozionale con gli altri.

2) **Teoria cognitivo-computazionale di Leslie**⁵³ e **Frith**⁵⁴: individua la radice dei disturbi della sfera relazionale nella mancanza del processo di meta-rappresentazione. Nei bambini autistici, pur essendo intatta la capacità di utilizzare le rappresentazioni primarie (che si riferiscono alla realtà), manca la capacità di meta-rappresentazione (che si riferisce a stati mentali); questa ipotesi è stata confermata da studi empirici che hanno messo in evidenza come le abilità cognitive che non richiedono un'attribuzione di stati mentali sono intatte nei soggetti autistici.

Più che antisociali, perciò, gli autistici potrebbero essere chiamati asociali, dal momento che non sembrano molto consapevoli del mondo sociale intorno a loro. Ciò che caratterizza il loro sviluppo sociale non è tanto un evitamento⁵⁵, una resistenza nei confronti delle interazioni sociali, quanto un disinteresse e una mancanza di consapevolezza in ambito sociale. I bambini autistici più dotati possono sviluppare la capacità cognitiva di apprendimento dei meccanismi di comportamento socialmente appropriato, ma, anche in questo caso, spicca la natura meccanica della loro comprensione che non è né facilmente né spontaneamente generalizzabile.

⁴⁹ Ivi., 72.

⁵⁰ Ivi., p. 73.

⁵¹ R. Pani – R. Biolcati – F. Assente, *Convivere con l'autismo. Contributi psicodinamici e strategie educative*, cit., pp. 120-125

⁵² R. P. Hobson, *Autism and Development of Mind*, L.E.A., Hove, U. K. 1993.

⁵³ A.M. Leslie, *La teoria della mente*, Laterza, Bari 1995.

⁵⁴ U. Frith, *Autism: Explaining the Enigma*, Blackwell, Oxford 1989.

⁵⁵ P. Crispiani, *Lavorare con l'autismo. Dalla diagnosi ai trattamenti*, cit., p. 140.

L'apprendimento sociale nell'autismo può essere paragonato per analogia all'imparare una seconda lingua in età adulta con il metodo tradizionale: come noi ci troveremo costretti ad usare espressioni stereotipate, che non comportino la creazione di espressioni nuove e personali, così il soggetto artistico fa leva su espressioni e azioni stereotipate nelle situazioni sociali.

La diagnosi medica

Il processo diagnostico è quell'insieme sequenziale di atti conoscitivi dei tratti primari e secondari, delle relazioni esterne e degli adattamenti, della storia clinica e della situazione familiare⁵⁶. È, quindi, come diagnosi medica, condotto da figure mediche come psichiatra, neurologo, psicoanalista, psicopatologo, come diagnosi relativa alla funzione professionale svolta, anche da figure non mediche quali lo psicologo, il fisioterapista, l'infermiere, il pedagogo: in questi casi al termine diagnosi segue l'aggettivo che qualifica la funzione (psicologica, pedagogica ecc.).

Il criterio diagnostico più accreditato è quello sintomatologico, poiché si basa su sintomi e indizi per cogliere l'andamento evolutivo delle funzioni⁵⁷ e quindi permette di redigere la diagnosi funzionale. La diagnosi si fonda su un criterio diacronico, quindi sulla logica della prospettiva evolutiva per valutare l'andamento del caso, anche in base ad altri sintomi e in base ai soggetti 'normali'. Questo rimanda all'esigenza di mirare ad una diagnosi longitudinale che "rilevi da un lato la comparazione o conferma di condotte specifiche, dall'altro l'evoluzione o l'alternanza dei sintomi stessi"⁵⁸.

La diagnosi funzionale

La diagnosi funzionale di autismo infantile è attualmente formulata facendo riferimento ai criteri del DSM IV che prevede la presenza di almeno sei sintomi di cui almeno due riferibili ad una compromissione qualitativa dell'interazione sociale, almeno uno riferibile alla compromissione qualitativa della comunicazione verbale e non verbale e almeno uno riferibile ad una compromissione dell'area dell'attività e degli interessi. Ne deriva che la diagnosi di autismo e di altri DGS è esclusivamente clinica⁵⁹. La sola presenza di anche uno dei criteri descritti comporta l'inclusione nei Disturbi Generalizzati dello Sviluppo non altrimenti specificati (autismo atipico).

A causa dell'estrema variabilità della gravità e dei sintomi l'autismo può essere misconosciuto; una diagnosi attendibile, infatti, richiede l'intervento di un'equipe professionale multidisciplinare e l'uso di strumenti clinici validati. Inoltre, a causa delle menomazioni sociali e linguistiche che possono interferire sul funzionamento globale, risulta difficile valutare il funzionamento intellettuale e le abilità cognitive delle persone con autismo senza l'utilizzo di modalità di rapporto e di osservazione specifiche. E ancora, poiché l'autismo è a volte associato a condizioni mediche che possono riflettere eziologie diverse di tipo neurologico, genetico, metabolico o altro, diviene necessario l'utilizzo di esami clinici e di esami strumentali specifici alle differenti patologie quando si sospetti la presenza delle stesse⁶⁰.

Il Disturbo Autistico solitamente esordisce nei primi tre anni di vita e spesso le modalità di esordio sono subdole e mal definite. L'operatore di I livello (pediatra o anche operatore di asilo nido) deve pertanto essere sempre attento alle preoccupazioni e ai dubbi riferiti dai genitori circa lo sviluppo della comunicazione e della socializzazione del bambino. Infatti, seppur a volte sia difficile, è molto importante diagnosticare l'autismo in età precoce identificando i segnali di rischio

⁵⁶ S. Baron Cohen – P. Bolton, *Autismo, la conoscenza del problema*, cit., p. 75

⁵⁷ Capacità, potenzialità.

⁵⁸ P. Crispiani, *Lavorare con l'autismo. Dalla diagnosi ai trattamenti*, cit., pp. 49-50.

⁵⁹ R. Pani – R. Biolcati – F. Assente, *Convivere con l'autismo. Contributi psicodinamici e strategie educative*, cit., pp. 75-79.

⁶⁰ M. R. Pizzamiglio – L. Piccardi – A. Zotti, *Lo spettro autistico. Definizione, valutazione e riabilitazione in neuropsicologia*, cit., pp. 71-76.

di un alterato sviluppo comunicativo – relazionale entro il secondo anno di vita del bambino, perché un intervento precoce può migliorare sensibilmente la qualità della vita della persona autistica. Formulare una diagnosi tempestiva di autismo è importante anche perché⁶¹:

- consente una migliore valutazione dei dati epidemiologici di cui attualmente si dispone, permettendo una reale stima della prevalenza del disturbo, che attualmente corrisponde a 4-5/10000, ma che potrebbe, invece, essere valutata nell'ordine di 1-3/1000. L'autismo, quindi potrebbe essere ritenuto molto più frequente che in passato;
- consente di prevenire quella situazione di malessere che si genera all'interno del sistema famiglia, quando i genitori appaiono disorientati di fronte alla evidenza di anomalie nello sviluppo sociale e comunicativo del bambino. I genitori ricevono solitamente in questa fase risposte evasive circa la natura del problema, oppure risposte rassicuranti o addirittura colpevolizzanti, mentre è importante fornire loro delle spiegazioni adeguate e soprattutto guidarli nel processo di approfondimento diagnostico;
- facilita l'accesso dei familiari del bambino colpito ad indagini genetiche per eventuali futuri figli, così da garantire un maggior livello di attenzione e sorveglianza per i fratelli del bambino interessato (il rischio di ricorrenza del disturbo nella stessa famiglia è da 50 a 100 volte superiore rispetto alla prevalenza nella popolazione generale);
- permette la programmazione di un intervento precoce: in proposito una serie di ricerche hanno evidenziato che la possibilità di organizzare in maniera adeguata tempi, spazi ed attività del bambino nella fascia di età precoce (2-4 anni) riesce ad incidere significativamente e nell'immediato sulle potenzialità del bambino e in prospettiva sulla qualità delle sue capacità adattive, da cui dipende la qualità di vita dell'intero sistema familiare.

In conclusione, appare indispensabile la sensibilizzazione dei pediatri di base e l'inserimento, nei bilanci di salute dei primi anni di vita, di valutazioni dello sviluppo comunicativo-relazionale e di strumenti diagnostici di screening⁶². Nei casi in cui, in base ad un test standardizzato o all'osservazione effettuata, sembri verificarsi un serio sospetto di autismo l'operatore di I livello deve richiedere una visita specialistica (Neuropsichiatra Infantile) per l'eventuale conferma diagnostica. Nei casi dubbi l'operatore di I livello, d'accordo con i genitori, organizza un controllo a distanza di quattro settimane per una rivalutazione dei segni "sospetti". La diagnosi finale è di competenza medica, ma al percorso diagnostico è indispensabile che concorrano altre figure professionali, quali psicologo, educatore professionale, terapeuta del linguaggio, terapeuta della neuropsicomotricità dell'età evolutiva, terapeuta occupazionale, assistente sociale.

La diagnosi differenziale

Effettuare una diagnosi di autismo in età precoce è un aspetto molto critico. Infatti può capitare di interpretare male alcuni sintomi in chiave autistica; in particolare, è possibile una sovrapposizione diagnostica tra gli altri disturbi dello spettro autistico, così come è possibile scambiare per autismo altre patologie⁶³.

- **Autismo e ritardo mentale:** anche se è vero che nella maggior parte dei casi di autismo è presente ritardo mentale, è la sua qualità che differisce da quella del ritardo mentale di altra natura. In particolare, i bambini con ritardo mentale senza autismo mettono in atto stereotipie che però non dominano il loro schema generale di attività. Inoltre sono più comunicativi e interattivi a livello sociale rispetto al bambino autistico. Se è vero che nel ritardo può essere compromesso il linguaggio, ad un'analisi approfondita emerge la presenza di una comunicazione gestuale e dove possibile un linguaggio patologico ma comunicativo.

⁶¹ Ivi., pp. 78-79.

⁶² Di primo livello: indagine alla ricerca delle situazioni a rischio; di secondo livello: esame mirato ai casi a rischio individuati.

