

Metodi di trattamento

- **Introduzione**
- **Metodo Etodinamico, A.E.R.C.**
- **Il Programma T.E.A.C.C.H.**
- **La Therapie d'Echange et Developpement**
- **La psicoanalisi e la terapia delle psicosi infantili**
- **La terapia familiare sistemica**
- **Le Terapie farmacologiche**
- **Altri Trattamenti**

Introduzione

In questo capitolo verranno riprese alcune delle **concezioni presentate nel capitolo precedente**, di cui verrà discusso l'aspetto più operativo, o sul versante della psicoterapia o su quello, più attuale, della riabilitazione. Come già nel capitolo precedente i contributi presentati appartengono ad orientamenti teorici differenti, anche se si potranno notare, in misura maggiore di quanto non sia emerso per le teorie, alcune convergenze operative. Non essendo conosciuta una cura sicuramente efficace per l'autismo, parleremo di "trattamenti", indicandone alcuni tra i più conosciuti (e a volte discussi), senza la pretesa di essere esaustivi.

Metodo Etodinamico, A.E.R.C.

Il Metodo Etodinamico parte dalla osservazione etologica del comportamento sia del soggetto con Disturbo Autistico sia delle persone con le quali interagisce e si articola secondo le sequenze con le quali si svolge lo sviluppo relazionale normale, in particolare la intersoggettività primaria e secondaria di cui abbiamo parlato in precedenza (Trevarthen,1979, Zappella,1996) . I principi etologici presi in considerazione possono riguardare quelle attività che si svolgono in un contesto di avvicinamento all'altro: per esempio, i modi affettuosi, amichevoli, esplorativi dell'altro che possono essere particolarmente ridotti in alcuni soggetti autistici. In questi casi vi sono delle modalità di rapporto, soprattutto basate sul

rapporto di reciprocità faccia a faccia che, specie nei bambini più piccoli, possono essere utili sia nel migliorare questo tipo di relazione diretta sia quella collaborativa. Le modalità relazionali vanno di pari passo: per esempio, un bambino di tre anni che ha avuto in precedenza una regressione di tipo autistico spesso ha perso molti dei modi di rapporto che sono propri della intersoggettività primaria: per questa ragione la relazione con lui deve riproporsi con modi di reciprocità corporea e verbale che in un bambino più piccolo favoriscono la comprensione e l'espressione del linguaggio. Uno degli obiettivi principali è quello di creare nel bambino una motivazione positiva sia a interagire che a collaborare: è per questa ragione che spesso è utile far uso di varie forme di attivazione, verbale e motoria, come prendere per mano e far correre o saltare il bambino, mettendolo in uno stato di disponibilità e di contentezza per cui, subito dopo, diventa pronto a collaborare per vari obiettivi cognitivi.

Su queste premesse si fonda l'intervento denominato terapia di Attivazione Emotiva e Reciprocità Corporea (AERC) proposto da Zappella (1996). Questa metodologia si integra sempre con altre modalità educative come il Metodo Portage, un metodo educativo di tipo comportamentale, la cui funzione è quella di dare una guida ai genitori circa le attività più adeguate da proporre al bambino. Il Metodo Portage inoltre consente di valutare periodicamente i cambiamenti del bambino nel corso della terapia. Per i bambini che non parlano la Comunicazione Aumentativa e Alternativa (vedi J.Cafiero) può essere uno strumento molto importante e può spesso integrarsi con un approccio etodinamico: entrambi, infatti, fanno riferimento all'intelligenza sensori-motoria che rappresenta spesso il livello cognitivo reale di molti bambini autistici piccoli e anche il modulo cognitivo prevalente di altri soggetti autistici più grandi, viste le loro difficoltà simbolico-linguistiche, che in diversa misura e forma si ritrovano in tutti questi soggetti. Spesso Zappella propone anche una organizzazione della giornata che, tuttavia, raramente assume le caratteristiche più rigide proprie di altri metodi. Per persone autistiche con abilità linguistiche e intellettive superiori si integra con altre modalità educative.

I risultati di questo metodo cambiano a seconda delle sindromi e delle disabilità presenti e sono migliori, in particolare, nella sindrome dismaturativa con tic complessi familiari a esordio precoce e nei disturbi dell'umore per la semplice ragione che si tratta dei disturbi a probabile carattere neurotrasmissivo nei quali la reversibilità del disturbo autistico è maggiore. I risultati sono migliori nei bambini piccoli sia perché in queste età la plasticità del sistema nervoso è maggiore sia perché in essi l'intelligenza sensori-motoria ha una maggiore espressione. In altri casi e fasce d'età si possono avere dei miglioramenti di vario grado a seconda della condizione e del grado di disabilità. Il setting in cui si svolge l'intervento è costituito da una ampia, dotata di specchio unidirezionale e attrezzata per la videoregistrazione nella quale vi sia spazio sufficiente perché il bambino si possa sentire libero di muoversi e deve essere dotato di attrezzature quali tavolo, sedie, poltrone o divani, oltre a un certo numero di giochi. Al genitore viene proposto di cercare di stabilire un rapporto con il figlio e di collaborare con lui ad attività come disegnare, costruire una torre di cubi, guardare e denominare delle figure, e altre simili. Il tentativo di stabilire un rapporto con il bambino viene portato avanti da un genitore insieme a uno dei

terapeuti, mentre l'altro genitore con l'altro terapeuta assistono dietro lo specchio. Il terapeuta ha il compito di rappresentare un relativo modello per il genitore (e non tanto, e non solo, dando delle spiegazioni razionali) che in genere è frustrato dai ripetuti fallimenti sperimentati in passato nel tentativo di catturare la disponibilità del figlio. Durante le sedute il genitore sperimenta un rapporto corporeo emotivo col figlio, nella direzione della intersoggettività secondaria. L'obiettivo di alcuni di questi interventi può essere strategico e cioè puntare a cambiare e migliorare in tempi brevi il tipo di relazione genitore-figlio. Tra una seduta e l'altra trascorrono in genere alcune settimane, durante le quali i genitori dedicano circa un'ora al giorno ad attività di gioco e di rapporto diretto con il bambino analoghe a quelle fatte in seduta. I precedenti storici di questo intervento vanno in parte ricondotti all'introduzione dell'etologia in psichiatria infantile da parte di Tinbergen e all'holding, una pratica terapeutica anch'essa sostenuta in particolare dai Tinbergen (1983). Nell'holding il bambino veniva tenuto in uno stretto rapporto corporeo da uno dei genitori, faccia a faccia, ricercando una sintonia emotiva e ripetendo le sue espressioni vocali che venivano poi modificate e arricchite dall'adulto (Zappella, 1987, a). A questo seguiva un'interazione libera, festosa e collaborativa. Negli anni ottanta l'holding ha consentito ad alcuni bambini di perdere il comportamento autistico e diventare degli adulti normali: per alcuni di questi si trattava di soggetti affetti dalla sindrome dismaturativa con tic complessi familiari a esordio precoce (Zappella, 1999). Ha permesso ad altri con evidente danno organico di sviluppare un linguaggio verbale. Il tipo di interazione sensori-motoria che caratterizzava quest'approccio facilitava questi progressi. L'holding tuttavia, schematizzava in maniera poco naturale, rigida e tra loro separata, le forme di interazione del tipo dell'intersoggettività primaria e secondaria come pure gli interventi che facilitavano l'articolazione del linguaggio. In altre parole: nella vita comune non succede mai che un bambino venga tenuto per tempi lunghi nelle braccia del genitore in un rapporto faccia a faccia: viceversa, il confronto di reciprocità corporea si articola di continuo con momenti di gioco e di movimento. Per questo eccessivo schematismo l'holding diventava inappropriatamente costrittivo. Chiariti questi aspetti e alla luce delle nuove conoscenze sulle diverse sindromi autistiche, che negli anni ottanta erano molto minori, l'holding oggi va considerato un metodo superato (Zappella, 1998).

Il Programma T.E.A.C.C.H.

Il Programma TEACCH è stato messo a punto, nel corso dell'esperienza ormai trentennale, avviata da E. Schopler e dai suoi collaboratori, nelle scuole per autistici dello Stato americano della Carolina del Nord. Questo programma ha ottenuto un grosso successo anche fuori dagli Stati Uniti, e si è diffuso negli ultimi anni anche in Europa e in Italia, grazie alla traduzione di alcuni libri (Schopler et al., 1980, 1983) e all'attivazione di corsi di formazione.

Il Programma TEACCH comprende numerose attività di tipo educativo da

effettuare con bambini con Disturbi Generalizzati dello Sviluppo o con disturbi della comunicazione.

L'uso di tali attività va però di volta in volta contestualizzato ed individualizzato; la messa in atto di queste attività deve basarsi, in particolare su quattro criteri, che gli autori chiamano: modello di interazione, prospettive di sviluppo, relativismo comportamentale e gerarchia di addestramento (Schopler et al., 1980).

Il concetto di modello di interazione si riferisce alla necessità di contestualizzare una certa tecnica di intervento all'interno del sistema di relazioni in cui il bambino si trova. I bisogni particolari del bambino e il suo potenziale di apprendimento si possono meglio cogliere nel contesto di interazione del bambino con il suo ambiente quotidiano di vita, familiare e scolastico.

Il secondo concetto, quello di prospettiva di sviluppo sottolinea la necessità che si tenga conto, nel definire l'intervento riabilitativo, del livello di sviluppo globale del bambino nelle diverse aree. Si dovrà tenere conto sia delle sue aree deboli, sia di quelle in cui mostra maggiori capacità.

Con relativismo del comportamento s'intende descrivere e tenere in considerazione un particolare fenomeno che si osserva nei bambini con Disturbi Generalizzati dello sviluppo; quello della difficoltà, a volte impossibilità, a generalizzare, ad ambiti diversi da quello in cui è stata appresa, una risposta comportamentale. E quindi importante definire obiettivi educativi specifici per ogni contesto.

Il concetto di gerarchia di addestramento, infine, indica la necessità che si definiscano delle priorità tra i problemi da affrontare con il bambino autistico. L'intervento educativo dovrebbe cioè essere finalizzato a modificare, in primo luogo, i comportamenti che mettono a rischio la vita del bambino; in secondo luogo, quei problemi che riguardano la capacità del bambino di adattarsi all'ambiente familiare. Quindi, come terza priorità, c'è l'adattamento al contesto scolastico e, come quarta, l'adattamento alla comunità extrascolastica.

Una logica conseguenza di quanto detto finora è che l'intervento educativo deve essere tagliato su misura per il bambino, la sua famiglia e la sua scuola (Schopler et al., 1991, p.16). L'intervento riabilitativo si avvarrà pertanto di una valutazione individualizzata che pone le premesse per la formulazione di un Progetto psicoeducativo.

Il Programma TEACCH è stato costruito per sviluppare abilità imitative, funzioni percettive, abilità motorie, capacità d'integrazione oculo-manuale, comprensione e produzione linguistica, gestione del comportamento (autonomie, abilità sociali e comportamentali). Il progetto abilitativo deve comprendere obiettivi che riguardano diverse aree: quelle della comunicazione, del tempo libero, della autonomie e abilità domestiche, delle abilità sociali e dell'apprendimento in senso stretto.

La conduzione del programma è affidata a genitori e insegnanti, che condividono le stesse strategie ed operano in stretta collaborazione. Medici e psicologi orientano l'intervento di genitori e insegnanti, tenendo conto del livello di sviluppo raggiunto dal bambino, del suo contesto di vita quotidiano e delle perplessioni del bambino.

Una parte importante del programma è rappresentato dalla valutazione, che avviene attraverso tre modalità diverse. La prima che prevede l'uso test intellettivi

e scale standardizzate, riguarda la valutazione dello sviluppo. La seconda modalità è quella dell'osservazione dei modelli di comportamento del bambino. La terza è rappresentata dalla raccolta di informazioni fatta nei colloqui con i genitori, in cui vengono anche individuate le loro aspettative nei confronti del bambino e i problemi principali che essi si trovano ad affrontare. La valutazione dello sviluppo si avvale di uno strumento specifico chiamato Profilo Psicoeducativo (P.E.P.): il P.E.P. consente di determinare lo sviluppo del bambino nelle aree dell'imitazione, della percezione, delle abilità motorie, dell'integrazione oculo-manuale, e delle capacità cognitive. Accanto al P.E.P. è stato predisposto un altro strumento chiamato A.A.P.E.P., che viene utilizzato per la valutazione di adolescenti e adulti autistici.

Le aspettative e gli obiettivi che ci si attende di raggiungere, per ogni bambino, vengono distinte in : 1) aspettative a lungo termine, 2) aspettative intermedie tra 3 mesi ed un anno, e 3) gli obiettivi educativi immediati (Schopler et al., 1991, p.46). Un appropriato intervento dovrà prevedere un coordinamento tra i tre livelli.

L'intervento dovrebbe inoltre sviluppare per prime quelle capacità che sono implicite in altre; se, per esempio, il bambino non ha sviluppato la capacità di imitazione, bisogna sviluppare prima questa, prima di procedere alla stimolazione del linguaggio.

La procedura fin qui descritta è finalizzata alla definizione delle mete educative; il passaggio successivo è quello di formulare, a partire dalle mete educative, degli obiettivi educativi specifici. Ciascun obiettivo educativo specifico viene poi tradotto in attività didattiche, costruite tenendo conto di tutte le variabili citate in precedenza, sia individuali che contestuali. Accanto ad attività didattiche specifiche è previsto l'utilizzo di tecniche di modificazione del comportamento, soprattutto per quanto riguarda la gestione dei comportamenti problema.

