

# **E.I.T.- Autism Treatment Outcome Checklist**

**Romeo Lucioni**

Dopo molti anni di interventi terapeutici con insufficienti mentali Down, X-fragili, autistici, psicotici, sindrome di Joubert, con diverso grado di disabilità psicomotoria, emotivo-affettiva, cognitiva e relazionale, nel 1993 si è potuto organizzare in maniera organica un intervento globale, fondato sui principi della psicodinamica e della psicoanalisi, che è stato chiamato “E.I.T. – Emotional Integrative Therapy” (Terapia di Integrazione Emotivo-affettiva).

Questo modello di intervento, largamente sperimentato, si è dimostrato utile nei quadri psicopatologici caratterizzati da una sintomatologia particolarmente impegnativa, tanto da farli annoverare tra i gravi ed anche, in alcuni casi, gravissimi e/o irrecuperabili.

L'E.I.T. è una terapia psicologica e psicoanalitica in quanto tiene conto del transfert e della mobilitazione dell'inconscio nell'ambito della relazione, che è prevalentemente corporea perché i soggetti in trattamento hanno preclusa la via del linguaggio. Nel lavoro psicoterapeutico si attivano quelle dinamiche capaci di fare rivivere situazioni pregresse e, quindi, di far ripercorrere le tappe dello sviluppo psico-affettivo e psico-mentale che, per vari motivi, si sono interrotti o bloccati o disorganizzati.

Questi intoppi funzionali minano profondamente la struttura dell' Io e precludono l'organizzazione del Sé per cui è necessario un intervento ristrutturante per ricompattare le forze dinamiche responsabili dell'autoriconoscimento, della autostima e dell'autosoddisfazione, oltre che per dare forza, significato e volontà al desiderio.

L'E.I.T. è dunque una psicoterapia a impronta psicoanalitica, attuata da operatori altamente specializzati e preparati ad osservare, a valutare e a strutturare gli interventi in modo personalizzato, ma, soprattutto, determinato dalle necessità che le spinte regressive, distruttive e stressanti portano a “contaminare” e a disorganizzare il comportamento ed il pensiero.

Proprio per questo l' E.I.T. utilizza la “*Autism Treatment Outcome Checklist*” come scala di valutazione per la diagnosi e per la quantificazione dei risultati ottenuti nel tempo della terapia.

Per la valutazione dei quadri gravi e di soggetti preclusi al linguaggio, si è anche adottata la TINV (*Test di Intelligenza non Verbale*) che è stato validato dalla scuola di psicologia di Milano, del Prof. Marcello Cesabianchi e che permette di ottenere un quadro più consono e veridico delle capacità dei soggetti gravi e/o che non hanno il dono di comunicare con la parola.

I dati così ottenuti ci permettono di conoscere con precisione le valenze delle funzioni psico-mentali ed anche di monitorare i cambiamenti indotti dall'intervento terapeutico-riabilitativo.

Non bisogna credere però che l'uso di una o di un'altra scheda di dati sia indispensabile per mettere in evidenza i miglioramenti funzionali. È evidente che

- se un bambino da anni si masturba e poi cessa la pratica;
- se una bambina non riesce ad avvicinarsi a nessuno e poi diventa sicura e spavalda nell'abbraccio;

- se un soggetto allontana tutti con l'emissione di urina, sputi, vomito, puzze ecc. e dopo un solo anno di terapia può lavorare senza problemi, impegnandosi nella motricità, negli esercizi di manualità e di comprensione;
- se un ragazzo vive sentimenti di inferiorità e di incapacità che gli impediscono anche di giocare alla palla con qualche compagno e, in pochi mesi riesce a partecipare al lavoro di gruppo (giochi ed esercizi);
- se soggetti dichiarati irrecuperabili raggiungono livelli misurabili di integrazione emotivo-affettiva, di sviluppo cognitivo-deduttivo e di partecipazione sociale;
- se un adolescente Down viene rifiutato dalla famiglia perché incontenibile e distruttivo e nell'arco di 12 mesi può riprendere i rientri a casa e andare al ristorante e in gita con i fratelli ed i genitori o essere invitato in case estranee senza problemi;

non è necessaria una valutazione più o meno validata o più o meno scientifica.