⁶³ R. Pani – R. Biolcati – F. Assente, *Convivere con l'autismo. Contributi psicodinamici e strategie educative*, cit., pp. 80-83.

- **Autismo e ritardo specifico del linguaggio:** in quest'ultimo sono osservabili buone relazioni sociali, attività di immaginazione e di gioco, il desiderio di comunicare che appaiono nell'uso dei gesti e in altre forme non verbali.
- **Autismo e disturbo da deficit dell'attenzione/iperattività (ADHD):** questo tipo di disturbo è connotato da goffaggine e deficit del controllo motorio e della percezione, mentre nell'autismo è presente un'iperselettività dello stimolo con un focus centrato su un dettaglio con comportamenti ripetitivi⁶⁴.
- **Altre patologie** da cui fare una distinzione sono: la Sindrome di Asperger, Disturbo di Rett, Disturbo Disintegrativo della Fanciullezza, Schizofrenia, Mutismo selettivo, Disturbo generalizzato dello sviluppo Non Altrimenti Specificato, etc⁶⁵.

La valutazione funzionale

La valutazione funzionale è un percorso che deve accompagnarsi alla diagnosi clinica, con obiettivi differenti seppur complementari per una corretta presa in carico. Mentre la diagnosi clinica ha lo scopo di classificare all'interno di categorie riconoscibili e stabili nel tempo, la valutazione funzionale ha lo scopo di "differenziare" i diversi soggetti, tenendo conto delle variazioni nelle competenze che avvengono su base temporale e sulla base dei diversi interventi, e quindi di orientare l'intervento individualizzato⁶⁶. La valutazione funzionale, infatti, per sua natura: è individualizzata e specifica, considera l'individuo per come funziona in un certo ambiente; mette in luce le aree di potenzialità e non solo i danni; parte dall'esigenza di dare risposte ai bisogni; suggerisce modalità e tecniche specifiche di intervento; è dinamica, soggetta per sua natura a modifiche periodiche sulla base dell'evoluzione del quadro; permette di valutare l'esito degli interventi; è uno strumento interdisciplinare.

È fondamentale che il percorso di valutazione funzionale avvenga attraverso strumenti oggettivi che consentano di quantificare – verificare - confrontare i dati emersi.

Nello specifico dell'autismo, il percorso di valutazione comprende i seguenti aspetti⁶⁷:

- valutazione del linguaggio e della comunicazione;
- valutazione cognitiva;
- valutazione del comportamento adattivo;
- valutazione psicoeducativa e occupazionale;
- valutazione neuropsicologia;
- valutazione delle risorse familiari.

La valutazione deve quindi coprire sistematicamente diverse aree: storia dello sviluppo della patologia, valutazione psicologica e delle abilità sociali e personali, esami strumentali e laboratoristici, neuropsicologici, neuromotori, ecc. L'osservazione dell'interazione del bambino con i componenti della famiglia e la valutazione degli stili di attaccamento forniscono importanti informazioni anche sul livello di stress provati dalla famiglia⁶⁸.

Trattamenti e strategie educativo-riabilitative

Attualmente si ritiene che non esista "il trattamento" che risponda alla complessità dei disturbi generalizzati dello sviluppo, ed in particolare dell'autismo. La pervasività del disturbo, la molteplicità dei quadri clinici e la possibile cronicità del disturbo richiedono l'integrazione dei vari modelli di intervento. E soprattutto richiedono di estendere il trattamento anche agli ambienti di vita, quelli familiari, scolastici ed esterni⁶⁹. Non esistendo la cura per guarire dall'autismo, si

⁶⁴ M. R. Pizzamiglio – L. Piccardi – A. Zotti, *Lo spettro autistico. Definizione, valutazione e riabilitazione in neuropsicologia*, cit., pp. 70-73.

⁶⁵ P. Crispiani, *Lavorare con l'autismo. Dalla diagnosi ai trattamenti*, cit., pp. 71-72.

⁶⁶ M. D. Amy, *Affrontare l'autismo*, cit. pp. 55-57.

⁶⁷ C. Salvitti, *L'alunno autistico va a scuola: proposte di intervento didattico*, L. Pellegrini, Cosenza 2007, pp. 31-33.

⁶⁸ Ibid.

⁶⁹ P. Crispiani, *Lavorare con l'autismo. Dalla diagnosi ai trattamenti*, cit., p. 74.

possono attivare interventi a carattere sintomatico che possono condurre a miglioramenti netti; essi sono⁷⁰:

- trattamento farmacologico: tende a contrastare i sintomi-bersaglio;
- trattamento dietetico: in riferimento a ipotesi eziologiche connesse a deficit o mancanza di enzimi o altre sostanze;
- trattamento psicomotorio: modalità di matrice psicoanalitica centrata su alcuni problemi significativi come la relazione con i genitori, con l'Io, con le insegnanti;
- trattamento educativo: consiste sulla pratica della relazione di aiuto;
- trattamento ecologico-plurale: consiste in una presa in carico globale che si orienta all'intera persona, all'intero contesto di vita e ad una pluralità di approcci e strategie.

La struttura portante al momento più accreditata s'individua all'interno di un approccio psico-educativo che prevede⁷¹:

- la diagnosi precoce e comunicazioni chiare alla famiglia sia durante il percorso diagnostico e sia nella valutazione dell'efficacia dei progetti psico-educativi;
- la valutazione clinico-biologica con accertamenti laboratoristici e strumentali, con eventuale trattamento farmacologico, in particolare per i soggetti affetti da epilessia;
- gli interventi abilitativi e educativi strutturati ed incentrati sul potenziamento delle risorse del bambino;
- l'aiuto pratico ed il sostegno psicologico alla famiglia;
- la continuità di servizi per l'intero ciclo di vita della persona;
- il collegamento e coordinamento degli interventi e dei servizi.

La formulazione della diagnosi rappresenta il punto di partenza di un percorso da fare insieme (bambino, operatori dei servizi sanitari e sociali, famiglia, scuola). Tutti gli spazi esperienziali del soggetto possono e devono assumere una valenza terapeutica. La terapia, infatti, non è solo quella che si fa nel presidio terapeutico, ma sono terapie anche tutte le opportunità offerte al soggetto di agire ed interagire nei diversi contesti. Pertanto, la collaborazione tra le diverse figure che interagiscono con il bambino non può prescindere anche dalla organizzazione specifica del contesto, così che il percorso terapeutico risulti costante e sempre adeguato alle problematiche del soggetto autistico⁷². Questo aspetto assume una rilevanza fondamentale se si considera la cronicità del disturbo stesso e la sua elevata pervasività. L'obiettivo principale di ogni percorso terapeutico deve essere il raggiungimento del maggior grado di autonomia e di indipendenza possibile per l'integrazione sociale.

La storia degli interventi sulle persone con autismo ci insegna molte cose; anche in questo caso appare che l'unico intervento in grado di influire sul benessere a lungo termine sia l'intervento psico-educativo condotto secondo alcuni criteri⁷³:

- **Importanza della valutazione:** la comprensione delle caratteristiche della persona con autismo deve giungere dalla sua diretta osservazione/valutazione e non da idee preconcepite sulla sua patologia. Inoltre, la valutazione di efficacia degli interventi deve potersi avvalere di criteri oggettivi e condivisibili.
- **Collaborazione con i familiari:** la collaborazione dei professionisti con i familiari parte dall'idea che la famiglia è veramente la risorsa principale per la persona con autismo.
- **Migliorare l'autonomia:** poiché i problemi su base organica della patologia non sono, al momento, reversibili, l'obiettivo attuale dei professionisti è quello di migliorare l'autonomia della persona con autismo. Ciò va fatto sia attraverso l'insegnamento di abilità al soggetto, sia attraverso l'adattamento dell'"ambiente di vita" in modo che il soggetto possa esprimervi il più alto livello di autonomia possibile.

⁷⁰ Ivi., pp. 75-76.

⁷¹ M. R. Pizzamiglio – L. Piccardi – A. Zotti, *Lo spettro autistico. Definizione, valutazione e riabilitazione in neuropsicologia*, cit. 77-80.

⁷² M. D. Amy, *Affrontare l'autismo*, cit., pp. 49-50

⁷³ L. Cottini, *Educazione e riabilitazione del bambino autistico*, cit., p. 13-15

- **Individualizzazione dell'intervento:** al fine di perseguire gli obiettivi di autonomia, deve essere fatta un'attenta valutazione sia delle abilità da insegnare sia dei deficit ai quali offrire un adattamento ambientale. La valutazione si avvale di strumenti formali standardizzati e validati sul campo.
- **Insegnamento strutturato:** per massimizzare il processo di apprendimento nelle persone con autismo bisogna puntare, attraverso le tecniche di "insegnamento strutturato", sui punti di forza, che sono stati individuati nelle abilità visuo-spaziali, nella memoria per associazione e all'interno di particolari ambiti di interesse. La strutturazione dello spazio fisico, dei programmi della giornata, delle procedure di esecuzione e delle singole attività deve essere individualizzata sulla base dei bisogni specifici della persona. La tecnica si rivela utile in tutto il ciclo di vita.
- **Approccio cognitivo-comportamentale:** Riferimento all'approccio cognitivo-comportamentale sia per quanto riguarda l'intervento sia per la ricerca empirica, tenendo presente che da tempo i due filoni cognitivo e comportamentale si stanno integrando sempre di più.
- **Miglioramenti delle abilità e accettazione dei deficit:** Un programma d'insegnamento efficace deve saper utilizzare i rinforzi positivi (es: premi concreti, approvazione sociale, motivazione intrinseca) per migliorare le abilità, e allo stesso tempo deve saper minimizzare i deficit attraverso l'adattamento ambientale in modo da non sottoporre il soggetto ad inutili frustrazioni.
- **Approccio generalista:** è necessario che il personale, anche se articolato in diverse funzioni, nel suo approccio al lavoro con l'autismo sia formale ad un'unica visione del problema. È necessaria quindi sia una formazione generale comune sull'autismo e una formazione specifica relativa agli strumenti di intervento relativi alla propria mansione.
- **Servizi per l'intero ciclo di vita:** L'autismo ha bisogno di interventi specializzati per tutto il corso di vita, che tengano conto delle caratteristiche peculiari della malattia e che allo stesso tempo sappiano individuare le differenti richieste presenti nella fase del ciclo di vita. Si parla, anche in questo caso, di approccio ecologico-plurale⁷⁴.