Uno dei principi fondamentali dell'intervento è quello per cui l'acquisizione di abilità da parte del bambino autistico richiede un adattamento e una modificazione dell'ambiente di vita del bambino, sia familiare, sia scolastico. È importante, in particolare, che l'ambiente di apprendimento sia strutturato e prevedibile e che le attività che gli vengono proposte siano precise e, soprattutto per i bambini che non parlano, comprensibili al di là delle indicazioni verbali. La strutturazione deve riguardare sia gli spazi sia i tempi di lavoro; per es. possono essere utilizzate delle immagini che descrivono i vari momenti della giornata, e al bambino viene insegnato ad associarne ciascuna ad un preciso momento/attività della sua giornata.

Schopler e collaboratori, forniscono molti esempi concreti di attività didattiche specifiche, adattate al differente livello di sviluppo a cui si trova il singolo bambino, e relative a differenti abilità (Schopler e coll., 1980 e 1983). Sul TEACCH sono disponibili molte risorse su internet quali per es. quelle del sito www.unc.edu/depts/teacch/ .

La Therapie d'Echange et Developpement

(TED)

Abbiamo visto in precedenza la concezione dei Disturbi Autistici sviluppata da Lelord, Sauvage e dal gruppo di Tours. In questo paragrafo affronteremo invece il loro modello d'intervento

La base di partenza della TED è rappresentata da alcune ricerche neurofisiologiche che hanno indagato fenomeni come la associazione sensoriale crociata e l'acquisizione e l'imitazione libera.

Con associazione sensoriale crociata si intende quel fenomeno che si osserva quando vengono registrate le risposte elettroencefalografiche conseguenti ad un suono e ad uno stimolo luminoso che segue di un secondo il suono. Ciò che si osserva è che dopo alcune presentazioni di questa coppia di stimoli, il primo (il suono) evoca una risposta nella zona visiva occipitale, quella che è solitamente attivata dallo stimolo luminoso. Perché si verifichi questa associazione non è necessaria alcuna forma di rinforzo (come per es. il cibo). Si tratta, infatti, di un processo cognitivo che si realizza spontaneamente, e che è presente, sebbene in modo irregolare, nel bambino autistico.

Nei bambini autistici, inoltre, si osserva anche, in certe condizioni il fenomeno dell' acquisizione libera, non condizionata da alcun rinforzo e non vincolata dalla presenza, in sede di apprendimento, di una sequenza temporale predefinita.

Accanto alla presenza dell'acquisizione libera, si osserva anche quella di imitazione libera: questa è stata dimostrata attraverso una registrazione elettroencefalografica fatta con bambini che guardano un filmato in cui vengono proiettati movimenti ginnici. Si osserva che durante la percezione dei movimenti ginnici avvengono delle modificazioni elettroencefalografiche nelle aree motorie del soggetto, sincronizzate con i movimenti proiettati sullo schermo (cfr. Barthelemy et al., 1995, p. 14). Il bambino autistico sarebbe in possesso, secondo questi autori, di una capacità di imitazione libera, sebbene poco strutturata.

I risultati di queste ricerche mettono in evidenza una curiosità fisiologica naturale, la tendenza biologica ad associare, comprendere e ricercare dei significati (ibid., p. 15). Il terapeuta deve organizzare il setting e le attività da proporre al bambino tenendo conto di queste capacità che anche il bambino autistico possiede, seppur in misura ridotta e non strutturata.

Da queste premesse Barthelemy, Hameury e Lelord (1995) traggono i principi ispiratori della TED, che attraversano tutte le attività proposte al bambino, che come abbiamo visto puntano a sviluppare le diverse funzioni psicofisiologiche (cfr. Lelord, Sauvage, 1994). Questi principi sono stati definiti dagli autori: la "tranquillità", la "disponibilità" e la "reciprocità" (Barthelemy et al., 1995, p15-17).

Con tranquillità si intende definire in particolare il setting in cui ci svolge l'intervento. Questo è, in genere, costituito da una stanza di dimensioni limitate, spoglia, in cui sono presenti un tavolo e due sedie. Spesso è presente uno specchio unidirezionale che consente l'osservazione diretta della seduta. In questa stanza domina la calma e non si avvertono rumori esterni disturbanti. La principale fonte di interesse per il bambino è data dal terapeuta che, attraverso una modalità di interazione esclusiva ed attenta, gli propone un'attività o un gioco

alla volta.

Questa organizzazione del setting ha lo scopo di favorire al massimo l'attenzione del bambino e la sua decodifica dei messaggi, riducendo al minimo la presenza di stimolazioni distraenti o confusive.

La disponibilità del terapeuta (secondo principio) è finalizzata a facilitare l'apertura del bambino verso il mondo esterno e a favorire la sua naturale curiosità. I tentativi del bambino di rompere il suo isolamento sono incoraggiati e si cerca di sviluppare la sua iniziativa spontanea; anche la più piccola manifestazione di attenzione da parte del bambino viene incoraggiata.

La reciprocità si esplica attraverso giochi ed attività che comportano uno scambio di oggetti, di gesti, di vocalizzazioni, di emozioni ecc., tra terapeuta e bambino. Lo scopo della reciprocità è quello di stimolare la comunicazione.

Le attività che vengono proposte al bambino sono quelle contenute nel Progetto educativo individuale, basato sull'analisi funzionale, e riguardano l'attenzione, la percezione, l'associazione, l'intenzione, la motricità, la capacità di contatto e la comunicazione. Il progetto terapeutico complessivo, che può prevedere anche cure mediche e interventi di operatori diversi, viene definito da tutti i membri dell'équipe che hanno partecipato alla valutazione, e concordato con la famiglia. Il coinvolgimento attivo della famiglia è un'altra delle caratteristiche fondamentali della TED.

Sono previste verifiche periodiche tra i membri dell'équipe, che si avvalgono delle videoregistrazioni delle sedute (cfr. Barthelemy et al., 1995, p.146) e della valutazione fatta attraverso l'uso di scale appositamente costruite (ibid. p. 79).

L'intervento viene condotto nel contesto di un "Hopital de Jour", e prevede l'inserimento in gruppi ed attività (come per esempio, la scuola materna) interni alla struttura ospedaliera.

La TED viene condotta preferibilmente nel setting classico descritto sopra; può però svolgersi anche in altri ambiti, fatti salvi i principi generali della tranquillità, disponibilità e reciprocità. La stanza della logopedia, quella di psicomotricità, o in casi particolari l'acqua di una grande vasca da bagno, possono essere altrettanti luoghi in cui la TED viene condotta.

L'intervento può anche essere condotto con due bambini contemporaneamente, qualora lo scopo principale sia di favorire la socializzazione. Queste situazioni, in genere, vengono attivate dopo che è stata fatta una TED classica, con bambini che hanno ancora problemi di socializzazione, spesso con componente aggressiva. Al bambino viene affiancato un altro bambino con analoghe capacità, bisognoso di sviluppare la comunicazione, ma più calmo.

Alla TED vengono affiancati interventi con gruppi più allargati di bambini, ma anche in questo caso i principi ispiratori dell'intervento sono quelli visti in precedenza. Il contesto in cui si svolge questo intervento dovrà essere rassicurante, prevedibile, con precise sequenze temporali, stabile.

La psicoanalisi e la terapia delle psicosi

infantili

Il problema posto dalla psicoterapia delle psicosi infantili ha suscitato l'interesse degli autori psicoanalitici, ben prima della descrizione, da parte di Kanner dell'autismo infantile. Già nel 1930, infatti M. Klein scriveva che uno dei compiti principali dell'analisi infantile doveva essere anche quello di studiare e curare le psicosi dell'infanzia (Klein, 1968).

La Mahler (1972), partendo dalle sua distinzione tra psicosi autistiche primarie e psicosi simbiotiche individua alcuni principi nella cura analitica dei bambini psicotici.

Il primo obiettivo terapeutico sarà secondo la Mahler quello di coinvolgere il bambino in una "esperienza simbiotica correttiva" (Mahler, 1972, p. 169) che consenta al bambino, nel corso di un periodo di tempo piuttosto lungo, di pervenire ad un livello più alto di rapporto con l'oggetto, rivivendo anche le precedenti fasi dello sviluppo.

Ciò può essere conseguito se il bambino ripercorre le varie tappe di sviluppo (presimbiotica, simbiotica e di separazione - individuazione) con il supporto di un terapeuta che funga da lo ausiliario. Il terapeuta dovrà anche fornire al bambino quelle funzioni dell'lo che servono a proteggerlo dalla eccessiva stimolazione proveniente dall'esterno e, al contempo, dagli stimoli interiori minacciosi.

Il bambino psicotico si trova su uno stato di panico e angoscia in cui emerge la paura della perdita dei confini dell'lo e l'incapacità di contenere l'aggressività. Il terapeuta dovrà porre dei limiti al bambino, soprattutto ai suoi impulsi aggressivi ed autodistruttivi, per es. intervenendo ed aiutandolo nell'organizzare meglio un gioco che tende ad essere frammentario e incomprensibile. Può inoltre svolgere, con il bambino una funzione pedagogica:

Secondo la Mahler, per il bambino autistico è più adatta la terapia individuale, necessaria per farlo uscire dal suo isolamento. Certi interventi pedagogici non potranno essere proficui fino a quando il bambino non avrà cominciato a sviluppare un qualche tipo di rapporto simbiotico. Ciò non vale per il bambino primariamente simbiotico che sarà in grado di trarre profitto dagli interventi educativi non appena saranno scomparse le sue tipiche reazioni di panico e sarà pronto per instaurare rapporti diversificati che sostituiscono lo stato di fusione con la madre.

Partendo dalle profonde reazioni di panico che spesso i bambini autistici hanno di fronte al tentativo di rompere il loro isolamento, la Mahler suggerisce di cercare di trarre fuori dall'isolamento il bambino con l'aiuto della musica, usando stimolazioni piacevoli dei suoi organi sensoriali, utilizzando oggetti inanimati; non usando, quindi l'approccio diretto soprattutto quello corporeo.

La Mahler ha proposto, in particolare per le psicosi simbiotiche, un metodo terapeutico che vede la presenza della madre accanto al bambino e al terapeuta. Questi sono impegnati in sedute della durata di 2 o 3 ore durante le quali la madre e il terapeuta operano congiuntamente per la riabilitazione del bambino. Il coinvolgimento della madre è una delle differenze sostanziali tra il modello terapeutico della Mahler e quello di un altro importante autore psicoanalitico, B. Bettelheim. Quest'ultimo ritiene invece opportuna la separazione del bambino

dalla madre e la cura in una istituzione appositamente predisposta (Bettheleim, 1976).

L'obiettivo della terapia è quello di evitare che il bambino si ritiri in una posizione difensiva autistica.

Deve essere incoraggiato a rivivere con un sostituto di madre un rapporto esclusivo simbiotico-parassitico, più gratificante, anche se regressivo. Questo rapporto deve essere liberamente messo a disposizione del bambino e diventare per lui una difesa nel periodo in cui deve uscire dal circolo vizioso del suo deformato rapporto con la madre.

(Mahler, 1972, p.193)

La Mahler propone pertanto un modello di terapia che, per la psicosi simbiotica in particolare, tiene unita la diade madre-bambino e si differenzia da quello classico dell'analisi infantile.

Manzano e Palacio Espasa (1983) ritengono che l'intervento della Mahler, così come della maggior parte degli autori nord-americani, tende a concentrarsi su un'esperienza emozionale correttiva e non tanto, o comunque in minor misura, sull'analisi del transfert. Quest'ultima impostazione viene per esempio sviluppata da F. Tustin e da altri autori kleiniani che, appunto, centrano la loro procedura terapeutica sull'analisi del transfert (per un approfondimento di questa impostazione, si rimanda ai due lavori classici di F. Tustin, del 1972 e del 1981).

Negli ultimi anni, alcuni autori di scuola psicoanalitica hanno sottolineato la necessità che la presa in carico del bambino sia precoce e preveda accanto alla psicoterapia psicoanalitica individuale, altri interventi, farmacologici ed educativi, che tengano conto della eterogeneità dei quadri mostrati dai bambini autistici (cfr. Di Cagno e Rigardetto 1991).

La terapia familiare sistemica

Nella sezione "**Concezioni delle psicosi infantili**", abbiamo descritto l'ipotesi che A. M. Sorrentino e il gruppo della Selvini Palazzoli fanno circa l'insorgere delle psicosi dell'infanzia e dell'adolescenza.

L'intervento terapeutico proposto dalla Sorrentino ricalca l'ipotesi sistemica sul disturbo psicotico, anche se comprende metodiche diverse rispetto agli interventi più strettamente psicoterapici utilizzati per l'adolescente e il giovane adulto (cfr. Selvini Palazzoli et al, 1988).

La terapia familiare proposta nel caso del bambino psicotico ricalca in parte quella per l'adolescente, in particolare nella sequenza con cui vengono coinvolti i membri della famiglia nucleare e di quelle d'origine.

Nella prima seduta vengono coinvolti i membri della famiglia nucleare e un membro significativo della famiglia estesa, convocato sulla base delle informazioni raccolte nel corso della prima telefonata. In genere, il membro della famiglia estesa che veniva convocato era la nonna materna. Questa scelta può apparire una logica conseguenza di quella che è stata descritta come una tipica dinamica di queste famiglie, in cui il rapporto tra madre e nonna materna è

spesso disturbato e vede continue interferenze della seconda nelle funzioni materne della prima .

Nella prima seduta, la presenza di un membro della famiglia estesa consente di mettere a fuoco la frequente interferenza delle famiglie d'origine nell'interazione della famiglia nucleare e inoltre rappresenta il contesto ideale per far emergere l'eventuale "predizione negativa" circa l'esito del matrimonio della coppia (vedi sezione precedente) .

