

# **AUTISMO: quadri psicopatologici e risposte ai trattamenti.**

**Romeo Lucioni**

Affrontare il tema dei risultati ottenuti (o raggiungibili) con le diverse pratiche terapeutiche e, quindi, fare uno sforzo per avere una previsione sulle espressioni cliniche che resteranno come fenomenologia dell'autismo in età adulta, è ormai diventato un compito inderogabile e, soprattutto, eticamente irrinunciabile ed anche irrimandabile.

Prima di tutto:

resta sempre la questione della diversificazione dei quadri psico-patologici che sono entrati a far parte del cosiddetto “**spettro autistico**”.

Dalle nostra quindicinale esperienza nell'ambito delle terapie, della riabilitazione globale e funzionale e della cura (fatta nella A.I.P.R.E.C. – Associazione Italiana Prevenzione Riabilitazione e Cura) possiamo proporre un prospetto schematico riassuntivo che ci può aiutare per uniformare i punti di vista.

In questo modo riconosciamo:

- |  |   |
|--|---|
| 1) Autismo-autistico (sindrome di Kanner);                         | <b>A.A.</b>   |
| 2) ADD-ADHD – Sindromi ipercinetiche                               | <b>ADD</b>  |
| 3) Sindrome di Asperger (Sindrome Borderline)                      | <b>SA</b>   |
| 4) Ritardo dello sviluppo psico-mentale non autistico              | <b>RSP</b>  |
| • Mutismo essenziale   |   |
| • Ritardo scolastico   |   |
| • Sindrome da abuso psichico                                       |   |
| • Sindrome da immigrazione-emigrazione                             |   |
| • Sindrome da adozione   |   |
| 5) X-Fragile (sindrome di Martin-Bell)                             | <b>X-F.</b>   |
| 6) Sindrome di Down  | <b>SD</b>   |
| 7) Sindrome tipo autistica da intolleranza                         | <b>SIA</b>  |
| • alimentare: caseina, glutine                                     |   |
| • da metalli pesanti (mercurio; arsenico; piombo; alluminio; ecc.) |   |
| 8) Autismo genetico  | <b>AG</b>   |
| • sindrome di Rett   |   |
| • agenesia del corpo calloso                                       |   |
| • sindrome di Joubert  | } alterazioni della fossa posteriore<br>(cervelletto) |
| • sindrome di Dandy-Walker   |   |
| • sindrome di Kabuky   |   |
| • sindrome di Angelman   |   |

Per affrontare con efficacia tutte queste espressioni psicopatologiche, l'esperienza ha portato a determinare la necessità di interventi multidisciplinare:

- globali,
- olistici
- funzionali (misurati sul bisogno)
- precoci
- prolungati (più di tre anni)
- accompagnati da continue valutazioni dei risultati (seguendo scale)

- modulati sulle evidenze (centrare gli obiettivi a corto e medio termine, mentre a lungo termine è sempre il recupero funzionale e globale e la cura).

Ciò significa che già mentre è in atto il periodo necessario per la diagnosi, conviene iniziare il trattamento, ottenendo con l'osservazione dei dati utilissimi per stilare la diagnosi e per tracciare le linee guida per la terapia.

La nostra esperienza è stata fatta, utilizzando psicologi o educatori specializzati per l'applicazione di:

- terapia di integrazione emotivo-affettiva **E.I.T.**
- Thymology Learning Approach **TyLA**
- Arte-terapia-psicodinamica **A.T.P.**
- Terapia emotivo-espressiva **T.E.E.**
- Ippoterapia-riabilitativa **I.R.**
- Psicodramma **P.S.D.**
- Psicoterapia psicodinamica **P.P.**
- Teatro terapia **T.T.**
- Tai-chi-chuan **TCh**
- Musicoterapia **MT**
- Inserimento in attività sportiva-presport **P.S.**
- Inserimento in attività sportiva agonistica **A.S.A.**
- Farmacoterapia omeopatica **T.F.O.**

## PROSPETTO DEI RISULTATI

	<b>EIT</b>	<b>TyLA</b>	<b>ATP</b>	<b>TEE</b>	<b>IR</b>	<b>PSD</b>	<b>PP</b>	<b>TT</b>	<b>TCh</b>	<b>MT</b>	<b>PS</b>	<b>ASA</b>	<b>TFO</b>
<b>AA</b>	+++	+++	+++	+++	+++	+	+	+	++	+++	+	-	+++
<b>ADD</b>	+++	+++	+++	+++	+++	+++	+++	+++	+++	+++	+++	+++	+++
<b>SA</b>	+++	+++	+++	+++	++	+++	+++	+++	+++	+++	+++	+++	+++
<b>RSP</b>	+++	+++	+++	+++	+++	+++	++	++	+++	+++	+++	+++	+++
<b>X-F.</b>	+++	+++	+++	+++	+++	++	++	++	+++	+++	++	+	+++
<b>SD</b>	+++	+++	+++	+++	+++	+++	++	++	+++	+++	++	++	+++
<b>SIA</b>	+++	+++	+++	+++	+++	+++	+++	+++	+++	+++	+++	+	+++
<b>AG</b>	++	++	++	++	+++	+	+	+	++	+++	+	-	+++

