

Autismo



Sindrome, cioè un'insieme di “sintomi”, ovvero di “segni” osservabili.

LA STORIA E GLI APPROCCI

I precursori

Bleuler nel 1911 definisce “autismo” uno dei tratti della schizofrenia

Negli anni '90 è ormai accettata dalla comunità scientifica la definizione di autismo come conseguenza di diversi tipi di danno neurologico.

Kanner nel 1943 definisce l'autismo come una sindrome, avendo studiato per 5 anni 11 bambini che presentavano caratteristiche comuni:

isolamento “autistico”

attività ed espressioni ripetitive

sviluppo anomalo del linguaggio

Asperger nel 1944 fornisce una descrizione di bambini con fenomeni comportamentali ed espressivi che davano luogo a difficoltà nell'integrazione sociale. Include casi con danni organici ed altri che sfumano nella normalità. Oggi viene indicata con il suo nome un sindrome per descrivere persone autistiche dotate.

Battelheim fin dagli anni '40 parla di autismo come psicosi infantile, utilizzando concetti psicoanalitici e focalizzando l'origine del disturbo nelle prime relazioni madre-bambino. Nel 1967 pubblica "La fortezza vuota"

Tustin a partire dagli anni '60 pubblica numerosi studi in cui centra l'attenzione sulla funzione di barriera svolta dall'autismo e successivamente sugli aspetti protettivi dell'autismo.

Afferma che i bambini autistici possono essere trattati proficuamente con la psicoterapia.

Fina dal '66 compaiono le prime ricerche sui fattori eziologici:

Autismo psicogeno o biologico?

Negli anni '70 e '80 la ricerca comincia a dimostrare che numerosi bambini con autismo presentano dei danni organici.

Timbergen, premio Nobel nel 1973 per l'etologia, osserva i comportamenti di avvicinamento e di allontanamento dei bambini con autismo e riferisce l'origine del processo al contesto socio-culturale. La concezione del conflitto motivazionale è ripresa in Italia da **Zappella** nel 1987

Nel ***DSM I*** (1950) e nel ***DSM II*** (1968) l'autismo non viene identificato come disturbo distinto.

Nel ***DSM III*** (1980) l'autismo viene descritto secondo i quattro criteri tratti da Kanner:

- 1- ridotte relazioni sociali
- 2- comunicazioni ritardate e devianti
- 3- interessi limitati
- 4- Insorgenza prima dei trenta mesi

Rutter & Schopler nel 1978 rivedono i criteri della diagnosi. Basandosi su numerose ricerche precedenti, nel 1983 formalizzano l'ipotesi che l'autismo sia un disturbo cognitivo

Schopler nel 1966, con il sostegno del Ministero dell'educazione, in Nord Carolina vara un programma di trattamento psicoeducativo in cui i genitori sono coterapeuti.

Nel 1980 pubblica un saggio in cui definisce le linee guida dell'intervento psicoeducativo.

L'attualità

Il ***DSM III R*** del 1987 identifica sedici criteri per l'autismo, rendendo così complesso e preciso il procedimento di decisione diagnostica.

Seguono il ***DSM IV*** ed il ***DSM IV Text Revised***, che specificano alcuni sintomi e precisano i criteri della diagnosi differenziale.

Baron-Cohen, Leslie & Frith , nel 1985, postulano l'assenza di una “teoria della mente” nelle persone con autismo, riferendosi alle loro difficoltà di attribuire pensieri e sentimenti a sé stessi o ad altri.

La **Frith**, nel 1989 pubblica: “Autism: explainig the enigma”, in cui fornisce un'esposizione di ciò che accade in una mente autistica.

Si parla di “teoria della mente”, di “coerenza centrale”, di “funzioni esecutive”

Nel 1990 **Lovaas** pubblica “L’autismo: psicopedagogia speciale per bambini autistici”.

Il libro descrive dettagliatamente le basi dell’intervento comportamentale per i bambini con autismo.

Nel 1986 **Temple Grandin** pubblica “Emergence: Labelled autistic”.

