

L' AUTISMO

1. Definizione e diffusione del fenomeno

Il termine “autismo” deriva dal greco *autos* che significa “stesso” e sta ad indicare principalmente il ripiegamento in sé stessi e la chiusura ad ogni rapporto con l'esterno, caratteristiche evidenti della vita delle persone affette da tale patologia.

Nel corso del '900 in concomitanza dell'evolversi degli studi su tale tema, sono state utilizzate diverse definizioni. Quelle attualmente accreditate provengono dalle maggiori fonti diagnostiche internazionali: il DSM-IV e l'ICD- 10 (International Classification of Disease).

Il DSM-IV include il *disturbo autistico* nella prima classe riservata ai “Disturbi solitamente diagnosticati nell'infanzia, nella fanciullezza o nell'adolescenza”. In particolare, esso è riconosciuto come uno dei **Disturbi generalizzati dello sviluppo**, insieme al *disturbo di Rett*, il *disturbo disintegrativo della fanciullezza*, il *disturbo di Asperger* ed il *disturbo generalizzato dello sviluppo non altrimenti specificato*. Tutti questi disturbi comportano una compromissione grave e generalizzata in diverse aree dello sviluppo, sono generalmente associati a ritardo mentale e si manifestano prima dei tre anni d'età. Le aree dello sviluppo maggiormente deficitarie sono quelle relative a:

- *l'interazione sociale;*
- *la comunicazione;*
- *il repertorio di attività ed interessi.*

La Classificazione Internazionale delle malattie prodotta dall'Organizzazione Mondiale della Sanità considera, invece, l'autismo tra le *Sindromi da alterazione globale dello sviluppo psicologico*, insieme alle altre patologie che nel DSM-IV compongono il quadro dei disturbi generalizzati dello sviluppo. In questo ambito, dunque, l'autismo è letto come disturbo psichiatrico ed è adottata la definizione di *autismo infantile*, in opposizione a quella di *autismo atipico*, usata per quelle forme in cui non sono soddisfatti tutti i criteri diagnostici generali, in cui si hanno sintomi atipici, così come atipica è l'età della comparsa.

In realtà, la pratica clinica degli ultimi anni ha abbandonato la formula di *autismo infantile*, perché non risulta molto chiara, allo stesso modo di *psicosi infantile*.

Da più parti, tuttavia, si riconosce la natura plurale e complessa dell'autismo, in quanto compromissione grave e generalizzata di diverse aree dello sviluppo, che dura per tutta la vita. Inoltre, si attestano sempre più cause isolate e decorsi clinici diversificati, che spingono a parlare di Disturbi di tipo Autistico, per definire le varie realtà individuali che attualmente sono fatte rientrare nel così detto *spettro autistico*.

Sempre il DSM-IV documenta una diffusione del fenomeno autistico tra lo 0,02% e lo 0,01% della popolazione mondiale con un rapporto di 1 a 4 tra femmine e maschi, anche se per le femmine sono stati riscontrati sintomi più gravi ed un quoziente intellettivo più basso. Si attesta, inoltre, un processo di crescita del fenomeno in relazione alla recente estensione dei criteri che portano alla diagnosi di sindrome autistica. Tale diagnosi è usata, infatti, con maggior frequenza in relazione a situazioni in cui si ha una comunicazione disturbata ed uno sviluppo cognitivo qualitativamente differente dalla norma. Questo è un aspetto al quale occorre dare molta attenzione, perché potrebbe indurre a definire autistiche tutte le persone con menomazioni o deficit complessi e

multipli.

2. Criteri diagnostici

Quando si fa una diagnosi, si rilevano i sintomi accusati dal soggetto per individuarne la causa. Questo processo si può descrivere, più precisamente, come “quella conoscenza approfondita, empirica ed ermeneutica, di singoli soggetti o singole situazioni, colti nel loro senso, oltre le apparenze e nella loro interezza”. Quello sintomatologico è il criterio diagnostico più riconosciuto dal DSM-IV perché permette di conoscere le singole realtà nelle loro caratteristiche oggettive, contestualizzate ed anche nel loro evolversi. Le principali fonti diagnostiche sono, infatti, le notizie pregresse, i referti strumentali e/o di laboratorio, analisi del comportamento, sintomi diretti (clinici, empirici), indizi riferiti (da genitori, adulti, paziente, quando possibile) e i contributi degli specialisti che hanno seguito e seguono il caso. In base a tutte queste informazioni, la letteratura scientifica ci fornisce un quadro di sintomi che definiscono lo spettro autistico.