Nell'esperienza scientifica internazionale, gli interventi più utilizzati e validati sono quelli educativo-abilitativi⁷⁵, basati su un approccio globale alla situazione individuale, familiare, scolastica del soggetto autistico allo scopo di individuarne le risorse recuperabili e di facilitare cambiamenti adeguati dei contesti di vita. Le strategie fornite da questi approcci danno anzitutto grande importanza ad un training altamente strutturato e spesso intensivo, adattato individualmente al bambino, per insegnargli a sviluppare le capacità sociali e comunicative. L'intervento deve essere più precoce possibile per avere migliori possibilità di riuscita.

L'integrazione scolastica dei soggetti affetti da autismo

La scuola rappresenta un momento fondamentale di integrazione dei disabili così come garantito dalla legislazione scolastica (L. 517/77) e dalla legge 104/92 che hanno fatto dell'Italia uno dei paesi più avanzati a livello mondiale, grazie all'istituzione dell'equipe multidisciplinare (ai sensi del DPR 24/02/94)⁷⁶. Considerando l'età, il livello di sviluppo e la natura del problema, l'ambiente scolastico, infatti, va inteso come uno spazio preposto a facilitare le autonomie personali e ad attenuare i comportamenti disturbanti. Si ripropone quindi anche in quest'ambito la necessità di definire, a monte dei contenuti dell'intervento, la strutturazione del contesto all'interno del quale tali contenuti vanno poi inseriti, nonché personale maggiormente specializzato e che possa usufruire di momenti di formazione ed aggiornamento caratterizzati da competenze specifiche per l'autismo

⁷⁴ P. Crispiani, *Lavorare con l'autismo. Dalla diagnosi ai trattamenti*, cit., pp. 76-77.

⁷⁵ Ivi., pp. 78-79.

⁷⁶ M. Cairo, *Pedagogia e didattica speciale per educatori e insegnanti nella scuola*, Vita e Pensiero, Milano 2007, pp. 29-31.

acquisite e riconosciute a livello regionale. Si deve, inoltre, programmare la possibilità di permanenze più prolungate in ambito scolastico, per garantire l'esplicitazione massima di tutte le capacità potenziali del bambino con autismo, che spesso richiede tempi diversi. Affinché poi lo "spazio scuola" possa assumere una piena valenza formativa è necessario che gli operatori vengano messi a conoscenza del progetto terapeutico globale⁷⁷.

Gli interventi psicopedagogici, che sono competenza della scuola, vanno quindi elaborati all'interno di un programma educativo individualizzato (PEI), nel quale vanno stabiliti gli obiettivi educativi in accordo tra Scuola, Famiglia e Servizi⁷⁸. Il servizio di medicina delle Comunità oltre a garantire le attività preventive dei consultori familiari e di medicina scolastica ha le funzioni previste dal Piano Sanitario Regionale in attuazione del DPR 24/2/'94 per l'integrazione scolastica anche attraverso intese e collaborazioni con i servizi territoriali di neuropsichiatria infantile per un'adeguata e reale presa in carico globale (famiglia, scuola, servizi sanitari, servizi sociali, etc.) del bambino e adolescente affetto da autismo⁷⁹.

I parametri generali di solito utilizzati nell'ambito della programmazione del PEI sono⁸⁰:

- identificare le priorità (di quali competenze il bambino ha in quel momento maggior bisogno);
- stabilire quali sono i comportamenti che vanno scoraggiati e soppressi, perché perturbanti rispetto alle possibilità di sviluppo e apprendimento;
- focalizzare quali sono le abilità critiche per un buon funzionamento attuale e per lo sviluppo futuro del bambino;
- porsi come obiettivo non tanto il raggiungimento di abilità accademiche, ma la possibilità di facilitare lo sviluppo del bambino sul piano delle autonomie, delle relazioni, delle capacità di comunicazione, per cercare di aiutarlo ad integrarsi nella società.

Una risorsa che va particolarmente utilizzata è l'inserimento nell'ambito di un gruppo di coetanei. Essi, infatti, con la spontaneità che li caratterizza, la naturalezza del loro modo di rapportarsi e la capacità di una sintonizzazione empatica, si pongono come figure particolarmente idonee per attivare sequenze di interazione in grado di facilitare la crescita sociale del bambino autistico. È evidente che questo ruolo che possono svolgere i coetanei è soprattutto potenziale. Si rende pertanto necessario un loro coinvolgimento attivo, attraverso la sensibilizzazione nei confronti di tematiche, che per la loro complessità, devono essere affrontate con modalità e strumenti adeguati al livello di sviluppo.

Scuola e famiglia: un'alleanza educativa

Un intervento per il soggetto con Disturbo Autistico soprattutto se precoce deve configurarsi come un progetto centrato sulla famiglia. L'intervento sulla famiglia, tuttavia, non deve ridursi ad un generico sostegno psicologico, né tanto meno ad un addestramento dei genitori perché possano continuare a casa gli "esercizi"⁸¹. Affermare la centralità della famiglia significa riconoscerle il valore di uno spazio privilegiato, in cui il soggetto possa interagire e partecipare. Gli interventi rivolti alla famiglia si prefiggono, quindi, in primis che i genitori raggiungano un adeguato livello di conoscenza dell'autismo, quale disabilità evolutiva. Ciò comporta che i genitori del bambino siano informati su che cos'è l'autismo, sulle cause del disturbo, sulle ricerche che vengono effettuate in proposito a livello internazionale e sulle possibili indagini aggiuntive che possono essere effettuate.

Inoltre, è importante informarli sulle terapie proposte a livello internazionale, illustrare loro il percorso terapeutico che si prospetta a breve e medio termine e dunque sulle risorse territoriali, in relazione al territorio di appartenenza⁸². E' evidente che tutte queste informazioni non possono

⁷⁷ Ibid.

⁷⁸ L. Cottini – L. Rosati – O. Bovi, *Per una didattica speciale di qualità. Dalla conoscenza del deficit all'intervento inclusivo*, Morlacchi, Perugia 2008, pp. 120-123.

⁷⁹ Ibid.

⁸⁰ P. Crispiani, *Lavorare con l'autismo. Dalla diagnosi ai trattamenti*, cit., pp. 163-166.

⁸¹ M. Cairo, *Pedagogia e didattica speciale per educatori e insegnanti nella scuola*, cit., pp. 58-60.

⁸² Ivi., p. 61

essere date in un singolo incontro e bisogna dunque prevedere nella fase immediatamente successiva alla diagnosi, una serie di incontri nell'ambito dei quali si dà la possibilità ai genitori di ritornare eventualmente su argomenti già discussi per favorire una graduale metabolizzazione delle spiegazioni che vengono loro fornite. Solo quando questa fase si consideri conclusa si può passare alla successiva, che consiste nell'attivare le risorse genitoriali nella gestione quotidiana del bambino. Le strategie da attuare in proposito sono⁸³:

- guidare i genitori alla conoscenza del bambino;
- modificare il setting ambientale e le richieste al bambino, per ottenere il massimo in termini di intervento e sviluppo;
- fornire loro consigli su possibili atteggiamenti educativi alternativi a quelli abitualmente utilizzati;
- incoraggiare i genitori a scegliere in maniera autonoma strategie educative alternative;
- sostenerli nelle scelte effettuate (se valide);
- favorire una riorganizzazione del sistema famiglia;
- insistere sulla necessità di un'adeguata organizzazione del tempo libero.

Prognosi

L'autismo è una condizione che una volta instauratasi perdura tutta la vita, seppure può essere soggetta a delle modificazioni in senso migliorativo (sviluppo di autonomie personali e sociali, linguaggio e altre funzioni cognitive), ma anche in senso peggiorativo (comparsa di disturbi del comportamento e di altri comportamenti problematici). La prognosi in termini di sviluppo di autonomie personali e sociali e in genere di qualità della vita è fortemente condizionata dal grado di compromissione del funzionamento cognitivo ed in particolare di sviluppo del linguaggio ma anche dalla presenza di disturbi comportamentali gravi⁸⁴.

Attualmente solo un terzo dei soggetti affetti da autismo raggiunge un grado di autonomia soddisfacente mentre il restante numero di soggetti necessita di assistenza continuativa. Per questo motivo, gli operatori dovrebbero porsi di fronte a questa patologia con il motto "Curare senza guarire"⁸⁵, senza pretendere di poter fare miracoli, ma accettando le sconfitte e, soprattutto, dare cure al bambino e alla sua famiglia. Comunque, il miglioramento della prognosi appare legato principalmente alla precocità e all'adeguatezza dell'intervento abilitativo e quindi alla possibilità di effettuare una diagnosi precoce e di ricevere adeguati trattamenti⁸⁶.

Il programma di intervento comportamentale precoce

Secondo l'interpretazione della teoria comportamentista, l'autismo è una "*sindrome su base neurologica, che si oggettivizza in particolari modalità comportamentali, le quali possono essere soggette a cambiamenti in seguito ad interazioni specifiche con l'ambiente*"⁸⁷. Ma il bambino autistico non riesce facilmente ad apprendere dal proprio ambiente se non vengono predisposte adeguate modalità di facilitazione. L'obiettivo di questo intervento è quello di portare il bambino alla capacità di apprendere autonomamente dall'interazione con il suo ambiente⁸⁸. Il programma di

⁸³ R. Pani – R. Biolcati – F. Assente, *Convivere con l'autismo. Contributi psicodinamici e strategie educative*, cit., pp. 159-161

⁸⁴ Ivi., pp. 81-82.

⁸⁵ Prof. Basile, Laboratorio Handicap e Sostegno 1.

⁸⁶ M. R. Pizzamiglio – L. Piccardi – A. Zotti, *Lo spettro autistico. Definizione, valutazione e riabilitazione in neuropsicologia*, cit., pp. 29-30.

⁸⁷ L. Cottini, *Educazione e riabilitazione del bambino autistico*, Roma, Carocci editore, 2002, p. 17.