In questo schema si mettono in relazione le diverse sindromi che per lo più compongono il quadro dello SPETTRO AUTISTICO con i risultati ottenuti con le differenti pratiche terapeutiche e riabilitative.

Il numero delle crocette vuole corrispondere all'efficacia dell'intervento che è stata misurata con le diverse scale in uso presso i centri A.I.P.R.E.C. che partecipa al programma di offrire le migliori attività terapeutico-riabilitative per affrontare i disturbi dello sviluppo.

Questi dati sono stati preziosi per intervenire sulla programmazione delle diverse terapie in modo da renderle qualitativamente più valide. Questo è successo per esempio con l'Arte-Terapia-Psicodinamica, con la Ippoterapia-Riabilitativa, con il Tai-Chi-Chuan, ma anche con lo Psicodramma e con la terapia omeopatica che così è risultata di grande aiuto, se non addirittura indispensabile per ottenere un grado di partecipazione attiva e tranquilla da parte dei piccoli pazienti.

Queste note riassuntive e schematiche abbisognano di chiarimenti.

### 1) **Autismo Autistico**

È il quadro psicopatologico più grave tra quelli che comportano un “disturbo dello sviluppo”. Il problema comincia intorno ai due anni, quando si va terminando la maturazione dei lobi frontali che comporta l’integrazione della funzione del “sistema affettivo”. Proprio per questo si giustifica la “siderazione affettiva” che lo caratterizza e tutte le difficoltà relazionali, insieme con l’ossessivo e pregante rifiuto (anche violento) di accettare la vicinanza del altri, anche di quelle persone che quotidianamente provvedono alla sua assistenza. L’elemento caratteristico della patologia è il “ritardo dello sviluppo” per il quale:

- il soggetto non raggiunge lo “stadio degli oggetti”. Questi restano come “oggetti parziali” che vagano nell’inconscio, generando tensioni, ansie ed angosce.
- Non c’è altra nella neuropsichiatria infantile che dimostri i segni di vero “terrore”, che si scatena anche per futili motivi; per es. la scoperta che un oggetto abituale è stato spostato dal suo posto.
- L’autistico diventa un vero “despota” che impone le sue scelte e l’obbligo per gli altri di sottomettersi alla sue anche più assurde scelte comportamentali.
- Sembra quasi che non senta “il dolore” e così si provoca anche profonde lesioni con morsi e graffi (cose che fa anche con gli altri che, proprio per questo, devono sempre stare molto attenti per non essere presi impreparati e subirne le conseguenze).

Con questi bambini si sono tentate molte terapie e, soprattutto, quelle che propongono comportamenti molto semplificati, prestabiliti e ripetitivi (Tacch; ABA; ecc.) che non hanno mai portato a grossi cambiamenti (al contrario in molti paesi queste tecniche non sono accettate perché accusate di creare situazioni o modalità decisamente regressive e psicotiche).

La nostra esperienza (quindici anni) ha portato a risultati molto “brillanti”, tanto da poter dare per superato il problema autistico (recupero della socializzazione), questo però non significa che si sia raggiunto un livello soddisfacente di integrazione, di inserimento sociale e, soprattutto, di recupero delle funzioni psico-mentali. Prima di tutto il linguaggio che, perduto dopo le prime parole (intorno ai due anni) non si riesce a farlo recuperare anche se il bambino può comprendere le cose che gli si dicono, gli ordini e le regole comportamentali.

Gli autistici (kanner) sembrano “molto intelligenti” (le mamme spesso li chiamano “piccoli geni”), ma, al lato pratico, di mostrano di non poter utilizzare le loro potenzialità e, quindi, l’espressione cognitivo-intellettuale resta veramente povera.

