



PEGASO

Università Telematica

**“LA DISABILITÀ RELAZIONALE E/O
COGNITIVA NELLO SPETTRO AUTISTICO”**

PROF. ARMANDO CURATOLA

Indice

1 -----	LA DISABILITÀ RELAZIONALE E/O COGNITIVA NELL'OTTICA TERAPEUTICA ED EDUCATIVA	3
1.1	I CRITERI OPERATIVI DELL'AZIONE TERAPEUTICA	3
1.2	L'AZIONE TERAPEUTICA	5
2	LA VALUTAZIONE PSICO-PEDAGOGICA E SOCIALE DELL'AUTISMO	8
3	LE FORME DELLO SPETTRO AUTISTICO E IL LORO APPROCCIO TERAPEUTICO	11
3.1	L'AUTISMO AUTISTICO O SINDROME DI KANNER (A.A.)	11
3.2	LO SPETTRO AUTISTICO	14
3.3	I QUADRI PSICOPATOLOGICI DELLO SPETTRO AUTISTICO	15
3.4	LE SINDROMI IPERCINETICHE (ADD-ADHD)	17
3.5	I DISTURBI DELLA PERSONALITÀ	18
3.6	IL RITARDO DELLO SVILUPPO PSICO-MENTALE (R.S.P.)	28
3.7	L'AUTISMO GENETICO (AG)	32
3.8	LA SINDROME TIPO AUTISTICA DA INTOLLERANZA (SIA)	41
BIBLIOGRAFIA		42



PEGASO

Università Telematica

Attenzione! Questo materiale didattico è per uso personale dello studente ed è coperto da copyright. Ne è severamente vietata la riproduzione o il riutilizzo anche parziale, ai sensi e per gli effetti della legge sul diritto d'autore (L. 22.04.1941/n. 633)

1 La disabilità relazionale e/o cognitiva nell'ottica terapeutica ed educativa

È ormai ampiamente condivisa l'idea che l'approccio alle disabilità relazionali, espressione massima delle difficoltà relazionali, non possa prescindere da un efficace raccordo tra azione terapeutica e azione educativa.

Entrambe le azioni non possono mai essere generalizzate, bensì correlate alla specificità delle manifestazioni delle difficoltà che, nel caso dei disturbi relazionali, non sono di facile rilevazione e interpretazione, proprio per la estrema eterogeneità delle loro caratterizzazioni e per la non sempre possibile precisazione delle condizioni eziopatogenetiche della loro origine.

1.1 I criteri operativi dell'azione terapeutica¹

L'esperienza, fin qui condotta, ha dimostrato come nella generalità dei casi di disturbo relazionale sia fondamentale ricorrere a interventi terapeutici multidisciplinari che siano:

- globali, olistici;
- funzionali (misurati sul bisogno);
- precoci;
- prolungati (per più di tre anni);
- monitorati con continue valutazioni dei risultati (seguendo scale);
- modulati sulle evidenze (centrando gli obiettivi a corto e medio termine, mentre a lungo termine vanno posti gli obiettivi del recupero funzionale e globale e la cura).

Altro aspetto importante della questione è che già mentre sono in atto le procedure diagnostiche conviene avviare il trattamento, poiché con l'osservazione dei comportamenti di risposta si possono rilevare dati utilissimi per la stessa diagnosi. Lo dimostrano i dati forniti dalla letteratura più recente in materia, che trovano conferma anche nella nostra pluriennale esperienza di psico-pedagogia-speciale ispirata a un sistema d'intervento multidisciplinare a cui partecipano congiuntamente psicologi, educatori, terapeuti, pedagogisti, riabilitatori e, ove disponibili, gli stessi componenti familiari.²

¹ Questa parte (1.1) è riportata integralmente dal volume di Annamaria Curatola, *I bisogni speciali nella società della complessità. Comportamenti a rischio e risposte formative*, Roma, Anicia, 2008.

² A. M. Murdaca e R. Lucioni, *L'approccio educativo e terapeutico all'autismo: ippoterapia e riabilitazione equestre*, Roma, Anicia, 2007

Il campo d'azione e di applicazione di questo criterio procedurale di lavoro è piuttosto vasto e comprende:

- Programmi di riabilitazione cognitiva e di integrazione scolastica (R.C.);
- Terapia di integrazione emotivo-affettiva (E.I.T.);
- Thymology Learning Approach (TyLA);
- Arte-terapia-psicodinamica (A.T.P.);
- Terapia emotivo-espressiva (T.E.E.);
- 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.).

I risultati sull'uso combinato di detti interventi appaiono particolarmente interessanti, soprattutto in riferimento alla loro utilità per l'approccio educativo. Si prendano in considerazione, ad esempio, i Programmi di riabilitazione cognitiva e di integrazione scolastica, l'Arte-Terapia-Psicodinamica e lo Psicodramma.

Un altro aspetto importante della questione riguarda il ricorso a prodotti farmacologici, oppure a sostanze omeopatiche e/o allopatiche, seppure sia da sottolineare che la letteratura sul tema e le risultanze delle esperienze conosciute a tal riguardo non permettono ancora di formulare un giudizio che abbia validità scientifica attendibile. Si può soltanto riferire che mentre il capitolo sull'uso di prodotti omeopatici e/o allopatici è abbastanza aperto, perché soggetto a un attento approfondimento sperimentale, il ricorso a sostanze farmacologiche registra un forte ripensamento critico, in quanto è stato dimostrato che:

- a) i disturbi comportamentali e dello sviluppo non possono essere affrontati con farmaci antipsicotici e neppure con gli ansiolitici, dal momento che detti farmaci possono aumentare l'agitazione, l'irrequietezza e le crisi di opposizione e di violenza;
- b) l'uso del Ritalin (specie nella sindrome ADD-ADHD), a livello internazionale, è considerato fortemente a rischio, dal momento che di esso non si conoscono con-

Attenzione! Questo materiale didattico è per uso personale dello studente ed è coperto da copyright. Ne è severamente vietata la riproduzione o il riutilizzo anche parziale, ai sensi e per gli effetti della legge sul diritto d'autore (L. 22.04.1941/n. 633)

precisione gli effetti iatrogeni a lungo termine e che i risultati “positivi” documentati sono veramente pochi e con effetti limitati nel tempo;

- c) gli interventi dietetici (con alimenti senza glutine e senza caseina), per i quali viene registrato un certo apprezzamento da parte dei genitori, trovano approvazione dalla comunità scientifica soltanto nei casi in cui risulta provata e documentata la specifica intolleranza alimentare;

È il caso di richiamare, a questo punto, anche le attenzioni poste alle reazioni patogene connesse all’uso dei vaccini. Questione, probabilmente, chiusa perché questi “farmaci” non vengono più preparati con sali di mercurio (Thiomersal) che sono risultati, oggettivamente, molto tossici.

1.2 L'azione terapeutica

Lo svolgersi delle esperienze sul campo e i dati della ricerca scientifica dimostrano, senza alcun dubbio, che esiste una stretta connessione tra patologia, azione terapeutica ed educativa. La prima (la patologia) offre spunti e criteri di orientamento operativo per le seconde (azione educativa e terapeutica), i cui risultati possono anche modificare il quadro clinico di partenza.

Se detto principio vale per ogni situazione in cui entrano in gioco la conformazione strutturale e funzionale della persona e i meccanismi della condotta, a maggior ragione vale per tutte quelle situazioni esistenziali che sono vincolate dalla presenza di più meno significativa problematicità nella gestione delle relazioni individuali con il proprio ambiente di vita. Una problematicità che, come abbiamo documentato in precedenza, è strettamente dipendente dall'esprimersi e dal consolidarsi, nel soggetto, di un certo *disagio relazionale* o da vera e propria *disabilità relazionale*.

La forma più significativa, sul piano clinico, di detta problematicità, per la varietà della sua espressione conformativa e per il suo alto grado di frequenza manifestativa, è quella inquadrata nel cosiddetto “spettro autistico” o, come sarebbe forse più corretto definire, "condizione autistica". Definizione, quest'ultima, che comprende una vasta casistica di comportamenti individuali difformi dalla norma, la cui caratteristica principale è quella di un "impedimento", più o meno significativo, nella gestione dell'attività relazionale. Impedimento che si esprime in variegate forme, tra le quali la *conflittualità relazionale* e le *stereotipie* (espressione di forme psicotiche più o meno gravi).

Si deve a L. Kanner (1943) l'inquadramento di detti sintomi nella specificità delle psicosi infantili (proprie dell'autismo), a differenza di E. Bleuler che le aveva collocate tra quelli della schizofrenia adulta.

Nel definire il quadro sintomatologico della patologia suddetta, Kanner individua:

- la tendenza all'autoisolamento, il rifiuto di ogni contatto corporeo, l'indifferenza per la separazione dalle figure parentali. L'altro (il genitore soprattutto) è vissuto come un prolungamento del proprio corpo, utilizzato per raggiungere il proprio scopo (esempio, per ricevere l'oggetto di un proprio bisogno);
- le bizzarrie e i disturbi del linguaggio. Può essere assente del tutto, oppure discretamente strutturato ma mai comunicativo o intenzionalmente relazionante;
- il bisogno ossessivo di un ambiente uniforme e stabilizzato. Anche il modesto spostamento di un oggetto dal suo posto, o la presa d'atto di una nuova situazione relazionale (l'arrivo di una persona o un rumore improvviso) provoca nel soggetto forti crisi di angoscia e di panico;
- l'alterata reazione al dolore.

Allo stato attuale l'eziologia dell'autismo è ancora molto incerta e dipende dalle teorie di riferimento interpretativo; teorie, la cui dominanza oscilla tra quella organicistica e quella psicoanalitica.

Tra le varie ipotesi, molta credibilità ha avuto quella formulata da B. Bettelheim (1976), il quale, rifiutando l'interpretazione innatistica dell'autismo, formulata da Kanner, sostiene che questa patologia è il risultato di un rapporto disturbato tra il soggetto e il proprio ambiente, soprattutto con la propria madre. Il quadro sintomatologico deriverebbe, secondo Bettelheim, dall'interazione composita tra un'alterazione delle funzioni mentali, una disfunzionalità emotivo-affettiva e un'alterazione globale della personalità. Un quadro non riconducibile a deficit sensoriali, né a danni cerebrali.

Al di là della condivisibilità di dette interpretazioni, ciò che appare scontato nell'autismo è l'incapacità del soggetto di correlarsi affettivamente ed emotivamente con gli altri: egli non riconosce le emozioni di chi gli sta vicino, né coglie il senso di rabbia e/o la tristezza.

La casistica indica che i soggetti con autismo esprimono legami ossessivi per specifici oggetti o situazioni, manifestano comportamenti rituali e ripetitivi nell'uso del proprio corpo o di parti di esso

Attenzione! Questo materiale didattico è per uso personale dello studente ed è coperto da copyright. Ne è severamente vietata la riproduzione o il riutilizzo anche parziale, ai sensi e per gli effetti della legge sul diritto d'autore (L. 22.04.1941/n. 633)

(dondolio in avanti e indietro, girare intorno, movimenti stereotipati delle mani, percorsi nello spazio apparentemente privi di senso), sono incapaci di stabilire e/o condividere forme di relazione sociale, tendono a forme di auto e di etero aggressività, manifestano estrema sensibilità percettiva, presentano anomalie nell'uso del linguaggio (dall'ecolalia, al mutismo elettivo, all'assenza più totale di esso).

