



UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI MESSINA
DIPARTIMENTO DI
SCIENZE COGNITIVE, PSICOLOGICHE, PEDAGOGICHE
E DEGLI STUDI CULTURALI
CORSO DI LAUREA TRIENNALE IN
SCIENZE E TECNICHE PSICOLOGICHE (L-24)

Oltre il Silenzio: Esplorare il Potenziale della Terapia
Affettivo-Relazionale nella Crescita Emotiva di
Bambini Autistici

Tesi di Laurea di:
Aurora Iaconis

Relatore:
Chiar.ma Prof.essa Antonella Nuzzaci

Anno Accademico 2023/2024

Indice

INTRODUZIONE.....	2
CAPITOLO I – BACKGROUND TEORICO	4
1. DEFINIZIONE E DIAGNOSI DELL’AUTISMO	4
2. EVOLUZIONE DELL’APPROCCIO ALL’AUTISMO	5
3. STATISTICHE DESCRITTIVE	8
4. SINTOMATOLOGIA E CARATTERISTICHE PRINCIPALI DELL’AUTISMO	10
5. ISOLE DI COMPETENZA NELL’AUTISMO.....	19
CAPITOLO II – IPOTESI NEL CAMPO DELLA RICERCA SULL’AUTISMO	21
1. L’IPOTESI NEUROANATOMICA	21
1.1. CERVELLETTO	21
1.2. L’AMIGDALA	22
1.3. CORTECCIA CEREBRALE	23
1.4. CORTECCIA FRONTALE	24
2. L’IPOTESI GENETICA.....	24
3. FATTORI PRENATALI, PERINATALI E POST-NATALI INCIDENTI NELL’AUTISMO	25
4. L’IPOTESI SULLA TEORIA DELLA MENTE.....	26
5. L’IPOTESI DEL DISTURBO GASTROINTESTINALE	27
6. L’IPOTESI DEL VACCINO TRIVALENTE COME CAUSA DELL’AUTISMO	29
CAPITOLO III – APPROCCIO AFFETTIVO-RELAZIONALE E GIOCO LIBERO AUTOGESTITO	30
1. INTERVISTA AL DOTT. EMIDIO TRIBULATO	30
CAPITOLO IV –IL CASO CLINICO DI F. P.	47
1. RACCONTO DI UNA MADRE.....	47
2. VALUTAZIONE DEL CASO CLINICO	52
CONCLUSIONE.....	56
BIBLIOGRAFIA	58
RINGRAZIAMENTI.....	64

INTRODUZIONE

L'autismo, o Disturbo dello Spettro Autistico (ASD), rappresenta una delle sfide più complesse e discusse nel campo della neuropsichiatria infantile. Negli ultimi decenni, la crescente incidenza dei casi e la varietà dei profili di funzionamento hanno suscitato un profondo interesse da parte della comunità scientifica e clinica, portando a un'intensa attività di ricerca volta a comprendere meglio le cause, le manifestazioni e i trattamenti possibili. Nonostante i progressi significativi nella comprensione dell'autismo, la gestione terapeutica rimane un campo aperto e dinamico, caratterizzato da molteplici approcci e metodologie.

Tra queste, la Terapia Affettivo-Relazionale emerge come un approccio innovativo e promettente, basato sull'idea che l'interazione affettiva e la costruzione di relazioni significative possano avere un impatto cruciale sullo sviluppo dei bambini con ASD.

Il presente lavoro di tesi si propone di esplorare in profondità l'efficacia della Terapia Affettivo-Relazionale come approccio terapeutico nell'autismo. Questo tipo di terapia si distingue per il suo focus sull'aspetto emotivo e relazionale dell'individuo, andando oltre il tradizionale approccio comportamentale, fondandosi sull'idea che l'emozione e la relazione siano elementi chiave nel processo di apprendimento e sviluppo dei bambini con autismo, proponendo interventi che mirano a stimolare e rafforzare la capacità di questi individui di stabilire legami affettivi significativi. La centralità dell'emozione e della relazione nell'intervento terapeutico rappresenta un cambiamento di paradigma rispetto a molte terapie tradizionali, orientate prevalentemente sulla modificazione del comportamento attraverso tecniche più strutturate e meno personalizzate.

L'ispirazione per la scelta di questo argomento è nata dall'esperienza personale maturata durante il percorso formativo di tirocinio presso il Centro Studi Logos, un'associazione Onlus di volontariato nata per prestare assistenza e ricerca nell'ambito delle difficoltà psicopedagogiche. Questa esperienza, da definire come estremamente formativa, mi ha dato l'opportunità di entrare in contatto diretto con i bambini e le famiglie coinvolte, di osservare l'applicazione pratica della Terapia Affettivo-Relazionale e del Gioco Libero-autogestito e di comprendere le sfide quotidiane che caratterizzano la vita di chi vive nella chiusura autistica e dei genitori. Durante il tirocinio, ho avuto l'opportunità di affiancare un professionista esperto: il Dottore Emidio Tribulato, che utilizza questo approccio terapeutico, osservando e studiando da vicino come le dinamiche affettive e relazionali possano influenzare positivamente il percorso di sviluppo di bambini con autismo.

Il Centro Studi Logos si è rivelato un contesto privilegiato per comprendere non solo le teorie alla base della terapia affettivo-relazionale, ma anche per osservare come queste

vengono declinate in pratiche cliniche concrete. Le sessioni di osservazione e di partecipazione attiva alle attività terapeutiche mi hanno permesso di comprendere quanto sia cruciale il ruolo dell'affetto e della relazione nel favorire l'apertura e la disponibilità del bambino all'interazione sociale e alla comunicazione. In particolare, ho potuto osservare e anche mettere in pratica, in maniera concreta quanto imparato entrando in contatto diretto con i piccoli pazienti, attraverso il gioco simbolico, la mimica, e l'interazione emotiva, riuscendo a costruire un terreno comune su cui il bambino si sente compreso e valorizzato, facilitando così l'apertura a nuove esperienze di apprendimento e interazione.

Questa esperienza ha portato a delle profonde riflessioni sull'importanza di un approccio olistico e integrato nell'intervento terapeutico per i bambini con autismo. A differenza di altri approcci più focalizzati sulla riduzione dei sintomi comportamentali, la Terapia Affettivo-Relazionale considera il bambino nella sua interezza, puntando alla costruzione di una relazione empatica e affettuosa che favorisca lo sviluppo globale del bambino e cosa altrettanto importante ai fini del successo del percorso, indirizzare e rieduca i genitori a sganciarsi dagli schemi rigidi di educazione e lasciarsi andare ad un gioco spontaneo e libero con i propri figli. L'approccio osservato al Centro Studi Logos mi ha permesso di vedere come questa modalità di lavoro, che valorizza il legame affettivo e la partecipazione emotiva, possa diventare una chiave di volta per raggiungere miglioramenti significativi non solo nell'ambito della comunicazione, ma anche in quello delle competenze sociali e dell'autostima. Alla luce di queste osservazioni, il presente lavoro si propone di analizzare in dettaglio i principi teorici e le evidenze empiriche a sostegno della Terapia Affettivo-Relazionale nell'autismo. Esaminando i principali studi e ricerche scientifiche che hanno indagato nelle sue molteplici sfaccettature l'autismo e cercando di comprendere in che modo la componente relazionale e affettiva possa influenzare positivamente lo sviluppo di questi bambini. In conclusione, questa tesi si pone l'obiettivo di contribuire al dibattito scientifico e clinico sull'importanza di integrare l'approccio affettivo-relazionale nei protocolli terapeutici per l'autismo, proponendo una prospettiva che guarda oltre il sintomo per concentrarsi sulla persona nel suo complesso. L'esperienza diretta maturata al Centro Studi Logos mi ha offerto uno spunto concreto e stimolante per approfondire questo tema e per proporre riflessioni che possano essere di utilità sia per i professionisti del settore sia per le famiglie coinvolte.