Al termine della prima seduta il membro della famiglia estesa che ha partecipato viene ringraziato per la collaborazione e congedato, con l'invito esplicito di far cessare le interferenze e le pressioni psicologiche che, come emerso dalla seduta, possono disturbare la normale funzione genitoriale della coppia.

Nella seconda seduta sono presenti solo i membri della famiglia nucleare, compreso il bambino "paziente designato". Questa seduta è dedicata all'approfondimento del rapporto di coppia e al rapporto di ciascun membro con il piccolo paziente.

Il bambino è in grado di fornire informazioni importanti con il suo comportamento, anche se non parla e appare chiuso nel suo mondo . È infatti frequente che il bambino privilegi il rapporto con uno dei genitori e intervenga disturbando , in momenti particolarmente significativi delle sedute.

Ciò consente al terapeuta di ridefinire il bambino come attore del gioco familiare, dotato di intenzionalità. Questa definizione sostituisce quella di bambino malato e passivo anche se, in genere, non viene accettata senza obiezioni o resistenze dai genitori.

La fase centrale della terapia vede la sola presenza dei genitori; in queste sedute il terapeuta cerca di mettere più chiaramente in relazione il disturbo del bambino con la situazione di "stallo" relazionale della coppia (cfr. Selvini Palazzoli et al., 1988). Ciò implica anche un lavoro personale su ciascun genitore, finalizzato a comprendere meglio come il suo modo di rapportarsi al partner sia in buona misura determinato dai rapporti instaurati in passato con le famiglie d'origine.

La presenza dei soli genitori in questa fase della terapia sottolinea, in maniera pragmatica, che il lavoro terapeutico è diretto soprattutto a loro. Vengono inoltre proposte alcune consegne ai genitori, che riguardano attività da fare con il bambino.

Una attività proposta che si è mostrata particolarmente utile è un periodo quotidiano di holding, cioè di rapporto forzato con il bambino in cui il genitore (in genere la mamma), abbraccia fortemente il figlio costringendolo ad un rapporto corporeo e visivo intenso. A questa attività il bambino, soprattutto all'inizio, in genere si oppone, mostrando un 'intenzionalità ed un'energia solitamente non espressa.

È a questo punto della terapia con la coppia che, secondo la Sorrentino, diviene opportuno offrire al bambino interventi riabilitativi individualizzati, sia sul versante dell'apprendimento, sia su quello delle competenze sociali.

L'armonizzazione di questi interventi riabilitativi rivolti al bambino, con la terapia della coppia genitoriale, è un presupposto indispensabile per giungere ad un miglioramento della sintomatologia e, in alcuni casi, alla guarigione.

Accanto al modello terapeutico della Sorrentino e del gruppo della Selvini Palazzoli, vanno menzionate altre metodologie che, sempre all'interno di un

quadro teorico di tipo sistemico, sono state proposte da autori diversi (Cancrini et al. 1989, Quinzi, Dentale, 1992) che fanno capo alla scuola di terapia familiare di Luigi Cancrini (Cancrini, 1995). Questi autori, che non approfondiamo in questo lavoro, propongono un modello di intervento familiare in cui vengono utilizzate tecniche della terapia familiare strutturale (Minuchin, 1981) e di quella strategica (Haley, 1963), accanto ad altre, come l'holding, mutate dal modello etodinamico.

Terapie farmacologiche

a cura di **G. L. Padua, E. Peloso e P. Vinai**

L'intervento terapeutico nei disturbi pervasivi dello sviluppo deve essere tipicamente intensivo, prolungato ed integrato, con associazione di interventi educativi riabilitativi funzionali, psicologici, sociali, familiari e farmacologici. Le scarse conoscenze sulle basi neurofisiologiche dell'autismo fanno sì che l'approccio farmacologico a questa patologia sia ancora principalmente sintomatico, volto a favorire comportamenti più adeguati e socialmente accettabili, oppure sia mirato a contenere manifestazioni associate in comorbidità. I dati attuali indicano che l'intervento farmacologico incide in modo molto marginale sulla storia naturale del disturbo autistico. La molteplicità fenomenica dei "quadri autistici" e le scarse conoscenze circa la patogenesi di tale disturbo giustificano i molteplici tentativi terapeutici con sostanze farmacologicamente anche molto diverse tra di loro di cui si è cercato di volta in volta di sfruttare l'attività specifica su un sintomo. Obiettivo prevalente dell'intervento farmacologico diviene quindi quello del controllo di manifestazioni sintomatiche che possono negativamente influenzare la qualità della vita e gli altri interventi terapeutici. Il trattamento deve essere preceduto da una attenta analisi funzionale che evidenzia i sintomi bersaglio, che possono essere molto diversi nei vari soggetti (stereotipie e condotte aggressive, disturbi dell'attenzione, alterazioni dell'umore, disturbi del sonno). L'impiego di queste sostanze in età evolutiva richiede particolare attenzione per l'insorgenza di possibili effetti collaterali.

Stereotipie e aggressività

Aloperidolo: è un neurolettico da tempo noto. Sono riportati miglioramenti nelle stereotipie, sull'aggressività, nella chiusura relazionale, e, più dubbi, in alcuni parametri cognitivi. Il dosaggio utilizzato è da 0,25 a 4 mg / die (da 0,05 a 0,15 mg/Kg/die). I principali effetti collaterali sono: sedazione, manifestazioni distoniche o parkinsoniane, e, a più lungo termine, acatisia, comparsa di

discinesie, in particolare al momento della sospensione.

Pimozide: produce un discreto effetto su manifestazioni comportamentali e condotte di ritiro. Il dosaggio usato è di 2 - 4 mg / die (non superiore 0,3 mg / kg / die). Sono necessari controlli cardiologici. È segnalata maggiore risposta nei soggetti con maggiore componente di apatia ed anergia.

Amisulpiride: a basso dosaggio produce riduzione delle condotte di chiusura relazionale.

Neurolettici usati in modo aspecifico per contenimento nel caso di disturbi comportamentali, come impulsività, auto/eteroaggressività, iperattività, sono: Tioridazina, Clorpromazina, Flufenazina.

I dati in favore della loro utilizzazione sono scarsi, con la parziale eccezione della Tioridazina, e comunque inferiori a quelli circa l'Aloperidolo. Sono da usarsi, a causa della loro azione sedativa e degli effetti a lungo termine come farmaci di seconda scelta, con uso limitato a condizioni di marcato eccitamento comportamentale, al dosaggio più basso efficace. È opportuno inoltre valutare una loro sospensione al di fuori delle fasi acute.

Sono in aumento le indicazioni all'utilizzo dei neurolettici atipici, sia nelle forme resistenti ai neurolettici tradizionali, sia come intervento di prima scelta. Hanno incidenza di effetti extrapiramidali molto inferiore rispetto all'alooperidolo e azione positiva nel ritiro relazionale, l'apatia e l'anergia. Il Risperidone (antagonista sia serotoninergico che dopaminergico) risulta efficace nel ridurre comportamenti stereotipati, aggressività, impulsività, chiusura relazionale (in minor grado). Il dosaggio è 1,5 - 2 mg (bambino), 4 - 5 mg (adolescenti). La somministrazione deve essere graduale con incrementi di 0,25 - 0,50 mg ogni 5-7giorni

L'Olanzapina presenta azione antagonista verso i recettori della serotonina e della dopamina. I pochi studi, ancora in corso, sul suo impiego, a dosaggi di 0,22 mg/kg/die, in bambini con differenti diagnosi, tra le quali disturbi psicotici non meglio precisati, riferiscono miglioramenti nella regolarità del ritmo sonno-veglia e nel controllo dell'aggressività, Gli effetti collaterali finora riportati sono sedazione, incremento ponderale e acatisia.

Meno usata è la Clozapina per i rischi di agranulocitosi / leucopenia riportati in letteratura.

Farmaci che agiscono sul sistema degli oppioidi endogeni: il Naltrexone, antagonista degli oppioidi endogeni, è stato sperimentato a dosaggi di 0,5 mg/Kg per pazienti con manifestazioni aggressive. I risultati sono contraddittori.

La Clonidina, agonista dei recettori A₂ adrenergici, utilizzato come antiipertensivo, si è dimostrato molto efficace nel controllo delle crisi di rabbia, utilizzato nell'adolescente a dosaggi non ipotensivi, iniziando da 0,05 mg/die e salendo fino al controllo del sintomo (0,05 mg 2-3 volte /die). La scarsa sperimentazione ne fa sconsigliare comunque l'utilizzo.

Il Propranololo è un B bloccante utilizzato negli USA per il controllo delle crisi di rabbia a dosaggi di 50-150 mg/die, somministrabili al di sopra dei 12 anni in ambiente ospedaliero. I suoi effetti collaterali, ipotensione e bradicardia, richiedono un monitoraggio della frequenza cardiaca e della pressione arteriosa; è controindicato nei soggetti asmatici per il rischio di crisi dispnoiche.

Ancora poco conosciuta l'efficacia dei nuovi farmaci antipilettici.

Il Gabapentin presenta una possibile efficacia nei disturbi comportamentali con

maggiore componente affettiva. Un recente studio riporta dati promettenti nei disturbi comportamentali presenti nella Sindrome di Rett con l'impiego della Lamotrigina (opportuna particolare cautela per i possibili effetti collaterali).

Altri farmaci segnalati in letteratura sono:

Il Buspirone che controlla a dosaggi di 15-45 mg/die le manifestazioni ansiose e comportamentali con scarsi effetti collaterali.

La Bromocriptina un potente agonista dei recettori dopaminergici per cui è stata proposta specifica indicazione per la Sindrome di Rett (in cui si presume una riduzione delle amine biogene in alcune aree del SNC), ma uno studio in doppio cieco ha evidenziato scarsi risultati.

Il Piracetam che per via parentale efficace sul mioclono della Sindrome di Rett, non sugli altri sintomi.

Disturbi dell'umore

Antidepressivi quali SSRI (farmaci serotoninergici), triciclici ed altri sono stati frequentemente utilizzati per contrastare la chiusura relazionale, disinibire il comportamento, ridurre i disturbi comportamentali (autoaggressività - stereotipie). Sono indicati inoltre nelle forme depressive associate ai disturbi pervasivi dello sviluppo. I farmaci più efficaci e i loro dosaggi sono: la **Fluoxetina** (10 - 40 mg /die), la **Fluvoxamina** (25 - 200 mg/die), la **Clorimipramina** (50-200 mg/die), **Trazodone** (50 - 150 mg/die). **Imipramina** e **Desimiparina** non presentano significativi effetti favorevoli. Da un recente studio la **Fluoxetina** è risultata efficace nel 60% dei soggetti (età 2 - 7 anni), con miglioramento del comportamento comunicativo, sociale e dell'affettività. Nei restanti casi non si è avuta risposta. La risposta favorevole alla **Fluoxetina** è significativamente correlata alla storia familiare di disturbo affettivo maggiore (Sindrome depressiva).

I dati disponibili sono favorevoli rispetto agli effetti collaterali. Possono peraltro rapidamente comparire incrementi dell'ansia, dell'irritabilità dei disturbi comportamentali (soprattutto con **Fluoxetina** e **Clorimipramina**). Minori conoscenze si hanno sugli effetti collaterali in corso di trattamenti prolungati, per cui si rende necessario un attento monitoraggio del farmaco.

Farmaci Timomodulatori: Litio - Carbamazepina - Valproato.

Sono indicati in presenza di comportamenti impulsivi eteroaggressivi, grave iperattività (quadri con sospetto di sindrome bipolare e/o familiarità per depressione o disturbo bipolare).

Disturbi dell'attenzione

La Fenfluramina che è un farmaco anoressizzante. Sebbene inizialmente utilizzato, studi successivi hanno evidenziato azione negativa sugli

apprendimenti, per cui se ne sconsiglia l'uso.

Il Metilfenidato, uno psicostimolante dall'uso tuttora discusso. Utilizzato nei paesi anglosassoni, non in commercio in Italia.

La Pemolina può controllare, utilizzata per brevi periodi, i disturbi dell'attenzione e l'iperattività, ma può portare ad un peggioramento di tics eventualmente presenti.

Disturbi del sonno

La Melatonina ha contribuito in alcuni casi al miglioramento del sonno, al rasserenamento dell'umore, alla diminuzione delle stereotipie anche per periodi discretamente lunghi dopo la sospensione del farmaco senza che si siano manifestati rilevanti effetti collaterali.

Brevi cicli di benzodiazepina hanno efficacia sull'umore.

Terapie Vitaminiche ed Altri Supplementi Nutrizionali

Hanno avuto un grosso clamore negli anni passati. Il presupposto teorico è l'azione su un supposto disturbo metabolico nucleare, secondo il modello cosiddetto ortomolecolare.

È stata effettuata una sperimentazione più rigorosa relativamente al trattamento con vitamina B6 (a 15mg/kg/die), associata o meno a magnesio (5mg/kg/die), e dimetilglicina. Attualmente l'efficacia terapeutica è molto criticata, anche per le carenze metodologiche di molti studi. Sono invece ben descritti i rischi tossici, quali neuropatie sensoriali, di trattamenti incongrui con iperdosaggi vitaminici.

Sono in corso lavori sulla secretina peraltro non ancora sufficientemente validati.

Conclusioni

L'intervento farmacologico nelle Sindromi autistiche deve essere uno strumento che renda più efficaci gli approcci di tipo psicoeducativo, riabilitativo e psicoterapico rivolti al bambino.

Poiché non si può curare il disturbo autistico, ma unicamente i suoi sintomi più invalidanti, si rischia di incorrere in una politerapia che rappresenterebbe un "bombardamento farmacologico"; per ovviare a ciò è opportuno utilizzare come farmaci di prima scelta quelli a più ampio spettro.