Di non poca rilevanza scientifica è la sottolineatura di O. Sacks, riferita alla particolare eterogeneità dell'autismo, soprattutto dal punto di vista genetico, dal momento che alcune volte esso assume carattere dominante, altre volte carattere recessivo; più frequentemente si manifesta nei maschi.

Comunque sia, è di non poca rilevanza, sul piano educativo e terapeutico, la sottolineatura dell'esigenza di disporre di un adeguato quadro interpretativo dell'autismo, che abbia soprattutto una base psico-pedagogica e uno sfondo sociale.



Attenzione! Questo materiale didattico è per uso personale dello studente ed è coperto da copyright. Ne è severamente vietata la riproduzione o il riutilizzo anche parziale, ai sensi e per gli effetti della legge sul diritto d'autore (L. 22.04.1941/n. 633)

2 La valutazione psico-pedagogica e sociale dell'autismo

Come si è precedentemente detto, la difficoltà principale che si incontra, nel tentativo di declinare la composita e multiforme espressione eziopatologica dello spettro autistico, è il fatto che esistono diverse chiavi di lettura e di interpretazione delle sue forme connotative, tutte correlate alla specificità delle scuole di pensiero e di ricerca che se ne occupano.

Un esempio emblematico di detta difficoltà è la quantificazione statistica del suo manifestarsi. Infatti, i dati di riferimento indicano una frequenza di 1 caso su 1.000 nati, come anche 4-5 casi su 10.000 nascite. Se, poi, si fanno rientrare in detto quadro sintomatologico anche i soggetti con qualche disturbo relazionale (disturbo che è sintomatico della sindrome autistica), le statistiche arrivano anche al dato assurdo di 1 caso ogni 150 nascite.

È fondamentale, dunque, il tentativo di differenziare in modo puntuale i diversi quadri clinici in cui l'autismo trova forma e distinguerlo da ciò che esso non è in modo certo. Tentativo che sembra avere migliori possibilità di riuscita se si assume la prospettiva “psico-pedagogica”, per effetto della quale si perviene al concetto sopra indicato di “condizione autistica” con la quale viene ad essere disegnato un quadro sintomatologico in cui prevale l’attenzione per il sistema delle relazioni (espresso e non) in cui lo “spettro autistico” trova espressione.³

Detta esigenza trova forte giustificazione dalla presa d’atto che il semplice rimando alla eziopatogenesi biologica dello spettro autistico (riferendosi, ad esempio, alle alterazioni dell’ippocampo, dell’amigdala, del cervelletto, della corteccia cerebrale, ecc.) non permette alcuna definizione della realtà e dei bisogni (speciali) dei soggetti interessati, da cui muovere per una corretta ed efficace politica di interventi.

Da questa presa d’atto, scaturisce l’esigenza di assicurarsi, per la progettazione e l’attuazione dei servizi e delle azioni d’intervento:

- d) una diagnosi differenziale, quanto più precisa, sicura, certa e precoce;

3 ^aM. Curatola, *La condizione autistica*, Roma, Anicia, 2005, p. 95.

- e) un visione olistica e integrata delle azioni da svolgere, da quella preventiva (per contrastare possibili peggioramenti), a quella riabilitativa (funzionale e globale) ed anche, quando possibile, curativa e formativa.⁴

L'obiettivo, prioritario, è quello di garantire "ad ogni persona il diritto di avere riconosciuti e valorizzati i propri potenziali, anche quelli apparentemente poco significativi".⁵

Oggi, molti saperi scientifici (la psicologia, la psicoanalisi, la psicoterapia, la psicodinamica, insieme alla pedagogia speciale e, più recentemente, alla psico-neuro-pedagogia), "hanno portato a tracciare delle linee-guida nuove ed a considerare fortemente la possibilità di indurre miglioramenti, recuperi, riabilitazioni funzionali e globali ed anche delle vere e proprie risposte di "cura".⁶

L'esperienza attuale dimostra come il prodursi di nuove e più utili forme di approccio alle patologie, alle conseguenti disabilità e agli effetti di questa sulle dinamiche relazionali e sociali, facilita lo stabilirsi di efficaci interazioni tra azione terapeutica e azione educativa, la cui azione combinata "incide profondamente sul prodursi dei comportamenti. In particolare per ciò che riguarda:

- f) meccanismi di difesa;
- g) rappresentazione degli oggetti interni e della realtà;
- h) qualità relazionali;
- i) modelli di condotta;
- j) superamento di caratteristiche narcisistiche primitive;
- k) comportamenti ritualistici ed ossessivi (rapida scomparsa);
- l) atteggiamenti oppositivi ed aggressivi;
- m) comportamenti controfobici;
- n) difficoltà nella motricità;
- o) difficoltà nella coordinazione fine e grossa;
- p) disturbi percettivi.

⁴ Ivi.

⁵ Ivi

⁶ Nel volume di A. M. Murdaca e R. Lucioni, *L'approccio educativo e terapeutico all'autismo: ippoterapia e riabilitazione equestre, già cit.*, sono riportati i risultati ottenuti sul piano terapeutico, in riferimento ai diversi quadri patologici per ognuno dei quali è stato applicato un intervento riabilitativo globale, ben definito e monitorato con diverse scale di valutazione.

Detta azione di incidenza è, comunque, differenziata, a misura della gravità dei riferimenti clinici, ma è oltremodo importante sottolineare come anche nei casi più gravi essa è significativamente positiva ...^{7"}



3 Le forme dello Spettro autistico e il loro approccio terapeutico

Come si è già detto, la condizione autistica ha una multiforme modalità conformativa e manifestativa. La classificazione delle sue diverse espressioni, comunque, è abbastanza consolidata e condivisa.

Qui, di seguito, si procederà ad una ricognizione di detta classificazione, seppure in forma abbastanza riduttiva, ma essenziale per l'economia del nostro discorso, attingendo alla letteratura in materia, per correlare a ciascun quadro clinico le forme più consolidate e accreditate degli interventi terapeutici.⁸

3.1 L'Autismo Autistico o Sindrome di Kanner (A.A.)

a) Il quadro clinico

L'Autismo Autistico o Sindrome di Kanner rappresenta il quadro psicopatologico più grave tra quelli che comportano il “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 pregnante rifiuto (anche violento) di accettare la vicinanza degli 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:

- 4 non raggiunge lo “stadio degli oggetti”. Questi restano come “oggetti parziali” che vagano nell'inconscio, generando tensioni, ansie ed angosce;
- 5 manifesta comportamenti caratterizzati da vero “terrore”, che si scatena anche per futili motivi (per es. la scoperta che un oggetto abituale è stato spostato dal suo posto);
- 6 diventa un vero “despota” che impone le sue scelte e l'obbligo per gli altri di sottomettersi alle sue anche più assurde scelte comportamentali;

⁸ È doveroso sottolineare che da questa parte in poi si utilizzerà, quasi integralmente, quanto contenuto nel già citato volume, di Annamaria Curatola, *La condizione autistica*, Roma, anicia, 2004.

7 sembra quasi che non avverta “il dolore” perché si provoca anche profonde lesioni con morsi e graffi (cosa che fa anche con gli altri che, proprio per questo, devono sempre stare molto attenti per non essere presi impreparati e subirne le conseguenze).

Gli autistici (kanner) sembrano “molto intelligenti” (le mamme spesso li chiamano “piccoli geni”) ma, al lato pratico, dimostrano di non poter utilizzare le loro potenzialità e, quindi, l'espressione cognitivo-intellettiva sembra restare veramente limitata.

I risultati ottenuti confermano che, pur non potendo ancora capirne il perché, non ci sono ancora terapie che nell'autismo risolvano il problema del blocco dello sviluppo (affettivo e cognitivo) – anche se ne può essere limitata la “pervasività”. Cosicché è da ritenere che l'autismo presente nel bambino perdurerà anche nella fase giovanile e adulta, seppure ancora non è possibile fare un confronto tra gli autistici adulti trattati da bambini (con successo) e gli altri che hanno ricevuto una terapia scarsa o inadeguata. Forse, per una risposta più chiara c'è bisogno di una decina di anni ancora di ricerca e sperimentazione.

La questione si complica, invece, quando si assume a riferimento lo “Spettro autistico” il cui quadro sintomatologico solo marginalmente, e spesso erroneamente, è riconducibile all'Autismo Autistico.

b) L'azione terapeutica

PEGASO

Con questi bambini si sono tentate molte tecniche terapeutiche e, soprattutto, quelle che propongono comportamenti molto semplificati, prestabili e ripetitivi (Teacch; ABA; ecc.). Si tratta di tecniche che non sempre sono giudicate positivamente, tant'è che in molti Paesi non sono accettate perché accusate di creare situazioni o modalità decisamente regressive e psicotiche.

L'esperienza pluriennale, condotta in alcuni centri specializzati (tra i quali l'A.I.P.R.E.C.) ha dimostrato, invece, che è possibile pervenire a risultati anche “brillanti”, tanto da poter dare per superato il principale problema autistico: il processo della socializzazione. Il che, però, non significa che si sia raggiunto un livello soddisfacente di integrazione, di inserimento sociale e, soprattutto, di recupero delle funzioni psico-mentalì. Ed ancora, rimane il problema del linguaggio che, perduto dopo l'acquisizione delle prime parole (intorno ai due anni), non si riesce a farlo

recuperare anche se il bambino dimostra di comprendere le cose che gli vengono dette, gli ordini e le regole comportamentali.⁹

Vari sono i programmi e gli interventi terapeutico-riabilitativi a cui si fa ricorso per predisporre il campo della loro educazione. Tra questi:

- *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 (per cui 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. Con questa terapia i soggetti raggiungono un buon livello di abilità nel 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*. Sono terapie che permettono buoni risultati nella comprensione psico-motoria e nella reciprocità.
- Musicoterapia. Nella pratica riabilitativa 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 terapie si ottengono risultati veramente importanti, utili per poter lavorare con tranquillità nella riabilitazione e nell'educazione scolastica. Si può usare anche la Melatonina, ma mai con soggetti al di sotto dei 10-12 anni.

⁹ Problema affrontato e parzialmente risolto con una scelta metodologica innovativa, il DO.LS., riportata nel volume di Annamaria Curatola, *La condizione autistica*, Roma, Anicia, 2004.

3.2 Lo Spettro autistico

La casistica (clinica) di riferimento per dimostrare la erroneità della inclusione di molti quadri clinici in quello proprio dell'Autismo Autistico è piuttosto varia.

Molti di essi, da inquadrare in ciò che viene definito comunemente Spettro autistico, hanno origine da alterazioni genetiche e, soprattutto da situazioni di risposta allo stress acuto e, soprattutto, cronico.

Cosicché, affrontare il tema dell'approccio terapeutico e dell'educazione dei soggetti rientranti in questa casistica è davvero una questione di non facile trattazione. Eppure è assolutamente opportuno tentare di farlo, perché è di fondamentale importanza, per le sue implicazioni sociali, oltre che esistenziali per i soggetti interessati, fare uno sforzo per avere una previsione sulle espressioni cliniche che resteranno come fenomenologia dell'autismo anche in età adulta.