Capitolo I – Background teorico

1. Definizione e Diagnosi dell'Autismo

La parola "autismo" deriva dal greco "auto", che significa "sé stesso". È stata utilizzata per la prima volta dallo psichiatra svizzero Eugen Bleuler nel 1908 per descrivere l'isolamento dalla realtà che si osservava nei pazienti con schizofrenia. Nel 1943, Leo Kanner ridefinì il termine per riferirsi ai sintomi di isolamento sociale e difficoltà linguistiche nei bambini che non presentavano schizofrenia o altri disturbi psichiatrici noti. Questi bambini mostravano difficoltà nella comunicazione e nell'interazione sociale, comportamenti ripetitivi e perdita di interesse per le attività sociali (Kanner, 1943). Nel 1944, Hans Asperger descrisse bambini con isolamento sociale ma senza le difficoltà linguistiche tipiche dell'autismo, definendo così la "Sindrome di Asperger" (Hippler & Klicpera, 2003).

Nel 1994, la quarta edizione del Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali (DSM-IV) dell'American Psychiatric Association elencava cinque Disturbi Pervasivi dello Sviluppo (PDD): disturbo autistico, sindrome di Asperger (AS), disturbo pervasivo dello sviluppo non altrimenti specificato (PDD-NOS), disturbo di Rett e disturbo disintegrativo dell'infanzia (APA,2000). Le aree deficitarie erano generalmente tre: interazione sociale, comunicazione e comportamenti ripetitivi/restrittivi. I sintomi includevano un marcato deficit nei comportamenti non verbali come il contatto visivo, le espressioni facciali e le posture corporee, oltre a comportamenti ripetitivi stereotipati e disinteresse per le attività sociali e comunicative. Per effettuare la diagnosi di disturbo autistico, il paziente doveva presentare almeno sei dei dodici deficit nelle aree di interazione sociale, comunicazione o comportamenti ripetitivi. Le variazioni nella gravità dei sintomi erano notevoli tra i diversi disturbi, in particolare nello sviluppo del linguaggio parlato; per esempio, un paziente con AS poteva non avere ritardi significativi nel linguaggio, mentre un paziente con PDD-NOS o autismo poteva avere gravi difficoltà nello sviluppo del linguaggio (Filipek et al., 1999). Riuscire a distinguere chiaramente un disturbo dall'altro, date le ampie varietà, risultò difficile, dunque, per ridurre questa variabilità, la quinta edizione del Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali (DSM-5) ha deciso di raggrupparli sotto un'unica categoria chiamata Disturbo dello Spettro Autistico (ASD). Con tale revisione, cambiano anche i criteri diagnostici. Il numero di deficit principali è stato ridotto a due: comunicazione sociale e comportamenti ripetitivi. Per diagnosticare l'ASD, un paziente deve presentare almeno tre sintomi nella comunicazione sociale e almeno due sintomi di interessi ristretti/comportamenti ripetitivi, includendo una reattività sensoriale alterata o interessi insoliti per aspetti sensoriali dell'ambiente. Inoltre, è stata creata una nuova diagnosi di disturbo della comunicazione sociale (SCD) per i bambini che non soddisfano i criteri per l'ASD perché non mostrano comportamenti ripetitivi, ma hanno comunque deficit nella comunicazione verbale e non verbale che influenzano negativamente le loro relazioni sociali

prima dei 3 anni (Mahjouri & Lord, 2012; Halfon & Kuok, 2013). Si raccomanda anche di escludere altre condizioni mediche come crisi epilettiche, disturbo da deficit di attenzione/iperattività (ADHD), ansia, depressione e problemi gastrointestinali per confermare la diagnosi. La preoccupazione circa la nuova classificazione dell'ASD proposta dal DSM5 riguardava il fatto che raggruppando tutti i disturbi in un'unica categoria si potessero escludere molti pazienti con altri disturbi autistici, come la sindrome di Asperger e il PDD-NOS. Inoltre, si riteneva la nuova concettualizzazione di questi disturbi precedentemente distinti, come una progressione dello stesso disturbo di base con una gravità dei sintomi che va da lieve a moderata a grave. Uno studio di Huerta e colleghi ha confrontato i tassi di sensibilità e specificità del DSM-IV rispetto al DSM-5 nella diagnosi dell'ASD, riportando che circa il 91% dei pazienti con diagnosi di ASD usando il DSM-IV hanno mantenuto la stessa diagnosi con il DSM-5 (Huerta et al., 2012). I criteri del DSM-IV per la diagnosi del disturbo di Asperger e del PDD-NOS erano leggermente più sensibili del DSM-5; tuttavia, solo il 9% dei bambini diagnosticati come PDD con il DSM-IV non soddisferebbe i criteri per l'ASD secondo il DSM-5 (Tsai, 2012; Kulage et al., 2014).

2. Evoluzione dell'Approccio all'Autismo

Quando venne identificato circa sessanta anni fa, l'autismo suscitò un ampio interesse stimolando numerose ricerche. Le varie pubblicazioni a riguardo indagano sulle anomalie dello sviluppo, l'associazione tra autismo e particolari condizioni mediche. Sebbene le prime descrizioni risalgono al XX secolo, si può legittimamente supporre che esistesse ancor prima di divenire oggetto di studio, e che probabilmente, queste persone ricevessero un trattamento (o maltrattamento) di attenzione riservato a chi era affetto da disabilità mentale. Una delle più antiche descrizioni di un presunto caso fa riferimento ad un frate di nome Ginepro, compagno di San Francesco D'assisi. La sua storia viene narrata nell'opera "I fioretti di San Francesco". Dagli scritti si evince di come questo frate non avesse la percezione che le sue azioni potessero avere effetto sulle altre persone. Era incapace di interpretare il tono della voce del suo interlocutore e i gesti che seguivano. Tuttavia, la sua ingenuità venne acclamata dai frati. Un'altra testimonianza del XIX secolo ci riporta la storia di un bambino di nome Victor, narrata nel libro "Il ragazzo selvaggio", così denominato poiché venne ritrovato in un bosco nei pressi di Tolosa, all'età di dodici anni. Ricoverato nell'istituto per sordomuti di Parigi, si constatò che Victor avesse un udito perfetto, ma non proferiva nemmeno una parola. Dagli appunti del medico che lo aveva in cura si ipotizzarono sintomi di autismo, e che probabilmente proprio per questo motivo era stato abbandonato. (José R., Alonso., Irene Alonso Esquisàbel, *Il labirinto dell'autismo* 2024).

I primi tentativi veri e propri di descrizione dell'autismo risalgono agli anni della Seconda

