



Università degli Studi di Enna “Kore”

Facoltà di Scienze dell’Uomo e della Società

Corso di Laurea in Psicologia Clinica

TESI DI LAUREA

La complessità contro la logicità.

Autismo e osservazione di alcuni casi clinici.

Allievo:

Angela Famà

Relatore:

Prof.ssa Maria Bellomo

ANNO ACCADEMICO 2016/2017

Ringrazio la mia relatrice, Professoressa Maria Bellomo, per l'aiuto e la disponibilità che ha saputo darmi. Le sono grata per avermi indirizzata nelle occasioni di dubbio.

Similmente ringrazio il Dottor Emidio Tribulato per la sua disponibilità e gentilezza. Ricorderò sempre con grande affetto il periodo formativo presso il Centro Studi Logos.

Alla fine di questo percorso formativo, così tormentato, devo ringraziare la mia famiglia per avermi permesso di affrontare gli studi. I loro sacrifici hanno permesso di realizzare questo mio obiettivo.

Vorrei ringraziare in modo particolare mio fratello Francesco e mia sorella Anna che hanno sempre creduto in me. Entrambi hanno sempre sostenuto i miei studi. Per me, sono e saranno per sempre fonte di insegnamento e ispirazione.

Un grazie alla mia nonna Domenica per essere il mio esempio di forza. Sono certa che oggi, come per tutto il periodo universitario, sei qui con me a ricordarmi che la vita si affronta con positività.

Ringrazio anche coloro che mi hanno accolto nella propria vita e sostenuta in ogni singola fase di questo lungo cammino. Di certo, non è stato semplice, ma spero ne sia valsa la pena.

Ed infine, ringrazio me stessa. La mia tenacia e forza hanno avuto la meglio sui vari ostacoli.

INDICE

Abstract	pag6
Abstract in lingua inglese	pag 7

CAPITOLO I

Cos'è l'Autismo ?

I.1.	Le prime riflessioni sull'autismo: i due casi e la teoria socio-ambientale	pag9
I.2.	Il ragazzo selvaggio dell'Aveyron chiamato Victor ed il caso di Kaspar Hauser	pag9
I.3.	Da disturbo della schizofrenia a disturbo Infantile	pag11
I.4.	Il percorso verso Il Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali (DSM).	pag15
I.5.	La storia del DSM e ICD-10	pag17
	I.5.1. I criteri del DSM-5	pag 23
I.6.	Le difficoltà della diagnosi	pag 25
I.7.	Autismo: disturbo prettamente maschile ?	pag 26
I.8.	Il disturbo dello spettro autistico e gli altri disturbi	pag 27
I.9.	L'autismo è aumentato o è aumentata la consapevolezza del disturbo ?	pag 30

CAPITOLO II

Possibili spiegazioni dell'autismo.

II.1.	Gli elementi in comune delle tre teorie e l'autoconsapevolezza	pag 34
II.2.	Ritardo mentale o teoria della mente?	pag 35
II.3.	Le origini della teoria della mente	pag 38
II.4.	teoria della mente e cecità mentale	pag 39
II.5.	L>ID come principale meccanismo della lettura della mente	pag 41

II.6.	Il secondo meccanismo: il rivelatore della direzione degli occhi	pag 42
II.7.	Le rappresentazioni di ID e EDD	pag 43
II.8	Il meccanismo dell'attenzione condivisa (SAM)	pag 44
II.9	Teoria della mente, esperimento di Sally ed Anne ed esperimenti ad esso collegato	pag 45
II.10	La teoria dell'Empatia-Sistematizzazione	pag 49
II.11	Teoria della coerenza centrale	pag 52
II.12	Autismo: Disturbo mentale o Disturbo cerebrale ?	pag 53

CAPITOLO III

La mia esperienza presso il Centro Studi Logos.

III.1.	Terapia del Gioco Libero Autogestito	pag 58
III.2.	Caso clinico: Carlo e la sua apparente socievolezza	pag 59
III.2.1.	Produzione linguistica	pag 62
III.2.2.	Contatto fisico e oculare	pag 62
III.2.3.	Giochi e Attività	pag 63
III.2.4.	Area affettivo relazionale	pag 64
III.2.5.	Aggressività	pag 64
III.2.6.	Accettazione delle frustrazioni	pag 65
III.2.7.	Stereotipie fisiche e verbali	pag 65
III.2.8.	Attenzione e concentrazione	pag 66
III.2.9.	Discussione	pag 66
III.3.	Caso clinico: Giuseppe e le due diverse figure genitoriali	pag 67
III.3.1.	Produzione linguistica	pag 69
III.3.2.	Contatto fisico e oculare	pag 69
III.3.3.	Giochi e Attività	pag 70
III.3.4.	Area affettivo-relazione	pag 72
III.3.5.	Aggressività	pag 72
III.3.6.	Accettazione delle frustrazioni	pag 74
III.3.7.	Stereotipie fisiche e verbali	pag 75
III.3.8.	Attenzione e Concentrazione	pag 76

III.3.9. Discussione	pag 77
Conclusioni	pag 78
Bibliografia	pag 79
Sitografia	pag 83

ABSTRACT

L'interesse per il disturbo dello spettro autistico nasce dall'esperienza di tirocinio maturata in questo ambito, presso il Centro Studi Logos di Messina.

L'obiettivo di questo lavoro è quello di raccontare l'esperienza vissuta a contatto con questi piccoli bambini. Il CentroStudi Logos ha sviluppato negli anni un approccio terapeutico, che prende il nome di "Terapia del Gioco Libero Autogestito", in cui è lo stesso bambino a condurre il gioco. Il terapeuta, invece, svolge il compito di aiuto e supporto rispetto ai bisogni del bambino. I limiti imposti sono davvero pochi e volti solo a tutelare l'incolumità del bambino e dei soggetti coinvolti nell'attività. Tale terapia si presenta come un mezzo attraverso il quale i bambini autistici possono raggiungere importanti traguardi, come una maggiore serenità interiore ed una certa fiducia negli altri. L'impegno è volto anche a sostegno delle famiglie dei piccoli pazienti, che a loro volta sono inevitabilmente interessate da difficoltà connesse all'accettazione e all'acquisizione dell'atteggiamento più adeguato da porre in atto.

Chi è il soggetto autistico? Un individuo profondamente strano ed isolato dalla complessità delle relazioni sociali? Un soggetto focalizzato solo ed esclusivamente sulle sequenze logiche delle azioni, tanto da farne di lui un talento? Oppure entrambe le cose?

Dalla prima formulazione di autismo, ad opera dello psichiatra Bleuler, ad oggi molto è stato fatto. Nel tempo, i diversi studi sull'argomento si sono focalizzati sulla ricerca di possibili cause che compromettono il normale funzionamento del bambino autistico. Ciò ha permesso, oggi, di poter conoscere in modo più approfondito il disturbo dello spettro autistico. Resta ancora da chiarire ed individuare le cause genetiche, che a loro volta potrebbero condurci verso una comprensione ancora più chiara.

L'ipotesi attualmente più diffusa considera l'autismo come il risultato del rapporto tra diversi possibili fattori di rischio e fattori scatenanti che, a loro volta danno luogo ad un danno permanente nello sviluppo.

ABSTRACT

The interest for the autistic disorder come from the internship experience at the “Logos Center” in Messina.

The essay’s aim is telling the experience lived in close contact with the children.

“Logos Center” developed in the years a therapeutic approach called “Therapy of the free and self managed Game”, where is the same child that leads the game. The therapist, instead, has the function to help and support regard to the child’s needs.

The limits are truly few and directed only to protect the child’s integrity and of the involved subjects in the activities. This therapy can help the children to achieve important goals: a greater interior calm and trust in the people.

Moreover, it supports the children’s family inevitably interested by efforts connected to the acceptance and acquisition of the more appropriate behavior to adopt.

Who is the autistic subject? Is he deeply strange and isolated from the complexity of the social relations?

Is he a subject focused only and exclusively on logic series of the actions that do him to be a talent? Or both?

From the first formulation of the autism done by the psychiatrist Bleuler to the present, a lot of things were done.

In the time, several studies on the topic are focused on the research of possible causes that compromise the normal functioning of the autistic child. This has brought, today, to know thoroughly the autistic disorder.

Remain still to know and identify the genetic causes that could lead us to a clearer vision.

The more diffusing hypothesis evaluate the autism like the result of the relation between several potential risk factors and trigger factors which in turn cause a permanent damage of the development.

CAPITOLO I

Cos'è l'autismo?

Il termine *autismo* deriva dal greco *autòs* “se stesso” e indica l'autoreferenzialità e la negazione dell'altro o più in generale di tutto ciò che è diverso da sé¹.

I due professori del Child Study Center, Fred R. Volkmar e James C. McPartland propongono alcune definizioni di autismo, affermando quanto segue: *“L'autismo si caratterizza come distacco dalla realtà, evidenziato dal racchiudersi in se stessi, in un proprio mondo di fantasie, dalla rinuncia e dal rifiuto a stabilire rapporti con gli altri. L'autismo può manifestarsi sin dai primi anni di vita (autismo infantile o disturbo autistico), presentandosi in primo luogo come incapacità a conservare un corretto rapporto affettivo da parte del bambino nei confronti della propria madre. [...] Nell'originaria descrizione di Kanner, l'autismo veniva considerato una schizofrenia puramente psicogena, mentre oggi si pensa che si tratti di una modalità di organizzazione psicotica precocissima che può avere variabile patogenesi e nella quale è implicita anche una componente difettiva primaria”*².

Ed ancora: *“l'autismo è una psicosi che compare nei primi due anni di vita, caratterizzata da isolamento dalla realtà, con conseguente impossibilità di imparare, e assenza o grave alterazione del linguaggio. E' una malattia presente in tutto il mondo [...]. Si può dire che è molto rara. I bambini autistici hanno un comportamento “tranquillo”, non sorridono, non vocalizzano quando la madre parla e sorride loro, non concentrano lo sguardo. Si muovono ininterrottamente con grande agilità, ripetendo spesso lo stesso movimento; accusano disturbi del ritmo sonno-veglia, e difficoltà al divezzamento. Durante il secondo anno non compare il linguaggio o, se c'è, è di tipo ecolalico (ripetizione delle parole udite)”*³.

È possibile dedurre, da quanto detto finora, che l'autismo è considerato una patologia psichiatrica dell'infanzia.

Il tasso di prevalenza del disturbo è di 10 casi per 10.000 bambini con un rapporto 4 a 1 tra i maschi e le femmine⁴.

Il bambino affetto da autismo ha difficoltà nello sviluppo sociale e nella comunicazione in quanto appare come incapace di sviluppare un normale interesse verso le altre persone⁵. Percepire, comprendere ed entrare in relazione con il mondo esterno è per questo bambino fonte di forte stress. Gli “altri” sono qualcosa di imprevedibile da dover necessariamente allontanare dal proprio sé in modo da evitare il relativo malessere ad esso associato.

La stessa ecolalia, che abbiamo già menzionato, ci pone di fronte ad un problema del linguaggio che il bambino autistico non è in grado di apprendere, in lui

¹ U.Frith, *L'autismo . Spiegazione di un Enigma*, Bari, Editori Laterza, 2010, pag.8.

² F.R.Volkmar e J.C.McPartland, *La Diagnosi di Autismo*, Da Kanner al DSM-5, Trento, Erickson, 2014, pag.17.

³ F.R.Volkmar e J.C.McPartland, *La Diagnosi di Autismo*, Da Kanner al DSM-5, Trento, Erickson, 2014, pag.18.

⁴ M.Ammaniti, *Psicopatologia dello Sviluppo. Modelli Teorici e Percorsi a Rischio*, Milano, Raffaello Cortina, 2010.

⁵ M.Ammaniti, *Psicopatologia dello Sviluppo. Modelli Teorici e Percorsi a Rischio*, Milano, Raffaello Cortina, 2010, pag.243.

infatti, ciò che osserviamo è un continuo replicare di termini già sentiti. Il tono della voce usata dal bambino autistico ricorda molto la recitazione senza trasporto emotivo dei versi di una poesia.

Il linguaggio non verbale è un altro elemento che merita attenzione. Nell'autismo spesso possiamo osservare comportamenti auto-stimolatori come il docking ovvero l'abitudine di mettersi le mani davanti agli occhi, oppure manipolare gli oggetti in maniera ripetitiva per ore e ore⁶.

Un altro elemento che ci riconduce all'autismo può essere riscontrato attraverso l'osservazione dell'attività del gioco che negli autistici si presenta come privo di flessibilità, immaginazione e finzione, tutte caratteristiche che normalmente si riscontrano in bambini sani⁷.

Nei decenni tanto è stato fatto per permettere a noi di poter conoscere una patologia così complessa. Allo stesso modo, ancora molto dovrà esser fatto per giungere ad una auspicabile piena comprensione di questo mondo così ampio.

I.1 Le prime riflessioni sull'autismo: i due casi e la teoria socio-ambientale.

Le disabilità intellettive, tra cui l'autismo, sono sempre esistite. Durante l'Illuminismo, però, si è incentrata una maggiore attenzione su di esse.

La prima dimostrazione dell'esistenza dell'autismo è quella di un caso descritto dal farmacista del Bethlem Hospital, l'ospedale psichiatrico di Londra.

Nel 1799, in questa struttura è stato ricoverato un bambino di 5 anni che non giocava con i suoi coetanei e non sviluppava con loro un legame affettivo. Egli preferiva, invece, giocare da solo con i soldatini⁸.

Altri due casi importanti in epoche vicine, ci forniscono interessanti spunti di riflessione. Il primo caso, il ragazzo selvaggio dell'Aveyron, è della fine del diciottesimo secolo e l'altro, il misterioso caso di Kaspar Hauser, dell'inizio del diciannovesimo secolo.

I.2 Il ragazzo selvaggio dell'Aveyron chiamato Victor ed il caso di Kaspar Hauser

Negli ultimi anni del settecento, il caso di un ragazzo selvaggio trovato nella foresta della Francia centrale ha riscosso interesse tra il mondo intellettuale del tempo.

Victor è stato abbandonato probabilmente per le sue caratteristiche tipiche dell'autismo. Dopo esser stato abbandonato dalla sua famiglia, Victor non ha mai cercato di stabilire contatti con altre persone. Egli è stato capace di sopravvivere in piena solitudine nella foresta.

⁶ M. Ammaniti, *Psicopatologia dello Sviluppo. Modelli Teorici e Percorsi a Rischio*, Milano, Raffaello Cortina, 2010, pag. 244.

⁷ S. Baron-Cohen, *L'autismo e la Lettura della Mente*, Roma, Casa Editrice Astrolabio, 1997, pag. 75.

⁸ U. Frith, *L'autismo. Spiegazione di un Enigma*, Bari, Editori Laterza, 2010, pag. 45.

E infatti, è stato accertato che individui che presentano tale quadro patologico risultano possedere una maggiore resistenza nel sopportare condizioni estreme come il freddo, la fame ed il dolore, senza lamentarsi.

Al momento della cattura, il ragazzo, probabilmente 12enne, è stato ritrovato privo di vestiti e con il corpo interamente ricoperto da cicatrici. Non parlava, non reagiva ad alcun stimolo attorno a lui, ad eccezione per alcuni suoni di suo interesse. Non amava giocare, risultava indifferente a qualsiasi attività tipica dei bambini. Tutto ciò ci riconduce ad un soggetto assolutamente asociale.

E' stato osservato in Victor uno sguardo perso nel vuoto, l'incapacità di focalizzare la sua attenzione su qualcosa e/o qualcuno; le sue vocalizzazioni erano disarticolate e discordanti ed il portamento risultava goffo. Nel contempo era però stupefacente osservare come davanti ad un piatto di fagioli da preparare, il ragazzo selvaggio palesasse le sue abilità di pianificazione e coordinazione di parecchie attività finalizzate al raggiungimento dell'obiettivo, quello di portare a termine un compito seguendo una sequenza di azioni.

Pinel, il medico più importante di quel tempo nonché esperto dei disturbi della mente, ha affermato che il bambino selvaggio di Aveyron essendo affetto da un ritardo congenito, non poteva essere curato. Per Pinel, Victor non avrebbe avuto alcuna possibilità di diventare un bambino normale.

Nonostante un responso così estremo ma giusto, il medico Jean- Marc Gaspard Itard ha accolto Victor nella propria casa, assumendo l'impegno di impartirgli un'educazione. Grazie all'istruzione ricevuta, le condizioni del bambino mutarono positivamente. Victor rimase muto, ma imparò a comunicare attraverso il linguaggio dei segni.

I miglioramenti sono stati palesi ma un elemento è rimasto invariato ovvero la sua asocialità. Victor è rimasto ignaro rispetto ai valori sociali e non ha mai mostrato segni di amicizia tanto meno di compassione. Dopo anni di tentativi, lo stesso Itard non ha potuto fare a meno che arrendersi di fronte a questa realtà.

Questo caso è stato spiegato dalla filosofia illuministica dominante nel Settecento come la prova di un nesso tra socialità e istruzione nell'infanzia.

Per tale teoria, il bambino può integrarsi nella società solo grazie ad un'istruzione capace di influenzarlo sin dalla prima infanzia. Così l'assenza di un comportamento morale da parte di Victor è attribuibile alla mancata istruzione nel periodo della prima infanzia. Secondo questa teoria, quindi, esiste inevitabilmente un nesso causale tra selvaggio ed autismo. Ne consegue che tutti i bambini, selvaggi come Victor, possono esser considerati autistici.

Il secondo caso risale al 1828 ed ha come protagonista Kaspar Hauser, un ragazzino di 16 anni comparso sulla Unschlittplatz di Norimberga.

La prima idea è stata quella di un ubriaco o di un matto. Le prime osservazioni hanno riportato un quadro ben chiaro di Kaspar. Il ragazzino non aveva ancora acquisito un livello di linguaggio adeguato alla sua età cronologica in quanto si esprimeva attraverso frammenti verbali. Con grande stupore, però Kaspar ha saputo scrivere il suo nome.

Sin da subito si è pensato che egli avesse vissuto fino a quel momento in un posto isolato, probabilmente in uno scantinato, alimentandosi di solo pane ed acqua. Kaspar è apparso inoltre estremamente labile sul piano emozionale e assai eccitabile.

A seguito del suo ritrovamento, il ragazzino, a differenza di Victor, ha vissuto con varie famiglie che gli hanno offerto un'educazione casuale. Il ragazzino sin da subito ha manifestato interesse e volontà ad acquisire il maggior numero possibile di conoscenze, riuscendo in tale scopo. Kaspar è riuscito, in modo molto rapido, ad apprendere il linguaggio, ha ricevuto ed accettato con molto entusiasmo dei giocattoli e dei disegni e, benché fosse vissuto fino all'età di 16 anni in uno scantinato, ha sin da subito mostrato particolare attenzione per l'ordine ed il pulito.

Successivamente alla sua comparsa, Kaspar ha iniziato a fare dei sogni che in un primo momento gli sono apparsi come reali, ma con il tempo è stato capace di fare una netta distinzione tra realtà e sogni. Questo è un passaggio molto importante perché ci permette di poter assumere che il ragazzo sia diventato consapevole dei propri stati mentali dei quali poteva parlarne. Ciò distingue Kaspar dal ragazzo selvaggio dell'Aveyron che non ha mai palesato una tale consapevolezza.

Nonostante i notevoli progressi compiuti, il destino di Kaspar Hauser è stato quello di rimanere *fuori dal mondo*. Il suo linguaggio è stato caratterizzato ancora dall'essere semplice; i suoi movimenti hanno continuato ad essere ancora rigidi.

Il quadro clinico di quest'ultimo ragazzino sedicenne è di sicuro ben diverso da quello di Victor. Kaspar non può essere considerato un ragazzo autistico e ciò che non lo rende tale è la sua capacità nei confronti del senso comune: Kaspar è apparso sin da subito come consapevole ed interessato verso gli interessi e le reazioni degli altri. Egli ha dimostrato di avere concetti sociali raffinati e, anche se alcuni aspetti sono rimasti "autistici", l'educazione occasionale a cui è stato sottoposto gli ha permesso di raggiungere rapidamente importanti miglioramenti.

I due casi finora menzionati ci pongono di fronte a due quadri clinici ben diversi anche se le condizioni di privazione sociale li accomuna. I deficit sensoriali, motori e linguistici che accomunano Victor e Kaspar sono sicuramente elementi importanti per la diagnosi di autismo, tuttavia non possono essere considerati i fattori più importanti e determinanti per tale diagnosi.

È possibile affermare che tali deficit possono essere spiegati come inevitabile conseguenza della loro vita vissuta in condizioni proibitive, ma il diverso percorso intrapreso dai due soggetti dopo il ritrovamento dimostra che non vi è un vero e proprio nesso causale tra condizioni disagiate e autismo. Viene così posta in crisi la teoria socio-ambientale per la quale esiste il nesso casuale tra condizioni disagiate e autismo⁹.

I.3 Da disturbo della schizofrenia a disturbo infantile

All'inizio del ventesimo secolo, il grande psichiatra Eugen Bleuler ha introdotto il termine "autistico".

⁹ per la stesura di questa sezione ci siamo basati su sintesi di U. Frith, *L'autismo. Spiegazione di un Enigma*, Bari, Editori Laterza, 2010, pag. 46-64.

In origine, egli usava il termine autismo per riferirsi ad un disturbo della schizofrenia intesa come la tendenza all'allontanamento dal mondo e dalla vita sociale; come il restringimento delle relazioni con le persone e con il mondo esterno, talmente estremo da escludere ogni cosa all'infuori di se stesso¹⁰. Inizialmente, quindi, vi era la tendenza a far coincidere i disturbi psichiatrici gravi tipici dell'infanzia con la schizofrenia degli adulti. Tale coincidenza è stata con il tempo motivo di ostacolo per il riconoscimento dell'autismo come unità diagnostica separata.

I più importanti pionieri dell'autismo sono Leo Kanner nel 1943 e Hans Asperger nel 1944. Leo Kanner era uno psichiatra di origini austriache, ma migrato negli Stati Uniti, Hans Asperger era un pediatra austriaco. I due pubblicarono dei primi studi su questo disturbo. Asperger non conosceva il contenuto delle ricerche di Kanner a causa del clima politico internazionale di quel tempo.

Kanner e Asperger si rifacevano al termine autismo coniato da Bleuler per descrivere bambini che apparivano strani.

Questi fanciulli apparivano caratterizzati dall'incapacità di stabilire delle normali relazioni affettive con i loro coetanei. Inoltre, apparve chiaro che tale disturbo, a differenza della schizofrenia di Bleuler, era presente sin dalla nascita.

Un altro elemento per cui l'autismo era diverso dalla schizofrenia riguardava il deterioramento progressivo. Quest'ultimo caratterizzava la schizofrenia mentre l'autismo non è un disturbo progressivo.

Asperger, infatti, affermava come un graduale passaggio da una condizione migliore ad una peggiore sia presente nelle psicosi in età adulta. Lo stesso Asperger, invece, mostrava come nei suoi pazienti affetti da autismo era possibile osservare miglioramenti, come l'aumento dell'adattamento e della compensazione, grazie allo sviluppo e all'apprendimento.

Il pediatra Asperger era entusiasta di presentare esiti positivi del disturbo che però erano in contrasto con quanto riferito dai genitori di questi bambini. L'esperienza dei genitori definiva un epilogo diverso. I genitori raccontavano dei loro figli con ottimi risultati scolastici, ma che, una volta diventati adulti, si occupavano di attività lavorative al di sotto delle loro capacità.

Sicuramente la visione di Asperger può risultare come troppo positiva in quanto dall'autismo non si guarisce, ma sicuramente grazie ai processi di adattamento e di apprendimento, che sono attivi tutta la vita, i soggetti autistici possono vivere una vita soddisfacente. Per esempio potrebbero sfruttare le loro qualità ponendo, così, alla luce queste ed in secondo piano quegli aspetti che costituiscono il loro svantaggio.

Lo psichiatra Kanner fu assunto al Johns Hopkins Hospital per creare un collegamento tra la psichiatria e la pediatria in modo da poter offrire una descrizione generale della patologia.

Nel 1943, Leo Kanner fu il primo ad introdurre il concetto di disturbo autistico per riferirsi a quei suoi pazienti che sin dal momento della nascita erano incapaci di formare contatti affettivi.

¹⁰ U. Frith, L'autismo . Spiegazione di un Enigma, Bari, Editori Laterza, 2010, pag. 8.

Oltre al primo manuale di psichiatria infantile, egli ha pubblicato un articolo intitolato *Autistic disturbances of affective contact* in cui scriveva: “ *Allora dobbiamo assumere che questi bambini siano venuti al mondo con una incapacità innata di formare il consueto contatto affettivo, fornito biologicamente, con le persone, proprio come altri bambini vengono al mondo con handicap fisici o intellettivi innati. Se questa assunzione è corretta, un ulteriore studio sui nostri bambini potrebbero fornirci criteri concreti sulle nozioni ancora diffuse sulle componenti costituzionali della reattività emotiva* ”¹¹. Così, inizialmente Kanner aveva riconosciuto che alla base dell'autismo vi erano delle cause biologiche.

Successivamente però, lo stesso Kanner e molti suoi seguaci proposero un'idea alternativa. Secondo quest'ultima corrente di pensiero, l'autismo derivava da fattori interpersonali psicodinamici. Ne consegue che, per molto tempo, le cause biologiche non furono oggetto di attenzione.

Kanner ha presentato 11 casi (9 maschi e 2 femmine) come esempio di questo disturbo. Le sue descrizioni tenevano in considerazione il lavoro di Gesell del 1934.

Il pediatra, psicologo e pedagogista americano Gesell poneva la sua attenzione sullo sviluppo sociale nella prima infanzia. Egli, infatti, affermava che i bambini già dopo poco dalla nascita mostrano la loro tendenza alla socialità.

Kanner, grazie alle sue riflessioni, ci ha permesso di poter capire meglio l'autistico; infatti egli scriveva: “*Sembra quasi che si ritiri nel suo guscio e viva dentro se stesso.... Non rispondeva quando veniva chiamato e non guardava sua madre quando lei gli parlava..... Non guardava mai le persone in faccia. Quando aveva in qualche modo a che fare con loro, le trattava, o piuttosto trattava parti di esse, come se fossero oggetti. Usava una mano per farsi guidare. Giocando, urtava con la testa contro sua madre allo stesso modo in cui altre volte la urtava contro il cuscino. Alla mano di sua madre permetteva di vestirlo, senza prestarle la minima attenzione*”¹².

Così, fu chiaro che ciò che caratterizzava il soggetto affetto da autismo fosse la tendenza a isolarsi.

Quest'ultima caratteristica non era l'unica, infatti, Kanner affermò che era possibile riscontrare anche altri elementi quali il desiderio della ripetitività e isolotti di capacità.

Riguardo al desiderio di ripetitività, egli scriveva: “*i suoni e i movimenti del bambino e tutte le sue prestazioni sono così monotonamente ripetitive quanto lo sono le sue espressioni verbali. Vi è un limite netto alla varietà delle sue attività spontanee. Il comportamento del bambino è governato da un desiderio ansiosamente ossessivo di conservare la ripetitività*”¹³. Per Leo Kanner, quindi, i bambini con tale patologia non riescono ad affrontare i cambiamenti. A tal proposito, Kanner parlò di opposizione al cambiamento o insistenza all'immutabilità. Per esempio: agitare le mani o dondolarsi erano definiti come metodi per conservare l'immutabilità.

L'espressione isolotti di capacità si riferisce invece all'ottima memoria per eventi accaduti anni prima, per figure e sequenze complesse oltre che per poesie e nomi.

¹¹U. Frith, L'autismo . Spiegazione di un Enigma, Bari, Editori Laterza, 2010, pag. 10.

¹²S. Baron-Cohen, L'autismo e la Lettura della Mente, Roma, Casa Editrice Astrolabio, 1997, pag. 76.

¹³ U. Frith, L'autismo . Spiegazione di un Enigma, Bari, Editori Laterza, 2010, pag. 10.

Tutte queste capacità sono la prova di una buona intelligenza. Kanner era convinto che gli autistici avevano un'intelligenza nella media in quanto in test in cui erano previsti compiti di memoria non verbali questi bambini ottenevano ottimi risultati. Lo stesso non accadeva nei compiti del linguaggio e del pensiero simbolico in cui i risultati erano scadenti.

Le osservazioni di Kanner furono delle anticipazioni di ciò che recentemente è stato riportato dalle ricerche, in quanto quest'ultime hanno focalizzato la loro attenzione sull'interesse per il mondo non sociale ed il disinteresse per le relazioni interpersonali tipiche di questo disturbo.