La prima questione da affrontare è la classificazione diversificata dei quadri psicopatologici che, messo da parte l'Autismo Autistico o Sindrome di Kanner (A.A.), fanno parte del cosiddetto "Spettro autistico".

Di esso fanno parte:

- le ADD-ADHD (Sindromi ipercinetiche) – ADD
- i disturbi della personalità
 - Sindrome di Asperger-Borderline – SA
 - Psicopatologia da atteggiamento iper-razionale
 - Sindrome da deficit di sviluppo psico-affettivo
- il Ritardo dello sviluppo psico-mentale – RSP
 - Mutismo essenziale
 - Ritardo scolastico
 - Sindrome da abuso psichico
 - Sindrome da immigrazione-emigrazione
 - Sindrome da adozione
- l'Autismo genetico – AG
 - Sindrome di Rett
 - Agenesia del corpo calloso
 - X-Fragile (Sindrome di Martin-Bell) – X-F.

Attenzione! Questo materiale didattico è per uso personale dello studente ed è coperto da copyright. Ne è severamente vietata la riproduzione o il riutilizzo anche parziale, ai sensi e per gli effetti della legge sul diritto d'autore (L. 22.04.1941/n. 633)

- Sindrome di Joubert e di Dandy-Walker (alterazioni della fossa posteriore, del Cervelletto)
- Sindrome di Kabuky
- Sindrome di Angelman
- Sindrome di Down – SD
- la Sindrome tipo autistica da intolleranza - SIA
 - alimentare: caseina, glutine
 - da metalli pesanti (mercurio; arsenico; piombo; alluminio; ecc.)

3.3 I quadri psicopatologici dello spettro autistico

Come si è già detto, oggi si tende a collocare quasi tutti i disturbi dello sviluppo in un unico contenitore: lo spettro autistico. Scelta che, da un punto di vista prevalentemente politico-istituzionale, risulta valida solo per:

- 8** attirare l'attenzione su un problema che occupa spazi nella ricerca multidisciplinare, medico-clinica, genetica, psicologica, psicoanalitica, ecc.;
- 9** sottolineare il vertiginoso aumento dei numeri statistici inerenti l'incidenza;
- 10** far conoscere la situazione veramente drammatica in cui si dibattono i genitori e molte famiglie;
- 11** creare una sensibilità di fronte al problema etico di molti bambini che richiedono interventi precoci per non cadere in una grave "malattia psichiatrica cronica" che li accompagnerà dolorosamente per tutta la vita;
- 12** sviluppare un "pensiero forte" che porti a creare un ambito di "nuovo inserimento sociale" per questi soggetti che presentano bisogni veramente speciali.

Tuttavia, come si cercherà di dimostrare, è particolarmente utile differenziare i vari quadri psicopatologici dello Spettro autistico, per declinare le specifiche condizioni di disabilità, le difficoltà relazionali più frequenti e le varie situazioni di handicap a cui i soggetti di riferimento vanno incontro. È uno sforzo che ha lo scopo di definire, con ampi margini di garanzia di efficienza e di efficacia, percorsi specifici d'intervento (riguardanti: terapia, riabilitazione, educazione, assistenza e cura) in grado di:

- 13** evitare peggioramenti;
- 14** frenare l'invasività dei sintomi;

Attenzione! Questo materiale didattico è per uso personale dello studente ed è coperto da copyright. Ne è severamente vietata la riproduzione o il riutilizzo anche parziale, ai sensi e per gli effetti della legge sul diritto d'autore (L. 22.04.1941/n. 633)

- 15** produrre recupero funzionale e globale;
- 16** favorire l'integrazione familiare e sociale;
- 17** raggiungere la cura in tutti quei casi che sia possibile;
- 18** definire quelle concomitanze familiari e/o sociali che inducono, se non proprio il disturbo, almeno le condizioni perché questo si instauri, si diffonda e dimostri la sua tendenza a far aumentare gli indici di incidenza.

In via prioritaria, bisogna convincersi, nell'instaurare rapporti (terapeutici e/o educativi) con soggetti rientranti nello Spettro autistico, che nonostante la gravità dei sintomi è possibile ottenere risultati anche molto importanti, soprattutto nell'ambito dell'inserimento sociale, agendo sul controllo dei disturbi del comportamento e mirando al recupero della qualità della vita del soggetto e della sua stessa famiglia.

E per dare più sostanza al discorso si procederà a formulare delle considerazioni che possono risultare fondamentali per cogliere la differenza tra l'autismo vero e ciò che autismo non è.

a) Un primo ordine di idee riguarda l'inizio della sintomatologia neuro-psichica riferibile all'Autismo-Autistico, rispetto a quello di uno dei quadri dello spettro autistico, le ADD-ADHD (Sindromi ipercinetiche):

- l'autismo di Kanner ha un inizio precoce, dal momento che può riferirsi tra il 15-esimo ed il 25-esimo mese, anche se possono essere individuati segni premonitori in tempi anteriori; la precocità dell'insorgenza porta a poter riscontrare, in questi casi, un deficit nel cosiddetto "sviluppo degli oggetti" (interni e della realtà) che può essere considerato come la causa della gravità del quadro psicopatologico, con conseguenti difficoltà nell'attuare attività riabilitative. È un sintomo che porta a poter differenziare con chiarezza l'Autismo-Autistico da altre sindromi dello spettro;

- le sindromi ADD-ADHD, invece, hanno un inizio più tardivo (intorno ai tre-quattro anni) quando gli oggetti sono già formati e, per questo, la prospettiva riabilitativa è meno severa, a tal punto che ormai si può affermare che la "iperkinésie", ad essa collegata, può essere sensibilmente ridotta fino ad essere anche "curata".

b) Un secondo ordine di idee riguarda la raccolta di dati anamnesici precisi e dettagliati, per poter individuare soprattutto i quadri con una eziopatogenesi genetica e progettare su di essi gli interventi terapeutici, come è per la Sindrome di Rett, la Sindrome dell'agenesia del corpo calloso,

l’X-Fragile, la Sindrome di Joubert e di Dandy-Walker, la Sindrome di Kabuky e la Sindrome di Angelman.

Va ricordato che il tema dell’origine genetica è molto complesso ed ancora poco delucidato, proprio perché si conoscono quasi 3000 quadri sintomatologici differenti e di difficile definizione. Spesso è l’osservazione clinica che dà qualche indicazione per la presenza di stigmi che richiamano l’attenzione (considerare per es. l’importanza di questi dati per la individuazione di una sindrome di Down). Inoltre, i quadri psicopatologici a forte derivazione genetica, per lo più danno poco margine per il recupero, ma interventi molto specializzati hanno permesso di ottenere ottimi risultati (come per l’X-fragile, la Sindrome di Joubert, la Sindrome di Down) per cui è sempre utile fare dei tentativi per scoprire modalità di intervento che possano aiutare a contenere le scariche emotive, sviluppare la partecipazione affettiva, recuperare le funzionalità cognitive, agire per migliorare i comportamenti, la partecipazione e il livello di integrazione sociale.

3.4 Le Sindromi ipercinetiche (ADD-ADHD)

a) Il quadro clinico

Questa sindrome si compone di una enorme varietà di quadri che vanno da una normale irrequietezza, sino a raggiungere forme gravi quali l’autismo ipercinetico.

Il grande problema di questi ragazzi è quello di sentirsi incapaci ed inefficienti. È questo, secondo molti, 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. Non a caso il Lacan afferma che dove c’è “corpo” non c’è “mente”.¹⁰

b) L’azione terapeutica

L’iperkinésie è giudicata un disturbo totalmente superabile, tant’è che i soggetti con questa sindrome possono recuperare e potenziare le loro qualità, ottenendo un buon inserimento familiare, scolastico e sociale, sempre che si utilizzi un “polso molto fermo” nell’instaurare le relazioni.

Frequentemente è il recupero del “senso di Sé” e della auto-valorizzazione che permettono di ritrovare la “fiducia in se stessi”. Ecco perché è particolarmente utile il ricorso allo Psicodramma e al Teatro-terapia, che consentono di stimolare lo sviluppo dell’immaginario.

¹⁰ J. Lacan, *Lo stadio dello specchio come formatore della funzione dell’io*, in «Scritti» Vol. I, Torino, Einaudi, 1974.

Ferme restando la sua eziologia e le sue caratterizzazioni precedentemente riferite, è da porre in marcata evidenza la possibilità di pervenire a eccellenti risultati con la combinazione equilibrata delle pratiche terapeutiche ed educative.

Quelle di maggiore utilità sembrano essere l' E.I.T. (Terapia di Integrazione Emotiva-affettiva) e il *TyLA (Thimology Learnig Approach)* che predispongono efficacemente i soggetti ad accettare altre operatività specifiche, quali l'Arte-Terapia-Psicodinamica e l'Ippoterapia-Riabilitativa, oltre che l'azione educativa.

Estremamente interessante risulta l'ausilio farmacologico, ricorrendo alla “passiflora” che fa miracoli nella sedazione. Non vanno usati, però, farmaci antipsicotici (Risperdal; Serenase; ecc.) perché non sono per nulla efficaci e portano anche a risposte paradossali. Risulta che siano stati usati anche farmaci anti-epilettici (Dopakin), ma senza alcun risultato utile.

Sconsigliabile è la terapia a base di Ritalin, perché non solo non dà risultati che non possano essere raggiunti in altra maniera, ma non si conoscono neppure gli effetti che si potranno avere con somministrazioni prolungate di un farmaco che, in ultima analisi, è annoverabile tra le “droghe”.

3.5 I disturbi della personalità

Sono molteplici e ampiamente differenziati i comportamenti connessi ai cosiddetti disturbi della personalità. Tra le diverse forme classificatorie vanno a collocarsi quelli derivanti da Psicopatologia da atteggiamento iper-razionale, quelli da Sindrome da deficit di sviluppo psico-mentale e la più diffusa e nota Sindrome di Asperger-Borderline.

1) La Sindrome di Asperger-Borderline (SA)

a) Il quadro clinico

La sindrome di Asperger sta diventando la psicopatologia della nostra società moderna. I disturbi relazionali che la denotano sottendono, oggi, un gran numero di problematiche giovanili che vanno dal disagio alla tossicodipendenza, alla masturbazione ossessiva, alla anoressia, all'abbandono scolastico, al chiudersi in casa (anche per molti anni), ai tentativi di suicidio, a vere e proprie crisi di opposizione con tendenza alla violenza.

Proprio per questo l'Asperger, che sta aumentando in modo considerevole nelle statistiche di incidenza, deve essere considerato un grave problema sociale che coinvolge fortemente la famiglia, ma anche la scuola e il sociale nel suo complesso.

Attenzione! Questo materiale didattico è per uso personale dello studente ed è coperto da copyright. Ne è severamente vietata la riproduzione o il riutilizzo anche parziale, ai sensi e per gli effetti della legge sul diritto d'autore (L. 22.04.1941/n. 633)

Per molti aspetti, l'Asperger sta diventando un vero *rebus* scientifico, anche perché ad oggi non si ha ancora una definizione chiara e univoca delle sue caratterizzazioni.

Nei più diffusi manuali diagnostici essa viene definita *Asperger disorder* (DSM-IV, 1994) o Sindrome di Asperger (ICD-10, 1995).