Il DSM-IV, oltre ad individuare tre aree deficitarie di maggior rilievo (l'interazione sociale, la comunicazione e il repertorio di attività ed interessi), indica come criterio diagnostico la presenza di almeno sei sintomi che interessino tutte le aree:

Compromissione qualitativa dell'interazione sociale

- compromissione dei comportamenti non verbali (sguardo, gesto, posture);
- inadeguate relazioni con i coetanei;
- mancata relazione emotiva e affettiva con gli altri;
- mancata reciprocità sociale.

Compromissione qualitativa della comunicazione

- ritardo o mancanza di linguaggio verbale;
- compromissione della capacità di iniziare o sostenere conversazioni,
- linguaggio stereotipato ripetitivo, eccentrico;
- mancanza di giochi di simulazione ed emulazione.

Anomali comportamenti, interessi, attività

- interessi ristretti e stereotipati;
- abitudini rituali inutili;
- manierismi motori,
- eccessivo interesse per le parti di oggetti.

Passeremo, ora, in rassegna le principali aree di funzioni, mettendo in evidenza gli aspetti che distinguono le condotte autistiche, così che se ne possa ottenere una descrizione sufficientemente chiara.

Motricità

I movimenti corporei di un soggetto autistico sono generalmente stereotipati, ossia sono movimenti che si ripetono in modo monotono e rigido, senza alcuna finalità. Possono interessare le mani (ad es., battere le mani, schiacciare le dita, arrotolare ciocche di capelli), l'intero corpo (dondolarsi, oscillare, buttarsi a terra, strisciare, battere la testa), o la postura (anomalie, camminare sulle punte, movimenti bizzarri). Sono state rilevate inoltre abilità grosso e fino-motorie, incongrue, contrastanti, discontinue ed un'attività fisica eccessiva o totalmente assente.

Sensorialità

Numerose fonti attestano nei soggetti autistici una ipo- o ipersensibilità, soprattutto all'udito, all'odorato e al tatto, dovute, probabilmente, ad un'alterazione della funzionalità input — output. A differenza di un

meccanismo di registrazione che documenta fedelmente tutto ciò che gli arriva, il nostro cervello trattiene solo le informazioni necessarie, adottando una sorta di “noise filtre” che va ad occultare tutti gli stimoli “di disturbo”. Alcuni studiosi ritengono che il bambino autistico non sia in grado di mettere in atto questo complesso meccanismo di protezione e sopravvivenza. Certi stimoli verrebbero, dunque, recepiti in maniera esagerata, tanto da produrre una reazione di difesa/offesa altrettanto incontrollata: si spiegherebbero in tal modo gli atti aggressivi, i comportamenti antisociali, i gesti e le produzioni verbali stereotipate. Il soggetto autistico può tendere ad un eccessivo contatto o al totale rifiuto delle informazioni sensoriali: ci sono bambini che toccano, annusano gli oggetti e li mettono anche in bocca quasi per conoscerli meglio ed altri che rifiutano la stimolazione tattile, fino ad arrivare all’autolesione.

In relazione all’ipo o ipersensibilità, vi è l’alterata elaborazione cognitiva degli stimoli sensoriali, dovuta all’attenzione del soggetto autistico esclusivamente su un unico aspetto di un evento che, quindi, non è colto nella sua globalità: quel peculiare dettaglio che lo attrae è, solitamente, irrilevante o inusuale.

Altre condotte percettive qualitativamente peculiari sono:

- mancanza di discriminazione tra stimoli esterni ed interni;
- ricerca di autostimolazione sensoriale specifica;
- rifiuto della percezione del viso e dello sguardo;
- forte abilità discriminativa visuo-spaziale.