Solo un anno dopo rispetto a Leo Kanner, Hans Asperger ha introdotto le sue riflessioni delineando gli aspetti particolari di questo tipo di bambini: *“i bambini hanno in comune un disturbo fondamentale che si manifesta in modo molto caratteristico in tutti i fenomeni comportamentali ed espressivi. Questo disturbo dà luogo a difficoltà notevoli e molto tipiche nell'integrazione sociale. In molti casi, il fallimento nell'integrazione in un gruppo sociale è la caratteristica più notevole, ma in altri casi questo fallimento è compensato dalla particolare originalità del pensiero e dell'esperienza, che può portare a successi eccezionali più avanti nella vita”*¹⁴. E continuava riportando le sue osservazioni sul caso di Fritz V. all'età di 6 anni: *“colpiva il suo sguardo strano [...]. Quando qualcuno gli parlava, lui non entrava in quel genere di contatto visivo che normalmente è basilare nella conversazione. [...]. Era come se non ci fosse. Mancavano la normale musicalità del linguaggio, il naturale fluire del discorso [...] il suo modo di parlare era spesso cantilenante [...]. La cosa più rilevante [...] c'erano dei movimenti stereotipati: poteva cominciare a battere ritmicamente sulle cosce, battere rumorosamente sul tavolo, colpire il muro [...]. Aveva mostrato un interesse molto precoce nei numeri e nei calcoli. [...] Le emozioni del bambino erano difficili da comprendere [...] Mentre un normale bambino gradisce le lusinghe, le dimostrazioni di amore e di affetto [...] questi approcci finivano solo per far irritare Fritz”*¹⁵.

Così, il pediatra austriaco Hans Asperger usava il termine autismo per riferirsi ad una condizione patologica attribuibile a bambini con abilità sociali e motori danneggiate ma con abilità verbali che sembrano essere ottime.

Asperger, infatti, definiva questi soggetti come dei piccoli professori per la loro apparente precocità verbale. Allo stesso tempo però, il pediatra austriaco notava come tali fanciulli erano incapaci di stare in gruppo a tal punto da apparire come isolati socialmente. All'interno della famiglia ciò che risultava interessante era la presenza di membri con caratteristiche simili al soggetto autistico, ma in una forma più lieve. Nello specifico, gli interessi della famiglia erano singolari e idiosincratici¹⁶.

L'approccio di Asperger per la comprensione dell'autismo è molto particolare in quanto egli cercava di trovare un nesso tra comportamento autistico e normali variazioni della personalità oltre che con l'intelligenza.

¹⁴ U. Frith, L'autismo . Spiegazione di un Enigma, Bari, Editori Laterza, 2010, pag. 11.

¹⁵ U. Frith, L'autismo . Spiegazione di un Enigma, Bari, Editori Laterza, 2010, pag. 11-12.

¹⁶ F.R. Volkmar e J.C. McPartland, La Diagnosi di Autismo, Da Kanner al DSM-5, Trento, Erickson, 2014

In tal senso, Asperger ha considerato sia casi in cui scarse abilità intellettive erano la conseguenza di danni cerebrali sia altri casi in cui era possibile rilevare un'elevata intelligenza ed i cui sintomi si confondevano molto con la normalità.

Così l'etichetta Sindrome di Asperger è risultata importante per riferirsi a quei bambini con una sintomatologia lieve, per la quale non avrebbero mai ricevuto la diagnosi più grave di autismo. Le sue descrizioni, inoltre, saranno sempre ricordate per caratteristiche quali particolareggiate, sentite e risultano tutt'oggi più ampie rispetto a quelle di Kanner.

Kanner e Asperger erano d'accordo nel ritenere che alla base dell'autismo vi sia un disturbo di contatto ad un certo livello degli istinti e/o affetti. I due, inoltre, riconoscevano in tali bambini stereotipie dei movimenti e i loro successi intellettivi in aree ristrette.

Leo Kanner ed Hans Asperger differiscono, invece, per il destino dei loro articoli. Le descrizioni di Asperger sono state in parte dimenticate. Inizialmente, si è anche pensato che Asperger aveva descritto un tipo di fanciullo completamente diverso rispetto a quello di Kanner. Con il tempo, invece, si è notato come tra i due scritti vi siano invece molti aspetti in comune. Dagli scritti di Kanner, invece, l'interesse per l'autismo aumentò.

1.4 Il percorso verso il Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali (DSM).

Dalle ricerche di Kanner, che sono tutt'oggi le più citate nella letteratura dell'autismo, l'impostazione psicomotricità è diventato l'approccio di riferimento.

Secondo quest'ultima teoria, alla base dell'autismo vi era una psicopatologia dei genitori. Nello specifico, il disturbo era considerato come la conseguenza di un'alterazione della diade madre-bambino. In accordo a ciò, lo psicoanalista Bruno Bettlheim sviluppò il concetto "madre frigorifero".

Per egli, la causa del disturbo era riconducibile ad un rapporto tra madre ed il proprio figlio contraddistinto da un contatto fisico carente, difficoltà nel contatto oculare con il bambino e nel linguaggio.

Con tale idea, Bettlheim diede avvio ad una serie d'interpretazioni che però erano prive di fondamento scientifico e che inoltre aggiungevano altra sofferenza a quella già presente. I genitori, infatti, che erano già addolorati per la patologia del figlio venivano considerati come i responsabili.

Per uno o due decenni, come abbiamo già precedentemente visto a proposito di Bleuler, si considerava l'autismo come la prima manifestazione della psicosi infantile o della schizofrenia. Diversi studi però iniziarono ad offrire all'argomento un destino diverso.

Nel 1964, Bernard Rimland, psicologo nonché fondatore e direttore dell'Autism Research Institute, si focalizzò sui nuovi approcci alla diagnosi obiettiva. Egli era del parere che vi fosse un probabile meccanismo neurobiologico alla base dell'autismo.

Anche gli studi di fenomenologia clinica hanno offerto un grande contributo. Così, nel 1972 i due psichiatri Israel Kolvin e Michael Rutter sostenevano che la schizofrenia era assolutamente differente dall'autismo. L'esordio, caratteristiche cliniche e anamnesi familiare erano quegli elementi per cui era evidente la differenza tra i due disturbi.

L'osservazione dei bambini con disturbo autistico aveva permesso di ottenere le prove di un quadro ben diverso tra schizofrenia e autismo. Nel caso di quest'ultimo vi era un rischio molto alto di sviluppare crisi epilettiche che, a loro volta, riferivano un'eziologia neurale.

Così, alla fine degli anni Settanta si iniziò a studiare l'autismo in maniera autonoma rispetto la schizofrenia. L'obiettivo fu quello di perfezionare quanto già era stato esplicitato da Kanner e poter definire dei criteri diagnostici.

In tal senso, la definizione di autismo proposta da Rutter stabiliva che i sintomi dovevano essere presenti sin dalla prima infanzia e dovevano essere riscontrabili tre diverse difficoltà:

- 1) Difficoltà nel linguaggio o assenza della parola;
- 2) Problemi sociali marcati;
- 3) Comportamenti insoliti e rigidità.

I primi due non potevano esser spiegati come la conseguenza di un ritardo intellettuale. I comportamenti che mancavano di flessibilità si riferivano a ciò che Kanner definiva come opposizione al cambiamento.

Nel 1977, i due psichiatri Edward R. Ritvo e B. J. Freeman affermavano che i sintomi di questo disturbo sono:

- 1) Difficoltà nelle abilità fisiche, sociali e linguistiche;
- 2) Risposte anomali all'ambiente in termini di ipersensibilità o iposensibilità;
- 3) Difficoltà nel linguaggio;
- 4) Modo singolare di relazionarsi con le persone ed oggetti. I giocattoli non sono usati come normalmente previsto¹⁷.

Un altro elemento importante per lo studio dell'autismo fu la nascita dell'approccio dei criteri diagnostici di ricerca presso la Washington University di St. Louis nel 1978.

Un anno dopo, i due psichiatri Wing e Gould ponevano l'attenzione su comportamenti di incompetenza sociale per descrivere i soggetti autistici. Nel loro studio epidemiologico, Wing e Gould descrivevano, quindi, questi soggetti attraverso tre aggettivi: chiusi in se stessi, apatici e arroganti¹⁸.

I criteri diagnostici di ricerca hanno ricevuto largo consenso per cui l'autismo è stato incluso tra i disturbi riconosciuti dal DSM-III.

¹⁷E. R. Ritvo, B. J. Freeman; National Society for Autistic Children Definition of the Syndrome of Autism, Journal of Pediatric Psychology, Volume 2, Issue 4, 1 January 1977.

¹⁸S. Baron-Cohen, Cognizione ed Empatia nell'Autismo. Dalla teoria della mente a quella del "cervello maschile estremo", Trento, Centro Studi Erickson, 2013, pag.22.

1.5 La storia del DSM e ICD-10

Nelle prime due edizioni del DSM, la diagnosi di autismo non era riconosciuta. In particolare, nel DSM-II pubblicato nel 1968 si parlava di autismo come sinonimo di schizofrenia infantile, quindi in termini di fallimento nello sviluppare un'identità separata da quella della madre. In aggiunta, gli studi su tale argomento erano davvero difficili da interpretare in quanto non si basavano su un approccio diagnostico coerente.

Nel 1980, la categoria "autismo infantile" è stata introdotta tra le diagnosi riconosciute ufficialmente dall'American Psychiatric Association (APA) nel DSM-III. In tale occasione, inoltre, venne coniata una nuova espressione: "disturbi generalizzati dell'autismo" in modo da accogliere l'unità diagnostica.

La scelta per la dicitura "autismo infantile" ha permesso di comprendere come in un primo momento l'interesse era solo nei confronti del primo sviluppo. In un secondo momento venne inserita la dicitura "autismo infantile residuo".

Tale etichetta venne coniata per classificare i casi che avevano ricevuto la diagnosi di autismo infantile in una fase precedente dello sviluppo, raggiungendo successivamente miglioramenti. Si aggiunse a ciò anche una categoria per quei bambini che, dopo uno sviluppo normale, manifestavano una condizione affine a quella autistica.

Nonostante questi primi importanti passi avanti, c'erano degli elementi su cui bisognava riflettere e applicare delle modifiche. Per esempio, la categoria di autismo residuo non teneva conto delle difficoltà che continuavano ad essere presenti. In aggiunta, mancava l'attenzione verso i progressi raggiunti durante lo sviluppo.

Inoltre, la diagnosi si basava sull'applicazione dell'approccio monotetico. Secondo quest'ultimo, era indispensabile la presenza di ogni criterio. Così, tale approccio risultava troppo rigido. A causa di tali critiche mosse al DSM-III, sono state applicate delle variazioni nella nuova versione del manuale.

Nel 1987, l'APA pubblicò il DSM-III-R. Il primo importante cambiamento fu la modifica nella definizione dell'autismo. L'espressione "autismo infantile" lasciò il posto a "disturbo autistico". Questa nuova denominazione rendeva chiaro l'intento di non focalizzarsi più solo sui bambini.

Nel DSM-III-R sono stati definiti sedici criteri suddivisi nei tre principali ambiti di disfunzione dell'autismo ovvero compromissione qualitativa nella comunicazione e nell'interazione sociale reciproca; e limitato repertorio di attività e interessi.

Per poter applicare la diagnosi di autismo, il soggetto doveva presentare almeno otto criteri. Due dovevano riguardare la categoria sociale e almeno uno per ognuna delle altre due.

L'approccio non era più monotetico, ma politetico permettendo, così, una maggiore flessibilità. Il DSM-III-R si basava sui risultati di uno studio sul campo.

Questa prova sul campo però presentava degli elementi problematici. Ad esempio: nel gruppo di controllo erano inclusi soggetti inadatti. Nello specifico, persone con disturbo della condotta. Inoltre, i soggetti potevano essere ammessi sulla base di un esame retrospettivo invece che a seguito di un esame diretto.

Ben presto, sono stati individuati sia gli aspetti positivi sia quelli negativi del DSM-III-R. Inevitabilmente tra gli aspetti positivi spiccava la maggior considerazione per il livello di sviluppo e per i cambiamenti. Al contrario, aumentavano i falsi positivi soprattutto in presenza di una disabilità intellettiva significativa. In questi casi il tasso di falsi positivi era del 60%¹⁹.

Un elemento che distingueva il DSM-III-R dal DSM-III era che nel primo si dava importanza all'esame dello stato attuale e non veniva data attenzione all'anamnesi precoce. Ben presto, i due manuali risultarono diversi rispetto all'ICD-10.

Nel 1990, l'Organizzazione Mondiale della Sanità ha pubblicato la Classificazione statistica internazionale delle malattie e dei problemi sanitari correlati (ICD-10).

L'OMS ha scritto di autismo infantile nell'ICD-10 tra i disturbi individuati nel capitolo denominato *alterazione globale dello sviluppo psicologico*. Per applicare la diagnosi di autismo devono essere presenti almeno sei sintomi che riguardano le seguenti aree: un tipo caratteristico di funzionamento anormale nelle aree di interazione sociale, della comunicazione e del comportamento, che è limitato, stereotipato e ripetitivo; dalla presenza di una compromissione dello sviluppo che si rende manifesta prima dei tre anni.

L'ICD-10 ed il DSM hanno avuto un'evoluzione diversa per cui il loro approccio nei confronti della diagnosi di autismo è inevitabilmente differente.

Il DSM e le successive edizioni hanno utilizzato un unico volume sia per la ricerca sia per la clinica. Al contrario, l'ICD-10 è stato costituito di due volumi. Uno per la descrizione clinica, mentre l'altro per i criteri della ricerca.

Rispetto al tema della ricerca, l'ICD-10 ha fornito criteri diagnostici molto più dettagliati a differenza del DSM. Inoltre, il DSM-III era più attento agli aspetti evolutivi ma era anche troppo ampio rispetto all'ICD-10.

Dalla pubblicazione del DSM-III e dell'ICD-10 due fenomeni importanti si verificarono. Innanzitutto l'interesse per l'autismo continuò ad aumentare.

Nel 1993, vennero pubblicati su riviste scientifiche circa 250 articoli sull'autismo. In altre parole, l'attenzione per il disturbo passò da meno di 100 articoli scientifici tra il 1944 e il 1993 a circa 1700 dopo il 1994²⁰.

Inoltre, considerati i vari problemi riscontrabili nel DSM-III-R, l'obiettivo fu quello di intraprendere un'opera di revisione dell'approccio diagnostico. Nel 1994, l'APA pubblicò il DSM-IV e l'autismo era collocato tra i *Disturbi Pervasivi dello Sviluppo* insieme a disturbo di Asperger, disturbo disintegrativo della fanciullezza (o disturbo di Heller), disturbo pervasivo dello sviluppo non altrimenti specificato e sindrome di Rett. Nel DSM-IV il disturbo autistico veniva descritto così:

- 1) menomazione del linguaggio/comunicazione;
- 2) menomazione della reciprocità sociale;

¹⁹ F.R. Volkmar e J.C. McPartland, La Diagnosi di Autismo, Da Kanner al DSM-5, Trento, Erickson, 2014, pag. 38.

²⁰ F.R. Volkmar e J.C. McPartland, La Diagnosi di Autismo, Da Kanner al DSM-5, Trento, Erickson, 2014, pag. 41.

3) repertori ristretti e ripetitivi di interessi ed attività.

Per ognuna di queste tre categorie erano previsti quattro sintomi e per effettuare la diagnosi di tale disturbo era necessario la presenza di almeno sei sintomi. Due dovevano riguardare la seconda categoria e almeno uno, ciascuna delle altre due categorie. L'esordio, inoltre, veniva indicato entro i trentasei mesi di età. In altre parole, veniva affermato che difficoltà in tali aree erano riscontrabili in bambini che abbiano compiuto tre o quattro anni, ma la presenza di studi scientifici sembra indicare che la diagnosi potrebbe essere effettuata anche all'età di due anni. Si giunse a tale conclusione perché il quadro clinico risulta abbastanza stabile a questa età.

A tal proposito, nel 1994 è stata pubblicata la Classificazione Diagnostica CD:0-3 che individuò quadri clinici precoci come il Disturbo Multisistemico dello Sviluppo (DMSS). Tale disturbo si pensava potesse sovrapporsi in parte con i Disturbi Pervasivi dello Sviluppo. Il motivo di tale apparente coincidenza si evince dal fatto che nel DMSS era possibile osservare un disturbo della regolazione.

Diversamente, i Disturbi Pervasivi dello Sviluppo avevano in primo piano un deficit delle condotte sociali e comunicative. Inoltre, è necessario segnalare che il DMSS era una categoria diagnostica priva di basi empiriche.

Nel 2005, la nuova edizione del CD:0-3R propose l'uso della categoria di DMSS per i bambini di età inferiore ai due anni. Per coloro di età superiore invece era possibile applicare la diagnosi di DPS²¹.

L'elemento che fu possibile riscontrare sia nelle due versioni del DSM-III sia il DSM-IV fu la presenza di una categoria sottosoglia da applicare a quei casi che presentavano problemi simili all'autismo, ma non soddisfacevano pienamente tutti i criteri per l'applicare tale diagnosi.

Così, l'attribuzione della categoria di disturbo generalizzato dello sviluppo non altrimenti specificato offriva la possibilità di identificare i casi che presentavano alcune caratteristiche autistiche, ma che nonostante ciò non soddisfacevano tutti i criteri per la diagnosi di autismo.

Tale etichetta diagnostica è stata successivamente sostituita nel DSM-5. In tal senso, è stata applicata la diagnosi di disturbo della comunicazione sociale²². Dobbiamo inoltre riconoscere un importante merito al DSM-IV e DSM-IV-R.

Dalla pubblicazione di questi ultimi due, iniziarono ad emergere studi che oggi ci permettono di comprendere i geni che potrebbero essere responsabili dell'autismo. Nel DSM-IV e nelle precedenti versioni, veniva impiegato un approccio categoriale per la classificazione dei disturbi compreso l'autismo.

Tale orientamento si esplicitava nella presenza/assenza di sintomi, intesi come deviazioni della normalità. Nei confronti di tale tipologia di classificazioni, però, emersero diverse perplessità. Così, spettava al DSM-5 proporre in tal senso un approccio differente.

²¹M. Ammaniti, *Psicopatologia dello Sviluppo. Modelli Teorici e Percorsi a Rischio*, Milano, Raffaello Cortina, 2010.

²²F.R. Volkmar e J.C. McPartland, *La Diagnosi di Autismo, Da Kanner al DSM-5*, Trento, Erickson, 2014.

Nel maggio del 2013, è stato pubblicato il DSM-5 che è tutt'oggi il Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali applicato.

Per la creazione dei criteri di questo manuale, il Neurodevelopmental Disorders Work Group ha cercato di mantenere i punti di forza del DSM-IV e allo stesso tempo di colmare le carenze dello stesso.

Il DSM-5 si apre con i disturbi del neurosviluppo ed in tale capitolo troviamo il *Disturbo Dello Spettro dell'Autismo* che comprende i pazienti a cui prima corrispondeva la diagnosi di disturbo autistico, disturbo di Asperger, disturbo di Rett, disturbo disintegrativo dell'infanzia e disturbo pervasivo dello sviluppo non altrimenti specificato. Ne consegue che, tali categorie diagnostiche non sono più considerate entità cliniche separate. Nel DSM-5, una volta unificati i disturbi in un'unica categoria la conseguenza è stata anche l'eliminazione della Sindrome di Asperger.

Il motivo di tale cancellazione è l'assenza di fattori che permettono di comprendere le differenze tra i due disturbi: Asperger e autismo.

In tal senso, la psichiatra Cathy Lord e colleghi hanno dimostrato che la variabile con più alto valore predittivo per l'attribuzione della diagnosi di asperger era l'università in cui venivano svolte valutazioni cliniche.

Ne consegue, che il motivo per cui veniva applicata la diagnosi di Asperger o di autismo ad alto funzionamento non si basava sulle loro caratteristiche, ma dal centro in cui veniva effettuata l'osservazione.

Come possiamo osservare, si è passati dalla categoria "disturbi Pervasivi dello Sviluppo" a "Disturbi dello Spettro dell'Autismo" per segnalare il passaggio da un modello categoriale ad uno dimensionale. Infatti, i clinici e ricercatori intendono usare il termine "spettro" come manifestazione di sintomi dai confini sfumati che si collocano lungo un continuum di gravità.

Con il DSM-V le categorie di sintomi vengono ridotte a due:

1) Deficit persistente nella comunicazione sociale e nell'interazione sociale. Nello specifico, comprende:

- Un approccio sociale anomalo, fallimento della normale reciprocità della conversazione, ridotta condivisione di interessi, emozioni o sentimenti;
- Comunicazione Verbale e Non Verbale scarsamente integrata, anomalie del contatto visivo e del linguaggio del corpo o totale assenza di espressività facciale o comunicazione non verbale;
- Difficoltà nell'adattare il comportamento ai diversi contesti sociali, difficoltà di condividere il gioco di immaginazione, assenza di interesse verso i coetanei.

2) Comportamenti e/o interessi e/o attività ristrette e ripetitive. In particolare:

- Presenza di stereotipie. Ad esempio: porre gli oggetti in fila o capovolgerli. Ecolalia e frasi idiosincratiche;
- Preferenza per la routine anche nel comportamento verbale o non verbale;

- Interessi eccessivamente limitati, intensa preoccupazione nei confronti di oggetti;
- Attrazione nei confronti di luci o movimenti, avversione nei confronti di specifici suoni e apparente indifferenza a dolore e a particolari temperature.

È necessario stabilire il livello di gravità attuale per entrambi i due gruppi di sintomi. Infine, i sintomi devono causare compromissione clinicamente significativa o disfunzione funzionale in aree sociali, lavorative o altre aree importanti²³.

Il percorso che ci ha condotto verso la definizione odierna di autismo appare in linea con la descrizione, che lo stesso Kanner ci ha fornito nel lontano 1943.

Infatti, il modo in cui oggi intendiamo tale sindrome non è molto lontana dall'idea dello psichiatra. Nello specifico, i comportamenti ripetitivi ed i deficit nell'interazione sociale erano già state definite da Kanner, ma solo oggi sono considerati come le due caratteristiche principali dell'autismo.

Inoltre, le due psichiatre Melissa DeFilippis e Karen Dinnen Wagner hanno affermato che il Quoziente Intellettivo (QI) e elementi che riguardano le abilità linguistiche precoci sono i più importanti predittori per una diagnosi favorevole di ASD.

Le due ricercatrici, inoltre, hanno sostenuto che la diagnosi di autismo generalmente resta stabile con il trascorrere degli anni. Invece, il funzionamento adattivo e i sintomi comportamentali migliorano. A tal proposito, risulta necessario valutare che il funzionamento sociale, abilità cognitive e abilità linguistiche presentano risultati variabili²⁴.

Secondo lo stesso DSM-5, il disturbo autistico può essere suddiviso in sottocategorie in base alla presenza o assenza di compromissione intellettiva e/o di una condizione medica associata.

Grazie all'individuazione dei tre livelli di gravità, è possibile comprendere il tipo di assistenza sociale o occupazionale da porre in atto per ciascun livello²⁵. Il primo ambito, quello della comunicazione e interazione sociale, è diventato da sociocomunicativo a monotetico.

Così, per soddisfare i criteri per il disturbo dello spettro autistico, una persona deve soddisfare tutti i tre raggruppamenti. All'opposto, l'ambito dei comportamenti ristretti e ripetitivi è rimasto politetico.

Per applicare la diagnosi devono essere presenti almeno due dei quattro sintomi elencati in questa categoria. Uno dei sintomi fa riferimento a difficoltà sensoriali e non era presente nelle precedenti versioni del DSM.

Considerando la collocazione dell'autismo all'interno del capitolo dei disturbi del neurosviluppo, è chiaramente previsto che tale disturbo viene generalmente diagnosticato in maniera universale nel primo periodo dello sviluppo. Inoltre, per applicare la diagnosi di autismo, è fondamentale la presenza di richieste sociali che

²³ F.R.Volkmar e J.C.McPartland, La Diagnosi di Autismo, Da Kanner al DSM-5, Trento, Erickson, 2014, pag.13.

²⁴ DeFilippis M, Wagner KD. Treatment of Autism Spectrum Disorder in Children and Adolescents. Psychopharmacol Bull. 2016 Aug 15;46(2):18-41

²⁵ J.W.Barnhill, DSM-5. Casi Clinici, Varese, Raffaello Cortina Editore, 2014

richiedono, a loro volta, delle capacità da parte del bambino che vanno oltre le sue possibilità.

Analizzando singolarmente i criteri diagnostici, poniamo l'attenzione innanzitutto sui deficit di interazione sociale. Riguardo a tale tema, sappiamo innanzitutto che l'interazione sociale avviene attraverso l'interazione fisica nei primi tempi. Motivo per cui non necessariamente siamo in presenza di un tale deficit nel caso in cui i bambini sembrano palesare una mancanza di interesse per i giochi sociali e soffrire nell'accettare il contatto fisico.

Un tale deficit è più evidente nel secondo e terzo anno di vita. In tal senso, l'osservazione della mancanza di risposte sociali da parte del bambino che, invece normalmente ci si aspetta, è l'elemento cruciale. Il bambino autistico, così, tende a interessarsi agli oggetti.

In riferimento alla comunicazione, innanzitutto va sottolineato che il linguaggio e la comunicazione sono due elementi separati. Così, è fonte di preoccupazione nel caso di un bambino di tre anni che non parla o non comprende il linguaggio. Alcuni non parlano anche per più tempo mentre altri non acquisiscono mai tale competenza. Ovviamente, in tali casi non vengono utilizzati nemmeno gesti ed espressioni del viso al posto della parola. Un altro criterio importante si riferisce al repertorio molto ristretto di attività e comportamenti.

I fenomeni ripetitivi dell'autismo fanno riferimento a stereotipie motorie come il grattarsi, schiacciare le dita e grattarsi. Nel caso in cui tali comportamenti sono presenti in un bambino piccolo non hanno un significato preoccupante ma se persistono nell'infanzia allora sono fortemente associati all'autismo. Tale insistenza indica la presenza di un sottostante ritardo o di disturbo dello sviluppo cerebrale.

Un altro ambito su cui viene posta attenzione riguarda l'aspetto sensoriale. Per mezzo delle continue osservazioni che si susseguono, possiamo dedurre come l'iposensibilità e l'ipersensibilità a certi stimoli sono due ambiti su cui si è scritto molto in riferimento alla sindrome autistica. Per esempio: provare fastidio nel sentire certi materiali a contatto con la propria pelle; tappare le orecchie perché infastidito dal suono del telefono, ma non provare avversione nel caso del suono della sirena.

Così l'ipersensibilità può portare a imprevedibili episodi di paura o rabbia. Inoltre, può causare la tendenza a indossare solo certi abiti e alla scelta di voler assumere solo certi cibi. L'iposensibilità, invece, può sfociare in una capacità di sopportare certe temperature troppo calde o troppo fredde. Quest'attitudine può essere un problema quando è accompagnata all'incapacità di comunicare²⁶.

Nel DSM-5, sono introdotti una serie di specificatori che ci forniscono informazioni su come si presenta una persona a cui può essere diagnosticata il disturbo dello spettro autistico.

Il primo specificatore indica se è possibile rilevare la presenza di un fattore eziologico ovvero una condizione patologica di interesse medico, un'esposizione ambientale o una sindrome genetica. Il secondo specificatore riguarda invece la gravità.

²⁶U. Frith, L'autismo. Spiegazione di un Enigma, Bari, Editori Laterza, 2010

Nello specifico, questo permette di indicare il livello di aiuto necessario e l'impatto di questo sui livelli di funzionamento personali rispetto a ciascuna area sintomatologica. Inoltre, gli specificatori di gravità vanno da 1 a 3 e indicano: *necessità di aiuto, necessità di aiuto consistente e necessità di aiuto molto consistente*.

Per ciascun soggetto autistico aver individuato il suo specifico livello di gravità non consiste nel prerequisito indispensabile per l'accesso ai servizi. Tali specificatori infatti non rappresentano né il profilo di competenze di una persona, né una gerarchia per l'intervento individuale.

Il terzo specificatore consiste nell'indicare se è presente una compromissione linguistica. Vanno considerati singolarmente il linguaggio ricettivo e quello espressivo a cui è da aggiungere anche una descrizione delle effettive abilità linguistiche possedute dalla persona. Ed infine, l'ultimo specificatore si riferisce alla presenza o meno di catatonia²⁷.

Le novità ed i cambiamenti introdotti dal DSM-5 hanno sollevato diverse questioni. Tra quest'ultimi risulta innanzitutto importante menzionare l'eliminazione dei sottotipi nel DSM-5. Tale cancellazione potrebbe causare difficoltà nel fare confronti tra campioni storici e quelli futuri. Inoltre, l'introduzione di nuovi criteri è stato oggetto di diverse riflessioni.

1.5.1 I criteri del DSM-5

I nuovi criteri, indispensabili per la diagnosi del disturbo dello spettro autistico, introdotti dall'APA nel DSM-5 sono stati oggetto di dibattiti e studi. In particolare, si è supposto possano influenzare la comparazione tra ricerca futura e quella passata.

Ne consegue, che se fosse così, allora il confronto tra campioni storici e attuali sarebbe inattendibile.

Diversi studi, inoltre, sono stati impegnati nel comprendere se la presenza di nuovi criteri possa avere conseguenze a livello diagnostico. In altre parole, potrebbe variare la proporzione delle persone che soddisfano i nuovi criteri per la diagnosi di autismo rispetto al DSM-IV-TR.

Per rispondere a tale quesito, il gruppo di ricerca diretto da McPartland ha riesaminato i risultati delle prove sul campo del DSM-IV. Innanzitutto, sono state esaminate la sensibilità e la specificità confrontando le check-list di sintomi compilate in occasione di prove sul campo con i criteri del DSM-5.