guerra mondiale. Nel 1943 lo psichiatra statunitense Leo Kanner (1894-1981) e l'anno successivo il pediatra austriaco Hans Asperger identificarono gruppi di bambini i cui comportamenti deviavano e si differenziavano dalle aspettative della famiglia, ciò nonostante, mantenevano un quoziente intellettivo nella norma, ragion per cui il ritardo mentale fu escluso. Leo Kanner psichiatra che lavorava presso l'università della Johns Hopkins, riconobbe ai bambini inviati nella sua clinica caratteristiche simili, alla quale diede il nome di "autismo infantile precoce" (Pearce J. M., 2005). Nel suo *"Autistic Disturbances of Affective Contact"* egli identifica un modello sintomatologico che aveva osservato in undici bambini a cui venne diagnosticata una disabilità intellettiva con disturbi emotivi. Osservando le caratteristiche presenti nei bambini Kanner si accorse che, i loro schemi non potevano essere paragonati a quelli di bambini con disturbi emotivi. Egli notò infatti, che sin dalla più tenera età questi bambini presentavano difficoltà a stabilire un contatto emotivo con le figure di attaccamento significative, risultavano distanti e indifferenti verso gli altri, erano resistenti al cambiamento ambientale ed effettuavano attività ripetitive (Wolff S., 2004). Una volta cresciuti questi bambini mancavano del gioco simbolico, ma erano fortemente attratti da oggetti che riuscivano a manovrare con ottima agilità; un'altra caratteristica era la presenza di mutismo o un linguaggio non finalizzato alla comunicazione; ecolalia -ripetizione di parole o farsi-; un utilizzo anomalo e scorretto del vocabolario con l'invenzione di pronomi. Un errore che Kanner compì fu quello di credere che l'aspetto normotipico di questi bambini fosse un fattore predittivo di un'intelligenza rientrante nella media che si sarebbe prima o poi sviluppata. Asperger dal canto suo, utilizzò il termine "autistico" per descrivere i quadri clinici di quattro bambini, che, nonostante le loro capacità verbali e cognitive fossero apparentemente nella norma, presentavano comunque problemi legati all'interazione sociale. In particolare, questi bambini mostravano un comportamento sociale strano, ma risultavano intellettualmente brillanti e con buone capacità espressive. Egli notò che la disabilità avesse dei tratti familiari ricorrenti e che potesse essere trasmessa dai genitori, quindi era presente sin dalla nascita. Nonostante l'impronta neurobiologica di Asperger, nuove teorie psicodinamiche presero piede e portarono a credere che la causa fosse dettata da una carente manifestazione d'affetto da parte della madre, perciò questi bambini venivano allontanati da casa e condotti per lunghi periodi in delle strutture di accoglienza al fine di evitare il contatto con la genitrice. Sebbene lo studio primario dell'autismo venga fatto risalire a Kanner ed Asperger, nel 1925, ben quindici anni prima di loro, una psichiatra ucraina di origine ebraica Grunya Efimovna Sukhareva pubblicò un quadro clinico molto dettagliato compatibile con l'autismo. Il suo operato è poco riconosciuto se non al di fuori della Russia, ma fornisce un grande contributo alla psichiatria nel tentativo di concettualizzazione dell'autismo, rivolgendo particolare attenzione ai casi femminili. Sukhareva si concentra sullo studio di casi clinici di sei ragazzi, con un'età compresa tra 2 e 14 anni, che avevano trascorso circa due anni presso

il suo “ospedale-scuola”, osservando sintomi riferibili a quello che oggi viene indicato come disturbo dello spettro autistico. In un primo momento indicò tali sintomi sotto il nome di “psicopatia schizoide”, in accordo alla dicitura proposta da Blueler, ma, in una seconda pubblicazione del suo articolo, non ancora tradotto dal russo, riporta la denominazione di “psicopatia autistica”. Si concentrò sulla descrizione della statura fisica e dei disturbi motori di cui soffrivano, aree considerate importanti oggi, ma notò che ad accomunare tutti i bambini fosse un atteggiamento autistico, ovvero la tendenza a prediligere la solitudine, ad evitare il contatto con le altre persone, rifiutando sin dall’infanzia la compagnia degli altri bambini. La visione di Sukhareva fu positiva e riflette il concetto evolutivo – biologico, ancor più ella credette nella capacità dei bambini di adattarsi a nuovi ambienti se viene offerta loro una condizione favorevole (Sher, D. A., Gibson, J. L. 2023). Nonostante fu Kanner il primo a parlare di “madre frigorifero”, attribuendo al suo comportamento freddo e distaccato nei confronti del figlio, fu Bruno Bettelheim fra il 1950 e il 1960 a diffondere e rendere popolare tale teoria. La teoria della “madre frigorifero” incolpa in maniera inequivocabilmente le madri per l’autismo dei figli, ritenendo che fossero queste stesse a volere che i propri figli divenissero autistici. Tali affermazioni risultarono devastanti, nonostante ciò, ebbe molta influenza per un lungo arco di tempo. Bettelheim concentra i suoi studi sugli esperimenti compiuti da Harlow; nello specifico sulle osservazioni circa l’isolamento di alcune scimmie. Harlow privò alcune scimmie della socialità, alcune di esse venivano nutrite da figure metalliche, senza ricevere le cure amorevoli materne, altre ricevevano calore da una scimmietta di pezza, che non forniva loro nessun tipo di nutrimento, bensì senso di protezione. Bettelheim si servì di questi esperimenti per rafforzare la sua tesi e trarre le conclusioni che la mancanza di vicinanza, di amore e calore da parte della madre crea uno stato di autismo nel bambino. Secondo questa teoria, “l’autismo era latente—fino a quando una cattiva genitorialità non lo risvegliava” (Grandin Panek, 2013, 01 maggio). Dunque, l’autismo sarebbe una condizione latente presente nel bambino che insorge in seguito ad una cattiva genitorialità. (Tulgar, A. 2023). Kanner e Asperger hanno cambiato la nostra visione delle sindromi cliniche precedentemente non riconosciute. Le trasformazioni culturali e politiche hanno profondamente influenzato la percezione dell’autismo e i servizi offerti ai pazienti.

3. Statistiche descrittive

Negli ultimi anni, a livello internazionale, ci sono stati enormi progressi nella consapevolezza pubblica e nella risposta sanitaria riguardo l'autismo. Tra i benefici di questi progressi vi è un miglioramento significativo nell'identificazione precoce della condizione, che spiega in parte l'aumento dei tassi di prevalenza nel tempo. Parallelamente, le stime epidemiologiche sono cresciute a livello globale, in particolare in regioni che in precedenza erano meno rappresentate, come l'Africa e il Medio Oriente (al-Mamari et al., 2019; Alshaban et al., 2019; Chinawa et al., 2016). La prevalenza dell'ASD è aumentata costantemente negli ultimi due decenni. Nel 2000, il Network di Monitoraggio dell'Autismo e dei Disturbi dello Sviluppo (ADDM) dei Centers for Disease Control stimava l'incidenza dell'ASD in 1 su 150 bambini. Nel 2006, l'incidenza dell'ASD era aumentata a 1 su 110 bambini, e nel 2008, era aumentata ancora a 1 su 88 bambini. Nel 2012, l'ADDM ha rivisto le sue stime dell'ASD a 1 su 68 bambini (Christensen et al., 2016). Nel 2016, il National Health Center for Health Statistics ha riportato un nuovo record, citando che l'ASD poteva essere riscontrato in 1 su 36 bambini (Zablotsky et al., 2017). Questa proporzione sembra essere la stessa tra tutte le razze, etnie o contesti socioeconomici, ma esistono variazioni di genere. L'ASD appare essere quattro-cinque volte più frequente nei maschi che nelle femmine (Christensen et al., 2016). Una maggiore attenzione alla diagnosi dell'ASD in bambini e adulti, insieme a criteri diagnostici migliori e scale comportamentali e neuropsicologiche più accurate, potrebbe aver contribuito all'aumento costante della prevalenza dell'ASD. Una diagnosi di autismo può essere effettuata già intorno ai 18-24 mesi di età; è proprio in questo periodo che i primi sintomi caratteristici possono comparire ed essere distinti dallo sviluppo tipico, da altri ritardi o condizioni dello sviluppo. È bene precisare che i progressi circa lo studio dell'autismo sono andati di pari passo ai progressi ottenuti in ambito politico internazionale dovuto ad un aumento della consapevolezza e dell'advocacy a livello mondiale. Negli ultimi anni, l'Assemblea Mondiale della Sanità ha adottato il Piano d'Azione Globale per la Salute Mentale 2013-2020 dell'OMS (WHO, 2013b). Questo piano promuove l'accesso a "servizi sanitari e sociali di alta qualità e culturalmente adeguati in modo tempestivo". L'obiettivo è quello di creare un mondo in cui la salute mentale sia valorizzata e promossa, i disturbi mentali siano prevenuti e le persone colpite possano godere di tutti i diritti umani e avere accesso a servizi sanitari e sociali di alta qualità. Il piano è guidato da principi come la copertura sanitaria universale, la pratica basata su evidenze scientifiche, approcci multisettoriali, un approccio che copre tutto il ciclo di vita e l'empowerment delle persone con disturbi mentali. Effettuando una stima globale circa la prevalenza dell'ASD, i dati riportano una prevalenza mediana di 65/10.000; recenti studi continuano a rilevare un aumento dei casi; per esempio, negli Stati Uniti (Jariwala-Parikh et al., 2019); Corea del Sud (Hong et al., 2020) e Taiwan (Lai et al.,