Affettività - motivazione

I termini affettività” o “affetto” sono spesso usati come sinonimi di “emotività” ed “emozione”, ma in realtà stanno ad indicare più precisamente la disposizione d’animo, l’inclinazione verso qualcosa o verso qualcuno. Per quanto riguarda questo aspetto della personalità, le persone autistiche hanno

interessi e propensioni stereotipati, che rientrano in una gamma esigua. Questo vale anche per le relazioni umane, che sono veramente scarse.

Del loro interesse per singole parti di oggetti, si è già detto precedentemente, mentre c'è da rilevare che le persone con autismo tendono in alcuni casi a mostrare assenza di *emotività*, intesa come “lo stato di sensibilità alle reazioni emozionali”, in altri invece danno libero sfogo alla propria reattività emozionale, senza controllarla.

Spesso adottano un riso inappropriato, sembrano non avere paura di fronte a pericoli reali, assumono atteggiamenti di ansia e di collera immotivati, dimostrano diffidenza nei confronti di persone e cose, nonché negativismo. Questi ultimi sono comportamenti simili a quelli adottati dai bambini che soffrono di *disturbi dell' attaccamento*, con i quali bisogna non fare confusione. In questo secondo caso, infatti, i bambini hanno una normale capacità di reciprocità e di comunicazione sociale, anche se può esserci una compromissione del linguaggio e, comunque, la loro condizione è parzialmente migliorata da condizioni di cura adeguate.

Gioco

Si riscontra la compromissione e/o la mancanza di giochi spontanei, di simulazione, di imitazione, di immaginazione, il gioco cooperativo e il lavoro di gruppo. Il gioco, là dove è presente, è di tipo decontestualizzato.

Comunicazione generale

Il soggetto autistico ha molta difficoltà sia nell'espressione sia nella ricezione e decodifica d'informazioni. A monte di tale difficoltà vi è il mancato sviluppo o lo sviluppo inadeguato di requisiti essenziali per l'evolversi della capacità linguistica, vale a dire la *simbolizzazione*, la *pragmatica* e la

contestualizzazione dei messaggi. Nei soggetti autistici è particolarmente deficitaria la capacità di associare significati a simboli, come anche quella di adeguare la comunicazione allo scopo ed al contesto in cui si realizza. Queste difficoltà, è bene sottolinearlo, si verificano sia in produzione sia in comprensione.

Tutto ciò provoca nel soggetto autistico un forte disagio che si può esprimere in chiusura o, al contrario, in esasperazione e provocazione dell'altro.

I bambini con disturbi di tipo autistico solitamente si fermano ad una comunicazione gestuale che non compensa le difficoltà a livello linguistico: è ben usato il gesto di richiesta di oggetti o atti, mentre è scarsamente presente quello espressivo/dichiarativo.

Ciò che più penalizza l'evoluzione del linguaggio in tutte le sue forme è la spinta primaria che lo motiva, vale a dire l'interesse alla relazione con l'altro, che nei soggetti con autismo sembra assente o scarsa. In alcuni casi si può osservare l'adozione di una comunicazione alternativa, fatta di gesti, grida, lanci di oggetti, che è peculiare per ciascun caso e che solo l'osservazione diretta rende accessibile a chi se ne prende cura.

Alla base vi è, dunque, una relazione con l'altro da sé fortemente ostacolata, problematica. Secondo S. Baron-Cohen, tale difficoltà dipende dalla presunta difficoltà di queste persone a decifrare le espressioni facciali, dunque, gli stati emozionali degli altri (*teoria della mente*). Ne consegue un forte sovraccarico cognitivo e sociale, che impedisce al soggetto con autismo di realizzare numerose relazioni.

Linguaggio verbale

Il disturbo autistico si associa frequentemente a logopatie. Spesso si ha un ritardo nella comparsa e/o nello sviluppo del linguaggio parlato, altre volte totale assenza (afasia).