Si tratta del primo “racconto dall’interno” dell’autismo, in cui l’autrice parla di sé stessa e del suo modo di percepire il mondo, mettendo l’accento sul pensiero visivo. Nel 2001 viene tradotto in italiano “Pensare in immagini e altre testimonianze della mia vita autistica”

Nel 1992 ***Donna Williams*** pubblica “Nessuno in nessun luogo”

Nel 1999 viene tradotto in italiano “Una persona vera” di

Gunilla Gerland

A partire dagli anni '60 i genitori, singolarmente o in associazione, cominciano a far sentire la loro voce sull'autismo.

Clara Claiborne Park, ne "L'assedio" (1967) narra i primi otto anni di Jessi, sua figlia.

Aggiorna il racconto nell'82 e nel 2001 pubblica

"Via del nirvana: vita con una figlia autistica"

Alcuni genitori cominciano ad essere impegnati professionalmente con l'autismo:

Laxer, Treihin, De Clerq e molti altri scrivono e tengono conferenze a fianco, e a volte “contro” i professionisti non-genitori.

Nell'introduzione italiana del libro di Schopler (1991), Hanau definisce “congiura nel silenzio” la mancata diffusione in Italia ed in Francia dei programmi di pedagogia speciale

Nel 1985 viene fondata in Italia l'ANGSA, Associazione Nazionale Genitori Soggetti Autistici

Dal 1989 l'ANGSA entra a far parte dell'Associazione Internazionale Autisme Europe che unisce i rappresentanti delle organizzazioni di genitori di tutta Europa

Attualmente è un'associazione federativa

L'autismo è una sindrome caratterizzata da una triade sintomatologica:

- compromissione qualitativa dell'interazione sociale;
- compromissione qualitativa della comunicazione;
- modalità di comportamento, interessi ed attività ristretti, ripetitivi e stereotipati.

L'età di esordio è prima dei tre anni per almeno una delle aree della triade.

La diagnosi viene fatta attraverso:

- l'ICD 10  autismo infantile 299.00

- DSM IV Text Revision  disturbo autistico

Iterazione sociale:

A – marcata compromissione nell'uso di svariati comportamenti non verbali, come lo sguardo diretto, l'espressione mimica, le Posture corporee e i gesti che regolano l'interazione sociale.

B – incapacità di sviluppare interazioni con i coetanei adeguate al livello di sviluppo

C – mancanza di ricerca spontanea della condivisione di gioie, interessi o obiettivi con altre persone

D – mancanza di reciprocità sociale o emotiva

Comunicazione:

A – ritardo o totale mancanza dello sviluppo del linguaggio parlato

B – in soggetti con linguaggio adeguato marcata compromissione della capacità di iniziare o sostenere una conversazione con altri.

C – uso del linguaggio stereotipato e ripetitivo o linguaggio eccentrico

D – mancanza di giochi di simulazione vari e spontanei o di giochi di imitazione sociale adeguati al livello di sviluppo

Repertorio di interessi:

A - dedizione assorbente ad uno o più tipi di interessi ristretti e stereotipati anomali o per intensità o per focalizzazione.

B – sottomissione del tutto rigida ad inutili abitudini o rituali
Specifici

C – manierismi motori stereotipati e ripetitivi

D – persistente ed eccessivo interesse per parti di oggetti

Che cosa significa compromissione qualitativa?

Ritardo mentale

Profilo di sviluppo cosiddetto

“ritardato”

ma omogeneo

Autismo

Profilo di sviluppo

“disarmonico”

oltre che quasi sempre ritardato

Manifestazioni e disturbi associati:

- ritardo mentale
- profilo di sviluppo irregolare
- capacità verbali più deboli di quelle non verbali
- possono essere presenti “isole di abilità”
- il linguaggio espressivo può essere superiore alle abilità di comunicazione
- “sintomi comportamentali”
- risposte bizzarre a stimoli sensoriali
- disturbi dell'alimentazione
- disturbi del sonno
- anomalie dell'umore e dell'affettività
- paure e fobie
- in adolescenza, in persone con un buon funzionamento, può comparire la depressione

Condizioni mediche associate:

Sintomi o segni neurologici aspecifici

Condizione neurologica o altra medica generale

Nel 25% dei casi possono svilupparsi convulsioni

Caratteristiche collegate all'età

Nei neonati e nella prima infanzia:

- difficoltà a stare in braccio
- mancanza di attenzione condivisa
- difficoltà o avversione al contatto fisico o alle manifestazioni di affetto
- mancanza di contatto visivo
- mancanza di sorriso o di reciprocità sociale
- mancanza di risposta alla voce dei genitori
- apparente sordità
- movimenti stereotipati o attività ripetitive
- difficoltà nel gioco

Nei bambini in età prescolare:

- prendere la mano dell'adulto per ottenere oggetti
- mancanza dello sguardo diretto

Nell'adolescenza:

- repentine variazioni dei problemi di comportamento
- maggiore disponibilità

Negli adulti:

- attenuazione dei problemi di comportamento

Caratteristiche collegate al genere

Il disturbo è quattro volte maggiore nei maschi che nelle femmine

Le femmine con questo disturbo hanno più possibilità di avere un ritardo mentale grave

L'incidenza è di 5 casi su 10.000

Da 2 a 20 casi su 10.000

Si manifesta in tutti i Paesi del mondo,

in tutte le culture e nelle famiglie di

qualsunque livello sociale ed economico

Decorso

Esordio prima dei tre anni

Presentazione dei sintomi sin dalla nascita

Regressione dopo il primo anno (fra i 12 ed i 21 mesi)

Il decorso è continuo

Una piccola percentuale riesce, in età adulta, a vivere ed a lavorare in maniera indipendente

Un terzo riesce a raggiungere una parziale indipendenza

I restanti rimangono dipendenti dalle cure per tutta la vita

Familiarità

Ci sono maggiori rischi che i fratelli presentino
altri tipi di disturbi

Le persone dotate hanno antecedenti familiari

Diagnosi differenziale

Disturbo di Rett

Disturbo disintegrativo dell'infanzia

Disturbo di Asperger

Schizofrenia

Mutismo selettivo

Disturbo dell'espressione del linguaggio

Disturbo misto dell'espressione e della ricezione del linguaggio

Ritardo mentale

Disturbo da movimenti stereotipati

DIFFICOLTÀ

&

CAPACITÀ

Difficoltà ad utilizzare
più canali sensoriali
Contemporaneamente

Difficoltà a processare
rapidamente le
informazioni

Capacità di utilizzare
un canale sensoriale
per volta o più canali
in sequenza con intervalli

Capacità di rispondere
ad uno stimolo dopo una
latenza

Difficoltà ad orientare
l'attenzione su richiesta

Capacità di orientare
spontaneamente
l'attenzione

Difficoltà a trasferire
l'attenzione da uno
stimolo all'altro

Capacità di mantenere
l'attenzione e di prestare
attenzione a più stimoli se
presentati con sequenza
con intervalli

Difficoltà a cogliere

l'ordine temporale

degli eventi e a

comprendere concetti

temporali

Capacità di comprendere

la traduzione spaziale di

concetti temporali

Difficoltà a condividere l'attenzione, a guardare e ad essere guardato direttamente negli occhi

Difficoltà a cogliere verbalmente concetti di relazione, concetti sociali e concetti "astratti" o espressi in maniera simbolica

Capacità di accettare comunicazioni non dirette e/o mediata da oggetti o da scambio concreto

Capacità di comprendere la traduzione visiva di un concetto

Difficoltà a ricordare
informazioni “astratte”

Capacità di
memoria associativa

Difficoltà ad accettare
i cambiamenti e a
generalizzare

Capacità di ancorarsi
a punti di riferimento

Difficoltà ad esporsi e
ad accettare la
responsabilità di
un'azione o di
un'emozione

Capacità di accettare
situazioni in cui la
responsabilità di
un'azione o di una
comunicazione sia
attribuibile all'altro

Difficoltà ad esprimere direttamente ed immediatamente una preferenza o una scelta e ad esprimerla verbalmente

Difficoltà ad esprimere direttamente ed immediatamente sentimenti ed emozioni

Capacità di effettuare scelte all'interno di alternative definite e di esprimerle in maniera visualizzata

Capacità di esprimere sentimenti ed emozioni in maniera indiretta e mediata

Difficoltà a cogliere
le motivazioni e le
aspettative
dell'interlocutore

Capacità di cogliere
regole relazionali
se spiegate

Difficoltà a
“condividere”

Capacità di
“sentire”