2012). Dunque, un bambino su 160 è o sarà affetto da autismo. Sono state avanzate diverse teorie per spiegare la variazione nella prevalenza dell'autismo tra le differenti popolazioni e considerando il tempo della sua incidenza. Queste teorie collegano tali variazioni a possibili differenze nei fattori eziologici sottostanti; ma anche in determinanti sociali, fattori demografici, etnici e socioeconomici. Uno dei fattori eziologici maggiormente riconosciuti per l'autismo, riguarda per l'appunto il sesso maschile; portando alla nozione di un "effetto protettivo femminile" secondo cui le femmine avrebbero bisogno di un carico eziologico superiore per sviluppare e manifestare la stessa condizione patologica. (Elsabbagh, 2020; Lord et al., 2018). Paradossalmente questo effetto comporta che, l'autismo nella femmina si riveli in forma più severa. La maggior parte degli studi che riportano i livelli di QI hanno riscontrato una proporzione maggiore di casi di autismo con disabilità intellettiva (DI) tra le femmine rispetto ai maschi (Idring et al., 2012; Delobel-Ayoub et al., 2019; van Bakel et al., 2015); e un grado di QI più elevato nei maschi con disturbo autistico rispetto alle femmine. (Baio et al., 2018; Brugha et al., 2016). Una delle principali difficoltà per confrontare la prevalenza dell'autismo a livello globale è che la maggior parte delle ricerche viene effettuata nelle società occidentali. Gli studi condotti in regioni meno rappresentate dispongono di campioni più piccoli e che spesso non confermano nemmeno la diagnosi (Chinawa et al., 2016; Kakooza-Mwesige et al., 2014). Nonostante non ci siano abbastanza studi che utilizzano metodologie confrontabili per poter affrontare la questione della variazione regionale, le stime esistenti indicano una variabilità intraregionale uguale o superiore a quella interregionale. Tuttavia, alcuni studi hanno utilizzato metodologie simili per esaminare la variazione della prevalenza tra regioni geografiche vicine, come ha fatto il CDC negli Stati Uniti. L'indagine del 2019 (Christensen et al., 2019) ha rilevato una variazione tripla del tasso per sito, con il Missouri che aveva i tassi più bassi (85, 81 e 96 per 10.000 per il 2010, 2012 e 2014, rispettivamente) e il New Jersey con i tassi più alti (197, 221 e 284 per 10.000, per gli stessi anni, rispettivamente). Un altro studio trasversale condotto in India ha evidenziato una prevalenza maggiore di casi di autismo nelle zone rurali rispetto a quelle urbane e tribali. (Raina et al., 2017). Al contrario a Taiwan si è osservata una prevalenza maggiore nelle popolazioni urbane rispetto a quelle rurali, anche se questo divario è diminuito nel tempo. (Lai et al., 2012). È possibile dunque dire che nel complesso non esiste un fattore sociodemografico costante che possa spiegare in maniera chiara la variazione osservata, ma alcuni risultati possono essere correlati alle differenze regionali nella disponibilità e accessibilità dei servizi. (Zeida et al., 2022). La genetica gioca un ruolo cruciale nello studio dei bambini affetti da disturbo dello spettro autistico. Studi sulla sua prevalenza hanno riportato che nei gemelli monozigotici, se uno dei due ne è affetto l'altro ha una probabilità tra il 36% e il 95% di sviluppare lo stesso disturbo. Nei gemelli dizigoti, invece, la probabilità che entrambi sviluppino l'ASD varia dallo 0% al 30%

(Rosenberg et al., 2009; Hallmayer et al., 2011). I fratelli di bambini con ASD hanno un rischio compreso tra il 2% e l'8% di sviluppare il disturbo, e questo rischio aumenta fino al 12%-20% se il bambino affetto presenta deficit in uno o due dei tre domini compromessi nell'autismo (Bolton et al., 1994). I sintomi dell'ASD tendono a manifestarsi più frequentemente nei pazienti con condizioni genetiche o cromosomiche. Circa il 10% dei bambini con ASD presenta anche sindrome di Down, sindrome dell'X fragile o altre anomalie cromosomiche.

4. Sintomatologia e Caratteristiche Principali dell'Autismo

Nonostante la sintomatologia dei bambini con disturbo dello spettro autistico differisca l'uno dall'altro e presentano sfaccettature diverse, i loro tratti più caratteristici sono associati alla triade sintomatologica: comportamento sociale, comunicazione e immaginazione. Disturbo della capacità d'interazione sociale e della comunicazione. Nell'ambito delle interazioni sociali, le persone affette da autismo e nello specifico i bambini, presentano delle difficoltà nel comunicare, mantenere o terminare una relazione; dunque, la loro interazione non avviene normalmente. Sarebbe poco accurato e riduttivo dire che questi bambini non reagiscano alle emozioni esperite dagli altri, ma tendono ad elaborare solamente quelle più evidenti, per esempio riescono a percepire molto bene la collera dei genitori. Nonostante la loro difficoltà a dimostrare affetto, sviluppano comunque una relazione di attaccamento con i propri genitori o con chi si prende cura di loro, difficilmente invece riescono a farlo con i coetanei. La difficoltà risiede nel fatto che l'adulto ha la capacità di prevedere e anticipare i loro bisogni, mentre il coetaneo no, risulta essere imprevedibile nelle sue azioni. È usanza comune ritenere che chi è affetto da ASD tratti le persone come degli "oggetti"; tuttavia, non si deve pensare che il bambino autistico non voglia fare amicizia, più semplicemente non possiede gli strumenti per poterlo fare, non sa come agire. Per questo è importante insegnare loro le competenze sociali che gli permetteranno di svilupparsi pienamente e di far parte della società. Il comportamento di chi soffre di tale disturbo può apparire come più grave o lieve. La gravità si manifesta con comportamenti anomali e aggressivi, diretti contro sé stessi mediante atti di autolesionismo; la durata di questi atti può protrarsi anche negli anni e risultare difficili da trattare. Nella sua forma meno grave si presentano difficoltà di apprendimento; tuttavia, si convive con limitazioni nello sviluppo della vita sociale, a causa delle difficoltà che si sperimentano nelle aree della comunicazione e della socievolezza. Una caratteristica del bambino che soffre di autismo è il bisogno di vivere in un ambiente che sia stabile e coerente. Può essere che vorrà mangiare sempre ad un determinato orario, negli stessi piatti, o sempre lo stesso cibo, seduto sempre nello stesso posto. Allo stesso modo è molto probabile che voglia seguire una sequenza ben precisa per vestirsi, o che applichino determinati schemi d'azione in molte delle loro attività quotidiane.

Un cambiamento, anche banale come un quadro storto, uno spazzolino da denti fuori posto, una variazione di percorso per andare a scuola potrebbe destabilizzare il bambino con reazioni di nervosismo, stress, rabbia, o innescando una reazione aggressiva. Gli schemi ripetitivi e gli interessi ristretti sono tutti il frutto di una mancanza di flessibilità mentale che li spinge a mettere in atto una gamma limitata di azioni e comportamenti. Queste routine sono spesso associate a movimenti stereotipati (le cosiddette stereotipie), analizzate di seguito.