I risultati sono stati a favore dell'attuale sistema diagnostico. Il 60,6% con diagnosi di disturbo dello spettro autistico corrispondeva ai criteri diagnostici del DSM-IV-TR.

La sensibilità cambiava in base al livello di gravità di gravità dell'autismo. Infatti, le persone con forme di autismo più lievi avevano meno possibilità di soddisfare i criteri rispetto a quelli con un autismo classico. Le persone che presentavano compromissione cognitiva avevano meno probabilità di soddisfare i criteri rispetto a quelle con competenze cognitive a livelli normali.

²⁷F.R.Volkmar e J.C.McPartland, La Diagnosi di Autismo, Da Kanner al DSM-5, Trento, Erickson, 2014

È stato svolto anche un altro studio con l'obiettivo di confrontare i criteri del DSM-IV, ICD-10 e DSM-5. Tale studio si concentrava su adulti con un livello cognitivo nella norma. I risultati hanno permesso di concludere che oltre metà dei casi a cui era stato individuato il disturbo generalizzato dello sviluppo secondo l'ICD-10 soddisfaceva anche i criteri del DSM-5. Quasi il 20% dei casi che, non soddisfaceva la diagnosi secondo il DSM-5, corrispondeva invece alla diagnosi di disturbo della comunicazione sociale del DSM-5.

La psichiatra Julie A. Worley e lo psicologo Johnny L. Matson hanno dimostrato che le persone che soddisfacevano i criteri del DSM-5 presentavano delle compromissioni più gravi di quelle che esaudivano i criteri del DSM-IV-TR.

Inoltre, lo stesso Matson e colleghi hanno riscontrato che il 47,8% dei bambini di 1-2 anni che soddisfacevano i criteri del DSM-IV-TR non rientrava nei criteri del DSM-5. Alla stessa conclusione giunse anche un altro studio che, inoltre indicava che era più pronunciato nel caso delle femmine. Carla A. Mazefsky et al. hanno condotto uno studio su adulti.

In tali studi, hanno individuato una maggiore sensibilità con il resoconto da parte dei genitori rispetto l'assessment osservativo. Ne consegue che, il metodo di assessment influisca maggiormente sull'accertamento rispetto il resoconto.

Un'altra prova di quanto appena detto proviene da un'altrettanto studio. Secondo quest'ultimo, la sensibilità sulla valutazione di un gruppo di persone mediante l'uso di strumenti standardizzati risulta essere del 91% circa.

È possibile quindi affermare che, chi ha soddisfatto i criteri del DSM-IV-TR, continuerà a farlo anche con il DSM-5. Al contrario, la presenza di un solo strumento (l'osservazione o il resoconto da parte dei genitori) ha ridotto la specificità.

Diversi studi hanno suggerito che i criteri del DSM-5 permettono di ottenere una maggiore specificità ma, al contrario, una minore sensibilità. È stato possibile giungere a tale conclusione soprattutto in riferimento a bambini molto piccoli, persone prive di disabilità cognitive e quelle che soddisfano i criteri per il disturbo generalizzato dello sviluppo non altrimenti specificato del DSM-IV.

Tutti gli studi citati sono stati condotti in un setting di ricerca, quindi la sensibilità e la specificità potrebbero raggiungere valori diversi. Quest'ultimi, però, ancora non sono stati oggetto di analisi. Si auspica, quindi, ad un loro studio.

Infine, gli studi hanno anche cercato di comprendere gli effetti del passaggio alle due grandi categorie sintomatologiche del DSM-5 rispetto alle tre previste dal DSM-IV. Una concettualizzazione a due fattori sembrerebbe più contenuta infatti, nel DSM-IV più di 200 combinazioni di criteri potrebbero condurci verso la diagnosi di autismo. Al contrario, il DSM-5 ne individua solo 20²⁸.

²⁸per la stesura di questa sezione ci siamo basati su sintesi di F.R. Volkmar e J.C. McPartland, La Diagnosi di Autismo, Da Kanner al DSM-5, Trento, Erickson, 2014, pag. 54-57.

I.6 Le difficoltà della diagnosi

Dopo aver portato alla luce i sintomi secondo cui è possibile applicare la diagnosi di autismo, ci soffermiamo a discutere le ragioni per cui risulta complesso riconoscere tale sindrome precocemente.

Da quando l'autismo è stato riconosciuto persiste sempre lo stesso scenario. Tale disturbo viene diagnosticato troppo tardi rispetto all'insorgenza dei primi sintomi.

Per esempio, fino agli anni ottanta, la diagnosi veniva effettuata solo in età scolare. Era anche ampiamente diffusa la possibilità di una diagnosi errata.

Così, la corretta diagnosi veniva attribuita davvero molto in avanti. Per fortuna, grazie alle varie ricerche si sta cercando di gettare sempre più luce su questo disturbo. I casi di diagnosi errata o riconosciuti tardivamente sono diminuiti.

Persiste la difficoltà però, di riuscire a fare diagnosi prima dei tre anni²⁹. Elementi, quindi, che potremmo considerare validi predittori non vengono riconosciuti. Una volta giunta l'infanzia, quei piccoli "campanellini d'allarme" vengono percepiti come problemi dagli stessi genitori.

La stessa professoressa Uta Frith afferma: "*[...] uno degli aspetti più intensamente crudeli dell'autismo infantile precoce è che ai genitori diventa chiaro molto lentamente che c'è qualcosa che non va nel proprio figlio*"³⁰. Una volta che i genitori hanno compreso che qualcosa non va bene nel proprio figlio, devono affrontare il secondo grande problema. Troppe volte, infatti, i genitori raccontano della loro esperienza prima di ricevere la giusta diagnosi.

Queste sono storie di vari incontri con diversi specialisti prima di incontrare quello giusto. In ogni caso, la diagnosi che, si basa su osservazione comportamentale e test psicologi, necessita di tempo. Inoltre i genitori hanno bisogno di tempo per familiarizzare con le varie procedure di valutazione.

In altre parole, i genitori sono impegnati in un'esperienza nuova che faticano a comprendere. Devo capirne il perché viene fatta, il significato di una tale diagnosi, le relative conseguenze e soprattutto cosa devono fare nel presente e nel futuro.

L'aiuto da offrire ai genitori non termina con la diagnosi. Dopo quest'ultima, i familiari hanno ancora bisogno di sostegno. In particolare, in momenti quali l'ingresso a scuola o nei rapporti con i servizi territoriali, un riconoscimento ed un sostegno da parte di tali enti sono un'importante fonte di conforto per i genitori.

La caratteristica di tale disturbo sembra essere l'età della diagnosi. Più specificatamente, più il bambino è grande e più la diagnosi è certa. A sostegno di quanto detto, abbiamo a disposizione uno studio.

I due pediatri Hilda Knobloch e Benjamin Pasamanick hanno condotto uno studio su un campione di 1.900 bambini. Quest'ultimi avevano quasi tutti meno di due anni ed erano stati visitati perché il loro sviluppo non procedeva come previsto di norma.

²⁹S. Baron-Cohen, L'autismo e la Lettura della Mente, Roma, Casa Editrice Astrolabio, 1997

³⁰U. Frith, L'autismo. Spiegazione di un Enigma, Bari, Editori Laterza, 2010, pag. 17.

All' interno del campione, furono identificati 50 bambini che presentavano una incapacità che potremmo definire come incapacità di vedere le persone come soggetti. Questi bambini vennero confrontati con altrettanti 50 bambini del campione.

Quest'ultimi manifestavano uno sviluppo anormale, ma non sembravano avere problemi riguardo l'ambito sociale. Entrambi i gruppi di bambini avevano delle caratteristiche in comune, quali gravidanze a rischio, problemi durante il parto e nel periodo neonatale. Inoltre, erano presenti segni neurologici. Tra questi era possibile osservare convulsioni e movimenti eccessivamente ripetitivi.

Il gruppo di ricercatori ha seguito i bambini per un periodo di tre-dieci anni. Per tutto il tempo, nessun bambino ha seguito un particolare programma di trattamento.

Successivamente, incontrando i bambini prima che questi raggiungevano l'età di un anno, è stato possibile osservare come l'incapacità di vedere la gente come soggetti era sparita. Al contrario, il ritardo che, era apparso precedentemente, persisteva. Ne consegue che, l'incapacità di intendere le persone come soggetti non è possibile intendere come predittore precoce dell'autismo.

Al compimento del secondo anno di vita, i due pediatri hanno rivisto i bambini. Su 22 bambini, 6 avevano poi sviluppato un deficit sociale e sono stati diagnosticati definitivamente come autistici. Lo stesso è accaduto nei confronti di 5 bambini su 6, che sono stati visti per la prima volta a tre anni o qualche anno in più.

Questo studio ci offre diversi spunti di riflessione. Primo punto, una diagnosi comportamentale di autismo non può essere applicata nei confronti di bambini piccoli che hanno un repertorio comportamentale limitato. In tal senso, ci sono bambini che inizialmente non sembrano interessarsi all'interazione sociale, ma poi sviluppano tale capacità successivamente. All'opposto, i bambini sembrano possedere la competenza sociale, però successivamente sviluppano dei gravi deficit nella comunicazione sociale. Secondo punto, le nostre conoscenze circa le capacità di risposta sociale emesse dai bambini sono ancora grezze.

La nostra difficoltà di poter predire precocemente i segni dell'autismo risiede anche nell'assenza di segni fisici per tale patologia. Così, a differenza di patologie che possiamo riconoscere chiaramente grazie alla presenza di segni fisici, il disturbo autistico ci pone di fronte a tale difficoltà.

Attualmente per far fronte a queste difficoltà ed in modo di fare una diagnosi precoce, abbiamo a nostra disposizione un approccio della teoria cognitiva. Questa teoria che si esplicita nell'ipotesi della cecità mentale, che verrà successivamente discussa, permette di fare uno screening infantile per i segni di autismo a 18 mesi.

1.7. Autismo: disturbo prettamente maschile?

Come abbiamo già detto precedentemente, il rapporto tra maschi e femmine è rispettivamente di 4 a 1. Così, sembra che il disturbo dello spettro autistico possa essere riscontrato prevalentemente nel genere maschile.

In tal senso, Lord, Schopler e Revicki hanno pubblicato uno studio nel 1982. Questo riporta i risultati ottenuti da 384 maschi e 91 femmine, di età compresa tra i 3 ed i 8 anni. I bambini sono stati osservati dal 1975 al 1980. Tali soggetti furono studiati

grazie all'impiego di test psicologici e interviste che tenevano conto dello sviluppo di ciascun individuo.

Le femmine avevano un QI non verbale di 40, mentre i maschi di 44. Entrambi bassi rispetto al previsto. Ambedue sono stati sottoposti alla valutazione delle abilità della vita quotidiana, test di linguaggio e percezione. Le bambine ottennero punteggi inferiori rispetto ai bambini. Ne consegue che, le femmine erano molto più ritardate in tutte le abilità valutate rispetto ai maschi. Invece se sottoposti a giochi, affetto e capacità di rapportarsi alle persone, le femmine non risultavano meno capaci dei maschi.

La conclusione, che è emersa sia da questo studio sia da ricerche proposte in tempi più odierni, ci permette di poter affermare che l'autismo sia indipendente dalle capacità intellettive e dalle abilità apprese. Le differenze di genere non sono collegate alla gravità dell'autismo, ma solo al livello di QI.

Recenti studi, inoltre, ci permettono di affermare che le femmine sembrerebbero più dotate in ambito scolastico, specialmente riguardo alle capacità verbali. Si suppone che le bambine sviluppino degli apprendimenti compensatori. Quest'ultimi, permettono alle femmine di mascherare meglio i loro deficit. Allo stesso, per noi diventa più complesso fare diagnosi. Una soluzione, in tal senso, è utilizzare test che ci permettono di individuare i casi mascherati³¹.

I.8 Il disturbo dello spettro autistico e gli altri disturbi

Nel DSM-5, il disturbo dello spettro autistico è collocato tra i disturbi del neuro sviluppo. Risulta, quindi, evidente l'alta comorbidità con gli altri disturbi presenti nel capitolo³². Per esempio, un bambino che soddisfa i criteri diagnostici per disturbo dello spettro autistico può presentare anche il disturbo da deficit di attenzione/iperattività, o un disturbo specifico dell'apprendimento come la dislessia.

Il ritardo mentale o disabilità intellettiva, quest'ultima è la definizione proposta nel DSM-5, è molto spesso associato all'autismo. la disabilità intellettiva fa riferimento ad una serie di condizioni e si esplicita in un basso livello di intelligenza. È necessario sottolineare che il ritardo è solo un sintomo e non la causa del disturbo.

Il disturbo dello spettro autistico fa riferimento ad un cervello che si sviluppa in maniera anormale. Le cause sono sconosciute, ma la presenza del ritardo ci permette di dedurre che siamo in presenza di un disturbo cerebrale.

Inoltre, dalla presenza della disabilità intellettiva, ricaviamo l'idea che dobbiamo considerare lo spettro autistico in termini di anormalità congenita o più semplicemente una patologia del cervello.

Ne consegue che, non dobbiamo considerare il disturbo autistico collegato con la disabilità intellettiva. Dobbiamo, invece, intendere l'autismo come un disturbo specifico. Questo significa che tutte le funzioni non vengono colpite nello stesso modo.

³¹per la stesura di questa sezione ci siamo basati su sintesi di U. Frith, L'autismo. Spiegazione di un Enigma, Bari, Editori Laterza, 2010, pag.84-85.

³²J.W.Barnhill, DSM-5. Casi Clinici, Varese, Raffaello Cortina Editore, 2014

In linea con quanto appena detto, inevitabilmente se durante lo sviluppo si presenta precocemente una specifica anormalità cerebrale, a sua volta, questa dà luogo ad una serie di effetti.

Così, se c'è ritardo anche in una sola componente cognitiva, è doveroso aspettarsi conseguenze nelle funzioni che si sviluppano successivamente. Per esempio, ritardo nell'attribuire intenzioni agli altri causa difficoltà nell'acquisizione del linguaggio.

Prendendo in considerazione disturbi come la Sindrome di Rett, la Sindrome di Down o della X fragile, alcuni affermano che tali sindromi possono causare l'autismo.

Una tale ipotesi sembra essere assolutamente errata, in quanto alla base di tutte le sindromi elencate, tra cui anche l'autismo, ci sono anormalità cerebrali. Le cause sono sconosciute per tutti questi disturbi.

In termini di diagnosi differenziale, dobbiamo considerare innanzitutto che i disturbi del neurosviluppo e le altre malattie psichiatriche hanno sintomi in comune. I clinici, quindi, sono impegnati nell'analisi differenziale rispetto a bambini di età inferiore o pari ai dodici anni. Inoltre, i disturbi del neurosviluppo possono facilitare l'insorgenza di altri disturbi. Per esempio, il disturbo dell'apprendimento può causare ansia.

Come abbiamo già visto, quando parliamo di autismo innanzitutto la prima considerazione richiama la definizione che Bleuler aveva introdotto. Così, il termine autistico è stato da Bleuler coniato per riferirsi ad alcuni tipi particolari di disturbi sociali e del pensiero, che lo stesso autore osservava nei suoi pazienti.

Egli aveva così coniato il termine "schizofrenico". Tra i due disturbi, entrambi disturbi neuropsichiatrici, vi sono somiglianze che possiamo riferire dall'osservazione dei pazienti adulti. Infatti, nell'età adulta, molti pazienti autistici sembrano avere un comportamento simile ai pazienti schizofrenici. Esistono, infatti, degli elementi che li accomunano, in particolare i sintomi negativi.

A tal proposito, i due ricercatori Konstantareas e Hewitt hanno confrontato un gruppo di pazienti affetti da autismo con un altro gruppo di soggetti schizofrenici. È stato possibile osservare come, molti soggetti di entrambi i gruppi presentavano povertà o assenza di linguaggio o espressioni facciali.

A questo si aggiunge anche poco o assenza di interesse per il contatto sociale o per la comunicazione. Ne consegue che se, il paziente, viene valutato in età adulta, vi potrebbe essere confusione per cui applicheremo erroneamente la diagnosi di schizofrenia. Questa possibilità si verifica anche a causa di un'assenza di anamnesi. Tale confusione però non è ammessa quando la valutazione viene fatta in età precoce. Ricordiamo che, generalmente, la diagnosi di autismo viene fatta in età precoce per la prima volta³³.

Nonostante i precedenti elementi che potrebbero condurci verso una diagnosi errata, i due disturbi presentano chiari fattori che ci permettono di applicare una corretta categoria diagnostica. I disturbi del neurosviluppo, tra cui lo spettro autistico, e la

³³U. Frith, L'autismo. Spiegazione di un Enigma, Bari, Editori Laterza, 2010.

schizofrenia presentano un decorso evolutivo differente che ha inizio in un preciso stadio evolutivo.

Così, i sintomi dell'autismo iniziano a manifestarsi nell'infanzia generalmente. La sintomatologia della schizofrenia appare nella tarda adolescenza o in prima età adulta³⁴. Ne consegue che l'età di insorgenza del disturbo è un elemento importante in fase di diagnosi.

Lo psichiatra Kraepelin, che è stato il primo a descrivere di schizofrenia, ha affermato che il 94% dei suoi 1.000 casi aveva presentato per la prima volta questo disturbo all'età di 15 anni. Così, non era più possibile parlare di autismo, ma risultava necessario applicare la diagnosi di disturbo autistico. La presenza di un'anomalia in età precoce o ad un livello di sviluppo può tardivo ha inevitabilmente diverse conseguenze nello sviluppo. Per esempio, nascere sordi causa conseguenze nello sviluppo, soprattutto nell'acquisizione del linguaggio. Nel caso in cui la sordità è una condizione che sopraggiunge successivamente all'acquisizione del linguaggio, ne consegue che il quadro clinico sarà differente.

È corretto anche affermare che in età prepuberale, i bambini possono sviluppare il disturbo schizofrenico. Questo va inteso come in continuità con la manifestazione sintomatologica adulta dello stesso disturbo.

Così, i bambini possono sviluppare una sindrome autistica o un disturbo schizofrenico. In altre parole, la schizofrenia infantile possiamo considerarla all'interno della schizofrenia adulta.

Questo tipo di schizofrenia, inoltre si distingue nettamente dall'autismo. L'elemento che ci permette di fare la differenza è la presenza di sintomi positivi o quelli negativi. Ne consegue che un soggetto schizofrenico, che presenta sintomi negativi, presenta elementi in comune con un soggetto affetto da autismo.

Al contrario, la presenza di sintomi positivi non ci permette di poter individuare alcun elemento di somiglianza tra i due disturbi. I sintomi positivi della schizofrenia fanno riferimento al sentire le voci che, il soggetto è in grado di comunicare agli altri. I soggetti autistici, invece, riferiscono il racconto di un'esperienza del tutto differente.

Un'altra differenza, che risulta importante quando parliamo di diagnosi differenziale, si riferisce alla "Sindrome di Asperger". Tale sindrome è risultata utile per identificare quei casi che non potevano ricevere la diagnosi di autismo. In questo caso, ci riferiamo infatti a casi che sono stati definiti come troppo lievi per interpretarli in termini di autismo. attualmente definiamo i soggetti affetti da "Sindrome di Asperger" secondo le seguenti caratteristiche: sono persone che non presentano ritardi in nessun aspetto dello sviluppo. Una volta diventati adulti, tali soggetti non sembrano essere molto diversi da quelli che consideriamo come affetti da autismo "ad alto funzionamento", in termini di compromissioni sociali e ossessioni.

L'ulteriore elemento che distingue la sindrome di Asperger dall'autismo è, che la diagnosi della prima, viene fatta più tardi in termini di età. In altre parole, viene identificata la sindrome di Asperger nella tarda infanzia, adolescenza o addirittura in età adulta.

³⁴ J.W.Barnhill, DSM-5. Casi Clinici, Varese, Raffaello Cortina Editore, 2014

Questo ci permette di ribadire quanto tale sindrome sia più lieve rispetto all'autismo. Infatti, è possibile che possano non essere interpretati correttamente sintomi di tale disturbo. A differenza del quadro clinico gli effetti possono essere meno lievi. I soggetti affetti da sindrome di Asperger possono presentare difficoltà nella comunicazione sociale.

Ciò è possibile osservarlo nell'interazione di questi soggetti con gli altri. Tale disagio aumenta progressivamente con l'avanzare dell'età. In tal senso, ovviamente, un ruolo determinante viene assunto dal mondo circostante. I primi problemi sembrano palesarsi al di fuori dell'ambiente familiare.

I genitori, infatti, inizialmente tendono a non cercare aiuto in quanto riscontrano segni di intelligenza nei propri figli. Solo successivamente, gli stessi familiari affermano che il proprio bambino sembra essere diverso dai suoi coetanei. Queste figure genitoriali aggiungono che il proprio figlio non presenta un coinvolgimento nell'interazione con i propri coetanei.

Essi, infatti, tendono a relazionarsi con gli adulti attraverso l'uso di un linguaggio che non è definibile come adeguato alla loro reale età. Ne consegue, che il linguaggio e le capacità in ambito sociale non procedono secondo ciò che possiamo intendere come normale.

Un ampio dibattito è volto a cercare di comprendere se è adeguato considerare la sindrome di Asperger e l'autismo come categorie diagnostiche distinte o meno. In ogni caso c'è un ampio consenso nel definire le due sindromi come varianti di uno stesso disturbo.

Ovviamente l'autismo è possibile comprendere come sia la forma più grave. Così, tendiamo a far assumere la diagnosi di sindrome di Asperger a quei soggetti che possiamo definire come socialmente strani, quindi non definibili in termini di isolamento.

Tali soggetti, inoltre, hanno capacità intellettive elevate che, possono permettere loro di raggiungere risultati accademici molto alti. Un livello di intelligenza così elevato permette di compensare diversi problemi³⁵.

I.9 L'autismo è aumentato o è aumentata la consapevolezza del disturbo ?

Dalla prima definizione di autismo proposta da Kanner è passato molto tempo e molto è stato fatto. Infatti, dobbiamo ringraziare lo psichiatra se oggi possiamo comprendere, anche se parzialmente, il quadro clinico di un soggetto autistico.

Rispetto a quando il disturbo autistico è stato identificato la prima volta, ci poniamo il quesito se tale sindrome sta aumentando o meno. In tal senso, le due psichiatre Melissa DeFilippis e Karen Dinnen Wagner hanno affermato è aumentata la prevalenza di questa diagnosi³⁶.

A tal proposito, è importante ripercorrere il primo studio epidemiologico sull'autismo. Nel 1966, lo psichiatra Victor Lotter presso l'Unità di psichiatria sociale

³⁵U. Frith, L'autismo . Spiegazione di un Enigma, Bari, Editori Laterza, 2010.

³⁶DeFilippis M, Wagner KD. Treatment of Autism Spectrum Disorder in Children and Adolescents. Psychopharmacol Bull. 2016 Aug 15;46(2):18-41

del consiglio delle ricerche mediche di Londra (MRC Social Psychiatry Unit). Lotter ha esaminato tutti i bambini (78000) che avevano un'età compresa tra gli 8 e i 10 anni che, abitavano in un'area geografica ben definita. Lo psichiatra ha individuato quei bambini che potevano essere autistici, attraverso l'uso di questionari sottoposti a soggetti che, erano a contatto con questi bambini.

Per mezzo di analisi approfondite Lotter ha individuato 35 bambini che, apparivano come socialmente isolati e avevano routine. I risultati emersi evidenziavano un incidente del disturbo del 4,5 su 10000 della popolazione di bambini di età compresa tra gli 8 e i 10 anni. Il rapporto tra maschi e femmine era rispettivamente di 2,6 a 1. Così, tale studio lo possiamo intendere come l'anticipazione di ciò che oggi conosciamo.

Nel 2002, i due psichiatri L. Wing e D. Potter hanno condotto uno studio che a differenza dal precedente non riguardava un'area geografica specifica. Infatti, i due autori hanno analizzato 39 studi di popolazione condotti in diversi paesi.

Così, oggi sappiamo che, l'autismo non è in alcun modo associato ad una specifica classe sociale o area geografica. In altre parole, questo studio ci permette di poter affermare che, la sindrome non è dipendente da fattori sociali ed ambientali.

Studi più recenti di casi di autismo di circa 60 ogni 10000 soggetti³⁷. Rispetto a questi risultati, c'è un ampio consenso nell'affermare che l'apparente aumento di incidenza non può essere inteso come reale. Possiamo, infatti, affermare che un aumento della consapevolezza dell'autismo ha avuto come esito una maggiore richiesta per la diagnosi.

Nello specifico, DeFilippis e Wagner hanno affermato che, nel periodo tra il 1997-2008, si è verificato un aumento quasi quadruplicato delle diagnosi dell'autismo. Le stesse psichiatre hanno sostenuto che, probabilmente tale scenario si è verificato in quanto, è aumentata la consapevolezza per le forme più lievi del disturbo da parte dei medici.

Ne consegue che, tanti casi che in precedenza non venivano identificati, potrebbero giungere verso un futuro diverso. Potrebbero ricevere il riconoscimento attraverso l'applicazione di diagnosi autistica.

Inoltre, fin quando ci serviremo di criteri comportamentali per la diagnosi di autismo, non potremo essere certi se siamo in presenza di un aumento dei casi o meno. Si auspica quindi verso l'individuazione di un elemento genetico o biologico. Questo sicuramente permetterà di ottenere delle definizioni più chiare.

³⁷U. Frith, L'autismo . Spiegazione di un Enigma, Bari, Editori Laterza, 2010, pag. 75.

Capitolo II

Possibili spiegazioni dell'autismo

La nostra odierna conoscenza dell'autismo è inevitabilmente la conseguenza di varie ricerche e studi, susseguitesì negli anni. Nel precedente capitolo, abbiamo affrontato l'exkursus storico. Questo ci ha permesso di comprendere come tale disturbo ha dovuto affrontare diverse difficoltà. Quest'ultime non sono state di sicuro poche. Sicuramente anche il contesto culturale, come in tutti i fenomeni, ha avuto la sua forte influenza. Oggi, quindi, la definizione e le conoscenze che sono a nostra disposizione sono il risultato di tante battaglie.

Attualmente, l'idea ampiamente diffusa è quella di definire l'autismo come disturbo dello spettro autistico. Per spettro intendiamo un continuum di condizioni che esprimono in modi anche assai diversi alcuni aspetti fondamentali comuni. Altri preferiscono parlare invece di autismo come insieme di sindromi diverse, come autismi insomma, con differenti etiopatogenesi e alcuni tratti sintomatologici comuni.

In tal senso, dallo studio di Camberwell e successivamente anche quello di Lorna Wing, abbiamo innanzitutto a nostra disposizione tre caratteristiche diverse del bambino autistico. Quest'ultimo quindi può assumere tre forme diverse ovvero "strano", "passivo", "riservato".

Questi tre tipi di comportamento possono presentarsi in uno stesso soggetto in momenti diversi ed in età diverse. E' possibile descrivere un bambino in base alla tipologia di comportamento predominante. La presenza di questi tre elementi, ci permette di poter assumere che l'autismo è una sindrome.

Uta Frith propone diversi esempi esplicativi. Per esempio, Jane è una bambina riservata. Lei sembra chiusa in se stessa e non risponde agli approcci sociali o al linguaggio, sia quando lei è a casa o quando è a scuola. La bambina non parla, sembra che voglia evitare il contatto oculare, non cerca conforto. La madre di Jane racconta che la figlia non la saluta in modo affettuoso. Inoltre, la bambina resta a guardare un gioco per molto. Sembra infatti che preferisca coinvolgersi in attività pratiche, piuttosto che interagire con gli altri. La tipologia riservata è generalmente molto più diffusa nei maschi e meno presente nelle femmine.

L'esempio del bambino di nome David, ci permette di comprendere la tipologia passiva. Questo tipo di comportamento è caratterizzato da un atteggiamento di condiscendenza. Per questo bambino, il contatto sociale fa parte della vita quotidiana, ma non rappresenta qualcosa che accetta o desidera. Bambini, come David, spesso sono vittime di bullismo.

In altre parole, potremmo definire questa tipologia come un bambino molto apprezzato da insegnanti e genitori. A causa di qualsiasi cambiamento di routine, il bambino può reagire attraverso scoppi di ira. L'esempio di Louise è invece, quello di una bambina definita strana. A differenza degli altri tipi a lei piace stare con gli altri ed entrare in contatto con questi. Un elemento peculiare di Louise consiste è l'assenza di comprensione rispetto al comportamento emesso, in termini di adeguato al contesto³⁸.

³⁸U.Frith, L'autismo . Spiegazione di un Enigma,Bari,Editori Laterza,2010,pag.80-81.

Così siamo riusciti a giungere ad una definizione ma resta ancora il problema sulle cause. Purtroppo ancora non vi è chiarezza sull'elemento determinante per uno sviluppo autistico.

A tal proposito, possiamo riprendere il pensiero di Uta Frith. Secondo quest'ultima, dobbiamo pensare ad una lunga catena causale caratterizzata da tanti collegamenti.

In altre parole, dobbiamo pensare ad un soggetto che presenta un rischio di sviluppare tale patologia. A questo rischio, si aggiunge un attacco. Il rapporto tra rischio e attacco produce un danno. Il rischio può essere identificato, per esempio, in difetti a livello genetico, intolleranze immunitarie, problemi peritali o anomalie riscontrabili nei cromosomi. Inevitabilmente, ogni tipo di rischio può causare danni interferendo nel normale sviluppo neurologico.