L'autismo comporta generalmente la tendenza a decodificare i messaggi in modo letterale e non contestualizzato, come se una parola debba riferirsi soltanto ad un'unica realtà, quella più concreta e più familiare.

Tale realismo linguistico restringe il numero dei vocaboli usati dal soggetto autistico, che spesso userà un linguaggio rigido e stereotipato, caratterizzato in molti casi da espressioni *ecolaliche*. Si può avere, infatti, la tendenza a ripetere parole o brevi enunciati, propri o di altre persone, spesso in forma interrogativa e probabilmente allo scopo di comprenderli. Si conoscono sia *ecolalie immediate*, che si verificano subito dopo l'ascolto di una parola, sia *differite*, ossia a distanza di tempo.

La scarsa flessibilità del linguaggio, tuttavia, si spiega anche con l'alterazione della memoria uditiva a lungo termine, che impedisce di tenere a mente le espressioni adeguate, reperibili dal contesto educante.

A questo aspetto si aggiunge la *cecità mentale* e la *cecità sociale* (S. Baron-Cohen, 1997) che impedisce al soggetto di intuire le intenzioni dell'interlocutore e, allo stesso tempo, di acquisire le capacità pragmatiche per usare egli stesso un linguaggio intenzionale,

Un'altra caratteristica facilmente riscontrabile nel linguaggio dei bambini con disturbi di tipo autistico è la tendenza a parlare di sé in terza persona, per la quale si sono avute spiegazioni differenti.

Infine si possono verificare:

- disturbi fonatori (dislalie funzionali),
- ritardo di parola (sillabe contratte, alterazione della sequenza delle sillabe, troncamento, ecc.),
- deficit frasale (parola-frase, frase contratta o scorretta, ecc.),
- difficile comprensione di domande e consegne semplici,
- difficoltà ad iniziare o sostenere una conversazione,
- espressioni bizzarre,
- scarsa o nulla intonazione.

Intelligenza

Oltre a logopatie, l'autismo si associa per un 75% dei casi a ritardo mentale, solitamente di tipo medio-grave (Q.I: 35-50): Il 19% di soggetti autistici arrivano a padroneggiare adeguatamente il *pensiero senso-motorio* (schemi senso-motori e dell'oggetto permanente), mentre hanno grandi difficoltà nel *pensiero rappresentativo*. Queste ultime sono in relazione allo scarso sviluppo di una qualsiasi forma di comunicazione alternativa e alla cecità sociale.

Oltre al deficit rappresentativo, è possibile osservare *l'incapacità a generalizzare* gli apprendimenti, le espressioni verbali che sono appositamente insegnati. Ciò comporta, di conseguenza, l'impossibilità ad allargare il repertorio delle condotte e delle formule linguistiche.

Rappresentano una realtà a sé stante i così detti *idiots savants*. Si tratta di casi autismo molto rari, che sono riusciti a sviluppare delle capacità eccellenti (*isole di abilità*) in specifiche attività come l'arte, la musica, la matematica, ecc. Queste persone, generalmente, manifestano un ritardo mentale moderato o grave, ma si attesta anche l'esistenza tra loro di casi *ad alta funzionalità*, ossia molto dotati intellettivamente.

Condotte inadeguate

Il DSM-IV riporta una serie di condotte ripetitive e anomale rispetto al comportamento comune, che aiutano a definire più dettagliatamente il soggetto autistico:

- iperattività;
- scarsa tenuta dell'attenzione;
- impulsività;

- aggressività, eccessi di collera, autolesionismo;
- stereotipie;
- rigida sottomissione ad abitudini o routine;
- manierismi motori stereotipati e ripetitivi;
- intenso attaccamento ad oggetti inanimati,
- persistente interesse per parti di oggetti;
- interesse per oggetti che ruotano;
- ecolalia;
- imitazione reiterata di condotte o modelli;
- comportamento uguale e ripetitivo;
- resistenza e malessere ai cambiamenti;
- anomalie nell'alimentazione e nel sonno.