Solitamente i bambini con autismo tendono ad avere un buon controllo del proprio corpo. La stereotipia si presenta come un movimento strano e ripetitivo, e spesso questi comportamenti tendono ad allontanare gli altri bambini, che li guardano con sospetto e timore. Alcuni esempi di stereotipia sono: lo sfarfallare con le mani, oscillare avanti e indietro, volteggiare, schioccare le dita o camminare in punta di piedi. Questi comportamenti possono durare anche delle ore, oppure ci può essere un blocco improvviso, ovvero il bambino si immobilizza in una determinata posizione e la mantiene per un lungo periodo di tempo. Oltre alle stereotipie, alcuni bambini sviluppano delle fissazioni per degli oggetti, arrivando persino a adottare comportamenti lesivi, autolesivi o dirompenti nelle relazioni con i pari. Per esempio: è possibile che un bambino sia fissato con i mezzi di trasporto e una volta salito sul bus è impossibile riuscire a farlo scendere alla fermata d'arrivo. Altri comportamenti invece possono essere più eccentrici e divertenti e suscitare imbarazzo per le persone che gli stanno accanto; per esempio: una bimba ossessionata dagli orologi digitali può afferrare il braccio di uno sconosciuto per guardarlo da vicino. Con la crescita, i bambini possono finire per concentrare la loro attenzione a lungo tempo su un tema specifico, non espandendo il loro campo di attività, non traggono profitto dal loro impegno e non acquisiscono maggiori competenze. Il problema che riguarda l'attività del gioco consiste non nell'impossibilità di giocare con i genitori, piuttosto nel repertorio molto ristretto dei giochi e della predilezione per le attività fisiche (solletico, correre, saltare). Per esempio, una bambina può giocare con le sue barbie preferite, ma raffigurerà sempre la stessa storia per ognuna di esse. La quantità di vocaboli che il bambino comprende solitamente è maggiore rispetto a quella che riesce a pronunciare. Il ritardo tra produzione e comprensione si verifica a ogni età dello sviluppo, in alcuni dati risulta dagli 8 ai 18 mesi. Le evidenze al riguardo sono contrastanti, alcuni ricercatori ritengono che il ritardo normativo tra produzione e comprensione sia ridotto nello sviluppo del linguaggio autistico; dunque, non solo lo sviluppo può essere ritardato (Gernsbacher et al. 2015), ma anche la comprensione subisce un ritardo maggiore della produzione. Altri ricercatori affermano che il ritardo tra comprensione e produzione non esiste nemmeno nello sviluppo linguistico autistico; ad esempio, Goodwin (2012) osserva che "i bambini con sviluppo tipico mostrano quasi sempre la comprensione delle parole e delle strutture grammaticali prima di essere in grado di utilizzarle. Questo suggerisce che comprendono il linguaggio che

ricevono prima di impiegarlo nei loro discorsi. Al contrario, (Goodwin et al., 2012) sostengono che i bambini autistici "comprendono soltanto ciò che sono in grado di produrre prima. Numerosi studi empirici non confermano l'idea di un ritardo ridotto, assente o invertito tra produzione e comprensione nel linguaggio dei bambini autistici. Per esempio, (Charman et al. 2003) hanno scoperto che i bambini autistici di due anni hanno una comprensione linguistica notevolmente migliore rispetto alla loro produzione linguistica. Allo stesso modo, (Hudry et al., 2010) hanno osservato che i bambini con ASD di età compresa tra i 2 e i 4 anni possiedono una comprensione linguistica più sviluppata rispetto alla loro capacità di produzione. Una delle principali preoccupazioni dei genitori di bambini con autismo riguarda proprio la difficoltà linguistica che presentano. A tre anni, la maggior parte dei bambini con uno sviluppo nella norma ha già superato una serie di tappe fondamentali per l'acquisizione del linguaggio, che ha inizio con la lallazione. A un anno emettono già qualche parola, si girano quando sentono pronunciare il proprio nome, utilizzano senza esitazione il "no" in risposta alle richieste che gli vengono poste. Utilizzano il dito per indicare qualcosa che desiderano; il gesto assolve a due funzioni importanti, quello di chiedere e mostrare. Questa caratteristica è tipica dell'autismo, tanto che l'assenza del gesto per mostrare qualcosa è comune a circa tre quarti dei bambini affetti da autismo. Come per il resto di tutte le altre patologie, sin dall'infanzia è possibile apprezzare gradi differenti di comunicazione: c'è chi sviluppa il linguaggio normalmente o addirittura precocemente; chi ricorre al linguaggio solo per richieste basilari ma non progredisce nell'esprimere pensieri e sentimenti, altri non arrivano mai a parlare. Nonostante la loro impossibilità nella comunicazione verbale, i bambini autistici non ricorrono ad altri mezzi per interagire con l'altro, come potrebbe essere l'utilizzo della gestualità, l'imitazione delle azioni altrui; sono dunque privi di un linguaggio espressivo e ricettivo. Nei bambini il linguaggio espressivo consiste nella capacità di esprimere delle richieste "voglio l'acqua" e risposte, verbali o gestuali, mediante suoni o segni, agli stimoli che vengono loro rivolti. Il linguaggio ricettivo fa riferimento alla capacità di indentificare verbalmente o mediante i gesti, gli oggetti, le persone familiari, i suoni e la capacità di seguire delle istruzioni. Pertanto, i bambini con ASD hanno difficoltà a comprendere ed interpretare quello che gli viene chiesto. Nel caso dei bambini più grandi e degli adolescenti, vi è difficoltà a iniziare o mantenere viva una conversazione, che comunque svolgono senza gesti e spesso senza mantenere un contatto visivo. Si sentono più a loro agio quando non devono esprimere le proprie idee e i propri sentimenti. Bisogna però considerare che molti di questi giovani sviluppano un vocabolario abbastanza ampio da trarre a volte in inganno, si trarre comunque di una capacità isolata che non corrisponde allo sviluppo del linguaggio funzionale alla comunicazione. Tra i problemi del linguaggio figurano,

- Ecolalia

Inizialmente l'ecolalia venne trattata sotto una luce psicoanalitica. Roberts (2014), riporta che in termini psicoanalitici, l'ecolalia presente nei bambini autistici era interpretata come un comportamento ostile indicativo di un fallimento nello sviluppo dell'ego. Da una visione comportamentista invece, l'ecolalia veniva interpretata come un comportamento auto-stimolatorio che interferiva con l'apprendimento. Tuttavia, le evidenze empiriche rifiutano questa visione, ritenendolo comunque un comportamento finalizzato alla comunicazione. Generalmente l'ecolalia è transitoria, sebbene si manifesti in diverse fasi dello sviluppo linguistico, si è notato che nei bambini autistici e in quelli con ritardo linguistico non persiste. (Kelley et al. 2006). Altro fattore importante, è che l'ecolalia è produttiva. Alcuni studi suggerivano che fosse un passo alla produzione di un linguaggio più generativo (Kanner, 1973; Prizant, 1987). Se si considera l'ecolalia mitigata che fa riferimento a riproduzioni che modificano l'enunciato originale, essa mostra chiari segni di evoluzione verso una produzione linguistica più generativa. Ad esempio, un bambino autistico affezionato ai Teletubbies inizialmente ripeteva una frase dello show televisivo. Settimane dopo, il bambino iniziava a modificare la frase per esprimere concetti personali, come descrivere eventi che avvenivano a casa sua. (Gernsbacher, M. et al., 2016). Con la progressione del linguaggio, le frasi ecolaliche sono incorporate a sostantivi personalizzati, per creare in fine delle frasi del tutto originali. Con l'aumento delle capacità linguistiche l'ecolalia immediata diminuisce e aumenta quella mitigata, dimostrando in realtà che potrebbe essere un gradino verso uno sviluppo del linguaggio più avanzato.

- Uso dei pronomi e della gestualità nel linguaggio autistico

Al di fuori del contesto autistico, l'utilizzo della gestualità e nello specifico il prendere la mano di un'altra persona per comunicare bisogni, è considerato come un modo adattivo per comunicare. "(Akhtar & Gernsbacher 2008, Crais et al. 2004, Gernsbacher et al. 2008). Nel contesto dell'autismo, le interpretazioni psicoanalitiche di questo comportamento sono state dominanti fin dalle prime descrizioni. In uno studio risalente al 1961, un gruppo di ricercatori fu convocato per identificare le caratteristiche dei bambini affetti da ASD. L'atto dell'indicare prendendo la mano dell'altra persona venne interpretata dagli studiosi come "usare parti di persone", comportamento dovuto alla "grossolana e prolungata compromissione delle relazioni emotive" (Creak, 1961 p.502). Trent'anni dopo gli autori dell'Autism Diagnostic Interview-Revised (Lord et al. 1994), continuarono a vedere l'atto di prendere la mano di un'altra persona come indicativo della mancanza di reciprocità socio-emotiva nei bambini autistici. (cfr. Gernsbacher 2006), piuttosto che vederlo come un tentativo di comunicazione. Allo stesso modo la psicoanalisi intende la

difficoltà dei bambini autistici con l'utilizzo dei pronomi come una loro "apparente inconsapevolezza della loro identità personale". (Creak 1961). Margaret Mahler riteneva che la difficoltà derivasse da un sé interrotto e incompleto dei bambini.