L'entità del danno può essere lieve o grave. Nonostante ciò, comunque, siamo in presenza di un danno che causa una compromissione di uno o più sistemi cerebrali. Questo, ovviamente, avviene in una fase critica. È in questo modo che secondo Frith si realizza l'autismo³⁹.

In futuro, quindi speriamo che, i diversi studi e ricerche ci permettano di raggiungere una consapevolezza maggiore. Solo nel momento in cui le cause saranno chiare possiamo di certo individuare anche il trattamento più adeguato.

Allo stato attuale abbiamo a nostra disposizione diverse teorie. Ognuna di queste sono interessate a cercare di spiegare, ciascuno dal proprio punto di vista, le caratteristiche di un soggetto autistico. In altre parole, cosa lo rende appunto autistico.

In tal senso abbiamo a nostra disposizione tre diverse tipologie di teorie. Ognuna di queste si pone l'obiettivo di spiegare gli aspetti del disturbo autistico. La prima teoria è quella della cecità mentale.

Quest'ultima cerca di spiegare i deficit della comunicazione sociale. I deficit possono assumere un livello da lieve a grave. Queste difficoltà possiamo osservarle in tutti i soggetti autistici, indipendentemente dal grado di capacità e dall'età. Per tale teoria ciò che contraddistingue i soggetti autistici è l'assenza della capacità di comprendere gli stati mentali altrui.

La seconda teoria riguarda i punti di forza dell'autismo. Infatti, possiamo affermare che il 10 % delle persone affette da autismo ha talenti speciali. In particolare, per tale teoria i soggetti autistici hanno una tendenza a focalizzarsi sui dettagli. Infine, la terza si occupa della mancanza di controllo sull'azione e attenzione che, contraddistingue i soggetti affetti da autismo.

In tale senso il deficit delle funzioni esecutive è considerato come responsabile dei comportamenti stereotipati e degli interessi ristretti.

Tutte e tre le teorie considerano elementi differenti. Grazie ad una loro integrazione, possiamo comprendere le maggiori caratteristiche dell'autismo.

³⁹U.Frith, L'autismo . Spiegazione di un Enigma, Bari, Editori Laterza, 2010, pag.97.

II.1 Gli elementi in comune delle tre teorie e l'autoconsapevolezza.

Tutte e tre le teorie sembrano avere un elemento che le accomuna. Questo fa riferimento all'autocoscienza. In altre parole, alla presenza di un Sé, un Sé visibile.

Molti psicologi e filosofi sostengono l'idea che, ci sono molti tipi di sé nella mente. Ognuno ha una propria funzione. Per esempio, abbiamo il sé corporeo, il sé narrativo, il sé qui e ora ecc. Nella nostra mente vi è la presenza di una tendenza alla coerenza centrale, la presenza di funzioni esecutive e la mentalizzazione per cui l'ultimo sé visibile può prevalere su tutti gli altri sé.

Così, ecco spiegato l'elemento che unisce le tre teorie. Ognuna di quest'ultima spiega come può essere possibile la non realizzazione di un sé visibile. Infatti, sembra che questo manca nei soggetti affetti da autismo.

La presenza e l'importanza di questo Sé visibile, non dobbiamo intenderla come una supposizione suggestiva e fantasiosa. Al contrario, dobbiamo affermare che la presenza di un Sé visibile e cosciente ci permette di poter comprendere che anche gli altri hanno dei sé autocoscienti. L'assenza di un Sé autocosciente causa inevitabilmente egocentrismo. In altre parole, affermiamo che l'egocentrismo si esplicita nell'idea di un sé che, a sua volta, non è consapevole di sé stesso e dei sé degli altri.

Il Sé autoconsapevole non è presente sin dalla nascita. Diversamente, si costruisce a poco a poco nel tempo e può iniziare a palesarsi nei bambini più grandi e adolescenti. Può verificarsi, inoltre, l'esperienza secondo cui ci sembra che il sé visibile sia assente. In questo caso invece il sé è solo addormentato. Questo non è un problema nel momento in cui vi sono altri sé impegnati a lavorare.

Nel caso dell'autismo, è probabile che si verifica un conflitto tra diversi sé. Per cui i sé esecutivi non hanno una visione panoramica adeguata. Il risultato non dobbiamo pensarlo necessariamente come negativo. Infatti, potrebbe, per esempio, dare luogo a dei talenti o ad egocentrismo. La presenza di egocentrismo nel soggetto autistico, però, non causa una reazione uguale a quella che, poniamo in atto nei confronti dei soggetti normali.

Nei confronti di quest'ultimi, il loro egocentrismo ci causa l'emissione di un atteggiamento di sdegno. All'opposto, nei confronti dell'egoismo che caratterizza i bambini autistici, la domanda che ci si pone è capire perché accade ciò. Ne consegue, un impegno volto a cercare di aiutare questi bambini.

La capacità di riflettere su di sé e sugli altri è assolutamente fondamentale nell'ambito sociale. Le stesse, Uta Frith e Francesca Happè⁴⁰, sostengono che la consapevolezza dei propri sé e di quelli altri tendono a svilupparsi insieme

. Nell'autismo, però, potrebbe essere diversamente. Ne consegue che, ciò potrebbe spiegare il motivo secondo cui l'autocoscienza nell'autismo è probabilmente diversa da ciò che osserviamo nella normalità. Probabilmente, ciò che invece possiamo osservare nei soggetti autistici è una forma autoconoscenza.

Per autoconoscenza intendiamo la capacità di conoscere in maniera minuziosa se stessi, a discapito degli altri. Nel caso in cui tale ipotesi è possibile fondata, allora ciò

⁴⁰U.Frith, L'autismo . Spiegazione di un Enigma, Bari, Editori Laterza, 2010, pag. 266.

permettere di spiegare come mai le autobiografie dei soggetti autistici sono caratterizzate da diversi dettagli.

Tali soggetti si soffermano, infatti, molto sul loro mondo interiore. Al contrario, non pongono attenzione all'ambiente circostante. I soggetti autistici sono impegnati nel narrare i loro sentimenti ed emozioni di cui hanno fatto esperienza durante l'infanzia. Ciò che sorprende è che, invece, il bambino non esprimeva nulla in tal senso durante l'infanzia. Si suppone che ciò accadeva, in quanto tali soggetti non sapevano che gli altri potevano avere delle esperienze assolutamente diverse.

Così, possiamo affermare come in soggetti autistici manchi la capacità di mentalizzazione. Questa capacità fa riferimento alla nostra tendenza a riflettere sui nostri stati mentali e su quelli degli altri. Ciò ha un ruolo centrale nell'interazione sociale. In altre parole, la mentalizzazione è possibile intenderla in termini di istinto. Per noi, comprendere che gli altri hanno una mente con dei propri stati è inevitabile. Tale istinto, però, è assente negli autistici.

È possibile affermare che, alla base della capacità di mentalizzazione, ci siano le cellule specchio. Quest'ultime sono sensibili rispetto al tipo di azione effettuata, ma risultano indifferenti rispetto a chi sta ponendo in atto l'azione. Ne consegue che, le cellule specchio necessitano della presenza di altre cellule responsabili della capacità di operare la distinzione tra sé e gli altri.

Di seguito, entreremo nel vivo delle diverse teorie che abbiamo accennato.

II.2 Ritardo mentale o Teoria della Mente?

Come abbiamo potuto osservare, il sintomo che contraddistingue l'autismo è l'incapacità di sviluppare relazioni sociali. I soggetti autistici possono presentare anche un ritardo mentale. Quest'ultimo, però, non può essere considerato come l'elemento che contraddistingue un tale quadro clinico. Più precisamente, il ritardo mentale non può essere considerato alla base dei deficit sociali che presentano tali soggetti. Infatti, ci sono bambini che presentano ritardo cognitivo ma senza autismo. Al contrario, ci possono essere anche bambini affetti da autismo ma con un quoziente intellettivo nella norma.

Ne emerge che, quindi, per comprendere l'autismo dobbiamo comprendere quei meccanismi cognitivi alla base dei deficit sociali tipici del soggetto autistico. Ciò indipendentemente dal livello di quoziente intellettivo.

Così, nel 1978, gli psicologi Premack e Woodruff introducono l'espressione "teoria della mente". Secondo la teoria della Mente, anche se non possiamo vedere gli stati della mente, la conoscenza si basa sulla presenza di un importante strumento. Mi riferisco alla Teoria della mente che, possiedono tutti i soggetti normali. È una teoria pratica, più che scientifica. Ciò che varia e che distingue i soggetti consiste nel livello di abilità con cui viene usata.

Questa capacità ci permette di comprendere le relazioni tra fatti esterni e stati interni della mente. In altre parole, la teoria della mente consente la formazione di rappresentazioni di secondo ordine.

Secondo lo psicologo Leslie, questa capacità si sviluppa nel secondo anno di vita. Per lo stesso psicologo, quest'abilità permette inoltre di sviluppare il gioco di finzione. Ne consegue che l'assenza di rappresentazioni di secondo ordine causa inevitabili conseguenze nell'ambito della teoria della mente, ma anche nel gioco della finzione.

Nel 1980, filosofi come Daniel Dennett hanno definito la teoria della mente come la capacità di attribuire stati mentali agli altri al fine di comprendere il significato del comportamento degli altri e quindi prevederlo. Tale capacità è ovviamente fondamentale per la comunicazione sociale.

Inevitabilmente, l'assenza di questa capacità compromette le nostre capacità sociali. Nello specifico, i comportamenti degli altri assumono una connotazione negativa. In tal senso, i comportamenti degli altri sono imprevedibili e minacciosi per il bambino autistico. Così, quest'ultimo è possibile osservare come tende ad isolarsi e quindi, evita l'ambiente circostante⁴¹.

Così, potremmo definire questa capacità in termini di "mentalizzazione". In tal senso, per mentalizzazione intendiamo la capacità di attribuire agli altri degli stati mentali. Il fine è di poter compiere previsioni circa le azioni di questi soggetti.

Sin da subito, potremmo comprendere come tale capacità caratterizza i soggetti autistici. A tal proposito, Uta Frith riporta le parole di una sua paziente in quanto segue: *"All'inizio del libro c'è il dipinto di alcune persone che giocano a carte. Ricordo di aver guardato l'immagine pressappoco per un'ora, per riuscire a capire quanto dovevano essere fini i pigmenti usati dall'artista, e la qualità dei pennelli, e quanto il mercato nel settore dell'arte dovesse essere a quel tempo ben sviluppato, perché agli artisti venissero commissionati dipinti di qualità, con riproduzioni così realistiche dei tessuti negli abiti dei personaggi, e ovviamente questa è la cosa più scontata riguardo a questo dipinto, il grande realismo e la bravura dell'artista, e poi sono andata a leggere nel libro, ed ero come- come diavolo...? C'è tutta questa "soap opera" che si presume la gente "normale" colga per prima cosa, e questa persona sta barando, e quest'altra lo sa, e quell'altra non lo sa, ecc... è da matti!"*⁴².

Questo esempio ci permette di comprendere come le persone autistiche non sono in alcun modo programmate per mentalizzare. Per tali soggetti, mentalizzare non fa riferimento ad alcun compito fondamentale. Viene semplice, pensare come per tali soggetti sia davvero troppo difficile pensare contemporaneamente alla loro mente e focalizzare la propria attenzione sulle persone.

Inoltre, le persone con autismo difficilmente si esprimono circa la loro incapacità nel capire i pensieri ed i sentimenti altrui. Nel 1983, lo psichiatra sir Michael Rutter scriveva di un ragazzo in tali termini: *"si lamentava di non saper leggere le menti. Gli sembrava che le altre persone possedessero un senso speciale medicante cui potevano leggere i pensieri degli altri e anticipare le loro reazioni ed emozioni; egli ne era consapevole, perché loro sapevano come evitare di irritare il prossimo, mentre lui*

⁴¹ S. Baron-Cohen, Cognizione ed Empatia nell'autismo. Dalla Teoria della Mente a quella del "cervello maschile estremo", Trento, Centro Studi Erikson, 2013.

⁴² U. Frith, L'autismo. Spiegazione di un Enigma, Bari, Editori Laterza, 2010, pag. 100.

faceva sempre dei passi falsi, senza accorgersi di stare facendo o dicendo la cosa sbagliata finchè l'altra persona non si arrabbiava o si contrariava''⁴³.

Così, sembra fondamentale comprendere cosa permette di fare questa capacità nelle condizioni normali. All'opposto, cosa invece compromette questa capacità nei soggetti autistici. A tal fine, innanzitutto risulta fondamentale citare il primo articolo sull'argomento.

Nel 1985, Simon Baron-Cohen, Alan Leslie e Uta Frith hanno condotto una ricerca in cui è emerso che l'80 % dei soggetti con autismo non superava il test che, invece, i bambini normali di 4 anni affrontavano senza problemi. Ciò ha permesso di concludere che questo non era la conseguenza di un ritardo dello sviluppo o di problemi legati all'apprendimento, in quanto i soggetti con sindrome di Down, appartenenti al gruppo di controllo, riuscivano rispondere correttamente.

Quest'articolo è stato considerato fondamentale per 10 importanti punti.

Primo, prima della data di pubblicazione di quest'articolo non c'era una spiegazione che, permetteva di comprendere il motivo per cui i bambini con autismo presentano una difficoltà nell'interazione sociale. Inoltre, non veniva spiegato il perché gli autistici non sono interessati verso la fantasia.

Secondo, la definizione di Dennett ha permesso di porre l'attenzione su tale tema in maniera chiara e precisa.

Terzo, dobbiamo riconoscere alla teoria della mente il merito di comprendere che la teoria della mente è un aspetto distinto della mente umana.

Quarto, vi è ampio consenso nel poter assumere che alla base della teoria della mente ci sia una base genetica. Inoltre, sembra possibile affermare che, questa teoria sia il risultato di un processo evolutivo.

Quinto, dall'introduzione della teoria della mente, gli studi hanno cercato di comprendere se questa capacità è possibile riscontrarla solo ed esclusivamente negli esseri umani o, invece, la condividiamo con i primati. In tal senso gli studi sono giunti alla conclusione che la teoria della mente è un aspetto che contraddistingue l'essere umano.

Sesto, nel 1994, uno studio ha utilizzato la SPECT (tomografia computerizzata ad emissione di fotone singolo) si è focalizzato nel cercare di comprendere se la corteccia orbitofrontale è coinvolta nella teoria della mente. Nel 1995, lo psicologo Chris Frith ha utilizzato la tomografia ad emissione di positroni (PET) evidenziando il coinvolgimento della corteccia prefrontale ventromediale sinistra.

Inoltre, un altro studio del 1999 utilizzando la risonanza magnetica funzionale (fMRI) ha individuato l'amigdala come un'altra area che ha un ruolo importante nella teoria della mente.

Questi tre studi hanno individuato delle aree del cervello che, in soggetti autistici sono risultati ipoattivi, nel momento in cui tale soggetto è impegnato nella comunicazione. Dobbiamo riconoscere il merito a queste teorie in quanto, hanno permesso di individuare la base neurale della teoria della mente sia nella popolazione normale sia nei soggetti autistici. Queste tre teorie condividono il pensiero della

⁴³U.Frith,L'autismo . Spiegazione di un Enigma,Bari,Editori Laterza,2010,pag.101.

psichiatra Leslie Brothers. Quest'ultimo affermava che esiste un circuito che permette l'elaborazione sociale. Questo circuito prende il nome di "cervello sociale".

Settimo, l'individuazione di un deficit della teoria della mente che, possiamo osservare nell'autismo, ha permesso di focalizzarci sulle sue conseguenze educative. In particolare, un bambino normale non necessita della presenza di particolari insegnanti. Al contrario, un bambino con autismo ha assolutamente bisogno di interventi educativi individualizzati. Il fine di questi ultimi progetti è di permettere agli autistici di raggiungere il medesimo obiettivo. In tal senso, nel 2003 è stato creato il libro dal titolo *Teaching children with autism to mindread*.

Ottavo, dal confronto tra un bambino normale di 4 anni e un altro della stessa età ma autistico, abbiamo rilevato come la teoria della mente sia presente nei primi, ma no nei secondi. Da quanto detto, è incrementato l'interesse verso l'individuazione dei precursori della teoria della mente. In tal senso, è sembrato possibile affermare che abilità tipiche del primo anno di vita siano responsabili a tal riguardo.

Nello specifico, mi riferisco all' "attenzione congiunta" e "gioco di finzione". A tal proposito Leslie afferma che, in soggetti autistici, l'assenza del gioco di finzione e dell'attenzione congiunta possa essere spiegata ricorrendo alla teoria della mente.

Nono, lo sviluppo della teoria della mente ha permesso la creazione di un test di screening e identificazione precoce. Il nome di questo è Checklist for Autism in Toddlers (CHAT) rivolto a medici di famiglia, pediatri e operatori sanitari.

Questo è un test che richiede solo 5 minuti per la somministrazione ed in base al risultato ottenuto, viene deciso se è necessario, o meno, usufruire di una valutazione più approfondita. Tale strumento è in grado di identificare i soggetti che svilupperanno l'autismo.

Decimo, è merito della teoria della mente, se oggi noi abbiamo a nostra disposizione un nuovo modo di intendere l'autismo. Non più intesi come bambini selvaggi o lontani dal nostro mondo, ma oggi abbiamo a nostra disposizione una teoria scientifica⁴⁴.

II.3 Le origini della teoria della mente

Alan Leslie ha pubblicato un articolo in cui scrive riguardo alle origini della Teoria della mente e della finzione, ed inizia così: *" la finzione dovrebbe colpire gli psicologi cognitivi come una specie molto strana di capacità. In fondo, dal punto di vista dello sviluppo, la veridicità dei processi cognitivi dovrebbe essere premiata. L' organismo che percepisce, che pensa, dovrebbe per quanto possibile fare le cose per bene. Eppure, la finzione sfugge a questo principio fondamentale. Nella finzione distorciamo deliberatamente la realtà. Allora è molto strano che questa capacità non rappresenti il culmine razionale dello sviluppo intellettuale, ma faccia invece precocemente la sua comparsa nel gioco fin dagli inizi dell'infanzia [...]. Com' è possibile per un bambino pensare a una banana come se fosse un telefono, a un pezzo di plastica come se fosse qualcosa di vivo o a un portasapone vuoto come a un portasapone con del sapone?"*⁴⁵.

⁴⁴ S. Baron-Cohen, Cognizione ed empatia nell'autismo, Trento, Centro Studi Erikson, 2013.

⁴⁵ U. Frith, L'autismo . Spiegazione di un Enigma, Bari, Editori Laterza, 2010, pag. 101

Quanto appena detto da Leslie, ci rende consapevoli della capacità fondamentale che un bambino deve assumere. Il bambino è impegnato nella costruzione di rappresentazioni di eventi, cose e persone. Questo gli permette di poter assumere nella propria mente una visione del mondo. In altre parole, di poter contenere nella propria mente il mondo esterno. Successivamente, all'età di due anni, il bambino sviluppa un'ulteriore capacità. Il bambino è capace di comprendere le intenzioni, i desideri ed i pensieri dei soggetti. Una volta acquisita questa competenza, il bambino ha assunto delle rappresentazioni che, non sono più copie del mondo esterno.

Le nuove rappresentazioni si sono formate sulla base di un meccanismo innato che, a sua volta, distacca le rappresentazioni dalla realtà. Così, il bambino all'età di 5 anni ha acquisito pienamente la teoria della mente. Si suppone quindi che le difficoltà nella mentalizzazione possono essere spiegate come conseguenza di un difetto nel meccanismo del distacco. Questo è ovviamente ciò che osserviamo negli autistici.

II.4 Teoria della mente e cecità mentale

Il professore di psicopatologia, Simon Baron-Cohen afferma che tutti noi siamo dotati di un meccanismo della teoria della mente (TOMM = Theory of MindMechanism). Tendenzialmente, possiamo definirci tutti come lettori della mente. Così, siamo impegnati nella costruzione di interpretazioni dei fatti mentali altrui. Tale capacità dobbiamo intenderla come la conseguenza della nostra storia evolutiva.

Purtroppo, tale sistema può guastarsi. Le conseguenze di un tale danneggiamento, a livello di una funzione così importante per il funzionamento della nostra mente, sono tragiche. Il risultato consiste in un danneggiamento del funzionamento del meccanismo e una ridotta esperienza del mondo che caratterizza il soggetto interessato dal guasto.

In altre parole, potremmo dire che un soggetto che presenta un danno nel TOMM è un soggetto cieco nei confronti degli altri. Più specificatamente, è un soggetto non riesce a vedere, in quanto cieca, la mente degli altri. Così, anche se condivide con gli altri lo stesso mondo, i soggetti con il TOMM danneggiato sono soggetti che non riescono a vedere l'esistenza della mente altrui.

Così, Baron-Cohen ed i suoi colleghi sono stati i primi a definire che i soggetti autistici siano caratterizzati da un danneggiamento del TOMM.

Per meglio comprendere tale teoria, prendiamo in considerazione un esempio che ci sottopone Baron-Cohen. È il seguente:

“ John entrò in camera da letto, girò la stanza e uscì ”⁴⁶.

Nei confronti di una scena del genere, cerchiamo di comprendere il perché di un tale comportamento da parte di John. Così, un lettore della mente si occupa di cercare di dare una risposta in tal senso avanzando diverse supposizioni. Per esempio:

“Forse John voleva qualcosa che cercava e pensava che poteva trovarlo nella camera da letto”.

⁴⁶S.Baron-Cohen, L'Autismo e la Lettura della Mente, Roma, Casa Editrice Astrolabio,1997,pag.19-20.

Oppure:

“ Forse John aveva udito qualcosa nella camera da letto e voleva sapere che cosa avesse provocato quel rumore”.

E così via, potremmo formulare diverse supposizioni. Quest'ultime generalmente sono sempre precedute da un “forse”. Ciò perché non siamo mai certi del pensiero né nostro né degli altri. Nonostante questo, siamo comunque interessati a cercare di comprendere la mente degli altri. A questo punto, sorge spontanea la domanda su come un soggetto mentalmente cieco potrebbe interpretare l'esempio di John. Di seguito, un esempio in tal senso:

“ Forse John ogni giorno, a quest'ora fa proprio queste cose: va nella camera da letto, gira per la camera e ne riesce”.

In questa possibile interpretazione, possiamo comprendere come non c'è alcun riferimento a motivazioni. Si opta, invece, a darne una spiegazione in termini di regolarità temporale. Probabilmente questa è una supposizione anche errata. In quest'ultimo caso, il soggetto dovrà impegnarsi nella costruzione di un'altra spiegazione che ovviamente sarà tutt'altro che mentalistica.

In altre parole, una persona senza un'ossatura mentalistica o “atteggiamento intenzionale” quindi affetta da cecità mentale è costretta a servirsi di descrizioni basate su regolarità temporalità⁴⁷.

In una situazione sociale, è fondamentale cercare di comprendere in tempi brevi il perché di certi comportamenti. È importante per la nostra sopravvivenza. Per tale fine, le spiegazioni mentalistiche sono le più adeguate. Ne consegue quindi che il soggetto autistico affetto da cecità mentale si troverà immerso in un mondo che fatica a comprendere.

I soggetti autistici, quindi abbiamo compreso che, sono affetti di cecità mentale in quanto il loro TOMM è danneggiato. Cosa intendiamo quindi per cecità mentale?

Nel 1878, lo psicologo Hermann Munk ha coniato il termine “cecità mentale”. Egli usava tale termine per riferirsi ad una patologia che era il risultato dalla distruzione del centro visivo situato nei lobi occipitali dei cani.

Nel 1993, Humphrey usava questo termine per riferirsi ai soggetti affetti da agnosia visiva. Patologia che non permette al soggetto di riconoscere gli oggetti che vede.

Molti anni prima però era già stato menzionato un termine simile a quello di cecità mentale. Infatti, nel 1938, Henrick Kluver e Paul Bucy hanno usato il termine cecità psichica per riferirsi all'agnosia visiva che veniva causata da una lobotomia temporale bilaterale. Oltre a questo significato, Kluver e Bucy hanno considerato che tale termine può essere utilizzato anche per riferirci a carenze di tipo sociale.

Nel 1990, Simon Baron-Cohen è stato il primo ad utilizzare il termine “cecità mentale” per riferirsi all'autismo.

Dopo aver chiarito cosa intendiamo per teoria della mente e cecità mentale, cerchiamo di comprendere gli elementi grazie ai quali è possibile leggere la mente.

⁴⁷U.Frith, L'autismo . Spiegazione di un Enigma, Bari, Editori Laterza, 2010

II.5 L'ID come principale meccanismo della lettura della mente.

Sembra proprio che possiamo affermare con fermezza che, alla base della lettura della mente, ci sono quattro meccanismi. Inoltre, quest'ultimi possiamo considerarli come componenti separati e fanno riferimento a quattro caratteristiche del mondo: volizione, percezione, stati epistemici e condivisione dell'attenzione.

Il primo meccanismo è il rilevatore dell'attenzione (ID). Fa riferimento ad un meccanismo innato che, ogni soggetto, deve possedere per essere capace di comprendere gli stati mentali sulla base del comportamento. A livello funzionale, questo meccanismo viene attivato da un input percettivo. In altre parole, l'ID viene attivato da qualsiasi agente che si muove in maniera autonoma.

Per esempio, una farfalla, una persona, una mano o un gatto. L'importanza dell'ID, possiamo dedurla da esperienze di vita quotidiana. Per esempio, mentre siamo al buio potremmo sentire qualcosa che ci tocca. Oppure nel caso in cui siamo in una situazione in cui non è possibile assumere alcuna informazione visiva o tattile. L'unica possibilità proviene da stimoli uditivi.

Dagli esempi appena esplicitati emerge che, l'ID è un meccanismo che funziona attraverso i sensi. I tipi di stimoli che lo possono attivare sono diversi. Ne consegue che, perché l'ID possa attivarsi è necessario che vi sia un input percettivo e che il movimento venga emesso da un agente e non da una cosa inanimata. Rispetto a quest'ultima, si afferma che il suo movimento è la conseguenza di una forza proveniente da un'altra cosa. Gli agenti, invece, hanno liberamente scelto di muoversi.

È possibile affermare che questo meccanismo è assolutamente il primo di cui il soggetto ha bisogno. Inoltre, questo meccanismo è molto simile a quello che Leslie chiama TOBY (Theory of Bodies). Quest'ultimo faceva riferimento alla teoria dei corpi dell'infante. Secondo lo psichiatra, la funzionalità del TOBY comprende la nostra comprensione della causalità fisica. Leslie afferma che si tratta di un *“modulo della meccanica che, ha lo scopo di descrivere il mondo in termini di costituzione meccanica dei corpi fisici e degli eventi ai quali ne fanno parte”*⁴⁸.

Ciò che noi abbiamo definito come ID si avvicina al Meccanismo della Teoria della Mente, Sistema 1. Quest'ultimo è stato definito così da Leslie. Questo sistema introdotto da Leslie è volto a comprendere le azioni degli agenti verso uno scopo. Nonostante tale similarità tra i due meccanismi esiste anche una differenza.

Il Meccanismo della Teoria della Mente, Sistema 1 interpreta solo ed esclusivamente movimenti emessi dall'agente. Al contrario, l'ID è in grado di leggere anche i movimenti dei non agenti.

Diversi studi hanno permesso di verificare l'esistenza dell'ID, tra questi ricordiamo lo studio dello psicologo David Perrett e dai suoi colleghi. Questi hanno notato nel lobo temporale del cervello delle scimmie caudate cellule che, rispondono in maniera selettiva alla vista di un altro animale.

Queste cellule, potrebbero far parte dell'ID dal momento che identificano lo scopo dell'animale. Probabilmente esiste la presenza di altre cellule che, a loro volta

⁴⁸S. Baron-Cohen, L'Autismo e la Lettura della Mente, Roma, Casa Editrice Astrolabio, 1997, pag. 50.

rispondono solo se stimolate col tatto da parte di un agente. Infine è stato rilevato che alcuni pazienti a causa di un danno cerebrale focale non riescono più a distinguere le cose animate ed inanimate. Per questo, quindi, si pensa che il meccanismo ID ha una collocazione ed una funzione ben diversa e distinta dalle altre parti del sistema cognitivo.

La principale domanda che a questo punto ci poniamo consiste nel cercare di comprendere se la funzione dell'ID è presente nel soggetto autistico.

Diversi studi hanno permesso di poter affermare che in bambini autistici non presentano alcuna compromissione in tale funzione. Riconoscono quindi la "volontà" sia in se stessi sia negli altri. Inoltre, comprendono che, per esempio, la realizzazione di un desiderio causa emozioni di felicità.

Possiamo, quindi, concludere che nel soggetto autistico l'ID funziona in linea con la sua normale attività. Nonostante ciò persiste nell'autistico un'incapacità nel comprendere tutti gli stati mentali dell'intenzione⁴⁹.

II.6 Il secondo meccanismo: il rivelatore della direzione degli occhi

IL secondo meccanismo che il bambino possiede è il rivelatore della direzione degli occhi (EDD). A differenza di altri rivelatori come, ad esempio, quello dell'intenzionalità che lavora con gli altri sensi, l'EDD funziona solo con la vista in quanto è una parte specializzata del sistema visivo umano.