Da registrare anche altre definizioni, quale quella di “autismo ad alto funzionamento”,¹¹ che fa riferimento ad un più elevato QI, rispetto alla media dei bambini autistici (autismo di Kanner), oppure quella di “schizofrenia pseudo-nevrotica”,¹² proprio per l'incoerenza mentale, la siderazione affettiva, l'invasività delle problematiche e la estrema difficoltà per superarle, anche se, in ultima analisi, si deve ubicare a cavallo tra una nevrosi ed una psicosi (per questo il termine di “Borderline” o “sindrome limite”).

La sindrome di Asperger, infatti: si avvicina per molti aspetti alla “Sindrome Borderline” (diagnosi che riguarda maggiormente l'adolescenza), perché, seppure l'inizio delle sintomatologie viene osservato intorno ai tre anni (quando già è stato raggiunto lo “stadio degli oggetti”), la patologia si manifesta, in forma chiara, intorno ai 10 anni.

Non sono pochi coloro che riferiscono la sindrome ad un disturbo neuro-psicologico genetico, anche se non sono state evidenziate mai le più piccole alterazioni nel Sistema Nervoso Centrale.

C'è anche l'annosa questione che vorrebbe scoprire dei tratti autistici e/o asperger in personaggi della cultura e della scienza, superdotati da un punto di vista razionale, ma poverissimi nelle loro attitudini affettive e sociali (vedi A. Einstein; I. Newton; ecc.).

In effetti, questo i bambini cosiddetti Asperger si sentono diversi ed esPLICITANO questo loro disagio con comportamenti strambi, a volte aggressivi, ipercinetici, oppositivi, difficili da trattare e da inserire in un gruppo, ma sempre con una certa nota distintiva ed una certa capacità intellettuale che tuttavia sfocia in un atteggiamento non curante e, per lo più, spinto verso l'isolamento ed il ripiegamento su se stessi.

Oggi l'Asperger non è per nulla assimilato all'autismo (sindrome di Kanner), proprio perché non si rilevano in esso le caratteristiche peculiari di quest'ultimo:

¹¹ F. Happé, *Autism: An Introduction To Psychological Theory*, in AM. Curatola, *La condizione autistica*, già cit., p. 16.

¹² Definizione indicata da C. L. Cazzullo, cit. in R. LUCIONI, *Borderline. Disturbo o malattia?*, Tradate, Ed HUALFIN, 2007.

1. blocco dello sviluppo ad un livello pre-oggettuale;
2. isolamento sociale e relazionale tanto spiccato da attivare anche atteggiamenti e comportamenti aggressivi;
3. alterazioni di tutto l'assetto psico-mentale, affettivo e cognitivo, con importanti crisi emotive che giungono all'angoscia ed al terrore.

Al contrario, l'Asperger si caratterizza per:

- spiccato atteggiamento oppositivo nei confronti del padre (comincia intorno ai tre anni);
 - estrema difficoltà a integrarsi nella relazione interpersonale, soprattutto nel rapporto con l'altro sesso;
 - discreto livello intellettivo che contrasta con le scarse capacità di inserimento sociale proprio perché questi ragazzi vivono un forte senso di incapacità e di inadeguatezza che contrasta con sensi di superiorità e di onnipotenza riferito alle loro capacità intellettive; questo senso di superiorità permea e condiziona tutto il rapporto con il proprio sé-corporeo, per cui sono sempre preoccupati per un cappello bianco, un brufolino sulla pelle, un invisibile segno cutaneo, che in loro suscitano angosce perché non sopportano l'idea di invecchiare o di perdere capacità che significherebbe una vera catastrofe;
1. atteggiamenti oppositivi nei confronti degli altri, che sono vissuti come perversi perché non riescono a capire quanto loro stiano soffrendo e si limitano a dare consigli che non sono mai richiesti;
 2. manifestazione di odio nei confronti del padre per l'impossibilità di staccarsi da lui che considera onnipotente e che può mantenerlo senza problemi, mentre lui non riuscirà mai a guadagnare tanti soldi da potersi pagare un affitto o un mantenimento decoroso;
 3. senso di onnipotenza, che non viene riferita esattamente ad una superiorità intellettiva, ma ad una specie di furbizia per la quale riescono ad ottenere tutto quello che vogliono, senza entrare in collisione con chi è più forte (il padre), sapendolo aggirare e vincere, sfruttando le sue debolezze, la sua ingenuità, la sua debolezza psichica.

Per quanto concerne la sua eziopatogenesi, il disturbo Borderline-Asperger è ormai considerato dalla maggioranza dei ricercatori come un disturbo di personalità e pertanto la sua origine o causa va cercata nell'organizzazione neurogenetica, ma per una parte considerevole anche nell'assetto

psico-mentale, soprattutto affettivo, che si organizza sulla base delle relazioni inter familiari e, soprattutto, nel rapporto con i genitori.

R. Lucioni, mettendo in rapporto il disturbo Borderline con la costituzione dell'oggetto genitoriale (che è un elemento fondamentale per la costituzione e lo sviluppo dell'organizzazione psichica del soggetto), ha potuto evidenziare come un rapporto genitoriale dismorfico può determinare tali difficoltà da impedire il normale sviluppo delle identificazioni con l'oggetto madre ed anche con l'oggetto fallico-padre.¹³ Queste difficoltà porterebbero il bambino a non riuscire più a stabilire vincoli saldi e sicuri e, proprio per questo, verrebbe a trovarsi nella condizione di non riuscire più a decidere. Il soggetto si troverebbe sempre nella condizione di trovarsi di fronte a due porte e di non sapere mai quale delle due deve essere aperta. Questa situazione sarebbe, in definitiva, la causa di uno stress cronico che impedisce di superare il conflitto e, quindi, di trovare in sé quelle forze omogenee che permettono di organizzare un sistema adattivo, ma, soprattutto, una organizzazione timologica fondata sui valori dell'Altro.

Il conflitto intimo o, se si vuole, intrapsichico e inconscio, genera tensione tra l'Io ed il padre arcaico virtuale verso il quale si generano forze di rifiuto e di opposizione.

Questa situazione può essere evidenziata sia nel bambino che nella bambina e, quindi, la sindrome Borderline interessa entrambi i generi. Va sottolineato anche che la situazione conflittiva che domina la società attuale interviene a peggiorare la posizione del soggetto che non trova gli elementi sufficientemente validi per organizzare un buon funzionamento affettivo. Proprio per questo possiamo dire che il borderline si sta organizzando come la forma psicopatologica più frequente e rappresentativa delle difficoltà adolescenziali e dei giovani.

Per il suo senso di onnipotenza il Borderline è sempre un “personaggio 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 dimostra estremamente generoso, come a voler dimostrare che “ha tanta superiorità ... che può regalare le cose di cui non ha bisogno”. Altre volte la sua onnipotenza si evidenzia come reazione alla “paura di invecchiare”, per cui si sente sempre giovane, oppure con il voler essere sempre “naturale”, per cui ama sentirsi ecologista e difensore strenuo della lotta al degrado ambientale. Ha difficoltà a vivere una relazione di amicizia, tendenzialmente isolato, ma riesce ad

13 R. Lucioni, *Borderline. Disturbo o malattia?*, Tradate, Hualfin, 2007.

Attenzione! Questo materiale didattico è per uso personale dello studente ed è coperto da copyright. Ne è severamente vietata la riproduzione o il riutilizzo anche parziale, ai sensi e per gli effetti della legge sul diritto d'autore (L. 22.04.1941/n. 633)

avere una vita “normale” per quanto riguarda il lavoro, proprio perché ha paura di perdere quel denaro di cui ha bisogno, anche per “dimostrare al padre” di poter essere indipendente.

b) L'azione terapeutica

Il lavoro di recupero e di riabilitazione è, nei soggetti con Sindrome di Asperger-Borderlain, sempre molto problematico, perché sono molto facili gli acting-out che portano a frantumare relazioni interpersonali che sembravano abbastanza buone o che, comunque, potevano permettere buone relazioni terapeutiche o educative.

La svalutazione dell’altro è così forte che non si stabiliscono vincoli affettivi solidi anche perché questi ragazzi hanno sempre ragione loro e sono gli altri ad essere perversi, ignoranti, incapaci, inadeguati insopportabili ed anche immorali.

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

Sul piano dell’azione terapeutica, è da sottolineare che i problemi relazionali sono la causa maggiore di difficoltà nel tracciare delle linee-guida sufficientemente valide e sicure per raggiungere una vera integrazione della personalità. La tensione emotiva, l’aridità affettiva e l’insicurezza cognitiva rappresentano un insieme di fattori negativi che impediscono al Borderline di accettare interventi esterni vissuti sempre come una espressione impositiva, limitante e negativa.

Va posto per inciso, pure, il fatto che questi ragazzi, che non sanno mai prendere una decisione e si trovano sempre sul punto di rompere ogni tipo di rapporto, si dimostrano dei soggetti veramente difficili, fastidiosi e conflittivi, tanto da risultare degli emarginati: auto-emarginati ed anche rifiutati dall’ambito familiare, scolastico e sociale. Un borderline genera profonde tensioni all’interno della famiglia dove si sfiora sempre il dramma.

Particolarmenete importante è il ruolo svolto dalla scuola e dal servizio formativo nell’azione di “recupero” comportamentale di detti soggetti, al fine di favorire il loro inserimento attivo nella vita sociale.

Una condizione preliminare al successo formativo è rappresentata dalla disponibilità di personale docente dotato di una preparazione professionale molto specializzata e aggiornata, capace di utilizzare tutte le piccole possibilità che il soggetto dà per poter essere avvicinato, supportato, aiutato a trovare un equilibrio tra le sue potenzialità e le terribili lotte interiori che deve affrontare e che gli generano molta sofferenza.

Attenzione! Questo materiale didattico è per uso personale dello studente ed è coperto da copyright. Ne è severamente vietata la riproduzione o il riutilizzo anche parziale, ai sensi e per gli effetti della legge sul diritto d'autore (L. 22.04.1941/n. 633)

Spesso una figura femminile risulta essere più indicata (perché maggiormente accettata) per stabilire un valido rapporto interpersonale, ma il problema da risolvere è sempre quello del rapporto con il padre-arcaico, vissuto come distruttivo e persecutorio, con il quale il soggetto si trova costantemente in lotta; lotta che è mortale proprio perché sono facili i “vissuti abbandonaci” che generano situazioni di tale angoscia da portare il soggetto a tentativi di suicidio, anche frequenti.

2) Psicopatologia da atteggiamento iper-razionale

a) Il quadro clinico

Tra le varie casistiche di disturbo della personalità si evidenzia, per la sua specificità, la Psicopatologia da atteggiamento iper-razionale.

Gli aspetti più emblematici di questa patologia sono evidenti nel seguente caso clinico:

XXX è un giovane di poco più di venti anni che mostra notevoli difficoltà a continuare gli studi, seppure sia giunto alle soglie della laurea. La sua richiesta di abbandonare gli studi, per un qualche esito negativo, è così giustificata: “tanto si possono guadagnare dei bei soldi anche senza essere laureati!”

Queste difficoltà si erano già presentate negli anni precedenti al suo ingresso nell’Università, ma erano stati superati con il ricorso a lezioni individuali o a qualche seduta di sostegno psicologico.