Sono questi dunque i sintomi, ossia i comportamenti che possono motivare, dopo attente analisi ed osservazioni, una diagnosi di tipo autistico. E' bene, inoltre, ricordare che accanto ai disturbi di tipo autistico si associano frequentemente ritardo mentale e ritardo dello sviluppo del linguaggio, se non totale mancanza. In relazione, inoltre, al deficit di generalizzazione ed al ristretto numero di interessi, si verificano anche disturbi dell'apprendimento e dell'attenzione. Non sono rari, infine, i casi che soffrono anche di epilessia o della *sindrome di Gilles de la Tourette* (malattia molto rara che si manifesta con gesti e atteggiamenti bizzarri come tics, scatti, smorfie, imprecazioni, ecc. Sembra dovuta ad un eccesso di neurotrasmettitori eccitatori, in particolare alla dopamina. La terapia, infatti, solitamente consiste nella somministrazione di neurolettici).

Di fronte a patologie molto complesse, come nel caso dell'autismo, si può verificare la necessità, da parte dello specialista, di tenere in considerazione, inizialmente, più ipotesi diagnostiche, finché non si manifestino sintomi chiaramente a favore una delle tesi considerate (diagnosi differenziale).

L'incertezza si può creare tra patologie affini e nel caso dell'autismo sono:

- **Sindrome di Asperger**, dal nome del pediatra austriaco H. Asperger che l'ha studiata. Tale sindrome ha dei sintomi identici a quelli autistici, ma altri totalmente specifici: il più evidente è l'assenza del ritardo linguistico poiché, in genere, l'eloquio è soltanto povero dal punto di vista sintattico e semantico;
- **Disturbo di Rett**, una malattia infantile di tipo neuro degenerativo, che colpisce maggiormente le femmine. Insorge dopo il primo anno di vita, determinando un ritardo nello sviluppo generale e sintomi specifici. Tra questi ultimi ricordiamo: il gesto del lavaggio delle mani durante la veglia, aprassia agli arti inferiori, assenza di linguaggio, difficoltà motorie, microcefalia, inespressività e sguardo assente, difficoltà nella relazione sociale;
- **Disturbo Disintegrativo della Fanciullezza**. Insorge dopo il secondo anno di vita e si manifesta con presenza di condotte autistiche, perdita del linguaggio e delle abilità apprese. Si caratterizza, inoltre, per uno stato di demenza;
- **Disturbo generalizzato dello sviluppo Non Altrimenti Specificato**. Si utilizza questa diagnosi quando sono presenti sintomi atipici che non rientrano nel così detto *spettro autistico*;
- **Schizofrenia**, psicosi che comporta la disintegrazione della personalità e deterioramento mentale, alterazione del pensiero, della percezione, dell'affettività e del comportamento. Insorge prevalentemente in età giovanile (15-35 anni) e può manifestarsi in forme diverse: spesso si

aggiunge al disturbo autistico.

- **Mutismo**, che si esprime con assenza di fonazione, ma che non determina disturbi di comunicazione né di relazione.
- **Disturbo dell'Espressione del Linguaggio e Disturbo misto dell'Espressione e della Ricezione del linguaggio (Disfasie)**, che comportano difficoltà nella fase produttiva del linguaggio (limitata gamma del vocabolario, delle strutture grammaticali, frasi limitate e semplici, omissioni, ecc.) e nel secondo caso anche nella ricezione e comprensione dei messaggi. Essi, tuttavia, non compromettono l'interazione sociale e non si associano a gesti stereotipati.

3. Ipotesi eziopatogenetiche dell'Autismo

Gli studi sull'autismo sono arrivati ad affermare un'eziologia multipla, a causa dello svariato numero di approcci teorici che hanno affrontato il tema: tutti hanno apportato una documentazione valida ed esauriente, ma nessuno si è imposto definitivamente sugli altri.