Il funzionamento basilare dell'EDD si concentra su 3 funzioni: rivela la presenza di occhi o stimoli simili, valuta la direzione degli occhi sono diretti verso di esso o qualcos'altro e se gli occhi di un organismo sono diretti verso un oggetto. A queste funzioni, è possibile aggiungerne un'altra. Quest'ultima permette ai soggetti di associare uno stato percettivo ad un altro organismo. Ne emerge, un'importante differenza tra ID e EDD. Quest'ultimo interpreta i dati mentali in base a che viene visto. Al contrario, l'ID percepisce gli stimoli in termini di stati mentali di volontà guidati dal desiderio o dallo scopo.

La prima funzione dell'EDD consiste nell'individuazione degli occhi. Immaginiamo quindi che l'EDD si attivi per merito degli occhi di un altro organismo. In tal senso, l'EDD individua innanzitutto stimoli simili a occhi. Successivamente, si concentra solo su questi per cercare di comprendere cosa questi stimoli fanno. Studi hanno permesso di concludere che il bambino presenta una preferenza nei confronti degli occhi rispetto a tutto il viso.

La seconda funzione dell'EDD consiste nell'individuazione della direzione degli occhi. In altre parole, il compito dell'EDD è quello di capire se gli occhi che stiamo guardando sono diretti verso di noi o verso qualcos'altro. In tal senso, l'EDD, quindi, è impegnata verso il cercare di comprendere la relazione tra gli occhi osservati e ciò verso i quali questi occhi sono concentrati. In altre parole, questo meccanismo ci permette di comprendere se siamo nel raggio visivo dell'altro. Detto ciò comprendiamo bene quanto tale funzione possiede degli importanti risvolti adattivi.

⁴⁹per la stesura di questa sezione ci siamo basati in parte sulle sintesi di S. Baron-Cohen, L'Autismo e la Lettura della Mente, Roma, Casa Editrice Astrolabio, 1997

La terza funzione dell'EDD fa riferimento invece all'interpretazione dello sguardo come "vedere". Questa funzione dell'EDD regola il contatto reciproco degli occhi con la formula "Agente vede me" ed "Io vedo Agente". Così, il bambino associa che gli occhi possono far vedere, ed è probabile che ottenga questa conoscenza con l'aprire e chiudere gli occhi. Così grazie all'ID e all' EDD, il bambino riesce a leggere il comportamento e a comprenderlo sulla base di stati mentali come vedere, scopo e desiderio⁵⁰.

I risultati di diversi studi hanno reso possibile affermare che l'EDD si presenta normale nei soggetti autistici. In altri termini sembra appunto che l'autistico non presenta alcuna compromissione a carico dell'EDD. Un' esperimento realizzato dallo stesso Simon Baron - Cohen ha permesso anche di poter affermare che il soggetto è in grado di capire quando una persona guarda verso la propria direzione.

A tal proposito, significativo è il caso in cui viene chiesto loro dove credono che l'altro sta guardando. Gli autistici, infatti, rispondono senza sbagliare. I bambini autistici, dal canto loro, differiscono dagli altri normali in quanto nel momento in cui viene loro raccontata una storia. Infatti, i bambini normali guardano in maniera automatica nella giusta direzione. Lo stesso non lo possiamo osservare nei confronti dei bambini autistici⁵¹.

II.7 Le rappresentazioni di ID e EDD

Da quanto emerso possiamo affermare che i meccanismi ID e EDD hanno un ruolo fondamentale nella nostra vita. Nonostante ciò, però le loro rappresentazioni risultano limitate. Di seguito alcuni esempi:

L'ID riguarda esempi del tipo:

"Agente vuole il cibo" oppure "Agente ha scopo aprire la porta".

Mentre l'EDD può riferirsi a situazioni come:

*"Agente vede me" oppure "Agente sta guardando la porta"*⁵².

Dagli esempi citati quindi può emergere come tali rappresentazioni riguardano la relazione tra due protagonisti del discorso. Per tale ragione, queste rappresentazioni vengono definite come diadiche.

L'elemento essenziale, per cui è importante porre l'attenzione su queste rappresentazioni rispetto al tema autistico, risiede nella relazione tra i due protagonisti. Infatti, gli stessi esempi ci permettono di comprendere che, non c'è alcun elemento, secondo il quale possiamo assumere che i due sono interessati verso lo stesso scopo. In altre parole, non sappiamo se entrambi sono volti verso la stessa cosa o stanno pensando la stessa cosa. Eppure, questa informazione è assolutamente fondamentale nel campo della comunicazione sociale. Più nello specifico, ci permette di orientare il nostro funzionamento sociale.

⁵⁰S.Baron-Cohen, L'Autismo e la Lettura della Mente, Roma, Casa Editrice Astrolabio,1997

⁵¹U.Frith,L'autismo . Spiegazione di un Enigma,Bari,Editori Laterza,2010

⁵²S.Baron-Cohen, L'Autismo e la Lettura della Mente, Roma, Casa Editrice Astrolabio,1997, pag.59.

Nel caso in cui, quindi, viene meno questo elemento allora inevitabilmente il nostro funzionamento è autistico. In altre parole, avremo informazioni circa le sensazioni ed immagini di persone che fanno qualcosa, che vedono qualcosa o che vogliono qualcosa, ma non sapremo mai se siamo coinvolti nella stessa situazione. Non saremo a conoscenza del fatto che stiamo guardando o pensando la stessa cosa⁵³. Ed è proprio su queste rappresentazioni diadiche che, ha un ruolo importante il terzo meccanismo della teoria della mente.

II.8 Il meccanismo dell'attenzione condivisa (SAM)

Il terzo fattore che ci permette di ottenere l'abilità della lettura della mente consiste nel meccanismo dell'attenzione condivisa (SAM).

Il SAM entra in gioco nell'ambito delle rappresentazioni diadiche, in modo che queste possano passare da diadiche a triadiche. In altre parole, ci permette di ottenere, non più delle relazioni che coinvolgono solo due protagonisti, ma ci offre la possibilità di coinvolgere anche un altro, un terzo. Tali relazioni triadiche si palesano in un rapporto tra un Agente, il Sé e un (terzo) Oggetto. Quest'ultimo può essere anche un altro Agente.

Schematicamente, la configurazione della rappresentazione triadica è questa:

“Agente/Sé-Relazione-(Sé/Agente-Relazione-Proposizione)”

Per esempio:

Mamma-vede-(Io-vedo-l'Autobus)⁵⁴.

Inoltre, un elemento importante da sottolineare nel caso delle rappresentazioni triadiche consiste in un aspetto. Quest'ultimo rende il SAM differente sia da ID sia da EDD. Infatti, il SAM permette di comprendere che i protagonisti sono collegati tra loro da un interesse volto verso uno stesso oggetto.

Il SAM può creare delle rappresentazioni triadiche specificando l'attenzione condivisa, solo se riceve informazione dello stato percettivo dell'altro agente. È possibile dedurre, quindi che il SAM, servendosi dell'attenzione condivisa, realizza il confronto dello stato percettivo di un altro agente con lo stato percettivo del sé. In tal senso, quindi, il meccanismo SAM non fa altro che fondere le rappresentazioni diadiche che riguardano lo stato percettivo di un altro e le rappresentazioni diadiche riguardanti lo stato percettivo del sé entro quella che è una rappresentazione triadica. Questo fa sì, che il SAM possa comprendere che due persone stanno vedendo, annusando, gustando, udendo, toccando la stessa cosa. A tal riguardo, possiamo dire che il SAM sia facilitato dal catturare informazioni visive dall'EDD, poiché comporta solo tenere sotto controllo la direzione dello sguardo di un'altra persona e verificare più volte se ci sia

⁵³per la stesura di questa sezione ci siamo basati in parte sulle sintesi di S. Baron-Cohen, L'Autismo e la Lettura della Mente, Roma, Casa Editrice Astrolabio, 1997

⁵⁴S. Baron-Cohen, L'Autismo e la Lettura della Mente, Roma, Casa Editrice Astrolabio, 1997

un'attenzione condivisa. È possibile fare qualcosa di simile con gli altri sensi, ma è più complesso.

Da quanto detto, possiamo dedurre che ci sia una buona complicità tra il SAM e L'EDD, ma ricordiamo che il meccanismo dell'attenzione condivisa può usufruire delle informazioni provenienti da qualunque modalità.

Diversi studi indicano che, i bambini affetti da autismo presentano una menomazione a carico del SAM. Infatti, il SAM non funziona in nessuna delle sue diverse modalità ovvero vista, udito o tatto. Ne consegue che, tali bambini non presentano nessuna delle principali funzioni dell'attenzione condivisa attraverso il loro comportamento.

Più semplicemente, i bambini autistici indicano gli oggetti, portano gli oggetti a qualcuno o portano qualcuno verso l'oggetto mettendo la mano di questo verso l'oggetto con un unico obiettivo. Condurre, quindi, il soggetto a compiere un'azione su quel soggetto. Per esempio, vogliono che la propria madre lo prenda. In questo caso quindi non possiamo parlare di attenzione condivisa, ma solo di gesti strumentali. Inoltre, non sono azioni attraverso cui il bambino vuole entrare in relazione con l'adulto.

Inoltre, nei bambini autistici possiamo osservare un altro sintomo che ci permette di poter affermare con ancora più convinzione che siamo in presenza di una compromissione dell'attenzione condivisa. Tale sintomo è il tono della voce. Questo si presenta o troppo alto o troppo basso⁵⁵. Ed inoltre, presenta un leggero cambiamento dell'intonazione. Ciò accade, spiega Baron-Cohen, perché l'autistico non possiede il concetto dell'altro come ascoltatore⁵⁶.

Per lo stesso Baron-Cohen, il deficit dell'attenzione condivisa, che possiamo osservare nei bambini autistici, è la conseguenza di un deficit del SAM.

Schematicamente, possiamo affermare che un deficit nel meccanismo del SAM produce due conseguenze:

- 1) Non è possibile la costruzione di nessuna rappresentazione triadica;
- 2) L'assenza di un output da parte del SAM non permette l'attivazione del TOMM.

Secondo tale teoria, quindi, i bambini autistici presentano un deficit a carico del TOMM. Nel caso in cui tale ipotesi è vera, allora possiamo osservare una difficoltà da parte del soggetto nel comprendere una credenza.

II.9 Teoria della mente, esperimento di Sally e Anne ed esperimenti ad esso collegato.

Baron-Cohen ha sostenuto l'ipotesi secondo cui i bambini autistici presentano una compromissione del TOMM. Per verificare tale ipotesi, lo psicologo Dennett ha optato per valutare se il bambino è in grado di capire che l'altro potrebbe avere una falsa credenza.

⁵⁵U.Frith, L'autismo . Spiegazione di un Enigma, Bari, Editori Laterza, 2010

⁵⁶S. Baron-Cohen, L'Autismo e la Lettura della Mente, Roma, Casa Editrice Astrolabio, 1997

I bambini autistici sembra che non possiedono la capacità di comprendere che qualcun altro possa avere un'idea differente della propria rispetto ad una stessa questione. Per verificare tale idea, è stato necessario realizzare un lavoro. L'esperimento di Sally e Anne ci permette di soddisfare una tale esigenza.

Heinz Wimer e Josef Perner hanno sviluppato un "test della falsa credenza"⁵⁷. Tali autori hanno dimostrato che, i bambini normali che hanno compiuto 3-4 anni riescono a superare questo test. Simon Baron-Cohen, Uta Frith e Alan Leslie hanno ripreso tale test con il fine di adattarlo ai bambini normali, bambini affetti da sindrome di Down e bambini con disturbo dello spettro autistico.

I partecipanti erano costituiti da 20 bambini con autismo, 14 con sindrome di Down e 27 bambini dallo sviluppo normale in età prescolare. Gli autistici avevano un'età mentale (EM) in media superiore a quella dei bambini con sindrome di Down. I bambini con lo sviluppo nella norma probabilmente presentavano un'età mentale corrispondente all'età cronologica.

Nello specifico, il quoziente intellettivo degli autistici era pari a 82. Tra questi soggetti alcuni presentavano un quoziente intellettivo tra 70 e 108. Solo uno aveva ottenuto un punteggio inferiore a 70. Rispetto ai soggetti con sindrome di Down, questi avevano ottenuto punteggi tra 42 e 89⁵⁸.

Il test consiste nell'utilizzo delle bambole Sally ed Anne, attraverso cui è stato possibile realizzare una scena. Sally ha un cestino e Anne ha una scatola. Sally mette una biglia nel suo cestino e lascia la scena. Anne sposta la biglia e la nasconde nella sua scatola. Sally ritorna, e lo sperimentatore chiede a ciascun bambino dove, secondo loro, Sally cercherà la biglia. I bambini potranno emettere 2 diverse tipologie di risposta.

Infatti, se i bambini rispondono che, la bambola cercherà la biglia dov'era precedentemente allora otterremo una risposta corretta. In questo caso, infatti, possiamo affermare che, il bambino conosce la falsa credenza della bambola. Infatti, Sally ha messo la biglia nel cestino e non ha visto che è stata spostata. Motivo per cui crede che la biglia sia ancora dove l'ha lasciata.

Nel caso in cui, invece, rispondono indicando la collocazione successiva allora la risposta è errata. Definiamo tale risposta sbagliata in quanto il bambino, in questo caso, non considera la credenza della bambola. Per giungere a tali conclusioni, sono state sottoposte ai bambini 2 domande di controllo: "*Dov'è davvero la biglia?*" (*domanda di realtà*) e "*Dov'era la biglia all'inizio?*" (*domanda di memoria*)⁵⁹. Quest'ultime sono state poste per due ragioni. Innanzitutto, per essere certi che il bambino conosca dove l'oggetto realmente è collocato. Il secondo motivo consiste nel comprendere se il bambino ricorda dove l'oggetto era precedentemente posto.

Rispetto alla domanda: "Dove cercherà Sally la sua biglia?", le risposte sono state diverse. La maggior parte dei bambini normali e dei bambini con sindrome di Down rispondevano correttamente, indicando la posizione originaria.

Le prestazioni dei bambini con sindrome di Down e del gruppo con sviluppo normale sono risultate simili. Nello specifico, 12 su 14 dei primi hanno risposto

⁵⁷S. Baron-Cohen, L'Autismo e la Lettura della Mente, Roma, Casa Editrice Astrolabio, 1997.

⁵⁸S. Baron-Cohen, Cognizione ed Empatia nell'Autismo, Trento, Centro Studi Erikson, 2013.

⁵⁹S. Baron-Cohen, Cognizione ed Empatia nell'Autismo, Trento, Centro Studi Erikson, 2013, pag. 26.

correttamente, mentre 23 su 27 del secondo gruppo hanno risposto correttamente alla domanda sulla credenza. Diversamente, 16 su 20 bambini non hanno risposto correttamente alla domanda sulla credenza.

In altre parole, i bambini con uno sviluppo normale e quelli con sindrome di Down, sono stati capaci di comprendere la credenza della bambola. Per loro, quindi, la risposta si basava sulla previsione del comportamento della bambola. Il gruppo con autismo, invece, ha risposto sulla base di una considerazione logica. Infatti, non hanno indicato la posizione errata ma quella reale della biglia.

I risultati confermano l'idea secondo cui il gruppo di bambini con autismo non ha utilizzato la teoria della mente. Per tali bambini, quindi, non è stato possibile comprendere la differenza tra ciò che loro sapevano e ciò che sapeva la bambola. In tal senso, la stessa Frith afferma che questi soggetti sono certi su quello che la bambola indicherà.

Questi erano assolutamente molto capaci nel risolvere problemi logicità anche molto complessi. Diversamente, non riuscivano a risolvere un problema apparentemente così semplice come quello proposto dal test.

Tale risultato si è cercato di comprendere se poteva essere spiegato come conseguenza di una tendenza da parte degli autistici a non voler attribuire degli stati mentali a delle bambole⁶⁰. Al contrario quindi, poteva accadere che, nei confronti di esseri umani, lo scenario era completamente differente. Purtroppo tale idea non è stato possibile poterla confermare a seguito di un altro studio. In quest'ultimo, Sally e Anne non erano più delle bambole, ma delle persone.

È necessario sottolineare che, un piccolo numero di soggetti autistici ha risposto correttamente. Tali bambini probabilmente posseggono le abilità sociali. Ne consegue che, questo gruppo di soggetti che sono riusciti a realizzare delle rappresentazioni di secondo ordine, probabilmente posseggono anche capacità nel gioco di finzione. Il risultato è una sostanziale differenza all'interno dello stesso disturbo che si auspica possa essere oggetto di future ricerche.

Questo esperimento ci ha permesso di poter concludere che siamo in presenza di un deficit specifico. Quest'ultimo non ha alcun legame con il ritardo mentale. A prova di tale conclusione, basta pensare ai bambini affetti da sindrome di Down. Quest'ultimi presentano un deficit intellettuale molto più serio dei bambini autistici, ma nonostante ciò, sono stati capaci a svolgere correttamente il compito.

È possibile che, un risultato del genere si verifica perché il bambino autistico non ama attribuire una falsa credenza a un'altra persona? Per verificare tale eventuale possibilità, Uta Frith insieme agli psicologi Josef Perner e Susan Leekam hanno realizzato un altro studio.

Così, è il bambino stesso a provare cos'è una falsa credenza. A tal fine, gli studiosi si sono serviti di un tubetto di Smarties. Tutti i bambini erano convinti che quel tubetto conteneva i cioccolatini. È stato motivo di profonda delusione, quando dalla confezione è uscita una matita. Ora, però i bambini sapevano cosa c'era dentro.

⁶⁰ U.Frith, L'autismo . Spiegazione di un Enigma, Bari, Editori Laterza, 2010

La fase successiva consisteva nel chiedere al bambino autistico un parere. Secondo lui, un altro bambino che vedeva il tubetto per la prima volta avrebbe detto che il tubetto conteneva i cioccolatini o la matita? I bambini hanno risposto affermando “matita”. Da ciò è inevitabile poter affermare, con sempre maggiore convinzione, che gli autistici rispondono in base alla loro conoscenza. Non fanno, quindi, alcun riferimento alla loro precedente esperienza di falsa credenza. A ciò si aggiunge, la mancanza di riferimento alcuno alla falsa credenza degli altri⁶¹.

Da quanto detto, emerge un altro spunto di riflessione. Così, potremmo definire gli autistici come dei fisici? Possiamo definirli come soggetti che non danno importanza agli aspetti inconsci, consci o interiori come gli scienziati?

Per poter ottenere una risposta in tal senso, Frith, Baron-Cohen e Leslie hanno proposto un altro studio. In questo caso, i tre ricercatori però hanno utilizzato un metodo non verbale. I soggetti su cui veniva applicato il test erano gli stessi dell’esperimento delle due bambole.

Nello specifico, hanno utilizzato tre tipi diversi di sequenze di immagini. Ogni sequenza era costituita da 4 immagini che rappresentavano una storia. Queste figure raccontavano di desideri, falsa credenza di un personaggio o azioni causali di un soggetto su un oggetto.

Il compito era duplice. Innanzitutto, i bambini dovevano ordinare le immagini in modo da realizzarne una sequenza che esplicitava una storia. Successivamente, sulla base delle immagini dovevano raccontare una storia. L’ordine delle figure ci permetteva di comprendere se il soggetto aveva compreso la storia, mediante la sola osservazione delle immagini.

Così, si suppone che, se il problema per i bambini autistici risiede nell’assenza della mentalizzazione, allora ne consegue che questi soggetti presenteranno problemi nelle storie che riguardano aspetti interiori. All’opposto, eventi razionali non dovrebbero causare difficoltà a tali soggetti.

Ed è stato proprio così. Ed in più, i risultati emersi erano in linea con quanto emerso precedentemente in riferimento dell’esperimento delle bambole.

In particolare, ordinavano perfettamente le immagini e raccontavano altrettanto bene una storia nel caso in cui questa riguardava eventi, desideri e scopi. Per esempio: *“Il pallone è scoppiato perché è stato forato dal ramo”*⁶².

Lo scenario era ben diverso quando i bambini si trovavano impegnati nello svolgimento di storie mentalistiche. Le storie mentalistiche si esplicitano nel momento in cui viene attribuito al protagonista uno stato mentale. Rispetto a questa tipologia di storielle, semplicemente i soggetti autistici non erano capaci di comprenderle. I bambini, che erano andati male nell’esperimento delle bambole, inevitabilmente hanno ottenuto livelli troppo bassi anche in questo caso. Infatti, questi hanno ordinato le figure a caso.

Al contrario, i bambini normali e con la sindrome di Down sono riusciti ad affrontare il compito ottenendo risultati migliori rispetto gli autistici. I bambini appartenenti ai due campioni diversi da quelli autistici sono riusciti a mettere in ordine

⁶¹S. Baron-Cohen, *L’Autismo e la Lettura della Mente*, Roma, Casa Editrice Astrolabio, 1997

⁶²U. Frith, *L’autismo. Spiegazione di un Enigma*, Bari, Editori Laterza, 2010, pag. 110.

le figure e nel descrivere una storia, diremo appunto mentalistica. I bambini normali e quelli con la sindrome di Down, all'opposto, non riuscivano a ottenere delle buone prestazioni nel caso delle storie meccaniche.

Ne consegue che, nelle parole di Frith, i bambini autistici siano davvero bravi come fisici, molto meno come "psicologi".

Questo studio ha inoltre dimostrato che, il deficit specifico dell'autismo, in termini di incapacità di comprendere le cause psicologiche del comportamento, non può essere spiegato come la conseguenza di difficoltà nel linguaggio. È possibile poter escludere anche un deficit della sequenzialità.

Dagli esperimenti fin qui menzionati, possiamo concludere che, i bambini normali comprendono meglio la conoscenza rispetto la credenza. Così nel 1998, Leslie e Frith hanno proposto un test per verificare se i bambini autistici comprendono la conoscenza.

La procedura prevedeva che il bambino guardava un attore. Quest'ultimo, a sua volta, guardava lo sperimentatore mentre nascondeva una pedina. Subito dopo, l'attore lascia la stanza. A questo punto, lo sperimentatore chiedeva al bambino di nascondere un'altra pedina dove desiderava. A questo punto, al bambino veniva posta la domanda: *"dove l'attore cercherà la pedina?"*⁶³.

Leslie e Frith hanno potuto osservare che solo la metà dei soggetti autistici superava questo test. Chi superava, quindi, indicava il posto che l'attore conosceva perché l'aveva visto prima di uscire dalla stanza.

Circa un quarto degli autistici superava il test della falsa credenza. Queste scoperte fanno pensare che per tali soggetti comprendere la conoscenza è più semplice rispetto al comprendere la credenza. In ogni caso, è possibile affermare che, è ampiamente diffuso tra la popolazione autistica un deficit nella comprensione di entrambi gli stati mentali.

II.10 La teoria dell' Empatia-Sistematizzazione

Nel soggetto autistico, i sistemi neurali coinvolti nella lettura della mente sono costantemente sottoattivati durante lo svolgimento di compiti dell'empatia.

Il gruppo di ricerca costituito da Simon Baron-Cohen, Sally Wheelwright, Bonnie Auyeung e Carrie Allison hanno sviluppato uno strumento che ci permette di poter valutare il livello di empatia⁶⁴. In tal senso, il Quoziente di Empatia (QE) è un questionario self-report. Nel caso degli adulti, quindi, si fonda sull'autovalutazione. Nel caso di un bambino, invece il test viene compilato da un adulto. Tale strumento è stato progettato con il fine misurare le due diverse componenti dell'empatia ovvero il riconoscimento e la risposta.

⁶³S. Baron-Cohen, *L'Autismo e la Lettura della Mente*, Roma, Casa Editrice Astrolabio, 1997

⁶⁴S. Baron-Cohen, *La scienza del male*, Varese, Raffaello Cortina Editore, 2012.

Il QE, quindi, ci permette di valutare se un soggetto possiede un livello di empatia alto, medio o basso. I risultati del test ci permettono di poter affermare che gli autistici ottengono risultati inferiori rispetto al gruppo di controllo.

Tali soggetti, quindi, tendono a collocarsi nei livelli più bassi del circuito dell'empatia. Più precisamente, possiamo affermare che i soggetti affetti da autismo presentano un grado zero dell'empatia. Ancora meglio, affermiamo che tali soggetti hanno un grado zero positivo dell'empatia. Ciò significa che è possibile osservare una condizione in cui tali soggetti sono davvero talentuosi. Posseggono quindi delle abilità integre o addirittura superiori alla norma.

Per esempio, Simon Baron-Cohen riporta l'esempio di Derek Paravicini. Egli è un ragazzo cieco e con autismo. Baron-Cohen l'ha conosciuto in occasione di un concerto. L'autistico ha stupito tutti per la sua capacità di suonare qualsiasi brano che gli viene chiesto. Il ragazzo ascolta un brano solo una volta e riesce a riprodurlo. Un singolo ascolto, infatti, per questo soggetto è sufficiente. Se da un lato Derek mostra grande capacità di sistematizzazione, lo stesso non può dirsi delle sue capacità di empatia. Il ragazzo non riesce ad avere una semplice conversazione. Infatti, egli riesce solo a ripetere le parole che ascolta. Come per le note della musica da ripetere, le parole non hanno alcun significato di comunicazione o interazione ma solo altri elementi da sistematizzare⁶⁵.

Così, secondo la teoria dell'Empatia-Sistematizzazione, per spiegare l'autismo non diamo importanza esclusivamente a ritardi e deficit dell'empatia, ma anche a quei punti di forza. In una sola parola, stiamo parlando di sistematizzazione⁶⁶.

La sistematizzazione è la capacità di analizzare i cambiamenti di struttura, di ricercare regolarità. Per esempio, i fenomeni fisici o meccanici. Questi si riferiscono a cambiamenti casuali. Così, nel caso in cui il cambiamento non è casuale, allora c'è uno schema, un modello che si ripete. Il soggetto quindi è impegnato nel rivelare una sequenza di informazioni che si è già verificata in precedenza. Questa capacità, quindi, permette di predire il futuro. Come per l'empatia, anche la sistematizzazione può essere misurata.

A tal proposito, il gruppo di ricercatori, diretto da Simon Baron-Cohen, ha sviluppato anche il Quoziente di Sistematizzazione (QS). I soggetti autistici sottoposti al test hanno ottenuto punteggi molto alti di QS.

Più precisamente, troviamo i soggetti autistici al livello 6 del meccanismo di sistematizzazione. Sono quindi soggetti che sistematizzano in ogni istante della loro vita. Una capacità così elevata di sistematizzazione permette a tali soggetti di rendersi conto di schemi di cui gli altri non si accorgono. Al contrario, tali soggetti non amano assolutamente i cambiamenti. Infatti, cercano di opporsi a questi in tutti i modi⁶⁷.

Per il soggetto autistico, il focus del suo interesse è la verità. Così, una circostanza o è vera o è errata. Lo stesso vale nel caso del comportamento emesso

⁶⁵S.Baron-Cohen,La scienza del male,Varese,Raffaello Cortina Editore,2012

⁶⁶S.Baron-Cohen,Cognizione ed Empatia nell'autismo. Dalla Teoria della Mente a quella del "cervello maschile estremo", Trento, Centro Studi Erikson,2013.

⁶⁷S.Baron-Cohen,Cognizione ed Empatia nell'autismo. Dalla Teoria della Mente a quella del "cervello maschile estremo", Trento, Centro Studi Erikson,2013.

dall'altro. L'atteggiamento è considerato in termini di giusto o sbagliato. Non è possibile una via di mezzo.

A tal proposito, Uta Frith paragona i bambini autistici ai robot⁶⁸. La mente del robot non è umana. Le sue azioni sono governate da logicità. Allo stesso modo, gli autistici assumono un atteggiamento di distacco rispetto al disordine e alla complessità delle relazioni. Inoltre, un buon sistematizzatore è un individuo meticoloso, non un tipo superficiale.

Nell'interazione con i bambini autistici è importante sottolineare che l'adulto deve chiaro nelle spiegazioni, e soprattutto, bisogna far capire loro le importanti differenze che gli permetteranno di adeguarsi e vivere con criterio nel contesto sociale. Parliamo dell'esempio classico, quello dell'educatore che spiega ad un bambino con autismo come fare la doccia a casa, ed in seguito deve insegnarglielo per fare la doccia a scuola, cioè, in un contesto completamente diverso.

La teoria della empatia-sistematizzazione ha vari punti di forza. Infatti, grazie alla presenza dei due fattori (empatia-sistematizzazione), questo approccio è in grado di spiegare tutti quei aspetti sociali e non sociali che fanno parte dello spettro di autismo.

Così, i livelli di empatia al di sotto della media ci permettono di comprendere il motivo di difficoltà in situazioni sociali o di comunicazione. Un grado alto, invece, di sistematizzazione ci permette di poter comprendere diversi elementi che possiamo osservare nel comportamento dei soggetti autistici. Interessi ristretti, comportamenti ripetitivi e la tendenza ad opporsi ai cambiamenti sono infatti aspetti che contraddistinguono il soggetto autistico.

Inoltre, la teoria E-S ha il merito di spiegare l'autismo non in termini di malattia. In questo caso l'autismo è, quindi, inteso come un tipo di stile cognitivo che possiamo riscontrare in tutta la popolazione.