Di fronte all’acutizzarsi delle difficoltà, il giovane accetta i consigli del padre per iniziare una psico-terapia che permette di evidenziare il seguente quadro:

1. è un ragazzo di bella presenza, che fa molto sport, che sa gestirsi autonomamente tanto che da diversi anni si è abituato a viaggi e soggiorni autogestiti;
2. ha spesso difficoltà di applicazione allo studio per lo più in relazione con problemi sentimentali con l’altro sesso;
3. di temperamento ossessivo, è rigido nel prepararsi per ogni incontro, proprio perché deve presentarsi in maniera ineccepibile;
4. ad ogni appuntamento si presenta vestito accuratamente (con classe), con un pensiero gentile che può essere un fiore o un libro e “preparato mentalmente”, vale a dire informato sulle ultime uscite librerie (soprattutto romanzi) per fare bella figura ed avere validi argomenti di livello culturale per sostenere il dialogo con la compagna;

Attenzione! Questo materiale didattico è per uso personale dello studente ed è coperto da copyright. Ne è severamente vietata la riproduzione o il riutilizzo anche parziale, ai sensi e per gli effetti della legge sul diritto d'autore (L. 22.04.1941/n. 633)

5. il suo modo di presentarsi gli consente di essere un giovane ambito, che fa bella figura anche con le famiglie delle amiche (non disdegna mai questi incontri che lo fanno sentire bene);
6. viene “vissuto” dalle ragazze come lezioso e freddo, per cui succede spesso che interrompano la relazione che diventa burrascosa quando chiedono maggiore libertà o che venga rispettato anche il loro diverso modo di vedere le cose.

Analizzando attentamente queste situazioni, che portano a malumori e a momenti di rinuncia a tutto (vedi le difficoltà nella scuola), viene deciso di approfondire il quadro familiare, nel quale si evidenzia:

- una rottura sentimentale dei genitori che ormai vivono separati;
- una difficoltà relazionale con la madre (con la quale il giovane vive) che viene accusata di pensare troppo alla carriera e di non essere sufficientemente premurosa con la nonna che spesso è lui stesso ad accudire.

La cosa maggiormente interessante risale ai suoi sette anni quando scopre che il padre ha una relazione particolare con l’amica della mamma. Comincia il suo sforzo, con tutti i mezzi possibili, a cercare di ragionare e a riunire la coppia genitoriale. Il bambino si inventa le strategie più complesse (fingersi improvvisamente ammalato; fare capricci per fare una passeggiata con la famiglia intera; proporsi per accompagnare Lui quando dice di dover andare in ditta).

Le sforzi razionali porta il bambino ad essere ipercritico con tutti, ad atteggiarsi come sempre perfettamente adeguato alle circostanze; attento a considerare i bisogni degli altri, ma anche ad essere inflessibile nei confronti di tutto ciò che reputa sbagliato: ha sempre ragione lui.

L’accerchiamento nello studio si accompagna anche a momenti di frustrazione, se il docente non dà una valutazione adeguata a quella che egli ritiene sia la sua preparazione, e a ripetuti momenti di vere crisi con minaccia di interrompere gli studi. Questo accade anche nella pratica sportiva quando teme di non poter essere il primo fra tutti.

L’atteggiamento di onnipotenza porta il soggetto anche a svolgere esperienze di volontariato nella Croce Rossa, così da avere l’opportunità di avere sempre qualche argomento rilevante da raccontare e così mettersi in mostra.

Una crisi sentimentale più grave delle solite porta alla sua decisione di interrompere definitivamente gli studi, con la giustificazione “non sopporto più un mondo tanto perverso!”

Attenzione! Questo materiale didattico è per uso personale dello studente ed è coperto da copyright. Ne è severamente vietata la riproduzione o il riutilizzo anche parziale, ai sensi e per gli effetti della legge sul diritto d'autore (L. 22.04.1941/n. 633)

La valutazione clinica del suddetto quadro induce a considerare che lo sviluppo psico-affettivo del soggetto sia stato turbato dalle problematiche relazionali con un Padre temuto, proprio perché non tiene conto dei bisogni degli altri. La figura paterna suscita sentimenti di ammirazione e di odio, con una deriva razionalista che porta a:

1. cercare di essere sempre più morale, etico e superiore a Lui;
2. usare solo meccanismi razionali come modelli mentali difensivi;
3. non riuscire più ad accettare gli altri che vengono per lo più svalorizzati, ma anche aggrediti, vilipesi e abbandonati senza il minimo rimorso, se solo si permettono ... di pensare di comportarsi in modo diverso dalle sue aspettative o dalle sue regole.

b) L'azione terapeutica

Il fatto che i soggetti rientranti in questa sindrome presentino una organizzazione della personalità fortemente condizionata dal un vissuto in cui sono molto ricorrenti forme di frustrazione personale riconducibile soprattutto all'assunzione di un presunto razionalismo assoluto che li induce a ad un sistema rappresentazionale e ad un modello comportamentale decisamente rigidi e del tutto personali, non consente di ottenere particolari successi formativi.

La scuola, infatti, in presenza di detti atteggiamenti comportamentali, non può che assumere un'importante azione di prevenzione, soprattutto corresponsabilizzando i genitori ai quali viene chiesto di attivarsi perchè i loro figli vengano sottoposti a idonei interventi psicoterapeutici.

I segnali che indicano tale esigenza sono molteplici. Tra questi:

4. il soggetto presenta instabilità nell'attenzione e, soprattutto, nel suo livello prestazionale;
5. sono molto precoci i problemi relazionali con le compagne con le quali stabiliscono rapidamente buoni rapporti, anche affettuosi, che poi non riescono a mantenere;
6. prevalgono atteggiamenti di iper-razionalità che supportano atteggiamenti di critica, di svalorizzazione dell'altro sulla base di una moralità rigida e persecutoria;
7. sono facili le reazioni paradossalmente violente in soggetti sempre molto gentili, tranquilli, attenti e collaboranti.

L'intervento, sia terapeutico che educativo, è più facile se condotto da una figura femminile (si stabilisce un buon vincolo, senza problemi di competitività) verso la quale il soggetto usa modelli seduttivi e di conquista anche se spesso velati da sentimenti di svalorizzazione. Bisogna guardarsi dalle reazioni abbandoniche anche ingiustificate.

Attenzione! Questo materiale didattico è per uso personale dello studente ed è coperto da copyright. Ne è severamente vietata la riproduzione o il riutilizzo anche parziale, ai sensi e per gli effetti della legge sul diritto d'autore (L. 22.04.1941/n. 633)

L'atteggiamento da tenere è sempre quello di pretendere risposte di buon livello, sostenendo però una personalità che si sa piuttosto debole. Non conviene cercare di affrontare la relazione con il Padre che è sempre ambivalente e, quindi, bisogna cercare di non accendere l'impressione (sbagliata) che si vuole far rompere il vincolo con lui, che è molto improntato a sottomissione, dipendenza, rabbia e rifiuto (anche violento).

Nell'insieme, si ottengono sempre buoni risultati anche se bisogna saper affrontare oscillazioni dell'umore anche improvvise e poco giustificabili. Sono frequenti pure i tentativi del soggetto di mettere in crisi il rapporto con la minaccia di abbandonare la scuola.

L'obiettivo principale, per i docenti, ma anche per la famiglia, resta quello della conclusione del percorso di formazione e il miglioramento delle relazioni, per favorire la stabilità personale e sentimentale che, per molti versi, risulta risolutiva, anche se difficile da raggiungere.

3) Sindrome da deficit di sviluppo psico-affettivo

a) Il quadro clinico

Con sempre maggior frequenza si stanno presentando casi di bambini che, seppur dotati cognitivamente, presentano deficit importanti che spesso portano a diagnosi erronee riferite addirittura all'autismo.

Secondo le osservazioni cliniche, questi bambini vivono tanto intensamente la loro responsabilità nei confronti della figura paterna che, come atto difensivo, utilizzano un sistema inadeguato: l'auto-limitazione.

Sembrerebbe quasi che la convinzione di essere iperdotati cognitivamente li porti a vivere una situazione di confronto insostenibile, ma che non possono evitare perché non riescono a tenere in conto la realtà della differente età. Quasi si potrebbe dire che si sentono nel dovere di essere alla pari con i genitori, con il padre soprattutto, e di tradire le loro aspettative.

I vissuti intimi di conflitto generano tensioni emotive molto intense che non possono essere superate e quindi invadono tutto l'apparato psico-mentale, con il risultato di produrre blocchi di varia entità che colpiscono differenti aree (l'attenzione, la volontà, l'affettività, la possibilità di contenere le emozioni, le capacità di relazionarsi e di far crescere affetti con altre persone che non siano i genitori, ecc.).

Questo porta a due risultati:

- quadri psicopatologici ad eziogenesi uguale, ma di espressione fenomenologica molto differente;

Attenzione! Questo materiale didattico è per uso personale dello studente ed è coperto da copyright. Ne è severamente vietata la riproduzione o il riutilizzo anche parziale, ai sensi e per gli effetti della legge sul diritto d'autore (L. 22.04.1941/n. 633)

- quadri che peggiorano con il tempo proprio perché l'incontinenza emotiva e le scarse capacità difensive dell'Io, permettono o facilitano l'invasività della sintomatologia.

Non si ha ancora del tutto chiara l'eziopatogenesi di questi disturbi, anche se si può parlare di conflitto inconscio in bambini ben dotati mentalmente ma fragili, perché non sono riusciti a sviluppare quelle teorie della mente che portano a sostenere vincoli affettivi primitivi. Il risultato sarebbe quello di generare:¹⁴

- dubbi esistenziali;
- angosce di fronte a sensazioni che stia per succedere qualche catastrofe;
- vissuti che fanno pensare alla presenza di un orrido (Freud);
- sensazioni di sentirsi sull'orlo di un abisso che può ingoiare inducendo una morte improvvisa o una dissoluzione nel nulla.

Queste osservazioni fanno pensare alla prevalenza di pulsioni di morte che schiacciano o emarginano le pulsioni di vita, ma il concetto è ancora poco definibile proprio perché si hanno solo pochi casi di riferimento.

Si evidenzia spesso una povertà psico-affettiva¹⁵ che riguarda il senso di:

- 1) valere come individuo;
- 2) insostenibilità;
- 3) avere un proprio ruolo;
- 4) essere psichicamente normali;
- 5) essere scelti;
- 6) essere capiti e poter capire.

Queste sfumature dimostrano il ritardo dello sviluppo affettivo, per cui il rapporto tra il Sé e l'Altro resta ipotrofico (deficit della funzione Nome del Padre e povertà del narcisismo secondario), incapace di sostenere le valenze dello sviluppo creativo e immaginario.

Anche in questa area si evidenziano deficit a macchia di leopardo, frammisti ad aree di maggior valore o addirittura di super-valenza.

La presenza di una emotività particolarmente spiccata, la tendenza alla ritrosia ed alla vergogna, la rinuncia e il non impegno in diverse aree comportamentali (per es. motricità adeguata alle attività sportive) sono segni che si associano a difficoltà nell'accettare di donare il proprio sé o le proprie

¹⁴ R. Lucioni, *Timologia, intelligenza, coscienza*, Tradate, Hualfin, 2007.

¹⁵ R. Lucioni, A. Fumagalli, *Timologia e resilienza*, Tradate, Hualfin, 2007. Inoltre, R. Lucioni, *Timologia, Intelligenza, Coscienza*, già cit.

qualità-doti personali per far riuscire anche gli altri.

b) L'azione terapeutica

Sul piano dell'intervento, questi bambini sono sicuramente molto fragili e richiedono azioni multidisciplinari precoci che si attuino sia nell'ambito psicoterapeutico che in quello educativo.