Tra i possibili fattori all'origine dei disturbi di tipo autistico, i più accreditati a tutt'oggi sono:

- **Fattori genetici**, mutazioni. genetiche con modificazioni a carico di alcuni cromosomi: in particolare, il cromosoma 16, forse il cromosoma 7 e quello X che, a loro volta, sarebbero responsabili di anomalie nello sviluppo del Sistema Nervoso Centrale. Gli studi sulla mappatura genetica stanno dimostrando la presenza anche nei familiari del soggetto autistico dello stesso disturbo o, comunque, di disturbi cognitivi;
- **Fattori neurologici**. In alcuni casi sono state rilevate alterazioni a livello del metabolismo generale e/o nelle zone sub-corticali (amigdala e

ippocampo), nel cervelletto, nei lobi frontali e/o prefrontali, nonché delle disfunzioni a carico neurotrasmettitori corticali (*dopamina, serotonina o oppioidi endogeni*). L' amigdala, in assenza di patologie, partecipa alla regolazione del comportamento emotivo, l'ippocampo a quelle mnestiche e cognitive, che sono invece deficitarie nei soggetti con autismo. I lobi frontali e/o prefrontali, qualora siano danneggiati, non espletano adeguatamente l'organizzazione del pensiero e del comportamento. La causa, infine, potrebbe consistere in una neurotrasmissione disturbata, con conseguenti disfunzioni in molte facoltà cognitive.

La letteratura scientifica, tuttavia, indica altre possibili cause:

Fattori dismetabolici. Potrebbero esservi errori a livello del metabolismo enzimatico, che comporta la carenza, l'assenza o la modificazione di un enzima che blocca o altera il processo

metabolico. Solitamente comportano, tra gli altri sintomi, ritardo mentale e regressione psicomotoria

Altri fattori patologici. Ad esempio, la sclerosi multipla, le facomatosi (o sindromi neurocutanee), ed altre disfunzioni organiche del SNC (dovute ad encefalopatie di vario tipo e gravità).

Fattori psicogeni e ambientali. Queste ipotesi rimandano alla concezione psicogena dell'autismo, che fu una delle prime ad affermarsi e che oggi gode, invece, di un minor riconoscimento. Gli studi cui si rimanda, a proposito, sono quelli della Mahler, di B. Bettelheim, di Winnicot, di W e E. Tinbergen, di D. Meltzer e di F. Tustin. All'origine dei disturbi di tipo autistico, vi sarebbero un'alterata relazione tra madre e bambino, forti esperienze di sofferenza, solitudine e deprivazione ambientale, un'angoscia primaria precoce, un persistente conflitto motivazionale e la relazione con una madre affettivamente inadeguata (*madre frigorifero*).

Fattori mentali. Secondo alcuni approcci di ricerca i disturbi autistici deriverebbero da primarie difficoltà nel processo di organizzazione del pensiero

(*deficit cognitivi e metacognitivi*). Un forte contributo in questa direzione è stato dato dai sostenitori della *teoria mentalista*: gli studi di S. Baron-Cohen, A. M. Leslie, U. Frith e L. Camaioni dimostrano la carenza nei soggetti autistici della capacità, prettamente cognitiva, d'interpretare e comprendere gli stati mentali delle altre persone (i pensieri, i desideri, le emozioni e le intenzioni). Ciò comporta difficoltà nel comprendere e prevedere il comportamento degli altri, nell'organizzare il proprio comportamento, nonché nell'eseguire giochi di finzione (il "fare finta di", l'utilizzare oggetti ed ambienti in modo originale ed intenzionale al gioco stesso).

Tra le voci che si sono alzate in riferimento all'autismo, ricordiamo anche quella di De Long (1999) che ha parlato dell'esistenza di *due tipi distinti di Autismo*:

a basso funzionamento o autismo grave, in cui vi sarebbe un danno cerebrale bilaterale, originatosi in un'epoca precoce della vita ed, in tal caso, la causa sarebbe organica, quindi riscontrabile tramite RMN (Risonanza Magnetica Nucleare) e TAC (Tomografia Assiale Computerizzata);

autismo idiopatico o ad alto funzionamento, in cui le cause sono riscontrabili a livello di psicopatologia affettiva familiare. Sono questi i casi che possono arrivare a livelli di autonomia maggiore.