⁸⁸ Ibid.

intervento precoce di tipo comportamentale⁸⁹, proposto da Lovaas⁹⁰, si fonda su alcuni principi guida di tipo organizzativo e tecnico-metodologico⁹¹:

- il luogo privilegiato dove sviluppare l'intervento non è più rappresentato dalla clinica o dallo studio del psicoterapeuta, ma dalla casa, dalla scuola e dagli altri ambienti dove il bambino trascorre gran parte del proprio tempo. L'obiettivo è quello di aiutare il bambino a vivere in un mondo reale e non artificiale.
- L'intervento deve essere iniziato precocemente e condotto in maniera continuativa ed intensiva. Secondo Lovaas, l'età ottimale per iniziare un intervento è prima dei 5 anni (in particolare da 2 a 3 anni), mentre per quanto riguarda l'intensità dei programmi, i migliori risultati si ottengono con interventi da almeno 30 ore di lavoro alla settimana⁹².
- L'intervento viene condotto facendo riferimento alle strategie derivate dall'approccio di analisi e modificazione del comportamento; le tecniche educative utilizzate sono quelle centrate sul controllo degli stimoli, sul modellamento e sul rinforzo. Inoltre, si fa ricorso a strategie per contenere comportamenti negativi (ad esempio l'autolesionismo).
- Uno dei problemi principali che si riscontra nel lavoro educativo a bambini autistici è quello della scarsa generalizzazione delle abilità acquisite (i progressi tendono a rimanere vincolati ai luoghi in cui si è svolto il training e alle persone che lo hanno condotto). Questo da un lato porta ad enfatizzare ulteriormente la necessità di un insegnamento implementato in tutti gli ambienti di vita del bambino e dall'altro richiede l'adozione di tecniche specifiche in grado di facilitare il processo di transfert dell'apprendimento.

Nell'affrontare un lavoro di questa portata, è importante stabilire sin dall'inizio strategie di valutazione e di intervento educativo, quindi sulle procedure per condurre l'osservazione delle abilità e delle difficoltà del bambino; sulle strategie per potenziare comportamenti positivi e sulle strategie per eliminare comportamenti problematici. La realizzazione di un piano di intervento personalizzato deve prendere il via da una valutazione precisa delle capacità e carenze del soggetto⁹³:

- **Valutazione qualitativa delle abilità e delle difficoltà;** l'indagine iniziale dei vari repertori viene effettuata tramite strumenti denominati check-list o liste di rilevazione strutturate⁹⁴. Si tratta di elenchi di abilità e di specifici comportamenti sequenziali in ordine gerarchico che permettono di sistematizzare l'osservazione e di constatare la presenza o l'assenza di un fenomeno, senza che si formino giudizi di valore.
- **Valutazione quantitativa dei problemi comportamentali** (osservazione sistematica); alcune risposte comportamentali, di per sé non eccessivamente negative, possono diventare preoccupanti se si manifestano con molta frequenza e/o eccessiva intensità e/o per molto tempo. Da qui l'esigenza, una volta stabiliti con precisione i comportamenti oggetto di osservazione, di valutare opportunamente i principali parametri quantitativi della frequenza, durata e intensità⁹⁵.
- **Analisi funzionale del comportamento;** mira ad evidenziare i rapporti fra il comportamento oggetto di osservazione e l'ambiente. La teoria del condizionamento operante, mette in risalto che ogni nostra azione è funzione della situazione precedente all'emissione (situazione-stimolo) e viene solitamente consolidata dalle conseguenze che produce. Meazzini e Fagetti⁹⁶ ritengono fondamentali, ai fini dell'analisi funzionale, la ricognizione del problema o analisi della situazione stimolo antecedente; la descrizione degli episodi comportamentali effettuata in modo obiettivo e verificabile; la descrizione delle conseguenze prodotte dal comportamento.

⁸⁹ Conosciuto anche come "Young Autistic Project".

⁹⁰ O. I. Lovaas, *Teaching Individuals with Developmental Delays, Basic Intervention Techniques*, 2003.

⁹¹ L. Cottini, *Educazione e riabilitazione del bambino autistico*, cit., pp. 18-21.

⁹² Ivi., p. 20.

⁹³ Ivi., pp. 22-28.

⁹⁴ Ivi., p. 23.

⁹⁵ Ivi., p. 25.

⁹⁶ P. Meazzini – M. A. Fagetti, *Apprendimento: scienza e tecnologia*, in: L. Cottini, *Educazione e riabilitazione del bambino autistico*, cit, p. 28.

Le strategie per favorire l'apprendimento di abilità più utilizzate sono⁹⁷:

- **Tecnica dell'aiuto (prompting) e attenuazione dell'aiuto (fading)**⁹⁸; consiste nel fornire all'individuo uno o più stimoli discriminanti sottoforma di prompt, suggerimenti verbali, indicazioni gestuali, guida fisica. I primi due rappresentano aiuti naturali che vengono sempre utilizzati dall'educatore allo scopo di facilitare la comprensione del compito. L'aiuto fisico, invece, presuppone un contatto materiale tramite il quale l'educatore guida il soggetto nell'effettuazione delle prestazioni programmate. Il pericolo più evidente consiste nella dipendenza all'aiuto, cioè dalla possibilità che il bambino effettui la prestazione solo in presenza di prompt. Per fare in modo che ciò non accada, occorre attenuare progressivamente gli aiuti forniti attraverso il fading che consiste nella riduzione dell'aiuto verbale (diminuire il numero di parole di parole che compongono l'ordine, abbassare il tono di voce), nell'attenuazione dell'aiuto gestuale (diminuire l'ampiezza del gesto, sostituirlo con uno meno appariscente), etc.
- **Strategie di apprendimento imitativo**: il modellamento (modeling)⁹⁹; consiste nella promozione di esperienze di apprendimento attraverso l'osservazione del comportamento di un soggetto che funge da modello. A livello generale, questo processo dipende da tre condizioni: le caratteristiche del modello; le caratteristiche dell'osservatore; le conseguenze prodotte dal comportamento del modello e dal quello dell'osservatore nel momento in cui imita. Nel caso di soggetti autistici o con gravi deficit, questo processo non è semplice; in questi casi la strutturazione di un intervento di modeling deve basarsi sui principi di: facilitazione dei processi attentivi; aiuto al processo di riproduzione motoria; incremento della componente motivazionale attraverso il rinforzo¹⁰⁰.
- **Modellaggio (shaping)**; si basa sul rinforzo di comportamenti dell'allievo che progressivamente si avvicinano a quello ricercato (comportamento-meta). Le caratteristiche che fondano un programma di modellaggio: individuazione dell'abilità che si intende insegnare (definizione del comportamento-meta); delineazione di una serie di approssimazioni successive, cioè di comportamenti che partendo da quello iniziale si avvicinano a quello meta; predisposizione di opportuni programmi di rinforzamento per far sì che il soggetto possa progressivamente padroneggiare i vari comportamenti fino alla meta.
- **Concatenamento (chaining)**; utilizzato per l'insegnamento di abilità complesse costituite da sequenze di comportamenti ben delineabili (abilità di autosufficienza come lavarsi, vestirsi, etc.). Si suddivide in tre fasi: suddivisione dell'abilità in componenti (task-analysis); costruzione della catena comportamentale; strutturazione di un programma di concatenamento delle componenti attraverso il rinforzo.
- **Tecniche di rinforzamento**; il rinforzo è un evento che, fatto seguire all'emissione di un comportamento, ne rende più probabile la comparsa in futuro. Esistono vari tipi di rinforza tori; i più significativi dei quali sono quelli materiali, sociali, sensoriali, simbolici, informativi. L'educatore che vuole consolidare delle abilità di allievi autistici attraverso l'impiego di agenti di rinforzo deve orientare il proprio intervento nel rispetto di alcuni principi fondamentali: rinforzare immediatamente dopo l'emissione del comportamento; provvedere alla progressiva sostituzione dei rinforza tori materiali con rinforza tori maggiormente naturali; favorire il passaggio da schemi di rinforzo costante a schemi di rinforzo intermittente.

Le strategie per diminuire comportamenti problematici più utilizzate sono¹⁰¹:

- **Rinforzamento differenziale**; la riduzione dei comportamenti-problema non viene perseguita con la punizione o il rimprovero, bensì tramite il rinforzo di comportamenti diversi da quello

⁹⁷ Cottini, *Educazione e riabilitazione del bambino autistico*, cit., pp. 28-35

⁹⁸ Ivi., pp. 29-30.

⁹⁹ Ivi., p. 31.

¹⁰⁰ A. Bandura, *Principles of Behavior Modification*, in: L. Cottini, *Educazione e riabilitazione del bambino autistico*, cit., p. 32.

¹⁰¹ L. Cottini, *Educazione e riabilitazione del bambino autistico*, cit., pp. 40-46.

inadeguato. L'assunto di base sta nella certezza che modificando la frequenza di certi comportamenti sia possibile determinare variazioni anche in altri, specie se fra le due classi esiste un rapporto di incompatibilità.

- **Estinzione**; si basa sull'idea che la frequenza e/o la durata e/o l'intensità di un comportamento-problema tendono a decrescere se questo non viene seguito da nessun rinforzatore.
- Invece tra le strategie aversive rientrano:
- **Time out**; sospensione, ma non del gioco, bensì da qualsiasi agente rinforzante. Il bambino che presenta un comportamento inadeguato viene privato di ogni rinforzatore e spesso isolato in un'altra stanza per il tempo sufficiente alla cessazione dell'azione pericolosa per sé o per gli altri. Ovviamente questa strategia non può costituire un modello abituale di insegnamento, viene utilizzato solo in situazioni estreme.
- **Restrizione fisica**; inibizione motoria del soggetto per impedirgli di emettere comportamenti gravemente lesivi per la sua salute e per quella degli altri.