A. Puline et al. (1999) mettono in evidenza come il criterio clinico sia ancora quello più affidabile e, soprattutto, che « ...gli strumenti valutativi più nuovi non possono sostituire l'analisi di un clinico sperimentato.»

Queste liste e valutazioni sono però importanti per poter monitorare più precisamente i risultati e, quindi, focalizzare gli interventi sui punti che risultano più deficitari e, in questo modo, raggiungere uno sviluppo equilibrato ed omogeneo.

Dobbiamo anche fortemente sottolineare che l'approccio terapeutico alle forme gravi di disordine dello sviluppo, non si fa con un solo intervento terapeutico, ma con l'applicazione multidisciplinare che affronta globalmente la problematica producendo, quindi:

- una riabilitazione delle funzioni di base (igiene personale; controllo degli sfinteri; ordine nella persona; rispetto delle regole e degli altri);
- un recupero delle capacità psicomotorie;
- uno sviluppo, per quanto possibile, del linguaggio;
- una maggior tenuta nelle attività scolastiche e ludico-ricreative;
- un controllo dei comportamenti problema;
- una migliore capacità di socializzare sia con le persone di riferimento che con gli estranei;
- una più valida qualità di vita che si trasmette anche alle famiglie.

Da queste osservazioni si può chiaramente dedurre quanto sia utile un approccio come l' E.I.T con ragazzi che presentano problematiche gravi, come possono essere quelle autistiche. Dalla letteratura e da quanto si può dedurre dall'esperienza di quasi quindici anni di applicazione, l'unico approccio efficace si basa su modalità relazionali sostenute da una programmazione psicodinamica e psicoanalitica, che non mira al recupero funzionale, ma ad un approccio globale che, in questa luce, supera i limiti della riabilitazione per immettersi nella riorganizzazione profonda delle strutture dell' Io e delle dinamiche più specificamente legate all'autocoscienza del Sé.

Per la descrizione di un caso clinico, nella maggior parte delle stesure si tiene conto di "osservazioni" che, di per sé, rispecchiano solo un criterio personale anche se questo deve essere riconosciuto valido per l'esperienza degli operatori e

anche molte scale diagnostiche danno rilevante importanza alle osservazioni “personali” dei genitori e/o dei caregivers

A tutt’oggi, l’unico criterio normalmente e universalmente accettato per la diagnosi è quello del DSM 4 e del ICD 10, anche se, per chi lavora con artistici, non risultano utili per una precisa valutazione e, molto meno, per poter monitorare, nel tempo, i miglioramenti e/o i progressi.

Francesca Happé (1997) ritiene insufficienti i criteri di inclusione del DSM 4 e del ICD 10 e propone caratteristiche che non appaiono nella triade:

- repertorio ristretto di interessi (necessario per lo schema diagnostico DSM-II-R, 1987)
- desiderio ossessivo di non cambiare nulla (caratteristica cardinale per Kanner e Eisenberg, 1956)
- isole di capacità e/o attitudini conservate (essenziale per Kanner, 1943)
- capacità di “idiot savant” (presente in 1 caso su 10 autistici per Rimland e Hill, 1984)
- straordinaria memoria di ripetizione
- preoccupazione per parti degli oggetti (ricordato nel DSM 4)

tutti questi segni particolari sono descritti anche da Park (1987), Hart (1989), Mc Donnel (1993) e risultano utili a restringere i criteri di inclusione.