**E.I.T** e **TyLA**: con questi programmi terapeutico-riabilitativi si fanno recuperare le qualità di base (tenuta sul compito; attenzione al lavoro; controllo degli sfinteri; perdita dei comportamenti ossessivo-compulsivi; atteggiamenti ed azioni adeguate con gli altri (non sono più aggressivi). Tutto questo permette di intraprendere le altre attività riabilitative:

**Arte-terapia-psicodinamica**: è forse la pratica con la quale si sono avuti i più importanti miglioramenti. Con questo lavoro si è potuto verificare che

all'autistico non manca lo sviluppo simbolico (anche se non c'è la parola), ma manca l'immaginario (che può essere migliorato notevolmente).

**Ippoterapia riabilitativa:** raggiungono il livello di poter guidare il cavallo sia al passo che al trotto; senza però arrivare alla pratica del galoppo. Non abbiamo ancora autistici di Kanner che siano giunti ad un livello pre-sportivo o sportivo.

**Terapia emotivo espressiva e Tai-Chi-Chuan:** permettono di guadagnare molto nella comprensione psico-motoria e nella reciprocità.

**Musicoterapia:** in riabilitazione, bisogna sempre lavorare con la musica che libera a volte da posizioni di estrema chiusura su di sé

**Terapie farmacologiche:** è da escludere totalmente l'uso di farmaci anti-psicotici (serenase, risperdal, ecc.) perché danno molto spesso reazioni contraddittorie di eccitazione, di aggressività e di violenza.

Molto utili sono invece le terapie omeopatiche con erbe ad azione sedativa. Tra queste soprattutto la *passiflora* mescolata con altre (tiglio; valeriana; camomilla; ecc.). Con queste si ottengono risultati veramente importanti, utili per poter lavorare con tranquillità nella riabilitazione e nell'educazione scolastica.

Si può usare anche la *melatonina*, ma noi non la utilizziamo mai al di sotto dei 10-12 anni.

### **PROGnosi:**

Da tutto questo possiamo affermare che, pur non potendo ancora capire il perché, non ci sono ancora terapie che risolvano il problema del blocco dello sviluppo (affettivo e cognitivo) – anche se viene limitata la “pervasività”. Così, questi bambini autistici lo sono anche da giovani e da adulti.

Non si è ancora potuto fare un confronto tra gli autistici adulti trattati da bambini (con successo) e gli altri che hanno ricevuto una terapia scarsa o inadeguata per raggiungere i miglioramenti senza però la risoluzione.

Per la nostra esperienza abbiamo bisogno di una decina di anni ancora.

## **2) ADD-ADHD**

Questa sindrome si compone di una enorme varietà di quadri che vanno da una normale irrequietezza, sino a raggiungere forme gravi (“si potrebbe ricordare l'autismo ipercinetico”).

In questi casi il terapeuta fa proprio bella figura perché può utilizzare tutte le tecniche che ha sviluppato e di cui si è reso specialista. Nella nostra pratica è stato fondamentale l'utilizzo di E.I.T. e della TyLA che hanno permesso di arrivare all'applicazione delle altre operatività specifiche.

Nella Arte-Terapia-Psicodinamica si ottengono risultati brillanti così come con la Ippoterapia-Riabilitativa che permette di portare questi ragazzi a competere con i “normali”, ottenendo anche splendidi risultati.

Si può dire che “... l'ipercinetico può essere domato” anche se ci vuole sempre un polso molto fermo.

Estremamente utile è l'uso della “passiflora” che fa miracoli nella sedazione. Non vanno usati farmaci antipsicotici (risperdal; serenase; ecc.) perché non sono per nulla efficaci e portano anche a risposte paradossali. Sono stati usati anche farmaci anti-epilettici (dopakin), ma senza nessun risultato.

Ultimamente (importata dagli USA) si sta offrendo una terapia a base di Ritalin, ma la nostra esperienza la sconsiglia prima perché non dà risultati che non possano essere raggiunti in altra maniera; poi perché non sappiamo quali effetti dannosi si possano avere con somministrazioni prolungate di un

farmaco che, in ultima analisi, è annoverabile tra le “droghe” e che, sino a pochi anni fa era del tutto “... proibito”.

#### **PROGnosi:**

si può tranquillamente dire che l'ipercinesia è un disturbo totalmente superabile e che questi ragazzi possono recuperare le loro qualità ottenendo un buon inserimento familiare, scolastico e sociale.

Spesso è necessario fare un lavoro anche con il Padre, proprio perché il grande problema di questi ragazzi è quello di sentirsi incapaci ed inefficienti. È questo il punto di partenza del disturbo: con la scarica motoria si supplisce ai sentimenti di inferiorità e di inadeguatezza che il soggetto vive nell'uso delle pratiche mentali. (Lacan dice che dove c'è “corpo” non c'è “mente”).