Tale teoria ha permesso la diffusione dell'idea che la sistematizzazione può permettere lo sviluppo dell'empatia. Per meglio dire, grazie a interventi realizzati su misura si cerca di insegnare ai soggetti autistici come riconoscere le emozioni. A tal proposito, l'utilizzo del computer è lo strumento utilizzato per presentare agli autistici volti che rappresentano diverse espressioni facciali.

Questa procedura, così creativa, presenta purtroppo un grosso limite. Le emozioni non possono essere sistematizzate. Ne consegue che necessariamente tale tecnica non può ottenere grandi risultati. Non può permettere al soggetto un vero riconoscimento delle emozioni. L'abbandono della tecnica, quindi, è inevitabile.

La teoria E-S ha, inoltre, il vantaggio di offrirci la possibilità di fare delle importanti previsioni sul comportamento del soggetto autistico. Nonostante ciò, la teoria riceve diverse critiche in tal senso. È infatti possibile affermare che tale ipotesi si basa su un numero limitato di prove scientifiche.

La teoria E-S presenta, inoltre, degli elementi in comune con un'altra teoria. Quest'ultima è la teoria della coerenza centrale. Infatti, anche quest'ultima cerca di

⁶⁸U.Frith, L'autismo . Spiegazione di un Enigma, Bari, Editori Laterza, 2010

fornire una spiegazione dell'autismo. Di seguito, cerchiamo di comprendere in che termini⁶⁹.

II.11 Teoria della coerenza centrale

Secondo la teoria della coerenza centrale, lo sviluppo cognitivo normale si caratterizza per la tendenza verso un processo di elaborazione delle informazioni. È possibile osservare, quindi, una tendenza nel cercare di riunire insieme le diverse informazioni per costruire una coerenza centrale.

Questa tendenza verso la coerenza centrale conduce il soggetto verso la comprensione del significato. È per questo che riusciamo a comprendere ciò che è significativo. È fondamentale nella nostra vita dare un senso alle cose. Non possiamo farne a meno. Ed inoltre, non amiamo tutto ciò che non ha un senso.

È possibile osservare come tale caratteristica è disturbata nella sindrome autistica. Motivo per cui possiamo affermare che in tali soggetti siamo in presenza di un deficit di coerenza centrale. Tale deficit rende difficili le operazioni di sintesi e integrazione dell'informazione. A queste si aggiunge anche il deficit nel processo di unione delle componenti cognitive ed affettive dell'informazione. Di conseguenza, i sistemi di elaborazione dell'informazione e la loro esistenza sono caratterizzati dal distacco.

Uta Frith intende il distacco così: *“nel linguaggio ordinario [...] vuol dire assenza di distorsioni cognitive e non impressionabilità, come per un certo isolamento sociale. [...] il distacco autistico ha cause diverse: non si basa sulla riflessione e risulta dalla mancanza di coerenza.”*⁷⁰

Questo deficit è in grado di spiegare non solo le carenze che possiamo osservare in tali soggetti. Negli autistici, infatti, possiamo individuare anche delle abilità a volte sorprendenti. In tal senso, i successi che si evidenziano nella percezione di parti di configurazioni più generali (“vedere l'albero anziché la foresta”) può essere attribuito a questa loro specifica abilità di individuare in modo preferenziale le singole parti di un oggetto piuttosto che una totalità.

Ne consegue che, tali soggetti autistici esprimono le sensazioni in maniera frammentaria. Inoltre anche le azioni risentono di ciò in quanto vengono pianificate ed eseguite in maniera frammentaria⁷¹.

Detto ciò, la teoria della coerenza centrale possiamo comprendere come presenta un importante elemento in comune. Entrambe, infatti, pongono l'attenzione per quell'elemento che caratterizza i soggetti autistici. I bambini autistici, quindi, sono soggetti che focalizzano la loro attenzione sui dettagli. Quest'ultimi possono essere sia di tipo percettivo che di tipo mnemonico.

Gli approcci, però, differiscono nel modo in cui interpretano la focalizzazione al particolare tipica dei soggetti autistici.

⁶⁹S. Baron-Cohen, *Cognizione ed Empatia nell'autismo. Dalla Teoria della Mente a quella del “cervello maschile estremo”*, Trento, Centro Studi Erikson, 2013.

⁷⁰U. Frith, *L'autismo. Spiegazione di un Enigma*, Bari, Editori Laterza, 2010, pag. 202.

⁷¹S. Baron-Cohen, *Cognizione ed Empatia nell'autismo. Dalla Teoria della Mente a quella del “cervello maschile estremo”*, Trento, Centro Studi Erikson, 2013.

Per la teoria della coerenza centrale, un'attenzione verso i particolari può essere interpretata solo in termini negativi. In altre parole, parleremo di una perseverazione verso solo alcuni elementi a discapito di altri.

All'opposto, la teoria dell'empatia-sistematizzazione sostiene come questa tendenza possa essere considerata in termini positivi. L'attenzione, infatti, è assolutamente indispensabile per comprendere al meglio un sistema.

Un'altra differenza si riferisce all'idea, secondo cui i soggetti affetti da DSA si perdono sempre nei dettagli non comprendendo mai il sistema in maniera completa.

Per la teoria dell'empatia-sistematizzazione, invece, l'individuo sarà in grado di conoscere il sistema in maniera approfondita. Questo ovviamente è possibile nel momento in cui il soggetto ha a sua disposizione diverse opportunità che si ripetono nel tempo. In poche parole la differenza tra le due teorie è banale. La prima teoria prevede che emerga un deficit ad ogni compito svolto per capire il sistema, mentre la seconda teoria prevede che ci sia un progresso.

Ciascuna teoria precedentemente esposta ha permesso di ottenere, ognuno dal proprio punto di vista, un modo diverso di spiegare l'autismo. Grazie a queste teorie, abbiamo, quindi, compreso che alla base dei deficit della sindrome autistica è possibile individuare diverse disfunzioni dei sistemi neurali⁷².

II.12 Autismo: Disturbo mentale o disturbo cerebrale?

In passato, l'autismo veniva inteso come disturbo mentale.

A quel tempo, era diffusa l'idea di disturbo mentale perchè un'altra definizione non era possibile applicarla. Erano assenti strumenti adeguati. L'unico modo per poter rilevare la presenza di anormalità cerebrali prevedeva studi post morte. Così, il cervello veniva osservato mediante l'uso del microscopio.

Oggi, grazie ai contributi provenienti da ricerche e da studi, possiamo affermare con chiarezza che l'autismo è un disturbo cerebrale e non un disturbo mentale, come precedentemente si pensava.

Gli strumenti di neuroimmagini, sono oggi quelli che ci offrono delle ampie possibilità di conoscenza in tal senso. Le tecniche di neuro immagini ci permettono di ottenere delle immagini fotografiche del cervello di alta qualità.

Così, grazie a queste possiamo rilevare l'eventuale presenza di anormalità cerebrali ed in più riusciamo a osservare cosa accade nella mente del soggetto quando quest'ultimo è impegnato in attività come il guardare, ascoltare, pensare provare emozioni e ricordare⁷³.

Ad oggi, il dato più solido relativo all'anormalità del cervello nelle persone autistiche è costituito dal fatto che la circonferenza della testa è maggiore e il cervello è più pesante. Generalmente viene individuato un aumento del volume complessivo del cervello, e in circa il 30% dei casi il cervello è grande in modo anormale. Il cervello può essere aumentato di volume del 10% nei bambini con autismo intorno al primo anno di

⁷²M. Ammaniti, Psicopatologia dello sviluppo, Varese, Raffaello Cortina Editore, 2010

⁷³ U. Frith, L'autismo. Spiegazione di un Enigma, Bari, Editori Laterza, 2010

vita, anche se poi si riduce con l'età. la dimensione più grande non è evidente alla nascita, ma lo diventa nella prima o seconda infanzia.

Il fatto che questi cervelli sono più grandi potrebbe essere dovuto proprio ad una crescita sovrabbondante di connessioni fra le cellule nervose e alla mancanza di potatura. Durante l'infanzia e l'adolescenza il cervello normale attraversa fasi di crescita e di successivi sfoltimenti che portano ad una riorganizzazione. Questo processo è controllato dai geni, ma anche i fattori ambientali giocano una parte. Dapprima, le connessioni fra le cellule nervose- le sinapsi- proliferano.

Vari meccanismi sono stati chiamati in causa per questo aumento, come specifici neuropeptidi, eccessiva produzione della glia e delle sinapsi neuronali, il mancato pruning "potatura delle sinapsi"⁷⁴.

Vi è anche un interesse per lo studio del sistema limbico, particolarmente dell'amigdala e dell'ippocampo. Sono state messe in luce anomalie in queste aree, come densità ridotta, dimensione cellulare e arborizzazione dendritica nell'amigdala, nell'ippocampo, nel setto ecc. L'amigdala gioca un ruolo centrale nell'attivazione delle emozioni, nell'assegnare significato agli stimoli ambientali e nel mediare l'apprendimento emozionale.

Per quanto riguarda l'amigdala, uno studio post morte di questa parte di un cervello autistico ha mostrato anomalie cellulari. Per queste ragioni ci sono forti probabilità che nell'autismo vi sia una disfunzione dell'amigdala o delle connessioni fra l'amigdala e altre parti del cervello.

Alcuni Studi, come quello ad opera di Phather, Amaral, ha permesso di poter concludere che nella regolazione della paura e di altre esperienze emozionali le funzioni dell'amigdala sono complesse e occorre distinguere differenti sub regioni al suo interno.

Le ricerche che riguardano la forma ed il volume dell'amigdala nell'autismo, in base alle immagini delle scansioni MRI, sono incoerenti come quelle sul cervelletto.

Due studi hanno mostrato una riduzione nel volume dell'amigdala, uno non ha rilevato alcuna differenza e un altro ha riportato un aumento di volume.

Per quanto riguarda il cervelletto, gli studi recenti non hanno chiarito la situazione per esempio nell'autismo un cervelletto più grosso può essere parte di un cervello che nell'insieme ha una dimensione proporzionalmente più grande.

Due studi indipendenti per controllare le dimensioni del cervello, hanno entrambi trovato le prove di un incremento bilaterale della densità di materia grigia nei lobi posteriori del cervelletto. Un importante ruolo del cervelletto congiuntamente ai lobi frontali è il controllo dell'attenzione soprattutto lo spostamento dell'attenzione. È possibile che le anomalie cerebellari siano collegate con la peculiarità dell'attenzione nell'autismo.

Riguardo ai lobi temporali, ci sono molti motivi che rendono le regioni dei lobi temporali particolarmente interessanti per l'autismo. per esempio, una percentuale di soggetti soffre di epilessia che spesso ha origine nei lobi temporali. Qui sono incluse le strutture amigdaloidi, e negli studi sugli animali si è evidenziato che esse, come anche le strutture del lobo temporale, fanno parte del cervelletto sociale ed emotivo.

⁷⁴M. Ammaniti, Psicopatologia dello sviluppo, Varese, Raffaello Cortina Editore, 2010

I pazienti che presentano lesioni in queste regioni hanno difficoltà sociali che ricordano l'autismo. un altro motivo del particolare interesse per le regioni temporali del cervelletto viene dalla sclerosi tuberosa, un raro disturbo in cui nel cervello tendono a svilupparsi piccole lesioni simili a tubercoli.

Alcuni bambini affetti da questa condizione hanno anche avuto la diagnosi di autismo; in tutti questi casi i tubercoli erano localizzati nei lobi temporali. Usando lo scanner, alcuni ricercatori hanno misurato il flusso sanguigno in soggetti autistici mentre il cervello era a riposo, perché ciò può rivelare aree con persistenti anomalie di perfusione, che a loro si possono correlare a strutture anatomiche anormali.

Due studi recenti e ben controllati senza alcuna aspettativa particolare su quale regione cerebrale, se ve ne fosse stata alcuna, avrebbe mostrato una perfusione anormale, hanno evidenziato notevoli anomalie nella corteccia temporale⁷⁵.

Gli scienziati hanno sospettato a lungo che ci fosse una base genetica. Gli studi sui gemelli hanno fornito delle prove solide. Le indagini sono ancora in corso, poiché i ricercatori stanno cercando di individuare i geni predisponenti in famiglie con uno o più casi di autismo.

Se bene sia raro che in una famiglia ci sia più di un bambino affetto da una forma di autismo, il rischio di avere un secondo figlio autistico 3-6%. Questo va comparato con un rischio, nella popolazione normale, dello 0,6% il che lo rende 5-10 volte più alto.

Il primo studio sui gemelli fu svolto nel 1977. Susan Folstein e Michael Rutter riuscirono ad individuare 21 coppie di gemelli in cui almeno uno dei due era stato diagnosticato con certezza come autistico.

È stato notato in questa ricerca che non si può aspettare una concordanza del 100 % neppure in condizioni genetiche ben definite, poiché vi sono altri fattori che creano differenze. È stata trovata una concordanza per l'autismo nucleare in 4 coppie su 11 di gemelli monozigoti e in nessuna coppia di gemelli eterozigoti.

Si tratta di una prova forte anche se non schiacciante, a favore delle cause genetiche. Tuttavia, gli autori si spingono oltre: nelle coppie non concordanti di gemelli identici, spesso i fratelli, valutati con i criteri diagnostici più recenti, che sono più ampi, avevano una forma più lieve di disturbo autistico.

Di fatto, le caratteristiche autistiche di questi fratelli meno colpiti divenivano più evidenti quando questi crescevano. Usando i criteri più allargati, che accorgono anche le forme più leggere di autismo, ora la concordanza nelle coppie di gemelli identici è salita a 90%.

Questi dati suggeriscono che la causa genetica interessi un fenotipo più ampio, e non soltanto la definizione ristretta di autismo. La scoperta è del tutto coerente con l'idea di uno spettro autistico.

È divenuto chiaro che differenti combinazioni di geni possono produrre lo stesso quadro clinico in famiglie diverse, colpite dall'autismo. Numerosi studi basati su un'ampia collaborazione hanno identificato siti sui cromosomi 2, 7, 15 e 16 ma,

⁷⁵ U.Frith, L'autismo . Spiegazione di un Enigma, Bari, Editori Laterza, 2010

sfortunatamente, i livelli di significatività sono bassi, e altri studi potrebbero benissimo ribaltare queste prime scoperte⁷⁶.

⁷⁶ U.Frith, L'autismo . Spiegazione di un Enigma, Bari, Editori Laterza, 2010

III. La mia esperienza presso il Centro Studi Logos

Durante il mio percorso universitario, mi è stato possibile fare esperienza di tirocinio presso il Centro Studi Logos, sito in Messina.

Negli anni ottanta, un gruppo multidisciplinare (medici, psicologi e pedagogisti) ha fondato un'associazione di volontariato, il Centro Studi Logos, i cui addetti sono impegnati a supportare i pazienti che presentano un ritardo intellettivo e/o cognitivo nell'affrontare le loro difficoltà di integrazione in tutti gli ambiti della vita; il loro disagio psicologico ed affettivo che ciò comporta.

Attualmente il C.S.L. è diretto dal Dottore Emidio Tribulato (medico, neuropsichiatra e psicologo).

Il centro si occupa di bambini con:

- 1) Autismo;
- 2) Ritardo intellettivo e/o cognitivo;
- 3) Dislessia;
- 4) Disturbi psicologici;
- 5) Sordità.

In tali ambiti, il Centro conduce ricerche e studi i cui risultati sono consultabili gratuitamente.

Nei confronti dei suoi utenti, la struttura offre servizi di consulenza; diagnosi funzionale; sviluppo di un programma individualizzato; applicazione di interventi educativi, rieducativi e psicologici; e verifiche periodiche.

Due elementi sono degni di nota e fanno del Centro i suoi elementi peculiari: Il programma “Voglia di Crescere”⁷⁷ e la Terapia del “Gioco Libero Autogestito”.

Il programma “Voglia di Crescere” è il risultato di oltre vent'anni di studio e sperimentazione.

Esso viene applicato per favorire lo sviluppo logico e cognitivo. Tale strumento viene utilizzato per i bambini affetti da ritardo mentale, dislessia e capacità intellettive ai limiti della norma.

Il programma è costituito da oltre novemila schede suddivise in undici livelli. Ad ogni livello corrisponde una rispettiva difficoltà. Un volume, tra il primo e l'undicesimo, viene scelto per il trattamento di soggetti con un'età mentale di almeno sette-otto mesi.

Diversamente, il decimo e l'undicesimo livello sono destinati a ragazzini che hanno compiuto almeno dieci anni. Possono usufruire degli ultimi volumi anche tutti i soggetti che vogliono migliorare le loro capacità intellettive.

⁷⁷ www.cslogos.it sito in Messina

III.1 “Terapia del Gioco Libero Autogestito”

Il gruppo che ha fondato il Centro Studi Logos ha sviluppato anche la tecnica del “Gioco Libero Autogestito”⁷⁸. Questo approccio terapeutico si basa sul presupposto che, uno degli elementi importanti dell’infanzia è il gioco.

Infatti, il bambino ha la possibilità di fare esperienze grazie ad una buona quantità e qualità del gioco.

In particolare, l’attività del gioco consente all’infante di potersi dedicare a momenti di rilassamento, evasione, piacere e gioia. In altre parole, il gioco ha un ruolo importante nella crescita in quanto consente al bambino di raggiungere diversi obiettivi fondamentali per la sua crescita, quali:

- 1)Sviluppare le capacità del pensiero, della memoria e dell’orientamento spazio-temporale;
- 2) Esplorare il proprio corpo e il mondo circostante. Inoltre grazie l’attività del gioco il bambino può conoscere i propri stati affettivi;
- 3) Comprendere il punto di vista altrui riconoscendone sentimenti ed emozioni;
- 4) Riconoscere ed imparare ad affrontare le proprie emozioni negative;
- 5) Acquisire autonomia e fiducia nei confronti di se stesso e degli altri;
- 6) Sviluppare il proprio sistema di valori attraverso l’esperienza delle prime regole imposte nel gioco.

Così è possibile comprendere come l’attività del gioco non dev’essere assolutamente trascurata.

Esistono diversi tipi di gioco. Per esempio, il gioco guidato in cui sono gli adulti a gestire quest’attività. Un’altra forma è il gioco libero autogestito. Definito così in quanto è il piccolo a decide su quale gioco e/o attività porre il proprio interesse.

In pratica, il bambino è il capo e spetta a lui scegliere chi vi può partecipare o meno. L’adulto o il terapeuta possono solo occuparsi della comprensione, aiuto e supporto nei confronti dei bisogni del paziente.

Nello specifico, il terapeuta è presente ma senza assumere un ruolo attivo nella scelta dell’attività o sulle modalità di esecuzione. Al contrario, il dottore o il genitore è una risorsa volta a fornire sostegno al bambino ogni volta che, quest’ultimo ne necessita. Questo metodo ci permette di raggiungere due importanti obiettivi, quali: una maggiore serenità interiore; ed una maggiore fiducia in sé stessi e negli altri.

Secondo il Dottore Emidio Tribulato, i sintomi migliorano nel momento in cui riusciamo a raggiungere anche solo in parte gli obiettivi appena citati.

La Terapia del Gioco Libero Autogestito si realizza in un setting che cerca di rispettare la sensibilità interiore del bambino verso il mondo esterno.

In tal senso, infatti, proporre una qualsiasi attività può causare un incremento di paure e ansie. Il risultato quindi sarà un inevitabile aumento della diffidenza nei

⁷⁸ E.Tribulato, Autismo e Gioco Libero Autogestito,Milano,Franco Angeli,2013.

confronti del mondo esterno.

Al contrario, se lasciamo scegliere al bambino l'attività da svolgere, l'effetto sarà una riduzione delle possibilità di sbagliare. Così, inoltre il piccolo è in una posizione attiva. È lui il responsabile del suo cambiamento, quindi non è più un soggetto passivo.

La principale difficoltà di questa forma di terapia risiede nella posizione che deve assumere l'adulto. Quest'ultimo non deve dirigere o giudicare. L'adulto deve, invece, assumere una posizione alla pari del piccolo. In altre parole, l'adulto deve ritornare bambino.

Questo ci permette di far riemergere in memoria le tipiche paure, ansie e preoccupazioni che, ora riconosciamo nel bambino. Così, se condividiamo gli stessi stati, è difficile che possiamo fare sbagli.

Un'altra caratteristica è l'assenza di regole o, per meglio dire, l'adulto pone pochi limiti e pochi no. Nel solo caso in cui il bambino mette in pericolo la propria o altrui incolumità, il terapeuta inevitabilmente interviene.

In sostanza, possiamo pensare al Gioco Libero Autogestito come ad un'occasione per il piccolo di liberarsi. Il bambino ha infatti bisogno di liberarsi da tutti i suoi stati negativi quali ansia, preoccupazione, angosce, aggressività.

Il Centro Studi Logos, inoltre, è impegnata nel sostegno delle famiglie dei bambini autistici. I genitori sentono di essere i responsabili della patologia del figlio. Inoltre, sono impegnati nel cercare di affrontare una patologia che non conoscono bene.

Non comprendono bene cosa dovrebbero fare e cosa devono aspettarsi che accada nel futuro. Così, il terapeuta aiuta i genitori a non sentirsi in colpa, spiegando loro che possono fare molto, costruendo una nuova tipologia di comunicazione positiva.

Riporto di seguito due casi clinici in cui sono stati utilizzati tali metodi. I due casi si riferiscono a due bambini che ho avuto modo di conoscere.

A differenza di Carlo, la mia partecipazione alle sedute di Giuseppe è maggiore. Grazie alla "politica" del C.S.L., però tutte noi tirocinanti siamo state sempre coinvolte in tutti i casi seguiti nel periodo in cui abbiamo avuto modo di frequentare il Centro.

III.2 Caso clinico: Carlo e la sua apparente socievolezza.

La madre di Carlo si trovava presso il Centro Studi Logos per una seduta di riabilitazione logico-cognitiva della sua figlia secondogenita.

In questa occasione, lei ha esternato la sua preoccupazione per il terzo figlio. La madre ha descritto il figlio come irritabile ed aggressivo. Il bambino non aveva ancora sviluppato il linguaggio e non presentava il controllo sfinterico.

Così, il terapeuta ha invitato la donna a tornare con il bambino. In occasione della visita, l'osservazione avrebbe permesso di rilevare eventuali problemi e di scegliere l'intervento più adeguato da applicare.

All'appuntamento si presentano Carlo e la madre. Carlo è un bambino di tre anni e mezzo ed è terzogenito. Dall'anamnesi si è potuto osservare che il bambino è nato dieci giorni prima del termine del periodo di gestazione. La gravidanza non è stata contraddistinta da particolari problemi.

Durante l'età neonatale, il piccolo non ha presentato alcuna difficoltà. Infatti, entro i tempi previsti, ha sviluppato in maniera adeguata sia le sue capacità motorie sia la produzione dei primi fonemi. Fin qui, quindi, lo sviluppo del bambino era possibile definirlo come adeguato alla sua età.

Al compimento del terzo anno di età, il bambino ha iniziato a frequentare la scuola materna.

In occasione delle prime relazioni con il mondo esterno, è stato possibile riscontrare alcuni elementi che hanno indicato un quadro ben diverso rispetto a quello descritto dalla madre.

Le prime a notare una qualche incertezza in Carlo sono state le insegnanti della scuola materna. Quest'ultime hanno fatto notare ai genitori che il bambino piangeva ed era molto irrequieto.

Ciò accadeva soprattutto in occasioni di maggiore confusione all'interno della classe. Inoltre, le insegnanti erano del parere che il piccolo presentasse un ritardo nel linguaggio.

In occasione di attività e giochi per cui era prevista una interazione tra compagni, egli manifestava una scelta diversa da quella compiuta dai propri coetanei. Il bambino, infatti, preferiva giocare e svolgere delle mansioni in solitudine.

La madre, a dispetto di quanto appena riferito, osservava un comportamento diverso in Carlo, durante le ore trascorse in ambiente domestico. Il bambino era ben disposto a giocare con le sue due sorelle, a differenza di quanto accadeva nei confronti dei suoi compagni. Egli manifestava, infatti, due modi diversi di comportarsi a seconda se era con la sua famiglia o con estranei. Nei confronti di quest'ultimi era molto diffidente, in special modo nelle prime fasi del rapporto.

Il rapporto tra Carlo e sua madre è sempre stato molto particolare ed è un altro elemento importante su cui concentrarsi. È stato possibile osservare che egli aveva un rapporto con la madre contraddistinto da eccessiva dipendenza. In tal senso, era degno di nota il continuo replicare di parole quali "gioia" e "cucciola" che il piccolo usava per relazionarsi con la madre.

I genitori, quindi, hanno descritto il proprio figlio come troppo legato alla madre, vivace e nervoso. Il bambino manifesta rabbia nel momento in cui le sue richieste non vengono soddisfatte.

Sin dalle prime manifestazioni, l'irrequietezza motoria ed il comportamento disubbidiente sono stati la causa di molti rimproveri inflitti a Carlo. I rapporti con i familiari venivano descritti dai genitori come molto buoni.

Un altro elemento che la madre poneva alla nostra attenzione faceva riferimento alla sfera emotiva. Il bambino era capace di comprendere i sentimenti degli altri. Lo stesso bambino sentiva l'esigenza di esser consolato quando si percepiva in difficoltà.

In occasione della prima seduta presso il Centro Studi Logos, è stato possibile osservare che Carlo era aggressivo e irritabile. Egli non gradiva le regole e non accettava le frustrazioni.

In questa sede, è stato evidente anche il ritardo del linguaggio del bambino in quanto si esprimeva attraverso vocalizzazioni che risultavano non facili da intendere.

Altro elemento riferito precedentemente dai genitori e che ha trovato conferma fa riferimento al tema degli sfinteri. Il bambino presentava un ritardo anche nel controllo degli sfinteri.

Il primo incontro ha, inoltre, offerto a noi la possibilità di poter osservare il significativo rapporto tra il bambino ed i suoi genitori. A quest'ultimi, il bambino era molto affezionato in special modo alla madre.

Il contatto oculare, i sorrisi e l'espressione delle emozioni, che vedevano protagonisti il figlio con i suoi due genitori, erano presenti nella norma. Presa visione soprattutto della presenza di quest'ultimi elementi, a noi sembrò adeguato formulare una diagnosi di Ritardo Mentale.

Così, si iniziò ad utilizzare il programma base per lo sviluppo logico e cognitivo "Voglia di Crescere" con l'obiettivo di intervenire su quelle capacità che il bambino presentava come deficitarie.

Durante i successivi incontri, i miglioramenti attesi non sono stati raggiunti ed inoltre il bambino palesava i sintomi peculiari dell'autismo. Era, infatti, possibile osservare stereotipie che caratterizzavano soprattutto il gioco.

Il bambino svolgeva l'attività ludica come se questa fosse un compito da dover svolgere in maniera sempre uguale o caratterizzata da scarsissima varietà. Riguardo al tema dell'interazione con il mondo esterno, era evidente l'estraniamento dalla realtà e l'isolamento dall'ambiente circostante.

Così, la comunicazione tra il piccolo ed il Dottore, incluse anche le tirocinanti, era davvero scarsa. L'occasione di un contatto fisico che poteva verificarsi tra Carlo ed un soggetto del CSL era per lui fonte di stress.

Infatti, egli manifestava di percepire questa eventuale vicinanza come qualcosa da evitare, in quanto poteva essere percepita come un'esperienza dolorosa.

Un'attenta osservazione aveva permesso di poter aggiungere, ai dati appena citati, che il sorriso era ben diverso da ciò che sembrava caratterizzarlo inizialmente.

Infatti, ora il suo sorriso era possibile definirlo come stereotipato e privo di una reale comunicazione. Gli elementi che erano emersi già in precedenza venivano ora ampliati da altri criteri. Così, è stato inevitabile dover passare da diagnosi di Ritardo Mentale a Disturbo dello Spettro dell'Autismo.

I tipi di intervento programmati per questo caso sono due:

- 1) Sulla madre, con il fine di aiutarla ad acquisire la capacità di poter gestire al meglio l'aggressività e l'irrequietezza del piccolo;
- 2) Su Carlo, per stimolare lo sviluppo delle aree carenti.

A tal fine, veniva proposto ai genitori la possibilità di dare avvio a delle sedute di psicoterapia individuali applicando il "Gioco Libero Autogestito. La madre e le due sorelline sono state coinvolte nei vari incontri.

Il percorso terapeutico è durato dieci mesi, per cui attualmente i rapporti tra il Centro Studi Logos e famiglia di Carlo sono conclusi.

In una prima fase, le sedute erano una a cadenza settimanale. Gli incontri si ripetevano ogni quindici giorni dal momento in cui sono stati visibili dei miglioramenti.

La durata di ogni singola seduta è stata di quarantacinque minuti.

Di seguito vengono presentate una seduta ogni cinque suddivise nelle rispettive aree: Produzione Linguistica; Contatto fisico e oculare; Giochi e attività; Area affettivo relazionale; Aggressività; Accettazione delle frustrazioni; Stereotipie fisiche e verbali; Attenzione e concentrazione.

Per ognuna di queste verrà data maggiore importanza a quegli aspetti da cui è possibile comprendere l'evoluzione di Carlo.