Questi sono i neurolettici o gli SSRI. Quando i farmaci non risultino efficaci singolarmente, si può passare ad una loro associazione, tenendo presente che l'associazione modifica il livello plasmatico di entrambi, e in caso di ulteriore inefficacia ad una loro sostituzione con i farmaci indicati per i sintomi bersaglio.

L'indicazione all'utilizzo del farmaco è quella di limitarlo alle fasi acute, non avendosi ancora dati sufficienti su trattamenti prolungati, valutando che la somministrazione di una terapia psicofarmacologica ha significato solamente se

associata ad una presa in carico globale del bambino autistico e della sua famiglia.

Altri Trattamenti

a cura di **E. Gonella e G. M. Arduino**

In questa sottosezione vengono indicate, in modo sintetico, altre forme di trattamento, tra le più conosciute. Nei casi in cui sono presenti siti internet di approfondimento sul singolo trattamento è stato indicato l'indirizzo e il link, in modo da poter approfondire la metodologia attraverso la presentazione che ne fanno coloro che la utilizzano. Questa sezione è in costruzione e dovrebbe in seguito contenere altre metodologie di trattamento al momento non incluse.

Avvertenza: nel caso in cui il link alla pagina web risulti non più funzionante, molto spesso è possibile reperire una copia della risorsa dall'**Internet Archive**.

- **Metodo Delacato**
- **Comunicazione Facilitata**
- **Training Auditivo**
- **Intervento comportamentale precoce di Lovaas**
- **Floortime di Greenspan**
- **Natural Aided Language di Cafiero**
- **La terapia logopedica**
- **La terapia psicomotoria**
- **Musicoterapia**
- **Animal Assisted Therapy**
- **Ulteriori informazioni**

Metodo Delacato

C. Delacato inizialmente faceva parte, con G. Doman e R. Doman, di un gruppo di lavoro di chiara impostazione medico-fisiatrica, dedicato alla riabilitazione di bambini cerebrolesi.

Una delle conclusioni del gruppo di lavoro era che lo sviluppo del bambino procede per stadi, i quali, se vengono saltati, impediscono al bambino di raggiungere il suo potenziale. Compito del programma di riabilitazione è far ripetere al bambino lo stadio che è stato saltato, e farglielo ripercorrere in modo

da stimolare il suo cervello allo sviluppo (Delacato, 1974). Inoltre, si constatò che esistono diversi gradi di lesione cerebrale, dalla grave alla lieve, e che il fattore più comune della lesione cerebrale lieve erano i problemi di percezione (tattile, visiva o acustica).

In seguito Delacato iniziò a lavorare con bambini normali dal punto di vista motorio, ma che presentavano gravi disturbi del comportamento. Di qui passò a studiare l'autismo.

Dall'osservazione che molti dei sintomi di bambini cerebrolesi sono simili a quelli dell'autismo, inizia a considerare gli atteggiamenti autistici come una conseguenza di un problema sensoriale o percettivo.

I bambini autistici vengono considerati come cerebrolesi con gravi problemi sensoriali: non potendo sfruttare gli stimoli che provengono dall'esterno, perchè i canali di comunicazione col cervello sono difettosi, essi cercano di normalizzare la via attraverso un comportamento ripetitivo che va a stimolare il canale stesso.

I bambini autistici non sono dunque psicotici, ovvero non si comportano così per cause psicologiche ma per motivi neurologici.

Vengono individuati 3 tipi di deficit sensoriale:

- Ipersensibilità: passa troppa parte di informazione al cervello e si crea un sovraccarico.
- Iposensibilità: passa una parte troppo piccola di informazione che quindi non riesce ad essere adeguatamente processata ed elaborata.
- Rumore bianco: la percezione è disturbata da un'interferenza sensoriale interna, ovvero la stessa attività dell'inefficiente sistema sensoriale crea interferenza nel sistema.

Per la cura di questo disturbo bisogna quindi prima aiutare il bambino a sopravvivere agli stimoli per poi procedere a normalizzare il suo sistema sensoriale.

In sintesi (Delacato, 1974):

- i bambini autistici non sono psicotici ma cerebrolesi
- la lesione cerebrale causa disfunzioni percettive
- le vie sensoriali sono anormali, di tre tipi: iper, ipo e rumore bianco
- gli autismi (stereotipie) sono sintomi di lesione cerebrale
- vengono qui chiamati atteggiamenti sensoriali, e sono tentativi di normalizzare le vie sensoriali lese
- il bambino cerca di curare se stesso
- cercando di farlo si distrae dalla realtà
- dall'osservazione del comportamento si possono individuare le vie lese
- si può capire se il deficit è di tipo iper, ipo o rumore bianco
- si possono normalizzare le vie offrendo al bambino l'esperienza e la stimolazione giusta attraverso quella specifica via compromessa
- quando il canale è normalizzato, il comportamento ripetitivo cessa
- quando questo comportamento cessa, il bambino riesce a concentrarsi sul mondo reale

- a questo punto lo si curerà come si curano le lesioni cerebrali lievi, offrendogli l'opportunità di ripercorrere lo stadio che è stato in qualche modo saltato.
Ulteriori informazioni possono essere reperite al sito internet:
www.delacato.com

La Comunicazione Facilitata

La tecnica della Comunicazione Facilitata (CF) è stata messa a punto alla fine degli anni 80 da Chosley e Biklen e diffusa in seguito soprattutto negli Stati Uniti ed in Australia.

Per Comunicazione Facilitata si intende un metodo per facilitare la comunicazione in cui un terapeuta abilitato - il facilitatore- offre un sostegno alla mano o al braccio di un individuo con un deficit nella comunicazione per aiutarlo ad indicare delle immagini o lettere o ad usare una tastiera per digitare un testo. Il presupposto di ciò è che questo metodo aiuterebbe le persone autistiche o con un grave ritardo mentale a comunicare.

Secondo i sostenitori di questa tecnica infatti l'individuo autistico troverebbe difficoltà a comunicare non perché non vuole o non sa farlo, ma perché non riesce ad ordinare in sequenza ciò che ha da dire, e non riesce a fare il movimento giusto per indicare o scrivere quello che avrebbe da dire ma non riesce. In questa difficoltà l'autismo viene accomunato all'aprassia, ovvero la difficoltà di comunicazione sarebbe causata dall'aprassia di cui soffrono gli individui autistici.

A sostegno di questa ipotesi viene fatto notare che basta un periodo di addestramento ad associare parole-immagini, indicare o battere su una tastiera fatto offrendo un sostegno al braccio della persona sottoposta a tale addestramento, dopodiché l'aiuto viene progressivamente diminuito fino a toccare soltanto la mano della persona che intanto ha imparato a comunicare usando sempre più parole ed un linguaggio sempre più strutturato. L'aiuto successivamente viene ulteriormente ridotto passando ad una facilitazione fatta ponendo la mano sulla spalla o sulle ginocchia (Bicklen, 1999).

Il metodo ha raccolto numerose critiche ed obiezioni, tra cui da sottolineare è quella dell'American Psychological Association, i quali obiettano che il metodo è privo di validità scientifica, che è stato provato che il prodotto della comunicazione facilitata è spesso diretto o sistematicamente determinato dal facilitatore, e che non sono stati fatti studi scientifici volti a determinare se i terapisti o facilitatori sono consapevoli del loro grado di influenza. Per questi motivi, l'APA si oppone all'uso della comunicazione facilitata in quanto costituirebbe una minaccia di prevaricare i diritti dei pazienti che vengono trattati in questo modo.

La risposta a tali critiche fornita dai sostenitori di questo metodo è che bisogna tenere in considerazione il fatto che la situazione di laboratorio prevista per un tipo di ricerca che possa dare una validità scientifica influirebbe sicuramente negativamente sulle prestazioni dei soggetti, e che questo è uno dei motivi per

cui finora i risultati delle prove fatte sono andati a discapito di questa tecnica di comunicazione.

A favore della CF, viene invece considerato il fatto che essa è stata utile per molte persone perché ha permesso loro di comunicare, e che se le basi teoriche e di ricerca non sono del tutto salde, questo non è un motivo sufficiente per eliminarla completamente senza offrire comunque altre alternative. In futuro ci si propone dunque di sforzarsi maggiormente nella ricerca volta a migliorare e consolidare questo potente mezzo di comunicazione.

Ulteriori informazioni possono essere reperite ai siti internet: <http://www.geocities.com/HotSprings/Spa/2576/pagina1.html> e <http://soeweb.syr.edu/thefci/>

Training Auditivo

Vengono qui presentati due metodi che si basano su stimolazioni uditive al fine di migliorare la capacità di ascolto e di elaborazione uditiva nell'individuo: il training di integrazione auditiva di Guy Bérard e l'approccio audio-psico-fonologico di Alfred Tomatis.

Training di Integrazione Uditiva

L'AIT è stata sviluppata da Guy Berard ad Annecy, Francia, per aiutare le persone con problemi di elaborazione degli stimoli uditivi. Secondo Berard, ci possono essere dei problemi di elaborazione se uno sente certe frequenze di suoni molto meglio che altre, e se è ipersensibile a certe frequenze. Le frequenze su cui una persona è ipersensibile vengono chiamate "picchi auditivi", e questi picchi nell'audiogramma sono visibili come montagne.

Prima della seduta iniziale viene fatto un test auditivo per determinare se la persona ha dei picchi auditivi. Poi, dopo cinque ore di trattamento, viene fatto un secondo test, per vedere se ci sono ancora i picchi auditivi e se ce ne sono di nuovi. Alla fine del training viene fatto un terzo test. Secondo il Dr. Berard, alla fine del training tutte le frequenze dovrebbero essere percepite allo stesso modo, e la persona non dovrebbe più avere dei picchi nell'udito.

L'AIT viene fatta da un apparecchio che seleziona in modo casuale frequenze alte e basse da un brano musicale, e le trasmette in cuffia alla persona. Se la persona ha particolari picchi auditivi, come evidenziato dall'audiogramma, queste frequenze vengono filtrate dal brano in modo completo (vengono rimosse) o parziale (vengono leggermente modificate).

Il programma prevede due sedute di AIT al giorno di trenta minuti, per dieci giorni consecutivi. Durante le prime cinque ore di AIT, il livello del suono è uguale per entrambe le orecchie. Per le persone che hanno problemi di linguaggio, dopo cinque ore di training il livello del suono all'orecchio sinistro viene ridotto. Poiché l'orecchio destro è collegato più direttamente con l'emisfero sinistro che con

quello destro, e poiché l'emisfero sinistro è responsabile per l'elaborazione del linguaggio, il Dr. Berard ritiene che un livello di suono più alto all'orecchio destro possa stimolare maggiormente l'emisfero sinistro.

In alcuni individui sono stati osservati problemi di comportamento imprevisti durante i dieci giorni del training, come agitazione, iperattività, e cambiamenti rapidi d'umore. Anche se la causa di questi comportamenti non è certa, ovvero, non si sa se siano direttamente causati dall'AIT, oppure da variazioni della dieta e del livello di attività durante il training (si è notato che spesso ai bambini vengono offerti molti dolci e merendine durante il training perché stiano bravi), il Dr. Bérard ed i suoi collaboratori sottolineano l'importanza di offrire una consulenza ai genitori sia prima che dopo il trattamento, in modo da prepararli ed informarli di tali possibili cambiamenti. Ad esempio, un possibile cambiamento è un aumento della capacità d'attenzione. Se un bambino ha brevi tempi d'attenzione, potrebbe essere abbastanza semplice distrarlo da un gioco o un'attività. Ma se la capacità d'attenzione aumenta, il bambino potrebbe diventare più testardo e più difficile da distrarre perché la sua attenzione è migliorata. Altri cambiamenti potrebbero essere un aumento nella sfera affettiva (come rabbia, piangere, reazioni ad altre persone che piangono), indipendenza (lasciare un posto senza permesso), e maturazione sociale (un aumento nell'interazione). Recentemente (Gillberg e al., in *Autism*, vol.1, 97) è stato sottolineato che il training uditivo può ridurre, anche se non in modo significativo i problemi sensoriali connessi all'autismo

Al momento, non si sa esattamente come l'AIT possa influenzare il comportamento di una persona con autismo. Una spiegazione possibile è che effettivamente l'AIT condizioni la persona a spostare l'attenzione più facilmente. Il Dr. Eric Courchesne, del Children Hospital di San Diego, ha trovato recentemente che i bambini autistici hanno difficoltà a spostare l'attenzione da uno stimolo all'altro. Poiché vengono trasmessi casualmente stimoli alti e bassi, l'AIT potrebbe insegnare a una persona a spostare rapidamente e con meno fatica l'attenzione; come risultato, la persona potrebbe imparare a prestare più attenzione e capire meglio le contingenze correlate a suoni e movimenti (come ad esempio i gesti). Un'altra possibile spiegazione si riferisce al fatto che spesso gli autistici non sembrano sapersi "sintonizzare" con gli altri nell'ambiente. Quando vengono inviati suoni alti e bassi a caso, la persona non può anticipare i suoni, e quindi non può stare fuori dalla sintonia. Come risultato, si vede che alla persona viene insegnato a "sintonizzarsi" con gli altri. Infine, è possibile che una persona inizi a percepire i suoni in maniera migliore, soprattutto il linguaggio; come risultato, potrebbe migliorare la sua capacità di mettere in relazione un suono con un comportamento, un oggetto, un'azione o un avvenimento. Esistono poi altre due ipotesi che potrebbero spiegare l'effetto dell'AIT di Berard, l'ipotesi oppiacea e l'ipotesi della melanina.