È il recupero del “senso di Sé” e della auto-valorizzazione che permettono di ritrovare la “fiducia in se stessi”. Anche per questo è così utile l'applicazione dello psicodramma e della Teatro-terapia, che può essere usata anche per stimolare il recupero dell'immaginario.

**3) SINDROME DI ASPERGER:** Questo disturbo viene per lo più riferito con inizio intorno ai tre anni (quando già è stato raggiunto lo “stadio degli oggetti”), anche se si manifesta, in forma chiara, più tardi: intorno ai 10 anni. La sindrome si avvicina per molti motivi alla *Sindrome Border-line* (diagnosi che riguarda maggiormente l'adolescenza) e questo le dà maggior importanza per il grande aumento dell'incidenza nel riferimento statistico di oggi.

La sintomatologia viene riferite prevalentemente a:

- incapacità ( a volte veramente spiccata) di stabilire validi rapporti interpersonali (soprattutto per i ragazzi con le coetanee);
- senso di inferiorità e di incapacità – soprattutto riferito ai rapporti sentimentali ed affettivi: l'altre è sempre troppo forte e importante, tanto da suscitare sensi di vergogna e di invidia: “... lei ha tutto quello che vorrei avere io !!!”;
- spiccata opposizione nei confronti del Padre che spesso viene riferita come “... odio”;
- la figura paterna è svaloriizzata (solo a parole), ma vissuta con un senso di inferiorità ed una incapacità di “... liberarsi da chi può tutto ...” e che si dimostra “... perverso” perché non dà quelle cose che il figlio desidera e della quali non può parlare ... ma non ce ne sarebbe bisogno perché “... lui sa perfettamente quello che voglio e non me lo dà perché è un perverso”;
- anche la madre viene rifiutata perché “... preferisce Lui !!!”

Il quadro sembra l'espressione di una problematica edipica, ma in questi casi domina il senso di inferiorità, di impotenza e di inadeguatezza.

L'Asperger-Borderline risulta un soggetto che sempre rinuncia ad essere se stesso: si vive onnipotente, ma, nello stesso tempo, si crede un “incapace”

L'Altro è sempre vissuto come “perverso e distruttivo” perché incapace di “capire la tremenda sofferenza” alla quale è sottomesso il soggetto, questi si costringe a vivere sempre più isolato e racchiuso nella sua infelicità esistenziale (abbiamo avuto casi di ragazzi che hanno abbandonato la scuola e si sono rinchiusi in casa, incapaci di utilizzare le loro capacità mentali anche notevoli).

Il disprezzo per l'altro porta al disprezzo per il mondo e verso ogni attività umana: fatta da perversi, immorali ed incapaci.

La sindrome è stata anche chiamata “*schizofrenia pseudo-nevrotica*” (C.L. Cazzullo) proprio per l'incoerenza mentale, la siderazione affettiva, l'invasività delle problematiche e la estrema difficoltà per superarle.

Il “nanismo affettivo” di questi ragazzi li porta a non poter mantenere valide relazioni che così vengono interrotte (sempre per colpa dell'Altro che viene accusato di insensibilità, di incapacità e di “amoralità”). Sono facili gli acting-out, non riconosciuti da molti psicoanalisti che li ritengono segni “abbandonici”.

Il borderline vive come se si trovasse sempre di fronte a due porte e con una incapacità “caratteriale” per decidere, per produrre una scelta che, di conseguenza, porta a rinuncia ed a inazione.

PROSPETTIVE:

la terapia di questi casi è veramente difficile proprio perché viene interrotta con molta facilità (tanto più per il fatto che la colpa viene sempre buttata sull'altro che, inoltre, viene svalorizzato e ritenuto un incapace).

Ne deriva che l'*adulto borderline* è un “*personaggio sempre scomodo*”, che svalorizza tutto e tutti, è incapace di amare ed anche di creare sentimenti di reciprocità, di altruismo e di riconoscenza per quanto riceve.

A volte si dimostrano generosi, ma questo viene come a voler dimostrare che “ha tanta superiorità ... che può regalare le cose di cui non ha bisogno”

Questo senso di onnipotenza è molto caratteristico e si evidenzia come “paura di invecchiare” (si sentono sempre giovani), di voler essere sempre “naturali” per cui amano sentirsi ecologisti e difensori strenui della lotta al degrado ambientale. Questi “personaggi” risultano sempre scomodi, difficili da vivere in una relazione di amicizia, tendenzialmente isolati, ma riescono ad avere una vita “normale” per quanto riguarda il lavoro proprio perché hanno paura di perdere quel denaro di cui hanno bisogno anche per dimostrare al padre di poter essere indipendenti.