Il lavoro terapeutico-educativo è molto semplice da individuare, proprio perché riguarda l'incremento delle valenze affettivo-realzionali e lo sviluppo del senso di valere nella dimensione della auto-soddisfazione, ma richiede pure una particolare ed attenta sensibilità per non provocare crisi di rigetto.

Bisogna progressivamente dilatare le capacità-potenzialità a coprire le aree, per così dire, abbandonate o lasciate ipotrofiche, utilizzando tutti i canali affettivi per aumentare il senso di sé e la fiducia di poter crescere rispettando le proprie caratteristiche, senza dover affrontare momenti di rifiuto e/o di abbandono.

Il soggetto deve poter sviluppare la certezza che i “nuovi amori” non uccidano quelli vecchi, tra i quali dominano i valori genitoriali.

Nel lavoro riabilitativo predomina l'applicazione dell'Arte-Terapia-Psicodinamica che può essere presa come modello applicativo per sviluppare la creatività e, in ultima analisi, quelle valenze immaginarie particolarmente coartate in queste espressioni psico-patologiche-deficitarie.

3.6 *Il Ritardo dello sviluppo psico-mentale (R.S.P.)*

a) Il quadro clinico

Università Telematica

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

Le manifestazioni più ricorrenti della sintomatologia connessa a questa casistica riguardano il ritardo scolastico, la Sindrome da abuso psichico, la Sindrome da immigrazione-emigrazione, la Sindrome da adozione e, soprattutto, il *Mutismo essenziale*.

I maggiori problemi sotto l'aspetto terapeutico e scolastico li pone proprio quest'ultimo.

Il mutismo essenziale è una chiara sindrome di origine psicologica, la cui casistica è abbastanza ricca.

Essa si rileva con facilità perché il bambino “sceglie” di parlare in contesti limitati. Ad esempio, parla normalmente con i compagni durante i giochi ma si rifiuta di parlare in casa e/o a scuola.

Sul piano clinico, spesso si riesce ad individuare la causa scatenante della sintomatologia, anche se ci si trova di fronte ad uno sviluppo intrapsichico (si potrebbe dire inconscio) indefinibile.

Il progressivo blocco psichico, infatti, porta spesso a diagnosi erronee di “autismo”, anche se le manifestazioni non sono quelle proprie dell’autismo: 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 si evidenzia 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.

Sul piano psicologico e relazionale, il mutismo implica alti livelli di sofferenza personale e serie difficoltà di adattamento all’ambiente che non riesce a comprendere e, perciò, ad accettare atteggiamenti che appaiono razionalmente “ingiustificati”.

L’analisi psicologica dei soggetti con mutismo essenziale rivela il prevalere in essi di forti sentimenti di inadeguatezza e di inferiorità che impediscono il progresso della maturazione psichica, con evidenti disturbi del comportamento. Spesso questi disturbi si accompagnano a enuresi notturna che complica ancora di più il quadro generale, soprattutto per la famiglia.

Il comportamento espresso dai soggetti con mutismo essenziale appare tanto oppostivo da far pensare a una specie di regressione psichica che li porta ai primitivi sensi di onnipotenza e di egocentrismo. Mentre, da un punto di vista psicodinamico, il mutismo essenziale viene interpretato come risultante di un atteggiamento aggressivo e distruttivo del soggetto nei confronti del padre, vissuto come limitante, castrante, incapace di aiutare e di comprendere. Ne è prova la sua forte opposizione al padre, che per il suo carattere ossessivo-compulsivo reagisce male nei confronti della moglie, particolarmente quando questa gli chiede una maggiore duttilità e comprensione nei confronti del figlio. Tale evento fa scaturire continue discussioni che procurano nel ragazzo il sorgere di atteggiamenti ancora più rigidi di difesa, perché vorrebbe anche difendere la madre indifesa. Detto atteggiamento coinvolge fortemente il soggetto che “si vive” sempre più inadatto ed incapace. Motivo per cui egli tende a ridurre sempre di più l’ambito delle sue attività, opponendo strenue resistenze a chi cerca di fargli “cambiare idea”.

Il suo senso di incapacità lo porta a negare anche l’evidenza delle sue potenzialità, per cui è

Attenzione! Questo materiale didattico è per uso personale dello studente ed è coperto da copyright. Ne è severamente vietata la riproduzione o il riutilizzo anche parziale, ai sensi e per gli effetti della legge sul diritto d'autore (L. 22.04.1941/n. 633)

sempre difficile individuare e attivare interventi terapeutici abilitativi, come anche azioni educative e formative, adeguati. Ad esempio, egli pur potendo ottenere buoni risultati nelle attività sportive, tende a rifiutare di impegnarsi, a manifestare svogliatezza e ad esprimere continue rinunce assumendo atteggiamenti di opposizione, anche quando l'evidenza dimostra la possibilità che egli è in grado di superare con successo le prestazioni che gli vengono richieste.

Il quadro clinico del “mutismo essenziale” è sempre eclatante e vistoso e induce i suoi interlocutori (compagni, genitori, parenti, operatori della scuola, terapeuti, operatori del tempo libero) a tentare in tutti i modi di farlo parlare, con risultato quasi sempre nullo.

Il mutismo, tutto sommato, può essere inteso come acting-out nei confronti della attività educativo-formativa in generale che viene vissuta dal soggetto come una forzatura esercitata per indurlo ad accettare una situazione che per lui è del tutto intollerabile, frustrante e carica di sensi di morte. È quanto emerge spesso dalle sue produzioni di tipo “artistico” che restano le uniche vie per mantenere un certo dialogo con il suo mondo interno, con il suo inconscio.

b) L'azione terapeutica

La complessità del quadro clinico induce a ritenere che l'intervento (terapeutico, abilitativo, educativo) richieda non solo un approccio multidisciplinare, individuando le modalità terapeutiche più adeguate ai singoli casi e da scegliere tra Psicoterapia, Psicodramma, Teatro-terapia, Arte-terapia, Ippoterapia, e le Terapie relazionali (come l'E.I.T. E il TyLA), ma anche il coinvolgimento più totale dei genitori e degli operatori scolastici, come pure del gruppo dei pari.

Il problema può essere affrontato più efficacemente se si stabilisce una stretta collaborazione tra le persone che interagiscono con il soggetto che non vuole parlare, per la pianificazione condivisa degli interventi, assumendo una logica interdisciplinare e coinvolgendo gli stessi genitori (anche per poter affrontare la enuresi notturna).

Non risulta mai utile il tentativo di forzare il soggetto a farlo parlare, insistendo eccessivamente, anche con ricatti. Al contrario, si ottengono migliori risultati attivando esperienze da svolgersi in piccoli gruppi, con compagni che lo coinvolgono nelle loro attività, soprattutto se di tipo creativo, e che gli permettono di esprimersi liberamente e di manifestare le proprie emotività e affettività, oltre che il proprio vissuto.

Conta profondamente, nelle relazioni terapeutiche ed educative, l'atteggiamento affettivo da assumere, tenendo conto che per il soggetto con mutismo essenziale l'Altro conta veramente poco e può essere abbandonato in qualsiasi momento, senza alcuna preoccupazione. E poiché

Attenzione! Questo materiale didattico è per uso personale dello studente ed è coperto da copyright. Ne è severamente vietata la riproduzione o il riutilizzo anche parziale, ai sensi e per gli effetti della legge sul diritto d'autore (L. 22.04.1941/n. 633)

l'abbandonare equivale molto al sentirsi abbandonato, la questione si complica ancora di più.

Il ricorso a una forte e rassicurante carica affettiva è sempre utile, ma non bisogna mai rinunciare a indicare forme prescrittive di comportamento ritenuto desiderabile, pur evitando di ricorrere a sterili imposizioni, a ricorrenti rimproveri o a pretese di ubbidienza.

Per i risultati bisogna sapere aspettare, perché richiedono tempi relativamente lunghi per risultare significativi. Infatti il soggetto deve poter avere tutto il tempo necessario per poter stabilire un proprio equilibrio emotivo e affettivo, fino a rinunciare alla strategia di “non parlare” come atto oppositivo assunto “per irritare” e per ottenere i propri scopi.

Bisogna tenere presente, altresì, che durante il percorso terapeutico e/o educativo potranno manifestarsi frequenti e decisi atteggiamenti di svogliatezza e di rinuncia a qualsiasi impegno, sostenuti da sensazioni di inadeguatezza, di incapacità e di impossibilità. Buoni risultati si ottengono inserendo i ragazzi in attività sportive, nelle quali possono anche arrivare ad emergere, anche se resta sempre una generale attitudine a rifiutare di impegnarsi, e la persistenza di atteggiamenti di opposizione anche di fronte ad attività che potrebbero essere facilmente realizzate con successo.

In ogni caso bisognerà perseverare nella strategia intrapresa, assumendo comportamenti che risultino di estremo equilibrio tra richieste e gratificazioni, anche perché si ha a che fare con soggetti spesso abbastanza dotati a livello cognitivo e razionale.

Nelle relazioni bisogna essere sempre coerenti e stabili, perché le eventuali rinunce o i cambiamenti di strategia favoriscono l'instaurarsi o il rinforzarsi, nel soggetto, di atteggiamenti oppositivi e/o distruttivi, tanto da incoraggiarlo nel non cambiare l'atteggiamento assunto per ottenere i risultati voluti.

Probabilmente sarebbe molto utile lavorare psicologicamente con il padre ma, come è stato detto, il suo carattere ossessivo-compulsivo rende estremamente difficile poterlo fare.

La terapia multidisciplinare, varia, attenta ai bisogni ed ai continui cambiamenti, è una opzione che permette di favorire la remissione dei sintomi e la ripresa dello sviluppo.

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.

Il ritardo dello sviluppo psico-mentale si può esprimere anche sottoforma di ritardo scolastico o con vere e proprie Sindromi, che sono sempre più sottoposte ad approfondimento scientifico, quali quella da abuso psichico, da immigrazione-emigrazione, da adozione.

3.7 L'autismo genetico (AG)

1) La Sindrome di Rett

a) Il quadro clinico

La sindrome di Rett, che figura nel capitolo dei Disturbi generalizzati dello sviluppo del DSM-IV, si caratterizza per la presenza di deficit specifici, multipli e progressivi, che si evidenziano dopo un periodo post natale di funzione normale.

Deve il suo nome al neurologo austriaco Andreas Rett che per primo la individuò nel 1966, anche se è stata descritta con precisione nel 1982 dal neurologo svedese Bengt Haybert.

Nel 1999, la dott.ssa Huda Zoghby, dell'Università di Houston, ne ha individuato la causa genetica, per un difetto del gene MEPC sul cromosoma X.

La malattia viene divisa in 4 stadi:

- I° stadio: 6-18 mesi = comparsa di ipotonie e disinteresse per le comuni attività infantili;
- II° stadio: 1-3 anni = compaiono sintomi simili all'autismo con regressione rapida e irritabilità;
- III° stadio: 2-10 anni = convulsioni severe; tipico gesto di lavarsi le mani; iperventilazione; bruxismo (digrignare i denti); aerofagia; ritardo mentale grave o gravissimo;
- IV° stadio: dopo i 10 anni = importante scoliosi; debolezza muscolare; rigidità.