La natura polivalente della sindrome autistica, la variabilità individuale delle condizioni e modalità in cui si manifesta fanno propendere quindi per *un'eziologia multipla*, che va specificata caso per caso, là dove è possibile. Spesso ci si basa sull'analisi dei sintomi, attraverso l'osservazione diretta (dei comportamenti e della documentazione clinica) e l'intervista alle persone che si prendono cura del soggetto in questione.

4. Terapia

Sulla base delle varie ipotesi eziopatogenetiche, sono state formulate diverse strategie d'intervento. Elenchiamo qui di seguito quelle maggiormente utilizzate.

Trattamento farmacologico

Consiste nella somministrazione di farmaci che vanno ad agire prevalentemente sui neurotrasmettitori e che, dunque, vanno a contrastare le condotte aggressive e/o quelle stereotipate. Lo scopo è quello di facilitare l'azione educativa sui soggetti con autismo e, soprattutto, migliorarne la qualità della vita. E' solitamente adottato contemporaneamente ad altri trattamenti e, a volte, a periodi alterni.

Trattamento dietetico

Si adotta qualora siano state riscontrate cause di tipo dismetabolico.

Trattamento psicodinamico

Si caratterizza per l'uso di strategie psicodinamiche, centrate sulle relazioni emotivo-affettive e sulla comunicazione. Spesso questi tipi di trattamento assumono anche una connotazione di tipo educativo. Ricordiamo, in particolare:

- la terapia familiare,
- la psicoanalisi e la terapia delle psicosi infantili,
- il metodo eto-dinamico di N. e E. Tinbergen,
- la Therapie d'Echange ed Developpement (TED).

Il trattamento educativo

Sviluppatosi recentemente, ha come fulcro la *relazione di aiuto* e mette in atto, quindi, strategie che favoriscono lo sviluppo individuale, tenendo conto delle caratteristiche del singolo nella sua *globalità (presa in carico globale)*. Tra questi approcci, alcuni si concentrano maggiormente *sul deficit*, ossia sulle specifiche funzioni disturbate:

- approccio comportamentale sull'apprendimento,
- l'intervento comportamentale precoce di Lovaas,
- l'approccio sulla comunicazione,
- la Comunicazione Aumentativa e Alternativa (CAA) di J. Cafiero, il cui scopo è individuare modalità comunicative che hanno la funzione di integrare o sostituire il linguaggio verbale, quando quest'ultimo risulti carente in modo tale da impedire o rendere insufficiente l'atto comunicativo. Requisito essenziale è la capacità di simbolizzare, poiché si lavora sull'associazione simbolo/parola;
- la terapia psicomotoria;
- la terapia logopedica;
- il Training uditivo di G. Bérard e di A. Tomatis;
- la musicoterapia;
- la Comunicazione facilitata;
- l'approccio mentalista.

Sono invece centrati sui requisiti, dunque sulle condizioni requisiziali che sono alla base delle abilità disturbate:

- il Metodo neuro-motorio-sensoriale di C. H. Delacato
- l'Animal Assisted Therapy (ippoterapia, delfinoterapia);
- il Floor-Time di Greenspan, il termine letteralmente significa "tempo passato a terra, sul pavimento" ed è un intervento diretto anche a

terapisti, genitori ed insegnanti.

Tutti i trattamenti educativi si rivolgono alla persona intesa come totalità bio-psico-operativa. Alcuni, tuttavia, mettono in atto più di altri un lavoro ecologico, che per rivolgersi all'interezza della persona si esprime tramite strategie didattiche e terapeutiche plurali, adeguate al contesto, alle risorse, al caso, agli operatori, ecc. Citiamo in particolare:

- l'approccio ThACCH (Traitment and Education of Autistic and Communication Handicapped Children). Lo scopo principale di questo programma è far raggiungere ai soggetti con autismo il più alto grado possibile di autonomia. Ideato da E. Schopler e collaboratori, intende l'autismo come *disturbo globale dello sviluppo* dalle caratteristiche fortemente individuali ed è un trattamento molto strutturato, ma anche adattabile ai vari contesti;
- l'approccio A.E.R.C. (Attivazione emotiva e Reciprocità Corporea) nasce dal lavoro del prof. M. Zappella e si caratterizza per l'importanza data alla funzionalità delle connessioni tra la dimensione biologica della persona e le condotte emotivo-affettive che adotta;
- l'approccio Portage.