Infine, molto diffusa è la strategia della **token economy** (economia simbolica) che si basa sul corretto utilizzo dei rinforzatori simbolici o token (gettoni, fiches) i quali acquistano valore rinforzante in quanto possono essere scambiati per assicurarsi vari privilegi. I token si guadagnano emettendo le prestazioni richieste, ma possono essere anche persi nel caso in cui si attuino dei comportamenti inadeguati. Le caratteristiche di questa strategia sono: stabilire esattamente (e in anticipo) le attività da premiare con token; compilare un elenco di ricompense di sostegno adeguate; fissare il costo di ogni ricompensa di sostegno; decidere quanti token il soggetto riceverà per le attività positive; stabilire le modalità di scambio dei token con le ricompense; registrare esattamente il comportamento del bambino. Come si può osservare, le procedure e gli obiettivi di questa strategia devono essere ben chiari ed esposti in anticipo, per fare in modo che i bambini sappiano a cosa vanno incontro attuando un comportamento.

La terapia di attivazione emotiva e reciprocità corporea (A.E.R.C.)

L'AERC, acronimo di attivazione emotiva e reciprocità corporea, è un approccio, una "filosofia di lavoro"¹⁰² che guida ed orienta l'intervento di operatori e genitori al coinvolgimento emozionale e alla intersoggettività del bambino affetto da questa patologia. Attraverso questa metodologia si mira ad ottenere un "*passaggio da una condizione omeostatica che condannava il bambino a un perenne gingillarsi con oggetti e stereotipie, ad un'altra situazione in cui sempre più accetti il ritmo di una relazione diretta nelle varie implicazioni sociali*"¹⁰³. Nel soggetto sano sin dai primi momenti di vita è la madre o la figura di attaccamento che canalizza l'attenzione del bambino e lo guida allo sviluppo fisico e cognitivo. La madre attraverso il contatto fisico, lo scambio relazionale, la reciprocità corporea e sociale rende possibile lo sviluppo integrato ed armonico della personalità del bambino¹⁰⁴. Il dottor Zappella sulla base di queste considerazioni ha proposto un approccio centrato sul recupero della reciprocità tra il bambino autistico ed il genitore.

Si tratta di un approccio terapeutico ed educativo basato sull'intersoggettività primaria e secondaria¹⁰⁵. Lo strumento principale è il genitore o il terapeuta che, in un luogo adeguatamente strutturato (ampia stanza dotata di specchio unidirezionale, tappeto, sedie, tavolo, molti giochi), stabilisce una relazione con il bambino attraverso attività ludiche o grafico-pittoriche, mentre l'altro genitore, che poi prenderà il suo posto, guarda dietro uno specchio insieme ad un altro terapeuta cercando di capire quello che sta avvenendo. Quest'attività è utile ai genitori per recuperare un rapporto con il figlio, spesso divenuto fallimentare.

L'AERC prevede una seduta ogni due o tre settimane. Nell'arco di tempo che intercorre tra una seduta e l'altra i genitori a casa provano a ripetere il tentativo di collaborazione con il figlio con l'aggiunta delle variabili derivanti dalla loro fantasia e creatività. Questo approccio ha lo scopo di

¹⁰² L. Cottini, *Educazione e riabilitazione del bambino autistico*, cit., p. 157.

¹⁰³ M. Zappella, *Autismo infantile. Studi sull'affettività e sulle emozioni*, La Nuova Italia Scientifica, Roma 1996, p. 88

¹⁰⁴ P. Crispiani, *Lavorare con l'autismo. Dalla diagnosi ai trattamenti*, cit., p. 142.

¹⁰⁵ M. Zappella, *Autismo infantile. Studi sull'affettività e sulle emozioni*, cit., p. 89.

creare un aumento quantitativo di stimoli specifici creando una instabilità del sistema nervoso perché espone il bambino ad una situazione nuova utile a ridirezionare il comportamento. Lo scopo principale dell'AERC, particolarmente utile per i bambini fino ai sei o sette anni, è quello di promuovere la collaborazione diretta tra genitori ed il bambino affinché egli possa beneficiare di una mente più esperta e più matura.

La triade educativa su cui si fonda l'AERC è dunque la seguente: la capacità genitoriale, le risorse dei bambini e le competenze metodologiche degli operatori¹⁰⁶. Il metodo punta a rendere protagonisti i genitori e promuovere la loro capacità genitoriale attraverso un percorso di implementazione e sviluppo della loro consapevolezza nel gestire relazioni emotive via via più intense. Il trattamento parte da un evento positivo per la ridefinizione in positivo delle risorse dei bambini e le risorse dei genitori a lungo accantonate. Con l'AERC viene sollecitata e promossa la reciprocità sociale attraverso la collaborazione immediata e diretta tra i genitori ed il bambino.

Questo avviene tramite delle modalità che comportano, appunto, un'attivazione emotiva¹⁰⁷: la variazione del tono di voce, rendendola squillante all'improvviso oppure abbassandola; l'incontro degli sguardi; l'attività motoria; il contatto corporeo. L'approccio è dunque ecologico, di presa in carico globale del soggetto portatore di bisogni e risorse. Il metodo prevede una serie di fasi attuative: i colloqui con i genitori, la ridefinizione delle abilità presenti nel bambino, la ridefinizione in positivo delle capacità genitoriali, la modulazione della voce per catturare l'attenzione del bambino, la presenza di due terapeuti-educatori, l'uso dello specchio direzionale, l'esposizione a situazioni emozionali intense, l'attivazione motoria e corporea, i tempi brevi di relazione diretta. La prima holding¹⁰⁸ si connota per una certa forza intrusiva e una schematicità procedurale e prevede delle esperienze provocate: il bambino è tenuto sulle ginocchia da un genitore coadiuvato dall'altro (contatto corporeo); attivazione del contatto faccia a faccia; attivazione di prime forme comunicative pre-linguistiche; attivazione di semplici comunicazioni¹⁰⁹. Quindi, elementi costitutivi di tale pratica sono il contatto corporeo; il flusso verbale dall'adulto al bambino e un dislivello di potere a favore dell'adulto¹¹⁰.

Va precisato che, prima di intraprendere un trattamento educativo e terapeutico, l'AERC prevede l'osservazione clinica e una valutazione multifattoriale, medica, psicologica, pedagogica, rivolta alla totalità della persona. L'AERC è utile nella scuola dell'infanzia e rappresenta l'approccio-base sia per migliorare la qualità della collaborazione del bambino sia per introdurre gradualmente insegnamenti più strutturati¹¹¹. Spesso capita che il bambino si butti a terra gridando e rifiutando ogni proposta di attività. In questo caso l'educatore prenderà per mano il bambino e correrà con lui coinvolgendo qualche altro bambino. Il bambino con il disturbo autistico si troverà disorientato, incapace di reagire e questa situazione sarà l'occasione per stabilire un contatto corporeo, la reciprocità dello sguardo e l'insegnamento di una semplice attività. Si può anche accettare inizialmente il copione del bambino caratterizzato da comportamenti negativi per modificarlo gradualmente verso comportamenti più accettabili.

L'AERC in famiglia ha lo scopo di ridefinire in positivo le capacità educative dei genitori e delle risorse del bambino mediante la realizzazione di semplici attività per far ripartire una relazione educativa che aveva subito una battuta di arresto. Il gioco rappresenta un bisogno fondamentale di tutti i bambini con o senza autismo, esso si evolve in base agli interessi, allo stadio evolutivo raggiunto. Il bambino autistico trova difficoltà nella reciprocità sociale e nel pensiero immaginativo, competenze indispensabili per lo sviluppo del gioco, ma grazie ad un approccio precoce a valenza AERC si possono favorire la disponibilità, la reciprocità e l'esplorazione, abilità utili allo sviluppo

¹⁰⁶ P. Crispiani, *Lavorare con l'autismo. Dalla diagnosi ai trattamenti*, cit., pp. 139-140.

¹⁰⁷ "Ricerare un aumento quantitativo degli stimoli specifici, creando un'instabilità del sistema nervoso per poi esporlo ad una situazione nuova dal punto di vista relazionale", L. Cottini, *Educazione e riabilitazione del bambino autistico*, cit., p. 160.

¹⁰⁸ P. Crispiani, *Lavorare con l'autismo. Dalla diagnosi ai trattamenti*, cit., pp. 143-144.

¹⁰⁹ Ibid.

¹¹⁰ Ibid.

¹¹¹ L. Cottini, *Educazione e riabilitazione del bambino autistico*, cit., pp.158-160.

delle prime fasi del gioco¹¹². L'AERC, per le sue peculiarità, ossia per il fatto di essere un approccio e non un vero e proprio metodo, può essere utilmente integrato con altri modelli di intervento terapeutico ed educativo come, ad esempio, la Musicoterapica e la Terapia Psicomotoria.

Il programma TEACCH

La sezione per il trattamento e l'educazione di bambini autistici e con handicap della comunicazione (TEACCH: Treatment and Education of Autistic and Communication Handicapped Children) è un metodo ideato oltre trenta anni fa da Schopler presso l'Università della Carolina del Nord¹¹³; esso comprende diverse attività di tipo educativo da effettuare con i bambini affetti da autismo e da disturbi generalizzati dello sviluppo. Affermazioni che fungono da sfondo al programma TEACCH riguardano il fatto che tutto lo sviluppo è disturbato; tutte le aree della personalità necessitano di aiuto, educazione, terapia, sostegno; la disabilità riguarda tutto il comportamento; in ogni individuo il disturbo si presenta con caratteri personali¹¹⁴. Punta, inoltre, su un'ampia cooperazione della famiglia, proprio perché si basa su una presa in carica globale¹¹⁵.

È per questo che il metodo TEACCH è un approccio olistico alla sindrome autistica, cerca quindi di superare la settorialità degli interventi e la specializzazione degli operatori. Esso propone infatti un trattamento globale che segue i soggetti già dalla diagnosi, la quale viene attuata soprattutto sulla base del Profilo Dinamico Funzionale, uno strumento diagnostico designato appositamente per valutare lo sviluppo del bambino in tutte le sue aree di funzionalità. Una volta diagnosticato autistico, il soggetto viene seguito lungo il suo sviluppo da esperti che disegnano per lui un piano educativo personalizzato il quale, mentre cerca di sfruttare al massimo le potenzialità del bambino, interviene anche con modificazioni ambientali per venire incontro ai deficit dell'autismo¹¹⁶.