Secondo l'ipotesi oppiacea, di Jaak Panksepp, alcuni individui con autismo avrebbero un alto livello di attività oppiacea a livello cerebrale, e ci sarebbe evidenza della presenza di una variante non caratterizzata della beta endorfina. Le beta endorfine sono sostanze simili all'oppio endogeno del cervello; alti livelli di queste sostanze sono associati sia con effetti di piacere che anestetici.

Secondo questa ipotesi, la musica modulata stimola la produzione di oppiacei

endogeni, ma la verifica di tale ipotesi non è ancora stata fatta. I risultati di uno studio fatto sui pulcini sottoposti a musica subito dopo la nascita sono stati pubblicati sulla rivista "Autism research Review International" (1995, Vol.9). Un'altra ipotesi, di Lisa Boswell, riguarda la melatonina. Secondo alcuni studi, i ritmi circadiani della melatonina nella ghiandola pineale nei soggetti autistici non sono normali. La melatonina aiuta, tra le altre cose, a regolare i ritmi di sonno e veglia e le funzioni di autoimmunità. Secondo questa ipotesi, l'AIT aiuterebbe a normalizzare le funzioni pineali ed i ritmi della melatonina, con effetti anche sui sintomi autoimmunitari. Questa ipotesi spiegherebbe tra l'altro un effetto notato dal Dr. Berard, ovvero l'attenuazione di disturbi allergici come asma, raffreddore da fieno e eczemi della pelle in seguito a trattamento con l'AIT.

Le informazioni sono state tratte dal sito <http://www.autism.org>

Approccio Audio-psico-fonologico di Tomatis

Il metodo di Tomatis, si basa su un'ipotesi psicologica-emozionale, e ha come obiettivo il miglioramento dell'abilità di ascolto e della comunicazione. Il metodo è stato introdotto intorno agli anni 50 dal dottor Alfred Tomatis, un medico otorinolaringoiatra francese, con l'obiettivo di rieducare e migliorare le abilità di ascolto e apprendimento, la comunicazione, la creatività e il comportamento sociale. Il metodo è rivolto a bambini con disturbi dell'apprendimento, deficit d'attenzione, autismo, e problemi motori e di integrazione sensoriale.

La teoria sviluppata dal Dott. Tomatis nel corso degli anni è centrata sulle diverse funzioni dell'orecchio e delle connessioni tra l'udito e la voce. Le funzioni dell'orecchio che sono state più dettagliatamente esaminate, oltre all'udito, sono la funzione vestibolare e quella cocleare. La prima è responsabile dell'equilibrio, della coordinazione, della verticalità, del tono muscolare e dei muscoli dell'occhio. Il vestibolo ha inoltre un ruolo importante nel trasmettere e coordinare le informazioni sensoriali che il nostro corpo invia al cervello. Problemi a questo livello causano problemi di integrazione sensoriale.

La seconda funzione studiata, quella cocleare, è responsabile dell'analisi dei suoni, e quindi è strettamente connessa alla comprensione del linguaggio.

Il sistema vestibolare e cocleare quindi filtra ed elabora le informazioni sensoriali, sia quelle uditive che quelle visive e tattili.

Secondo la teoria ulteriormente elaborata dal dott. Tomatis, i suoni ad alta frequenza possono dare energia al cervello, mentre quelli a bassa frequenza tolgono energia. Questo avviene perché i suoni ad alta frequenza attivano il sistema vestibolare e fanno muovere il corpo di riflesso, come si può facilmente notare nelle persone che ascoltano musica pop e ballano spontaneamente.

Un'altra importante funzione dell'orecchio, dettagliatamente descritta nella teoria di Tomatis, è quella dell'ascoltare (non dell'udire). Questa funzione ci permette di filtrare quello che sentiamo, escludendo quello che non abbiamo bisogno di sentire, e di organizzare le informazioni uditive in gerarchie dotate di significato, piuttosto che venire sommersi dai suoni. Lo sviluppo di questa funzione dipende da diversi fattori, tra cui la gravidanza, il parto, le malattie, o traumi ed eventi che possono influenzare l'udito e la possibilità di comunicare. Quando questa

funzione viene disturbata, si notano conseguenze negative nelle abilità scolastiche, sociali e comunicative. Le abilità comunicative, soprattutto quelle legate alla voce, come l'intensità, il timbro, il ritmo, la scioltezza nell'espressione, dipendono anche dalla dominanza dell'orecchio. Se infatti è l'orecchio destro a essere dominante rispetto al sinistro, l'elaborazione dell'informazione è più efficace e più veloce, e l'individuo riesce a controllare meglio le componenti della comunicazione verbale su indicate. Inoltre, individui con dominanza uditiva destra, avrebbero una maggiore abilità nel gestire i propri vissuti emotivi. Il training mira quindi a recuperare l'abilità ad ascoltare in modo bilanciato e migliorare l'efficienza dell'orecchio destro. Quando la funzione d'ascolto viene recuperata e bilanciata, ci saranno ricadute positive anche sulla voce, che è strettamente connessa col sistema uditivo, e con essa anche sull'espressione di sé e sul comportamento.

Nell'analizzare lo sviluppo delle funzioni dell'orecchio e dell'udito, il Dott. Tomatis dà particolare importanza a tutte le fasi dello sviluppo del bambino, a cominciare dallo sviluppo del feto e la vita uterina. Poiché è stato provato che l'udito è il primo senso ad essere sviluppato, essendo già del tutto efficace quando il feto ha 4 mesi e mezzo, il metodo Tomatis dà molta importanza alla vita uterina, e cerca di ripercorrerne tutto lo sviluppo attraverso un'esperienza simbolica.

Il programma propone infatti, in una prima fase, dei suoni o la voce della mamma, opportunamente filtrati, così come verrebbero percepiti dal feto. Il fatto di ripercorrere queste prime fasi, e l'"uso terapeutico" della voce della mamma, è stato erroneamente considerato come un rendere la madre colpevole dei problemi del bambino, nel caso specifico dell'autismo. Quello che invece cerca di fare il dott. Tomatis con questo tipo di intervento è creare o restaurare un legame di attaccamento sano tra madre e figlio, legame che per svariati motivi non ha potuto svilupparsi in modo normale. In questa fase, vengono usate alte frequenze, che infondono energia e caricano il cervello. Nella seconda fase vengono ricreati i suoni che si percepirebbero dopo la nascita; questi suoni includono canzoni, ripetizione di parole, storie, e la frequenza dei suoni è alta, come nella prima fase. Nella terza fase, volta ad integrare il linguaggio scritto, il paziente legge a voce alta.

In questo modo si affronta il problema di elaborazione uditiva sia dal punto di vista funzionale (stimolazione uditiva e bilanciamento) sia da quello psicologico.

Nel caso particolare di bambini con autismo, con particolari difficoltà di integrazione e sensibilità uditiva, evidenziate dalla tendenza, in occasione di certi rumori, a coprirsi le orecchie, o ad avere crisi di collera, o ad indulgere in attività autostimolatorie, l'approccio audio-psico-fonologico si pone l'obiettivo di ridurre l'ipersensibilità ed il deficit d'integrazione, andando a desensibilizzare l'udito del bambino. Tali comportamenti infatti vengono interpretati come una difesa naturale all'ascolto di particolari stimolazioni uditive, che vengono percepite come dolorose, non soltanto a livello di udito, ma anche attraverso la pelle e lo scheletro, oppure vengono erroneamente associate ad altri tipi di sensazioni (ad esempio i suoni vengono visti come luci, o viceversa), creando confusione nella mente del bambino ed un eccessivo sovraccarico.

Il training è fatto con l'uso di stimolazione con suoni fatta con un apparecchio speciale, chiamato l'orecchio elettronico, che oltre alle cuffie ha anche un pezzo

appoggiato sul cranio, che trasmette vibrazioni e suoni direttamente sull'osso. All'inizio la stimolazione è intensa, tipicamente 2 ore al giorno, per 15 giorni; le fasi successive sono più corte e avvengono ad intervalli di 1 o 2 mesi.

Le informazioni sono state tratte dal sito: <http://www.tomatis.com> (Pierre Solier, "Overview of the Tomatis Method")

Intervento Comportamentale precoce di Lovaas

a cura di A cura di I. Papi

Lovaas e i suoi collaboratori (1987) affermano che l'intervento comportamentale precoce e intensivo eseguito a casa, utilizzando i metodi della Applied Behavior Analysis (A.B.A.) consente a molti bambini autistici di arrivare ad avere una vita normale. O. I. Lovaas ritiene che il trattamento dei soggetti autistici è migliore se viene effettuato nel loro ambiente di vita senza una ospedalizzazione. Lo scopo più importante è aiutare i bambini a vivere e funzionare in un mondo reale e non in uno artificiale come è un'istituzione ; per questo motivo il luogo del trattamento è quello naturale del bambino (casa, scuola), e il modo di intervenire consiste nell'insegnamento affidato ai genitori ed ai parenti (cfr. " L'autismo. Psicopedagogia speciale per autistici", O.I. Lovaas, 1990, pagg. 9- 12). La Applied Behavior Analysis usa metodi basati su principi comportamentali scientificamente stabiliti (apprendimento operante) al fine di costruire repertori comportamentali socialmente utili e ridurre quelli problematici (Cooper, Heron & Heward, 1989). Secondo il punto di vista analitico comportamentale, l'autismo è una sindrome di deficit ed eccessi comportamentali che hanno basi neurologiche, ma comunque soggetti a cambiamento in seguito ad interazioni specifiche, attentamente programmate e costruttive con l'ambiente, visto che i bambini con autismo non imparano facilmente dagli ambienti tipici, ma possono imparare se ricevono appropriate istruzioni. L'enfasi è posta nell'insegnare al bambino come imparare dall'ambiente normale. Il trattamento analitico comportamentale per l'autismo si focalizza sull'insegnamento sistematico di unità di comportamento piccole e misurabili ; ogni abilità è suddivisa in piccoli passi, ognuno dei quali è insegnato separatamente mediante la presentazione di una serie specifica di istruzioni (esplicite e chiare). La regola per iniziare ad insegnare un comportamento è sceglierne uno semplice (prefissato) ; i passi costituiscono una perfetta opportunità per iniziare l'insegnamento. L'allievo arriva così a padroneggiare all'inizio le prime unità che poi vengono coordinate e messe insieme fino a formare un tutto unico più avanti. A volte viene aggiunto un aiuto (ad esempio un aiuto fisico) per iniziare, che poi viene progressivamente diminuito per impedire che il bambino ne diventi dipendente. Le risposte appropriate sono seguite da conseguenze che funzionano da rinforzo : quando un bambino fa qualcosa di buono lo si ricompensa immediatamente: appena si verifica il comportamento corretto il bambino va ricompensato all'istante, comportamento e ricompensa dovrebbero essere quasi contemporanei. All'inizio

le ricompense (che devono durare solo da 3 a 5 secondi ed essere varie) possono essere notevoli e concrete (gelati, baci, parole di elogio), ed occorre essere enfatici nel tono della voce per rendere l'apprendimento divertente, poi via via che il bambino si sviluppa tali ricompense diventano più sottili (un'occhiata, un riconoscimento anche minimo). Bisogna spostare al più presto possibile la ricompensa dal cibo ad altri tipi più normali e naturali, come quelli sociali ("bravo", "bene") ; poi si passa da una ricompensa continua ad una parziale, ricompensando solo una volta ogni tanto. Le risposte problematiche (capricci, stereotipie, comportamenti autoaggressivi, ritiro) non vengono rinforzate. Uno scopo prioritario è insegnare al bambino a discriminare tra differenti stimoli (colori, forme, lettere, numeri, comportamenti appropriati e non). Le prove di insegnamento sono ripetute molte volte, inizialmente in rapida successione, finché il bambino dà una risposta facilmente e senza l'aiuto dell'adulto. Il tempo e la velocità delle sessioni di insegnamento, le opportunità pratiche, e le conseguenze sono determinate precisamente per ogni bambino e per ogni abilità, le istruzioni sono altamente personalizzate e adattate allo stile e alla velocità di apprendimento di ogni bambino.

I risultati delle ricerche condotte da Lovaas e collaboratori (1987) sull'intervento comportamentale precoce per l'autismo mostrerebbero:

- efficacia : l'intervento precoce basato sui principi della Applied Behavior Analysis produrrebbe grandi, durevoli, e significativi miglioramenti in molti importanti domini e la riduzione dei comportamenti problematici; per alcuni questi miglioramenti possono arrivare al raggiungimento di un normale e completo funzionamento intellettuale, sociale, accademico, comunicativo e adattivo. Solo una piccola porzione (circa il 10%) non hanno fatto miglioramenti (Anderson et al. , 1987 ; Lovaas, 1987). Il risultato positivo più documentato è l'accresciuto funzionamento intellettuale misurato da test standardizzati del Q.I. o con scale di sviluppo. L'integrazione con successo nel corso regolare delle scuole sarebbe un altro effetto positivo (Fenske et al. ,1985 ; Lovaas, 1987 ; Maurice, 1993).
- età per un'efficacia ottimale : l'età ottimale per iniziare un intervento comportamentale precoce è prima dei 5 anni di età ; i migliori risultati sono stati riportati per bambini che hanno cominciato il trattamento a 2 o 3 anni. Potrebbe esserci un periodo ottimale durante il quale il giovane cervello in evoluzione è molto modificabile : in alcuni bambini con autismo l'interazione ripetuta e attiva con l'ambiente fisico e sociale che è assicurata dall'intervento comportamentale precoce può modificare il loro circuito neurale, correggendolo prima che i correlati neurobiologici del comportamento autistico diventino permanenti (Lovaas & Smith, 1989 ; Perry et al. , 1995).
- natura dell'intervento : l'intervento comportamentale è un "pacchetto" di trattamenti che vengono applicati in modo intensivo e sostenuto (con opportunità di apprendimento attentamente pianificate). Una importante caratteristica della A.B.A. è che è altamente individualizzata . Intensità : i migliori risultati si otterrebbero, secondo i sostenitori di questa

metodologia, per quei bambini che hanno seguito l'intervento comportamentale per almeno 30 ore a settimana, tutti i giorni. Durata : i migliori esiti si avrebbero con i bambini che hanno praticato questo intervento intensivo per almeno 2 anni consecutivi, se non di più (Anderson et al. , 1987). Ambiente : in generale si privilegiano per le prime volte ambienti tranquilli e senza distrazioni, tenendo presente che poi il trattamento deve essere esteso ad altri ambienti per produrre effetti durevoli e generalizzati. Inoltre, il coinvolgimento dei genitori nel trattamento può essere una componente cruciale per l'intervento su bambini piccoli, soprattutto se esso ha luogo in casa (Lovaas, 1987).