III.2.1 Produzione Linguistica

1^a seduta: Carlo parla a voce alta ma si esprime attraverso delle vocalizzazioni incomprensibili. In altre occasioni, accade che egli ripete più volte una stessa parola il cui senso non è collegato in alcun modo con ciò che accade in quel momento.

5^a seduta: Non è ancora possibile segnalare miglioramenti in tema di linguaggio verbale. Al contrario, in tema di linguaggio non verbale è possibile notare un cambiamento. Durante un gioco, se ha bisogno di aiuto, il bambino fa comprendere al suo interlocutore della sua necessità porgendogli il giocattolo.

10^a seduta: Finalmente è possibile riscontrare significativi miglioramenti anche nella comunicazione verbale. In tal senso, Carlo pronuncia parole come “ci siamo quasi”, “ecco” che sono coerenti con il contesto. Le vocalizzazioni sono dapprima diminuite per poi non esser più presenti. Così, il piccolo non si esprime più attraverso delle vocalizzazioni incomprensibili. In questa fase, il bambino ricorre sempre più alla comunicazione non verbale. In aggiunta all'uso, che già precedentemente abbiamo visto, il piccolo indica l'oggetto che vuole far vedere agli altri.

15^a seduta: Il bambino continua ad utilizzare con sempre maggiore frequenza il linguaggio non verbale. Inoltre, Carlo ripete termini appena sentiti. Ciò, probabilmente, con il fine di allenarsi nell'apprendimento di nuove parole. Durante le attività che svolge con il terapeuta, il fanciullo esprime continuamente uno stesso termine adeguato con il contesto.

20^a seduta: Rispetto all'inizio delle sedute, i miglioramenti di Carlo sono davvero tanti. Le vocalizzazioni sono svanite lasciando il posto alla pronuncia di singole parole. Da quest'ultime, il bambino ha acquisito la capacità di costruire frasi anche se brevi. Persiste ancora l'uso della terza persona per riferirsi a sé stesso.

III.2.2 Contatto Fisico e Oculare

1^aseduta: Sin dalla prima seduta, è possibile osservare la presenza del contatto oculare, che però non viene mantenuto per molto tempo. Il contatto fisico si palesa in maniera diversa in base se Carlo debba avvicinarsi alla madre e alle sorelle o al clinico. Egli, infatti, accetta volentieri il contatto con le sorelle ed è lui per primo che cerca di stare vicino alla madre. Al contrario, il bambino si sposta quando il terapeuta è nelle vicinanze.

5^aseduta: Le sedute si susseguono ed anche nell'area del contatto fisico e oculare, i cambiamenti iniziano a farsi notare. Il bambino tende ora ad avvicinarsi al clinico durante lo svolgimento delle sue attività. Egli, inoltre, sostiene maggiormente lo

sguardo del terapeuta. Il bambino guarda il clinico aspettando da questo un gesto di approvazione per il compito portato a termine.

10^a seduta: I miglioramenti di Carlo sono oramai evidenti. Nonostante tende a sfuggire dai gesti di affetto del terapeuta, accetta di stargli vicino. Il bambino guarda molto il terapeuta talvolta per chiedergli aiuto altre per ricevere approvazione e gratificazioni.

15^a seduta: Gli sguardi del bambino sono aumentati sia in termini di numero sia in termini di durata rispetto alla prima seduta. Il rapporto tra terapeuta ed il bambino è caratterizzato dall'aver raggiunto una complicità. Ciò si deduce dallo sguardo che i due si scambiano. In questa seduta, Carlo compie un altro passo avanti. Egli coinvolge anche la tirocinante, la quale segue i suoi incontri. Quest'ultima riesce ora a poter scambiare sguardi molti lunghi con il bambino. Il clinico può finalmente fare dei gesti affettuosi che il bambino accetta maggiormente rispetto all'inizio, specialmente quando è sereno.

20^a seduta: Il bambino usa lo sguardo per comunicare le sue emozioni. Inoltre, accetta sempre più volentieri il contatto fisico sia con il terapeuta sia con la tirocinante. Carlo si siede vicino al clinico appoggiandosi sulle sue gambe.

III.2.3 Giochi e Attività

1^a seduta: Sin dalla prima seduta, Carlo ha la possibilità di poter entrare nella stanza adibita per lo svolgimento dei giochi e attività. Nonostante vi sia la presenza di numerosi giochi, il bambino tende a scegliere sempre gli stessi non provando interesse per agli altri a sua disposizione. I giochi in cui il fanciullo si concentra risultano essere non adeguati alla sua età e sono ripetitivi e stereotipati. Per esempio: nel caso del puzzle, si impegna nella costruzione di questo ma senza seguire un metodo ben chiaro. Così, prova a caso le tessere e non accetta l'aiuto di nessuno.

5^a seduta: A differenza delle precedenti sedute, il piccolo si sofferma a svolgere le attività per un tempo più prolungato. Inoltre, il bambino pone la sua attenzione su un numero maggiore di giochi. Nonostante i suoi interessi aumentano, la sua attività prediletta rimane il puzzle. In occasione di ogni singola seduta, è infatti possibile osservare che egli è concentrato ripetutamente nel portare a termine la costruzione del puzzle, in modo da ricevere il maggior numero di complimenti dal terapeuta.

10^a seduta: Nelle precedenti sedute, il bambino occupava quasi la totalità del tempo nell'assemblare le tessere del medesimo puzzle. In questa seduta, si impegna a costruirne anche un altro che è costituito da più pezzi rispetto al precedente. I miglioramenti sono evidenti in quanto il bambino inizia ad impegnarsi in giochi più complessi e più adeguati alla sua età. Inoltre, Carlo prende sempre un contenitore pieno di oggetti e li versa a terra. Un volta che tutti i giochi sono sul pavimento, li raccoglie e li mette al suo posto. La sequenza si ripete per più volte. È come se il bambino voglia in questo modo comunicare il suo vissuto interiore. Infatti, potremmo paragonare il disordine causato dagli oggetti sparsi a terra alla sua intima esperienza di confusione, mentre il mettere tutto al loro posto come un tentativo di trovare una soluzione al suo disordine interiore che gli causa malessere.

15^a seduta: E' ridotto il tempo dedicato alla costruzione del puzzle e a creare

confusione nella stanza. Il bambino preferisce altri giochi tra cui una macchinina. Carlo osserva le ruote di questa macchina giocattolo. Sembra sia interessato a cercare di capire il processo meccanico che permette ai quattro pneumatici di muoversi. Le attività svolte dal piccolo iniziano ad essere adeguati anche alla sua età. Il rapporto tra terapeuta e bambino è caratterizzato da un elemento di novità. Egli è contento di condividere le sue attività con il clinico.

20^a seduta: I giochi ripetitivi e stereotipati lasciano finalmente il posto ad attività più complesse. Durante l'incontro, egli non svolge più molteplici giochi ma preferisce sperimentare diverse alternative di uso di uno stesso oggetto. Rispetto le prime sedute, Carlo desidera la partecipazione dello psicologo o, in caso quest'ultimo sia momentaneamente assente, cerca la complicità della tirocinante per svolgere un compito.

III.2.4 Area affettivo relazionale

1^a seduta: Il rapporto tra Carlo e la madre è molto particolare. La relazione tra i due è caratterizzata dal paradigma amore-odio. Il bambino, infatti, cerca la madre ma allo stesso tempo sembra rifiutarla. Nei confronti della sorella maggiore, invece, egli ha una reazione diversa. Il bambino accetta la sua vicinanza e ciò che lei gli propone. All'opposto, il fanciullo rifiuta i tentativi di interazione da parte del terapeuta. I sorrisi di Carlo sono stereotipati. Il bambino applica questo tipo di sorriso per nascondere il suo vero vissuto interiore. Egli decide di velare ciò che realmente prova perché non si fida delle persone che lo circondano.

5^a seduta: La relazione tra Carlo ed il terapeuta è cambiata in positivo. Durante lo svolgimento di alcune attività, egli cerca l'aiuto o i complimenti dello psicologo.

10^a seduta: I sorrisi del bambino non sono più solo stereotipati. È possibile osservare anche dei sorrisi che rispecchiano realmente il suo stato d'animo.

15^a seduta: Il rapporto tra terapeuta ed il bambino diventa sempre più contraddistinto di complicità. Il piccolo non cerca più l'aiuto del clinico ma desidera condividere con lui l'attività che svolge. In accordo con ciò che riferisce la madre, il bambino appare più sereno.

20^a seduta: In tale occasione, i miglioramenti del piccolo sono molto evidenti. Il bambino non ha più il sorriso stereotipato delle prime sedute. Egli si è lasciato libero di emettere una risata sincera e spontanea insieme al terapeuta.

III.2.5 Aggressività

1^a seduta: è stato possibile osservare che il bambino manifesta nervosismo e irritabilità specialmente quando è presente la madre. Egli manifesta il suo disappunto anche quando il gioco non procede come desidera. Nei confronti della madre, inoltre è ancora più aggressivo in occasione del termine della seduta. Il piccolo, infatti, vorrebbe rimanere al centro per continuare a giocare.

5^a seduta: Nel momento in cui il terapeuta lascia il piccolo da solo, è possibile osservare una reazione particolare. Il piccolo emette dei gridolini per manifestare il suo

disagio e per cercare di ristabilire la vicinanza con il terapeuta.

10^a seduta: Il bambino reagisce in maniera diversa all'allontanamento del terapeuta. Il piccolo, infatti, decide di seguire il clinico. In quasi tutte le sedute, Carlo getta sul pavimento alcuni oggetti creando così disordine. Tale sequenza d'azioni è possibile interpretarla come mezzo per esprimere la sua rabbia. Il bambino riordina gli oggetti come per cercare di affrontare e gestire i suoi sentimenti negativi.

15^a seduta: Ancora il bambino sente il bisogno di gettare a terra gli oggetti per poi rimetterli al loro posto.

20^a seduta: Il rapporto tra il bambino e la madre è migliorato. In tal senso, quest'ultima riferisce un episodio: il bambino spesso cerca la sua mamma per giocare insieme quando sono a casa.

III.2.6 Accettazione delle frustrazioni

1^a seduta: Il bambino non accetta suggerimenti durante lo svolgimento delle sue attività e si arrabbia se non riesce a portarla a termine. Inoltre, Carlo rifiuta le regole. Così, urla nel momento in cui la seduta giunge al termine e deve lasciare il centro.

5^a seduta: Il bambino inizia ad accettare la regola che una volta terminata la seduta lui deve lasciare la struttura. Infatti, i suoi incontri terminano più serenamente oramai.

10^a seduta: Secondo il bambino spetta a lui stesso gestire le attività. Nessuno può prendere alcuna iniziativa in quanto in tal caso egli indispettito abbandona il gioco.

15^a seduta: Il bambino accoglie di buon grado le proposte degli altri. Il terapeuta può suggerire un gioco senza che il piccolo si iriti per questo.

20^a seduta: I miglioramenti sono evidenti anche in quest'area infatti il piccolo accetta le regole. Al contrario di ciò che accade presso il Centro, la madre riferisce che il bambino si impone con il fine di soddisfare i suoi desideri quando è a casa.

III.2.7 Stereotipie fisiche e verbali

1^a seduta: Carlo presenta stereotipie verbali. In tal senso, egli si esprime mediante vocalizzazioni per tutta la durata della seduta. All'opposto, il bambino non presenta stereotipie motorie e fisiche. Gli interessi del bambino sono ripetitivi e ristretti. Egli, infatti, sceglie gli stessi giochi.

5^a seduta: Non si notano cambiamenti rispetto al periodo antecedente. Egli, infatti, completa lo stesso puzzle durante la seduta. In questo modo, il bambino riesce ad ottenere gratificazioni da parte del terapeuta riducendo così il suo disagio interiore. In altre parole, possiamo intendere la ripetizione di questa attività in termini di stereotipia. Un modo, quindi, per ridurre il suo malessere. In tale occasione, non sono presenti stereotipie verbali.

10^a seduta: Carlo non si esprime più attraverso le vocalizzazioni. Il piccolo esprime piccole parole anche se, quest'ultime sono pronunciate in maniera spesso ecolalica. Nonostante svolge diversi giochi, questo si presenta sempre come stereotipato in quanto continua a ripetere la medesima attività. Egli getta gli oggetti sul pavimento e

poi li ordina ripetendo la stessa sequenza.

15ª seduta: Egli ripete le stesse parole raramente. Inoltre, anche i suoi interessi stereotipati sono scomparsi ed il bambino svolge diversi giochi ma solo una volta.

20ª seduta: Il bambino produce piccole parole e brevi frasi comprensibili e coerenti con il contesto. È possibile notare una differenza rispetto alle sedute precedenti in quanto, Carlo fa un uso diversificato dei giochi. Le sue attività sono sempre più complesse.

III.2.8 Attenzione e Concentrazione

1ª seduta: Durante lo svolgimento delle attività, Carlo mostra un'eccessiva attenzione a tal punto da isolarsi e non accorgersi di tutto quello che succede all'interno della stanza. Egli utilizza sempre gli stessi oggetti in maniera stereotipata mostrando poco interesse verso gli altri giocattoli e verso l'ambiente circostante.

5ª seduta: è ancora possibile osservare la preferenza di Carlo per determinati giochi in quanto, ignora la presenza di altro materiale a sua disposizione. I suoi periodi di isolamento sono ridotti poiché si nota che egli appena finisce il puzzle tende a coinvolgere il terapeuta nel gioco.

10ª seduta: Finalmente Carlo pone la sua attenzione verso l'ambiente circostante. Ad esempio: il bambino sente squillare il telefono e si volta verso il terapeuta che, a sua volta, si allontana dalla stanza. In questa occasione, il bambino mostra un atteggiamento di tristezza e risentimento per essere rimasto solo. Questi atteggiamenti non sono stati notati nelle sedute precedenti.

15ª seduta: In questa seduta, il piccolo mostra maggiore interesse nei confronti delle attività svolte e dell'ambiente circostante. Non si notano momenti di isolamento, in quanto, il bambino coinvolge le persone presenti nei suoi giochi. Egli, inoltre, mostra interesse e concentrazione nel comprendere le spiegazioni del terapeuta circa l'utilizzo di alcuni giocattoli.

20ª seduta: A tutto ciò si aggiunge una sua particolare attenzione a non ferire se stesso e gli altri durante lo svolgimento dei suoi compiti. In egual modo, non calpesta gli oggetti presenti sul pavimento dopo averli utilizzati.

III.2.9 Discussione

Il caso di Carlo ci ha dato la possibilità di comprendere concretamente come una stessa patologia possa palesarsi in maniera diversa. I sorrisi e l'attaccamento, diremo morboso, tra il bambino e la madre non ha permesso di porre sin da subito la diagnosi di autismo.

È usuale ritenere che per fare diagnosi di autismo vi sia infatti assenza di sorriso e attaccamento. La terapia ha permesso a Carlo di ottenere diversi miglioramenti sia in termini qualitativi sia in termini quantitativi.

Nello specifico, il piccolo ha mostrato evidenti miglioramenti sul piano linguistico, affettivo e relazionale. Carlo è riuscito finalmente a manifestare e gestire le proprie emozioni.

Questo gli ha permesso di liberarsi dalle sue ansie e paure. Una volta raggiunto questa competenza, è possibile per il bambino volgere il suo interesse verso gli altri. Così è aumentato il piacere di entrare in relazione con l'altro. È possibile dedurre che il piccolo ha "alzato un muro" fra sé e gli altri a causa di esperienze che in passato gli hanno causato angoscia. Un altro elemento degno di nota è l'aggressività.

Il piccolo accetta le regole e le frustrazioni che mano a mano si presentano durante le varie sedute. Parallelamente ai miglioramenti di Carlo, è possibile verificare la presenza di miglioramenti anche nella madre.

Alla fine del percorso terapeutico, la madre è più serena. Ciò, infatti, è possibile concluderlo dall'osservare il volto rilassato della donna. Il rapporto tra madre e figlio ha ottenuto diversi miglioramenti, in quanto è diventato meno disfunzionale. Il bambino cerca la madre per renderla partecipe delle sue attività e attende da parte di questa una gratificazione⁷⁹.

III.3 Caso clinico: Giuseppe e le due diverse figure genitoriali.

Giuseppe è un ragazzino secondogenito che attualmente ha 12 anni ed è nato da gravidanza conclusa con parto cesareo, qualche giorno prima del termine.

Dall'anamnesi familiare e ambientale si evidenzia che la madre prima di rimanere incinta del primogenito ha subito tre aborti spontanei ed ha effettuato molti esami medici e terapie per riuscire ad avere figli. Durante la gravidanza la donna è stata costretta a rimanere a letto fino al quinto mese per evitare che si potesse ripetere l'eventualità di un altro aborto spontaneo.

Il linguaggio del bambino non segue la sua normale evoluzione. Giuseppe non riesce a comunicare i suoi desideri a tre anni. Verso i quaranta mesi una volta inserito nella scuola materna, emergono ancora di più le difficoltà del bambino nel giocare e nel relazionarsi con i coetanei nonostante l'aiuto dell'insegnante di sostegno. Il bambino appare, infatti, molto irrequieto e instabile. Inoltre, egli preferisce giocare da solo e si isola dal contesto classe.

A 6 anni e 10 mesi, i genitori di Giuseppe decidono di far visitare e seguire il bambino presso il Centro Studi Logos di Messina.

Nel Centro durante le prime osservazioni si è potuto notare:

- dal punto Psicico, il bambino presenta capacità intellettive ritardate, inoltre la presenza di perseverazioni solo per le cose che lo interessano e paura dei lampi e tuoni;
- dal punto di vista Relazionale e Sociale, Giuseppe manifesta un'assenza di desideriodi contatto fisico,non partecipazione ai giochi sociali ed infine un comportamento spesso irrequieto e quasi disubbidiente;
- nell'area della Produzione Linguistica, il bambino ha dimostrato uno sviluppo di quindici mesi. Egli ha usato dei suoni poco articolati e i genitori hanno riferito che riesce a pronunciare solo circa due parole in maniera comprensibile;
- a livello Motorio,il bambino presenta iperattività e instabilità psicomotoria.

⁷⁹ per la realizzazione di questa sezione, si rimanda alla gentile concessione del sito www.cslogos.it sito in Messina

- area dell'abilità di Pre-scrittura: Giuseppe ha uno sviluppo paragonabile a quello di un altro bambino dell'età di 24 mesi;
- dal punto di vista Neuropsicologico, egli ha un'attenzione estremamente labile;
- molto scarsa è l'autonomia personale e sociale.

Presa visione di quanto appena riferito e grazie ad alcuni colloqui con i genitori, il CSL ha deciso di affrontare i problemi di Giuseppe con l'obiettivo di migliorare l'ambiente familiare caratterizzato da frequenti conflitti coniugali.

Nei confronti dei genitori si interviene in due sensi: migliorare il loro vissuto nei confronti del bambino ed il loro stile educativo. Nei confronti di Giuseppe, si è tentato di migliorare le sue capacità intellettive mediante l'uso di un programma di stimolazione logico-cognitiva "Voglia di Crescere" ed inoltre seguendo delle sedute di psicomotricità e logoterapia.

Da tali interventi è stato possibile osservare solo dei modesti risultati positivi soprattutto nell'area dell'instabilità. In riferimento alle sue capacità relazionali e linguistiche, invece, non si riscontrano miglioramenti.

Gli esiti sperati non sono stati raggiunti probabilmente a causa di una metodologia usata che potremmo considerare inadeguata. A tal fine si è optato verso un intervento diverso.

Il terapeuta del Centro Studi Logos ha inserito Giuseppe in un percorso psicoterapeutico di tipo affettivo, relazionale, denominato "Terapia del Gioco Libero Autogestito".

All'interno del Centro il bambino è stato libero di muoversi a suo piacere e scegliere i giocattoli che preferisce. Inizialmente la sua libertà in tal senso è stata quasi assoluta e l'unico limite consiste nel non fare male a sé stesso e agli altri. Nel momento in cui si è potuto osservare che le sue capacità di controllo del comportamento sono migliorate e la frustrazione diminuita, sono stati inseriti piccoli limiti con il fine di verificare il suo grado di resistenza alle frustrazioni.

I tipi di intervento programmati in riferimento a questo caso sono quattro:

- 1) Sulla coppia genitoriale, con l'obiettivo di migliorare il loro rapporto molto conflittuale;
- 2) Sulla madre, per aiutarla a gestire il proprio carattere estremamente focoso e impetuoso;
- 3) Sul rapporto genitori-figlio, in modo da comprendere le cause dei comportamenti disturbanti del figlio e le modalità più opportune per attenuarli.
- 4) Su bambino, al fine di stimolare la sua libera espressione emotiva e relazionale.

La psicoterapia di Giuseppe fino ad ora in corso viene effettuata in modalità individuale dal terapeuta con la sola presenza di uno psicologo osservatore. Le sedute si svolgono una-due volte a settimana e hanno una durata di trenta-quarantacinque minuti.

Di seguito vengono presentate una seduta ogni cinque suddivise in aree. Per ognuna di queste verrà data maggiore importanza a quegli aspetti da cui è possibile comprendere l'evoluzione di Giuseppe.

III.3.1 Produzione linguistica

1^a seduta: Giuseppe emette dei suoni ma nessuno di questi è riconducibile a parole o frasi di senso compiuto.

5^a seduta: Il bambino inizia a comunicare attraverso il linguaggio non verbale. Per esempio: comunica di essere felice battendo le mani.

10^a seduta: Il bambino vuole essere preso in braccio in modo da poter raggiungere gli oggetti di suo interesse indicandoli con gesti. Inoltre Giuseppe inizia a rispondere con un “sì” o “no” a domande del terapeuta.

15^a seduta: il bambino inizia a ripetere delle parole come: “oh no!”, “tutto”, “mio”, “gatto” (gatto) ed inizia a farsi comprendere anche quando non verbalizza in modo chiaro.

20^a seduta: Giuseppe continua a pronunciare altre parole che si aggiungono a quelle già menzionate prima come: “tao” (ciao), “toto” (tonno), “taolo” (tavolo).

25^a seduta: Il bambino continua ad ampliare sempre più il numero delle parole che pronuncia. Ora si aggiungono: “atta” (acqua), “tate” (patate), “lane” (latte).

30^a seduta: Giuseppe risponde alle domande con un “sì” o “no” ed esprime il suo dispiacere esclamando “oh no!”

35^a seduta: Si è potuto osservare che il bambino durante il gioco esclama più volte la parola “attenti” e per richiamare l’attenzione del terapeuta lo chiama “dottore”.

40^a seduta: Giuseppe pronuncia delle nuove paroline che sono: “nini” (nino), “titti” (canarino), “tutti” (tutti), “nu” (nudo), “tataina” (caterina). Inoltre, egli esprime il termine “nonno” ed anticipa questo con l’articolo “il”. Inoltre il bambino sa fare il verso del cane, gatto e gallina.

45^a seduta: nonostante i tanti miglioramenti riscontrabili nelle altre aree, è possibile osservare come ancora Giuseppe comunichi attraverso parole singole e gesti. Il bambino ancora non formula una frase completa.

III.3.2 Contatto fisico e oculare

1^a seduta: si nota l’assenza di contatto fisico tra Giuseppe e la psicologa osservatrice. Il contatto oculare è quasi totalmente assente durante la seduta.

5^a seduta: Per comunicare in maniera non verbale con il terapeuta, Giuseppe inizia a servirsi di un contatto oculare.

10^a seduta: Il bambino inizia ad accettare il contatto fisico con l’altro in quanto è lui stesso che lo richiede. Giuseppe gioca con il terapeuta a farsi vicendevolmente il solletico.

15^a seduta: Giuseppe ricerca con maggiore frequenza un contatto fisico con il terapeuta durante questa seduta. Ciò rappresenta chiaramente un progresso in quanto precedentemente il bambino né accettava, né cercava il contatto con lo psicologo.

20^a seduta: Non vi sono altri elementi da sottolineare.

25^a seduta: Giuseppe ricerca e accetta un contatto fisico con il terapeuta. Si può osservare che al gesto del professionista di mettere una mano sulla spalla del bambino lui, a sua volta, risponde accettando il gesto con piacere. Giunti alla conclusione della seduta, contento per aver fatto funzionare un gioco, Giuseppe abbraccia il terapeuta.

30^a seduta: Il bambino desidera un oggetto che però è posto troppo in alto nello scaffale quindi con lo scopo di ottenerlo richiama l'attenzione del professionista toccando il suo braccio. Anche in questa seduta Giuseppe si lascia fare il solletico dal terapeuta mostrando divertimento per l'interazione appena instaurata.

35^a seduta: Oramai il bambino accetta il contatto fisico e oculare altrui. Egli, inoltre, abbraccia il terapeuta per palesare la sua gioia.

40^a seduta: Si continua a poter osservare quanto il contatto fisico e oculare tra Giuseppe ed il terapeuta dura molto più a lungo.

45^a seduta: Si nota un ulteriore progresso. La postura del bambino non è più di schiena nemmeno inizialmente. Giuseppe ha una postura fianco a fianco e faccia a faccia con il professionista. Si nota quindi come ci sia un cambiamento nel bisogno insito in tali atteggiamenti.

Prima, Giuseppe manifestava un bisogno di protezione. Ora, il bambino è molto più sicuro di se stesso tanto da poter sostenere il contatto e interazione con l'altro.

III.3.3 Giochi e attività

1^a seduta: Giuseppe sembra che non sappia come e con cosa giocare quindi cerca tra i vari scaffali e cassetti in maniera molto agitata. La ricerca termina quando il bambino trova un gioco musicale che lo attrae e quindi inizia a suonarlo. Il suo interesse da lì a poco però si sposta verso un altro gioco che consiste nell'inserimento di alcuni gettoni all'interno di una mascherina. Quest'ultimo gioco il bambino lo effettua da solo.

5^a seduta: Giuseppe, appena giunto al Centro, rovista tra i cassetti e inizialmente si sofferma a giocare con un cellulare-giocattolo. Successivamente il suo interesse si focalizza su un album di figurine che sfoglia. Infine viene attratto da un cd del programma "Voglia di Crescere" che inserisce nel computer e a sua volta cerca di rispondere correttamente alle varie schede.

10^a seduta: Anche questo incontro inizia con la fase esplorativa del bambino che culmina con il trovare un tagliacarte. Per la prima volta, Giuseppe coinvolge nel suo gioco il tirocinante con cui simula un attacco. A ciò si aggiunge l'inseguimento del terapeuta ed il solleticarlo. Tutto ciò rappresenta chiaramente un passo avanti importante. In particolare, nella costruzione di significati all'interno del mondo del bambino e nello svolgimento di giochi costruttivi.

15^a seduta: Giuseppe si focalizza sullo smontare e montare l'involucro di un orologio da tavolo focalizzandosi così su attività costruttive.

20^a seduta: Il bambino in questo incontro si dedica ad una nuova attività: preparare il caffè. Così, Giuseppe aiutato dallo stesso terapeuta compie i vari passaggi indispensabili per la preparazione del caffè. Una volta che quest'ultimo è pronto, il

bambino decide di offrirlo a tutto il personale del Centro Studi Logos. Una volta terminata tale attività, l'attenzione di Giuseppe si focalizza su una cassetta di legno. Il bambino, appena ottiene il consenso del professionista, s'impegna verso la distruzione della medesima. Tale azione certamente avrà dato la possibilità al bambino di poter sfogare la sua aggressività e tensione interiore. Nonostante l'aver potuto ottenere da ciò un tale beneficio, probabilmente il bambino si è sentito in colpa per la confusione che ha provocato quindi volge il suo sguardo verso un'aspirapolvere che tenta invano di azionare. Purtroppo egli non riesce nel proprio obiettivo allora abbandona l'oggetto per dedicarsi ad altro.

Questo incontro lo possiamo definire di certo il più importante di tutto il percorso psicoterapico con il bambino. Giuseppe, attraverso le sue attività, ha manifestato tre bisogni:

- 1) il bisogno di donare il proprio amore agli altri che si manifesta nel preparare il caffè con il fine di offrirlo;
- 2) il bisogno di liberarsi dalla tensione e aggressività (distruzione della cassetta di legno);
- 3) il bisogno di far tacere i suoi sensi di colpa (l'utilizzo dell'aspirapolvere).

25^a seduta: Questo è un altro incontro molto importante in quanto possiamo osservare altri miglioramenti nel bambino. Innanzitutto Giuseppe accetta la richiesta del terapeuta di collaborare nella composizione del puzzle. Il professionista mostra al bambino i pezzi mentre Giuseppe, a sua volta, prima li osserva e poi li pone nella giusta collocazione. Si crea così una lunga interazione fra il terapeuta ed il bambino fino ad ora impensabile. In tale occasione assistiamo ad un ulteriore passo verso il progresso in quanto ormai Giuseppe si dedica alle sue attività in maniera ordinata. Quest'ultime vengono ora svolte dal bambino senza alcuna confusione ma una per volta. Nello specifico, Giuseppe terminato il puzzle decide di occupare il suo tempo giocando con un trenino.

30^a seduta: In tale seduta, l'obiettivo del bambino è quello di aprire un giocattolo per prendere la macchinetta posta al suo interno. Inizialmente malgrado vari tentativi, Giuseppe non riesce a realizzare il suo obiettivo. Tutto ciò è causa di frustrazione nel bambino che, a sua volta, manifesta buttando il giocattolo a terra. Egli viene tranquillizzato, incoraggiato ed aiutato dal terapeuta. La reazione di Giuseppe è di felicità per un tale atteggiamento da parte del professionista nei suoi confronti.