Il disturbo si presenta quasi esclusivamente nelle femmine ma, ultimamente, vengono descritti casi anche nei maschi.

Il DSM IV° mette in evidenza altri sintomi importanti:

1. il rallentamento della crescita craniale tra i 5 ed i 48 mesi;
2. la perdita delle manualità e della coordinazione fine;

3. la riduzione massiccia degli interessi sociali (che possono riprendere dopo qualche anno);
4. la compromissione grave del linguaggio.

I dati più recenti fanno risalire la sindrome ad un grave disturbo neurologico legato ad un difetto genetico determinato da mutazioni del gene MECP2 che perde la proteina MeCP2 (*methyl-CpG binding protein 2*) che aiuta i geni a disattivarsi.

Sappiamo molto del meccanismo, ma molto poco del perché si instauri questo meccanismo e su come agire per detenere le molteplici alterazioni neuro-muscolari.

La malattia è pan-etnica (presente in tutte le razze) e si presenta in 1 caso su 12.000 femmine nate.

La maggior parte dei casi identificati si riferisce a ragazze che hanno meno di 18-25 anni, ma ancora poco si sa sulla prognosi e l'aspettativa di vita; la causa di morte è legata a convulsioni gravi e a problemi respiratori (infezioni).

Oltre alla perdita di peso corporeo, nei reperti autoptici si riscontra una riduzione del volume cerebrale e soprattutto della corteccia frontale e del nucleo caudato. Si osserva riduzione della mielina nella sostanza nera e, in generale, del volume dei neuroni.

La variabilità della malattia è molto grande e si pensa sia legata al numero delle cellule che nel corpo vanno ad assumere il deficit genetico della MECP2.

Gli aspetti più invalidanti della disabilità connessa a detta sindrome sono l'aprassia (incapacità ad eseguire movimenti), il deficit della parola e della comunicazione e un grave deficit psicomotorio e cognitivo, seppure il quadro sia così complesso da giustificare un errore diagnostico con confusione con l'autismo.

b) L'azione terapeutica

Sul piano degli interventi si raccomanda di porre molta attenzione ai deficit psicomotori e cognitivi che tendono a modificarsi con il passare del tempo. Essi impongono delle valutazioni funzionali e globali, da effettuarsi con una certa frequenza, per poter così stabilire con precisione gli interventi più appropriati da attivare e il grado dei risultati ottenuti.

Gli obiettivi, per qualsiasi intervento, nel caso di Sindrome di Rett, si riferiscono soprattutto a contenere i disturbi neuro-muscolari per mantenere o migliorare le funzionalità, prevenire deformità, aiutare il posizionamento.

Partendo da queste premesse, bisogna sottolineare l'importanza che rivestono l'attività motoria e l'azione educativa per la qualità dei risultati.

Il ricorso all'attività motoria è particolarmente efficace per:

- mantenere l'attenzione;
- sviluppare l'iniziativa;
- attivare le capacità del problem-solving;
- migliorare la coordinazione fine e grossa;
- indurre cambiamenti positivi nell'organizzazione psico-mentale;
- stimolare l'eloquio (in forma e contenuto).

Invece, l'azione terapeutico-educativa è fondamentale per la formazione e lo sviluppo delle relazioni interpersonali che permettono di:

- attivare le valenze affettive di tipo valorativo;
- indurre il desiderio a socializzare;
- migliorare il rapporto con il proprio sé e, quindi, con il proprio deficit;
- alleviare stati di depressione, di sconforto e di irritabilità;
- aumentare il livello di autonomia e di indipendenza.

L'azione educativa svolge, dunque, un ruolo chiave, ma la sua efficacia, per quanto sopra evidenziato, dipende anche dalla qualità dell'apporto terapeutico.

In entrambi gli interventi sono da assumere dei criteri d'azione così riassumibili:

- osservare le fluttuazioni periodiche (anche giornaliere) del tono dell'umore;
- usare un programma flessibile che permetta di adattarsi alle difficoltà del soggetto;
- sviluppare le abilità affettive per migliorare le capacità, non solo relazionali, ma anche quelle di pensiero, di coscienza, di elaborazione degli engrammi eidetici;
- monitorare attentamente ogni attività affinché l'impegno richiesto non sia troppo gravoso o difficoltoso da affrontare;
- ottenere il miglior risultato evitando situazioni iatogene che possono derivare dalla fragilità ossea (per osteoporosi) e dalla ritardata reazione a stimoli dolorifici.

2) L'Agenesia del corpo calloso

Attenzione! Questo materiale didattico è per uso personale dello studente ed è coperto da copyright. Ne è severamente vietata la riproduzione o il riutilizzo anche parziale, ai sensi e per gli effetti della legge sul diritto d'autore (L. 22.04.1941/n. 633)

a) Il quadro clinico

Questa sindrome viene facilmente scoperta con un Rx-cranio e si presenta in molte varietà, per la maggiore o minore compromissione del fascio di fibre che mettono in relazione stretta i due emisferi cerebrali. Anche in questi casi è evidente una incapacità di controllare le scariche emotive, ma la deriva verso l'ologofrenia non è tanto drammatica. La partecipazione viscerale è più elevata (che nel X-fragile) tanto che spesso l'incontinenza fecale diventa un problema veramente difficile da affrontare.

Anche in questi casi si sono ottenuti buoni risultati con E.I.T., TyLA, Ippoterapia, ma ci si scontra con l'opposizione dei ragazzi che rifiutano decisamente ogni tipo di terapia riabilitativa, tanto da costringere i genitori a non fare nulla e così si perdono le possibilità di un recupero o, per lo meno, di un migliore adattamento per cercare soluzioni.

b) L'azione terapeutica

In questi casi si sono ottenuti buoni risultati con E.I.T., TyLA, Ippoterapia, ma spesso ci si scontra con l'opposizione dei ragazzi che rifiutano decisamente ogni tipo di terapia riabilitativa, tanto da costringere i genitori a non fare nulla e così si perdono le possibilità di un recupero o, per lo meno, di un migliore adattamento per cercare soluzioni.

3) L'X-fragile o sindrome di Martin-Bell (X.F.)

a) Il quadro clinico

Anche se non si riesce assolutamente a capire 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 vengono considerati dai *caregivers* del tutto “banali” ed insignificanti.

La risposta emotiva percorre normalmente due vie di scarica:

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

Spesso il *caregiver* che accompagna il bambino con X-fragile 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 la cause, se non vagamente (si pensa al disordine genetico), né il meccanismo eziopatogenetico.

Esistono altre forme di alterazione genetica che si esprimono in forma assimilabile all'autismo, soprattutto per gli effetti che essi hanno sullo sviluppo psichico e mentale e, quindi, sugli apprendimenti e sui comportamenti. Si tratta di forme patologiche abbastanza rare, caratterizzate tutte da forte ritardo mentale, le più note delle quali sono: la Sindrome di Joubert, la Sindrome di Dandy-Walker (che si contraddistingue per le evidenti alterazioni della fossa posteriore, del cervelletto), della Sindrome di Kabuky e della Sindrome di Angelman.

b) L'azione terapeutica

Risulta quasi impossibile controllare l'incontinenza emotiva di questi soggetti, anche con l'uso di farmaci ansiolitici. Buoni risultati si sono ottenuti con la E.I.T. e il TyLA, congiuntamente all'Ippoterapia e, soprattutto, all'Arte-terapia-psicodinamica.

Con queste tecniche si può creare una miriade di situazioni che via via vengono accettate dal sistema bio-psicologico, arrivando ad un contenimento apprezzabile delle scariche emotive, sia corporali che 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 perse 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 alle risposte emotive esagerate e così impedire la caduta funzionale in termini di perdita delle capacità cognitivo-intellettive.

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

4) La Sindrome Down

Attenzione! Questo materiale didattico è per uso personale dello studente ed è coperto da copyright. Ne è severamente vietata la riproduzione o il riutilizzo anche parziale, ai sensi e per gli effetti della legge sul diritto d'autore (L. 22.04.1941/n. 633)

La sindrome Down, di sicura origine genetica, non è certamente collocabile nel quadro generale dell'autismo, ma alcuni tratti comportamentali della sua manifestazione sicuramente la fanno annoverare tra i disturbi relazionali, seppure il soggetto Down esprima, solitamente, molta disponibilità alla relazione affettiva, a tal punto da "evitare" ogni occasione per l'esercizio apprenditivo che, di fatto, nella maggioranza dei casi risulta abbastanza deficitario.

a) Il quadro clinico

La Sindrome Down è una malattia genetica descritta da John Langdon Down nel 1862, per la quale uso il termine di mongolidismo per i tratti somatici del volto che ricordano le popolazioni asiatiche.

Sinonimo di Trisomia 21 perché questa malattia genetica comporta un assetto di 47 cromosomi per un cromosoma 21 soprannumerario presente in tutte le cellule dell'individuo affetto (3 invece di 2).

C'è anche una forma atipica derivata dalla traslocazione robertesoniana di un braccio del cromosoma 21 al 14, formando un cromosoma ibrido. Le statistiche danno che nasce 1 bambino Down su 1.200.

I tratti somatici riguardano il corpo basso e tozzo, collo grosso, macroglossia, ipotonìa e plica palmare. Psichicamente viene riferito un ritardo mentale di diversa entità, per cui si va da forme più gravi a quelle lievi nei mosaici.

Si hanno anche ipersensibilità alle infezioni, disfunzioni cardiache e di altri organi (per questo l'aspettativa di vita non supera i 30-40 anni, che tuttavia sta crescendo per il miglioramento degli interventi medici ed ora si parla di 62 anni), l'associazione di amiloidosi (Alzheimer simile).

Un dato particolare è costituito da distrofia o agenesia del dente dell'epistrofeo (seconda vertebra) che indurrebbe una limitazione nel sostenere il capo nei movimenti rotatori e, quindi, la necessità di particolari attenzioni nella pratica sportiva, per es. nell'Ippoterapia.

Purtroppo, di fronte a questi casi, si tende a rinunciare ad una riabilitazione globale (scegliendo qualche intervento di tipo funzionale o semplicemente di contenimento dei comportamenti problema) proprio perché permane quella vecchia tendenza a pensare che "non c'è nulla da fare". In

Attenzione! Questo materiale didattico è per uso personale dello studente ed è coperto da copyright. Ne è severamente vietata la riproduzione o il riutilizzo anche parziale, ai sensi e per gli effetti della legge sul diritto d'autore (L. 22.04.1941/n. 633)

realità c'è moltissimo lavoro da fare per migliorare le qualità psico-mentali di questi ragazzi, ma bisogna cominciare molto precocemente.

Il quadro psicopatologico, riferito ai soggetti Down, si caratterizza per un'importante debolezza dell'Io che sottende a sentimenti di incapacità e di inadeguatezza. Detti sentimenti li inducono quasi sempre a rinunciare all'esercizio delle loro potenzialità. Inoltre, essi manifestano particolare reattività emotiva che alimenta in loro "sentimenti di paura".

Gli atteggiamenti che essi assumono, inducono spesso i familiari a rinunciare a proseguire nell'azione terapeutica ed educativa, oltre che ad aggirare le situazioni che alimentano le loro paure, provocando ulteriori difficoltà alla maturazione della loro personalità.