Informazioni ulteriori sono disponibili ai siti:

<http://pages.prodigy.net/damianporcari/recovery.htm>

<http://members.aol.com/sheeanaa/aba.html>

Floortime di Greenspan

Stanley Greenspan è psichiatra e psicoanalista infantile, oltre che professore di psichiatria e pediatria presso una scuola di medicina negli Stati Uniti. Il suo approccio è frutto di una lunga esperienza di lavoro con bambini piccoli e con le loro famiglie. La breve presentazione che segue sul suo metodo è tratta dal libro "The Child with Special Needs" di S. Greenspan e S. Wieder, un manuale che integrando l'esperienza clinica con il lavoro di ricerca sullo sviluppo mentale ed emotivo del bambino, fornisce ai genitori di bambini con bisogni speciali una guida molto pratica per aiutarli a crescerli ed educarli in modo diretto e sereno, attraverso l'interazione diretta ed il gioco. Ed effettivamente proprio di gioco si parla in questo libro, ovvero di come trovare il modo di giocare col proprio bambino e di fare del gioco uno strumento per coinvolgerlo emotivamente e cognitivamente. "Floor - time", letteralmente "tempo passato a terra, sul pavimento", significa esattamente questo, il passare 20-30 minuti per terra con il proprio bambino a giocare ed interagire con lui. Questo è il nodo centrale dell'approccio di Greenspan, il gioco, ma la base sottostante da cui il gioco trae giovamento per guidare e favorire lo sviluppo del bambino è rappresentata dalle relazioni umane, delle quali si nutre il cervello e la mente umana e senza le quali non si possono generare, nelle parole di Greenspan, il senso di sé, l'autostima, l'iniziativa e la creatività, e le funzioni superiori quali la logica, la capacità di giudizio, il pensiero astratto. Ciò che distingue quindi questo tipo di approccio da altri punti di vista tradizionali su cognizione e apprendimento è che la "lezione" emotiva precede quella cognitiva, e ne è anzi la base, il punto di partenza per mobilitare la crescita intellettuale ed emotiva del bambino disabile e normodotato. Tale crescita sarà influenzata principalmente da tre fattori. Il primo è rappresentato dal potenziale neurologico di cui il bambino è dotato e dai limiti di natura biologica che impediscono il suo funzionamento. Il secondo è il modo di interagire del bambino con genitori, insegnanti, operatori o altre figure di

riferimento, ed il terzo è rappresentato dal tipo di famiglia, dalla cultura sottostante e l'ambiente in cui vive, con le aspettative e la capacità di elaborazione ed accettazione che ne conseguono. Fondamentale in questo approccio è quindi il lavoro dei genitori con il bambino, parallelo a quello dei terapeuti ed insegnanti, ed il lavoro dei genitori su loro stessi, sulle loro risposte e sugli stili di interazione, di gioco e di risposta emotiva alle richieste ed ai bisogni del bambino man mano che cresce. Il genitore diventa dunque un compagno di giochi ed una guida che porta il bambino nel cammino evolutivo. Il "Floor - time" è quindi un cosiddetto "approccio evolutivo", in quanto è un metodo sistematico per aiutare il bambino che ha problemi ad acquisire e padroneggiare le diverse tappe dello sviluppo e le relative abilità. Greenspan individua 6 tappe e abilità nella crescita mentale del bambino, fondamentali per ogni tipo di apprendimento e sviluppo intellettuale, e per la possibilità di interagire col mondo. La prima abilità che il bambino deve imparare a padroneggiare è la capacità di stare calmo ed essere aperto ed interessato agli stimoli provenienti dall'esterno; in seguito dovrà imparare ad interagire e stare bene con gli altri, soprattutto con i genitori e le altre figure di riferimento, condividendo con essi intimità e sicurezza. La terza tappa è l'abilità di creare reciproci scambi comunicativi, ovvero aprire e chiudere i cosiddetti "cerchi di comunicazione", a partire dal rispondere al sorriso della mamma per arrivare a dare una risposta gestuale o verbale ad una proposta che viene dall'altro e cercare di capire la sua intenzione e comunicazione. Questo potrebbe sembrare il punto di arrivo per molti bambini con Autismo ed il punto di partenza per lo sviluppo emotivo ed intellettuale, ma non bisogna dimenticare né le tappe precedenti né gli obiettivi successivi. Da qui infatti il bambino procede verso l'acquisizione della capacità di creare gesti complessi, di mettere in sequenza una serie di azioni in una sequenza elaborata di ragionamento logico, l'abilità di creare nuove idee e infine l'abilità di creare un ponte tra le idee e renderle reali e logiche, che significa in sostanza il poter esprimere idee e sentimenti tramite il gioco o il linguaggio e poterle mettere insieme secondo un pensiero logico ed originale.

Il metodo su cui si basa questo tipo di approccio è, come si diceva, basato sul gioco diretto ed interattivo con il bambino, fatto dai terapeuti ma soprattutto dai genitori. Un gioco dunque spontaneo e divertente come qualsiasi altro momento di gioco e tempo libero, ma tenendo sempre a mente che, a differenza del gioco spontaneo, il genitore ha qui un ruolo di guida e di maestro, e deve dunque cercare di essere sempre un compagno di giochi molto attivo. Il tipo di gioco si ispira a pochi principi molto chiari, non sempre semplici da seguire, tra cui il più importante è cercare di seguire sempre la guida e l'iniziativa del bambino e giocare con qualsiasi cosa che attiri la sua attenzione, fosse anche soltanto guardare fuori dalla finestra, ma in modo tale da favorire un'interazione. Seguire gli interessi del bambino non significa tuttavia farsi trasportare in modo passivo dal suo gioco o dal suo rifiuto di giocare con l'altro, ma significa costruire su quello che il bambino fa e costringerlo, letteralmente, ad aprire e chiudere sempre più cerchi di comunicazione.

Il lavoro viene portato avanti in modo intensivo da terapeuti e genitori, ma sono soprattutto questi ultimi che devono impegnarsi a ritagliare, nelle circa 12 ore che in genere un bambino ha di veglia, 6 o 10 sessioni di "Floor-time" di 20-30 minuti

ogni giorno. È inoltre da notare che questo approccio, che all'inizio sembra entrare prepotentemente nella routine quotidiana e sconvolgerla, diventa poi spesso una filosofia di vita ed un approccio generale alla risoluzione di comportamenti problematici o problemi nell'acquisizione di nuove nozioni ed abilità.

Nel suo lavoro di ricerca e pratica su casi di Autismo e Disturbi Globali dello Sviluppo, Greenspan ha introdotto il termine "Disordine Neurologico Multisistemico", per riferirsi a bambini con problemi di comunicazione e comportamenti ripetitivi, ma che possono o hanno il potenziale per entrare in relazione con altri con calore e gioia. Nella sua esperienza di lavoro con bambini con questo tipo di problemi egli ha notato che, contrariamente a molte prognosi pessimistiche che accompagnano in genere una diagnosi di Disturbo Globale dello Sviluppo, quando vengono introdotte ed intensificate interazioni affettive spontanee basate su scambi molto consistenti, o gestuali o verbali, i comportamenti idiosincratici o di perseverazione diminuiscono ed aumenta la capacità di relazione.

Ulteriori informazioni possono essere reperite ai siti internet:

<http://www.coping.org/earlyin/floortm.htm>

Natural Aided Language di Cafiero

Joanne M. Cafiero ha sviluppato una metodologia di approccio all'autismo che si basa sulla Comunicazione Aumentativa e Alternativa. Cafiero parte dalla constatazione che molti degli indicatori precoci dell'autismo rappresentano pre-requisiti indispensabili per sviluppare la comunicazione; la loro assenza o grave compromissione nell'autismo richiede interventi che favoriscano lo sviluppo di precursori comunicazionali quali il contatto di sguardo, la comunicazione gestuale, l'indicare dichiarativo, l'attenzione congiunta ecc.. Inoltre, i problemi sul versante della comunicazione rappresentano uno dei principali fattori di stress anche a livello familiare. Cafiero sottolinea come circa il 50 % degli autistici non parla e la possibilità di migliorare le abilità di comunicazione rappresenta una variabile fondamentale per migliorare la qualità della vita.

La Comunicazione Aumentativa e Alternativa riguarda quell'insieme di strategie, che possono essere supportate anche da strumenti tecnologici, finalizzate ad "aumentare" le abilità di comunicazione verbale già presenti o a introdurre modalità "alternative" al linguaggio dove questo non si è sviluppato.

La metodologia che propone la Prof.ssa Cafiero rappresenta un tipo di CAA che viene definita dall'autrice "Natural Aided Language". Il N.A.L. rappresenta una strategia di comunicazione aumentativa in cui vengono utilizzati simboli iconici e verbali (in genere i Picture Communication Symbols di Mayer-Johnson) in situazioni naturali di gioco e di apprendimento, con il fine di facilitare l'interazione tra i partecipanti. Questi simboli iconici e verbali vengono utilizzati sia per favorire la comprensione delle attività svolte, sia per facilitare la comunicazione spontanea e la presa di decisioni da parte dei bambini.

I simboli possono essere utilizzati singolarmente (per es. il simbolo - immagine +

parola - delle bolle di sapone può essere dato dal bambino autistico all'insegnante come modo per richiedere il gioco desiderato); oppure possono essere posti su una tabella (Interactive Language Board) suddivisi a seconda della funzione, in pronomi, nomi, verbi ecc.. L'intervento di Natural Aided Language richiede la collaborazione di tutte le persone che fanno parte dell'ambiente di vita dei genitori e punta a stimolare modalità comunicative che attraverso il canale visivo creino i presupposti per l'organizzazione di un pensiero linguistico.

La strategia della Cafiero tiene conto della specificità della disabilità comunicativa degli autistici, che nella maggior parte dei casi sono carenti proprio sul versante dell'intenzionalità comunicativa; ciò necessita che anche le strategie di CAA siano calibrate sul tipo specifico di disabilità, creando situazioni relazionali che possano favorire gli scambi comunicativi attraverso la condivisione di un sistema simbolico.

Joanne M. Cafiero è attualmente Autism Projects Director presso il Johns Hopkins Center for Technology in Education: il suo lavoro può essere approfondito collegandosi al sito internet: <http://www.outersound.com/cafiero>

La terapia logopedica

a cura di L. Destefanis

Si è precedentemente fatto riferimento alla TED ('Terapia di scambio e di sviluppo' - 'Thérapie d'Echange et de Développement' dell'équipe dell'Ospedale Universitario di Tours, Francia), sia nel paragrafo **L'autismo come deficit neuropsicofisiologico** del capitolo "**Concezioni delle psicosi infantili**", sia nel paragrafo **La thérapie d'échange et de développement (TED)** del capitolo presente.

L'orientamento logopedico prospettato per l'autismo e a cui vogliamo qui riferirci è quello strutturato all'interno di tale approccio. Altri approcci alla terapia logopedica sono individuabili all'interno di altri orientamenti (per es. TEACCH, Loovas e altri).

Naturalmente la presente trattazione assume una valenza di schema e si rimanda quindi alla lettura dei testi integrali ed alla ulteriore ricerca ed approfondimento rispetto all'argomento.

Da studi sulle risposte elettriche cerebrali si evidenzia, come già detto, che vi sono delle naturali modalità di acquisizione (associazione sensoriale crociata, acquisizione sensoriale libera, associazione motoria crociata, acquisizione motoria libera, imitazione libera), in situazione di tranquillità, che vengono considerate come base fisiologica per il meccanismo di funzionamento delle terapie di scambio e di sviluppo (Barthelemy et al, 1995, p. 15), e che si differenziano da altre caratteristiche assunte a fondamento di approcci quali quello della psicoterapia analitica e quello delle terapie comportamentali.

Praticamente il soggetto autistico è fisiologicamente predisposto, anche se con

espressioni peculiari, ad una curiosità ed un bisogno di acquisire spontanei, nonché ad una tendenza naturale ad imitare sia a livello di movimento che di emozioni.

Queste caratteristiche ispirano i principi generali della TED, che consistono nel mettere a disposizione del soggetto situazioni di scambio comunicativo caratterizzate da tranquillità, disponibilità e reciprocità, nel processo di attuazione del progetto individuale.

Il progetto terapeutico previsto dalla TED, come già detto, è multidisciplinare e coinvolge anche la famiglia, ed all'interno di tale progetto individuale elaborato per il bambino e collocato in un approccio più globale si integra il lavoro logopedico (P. Dansart, 1999, p. 112).

Il ruolo che il terapeuta del linguaggio esercita in un'équipe pluridisciplinare ha due modalità principali: da una parte un intervento diretto sul bambino per quanto riguarda gli interventi logopedici individuali o di gruppo, e dall'altra un'azione più indiretta attraverso la partecipazione ai trattamenti psico-educativi, la collaborazione con la famiglia, l'informazione ed il dialogo quotidiano con l'équipe curante" (Barthelemy et al, 1995,p. 287).