#### 4) Ritardo dello sviluppo non autistico.

Questo capitolo sta diventando sempre più importante proprio perché (insieme ai borderline) i casi che vi entrano giustificano l'enorme aumento della prevalenza, quasi da risultare una vera causa della cosiddetta “**epidemia autistica**”.

Tra questi casi, il “*mutismo essenziale*” è sempre il più eclatante e vistoso (l'atteggiamento di non voler parlare) ed obbliga gli Altri a tentare in tutti i modi di “... farlo parlare”.

Un comportamento tanto oppositivo fa ricordare una specie di regressione psichica che porta ai primitivi sensi di onnipotenza e di egocentrismo. Anche in questi casi, è evidente una opposizione forte nei confronti del padre, vissuto come limitante, castrante, incapace di aiutare e di comprendere.

Spesso si riesce a trovare una causa scatenante (vedi anche le derivazioni da abuso psichico, immigrazione, adozione, ecc.), ma problematiche vere sono difficili da scoprire perché ci troviamo di fronte ad uno sviluppo intrapsichico (si potrebbe dire inconscio) per cui non si riesce a scoprire i veri perché.

Il progressivo blocco psichico porta spesso a diagnosi erranee di “autismo” anche se di questo non si possono evidenziare le caratteristiche: mancanza dello sviluppo degli oggetti; atrofia affettiva; comportamenti ripetitivi ed ossessivi; deficit invasivo che porta anche a perdere le capacità motorie.

Il ritardo dello sviluppo evidenzia pertanto per una “profonda debolezza dell'Io” che mina lo sviluppo dello “schema rappresentazionale condiviso”: il

soggetto resta chiuso in un proprio codice di comprensione, di comportamento, di relazione.

#### PROSPETTIVE:

in questi casi una terapia multidisciplinare, varia, attenta ai bisogni ed ai continui cambiamenti, porta ad una totale remissione dei sintomi ed alla ripresa dello sviluppo, tanto che il vero problema, nell'adolescenza, resta quello di recuperare il tempo perduto e le funzionalità rimaste poco sviluppate. Si può dire che interventi appropriati, modulati, applicati da tutti (genitori, caregivers, maestri, terapeuti) portano alla remissione della sintomatologia e, quindi, ad un viraggio benigno dei sintomi.

### 5) X-fragile

Anche se non si riesce assolutamente a capirne il perché, il sintomo più caratteristico di questa sindrome genetica è l'*incontinenza emotiva*.

Questi bambini rispondono in modo massiccio ed esagerato agli stimoli esterni, anche quando possano essere considerati dai caregivers del tutto "banali" ed insignificanti.

La risposta emotiva percorre normalmente due vie di scarica:

- *quella somatica* – rinorrea, scialorrea, lacrimazione abbondante, iperpernea, tachicardia, risposte cutanee. A volte anche bisogno compulsivo di urinare o diarrea;
- *quella psicologica* – espressioni di ansia ed anche di angoscia.

Per capirci:

spesso il caregiver che accompagna il bambino alle sedute si lamenta perché all'uscita di casa stava perfettamente bene, mentre arrivati al Centro, dimostra una crisi di "violento raffreddore". Questa è in realtà una reazione emotiva incontrollata.

L'iper-reattività emotiva porta a ad un "intasamento percettivo e psicologico tanto pregiudiziale da portare ad un progressivo disordine mentale che si traduce, all'età di 14-16 anni, in un quadro di "oligofrenia grave".

Questo è un caso di problematica biologica importante di cui non si conoscono le cause (se non vagamente che dobbiamo riferirci al disordine genetico), né il meccanismo eziopatogenetico.

Risulta quasi impossibile controllare l'incontinenza emotiva, neppure con l'uso di farmaci ansiolitici. Buoni risultati si sono ottenuti con la E.I.T. e la TyLA, accompagnate con ippoterapia e, soprattutto, Arte-terapia-psicodinamica.

Con queste tecniche si possono creare una miriade molto grande di situazioni che via via vengono accettate dal sistema bio-psicologico arrivando ad un contenimento apprezzabile delle scariche emotive sia quelle corporali che quelle psicologiche.

Va sottolineata la necessità di attivare precocemente una "terapia motoria" per fare acquisire la coordinazione fine e grossa, oltre che l'agilità e la forza muscolare che vanno perdute se non si provvede ad un accurato "allenamento" in tutti i distretti neuro-muscolari.

In questi casi non bisogna mai cedere alle crisi; al contrario è necessario un costante e forte impegno per imporsi all'iper-emotività e quindi superarla.

Purtroppo non abbiamo ancora bambini trattati e diventati adulti per verificare se si è potuta contenere o annullare la prognosi tanto negativa.