Il trattamento del bambino autistico secondo i principi del TEACCH, si basa su un articolato sistema di valutazione diagnostica e funzionale, centrata sull'analisi delle abilità piuttosto che dei deficit. Il principale strumento di valutazione funzionale è il PEP (Psycho Educational Profile) ora disponibile nella forma PEP-R (Revised). Consiste in un elenco di abilità e comportamenti che permettono di guidare all'identificazione di modelli d'apprendimento irregolari in sette aree: imitazione; percezione; attività fini-motorie; grosso-motorie; integrazione oculo-manuale; prestazioni cognitive e cognitive di tipo verbale. Inoltre è prevista anche una scala di comportamento attraverso la quale è possibile identificare i comportamenti inusuali caratteristici dell'autismo. Nel momento in cui il bambino viene osservato attraverso le griglie del PEP-R, si riescono ad individuare le prestazioni che è in grado di manifestare e quelle non padroneggiate. Tra i compiti facili e quelli impossibili è collocata un'area critica di apprendimento, che è importante delineare per la pianificazione delle linee di intervento educativo personalizzato. Si riscontra quello che è chiamato il 'livello emergente'¹¹⁷ e che Vygotskij chiama zona di sviluppo prossimale, distanza tra il livello attuale di sviluppo del bambino ed il suo livello di sviluppo potenziale.

Un'altra scala utilizzata è l'AAPEP il cui obiettivo è quello di facilitare una valutazione delle abilità effettive e potenziali di adolescenti e adulti autistici nelle aree essenziali per la conquista di autonomia sia a livello familiare che comunicativo. Qui sono previste tre modalità di valutazione: l'assessment¹¹⁸ (verifica) diretto alle abilità (scala di osservazione diretta); la valutazione delle prestazioni nell'ambiente di vita (scala familiare); la valutazione delle prestazioni nell'ambiente extrafamiliare (scala scolastica/lavorativa).

¹¹² R. Pani – R. Biolcati – F. Assente, *Convivere con l'autismo. Contributi psicodinamici e strategie educative*, cit., pp. 200-202.

¹¹³ L. Cottini, *Educazione e riabilitazione del bambino autistico*, cit., p. 59.

¹¹⁴ P. Crispiani, *Lavorare con l'autismo. Dalla diagnosi ai trattamenti*, cit., p. 84.

¹¹⁵ Ibid.

¹¹⁶ M. D. Amy, *Affrontare l'autismo*, cit., pp. 36-38.

¹¹⁷ E. Shopler, *Individualized Assessment and Treatment for Autistic and Developmentally Disabled Children*, in: L. Cottini, *Educazione e riabilitazione del bambino autistico*, cit., pp. 63-64.

¹¹⁸ Ivi., p. 68.

Uno degli aspetti principali del programma TEACCH consiste nell'adattamento dell'ambiente e delle attività alle esigenze del bambino¹¹⁹, in modo da fornirgli un quadro spazio-temporale strutturato, nel quale i punti di riferimento siano visibili, concreti e prevedibili¹²⁰. Tuttavia strutturazione non significa rigidità, ma al contrario deve essere flessibile, costruita in funzione dei bisogni e dei livelli di sviluppo del bambino, e di conseguenza, soggetta a modifiche in qualsiasi momento. La principale finalità dell'insegnamento strutturato è quella di rendere produttiva la tendenza dei soggetti autistici all'esecuzione di azioni ripetitive, per fare in modo che si sviluppino routine positive e flessibili. Il bambino, in altre parole, viene gradualmente guidato alla sostituzione di azioni stereotipate finalistiche con azioni funzionali allo sviluppo, all'adattamento e all'integrazione.

Tutto questo è reso possibile da quattro componenti principali¹²¹ dell'insegnamento strutturato: l'organizzazione dell'ambiente fisico, tramite la delimitazione di spazi e la produttività dei tempi; gli schemi visivi che aumentano la prevedibilità e il controllo della situazione; i sistemi di lavoro che indicano la successione dei compiti da compiere ad ogni livello e l'organizzazione dei compiti e del materiale, che chiarisce le richieste, le sequenze di esecuzione, i concetti rilevanti, etc. Per quanto riguarda le strategie di intervento, il programma TEACCH fa riferimento alla teoria cognitivo – comportamentale e a tutte le strategie ad esso derivate¹²². I principi guida di queste teorie sono:

- **Manipolazione;** guida fisica fornita all'allievo per facilitare il completamento di un compito. Richiede pochi sforzi al bambino, perciò può essere utilizzata quando viene iniziata una nuova attività o quando una parte del compito presenta notevoli difficoltà. Va sempre associata ad una progressiva riduzione dell'aiuto fornito dall'educatore.
- **Assistenza diretta;** viene data all'allievo quando l'educatore gli consegna il materiale da utilizzare oppure quando è necessario sostenerlo per terminare un lavoro.
- **Routine;** consiste nel far ripetere molte volte al bambino procedure come selezionare, infilare, finché non diventano competenze consolidate eseguibili senza nessuna istruzione.
- **Pantomima;** prevede l'esecuzione dei movimenti che fanno parte del compito assegnato senza usare i materiali corrispondenti.
- **Istruzioni verbali;** sono da regolare in base al livello di comprensione del linguaggio da parte del bambino e da associare preferibilmente ad altre modalità di illustrazione del compito.

Sviluppare le abilità di comunicazione

In un suo specifico lavoro Cottini ha analizzato il dibattito relativo alla validità del sistema di comunicazione che va sotto il nome di Comunicazione Facilitata¹²³. Molti soggetti hanno trovato un notevole giovamento dalla pratica del metodo, sia per quello che riguarda l'aumento delle capacità comunicative che il livello di integrazione sociale. Quindi, per bambini incapaci di esprimersi verbalmente e con deficit di controllo motorio, i quali dimostrano di conoscere il linguaggio scritto (o comunque di poterlo apprendere), può essere sicuramente proposto anche a livello scolastico l'utilizzo di facilitazioni comunicative attraverso vari strumenti (tastiere in carta con disegni lettere o parole, macchine da scrivere o supporti informatici). Gli insegnanti, una volta familiarizzato con la pratica della facilitazione, possono consentire quell'alternarsi di figure di facilitatore che si ritiene essere uno degli accorgimenti principali per il raggiungimento dell'autonomia da parte dell'allievo.

¹¹⁹ L. Cottini, *Educazione e riabilitazione del bambino autistico*, cit., pp. 69-75.

¹²⁰ Ivi., p. 69.

¹²¹ E. Shopler – G. B. Mesibov, *Treatment and Education of Autistic and Communication Handicapped Children*, in: L. Cottini, *Educazione e riabilitazione del bambino autistico*, cit., pp. 69-70.

¹²² L. Cottini, *Educazione e riabilitazione del bambino autistico*, cit., p. 77.

¹²³ Ivi., pp. 112-120

All'interno del TEACCH è stato elaborato un programma¹²⁴ per valutare ed insegnare abilità comunicative a bambini autistici; la metodologia di lavoro, considera l'abilità di comunicazione piuttosto che l'abilità di linguaggio. Gli autori partono dal presupposto che ogni atto comunicativo implica la combinazione di cinque dimensioni: le funzioni, cioè lo scopo che si intende perseguire; i contesti, le diverse situazioni ed i luoghi nei quali si comunica; le categorie semantiche, tipo di informazione che una parola esprime; le parole; la forma, che si riferisce al sistema comunicativo utilizzato. Il programma educativo, quindi, si prefigge di analizzare le modalità comunicative che il bambino utilizza nella vita di tutti i giorni e di potenziare quelle dimensioni che possono rendere la sua comunicazione più significativa. Lo scopo di valutare le modalità comunicative del soggetto è duplice: da un lato quello di capire le abilità comunicative già presenti, dall'altro quello di determinare quali nuove competenze sono più significative e funzionali. Shopler indica tre ambiti primari di osservazione grazie alla quale effettuare in seguito la valutazione: lo sviluppo del caso; i modelli di comportamento e le aspettative dei genitori¹²⁵.

Sulla scorta della valutazione, in seguito, è possibile fissare gli obiettivi a lungo, medio e breve termine. I primi hanno nei genitori carattere indefinito e generale, sono influenzate dalla speranza e dal desiderio di notevoli ed immediati miglioramenti; quelli intermedie riguardano obiettivi più specifici e sono indicati nel programma educativo individualizzato; infine quelli immediati riguardano abilità e comportamenti di tipo specifico, oggetto di lavoro di singole unità didattiche¹²⁶. Tutti quanti, però, dovrebbero avere le seguenti caratteristiche: essere realistici in relazione alle abilità già possedute dal bambino; essere importanti in funzione delle possibilità di migliorare le competenze; essere valutati significativi anche dai genitori in vista delle priorità per i bambini nell'ambiente familiare¹²⁷.

L'intervento secondo i principi della teoria della mente

Gli anni '80 e '90 vedono comparire modelli neuropsicologici di interpretazione del funzionamento mentale in generale e dell'elaborazione delle informazioni nel particolare, che spingono l'analisi sulla capacità umana di rappresentarsi lo stato del pensiero degli altri¹²⁸. Come già affermato, la capacità dei bambini autistici di costruire una teoria della mente, cioè di attribuire a se stessi e agli altri degli stati mentali, è compromessa. Questo, può essere dovuto a due deficit principali:

- Deficit di teoria della mente¹²⁹: incapacità di attribuire e comprendere stati mentali propri e degli altri e quindi di prevederne il comportamento.
- Deficit di coerenza centrale¹³⁰: mancanza della propensione alla coerenza interna e al rango cognitivo più elevato qual è la mentalizzazione.

Solo recentemente si è cominciata ad indagare la possibilità di far apprendere ai bambini autistici a 'leggere la mente'¹³¹: i diversi autori che hanno affrontato questa problematica, si sono chiesti se sia possibile insegnare ai bambini con disturbo autistico a riconoscere le emozioni e a prevedere il comportamento delle persone. Si deve ad Howlin, Baron-Cohen e Hadwin¹³² l'elaborazione del programma di intervento ispirato ai principi della teoria della mente; questo

¹²⁴ L. R. Watson – C. Lord – B. Shaffer – E. Shopler, *Teaching Spontaneous Communication to Autistic and Developmentally Handicapped Children*, in: L. Cottini, *Educazione e riabilitazione del bambino autistico*, cit., p. 79.