Esistono, dunque, numerosi tipi di trattamento e solitamente la scelta è motivata dalle caratteristiche del caso cui è rivolto e della sua famiglia, ma anche dalla formazione di terapeuti ed educatori. Non si può dire con certezza quale sia il più efficace, poiché ognuno ha aspetti positivi e negativi e poiché i risultati dipendono spesso dalla specificità dei casi.

5. Le necessità delle persone con autismo e delle loro famiglie

Dall'Autismo non si guarisce, "è un disturbo cronico dello sviluppo ... che dura per tutta la vita", così afferma il testo ufficiale di Autisme Europe: solo in alcuni casi si può sperare nel raggiungimento di una sufficiente autonomia. Ciò

comporta una grande necessità di aiuto e sostegno sia per il soggetto autistico sia per la sua famiglia, che vive quasi sempre in condizione di forte stress fisico ed emotivo-affettivo.

La vita della persona autistica è resa difficoltosa dalla modalità operativa del suo stesso pensiero, che ingabbia la persona all'interno di sé stessa. Ciò nonostante ella non deve essere privata della libertà di sviluppare le capacità necessarie per vivere una vita indipendente.

Molto dipende dal livello di consapevolezza di genitori e professionisti, dall'adattamento dell'ambiente, dalle disponibilità di servizi specializzati ed anche dalla gravità della disabilità individuale. E' necessaria una grande collaborazione tra servizi, istituzioni e famiglie, fin dai primi anni di vita del bambino.

E' sicuramente fondamentale una *diagnosi precoce*; precoci osservazioni, infatti, possono rilevare deficit comportamentali (condotte tipiche e ritardo evolutivo) che meritano la giusta attenzione da parte di genitori e clinici. Sono utili:

- *screening di primo livello*, ossia una ricerca su tutta la popolazione per rilevare situazioni di rischio;
- *screening di secondo livello*, approfondimento per i casi a rischio individuati

E' necessario, inoltre, provvedere precocemente ad una diagnosi accurata, ad una valutazione funzionale e ad un servizio di consulenza, formazione ed aiuto alla famiglia, anche a domicilio. A seguito di una valutazione neurologica e psicologica precoce, vanno programmati interventi e supporti concreti, affinché la famiglia non vada alla ricerca di soluzioni improbabili.

Va sostenuta l'istruzione e l'inclusione sociale attraverso programmi educativi specifici e un servizio di consulenza permanente per gli insegnanti, le classi e le scuole che accolgono gli alunni con autismo. Il principale obiettivo educativo da perseguire, fin dall'infanzia, è quello di sviluppare e mantenere nei

tempo le abilità personali e sociali, incrementare l'autonomia e l'indipendenza.

In età adolescenziale ed adulta, inoltre, dovrebbero continuare ad usufruire di programmi educativi individuali, mirati ad aree funzionali come la comunicazione, le abilità sociali, le capacità lavorative e di tempo libero. Adolescenti ed adulti debbono poter contare su una prospettiva di vita adulta il più possibile indipendente nella comunità e sui programmi di supporto e d'educazione al progressivo distacco dall'ambiente familiare.

I timori della famiglia di fronte ad un futuro incerto possono essere dissipati da una pianificazione precoce della presa in carico, nel rispetto dei progetti individuali. La prospettiva di un futuro dignitoso per il figlio è per i genitori anche un supporto emotivo molto efficace.

La famiglia ha un ruolo di primaria importanza nell'educazione dei figli e le risorse di cui dispone sono necessarie per andare lontano: anche perché la famiglia è la fonte più approfondita d'informazioni sul bambino. Affinché ciò sia possibile i genitori devono ricevere al più presto informazioni dettagliate sull'Autismo e sugli approcci proposti dai servizi educativi, nonché un concreto sostegno psicologico.