Altre caratteristiche dei soggetti Down sono le difficoltà a sviluppare una motricità complessa adeguata, che è resa anche più accentuata dalla struttura bassa e tozza, e la tendenza all'isolamento, proprio perché per loro risulta sempre difficile il confronto con gli altri. Questa seconda caratteristica è evidente soprattutto nei maschi, perché le ragazze tendono ad innamorarsi dei normali più belli e più alti (forse anche perché la loro intensa partecipazione erotica le porta ad essere cercate dai coetanei. Inoltre, vi è la tendenza dei maschi a stabilire rapporti con bambini più piccoli o con coetanei che presentano, a loro volta, delle difficoltà, anche se spesso si osservano atteggiamenti oppressivi ed escludenti nei confronti di altri che sono disabili.

Anche il loro comportamento è particolare, perché si organizza su sentimenti conflittuali: sono docili e, come spesso si sente dire, affettuosi, ma sono anche molto sensibili a sentimenti di abbandono che giustificano le loro tendenze all'isolamento, come anche a risposte aggressive e violente. Tali risposte spesso danno luogo a comportamenti molto difficili, come spesso succede con l'uso aggressivo delle feci, ed estremamente vari nella loro intensità aggressiva, anche perché sembra quasi che loro non sentano il dolore.

Da sottolineare, ancora, come l'atteggiamento di base, dominato da sensi di inefficacia, alimenta in loro la tendenza alla rinuncia, facendo prevalere attitudini di svogliatezza, di distacco oppostivo nei confronti delle attività dell'apprendimento, di disimpegno per le azioni della quotidianità.

b) L'azione terapeutica

Per le caratteristiche così complesse dei soggetti con Sindrome Down, le programmazioni riabilitative devono essere strettamente multidisciplinari e preferire:

8. la psicoterapia relazionale (E.I.T.), che mira a svincolare le idee di diversità dalle reali potenzialità e questo si ottiene proprio con una continua sperimentazione motoria, psicomotoria ed espressiva;
9. il sostegno motorio, che porta a far superare i sensi di paura (che sorgono anche con il semplice gioco dei cerchi), con l'impiego di attrezzi (palle, cerchi, globi, ecc.), anche con l'obiettivo di migliorare le loro abilità nell'eseguire esercizi sempre più complessi;
10. le tecniche del *Tai-Chi*, della terapia emotivo-espressiva, della biodanza, dell'ippoterapia che inducono a un maggior impegno nella comprensione degli ordini e delle spiegazioni operative.

Sul piano più prettamente educativo, è da sottolineare che il superamento delle paure permette di sviluppare i legami affettivi, con enorme beneficio per le relazioni. Ad esempio, permette loro di “lavorare” con un soggetto “normale” molto più bravo che induce, proprio per questo, atteggiamenti di opposizione e di rifiuto.

Spesso il lavoro preliminare deve essere eseguito con la madre, che è considerata come ugualmente deficitaria e quindi accettabile. Al contrario, non accetta di lavorare con altri disabili che vengono disprezzati e allontanati.

Questi atteggiamenti investono anche lo sviluppo del pensiero e della coscienza, che restano ancorati a processi concreti e impediscono l'elaborazione simbolica. Per superare il problema è utile ricorrere all'Arte-Terapia-Psicodinamica che aiuta a sviluppare l'immaginario, mettendo il soggetto nelle condizioni di potersi proiettare in una dimensione che supera le dinamiche e le ricchezze del qui e ora (che sono parte del reale).

Senza dubbio, il lavoro terapeutico ed educativo con i soggetti Down è difficile, ma anche ricco di soddisfazioni e di successi. Infatti, è possibile ottenere un buon sviluppo della motricità e della coordinazione fine e grossa (si pensi alle difficoltà che essi hanno nell'uso delle mani con dita corte e tozze), come anche contenere le paure, aumentando l'atteggiamento volitivo e l'accettazione di mettersi in gioco. È possibile orientare la loro spiccata tendenza emotivo-affettiva nella direzione della socializzazione, accettando gli altri e facendosi accettare.

Particolarmente importante, nei casi di sindrome di Down, è il fenomeno del Falso Sé. Come reazione ai sentimenti denigratori e di auto-svalorizzazione, questi ragazzi tendono ad esprimersi come se si iper-valorizzassero; così negano le loro difficoltà e si dicono pronti per diventare avvocati, grandi medici, politici di grido, fenomeni dello sport, ecc. ecc. Il falso sé viene espresso con ripetitività ossessiva, senza che l'invito a ragionare riesca a far abbandonare la stravagante abitudine millantatoria. Non si ottengono risultati insistendo sull'invito a ragionare, soprattutto perché diventa contraddittorio con l'atteggiamento di spiegare che i Down sono normali come tutti gli altri. Essi abbandonano le espressioni del Falso Sé quando il lavoro continuo li porta a sperimentare esperienze per loro limite (difficili o impossibili) e a poter raggiungere buoni risultati nel lavoro motorio, di arte terapia, di espressività, ecc.

Il lavoro costante è necessario tuttavia per affrontare situazioni che quotidianamente si presentano e si vanno modificando. Per esempio è tipico che assegnino ruoli di potere alla madre (quando è direttiva e impositiva nella vita reale) e quindi mimino ruoli fallici come tipici della donna; sviluppano idee di ottenere quello che vogliono per il solo fatto d'aver espresso il proprio desiderio al riguardo (per es. dicono: non capisco perché lei non mi vuole anche se io le ho detto più volte di voler stare insieme) soprattutto nella sfera sentimentale.

È facile la tendenza all'autoerotismo che non va incoraggiato o sopportato, ritenendo che sia un bisogno insopprimibile. Le regole vanno enunciate e fatte rispettare sempre, per indurre una coscientizzazione sul reale e sulla rappresentazione dell'uguaglianza rispetto ai compagni.

Il pensiero affettivo va utilizzato per indurre una buona volontà a lavorare, ad applicarsi, a non rinunciare, anche se bisogna evitare la tendenza all'appiattimento adesivo e, quindi, a sviluppare sentimenti di dipendenza. Questi, anche se sembrano utili, con il tempo portano ad atti di insubordinazione e ad atteggiamenti di opposizione e di rifiuto anche aggressivo.

Per ciò che concerne l'aspetto educativo, più propriamente scolastico, vanno fatte alcune considerazioni.

All'inizio va utilizzato il loro pensiero concreto che solo con un lavoro intenso e mirato viene sostituito dal pensiero affettivo e poi da quello razionale-simbolico. È da tenere presente che, nello sviluppo di questo percorso, i Down non sempre sono disponibili e collaborativi. Essi sono molto svogliati e, quindi, devono essere stimolati ad accettare di lavorare, di impegnarsi, di non rinunciare, poiché i buoni risultati sono sempre possibili ed evidenti.

Attenzione! Questo materiale didattico è per uso personale dello studente ed è coperto da copyright. Ne è severamente vietata la riproduzione o il riutilizzo anche parziale, ai sensi e per gli effetti della legge sul diritto d'autore (L. 22.04.1941/n. 633)

Le conquiste nel campo motorio sono fondamentali per acquisire il senso di sé, per vincere la paura, per vivere la propria identità come condizione che rende comuni, uguali agli altri.

Vincere la diversità, la propria diversità, è il cammino che i soggetti Down devono fare per la conquista dell'immaginario, che deve essere visto come:

- “linguaggio” che, attraverso la relazione, circola, creando quel vincolo che permette di crescere senza paura di cadere, di dissolversi dell’oblio dell’indeterminatezza, del divenire, di cogliere il senso timologico dell’esistenza, il valore del Sé riflesso nell’occhio dell’Altro;
- “luogo”: luogo polimorfo e poliedrico, fatto di intrecci e di significanti che è spazio di crescita e di formazione di transfert così che è anche spazio di inconscio (R. Lucioni).

3.8 *La Sindrome tipo autistica da intolleranza (SIA)*

a) Il quadro clinico

Un capitolo a parte merita la Sindrome tipo autistica da intolleranza alimentare o da metalli pesanti (mercurio, arsenico, piombo, alluminio, etc., perché la questione appare abbastanza controversa e non sufficientemente provata a livello scientifico.



Bibliografia

- Culuccia A., *I comportamenti giovanili nelle relazioni e nel disagio*, Milano, F. Angeli, 2006
- Curatola A., *Disabilità e scuola*, Roma, Anicia, 2003-2005
- Curatola AM, *La condizione autistica*, Roma, Anicia, 2004
- Curatola AM., *I bisogni speciali nella società della complessità. Comportamenti a rischio e risposte formative*, Roma, Anicia, 2008
- De Ajuriaguerra J., Marcelli D., *Psicopatologia del bambino*, Milano, Masson, 1991
- Epasto C., *Le dinamiche relazionali distorte: il bullismo*, Messina, Samperi, 2004
- Leonardi M. (a cura di), *ICF - Classificazione Internazionale del Funzionamento, della Disabilità e della Salute*, Trento, Erickson, 2002.
- Leonardi M., *ICF: la Classificazione Internazionale del Funzionamento, della Disabilità e della Salute dell'Organizzazione Mondiale della Sanità. Proposte di lavoro e di discussione per l'Italia*, Giornale Italiano di Medicina Riabilitativa, Marzo 2003, Volume 17, n. 1
- Lucioni R., *Timologia, intelligenza, coscienza*, Tradate, Hualfin, 2007
- Lucioni R., *Borderline. Disturbo o malattia?*, Tradate, Ed HUALFIN, 2007
- Lucioni R., Fumagalli A., *Timologia e resilienza*, Tradate, Hualfin, 2007

Attenzione! Questo materiale didattico è per uso personale dello studente ed è coperto da copyright. Ne è severamente vietata la riproduzione o il riutilizzo anche parziale, ai sensi e per gli effetti della legge sul diritto d'autore (L. 22.04.1941/n. 633)

- M. Leonardi, *ICF: la Classificazione Internazionale del Funzionamento, della Disabilità e della Salute dell'Organizzazione Mondiale della Sanità. Proposte di lavoro e di discussione per l'Italia*, Giornale Italiano di Medicina Riabilitativa, Marzo 2003, Volume 17, n. 1
- Milioti V., *Le moderne misure di salute e disabilità*, Roma, Anicia, 2007
- Murdaca A. M., *Formazione, relazione, cooperazione*, Roma, Anicia, 2009
- Murdaca A. M., Lucioni R., *L'approccio educativo e terapeutico all'autismo: ippoterapia e riabilitazione equestre*, Roma, Anicia, 2007
- Organizzazione Mondiale della Sanità, *ICF - Classificazione Internazionale del Funzionamento, della Disabilità e della Salute*, Edizione italiana a cura di M. Leonardi, Trento, Erickson, 2002
- Trisciuzzi L., *La pedagogia clinica*, Roma-Bari, Laterza, 2003
- World Health Organization, *The International Classification of Impairments, Disability and Handicap: a manual of classification relating to consequences of diseases*, Ginevra, 1980



PEGASO
Università Telematica

Attenzione! Questo materiale didattico è per uso personale dello studente ed è coperto da copyright. Ne è severamente vietata la riproduzione o il riutilizzo anche parziale, ai sensi e per gli effetti della legge sul diritto d'autore (L. 22.04.1941/n. 633)