Si tratta di aiutare il bambino ad esprimere i suoi bisogni, i suoi rifiuti, le sue gioie e le sue paure e aiutare l'ambiente ad adattarsi a questo bambino che presenta un comportamento strano" (P. Dansart, 1999, p. 102).

L'approccio poggia su alcuni elementi clinici essenziali, che portano a definire i disturbi del linguaggio nell'autismo come complessi, eterogenei e variabili.

Sono disturbi complessi "perché inseriti in una patologia più globale dello sviluppo e delle interazioni sociali e delle relazioni con l'ambiente". Poi "perché riguardano contemporaneamente turbe linguistiche legate all'autismo vero e proprio, ma anche eventualmente disturbi connessi ad altre sindromi associate"; ancora "perché riguardano il linguaggio ma più ampiamente la comunicazione in tutte le sue forme: comunicazione verbale, comunicazione non-verbale". Infine "perché riguardano vari livelli dell'organizzazione linguistica: fonologia, lessico, sintassi, semantica e infine (.) l'uso sociale del linguaggio, la componente pragmatica" (ibidem p. 103-104).

Si tratta di disturbi eterogenei perché coprono realtà cliniche molto diverse per eziologia, diagnosi e prognosi (alcuni bambini non arrivano ad acquisire il linguaggio, altri accedono ad un linguaggio rudimentale che mantiene delle caratteristiche come l'ecolalia; altri possiedono il linguaggio ma hanno difficoltà ad utilizzarlo in modo convenzionale), e perché "i bambini possono avere anche livelli molto diversi nei diversi settori del linguaggio" (ibidem p. 104).

Sono infine disturbi variabili perché variano espressione nello stesso soggetto.

Davanti a questa "semeiologia polimorfica" vengono individuate tre modalità di approccio logopedico al soggetto autistico: la prima fa uso di tecniche abituali, la seconda si serve di mezzi provenienti da esperienze nei vari settori dell'handicap, dove il fine è quello di favorire l'adattamento e l'integrazione dell'individuo nel suo ambiente. Il terzo livello è più specifico per l'autismo e si basa su "un'idea centrale: questa idea centrale è che l'intervento deve dare, in qualsiasi momento, la priorità alla comunicazione. Il linguaggio si costruisce abitualmente tramite la comunicazione e con essa, pur avendo anche altre funzioni, come la funzione cognitiva. Il bambino autistico ha delle difficoltà

quando si tratta di capire, quando si tratta di maneggiare i codici che sovrintendono a questo uso sociale del linguaggio. Non si tratta dunque di insegnare al bambino come parlare correttamente, si tratta piuttosto di spingere il bambino a comunicare in modo efficace" (ibidem p. 105-106)

Il linguaggio è un attributo fondamentale che si può costruire ed il nostro intervento utilizzerà la comunicazione come strumento. Anzi si può sostenere che la comunicazione è il nostro migliore strumento di intervento" (ibidem p. 113).

Da questo discendono alcuni principi-guida:

l'intervento poggia su una concezione per così dire ecologica dell'approccio logopedico", cioè si svolge non solo nella stanza di riabilitazione ma "fa partecipare l'ambiente al processo complesso di costruzione del linguaggio e della comunicazione".

La collaborazione attiva della famiglia, "primo partner della comunicazione per il bambino", è fondamentale, e con essa si conduce un "lavoro congiunto di informazione reciproca e di armonizzazione dei punti di vista", che rappresenta la prima tappa dell'intervento.

Per prevenire tutta una serie di conseguenze, l'intervento deve essere il più precoce possibile, ed esso mira ad "armonizzare le capacità del bambino nei vari settori del linguaggio" ispirandosi alle normali tappe di sviluppo.

Si privilegia una comunicazione multimodale (uso di codici visivi, gestuali, simbolizzazione grafica dei suoni.), con l'utilizzo di tutti i canali potenzialmente adatti, e "il ricorso ai sistemi alternativi di comunicazione deve essere preso in considerazione ogni volta che c'è la necessità di farlo, senza aspettare il fallimento dei metodi tradizionali" (ibidem p. 106-108).

Il modello teorico a cui si fa riferimento è quello di J.S.Bruner, che indaga "le condizioni di emergenza del linguaggio e la messa in atto della comunicazione nei bambini normodotati". Bruner individua delle forme di attività condivisa tra il bambino e l'altro, che chiama "formati" o "scenari di comunicazione", le quali rendono possibile l'instaurarsi dello scambio comunicativo e l'apparire del linguaggio; tali situazioni rispondono a tre proprietà fondamentali: ripetitività, prevedibilità e sistematicità. Proprio queste caratteristiche "aiutano il bambino a scoprire i meccanismi di base della comunicazione" (ibidem p. 109).

L'intervento logopedico, che implica una approfondita valutazione e si colloca all'interno del progetto individuale multidisciplinare, è raffigurabile come articolato principalmente su tre livelli: un livello che riguarda la comunicazione all'interno del contesto familiare, un secondo livello di comunicazione in tutte le situazioni di attività condivise tra il bambino e l'ambiente (pasti, bagno, giochi.), un terzo livello più specifico, volto al lavoro più diretto sul linguaggio e la comunicazione. Il lavoro può essere svolto in modo individuale, in laboratori di comunicazione o in gruppi più allargati (ibidem p. 111)

Il linguaggio usato è adattato alle capacità del soggetto: si evita accuratamente un "bagno di linguaggio", al contrario si adottano "accentuazione e pronuncia esagerate, intonazione ripetitiva, eloquio più lento, uso accentuato della mimica e dei gesti, vocabolario semplificato, ricorso a parole particolari (nanna, per esempio), uso di frasi corte e semplici con costruzioni poco varie, in cui dominano le interrogazioni e le esclamazioni" (Barthelemy et al, 1995, p. 285).

Vengono ignorati i comportamenti non adeguati, come l'ecolalia, mentre si riprendono ed incoraggiano i momenti di comunicazione intenzionale, si rimandano e completano le produzioni del bambino, si commenta l'ambiente e gli oggetti.

Il quadro che si tende a creare è quello di "un contesto di attività condivise dal bambino e dal terapeuta (.); gli "scenari" della comunicazione così stabiliti vengono riprodotti in maniera stabile e poi gradualmente arricchiti in base ai suoi progressi". In tali situazioni "la continuità, la stabilità dell'attività del bambino viene incoraggiata sia con la scelta di materiale semplice, con compiti descritti chiaramente, che con uno scopo distintamente percepibile e con azioni facili da anticipare" (ibidem p. 284).

Terapie psicomotorie

a cura di Renza Massara e Maria Carla Galli

Le terapie psicomotorie traggono le radici dagli apporti di H. Wallon e di J. Piaget, nella prima metà del '900, pongono in rapporto la motricità con lo sviluppo emotivo affettivo e cognitivo.

L'ambito specifico della psicomotricità, caratterizzato dalle sue patologie e dalle relative modalità terapeutiche, è stato definito da esponenti della neuropsichiatria e della psicologia in ambienti di lingua francofona negli anni '50 e '60. Gli studi e la pratica sui disturbi psicomotori portano a chiarire come le funzioni psichiche e motorie sono funzioni profondamente radicate; col tempo la terapia psicomotoria è venuta ad applicarsi anche ai disordini di personalità e identità, definendosi come Terapia relazionale a mediazione corporea.

Nel trattamento dei bambini autistici, la terapia psicomotoria tende ad aprire alla comunicazione attraverso la relazione col terapeuta: questo permette al bambino di essere riconosciuto nella sua unicità, di poter manifestare il suo desiderio, le sue paure e la sua sofferenza celate dalla sua incapacità ad esprimersi.

Partendo dalle competenze e modalità proprie ad ognuno, il terapeuta guida il bambino ad organizzare e integrare le funzioni, a differenziare, ad accedere a nuove modalità di azione e di relazione e al piacere di fare, pensare, conoscere e comunicare. Lo strumento specifico che individua la terapia psicomotoria è il corpo nelle sue dimensioni toniche ed emozionali, nelle sue posture e gestualità. Il terapeuta utilizza il tono muscolare come rilevatore delle proprie emozioni e, in base alle variazioni emotive che il bambino autistico - in apparenza assente, in realtà ben presente - gli invia, riesce a comunicare con lui anche senza parole.

Gli strumenti operativi della terapia psicomotoria sono: la strutturazione di un contenente spazio-temporale costante, la stimolazione tonica sensoriale ed emotiva, la possibilità della condivisione del vissuto del piacere senso-motorio, la proposta di oggetti esperienziali, l'uso della voce e il mettere semplici parole sul vissuto emotivo del bambino.

È indispensabile, in questo approccio, una specifica formazione personale del

terapeuta affinché sia in grado di decodificare i messaggi non verbali, che conosca e padroneggi. le proprie modalità comunicative corporee. La formazione è completata dalla conoscenza della patologia del bambino e deve avvalersi di supervisione.

La conduzione di una terapia psicomotoria deve essere inserita in una operatività di intervento terapeutica multidisciplinare e richiede di essere integrata in una organizzazione in retedelle risorse territoriali in collaborazione con la famiglia, la scuola e i curanti.

In questa fase storica in cui si assiste al moltiplicarsi degli interventi riabilitatori si corre spesso il rischio di dimenticare la persona del bambino e la sua identità, rincorrendo il miraggio di ottenere prestazioni nei campi più differenziati. La terapia psicomotoria richiama all'attenzione i bisogni primari della persona del bambino.

Approccio Eto-comportamentale alla terapia psicomotoria

a cura di L. Destefanis

In questa sezione viene presentato uno degli approcci alla terapia psicomotoria, quello eto-comportamentale, con particolare riferimento al lavoro di A.M. Wille (1994). Il materiale che segue è tratto principalmente dal lavoro di questa autrice, basato su una lunga esperienza di osservazione e di intervento nel campo dell'Autismo

Wille ci offre una approfondita storia, fatta sulla base di una ricca concettualizzazione radicata nella pratica, del cambiamento che il bambino, ed in particolare il bambino autistico, vive e realizza nella sala di psicomotricità, dove modifica le sue modalità adattive e comunicative nella relazione che vive con il Terapeuta (Wille, 1994, p. 115).

Il testo della Wille si caratterizza per un notevole spessore di contenuto, dando dei ricchi spunti di riflessione e causando una grossa difficoltà a descrivere in questa sede, se non nei tratti essenziali, la complessità dell'argomentazione, densa di rimandi, di idee, di concetti, di descrizioni del mondo del bambino ed in specifico del soggetto autistico.

Dopo aver preso posizione a sfavore di un uso dell'interpretazione e dell'etichettamento del comportamento, presenti in altre impostazioni, l'autrice dichiara la sua scelta per un'ottica di tipo etologico (Wille 1994 pp. 29-34).

L'etologia, come già introdotto nel paragrafo **L'approccio Etologico** del capitolo "**Concezioni delle psicosi infantili**", si attiene all'osservazione di ciò che si vede, ed in particolare elabora profondamente una teoria ed una pratica di osservazione e descrizione del comportamento individuando le condotte "tipiche della specie" (ibidem pp. 30 e 34-43).

In tale prospettiva vengono considerati aspetti quali il comportamento spontaneo, il gioco, i comportamenti conflittuali motivati da conflitti interni ed aventi funzione di segnali (ibidem pp. 43-47).

Nello studio dell'autismo l'etologo N. Timbergen, facendo riferimento al concetto

di conflitto motivazionale per spiegare i comportamenti "che a prima vista non sembrano avere una chiara funzione, e che l'osservatore inesperto tende a definire "bizzarri" (.)" (ibidem p. 47), propone di considerarli nell'ottica del valore che essi hanno nel contesto sociale.

Le tendenze evolutive, il comportamento ambivalente, il comportamento ridiretto, le attività di sostituzione, il meccanismo di disinibizione sono alcune delle forme di lettura del comportamento individuate dagli studi etologici sull'uomo. Parimenti il concetto di releaser spiega come il mondo degli oggetti, la strutturazione dello spazio, il corpo e le azioni dell'altro possano fortemente scatenare risposte e influenzare il comportamento del bambino (pp. 47-55).

In una prospettiva terapeutica "l'approccio etologico non si pone come obiettivo la ricerca della causa dell'autismo, la cui origine biologica è ormai universalmente accettata, bensì ha la finalità di aiutare il bambino ad emergere dal suo caos cognitivo per diventare una persona.

L'approccio psicomotorio così come attuato da Anne-Marie Wille ha proprio come scopo l'umanizzazione del bambino autistico: si basa su un grande rispetto da parte del terapeuta che con profonda umiltà accetta di essere un "oggetto tra gli oggetti e nemmeno il più affascinante di essi", di proporsi al bambino senza imporsi, di aiutarlo a dare un significato alle sue azioni e di ampliare i suoi orizzonti cognitivi tramite il gioco ed il corpo" (pp. 13-14).

Osservando il comportamento spontaneo del bambino nel contesto specifico dell'ambiente psicomotorio, struttura ambientale stabile, la constatazione è quella per cui una spinta interna dell'organismo è "semplicemente" accolta, quindi raccolta dall'ambiente.

Se ciò accade, vi è un cambiamento nel soggetto (a qualsiasi livello della sua organizzazione neuropsichica) che coincide con un miglioramento globale della situazione evolutiva" (p. 54).