35^a seduta: Oramai i progressi che si possono riscontrare in tale area sono notevoli. Ora possiamo osservare come Giuseppe adoperi gli oggetti non più solo per manipolarli ma per inventare nuovi giochi. Le attività e giochi del bambino ora sono vicine a quelle di un altro in cui non è possibile riscontrare un grave disagio psicologico.

40^a seduta: Inizialmente Giuseppe si reca in cucina per ristorarsi. Successivamente passa alla stanza dei tirocinanti. Qui la sua curiosità è volta verso un quadro in cui è raffigurata una donna. Anche stavolta le attività di Giuseppe coinvolgono il dottore infatti entrambi scherzano in riferimento alla tela. Successivamente, il gioco di interesse del bambino consiste nel tagliare insieme al professionista alcuni fogli di carta.

45^aseduta: anche in questo incontro il ragazzino riprende a giocare con le figurine però stavolta con un elemento nuovo. Precedentemente quelle ripetute le strappava invece, ora, le mette da parte manifestando così una crescente tranquillità. Successivamente ad un tale gioco, egli trova una cassetta degli attrezzi giocattolo. Il bambino così servendosi di tutti gli utensili costruisce un giocattolo. Una volta che quest'ultimo è stato portato a termine, il bambino entra nello studio del terapeuta. L'attenzione di Giuseppe viene attratta da un orologio ma stavolta il professionista gli chiede di non smontarlo ed il bambino obbedisce ad un tale divieto senza manifestare alcuna frustrazione. Giuseppe, infatti, sposta subito il suo interesse verso un file di musica ma non riuscendo ad aprirlo si innervosisce ma anche stavolta senza particolari problemi si dedica ad un'altra attività.

III.3.4 Area affettivo-relazionale

1^aseduta: Giuseppe è chiuso nel suo mondo. Non vengono rilevati né atteggiamenti affettivo-relazionali da parte del bambino né contatto oculare nei confronti di coloro presenti nel corso della psicoterapia.

5^aseduta: Si inizia a costruire un'alleanza terapeutica tra Giuseppe ed il terapeuta. Il bambino inizia ad accettare la presenza del terapeuta e con egli inizia ad intrattenersi anche se brevemente ed in modo disordinato.

10^aseduta: Si può osservare una maggiore apertura da parte del ragazzino nei confronti del mondo e a coloro che gli stanno accanto rivolge dei sorrisi spontanei e non stereotipati.

15^aseduta: Il bambino è sempre più in contatto anche fisico con il terapeuta.

20^aseduta: Giuseppe interagisce sempre più e con meno difese nei confronti del terapeuta.

25^aseduta: Il bambino sembra sempre più in sintonia con il terapeuta. Giuseppe in un momento di felicità abbraccia il terapeuta con il fine di comunicargli in maniera indiretta quanto si è affezionato a lui.

30^aseduta: E' lo stesso bambino a ricercare il contatto fisico ed emotivo con il terapeuta. Esempio: Giuseppe coinvolge il terapeuta nel farsi vicendevolmente il solletico.

35^aseduta: Il bambino richiama l'attenzione del professionista in un'occasione in cui nota la sua assenza.

40^aseduta: Il contatto con il professionista è gioioso e traspare che Giuseppe si affida completamente al terapeuta avendo fiducia in lui.

III.3.5 Aggressività

1^aseduta: Nel bambino non si notano segni di aggressività. Si suppone che ciò sia dovuto dalla chiusura in se stesso del soggetto.

5^aseduta: Neanche in tale incontro è possibile osservare manifestazioni di aggressività.

10ª seduta: Durante tale seduta in occasione di un finto “attacco” con un tagliacarte nei confronti della tirocinante è possibile notare elementi importanti circa tale area. Tale gesto potrebbe essere considerato come apertura di quella parte dell’Io in cui risiede l’aggressività. Una volta che l’alleanza terapeutica si instaura e si intensifica, la tensione interiore e la rabbia si stanno lentamente riversando verso l’esterno.

15ª seduta: La sua tensione e frustrazione interiori sono presenti e si palesano con chiari gesti di rifiuto. Tale conclusione si deduce da un episodio avvenuto in tale seduta: Giuseppe prende dei fiori ed il terapeuta lo invita a donarli alla madre. Il bambino, invece, li porge alla tirocinante. Immediatamente però il bambino prova un forte senso di colpa a causa della tensione emotiva che si è creata a seguito del suo gesto quindi riprende i fiori e li getta dal balcone. Tale evento indica soprattutto il tentativo del bambino di gestire una serie di sentimenti negativi manifestandoli all’esterno invece di covarli all’interno.

20ª seduta: In questa seduta facciamo riferimento a quell’episodio che già in precedenza abbiamo accennato. Giuseppe in tale incontro finalmente si sente libero di poter sfogare la sua aggressività. Il bambino trova una cassetta di legno e inizia a romperne solo un pezzo e aspetta che il terapeuta lo rimprovera circa un tale gesto. Il professionista invece lo asseconda. Così il bambino, sentendosi libero, di distrugge tutta la costruzione. Dopo essersi liberato dai sentimenti negativi, il ragazzino viene colto dal senso di colpa e per riparare il danno compiuto cerca di usare un’aspirapolvere. Questo atteggiamento è dovuto ad un meccanismo di difesa definito “annullamento retroattivo” che consiste nel cercare di annullare un’azione effettuata precedentemente (dalla quale sono scaturiti sentimenti negativi e di colpa) attraverso lo svolgimento di un’altra con caratteristiche positive.

25ª seduta: In questo incontro, Giuseppe manifesta la sua aggressività ma senza una connotazione distruttiva. In particolare, il bambino butta sul pavimento degli oggetti che erano posti su una mensola. È come se il bambino vuol distruggere un apparente ordine per creare una situazione di caos, col fine di liberarsi dalla tensione che lo invade. Inoltre, in tale seduta, Giuseppe rompe la vela della barchetta che rappresentava il suo oggetto transazionale.

30ª seduta: Il bambino appare sereno durante tutto l’incontro. Giuseppe svolge le sue attività con atteggiamento calmo senza palesare alcuna ostilità.

35ª seduta: Il bambino manifesta una maggiore tranquillità riscontrabile anche nei genitori soprattutto nella madre. I progressi ottenuti durante il percorso terapeutico hanno migliorato lo stato d’animo del bambino ed anche il rapporto tra quest’ultimo e i genitori. Quest’ultimi hanno potuto osservare la tranquillità nel figlio quindi essi si sono rasserenati fino a migliorare il loro modo di relazionarsi con il bambino.

40ª seduta: In tale incontro si continuano a poter osservare i miglioramenti raggiunti fino ad ora però sussistono ancora delle problematiche nella relazione coniugale. Il padre, infatti, si rivolge al professionista per cercare di ottenere un consiglio su come aiutare la moglie ad essere meno aggressiva nei suoi confronti.

III.3.6 Accettazione delle frustrazioni

1^aseduta: Il bambino è chiuso in se stesso. Ne emerge quindi che non manifesta esteriormente né la sua aggressività né la sua tensione. Ciò ovviamente determina una difficile tolleranza delle frustrazioni provenienti dall'ambiente esterno. Questa difficoltà si palesa durante tale incontro: Giuseppe non riesce a focalizzare la sua attenzione su una sequenza logica e ordinata di attività. Infatti, egli ha un atteggiamento molto irrequieto che si manifesta nella continua ricerca di qualcosa che lo possa interessare.

5^aseduta: Giuseppe non riesce ancora a tollerare le frustrazioni ma assume un atteggiamento collaborante con il terapeuta anche se ancora a fasi alterne.

10^aseduta: In tale seduta finalmente vi è una prima apertura di quella parte dell'Io in cui si trova l'aggressività. La possibilità di poter scaricare anche in minima parte la sua aggressività crea nel bambino uno stato di tensione interiore minore. Giuseppe, così, può tollerare con più facilità le sue frustrazioni. Ciò permette al bambino di poter gestire un conflitto di sentimenti negativi in maniera più funzionale. Il fanciullo svolge, così, il suo primo gioco costruttivo.

15^aseduta: In tale seduta il bambino torna ad avere dei comportamenti irrequieti e frenetici. Quest'ultimi forse sono dovuti alla pausa estiva che ha indebolito l'alleanza terapeutica che si era ormai costruita con il professionista. Giuseppe non è riuscito ad attendere che il professionista concludesse il colloquio con i genitori e più volte ha cercato di attirare l'attenzione del terapeuta su di sé.

20^a seduta: Anche in questo incontro Giuseppe manifesta dei comportamenti di irrequietezza però vi sono delle occasioni in cui il bambino riesce a controllare la sua frenesia seguendo le indicazioni che gli vengono proposte. Nello specifico: non beve una bevanda che aveva preparato unendo fra loro vari ingredienti per nulla alimentari, segue i consigli della tirocinante per la preparazione del caffè ed infine accetta di concludere la seduta lasciando il Centro con il padre.

25^aseduta: In questa seduta possiamo sottolineare l'importanza di alcuni comportamenti di Giuseppe attraverso cui mostra una maggiore capacità di accettare le frustrazioni. Sin da subito segue le indicazioni del terapeuta. Di conseguenza si crea una lunga interazione tra i due. Inoltre il bambino manifesta il suo dispiacere per aver rotto involontariamente le vele di una barchetta. In questo caso il bambino non trattiene in sé stesso i sentimenti negativi ma li manifesta sia verbalmente che attraverso i gesti. In tale occasione è importante evidenziare che paziente e terapeuta sono in piena sintonizzazione affettiva. Ciò si manifesta nel fatto che Giuseppe osserva le azioni del professionista e così riesce a gestire irrequietezza e tensione che solitamente non gli davano la possibilità di poter avere lunghi tempi di attenzione.

30^aseduta: Tale seduta ha luogo successivamente ad un'altra pausa però Giuseppe, a differenza dalla precedente, riesce ad accettare la frustrazione in quanto subentra nuovamente l'alleanza. In particolare, Giuseppe mostra fiducia e sicurezza verso la figura del terapeuta in quanto appena giunto nel Centro cerca quel giocattolo che aveva precedentemente scelto di lasciare qui invece di portarlo con sé. Il bambino ha mostrato di certo dei miglioramenti però si verificano ancora delle situazioni in cui

non riesce a contenere le sue frustrazioni reagendo d'impulso. Tale reazione avviene in un primo momento ma subito dopo il bambino riprende il controllo della situazione. Per esempio: Giuseppe non riesce ad aprire un giocattolo. Inizialmente getta l'oggetto a terra con rabbia. Successivamente lo riprende ritornando al suo intento che raggiunge con successo.

35ªseduta: In tale occasione ci soffermiamo su quella attività grazie alla quale possiamo notare i progressi effettuati. Giuseppe si sofferma per lungo tempo sull'utilizzo della fotocopiatrice in maniera serena. Tale stato interiore di serenità però è da lì a poco destinato a rompersi in quanto l'oggetto si guasta. Il bambino causa di ciò subentra nel bambino una tristezza e frustrazione per l'accaduto quindi inizia ad agitarsi ma da lì a poco decide di cambiare attività. Così Giuseppe, invece, di farsi sopraffare dai sentimenti negativi, decide di volgersi verso una soluzione funzionale. E' possibile notare che il bambino mostra la sua capacità di problem-solving e un pensiero flessibile che si adatta alle circostanze.

40ªseduta: In occasione di tale seduta un episodio particolare merita la nostra attenzione. Per la prima volta, Giuseppe manifesta curiosità verso un quadro in cui è raffigurata una donna che mostra un seno. Dopo aver scherzato insieme al professionista riguardo al tema della tela, il bambino incuriosito tenta di toccare una delle collaboratrici del Centro Studi Logos. Il terapeuta immediatamente interviene in maniera ferma ed il ragazzino inizia a dedicarsi ad un'altra attività senza che si possa riscontrare in lui una sofferenza per il divieto che gli è stato imposto.

III.3.7 Stereotipie Fisiche e Verbali

1ªseduta: Nel corso di tutta la seduta, Giuseppe emette dei suoni che però non possono essere intesi come parole o frasi di senso compiuto.

5ªseduta: In questo incontro è possibile osservare solo un breve momento in cui il bambino si dondola in maniera stereotipata sulla sedia.

10ªseduta: In questa seduta è possibile osservare un cambiamento nella mimica facciale ovvero un sorriso non stereotipato e più spontaneo.

15ªseduta: Ancora sussistono degli atteggiamenti compulsivi, frenetici e stereotipati durante l'esplorazione dell'ambiente circostante.

20ªseduta: Giuseppe presenta una maggiore tensione interiore che manifesta in comportamenti stereotipati durante l'attività ludica. Nello specifico, il bambino pone, in maniera compulsiva e ossessiva, lo scotch intorno alla lente d'ingrandimento fino al termine del nastro adesivo.

25ªseduta: Tale seduta avviene dopo otto mesi dall'avvio del percorso terapeutico ed è già in questa che riusciamo a poter osservare dei importanti progressi. Giuseppe finalmente si dedica alla realizzazione del puzzle con serenità senza farsi distrarre dagli stimoli esterni irrilevanti e senza movimenti ripetitivi a tratti stereotipati.

30ªseduta: Durante questo incontro non si rilevano particolari episodi stereotipati rispetto a quelli menzionati in precedenza.

35ªseduta: Fino a qualche settimana fa Giuseppe focalizzava la sua attenzione

solo su una attività. Ora, egli si dedica a più attività costruttive. Il bambino è meno rigido e ripetitivo durante il gioco ed anche le sue espressioni facciali non mostrano rigidità.

40^a seduta: Il bambino non presenta stereotipie fisiche e verbali. Il suo modo di giocare si avvicina sempre più a quello tipico di un altro bambino della sua età privo di un disagio psicologico. E' possibile osservare, nello specifico, che il bambino appare sereno durante le sue varie attività e pronuncia i nomi dei vari giocatori mentre attacca le figurine sull'album.

III.3.8 Attenzione e Concentrazione

1^a seduta: Giuseppe non riesce a focalizzare la sua attenzione in una sequenza ordinata e logica di attività.

5^a seduta: Il bambino inizia a manifestare una discreta soglia di attenzione alle indicazioni del terapeuta anche se in maniera intermittente.

10^a seduta: Non sono presenti altri cambiamenti in riferimento all'area posta in esame.

15^a seduta: I genitori riferiscono dei miglioramenti nelle abitudini quotidiane di Giuseppe. Per esempio: ha imparato ad andare in bicicletta a due ruote, nuotare, prepararsi la merenda. Questi sono dei progressi importanti in quanto necessitano di una buona capacità di concentrazione e di attenzione ma nonostante ciò in tale seduta il bambino ritorna ad emettere dei comportamenti irrequieti e frenetici. Ciò è dovuto alla lunga pausa estiva che ha indebolito l'alleanza terapeutica che si era precedentemente instaurata con il professionista.

20^a seduta: Questa seduta è quella di certo che segna un'importante svolta verso i progressi del ragazzino in tutte le aree prese in esame. In riferimento a questo particolare ambito, il bambino riesce a concentrarsi dedicandosi a poche attività costruttive e logiche per un lasso di tempo più prolungato rispetto al passato. Per esempio: prepara ed offre il caffè.

25^a seduta: Giuseppe ha raggiunto un livello soddisfacente riguardo alla capacità di attenzione. Per la prima volta, il bambino si dedica ad una sola attività per lungo tempo.

30^a seduta: Le capacità di attenzione e concentrazione di Giuseppe hanno raggiunto livelli ottimali. Il bambino si dedica un'altra volta ad un'unica attività con il fine di raggiungere un determinato obiettivo. Per esempio: prendere una macchina all'interno di un gioco elettronico.

35^a seduta: Non si osservano altri elementi in riferimento a tale aree. Continuano a sussistere i livelli ottimali di tali capacità.

40^a seduta: In tale incontro, Giuseppe si dedica a varie attività ma la sua attenzione si focalizza su una alla volta.

III.3.9 Discussione

Il caso di Giuseppe ci offre la possibilità di poter concretamente fare esperienza di un bambino affetto da autismo. Tale diagnosi viene applicata sin dal primo momento a differenza del caso di Carlo.

Il percorso terapeutico ha permesso a Giuseppe di potersi liberare di tutti i suoi affetti negativi. Ciò ha ovviamente conseguenze sia nella sua maggiore accettazione imposte dall'esterno, sia di interessarsi al mondo esterno con più serenità.

Il rapporto che terapeuta e ragazzino sono riusciti a costruire è la dimostrazione di quanto detto. Al contrario dei miglioramenti appena descritti, non è possibile evidenziare progressi nel linguaggio in quanto, Giuseppe ancora si esprime attraverso singole parole.

Degni di nota sono anche le sue attività. In merito a quest'ultime è possibile verificare il passaggio dallo svolgere diversi giochi fine a se stessi allo svolgimento di attività per il raggiungimento di uno scopo, in particolare il bisogno di esprimere il proprio amore, sensi di colpa e tensione.

Gli obiettivi della terapia sono volti anche al miglioramento del rapporto tra genitori e figli. In tal senso il padre ha sempre presentato unatteggiamento molto più disponibile e attento nei confronti di Giuseppe e del percorso oltre che nei confronti della moglie.

La madre ed il rapporto tra questa ed il figlio purtroppo non ha raggiunto grossi miglioramenti. La relazione tra i due è, infatti, ancora caratterizzata da tensioni. Ultimamente la stessa madre preferisce rimanere a casa non presentandosi di conseguenza ai diversi incontri. Il padre, a differenza di lei, segue di buon grado il figlio in questo percorso.

L'obiettivo del percorso terapeutico è anche quello di raggiungere cambiamenti vantaggiosi all'interno del rapporto coniugale al fine di renderlo meno conflittuale. Purtroppo tale finalità non si può dire ancora raggiunta.

CONCLUSIONI

I bambini autistici sono innanzitutto bambini che vanno aiutati nel gestire le loro ansie, preoccupazioni, sensi di colpa, angosce; nel loro essere talora aggressivi e arrabbiati.

Questa è stata la considerazione alla quale sono giunta grazie all'esperienza maturata presso il Centro Studi Logos.

Il centro attraverso la Terapia del Gioco Libero Autogestito ha permesso di giungere a questi obiettivi:

- La creazione di un clima propositivo per nulla ostile ed imprevedibile;
- L'emergere di stati affettivi negativi che il bambino riesce pian piano a gestire;
- Costruire con l'altro un legame di reciprocità e condivisione;

Speriamo che la Terapia del Gioco Libero Autogestito sia il primo passo verso la definizione dell'approccio terapeutico più adeguato. In tal senso, risposte importanti potranno giungere a noi dagli studi sulle cause genetiche.

BIBLIOGRAFIA

- [1] Frith,U.; L'autismo. Spiegazione di un Enigma,Bari,Editori Laterza,2010.
- [2] Volkmar,F.R.; McPartland,J.C.; La Diagnosi di Autismo,DaKanner al DSM-5,Trento,Erickson,2014.
- [3] Volkmar,F.R.; McPartland,J.C.; La Diagnosi di Autismo,DaKanner al DSM-5,Trento,Erickson,2014
- [4] Ammaniti,M.; Psicopatologia dello sviluppo. Modelli Teorici e Percorsi a Rischio,Milano,Raffaello Cortina,2010
- [5] Ammaniti,M.; Psicopatologia dello sviluppo. Modelli Teorici e Percorsi a Rischio,Milano,Raffaello Cortina,2010
- [6] Ammaniti,M.; Psicopatologia dello sviluppo. Modelli Teorici e Percorsi a Rischio,Milano,Raffaello Cortina,2010
- [7] Baron-Cohen,S.; L'Autismo e la Lettura della Mente,Roma,Casa Editrice Astrolabio,1997
- [8] Frith,U.; L'autismo. Spiegazione di un Enigma, Bari,Editori Laterza,2010
- [9] Frith,U.; L'autismo. Spiegazione di un Enigma, Bari,Editori Laterza,2010
- [10] Frith,U.; L'autismo. Spiegazione di un Enigma, Bari,Editori Laterza,2010
- [11] Frith,U.; L'autismo. Spiegazione di un Enigma, Bari,Editori Laterza,2010
- [12] Baron-Cohen,S.; L'Autismo e la Lettura della Mente,Roma,Casa Editrice Astrolabio,1997
- [13] Frith,U.; L'autismo. Spiegazione di un Enigma, Bari,Editori Laterza,2010
- [14] Frith,U.; L'autismo. Spiegazione di un Enigma, Bari,Editori Laterza,2010
- [15] Frith,U.; L'autismo. Spiegazione di un Enigma, Bari,Editori Laterza,2010
- [16] Volkmar,F.R.; McPartland,J.C.; La Diagnosi di Autismo,DaKanner al DSM-5,Trento,Erickson,2014
- [18] Baron-Cohen,S.; Cognizione ed Empatia nell'Autismo. Dalla teoria della Mente a quella del "cervello maschile estremo",Trento,Centro Studi Erickson, 2013
- [19] Volkmar,F.R.; McPartland,J.C.; La Diagnosi di Autismo,DaKanner al DSM-5,Trento,Erickson,2014
- [20] Volkmar,F.R.; McPartland,J.C.; La Diagnosi di Autismo,DaKanner al DSM-5,Trento,Erickson,2014
- [21] Ammaniti,M.; Psicopatologia dello sviluppo. Modelli Teorici e Percorsi a

- Rischio,Milano,Raffaello Cortina,2010
- [22] Volkmar,F.R.; McPartland,J.C.; La Diagnosi di Autismo,DaKanner al DSM-5,Trento,Erickson,2014
- [23] Volkmar,F.R.; McPartland,J.C.; La Diagnosi di Autismo,DaKanner al DSM-5,Trento,Erickson,2014
- [25] Barnhill,J.W.; DSM-5. Casi Clinici, Varese, Raffaello Cortina Editore,2014
- [26] Frith,U.; L'autismo. Spiegazione di un Enigma, Bari,Editori Laterza,2010
- [27] Volkmar,F.R.; McPartland,J.C.; La Diagnosi di Autismo,DaKanner al DSM-5,Trento,Erickson,2014
- [28] Volkmar,F.R.; McPartland,J.C.; La Diagnosi di Autismo,DaKanner al DSM-5,Trento,Erickson,2014
- [29] Baron-Cohen,S.; L'Autismo e la Lettura della Mente,Roma,Casa Editrice Astrolabio,1997
- [30] Frith,U.; L'autismo. Spiegazione di un Enigma, Bari,Editori Laterza,2010
- [31] Frith,U.; L'autismo. Spiegazione di un Enigma, Bari,Editori Laterza,2010
- [32] Barnhill,J.W.; DSM-5. Casi Clinici, Varese, Raffaello Cortina Editore,2014
- [33] Frith,U.; L'autismo. Spiegazione di un Enigma, Bari,Editori Laterza,2010
- [34] Barnhill,J.W.; DSM-5. Casi Clinici, Varese, Raffaello Cortina Editore,2014
- [35] Frith,U.; L'autismo. Spiegazione di un Enigma, Bari,Editori Laterza,2010
- [37] Frith,U.; L'autismo. Spiegazione di un Enigma, Bari,Editori Laterza,2010
- [38] Frith,U.; L'autismo. Spiegazione di un Enigma, Bari,Editori Laterza,2010
- [39] Frith,U.; L'autismo. Spiegazione di un Enigma, Bari,Editori Laterza,2010
- [40] Frith,U.; L'autismo. Spiegazione di un Enigma, Bari,Editori Laterza,2010
- [41] Baron-Cohen,S.; Cognizione ed Empatia nell'Autismo. Dalla teoria della Mente a quella del "cervello maschile estremo",Trento,Centro Studi Erickson, 2013
- [42] Frith,U.; L'autismo. Spiegazione di un Enigma, Bari,Editori Laterza,2010
- [43] Frith,U.; L'autismo. Spiegazione di un Enigma, Bari,Editori Laterza,2010
- [44] Baron-Cohen,S.; Cognizione ed Empatia nell'Autismo. Dalla teoria della Mente a quella del "cervello maschile estremo",Trento,Centro Studi Erickson, 2013
- [45] Frith,U.; L'autismo. Spiegazione di un Enigma, Bari,Editori Laterza,2010
- [46] Baron-Cohen,S., L'Autismo e la Lettura della Mente, Roma, Casa Editrice Astrolabio,1997

- [47] Frith,U.; L'autismo. Spiegazione di un Enigma, Bari,Editori Laterza,2010
- [48] Baron-Cohen,S., L'Autismo e la Lettura della Mente, Roma, Casa Editrice Astrolabio,1997
- [49] Baron-Cohen,S., L'Autismo e la Lettura della Mente, Roma, Casa Editrice Astrolabio,1997
- [50] Baron-Cohen,S., L'Autismo e la Lettura della Mente, Roma, Casa Editrice Astrolabio,1997
- [51] Frith,U.; L'autismo. Spiegazione di un Enigma, Bari,Editori Laterza,2010
- [52] Baron-Cohen,S., L'Autismo e la Lettura della Mente, Roma, Casa Editrice Astrolabio,1997
- [53] Baron-Cohen,S., L'Autismo e la Lettura della Mente, Roma, Casa Editrice Astrolabio,1997
- [54] Baron-Cohen,S., L'Autismo e la Lettura della Mente, Roma, Casa Editrice Astrolabio,1997
- [55] Frith,U.; L'Autismo. Spiegazione di un Enigma, Bari,Editori Laterza,2010
- [56] Baron-Cohen,S., L'Autismo e la Lettura della Mente, Roma, Casa Editrice Astrolabio,1997
- [57] Baron-Cohen,S., L'Autismo e la Lettura della Mente, Roma, Casa Editrice Astrolabio,1997
- [58] Baron-Cohen,S.; Cognizione ed Empatia nell'Autismo. Dalla teoria della Mente a quella del "cervello maschile estremo",Trento,Centro Studi Erickson, 2013
- [59] Baron-Cohen,S.; Cognizione ed Empatia nell'Autismo. Dalla teoria della Mente a quella del "cervello maschile estremo",Trento,Centro Studi Erickson, 2013
- [60] Frith,U.; L'autismo. Spiegazione di un Enigma, Bari,Editori Laterza,2010
- [61] Baron-Cohen,S.; L'Autismo e la Lettura della Mente, Roma, Casa Editrice Astrolabio,1997
- [62] Frith,U.; L'autismo. Spiegazione di un Enigma, Bari,Editori Laterza,2010
- [63] Baron-Cohen,S.; L'Autismo e la Lettura della Mente, Roma, Casa Editrice Astrolabio,1997
- [64] Baron-Cohen,S.;La scienza del male,Varese,Raffaello Cortina Editore,2012.
- [65] Baron-Cohen,S.;La scienza del male,Varese,Raffaello Cortina Editore,2012
- [66] Baron-Cohen,S.; Cognizione ed Empatia nell'Autismo. Dalla teoria della Mente a quella del "cervello maschile estremo",Trento,Centro Studi Erickson, 2013

- [67] Baron-Cohen,S.; Cognizione ed Empatia nell'Autismo. Dalla teoria della Mente a quella del "cervello maschile estremo",Trento,Centro Studi Erickson, 2013
- [68] Frith,U.; L'autismo. Spiegazione di un Enigma, Bari,Editori Laterza,2010
- [69] Baron-Cohen,S.; Cognizione ed Empatia nell'Autismo. Dalla teoria della Mente a quella del "cervello maschile estremo",Trento,Centro Studi Erickson, 2013
- [70] Frith,U.; L'autismo. Spiegazione di un Enigma, Bari,Editori Laterza,2010
- [71] Baron-Cohen,S.; Cognizione ed Empatia nell'Autismo. Dalla teoria della Mente a quella del "cervello maschile estremo",Trento,Centro Studi Erickson, 2013
- [72] Ammaniti,M.; Psicopatologia dello sviluppo,Varese, Raffaello Cortina Editore,2010
- [73] Frith,U.; L'autismo. Spiegazione di un Enigma, Bari,Editori Laterza,2010
- [74] Ammaniti,M.; Psicopatologia dello sviluppo,Varese, Raffaello Cortina Editore,2010
- [75] Frith,U.; L'autismo. Spiegazione di un Enigma, Bari,Editori Laterza,2010
- [76] Frith,U.; L'autismo. Spiegazione di un Enigma, Bari,Editori Laterza,2010
- [78] E.Tribulato, E.; Autismo e Gioco Libero Autogestito,Milano,Franco Angeli,2013.

SITOGRAFIA

- [17] Ritvo,E.R.; Freeman,B.J.; National Society for Autistic Children Definition of the Syndrome ofAutism, Journal of Pediatric Psychology, Volume 2, Issue 4, 1 January 1977
- [24] DeFilippis,M.; Wagner,KD.; Treatment of Autism Spectrum Disorder in Children and Adolescents. Psychopharmacol Bull. 2016 Aug 15;46(2):18-41
- [36] DeFilippis,M.; Wagner,KD.; Treatment of Autism Spectrum Disorder in Children and Adolescents. Psychopharmacol Bull. 2016 Aug 15;46(2):18-41
- [77] www.cslogos.it
- [79] www.cslogos.it