- Difficoltà nel comprendere le comunicazioni implicite.

Per comprendere tale difficoltà si riporta un esempio. La mamma si trova in cucina e dice al figlio di chiedere al papà -che si trova in salotto- se desidera bere una birra, il bambino raggiunge il padre per chiederglielo, ma non torna in cucina per riportare la risposta alla mamma. Questo episodio fa comprendere come il bambino non sa cogliere la presenza implicita di tale richiesta nell'istruzione ricevuta. Il bambino non coglie le espressioni di sarcasmo o di ironia, si attiene al significato letterale delle parole, dando luogo a fraintendimenti.

- Difficoltà a comprendere le situazioni sociali

Questi bambini possono mettere in atto comportamenti offensivi, senza accorgersene e senza intenzionalità. Solitamente non prestano attenzione alle differenze d'età o di status sociale, tanto meno alle buone maniere richieste dalla famiglia e dalla società. Possono avvicinarsi agli anziani e agli sconosciuti rivolgendo domande imbarazzanti senza rendersi conto che potrebbero causare imbarazzo nell'interlocutore. Non capiscono la nozione di differenza di status sociale, per questo trattano i professori e gli adulti come pari, senza adattare il proprio linguaggio alle varie situazioni e ai vari interlocutori. Infine, non possiedono uno schema temporale, è possibile per esempio che un bambino chieda ad una persona vista per la prima volta se preferisce il taglio di capelli attuale o quello che aveva il mese scorso.

- Disabilità sensoriale

Secondo quanto riportato nel DSM-5 le anomalie sensoriali sono una delle caratteristiche che spesso passa inosservata, proprio a causa delle difficoltà comunicative di cui le persone con autismo soffrono. Questo tipo di sintomatologia è composta da una reattività aumentata o diminuita agli input sensoriali dell'ambiente. Alcuni esempi che sono citati nel DSM-5 includono: fascino visivo per le luci o per gli oggetti rotanti; risposta avversa a dei suoni specifici o particolari tipi di texture; annusare o toccare eccessivamente gli oggetti; una apparente indifferenza al dolore, al caldo o al freddo. Possono essere coinvolti quasi tutti i canali sensoriali, sia nel senso di una ridotta risposta sia di una risposta eccessiva. È possibile che nella stessa persona si possono rappresentare differenti tipi di anomalie

sensoriali, o anche contemporaneamente. Di seguito viene riportata una tabella che esplicita possibili esempi di comportamenti legati alle anomalie sensoriali nei bambini con ASD.

Sensory modalities	Examples of behaviors related to sensory abnormalities
<i>Visual</i>	Attraction for light sources Staring at spinning objects such as washing machine centrifuge, wheels, and propeller fans Impaired recognition of face expressions Gaze avoidance Refusal of foods because of their color
<i>Auditory</i>	Apparent deafness: the child does not turn to the verbal call Intolerance to some sounds, different from case to case Emission of repetitive sounds
<i>Somatosensory</i>	High pain tolerance Apparent insensitivity to heat or cold Self-aggressiveness Dislike of physical contact, including certain clothing items Attraction for rough surfaces
<i>Olfactory</i>	Smelling non-edible things Refusal of certain foods due to their odor
<i>Taste, oral sensitivity</i>	Oral exploration of objects Food selectivity due to refusal of certain textures
<i>Vestibular</i>	Iterative rocking Inadequate balance
<i>Proprioceptive/kinesthetic</i>	Walking on toes Clumsiness

Tabella 1 – Esempi di anomalie sensoriali nei bambini ASD.

Le modalità con cui le diverse anomalie sensoriali possono influire sulla vita degli individui con ASD sono molteplici. Alcuni modelli interpretativi suggeriscono non solo un difetto delle modalità sensoriali unidirezionali (per esempio: uditiva), ma anche dell'interpretazione multisensoriale, probabilmente legata a un difetto di connettività cerebrale a lungo raggio. Secondo questa prospettiva, dunque, chi è affetto da autismo ha una ridotta capacità di integrare le informazioni sensoriali utilizzando le modalità previste (uditiva, visiva, ecc.) e ciò comporterebbe i sintomi classici del disturbo. (Posar, A., & Visconti, P. 2018). La reazione dei bambini agli stimoli sensoriali può essere dolorosa e stressante, per esempio, nel vestirci percepiamo il tocco degli indumenti sulla pelle, sensazione che svanisce dopo pochi secondi. Al contrario chi soffre di autismo lo può percepire continuamente, trovandolo fastidioso da riuscire a concentrarsi solo su quella sensazione. E ancora, un abbraccio affettuoso può causare una profonda angoscia, altri ancora si coprono le orecchie o si mettono ad urlare se sentono il rumore dell'aspirapolvere, o lo squillo di un telefono e in generale di tutti quei suoni che noi riteniamo normali. La stessa reazione si verifica in seguito all'esposizione di luci molto forti, come quelle di un supermercato, che innescano reazioni eccessive di rabbia. La stessa cosa succede nelle aule scolastiche, l'abbondanza degli stimoli visivi può risultare positiva per tutti gli altri bambini, ma non per quelli che sono affetti da autismo. Vi è un'incapacità di bilanciare ed elaborare correttamente le informazioni degli stimoli sensoriali, anche se è possibile che col tempo queste persone riescano ad acquisire un maggior controllo sul proprio corpo e i problemi sensoriali tenderanno a diminuire.

Deficit dell'immaginazione

Non si tratta di mancanza di immaginazione, bensì di uno sviluppo irregolare che si caratterizza per il contrasto che si crea tra alcuni aspetti normali e altri che sono molto limitati. I problemi in quest'area possono manifestarsi in differenti modi, come descritti di seguito.

Difficoltà nel gioco

La capacità di gioco dei bambini affetti da autismo è limitata. Solitamente i bambini che non soffrono di questa condizione, intorno ai due anni, iniziano a sviluppare il gioco di finzione. Costruiscono teatrini e inventano storie di fantasia all'interno del quale si muovono le loro bambole e i loro soldatini. Fingono di bere del tè da una tazzina vuota, o di imboccare il loro orsacchiotto della pappa immaginaria che hanno appena preparato. A volte impersonano un personaggio, facendo finta di essere un'altra persona. I bambini affetti da autismo raramente mettono in atto questo tipo di gioco. Piuttosto che fare le corse con una macchinina si limitano a tenerla in mano, ad annusarla o a farne girare le ruote per

ore. Non imitano gli altri e preferiscono giocare da soli piuttosto che intraprendere giochi con i coetanei, prediligendo attività come la costruzione dei puzzle in solitaria. E il tentativo degli altri bambini di aggregarsi ai loro giochi viene interpretato come un'intromissione o un'invasione aggressiva, a cui possono reagire con scoppi di collera e nervosismo. Se invece accettano la compagnia dell'altro, è possibile che insistano sul giocare secondo le regole da loro imposte interrompendolo se vengono violate. Il gioco segue una procedura fissa, una routine prestabilita che non lascia spazio a nessuna forma di immaginazione, anzi è più probabile che eseguano scene di film o di qualche programma televisivo di loro gradimento, piuttosto che rappresentare le loro fantasie. I bambini e i ragazzi più grandi preferiscono invece giochi di società con regole chiare e in cui sia importante la memorizzazione. Per la maggior parte di loro l'attività più divertente consiste nel guardare la tv o video.