¹²⁵ P. Crispiani, *Lavorare con l'autismo. Dalla diagnosi ai trattamenti*, cit., p. 91.

¹²⁶ Ibid.

¹²⁷ Ibid.

¹²⁸ Ivi., p. 155.

¹²⁹ U. Frith – F. Happé, *Autismo: la teoria della mente e i deficit di coerenza centrale*, in: P. Crispiani, *Lavorare con l'autismo. Dalla diagnosi ai trattamenti*, cit., pp. 156-157.

¹³⁰ U. Frith, *L'autismo. Spiegazione di un enigma*, in: P. Crispiani, *Lavorare con l'autismo. Dalla diagnosi ai trattamenti*, cit., p. 159.

¹³¹ L. Cottini, *Educazione e riabilitazione del bambino autistico*, cit., p.89

¹³² P. Howlin – S. Baron-Cohen – J. Hadwin, *Teaching Children with Autism to Mind-Read*, in: L. Cottini, *Educazione e riabilitazione del bambino autistico*, cit., p. 90.

prevede l'insegnamento progressivo degli stati d'animo in tre aree: le emozioni; il sistema delle credenze e false credenze; il gioco simbolico, con particolare attenzione al gioco di finzione. Per quanto riguarda il primo obiettivo, si tratta di aiutare i bambini a discriminare e riconoscere le diverse emozioni su di se e sugli altri in cinque livelli: riconoscimento delle espressioni del viso nelle fotografie; riconoscimento delle emozioni in disegni schematici; identificazione delle emozioni causate da situazioni; identificazione delle emozioni causate dal desiderio; identificazione delle emozioni causate da opinioni.

Sul secondo livello, invece, ci si indirizza all'insegnamento degli 'stati informativi'¹³³ che descrivono la capacità di comprendere come e che cosa le altre persone possono percepire, conoscere e credere in relazione ad una determinata situazione. Anche in questo caso il programma è articolato in cinque livelli: capacità di comprendere cosa vedono le altre persone; capacità di comprendere come la realtà percepita appare alle altre persone; capacità di comprensione del principio 'vedere porta a sapere'; capacità di prevedere azioni sulla base di ciò che una persona sa; capacità di comprendere le false credenze. Infine, l'ultima parte del programma è dedicata ad una serie di proposte finalizzate allo sviluppo del gioco simbolico; il bambino autistico è incapace di rappresentare azioni che non vede direttamente e, a maggior ragione, se stesso che compie quelle azioni per gioco. I cinque livelli di attuazione sono: gioco senso motorio; funzionale emergente; funzionale acquisito; gioco del far finta emergente e distinzione tra realtà e finzione; gioco del far finta acquisito. Per gioco senso motorio si intendono le attività che il bambino compie quando si limita a manipolare i giocattoli, mentre quello funzionale si riferisce alla sostituzione di oggetti con altri dello stesso tipo e funzione.

Dalla regolazione delle emozioni alle arti-terapie

La diversa prospettiva con cui le emozioni sono state esaminate nel corso del tempo ha origine nel fatto che le risposte emozionali sono caratterizzate nell'uomo sia da indicatori verbali che non verbali. Attraverso il linguaggio è possibile comunicare l'esperienza emotiva, riflettere su ciò che si è già provato e attribuire a questa esperienza un nome; molto più difficilmente il linguaggio può essere usato come mezzo per esprimere in maniera diretta le proprie emozioni, mentre alcuni segnali non verbali riescono ad assumere questa funzione¹³⁴. Le risposte emotive racchiudono molteplici aspetti, consentono in primo luogo la continua valutazione in termini cognitivi degli stimoli ambientali (componente cognitiva); implicano l'attivazione del sistema nervoso centrale, del sistema nervoso autonomo e del sistema endocrino (componente fisiologica); si esprimono attraverso movimenti della faccia e del corpo o con differenti toni della voce (componente espressivo-motoria); predispongono l'organismo ad agire (componente motivazionale); consentono una riflessione soggettiva sull'esperienza (componente soggettiva)¹³⁵.

Possiamo affermare con certezza che il volto rappresenta l'area del corpo più importante sul piano espressivo e comunicativo. D'altra parte il volto rappresenta anche un importante canale di interazione tra l'adulto e il bambino sin dalla nascita, costituisce la fonte di simboli che maggiormente attrae il neonato, ne attira l'attenzione e induce, perciò, alla creazione e al mantenimento del rapporto affettivo primario. È anche vero che, se prima si riteneva che solo le espressioni facciali riuscivano a differenziare le emozioni, molti lavori sul canale verbale vocale hanno smentito questa ipotesi. Fattori importanti per discriminare le emozioni sono la qualità e l'intonazione della voce, i gesti e i tutti i movimenti del corpo che non sono prodotti con lo scopo di comunicare, bensì di *"regolare lo stato emotivo provato"*¹³⁶ (gesti di adattamento).

Oggi è appurato che lo stato di salute e il benessere individuale dipendono in gran parte dal controllo e dalla regolazione delle emozioni; la capacità di controllare, esprimere, vivere e sentire le emozioni è una qualità che non tutte le persone possiedono in uguale misura. A tal proposito

¹³³ Ivi., p. 97.

¹³⁴ P. E. Ricci Bitti, *Regolazione delle emozioni e arti-terapie*, Carocci editore, Roma 1998, p. 15.

¹³⁵ Ivi., p. 16.

¹³⁶ Ivi., pp. 20-21.

Salovey e Mayer hanno introdotto il termine “*intelligenza emotiva*”¹³⁷ che sottolinea l’esistenza tra i vari fattori che costituiscono l’intelligenza umana, di un’abilità emotiva che permette a molti individui di sapersi muovere con successo e di vivere meglio. Gli ambiti in cui questa abilità emotiva si esplica riguardano¹³⁸:

- La conoscenza delle proprie emozioni, cioè la capacità di essere auto consapevoli dei propri vissuti emotivi e di sapersi osservare;
- Il controllo e la regolazione delle proprie emozioni (appropriatezza nell’espressione e nel vissuto emotivo per evitare di essere ‘dominati’ dalle emozioni);
- La capacità di sapersi motivare, predisporre piani e scopi, tollerare le frustrazioni, posporre le gratificazioni;
- Il riconoscimento delle emozioni altrui (empatia);
- La gestione delle relazioni sociali fra individui e nel gruppo (leadership, negoziazione).

La mancata o parziale esistenza di questi aspetti dovrebbe essere un campanello d’allarme; teorie classiche a riguardo affermano che l’espressione e l’esperienza incontrollata delle emozioni rappresentano in molti casi un indizio, un sintomo di una condizione patologica. Teorie più recenti, invece, affermano che è la mancanza di equilibrio, di armonia tra le varie componenti del sistema delle emozioni a determinare un’interazione uomo-ambiente non adeguata e a favorire l’insorgere di patologie. Una reazione emozionale è normalmente bilanciata, si manifesta, cioè, sia attraverso vie somatiche sia attraverso vie comportamentali sia attraverso vie intrapsichiche¹³⁹.

Quando la risposta emotiva è sbilanciata per la prevalente attivazione di una delle componenti del sistema delle emozioni, l’individuo appare maggiormente predisposto a contrarre determinate malattie. Quindi, una risposta emozionale è a rischio quando si presenta come cronicamente sbilanciata e i meccanismi e le strategie compensative messe in atto dall’organismo risultano insufficienti. Tra l’individuo e l’ambiente esiste oltre ad un continuo scambio di informazioni anche un filtro, una barriera protettiva che impedisce all’individuo di essere esposto a stimolazioni eccessive quando non deve affrontare situazioni di emergenza e che gli consente di elaborare delle strategie atte a superare le difficoltà ambientali e di trasformare le pulsioni, gli stimoli esterni in pensieri. Nel caso in cui si creasse una incompleta o distorta formazione della barriera protettiva, si può arrivare al trauma.

La coincidenza tra ‘*processo terapeutico*’ e ‘*processo creativo*’ è in qualche modo problematica anche se indubbiamente rappresenta il punto di forza su cui l’idea stessa di arti-terapie attualmente si fonda¹⁴⁰. L’arte come terapia, al contrario di quanto si possa pensare, ha origini nel romanticismo e nel post-romanticismo, perché è proprio allora che nasce la concezione dell’artista come individuo particolarmente sensibile, ai limiti della follia, e che trova nella realizzazione dell’opera d’arte la possibilità di esprimere ciò che gli appare come perduto o irraggiungibile. Mentre prima del romanticismo l’attività artistica ha rappresentato un mestiere al pari di altri, in linea con le esigenze sociali, in seguito l’opera d’arte rappresenta una sorta di strumento terapeutico che permette al suo creatore di evitare la follia e di comunicare agli altri l’esistenza di quel mondo fantastico, alienato dalla realtà, in cui egli vive¹⁴¹. Il rapporto tra arte e terapia, in questo caso, rimane affidato alla sensibilità di persone non comuni e non costituisce un’esperienza alla portata di tutti, poiché si fonda sull’elaborazione di esperienze creative ed emotive estreme.

Queste concezioni hanno un antenato nel pensiero filosofico moderno, per cui l’esigenza di certezza del pensiero razionale per misurare e conoscere il mondo fisico ha di fatto separato la percezione della realtà dal dato sensoriale. “*L’Io come pura razionalità senza organi di senso è un fantasma drammaticamente esposto agli attacchi delle emozioni perché non riesce a coglierne il*

¹³⁷ P. Salovey – J. D. Mayer, *Emotional Intelligence*, in: P. E. Ricci Bitti, *Regolazione delle emozioni e arti-terapie*, cit., pp. 31-32.

¹³⁸ Ivi., pp. 22.

¹³⁹ P. Pancheri, *Stress, emozioni, malattia*, in: P. E. Ricci Bitti, *Regolazione delle emozioni e arti-terapie*, cit., p. 33.