I problemi per chiarire e validare la diagnosi, proprio per evidenti difficoltà pratiche, ha portato molti autori, di diversa formazione, a organizzare una loro scala diagnostica:

- CHAT – Checklist For Autism in Toddlers (Baron-Cohen S., Gilbert C., 1992; 1996) “screen for Pediatrician and Family Doctor” (questionario per l’autismo in bambini piccoli; 5 items e 4 osservazioni)
- Questionario evolutivo (che amplia il CHAT – Robin, Fein, Barton e Liss, 1999)
- Scala australiana per la sindrome di Asperger (Garnett e Attwood, 1998)
- Scala di Griffiths (per la valutazione psicomotoria)
- PDDST – Test Diagnostico per i Disturbi Generalizzati dello Sviluppo – Livello 1 (Siegel, 1998)
- PDDST – Test per la Valutazione dei Disturbi Generalizzati dello Sviluppo – Livello 2 (Siegel, 1998)

Nell’approccio con bambini disabili psichici gravi, le innumerevoli scale diagnostiche risultano poco attendibili data la quasi nulla collaborazione ed anche per i difetti attentivi, di concentrazione, di tenuta e di accettazione del compito.

Proprio per questo sono molti gli Autori, di diversa formazione, che hanno organizzato una loro checklist:

- CARS – Childhood Autism Rating Scale (Eric Schopler et Al., 1998) Distinguishes Autistic from Developmentally Handicapped Children – 15 items più uno strumento di osservazione
- Autism Checklist of the “Autism Society of America” (Rendle-Short) (19 items che riflettono situazioni inappropriate per l’età del bambino)
- Autism Checklist of the American Society for Autism (13 domande per i genitori e per il pediatra)
- GARS – Scala di Valutazione dell’Autismo (Gilliam, 1995)
- PIA – Intervista per i Genitori per l’Autismo (Stone e Hogan, 1993)

- STAT – Scala per la Diagnosi di Autismo ai Due Anni (Stone, 1998a, 1998b)
- ADOS-G – Scala di Osservazione Diagnostica dell’Autismo – Generica (Di Lavore, Lord e Rutter, 1995; Lord, 1998; Lord et Al., 1989)
- Alabama Autism Checklist of the “Autism Society of Alabama” (18 items + 9 sintomi precoci)
- Checklist for the Educational-Psychologist (18 items)
- Checklist della Mom’s “Tour” (18 items per scoprire gli effetti del ritardo dello sviluppo)

Con questo criterio anche noi ci siamo trovati nella necessità di elaborare uno strumento che ci servisse non solo per chiarire problemi diagnostici, ma, soprattutto, per fare una valutazione che permettesse di seguire nel tempo le variazioni indotte dai diversi interventi terapeutico-riabilitativi e per programmare con precisione le attività necessarie per il recupero di singole aree incluse nello schema generale.

La *E.I.T. Autism Treatment Outcome Checklist* si compone di 120 items divisi in 8 aree relative a diversi quadri funzionali; l’applicazione dell’osservazione viene ripetuta diverse volte nel corso dell’anno e questo porta a un monitoraggio continuo e preciso dei risultati, prescindendo dalla perfezione o meno della scala usata. L’osservazione viene sempre eseguita con il confronto fra tutti gli specialisti che intervengono nella terapia in modo da garantire la miglior obiettività delle risposte.

Nella nostra checklist si indagano i deficit che interessano diverse abilità psicomentali:

- prassiche (motricità semplice e complessa)
- emotive (modulazione e/o incontinenza emotiva)
- affettive (rivolte a sé = autostima  
rivolte all’Altro = riconoscimento di valori)
- a mentalizzare
- a riconoscere il pensiero dell’Altro (teoria della mente)
- a comunicare verbalmente
- nella comunicazione non verbale (atteggiamento, postura)

Nell’organizzare la valutazione si stabilisce chiaramente la fine dell’obiettivo (“la fine del fine”) dando non solo organicità, ma anche precisione e possibilità di lettura ai passaggi che impone e sviluppa la terapia.

Le modificazioni degli items rappresenta appunto questa “qualità” che libera dall’indistinto e dall’essere non identificabile.

Il soggetto si soggettivizza nella qualità e può abbandonare la diagnosi per assumersi come persona.