Pensiero rigido

Il bambino che soffre di autismo tende a vedere il mondo come un luogo dove tutti sono o buoni o cattivi, metaforicamente tutto appare bianco e nero, non sono ammesse altre sfumature di colore. È per questo motivo che tutto ciò che concerne le regole, le norme e i limiti vengono percepiti come una struttura rassicurante a cui attenersi rigidamente. Non è concesso infrangere le regole, perché ciò potrebbe comportare disagio e ansia al bambino, sono causa di disorientamento e stress; questi bambini faticano ad accettare che qualcosa o qualcuno possano cambiare. Inoltre, hanno la capacità di imparare le cose senza capirle, per questo possono immagazzinare innumerevoli informazioni, ma non sono in grado di metterle in relazione tra di loro e di avere dei pensieri e delle opinioni proprie. Queste informazioni possono essere paragonate a dei blocchi dispersi in un deserto, dove tutto è sconnesso e le conoscenze non vengono confrontate e connesse tra di loro. Persino di fronte ad un quadro clinico che presenta un'intelligenza nella norma, una buona capacità linguistica, si ha difficoltà nel comprendere cose che per gli altri sono ovvie. Questi limiti si riflettono nelle attività quotidiane, proprio perché si basano su quello che gli è stato insegnato e faticano a fare progressi in maniera autonoma.

Problemi con concetti astratti

Come detto in precedenza, un'altra difficoltà dei bambini autistici consiste nel comprendere i concetti astratti. A loro risulta complesso separare ciò che è importante dai piccoli dettagli, proprio perché non utilizzano categorie generiche, bensì un cumulo di particolarità. Nei dialoghi che ascoltano se le frasi seguono un ordine logico allora sono in grado di caperle, altrimenti una breve digressione può fargli perdere il filo del discorso, data la loro difficoltà nel capire il passare del tempo o una sequenza di eventi tra loro collegati.

Difficoltà ad interpretare il futuro

Questi bambini mostrano difficoltà a mostrare capacità di pianificazione e non pensano alle situazioni future. Per loro non conoscere quali saranno gli sviluppi di una situazione può generare nervosismo e si preoccupano per quello che può succedere e apportare cambiamenti alla propria routine. Allo stesso modo faticano a prevedere le conseguenze delle proprie azioni, se per esempio spingono il compagno giù dalla sedia, possono non rendersi conto del danno che questo gesto potrebbe comportare.

5. Isole di competenza nell'autismo

Malgrado la loro disabilità intellettiva, i bambini con autismo mostrano spesso di possedere delle abilità specifiche anche sopra la norma. Questa peculiarità potrebbe sorprendere ed è rara, riguarda tra il 10% e il 30% di casi di autismo ed è stato a lungo identificato con il nome di “sindrome dell’idiota sapiente”, tradotto dal francese “idiot savant”, oggi riconosciuta come “Sindrome del savant” (sapiente). I savants sono molto più numerosi nell’autismo rispetto agli altri disturbi; i savants possono eccellere in diversi campi come:

- Le capacità artistiche: alcuni bambini con autismo sanno effettuare disegni più precisi e dettagliati, in prospettiva tridimensionale, rispetto ai bambini neurotipici che all’inizio tracciano solamente linee rette;
- Calcolo aritmetico e del calendario: riescono ad eseguire velocemente calcoli mentali e rintracciare nel calendario una data specifica;
- Memoria: sono abili nel ricordare date, oppure possono memorizzare intere pagine di un elenco telefonico, codici fiscali, dialoghi di un film;
- Musica: hanno un ottimo orecchio per le melodie, possono suonare degli strumenti che non hanno studiato o cantare delle canzoni dopo averle ascoltate una sola volta;
- Abilità meccaniche: possono smontare e rimontare un giocattolo prestando molta attenzione;
- Ragionamento spaziale: hanno un buon senso dell’orientamento e sono in grado di fare dei puzzle molto complessi;

Oltre a questo, sia bambini che adulti affetti da autismo possono essere ossessionati da certe attività o passatempi, può capitare che un bambino si innamori di un personaggio animato da voler guardare sempre la stessa pellicola; altri possono esprimere verbalmente tale interesse e parlare continuamente e solo di quello per ore e ore. In questi casi l’opinione dell’interlocutore non è di interesse al bambino, non si preoccupa di un’eventuale reazione. Un altro comportamento è quello di possedere e accumulare un determinato oggetto, a volte bizzarri e inusuali per dei bambini, come per esempio: gli orologi a pendolo; il loro

intento è quello di averne il più possibile, non hanno una finalità ludica. È importante ricordare che questi aspetti possono racchiudere del potenziale per sfruttare l'energia e la motivazione sottostante a loro vantaggio.

Capitolo II – Ipotesi nel campo della ricerca sull'autismo

Gli approcci allo studio dell'autismo sono decisamente molti, ognuno sostenitore delle più disparate ipotesi. Le teorie più affermate sostengono che il disturbo sia dettato da una condizione che si sviluppa durante la vita intrauterina, anche se si disconoscono tuttora le cause. Vi sono due possibili spiegazioni, che si escludono a vicenda: una riguarda gli aspetti genetici; mentre l'altra fa riferimento all'ambiente in cui vive la madre durante la gravidanza. Altri studi invece si concentrano sulla neuroanatomia che può caratterizzare la persona affetta da autismo. Tra le regioni cerebrali interessate vi sono: il cervelletto, l'amigdala, corteccia cerebrale; toccando tematiche quali i danni dovuti da eventuali vaccinazioni. Di seguito si riportano le ipotesi più accreditate.

1. L'ipotesi Neuroanatomica

L'ipotesi che si basa sugli studi di neuroanatomia sostiene che l'origine della difficoltà di un bambino affetto da autismo risiedono nel suo cervello. Per l'appunto si tratta di una disabilità che origina da un insieme di anomalie nell'organizzazione cerebrale. È stato dimostrato che la dimensione del cervello di questi bambini è più grande rispetto a quelli neurotipici, nonostante ciò, inizialmente non si era in grado di fornire una spiegazione. Uno studio preliminare dell'équipe di Eric Courchesne ha fornito la risposta, ovvero che i bambini con disturbo autistico hanno una quantità maggiore di neuroni. Il motivo di questa differenza ancora non è chiaro ma si è provato a dare una spiegazione. Lo sviluppo del cervello avviene mediante un grosso dispendio di cellule producendone molto di più di quelle di cui si ha bisogno. A questo eccesso di cellule segue un processo di potatura di quelle connessioni non idonee e sopravvivono quelle necessarie, questo processo si chiama "apoptosi". È possibile però che questa potatura non avvenga nel cervello dei bambini con ASD, spiegandone la maggiore dimensione del cervello. Non in tutti i casi di autismo si riscontra una compromissione delle strutture cerebrali; tuttavia, si può osservare un difetto nel processo di maturazione neurale che si ripercuote sulle dimensioni o sull'attività metabolica di tali strutture, o su errori nella migrazione neurale, nella formazione della sinapsi. Gli studi sull'organizzazione del cervello nei soggetti autistici sono stati realizzati utilizzando materiali di autopsie o tecniche radiologiche.