¹⁴⁰ P. L. Postacchini, *Armonizzare l’handicap*, in: P. E. Ricci Bitti, *Regolazione delle emozioni e arti-terapie*, cit., p. 51.

¹⁴¹ A. Hauser, *Le teorie dell’arte. Tendenze e metodi della critica moderna*, in: P. E. Ricci Bitti, *Regolazione delle emozioni e arti-terapie*, cit., p. 52.

valore come strumenti che assicurano la conoscenza del mondo, ma da un diverso punto di vista”¹⁴². La funzione dell’artista e dell’opera d’arte appare duplice: da un lato bisogna rendere interpretabile l’irrazionalità del dato emotivo, dall’altro questa traducibilità deve controllare le risposte emotive onde evitare che ci sia un intreccio tra emotività e razionalità. Pertanto, afferma Bitti, deve essere riscoperta una maggiore connessione tra arte, espressione, controllo delle emozioni e vita quotidiana e l’attuale utilizzo delle arti-terapie può costituire un passo importante verso questo obiettivo.

Vari studi sul ruolo terapeutico dell’arte hanno ricondotto questa funzione a quella psicanalitica: “la creazione artistica consiste in attività mirata e organizzata, al pari del gioco del bambino, e si fonda sulla trasformazione, mediante l’attività simbolica, delle emozioni in pensieri, del dato espressivo in elemento cognitivo”¹⁴³. Per Segal, invece, la funzione terapeutica dell’arte si svolge nella “ricostruzione da parte dell’artista dell’oggetto perduto analogamente a quanto fa il bambino che cerca di ricostruire e riconoscere la madre come una persona reale fatta allo stesso tempo di parti buone e cattive”¹⁴⁴. Infine Winnicott vede all’origine del processo creativo l’elaborazione delle emozioni conseguenti ad una situazione di separazione e pensa al processo che porta il bambino a separarsi per gradi dalla madre e a diventare un individuo autonomo fisicamente e psicologicamente¹⁴⁵. Per comprendere a fondo il legame tra arte e terapia, occorre tenere conto dei diversi linguaggi, spesso non verbali, implicati nelle arti-terapie. Infatti, anche gli studi sulla comunicazione non verbale e sull’espressione e il riconoscimento delle emozioni, hanno contribuito a capire il rapporto esistente tra arte e terapia.

L’uso del messaggio pittorico, musicale, della danza, teatrale e della parola scritta (poesia, diario) implicano l’impiego di differenti canali percettivi ed espressivi. Le arti-terapie viste come ‘esercizio’ per l’acquisizione di un linguaggio espressivo rappresentano un intervento di tipo attivo¹⁴⁶: il paziente è sollecitato a produrre, a fare arte; ma tale stimolazione presuppone anche una capacità di ascolto, di dialogo con il terapeuta che lo mette in grado di riprodurre l’esercizio, di ritradurre le proprie emozioni nel linguaggio prescelto. Tutto questo avviene in un contesto contornato da regole che costituiscono lo spazio simbolico di intervento delle arti-terapie; esse assicurano la transizione da una forma di comunicazione diretta delle emozioni ad una riflessione sull’esperienza emozionale che si avvale di un codice simbolico che permette di definire l’emozione provata e di collocarla in una dimensione spazio-temporale¹⁴⁷. Per la complessità in cui questi processi si snodano, tutte le forme di arte-terapia si fondano su una forma particolare di osservazione che spesso richiede la partecipazione emotiva del terapeuta. Egli osserva il comportamento dei pazienti, il loro uso dei mezzi e degli strumenti a disposizione, seguendo un modello di osservazione libera oppure uno schema. La funzione e la natura dell’osservazione, attuata con metodiche diverse a seconda dell’orientamento teorico di riferimento (psicoanalitico, sistemico, comportamentale, etc.), si esplica in un preciso compito terapeutico: partendo dall’osservazione del paziente, il terapeuta mette in grado quest’ultimo di osservare se stesso e le proprie produzioni. Gli strumenti e i mezzi espressivi usati assumono la funzione di ‘oggetti transizionali’¹⁴⁸ che assicurano al paziente un’esplorazione delle proprie capacità potenziali e gli consentono di stabilire una distanza tra l’esperienza interna del proprio vissuto emotivo e la conoscenza della realtà esterna.

Bibliografia

¹⁴² R. Giorgi, *Iniziazioni. Le promesse della filosofia*, in: P. E. Ricci Bitti, *Regolazione delle emozioni e arti-terapie*, cit., p. 53.

¹⁴³ M. Klein, *I primi stadi del conflitto edipico*, in P. E. Ricci Bitti, *Regolazione delle emozioni e arti-terapie*, cit., p. 54.

¹⁴⁴ H. Segal, *Un approccio psicoanalitico all’estetica*, in P. E. Ricci Bitti, Op. cit., p. 55.

¹⁴⁵ D. W. Winnicott, *Dalla pediatria alla psicanalisi*, in: P. E. Ricci Bitti, Op. cit., p. 60.

¹⁴⁶ E. Giordano, *Fare Arteterapia*, Cosmopolis, Torino 2008, pp. 71-73.

¹⁴⁷ Ibid.

¹⁴⁸ D. W. Winnicott, *Dalla pediatria alla psicanalisi*, in: E. Giordano, *Fare Arteterapia*, Cosmopolis, cit., p. 76.

- A. Bandura, *Principles of Behavior Modification*, New York, Holt, Rinehart & Winston.
- A. Hauser, *Le teorie dell'arte. Tendenze e metodi della critica moderna*, Beck, Munchen 1958.
- C. Salvitti, *L'alunno autistico va a scuola: proposte di intervento didattico*, Luigi Pellegrini, Cosenza 2007.
- D. Mariani Cerati, *Il nostro autismo quotidiano. Storie di genitori e figli*, Erickson, Trento 2003.
- D. W. Winnicott, *Dalla pediatria alla psicanalisi*, Tavistock, London 1958.
- Dispensa (a cura di) A. Raglio, *Musicoterapia applicata*, Corso quadriennale di musicoterapia.
- E. Shopler – G. B. Mesibov, *Treatment and Education of Autistic and Communication Handicapped Children*, Plenum Press, New York.
- E. Shopler, *Individualized Assessment and Treatment for Autistic and Developmentally Disabled Children*, Edizioni SZH-SPC, Luzern 1995.
- F. Tustin, *Per una teoria psicoanalitica dell'autismo*, Armando editore, Roma 1997.
- G. Cremaschi Trovesi, *Musicoterapia, arte della comunicazione*, Edizioni Scientifiche, Roma 1996.
- G. Di Franco, R. De Michele, *Musicoterapia in Italia*, Idelson, Napoli 1995.
- H. Segal, *Un approccio psicoanalitico all'estetica*, Tavistock, London 1955.
- K. Bruscia, *Definire la musicoterapia. Percorso epistemologico di una disciplina e di una professione*, Ismez, Roma 1993.
- L. Cottini – L. Rosati – O. Bovi, *Per una didattica speciale di qualità. Dalla conoscenza del deficit all'intervento inclusivo*, Morlacchi, Perugia 2008.
- L. Cottini, *Che cos'è l'autismo infantile*, Carocci editore, Roma 2002.
- L. Cottini, *Educazione e riabilitazione del bambino autistico*, Carocci editore, Roma 2002.
- L. Lenzi, *Neurofisiologia e teoria della mente*, Vita e Pensiero, Milano 2005.
- L. M. Lorenzetti, *Autismo psicosi infantili e musica*, Quaderni di musica applicata n. 4, maggio '83.
- L. R. Watson – C. Lord – B. Shaffer – E. Shopler, *Teaching Spontaneous Communication to Autistic and Developmentally Handicapped Children*, Pro-Ed., Austin.
- M. Cairo, *Pedagogia e didattica speciale per educatori e insegnanti nella scuola*, Vita e Pensiero, Milano 2007.
- M. D. Amy, *Affrontare l'autismo*, Armando editore, Roma 2000.
- M. R. Pizzamiglio – L. Piccardi – A. Zotti, *Lo spettro autistico. Definizione, valutazione e riabilitazione in neuropsicologia*, Franco Angeli, Milano 2007.
- M. Zappella, *Autismo infantile. Studi sull'affettività e sulle emozioni*, La Nuova Italia Scientifica, Roma 1996.
- P. Crispiani, *Lavorare con l'autismo. Dalla diagnosi ai trattamenti*, Edizioni Junior, Bergamo '07.
- P. E. Ricci Bitti, *Regolazione delle emozioni e arti-terapie*, Carocci editore, Roma 1998.
- P. G. Postacchini, *Emozioni e musicoterapia*, PCC, Assisi 1997.
- P. Howlin – S. Baron-Cohen – J. Hadwin, *Teaching Children with Autism to Mind-Read*, Wiley & Sons Ltd., West Sussex 1999.
- P. L. Postacchini - A. Ricciotti – M. Borghesi, *Musicoterapia*, Carocci Editore, Roma 1995.
- P. Meazzini – M. A. Fagetti, *Apprendimento: scienza e tecnologia*, in M. M. Formica (a cura di), *Trattato di neurologia riabilitativa*, Marrapese, Roma.
- P. Nordoff, *Musicoterapia per bambini handicappati*, Franco Angeli, Milano 1993.
- P. Pancheri, *Stress, emozioni, malattia*, Mondadori, Milano 1980.
- R. Giorgi, *Iniziazioni. Le promesse della filosofia*, Loffredo, Napoli 1992.
- R. O. Benenzon, *Musicoterapia. Esperienze di supervisione*, Phoenix, Roma 1999.
- R. Pani – R. Biolcati – F. Assente, *Convivere con l'autismo. Contributi psicodinamici e strategie educative*, Guaraldi, Rimini 2006.
- S. Baron Cohen – P. Bolton, *Autismo, la conoscenza del problema*, Il Minotauro, Roma 2003.

SITOGRAFIA

- <http://www.gli-argonauti.org/bma/doc/index.htm>
- <http://www.autismo.inews.it/>
- <http://www.autismoperche.it/>

<http://www.musicoterapia.it/>

<http://www.aiemme.it/>

<http://www.musicaimpossibile.it/>