Quando Stefano riesce a lanciarsi attraverso il cerchio (superando l’indistinto di un movimento ripetitivo e non finalizzato al raggiungimento del richiesto) scopre se stesso in un *Sé-identificato*. Quando, quindi, un bambino dice “non posso” si struttura nell’indecifrabile e nell’imprecisabile perdita di sé.

Nello stesso modo, la qualificazione valutativa che esercitiamo con l’applicazione della nostra “*E.I.T. Autism Treatment Outcome Checklist*” riporta il soggetto nell’ordine dell’esistenza soggettiva e nell’oggettivazione di una presenza qualificata e reale, che supera la virtualità della diagnosi.

La soggettivizzazione è fare qualcosa in cui riconoscersi, ma “*essere qualcuno*” diventa il momento in cui l’Altro ti può riconoscere per quello che fa, così come risulta nell’analisi di un insieme di “qualità” obiettivate.

Lo studio e l’applicazione di una checklist centrata sugli “autcoms” presuppone un cambiamento radicale da una cultura della diagnosi a quella della valutazione. Questa significa mettere l’accento su “condizioni” che accompagnano il soggetto durante tutta la vita e che possono cambiare sia per il passare del tempo (cambio di età), per le esperienze familiari e sociali, ma soprattutto per gli interventi terapeutico-riabilitativi.

Il senso intrinseco di una checklist è quello di dare una valutazione con finalità di intervento proprio perché il trattamento deve essere modificato in accordo con lo “sviluppo idiosincratico” dimostrato dal soggetto in esame.

m. Ibarra (1992) segnala come il compito di un intervento psicoterapeutico deve contare con una “valutazione integrale” perché deve tener conto di fattori interattivi che, in ultima analisi, si esprimono con una determinata condotta.

Un soggetto artistico deve essere considerato come unità genetico-bio-psico-sociale, nel quale le caratteristiche sono il risultato di una interazione complessa e dinamica tra l’integrità della sua struttura cromosomica ed immunitaria, del suo SNC e delle caratteristiche di bio-sensibilità e di intolleranza, del complesso delle sue emozioni e degli affetti, delle capacità cognitive che sottendono ai processi mentali e all’ambito familiare, educativo e sociale.

Da questo si devince l’importanza e la necessità di un intervento globale e multidisciplinare, con operatori che posseggano una preparazione ampia e profonda, oltre che una specifica organizzazione della pratica operativa.

Queste osservazioni ci indicano anche che ogni singolo caso, per la sua specificità ed unicità, richiede strategie di intervento differenziate, flessibili, modulabili e consone ad una valutazione non formale, no solo diagnostica, ma integrale.

## **Lavori del Dott. Romeo Lucioni e dei suoi Collaboratori sul tema dell'autismo e delle sindromi regressive:**

**Basso Ida - Romeo Lucioni:** Inserimento scolastico: problematiche e possibilità educative dei soggetti autistici.

**Ida Basso - Romeo Lucioni:** Il caso di Max.

**Lucioni R., A. Fumagalli, I. Basso:** Autismo e metafora dell'integrazione. "Progetto per l'inserimento nella scuola dell'obbligo".

**Lucioni R., B.Lamperti, D.Ghini:** Nell'autismo l'ippoterapia é un intervento terapeutico-curativo?.

**Lucioni R., D. Scheriani, L. Reddavide:** Autismo: dalla pratica terapeutica alla teoria.

**Lucioni R., D.Scheriani, T. Pennacchio, P. Alessio:** Autismo e terapia.

**Lucioni R., I. Basso, D. Scheriani, T. Pennacchio, P. Alessio, L. Reddavide:** Assistere l'autistico non come numero, ma con numeri.