È necessario saper "scegliere attentamente nell'ambiente una specifica struttura che influenzi armoniosamente i processi biologici dell'ontogenesi (.). È la capacità di selezione subordinata alla coscienza dello scopo delle nostre azioni che ci permette di gerarchizzare, nella moltitudine di stimoli che ci circonda, quelli che sono al momento più "convenienti". Ed è questa stessa capacità che qualifica l'intervento del terapeuta, qualora riesca a produrre un cambiamento nella monotonia del comportamento autistico" (p. 55).

Al bambino, il PA (piccolo abitante), viene proposto un percorso in un particolare ambiente, l'APM (ambiente psicomotorio), che comprende sia la struttura fisica (una sala contenente degli oggetti "stabili" e degli oggetti "instabili"), sia le azioni che il Terapeuta vi svolge.

Saranno rispettate alcune caratteristiche di dimensione e forma della sala, di rivestimento, illuminazione, acustica, e arredamento: gli oggetti stabili hanno caratteristiche il più possibile neutre per non essere distraenti, mentre gli oggetti instabili, la cui funzione è di indurre all'azione, hanno caratteristiche fisiche che definiscono, non in modo univoco, una loro influenza sul comportamento, in dipendenza anche del contesto situazionale e relazionale.

Vi sono oggetti instabili fondamentali (usati con costanza nel processo di cambiamento) e oggetti ausiliari.

Lo "spazio d'azione" comprende un territorio, delle piste seguite negli

spostamenti e delle aree neutre, ad esempio quelle occupate dai contenitori.

Una delle finalità dell'APM è quella di indurre il soggetto all'uso globale del corpo (.). Un'altra finalità è quella di attivare la curiosità, l'interesse per gli oggetti, tramite l'esplorazione e l'uso creativo del materiale" (pp. 57, 58).

Nell'APM l'oggetto instabile fa da memoria agli eventi che appartengono alla storia del processo di cambiamento del soggetto (.), evoca simbolicamente una situazione, un gesto, un'emozione" (p. 62).

Vengono applicate delle strategie di base: soppressione del linguaggio verbale da parte del Terapeuta, alto tasso di emotività, assenza di richieste esplicite, rispetto della durata (45') dell'incontro.

Vi sarà una regolarità temporale tra un incontro e l'altro ed una organizzazione all'interno di ciascuno di essi (p. 66).

Evitamento, avvicinamento, esplorazione, gioco, apprendimento ed acquisizione sono le tappe che si osservano nell'evoluzione del bambino all'interno dell'APM, con tempi e modalità diverse da individuo a individuo.

Si possono presentare dei comportamenti che sono di ostacolo al processo di cambiamento (PDC) e che vengono chiamati "condotte tossiche", oltre a momenti di stasi, che rendono necessario introdurre delle novità nelle proposte.

La modalità di presa in carico di tipo psicomotorio eto-comportamentale prevede il coinvolgimento iniziale, e per un periodo più o meno lungo, della madre del bambino autistico, per far sì che tra madre e bambino si sviluppino quelle caratteristiche naturali del rapporto che la difficoltà autistica ha reso difficili o assenti; si sottolinea inoltre l'importanza della massima collaborazione tra tutti coloro che sono soggetti di riferimento per il bambino.

Altre informazioni possono essere tratte dal sito internet:

<http://www.elettrodata.it/psicomotricita/terapia.html>

Musicoterapia

a cura di G. L. Padua ed E. Lagna

Una definizione particolarmente esaustiva di Musicoterapia è quella di Scardovelli (Scardovelli, 1985, 1986, 1987, 1988) che la definisce come uno strumento o un modo di osservare, di ascoltare, di percepire, di agire all'interno di una relazione terapeutica (ma anche riabilitativa o educativa) al fine di facilitare il processo di comunicazione interpersonale.

La poesia è una modulazione dell'esistenza", come dice Marleau Ponty, e potremmo aggiungere che altrettanto essenzialmente la musica è intonazione dell'esistenza, è passaggio dal sogno alla vita, ove la musica e le dinamiche da essa sollecitate evocano e rappresentano "una vitalità del sogno" e "un sognare come essenziale alla vita".

Riflessioni neurofisiologiche sull'esperienza musicale

Ascoltare musica, fare musica, individualmente o in "ensemble" è un'esperienza solistica tale da coinvolgere interamente la nostra mente e le nostre emozioni. In questa globalità di ascolto, in questo perdersi emozionale ed estetico, dove sfuma il confine fra sogno e realtà, bisogna peraltro riconoscere una base biologica rappresentata dalla dominanza emisferica.

Tale dominanza è geneticamente determinata, ma la "plasticità" con cui opera il sistema nervoso ne consente modificazioni e adattamenti.

Numerosi sono gli studi sulla neurofisiologia e neuropatologia della musica a partire dalla fine del XIX secolo, quando il dr. Ballet ha correlato i disturbi del linguaggio parlato (afasie) con i disturbi del linguaggio musicale (amusie), dimostrando la presenza di afasia e amusia nello stesso paziente. Successivi lavori hanno dimostrato l'esistenza di amusia senza afasia (Henschen, 1920), ovvero di sordità musicale senza sordità per la parola.

È famoso il caso del maestro Shebalin, compositore russo che aveva conservato, nonostante una paralisi destra con disturbi disfasici (per lesione emisferica sinistra), un'ottima percezione e creatività musicale, continuando a comporre sinfonie (Luria e coll., 1965).

Uno studio sperimentale della neurofisiologia dell'ascolto musicale è stato rappresentato dalla "tecnica dell'ascolto dicotico", che parte dal presupposto neurofisiologico che la corteccia temporale di un emisfero sia preferenzialmente collegata con l'orecchio del lato opposto. Il test dell'ascolto dicotico prevede la presentazione simultanea alle due orecchie di messaggi musicali differenti per frequenza, timbro e intensità.

In base alle conoscenze neurofisiologiche, la migliore e più rapida percezione con l'orecchio destro significherà una partecipazione prevalente dell'emisfero sinistro e viceversa.

Dagli studi effettuati è emerso quanto segue:

1. L'emisfero destro è dominante, ma non per tutti i compiti musicali; infatti è dominante negli ascoltatori "naive" (non musicisti) che percepiscono la musica in una forma più globale, gestaltica.
2. L'emisfero sinistro è dominante: a) per compiti che richiedono elaborazioni analitiche e sequenziali; b) per la percezione ed esecuzione musicale nel contesto di un ascolto più sofisticato, differenziato e analitico.

Si assiste quindi ad una trasmissione di funzioni dall'emisfero destro a quello sinistro che diventa "l'emisfero dei musicisti".

Per quanto riguarda il canto, dal punto di vista neurofisiologico, le parole sono di competenza dell'emisfero sinistro, la melodia dell'emisfero destro. Ancora, il linguaggio ha una musicalità le cui caratteristiche specifiche possono andare oltre il significato intrinseco, trasmettendo sentimenti arcaici e modalità molto primitive di comunicazione capaci di evocare profonde emozioni (Mancia M., 1981).

Aspetti applicativi

Riprendendo ancora Scardovelli (1989), "fare Musicoterapica significa saper cogliere e saper rispondere adeguatamente agli aspetti temporali-ritmici , agli aspetti energetici e a quelli logico-cognitivi individuali in qualsiasi comportamento comunicativo. Attraverso la mediazione della Musicoterapica è così possibile un rispecchiamento della fisiologia e della mappa emozionale-cognitiva del mondo dell'altro.

Si viene a creare una holding winnicottiana (Winnicott, 1941) ove gli elementi in gioco sono rappresentati dall'operatore, dal paziente, dall'elemento sonoro-musicale che media il rapporto attraverso un ricalco della mappa dell'altro: assumere su di sé "come se" fossero propri i ritmi (quello cardiaco, quello respiratorio), i tempi, le variazioni energetiche, fino alle idee, i valori, le credenze dell'altro, il suo linguaggio (verbale e non), i suoi silenzi, la sua "fisiologia", quindi globalmente il suo Essere.

In fondo si viene a riprodurre quella meravigliosa sinfonia audio-visiva-cinetica che lega due esseri umani, la mamma col suo bambino, che prevale sulle fluttuazioni casuali, sulle turbolenze, sul disordine. Tale sinfonia crea delle emozioni che il bambino non è in grado di comprendere e che pertanto "rigetta", emozioni che vengono riprese dalla madre empaticamente, razionalmente elaborate, e che empaticamente e razionalmente vengono restituite al bambino creando così il suo mondo interno e una mente capace di crescere e di poter scegliere.

Nell'autismo, in particolare, la Musicoterapia può divenire un efficace strumento di comunicazione aumentativa, che collude con gli aspetti apparentemente più regressivi, simbiotico-fusionali. Peraltro, essa mobilita strutture profonde di ricezione-espressione delle emozioni, riuscendo a evocare quelle relazioni fra menti e corpi, fra interno ed esterno, fra oggetti interni ed oggetti esterni, fra piacere e dolore che non sono comunicabili attraverso il canale verbale.

A nostro avviso il ruolo della Musicoterapia, in tutte le situazioni come specificamente nell'autismo, svolge il ruolo di mediazione tra noi e il mondo, tra la nostra individualità e l'individualità fuori di noi, aiutando a calibrarsi sull'altro, ad accettarlo, ad avere fiducia in un contesto meno strutturato rispetto a quello rassicurante e consolidante che è la vacuità potenziale della parola.

Animal Assited Therapy

In questo tipo di terapia gli animali entrano in scena e diventano co-protagonisti del processo terapeutico. Ci sono svariati modi in cui questo può avvenire. Nell'ippoterapia, o terapia con il mezzo del cavallo, vengono sfruttate alcune caratteristiche fisiche del cavallo, insieme a valenze psicologiche e sociali legate al cavallo ed all'ambiente del maneggio. Il particolare movimento del cavallo offre infatti da un punto di vista fisico sollecitazioni al sistema neuromuscolare del

cavaliere, che possono portare diversi benefici sullo sviluppo psicomotorio della persona, e migliorare la coordinazione, l'equilibrio, il tono muscolare, la motricità fine e globale, la respirazione e così via. È facile quindi immaginare che questo tipo di stimolazione avrà effetti anche a livello dell'integrazione sensoriale, che nell'autismo è spesso deficitaria. Ma oltre a caratteristiche di tipo fisico, il cavallo, e l'ambiente in cui vive, offre anche altri vantaggi, con risvolti nell'area psicologica e dell'interazione con gli altri. Da un lato infatti il cavallo si presta ad essere un compagno, un amico, un animale da accudire, ma allo stesso tempo, dall'altro, si prende in groppa il bambino e lo porta in giro. Allo stesso modo, il cavallo si presta da una parte ad essere contenitore, ovvero un altro essere che contiene, porta in giro, offre confini ben precisi dettati non solo dalla sua mole ed intrinseca pericolosità, ma anche dalle regole che accompagnano da sempre la cura dei cavalli e l'equitazione. Dall'altro lato il cavallo non è contenitore ma contenuto, in quanto offre l'esclusiva possibilità al bambino di guidarlo, di portarlo, di imparare un linguaggio nuovo, fatto di gesti e di movimenti e anche vocalizzi, per portarlo dove vuole lui. Oltre a questi aspetti, specifici del cavallo, non bisogna dimenticare i valori e i benefici legati ad ogni tipo di attività ludico-sportiva, individuale o di squadra, come la motivazione, l'autostima, la capacità d'attenzione, l'indipendenza, nel senso di volontà di portare avanti una nuova attività come protagonista, in continua interazione e sintonia con un altro essere vivente. Infine, ci sono i benefici psico-sociali di un processo terapeutico strettamente collegato ad un'attività ludico-sportiva fatta in ambiente pubblico ed aperto, non medico e riservato alla patologia, il che offre una nuova opportunità di integrazione sociale.

Un altro tipo di terapia assistita da animali è quella praticata con i delfini. Questo è l'unico esempio di terapia assistita da animali che utilizza un animale non domestico ma selvatico, o meglio acquatico, come i delfini. A questa specie, che vive appunto in ambiente marino, quindi molto diverso dal nostro, è sempre stata riconosciuta una particolare abilità ad entrare in contatto con gli esseri umani, ed a interagire e giocare in modo del tutto spontaneo con loro. Un'altra caratteristica molto favorevole di questi simpatici animali è che sono animali sociali, non solitari, che hanno un complesso sistema di comunicazione per comunicare tra loro, fatto di suoni e ultrasuoni che sembrano avere un particolare effetto benefico sulle persone. Inoltre, i delfini hanno una particolare capacità di comprendere certi tipi di linguaggio umano, come il linguaggio dei segni. Per queste caratteristiche, unite ad una spiccata intelligenza, è stata presa in considerazione l'idea di utilizzare i delfini a scopo terapeutico nell'autismo e in casi di depressione o altri disturbi mentali. I principali effetti che sono stati studiati sono un miglioramento nell'integrazione di alcuni aspetti della personalità e della corporeità, come la percezione di parti del corpo trascurate, stimulate dal movimento dei delfini e dall'acqua intorno a loro; la capacità di espressione e la spontaneità, favorita dal fatto che in acqua, in compagnia dei delfini, esistono meno regole, o sono comunque diverse dalle nostre; il movimento, stimolato anche dalla particolare vivacità dei delfini e la loro propensione al gioco; la disponibilità al contatto, favorita anche dall'ambiente acquatico.

Le informazioni relative alla terapia con i delfini sono tratte da: M. Giuseppini: "Psicoterapia con l'ausilio dei delfini", in Realtà e prospettive in

psicofisiologia, anno IV°, luglio 1994.

Ulteriori informazioni

Ulteriori informazioni su altri metodi e programmi di trattamento, meno diffusi in Italia, possono essere reperiti ai siti: www.vaporio.com,
www.autism-society.org, <http://www.son-rise.org>,
<http://www.millermethod.org>.