**Lucioni R.- I. Basso – L. Reddavide:** La storia di Ivano.

**Lucioni R.- I. Basso – L. Reddavide:** La historia de Ivano.

**Lucioni R.- I. Basso:** Timologia e autismo.

**Lucioni Romeo - Sabrina Cirrincione:** PSICOTERAPIA Y AUTISMO.

**Lucioni Romeo - Davide Scheriani:** "IO", processi primitivi ed Autismo.

**Lucioni Romeo e Francesca Gobbi:** Autismo ipercinetico

**Lucioni R., T. Pennacchio, I. Basso, P. Alessio, D. Scheriani:** Autismo e psicosi a esordio infantile.

**Lucioni Romeo:** Autismo come alterazione dello sviluppo primordiale dell'Io.

**Lucioni Romeo:** Autismo e comportamenti controfobici.

**Lucioni Romeo:** Autismo e schizofrenia.

**Lucioni Romeo:** Autismo ed E.I.T. - Terapia di integrazione emotivo-affettiva.

**Lucioni Romeo:** Autismo: considerazioni psicodinamiche e inserimento scolastico

**Lucioni Romeo:** Autismo: consideraciones sobre psicodinàmica y escolaridad.

**Lucioni Romeo:** Centro di Riabilitazione per le Turbe Psico-mentali.

**Lucioni Romeo:** L'Edipo.

**Lucioni Romeo:** E.I.T.: curare l'autismo e le sindromi regressive.

**Lucioni Romeo:** Emotività, affettività, intelligenza: neurofisiologia e psicodinamica della mente.

**Lucioni Romeo:** Esperienze psicoterapeutico-educative nel C.F.P.I.L. della Provincia di Varese.

**Lucioni Romeo:** Evaluar un tratamiento.

**Lucioni Romeo:** I Fattori che influenzano o determinano espressioni psicopatologiche autistiche.

**Lucioni Romeo:** Factores que influncian o determinan expresiones psicopatológicas autistas.

**Lucioni Romeo:** I "Nome del Padre".

**Lucioni Romeo:** I meccanismi psichici delle dinamiche regressive ed autistiche.

**Lucioni Romeo:** Intelligenza razionale e intelligenza affettiva.

**Lucioni Romeo:** La psicoanalisi può contribuire alla cura dell'autismo?

**Lucioni Romeo:** L'autismo.

**Lucioni Romeo:** Le relazioni oggettuali primitive che contribuiscono alla formazione della figura genitoriale ed alla integrazione dell'io.

**Lucioni Romeo:** L'identificazione.

**Lucioni Romeo:** NO.

**Lucioni Romeo:** Sulla comunicazione facilitata.

**Lucioni Romeo:** Sviluppo della personalità su basi cognitive e prospettive terapeutico-formative.

**Lucioni Romeo:** Sviluppo della personalità su basi cognitive e prospettive terapeutico-formative.

**Lucioni Romeo:** Terapia dell'autismo: relazione, comunicazione, corpo, sviluppo del senso di sé e dell'autocoscienza.

**Lucioni Romeo:** Tossicodipendenza come epifenomeno di "malattia dell'idealità".

**Lucioni Romeo:** Trastorno autista.

**Lucioni Romeo:** Parliamo di intelligenza.

**Romeo Lucioni - Katuscia Perrone:** L'ESILIO DELL'IO: il caso di Luca.

**Romeo Lucioni - Katuscia Perrone:** EL EXILIO DEL YO: el caso de Luca.

**Romeo Lucioni, Ida Basso, Katuscia Perrone, Mariagrazia Trentini:** L'ESILIO DELL'IO: il caso di Frank.

**Romeo Lucioni, Tiziana Pennacchio, Ida Basso, Elisabetta Rasa:**  
L'ESILIO DELL'IO: AUTISMO - TENSIONE - SINTOMO. Il caso di Ivano.

**Romeo Lucioni - Ida Basso - Loredana Reddavid:** La storia di Ivano.

**Pedota Silvia:** Le dinamiche terapeutiche viste come guida nello strutturarsi di una comunicazione, fondamentale per una buona configurazione educativa.

**Pedota Silvia:** Presupposti per una buona relazione mentale.

**Ravaschietto Giuliana:** Creare una zona franca.

**Ravaschietto Giuliana:** La relazione educante: una esperienza

**Scheriani D. e R. Lucioni:** Il caso di Andrés. Per una revisione dei concetti di valutazione e diagnosi nell'autismo e nei disturbi generalizzati dello sviluppo.