1.1 Cervelletto

Il Cervelletto è una struttura cerebrale densa di neuroni situata sotto il lobo occipitale, sopra il ponte e il tronco encefalico, più precisamente sotto la nuca. Ha un ruolo decisivo nella coordinazione motoria e nella propriocezione, ma è anche coinvolto in funzioni cognitive

superiori come: il linguaggio, l'elaborazione cognitiva e la regolazione delle emozioni, grazie proprio al suo legame con il tronco encefalico e il talamo. Le prime ricerche in questo ambito hanno rintracciato un'ipoplasia dei lobuli VI e VII del verme cerebellare nei pazienti affetti da autismo. Altri studi, come la metanalisi condotta da Stoodley, ha utilizzato stime di probabilità anatomiche su 17 studi per confrontare i volumi di materia grigia cerebellare in individui con ASD rispetto ai soggetti di controllo neurotipici. Questa analisi ha rilevato riduzioni volumetriche costanti nel lobulo XI del verme cerebellare inferiore, nel crus I destro e nel lobulo VIII B sinistro. Tuttavia, è importante notare che questi risultati non sono uniformi in tutti gli studi. Alcuni studi non hanno trovato variazioni nel volume cerebellare, mentre altri hanno riportato iperplasia cerebellare. Queste discrepanze dimostrano la grande eterogeneità dell'ASD. Uno dei reperti neuroanatomici più consistenti negli studi postmortem su cervelli di individui con autismo è una significativa riduzione delle dimensioni e del numero delle cellule di Purkinje di circa il 24% nella loro densità, poiché tali cellule sono l'unico output del cervelletto, questi risultati potrebbero avere un'importanza funzionale rilevante. Un altro studio ha evidenziato riduzioni significative nel volume delle cellule di Purkinje del 31% nei bambini di 4-8 anni e del 23% negli adulti di 29-60 anni. Nonostante le forti evidenze dell'ipocellularità di queste cellule dell'autismo, permangono alcune limitazioni, sollevando la domanda lecita circa la causa delle cellule di Purkinje nell'ASD. Questi risultati suggeriscono che l'origine dello sviluppo e le cause sottostanti delle anomalie delle cellule di Purkinje possono determinare le loro conseguenze comportamentali. La base neurobiologica per cui la disfunzione cerebellare potrebbe causare l'ASD è ancora oggetto di dibattito.

1.2 L'amigdala

L'amigdala (dal greco amygdala significa mandorla), ed è un complesso gruppo di nuclei a forma di mandorla, collocato in profondità nel lobo temporale mediale anteriore. Svolge funzioni di elaborazione emotiva, nello specifico la paura, il piacere e l'aggressività. Un malfunzionamento dell'amigdala può comportare quell'insieme di comportamenti che caratterizzano il disturbo dello spettro autistico. L'amigdala è diventata un punto focale nella ricerca sull'ASD, con numerosi studi che suggeriscono il suo importante ruolo nella neuropatologia. Ad esempio, Schumann e Amaral (2006) hanno condotto analisi stereologiche su nove cervelli postmortem di adulti maschi con ASD e non hanno trovato differenze nel volume totale dell'amigdala o nelle dimensioni delle cellule, hanno invece rilevato una riduzione del numero di neuroni nelle amigdale di individui autistici rispetto al campione di controllo della stessa età. Studi successivi di Schumann hanno riportato cambiamenti nelle dimensioni relative dell'amigdala nei bambini. Un'analisi dei dati di risonanza magnetica di 89 bambini (da 1 a 5 anni di età) ha evidenziato che le dimensioni

dell'amigdala destra e sinistra, in rapporto al volume cerebrale totale, erano maggiori nei bambini con una diagnosi confermata di ASD rispetto ai controlli. In modo interessante, è stato anche osservato che il grado di ingrandimento dell'amigdala nei bambini piccoli era positivamente correlato con l'entità dei loro deficit di interazione sociale e comunicazione a cinque anni di età. Ulteriori studi hanno dimostrato aumenti del volume dell'amigdala nella prima infanzia (in bambini con meno di cinque anni di età) in individui autistici. Schumann aveva inoltre osservato che le dimensioni e il numero di cellule di tale struttura nell'autismo variavano con l'età; dunque, il consenso attuale sembra essere che, un ingrandimento precoce dell'amigdala nella prima infanzia rallenta e può persino invertirsi, tanto che l'amigdala negli adulti con autismo potrebbe avere meno neuroni rispetto ai soggetti di controlli. Tuttavia, per confermare questa ipotesi saranno necessari ulteriori studi longitudinali più ampi e ben controllati. La comprensione delle disfunzioni di questa struttura è stata notevolmente facilitata dagli studi sui modelli animali. Casi di lesioni nei primati hanno suggerito un ruolo dell'amigdala nell'aumento dell'ansia associata all'ASD, ma non hanno trovato alcun legame chiaro con i deficit osservati nei comportamenti sociali. Uno studio condotto da Hong et al. (2014) ha scoperto che sottopopolazioni neuronali distinte nell'amigdala mediale erano importanti per vari aspetti dei comportamenti sociali e asociali. Una sottopopolazione di neuroni GABAergici nell'amigdala dorsale mediale posteriore promuoveva comportamenti legati all'aggressività, all'accoppiamento e alla cura sociale, mentre una sottopopolazione di neuroni glutamatergici nella stessa regione causava comportamenti asociali. Queste due popolazioni di neuroni agivano anche in modo antagonista, inibendo ciascuna i comportamenti regolati dall'altra. Gli autori osservarono che le loro scoperte riflettevano i deficit di comportamento sociale negli esseri umani con ASD e che si adattassero bene alla teoria dello squilibrio eccitatorio-inibitorio dell'autismo.

1.3 Corteccia cerebrale

Nella ricerca delle anomalie presenti nella corteccia cerebrale delle persone autistiche è stato utilizzata la tecnica di indagine dell'elettroencefalogramma (EEG), che mediante il posizionamento di elettrodi sullo scalpo registra l'attività elettrica sottostante. Le alterazioni nelle EEG sono i primi segnali che hanno fatto pensare ad una possibile base biologica di questo disturbo. Questi studi sono stati poi completati affiancando tecniche di imaging non invasive. Alcuni dei sintomi osservabili nei soggetti affetti da autismo riguardano una disfunzione nelle aree associative della corteccia frontale, con deficit nel ragionamento astratto, anomalie nel timbro della voce e nel ritmo del parlato, assenza di contatto visivo e di espressioni facciali nella comunicazione. Altri problemi vengono associate alle rispettive aree di funzionamento.

1.4 Corteccia frontale

La corteccia prefrontale è responsabile di molte delle funzioni che esegue il cervello, inclusi i processi cognitivi complessi come: il prendere decisioni, la pianificazione, la memoria di lavoro, la gestione delle emozioni, il comportamento sociale, l'apprendimento e la comunicazione. A causa delle difficoltà sociali ed emotive che sono state osservate nell'autismo questa struttura ha ricevuto particolare attenzione. Le principali osservazioni nell'ASD includono modelli di crescita corticale anormali, uno spessore corticale alterato e disorganizzazione neuronale attraverso gli strati corticali e le connessioni con altre aree cerebrali. Diversi studi longitudinali hanno indagato sui cambiamenti volumetrici del cervello di soggetti autistici. Il primo studio è stato riportato da Schumann et al (2010), esaminando le scansioni MRI di 41 bambini con diagnosi confermata di autismo e 44 controlli con sviluppo tipico, in diversi momenti cerebrali. È stato osservato un aumento significativo del 7% delle dimensioni totali del cervello nei bambini autistici rispetto ai controlli fino a 2,5 anni di età, con un aumento del 10% della sostanza bianca totale e del 5% della sostanza grigia. Questo ha chiaramente supportato le osservazioni di studi precedenti, ovvero che ci sono modelli di crescita corticale anormali nei bambini con autismo e che la crescita eccessiva inizia prima dei due anni di età. Si è inoltre, avvertita la necessità di includere bambini più piccoli in tali studi per definire con maggiore precisione le intuizioni dello sviluppo associate all'ASD. (Donovan, A. P., & Basson, M. A. 2017).

2. L'ipotesi Genetica

Gli studi effettuati sui gemelli supportano l'ipotesi che l'autismo sia una malattia genetica; con tassi di concordanza per i gemelli monozigotici del 70-90% e 10% per i gemelli dizigotici. L'autismo è il disturbo neuropsichiatrico più altamente ereditabile. Un primo progresso volto a rintracciare i geni suscettibili a tale disturbo riguarda l'identificazione di rare forme "monogene" di autismo, come: la Sindrome di Rett (Amir et al., 1999), la Sindrome di Fragile-X (Verkerk et al., 1991; Yu et al., 1991), la Sclerosi Tuberosa (European Chromosome 16 Tuberous Sclerosis Consortium, 1993) e neurofibromatosi (Barker et al., 1987), utilizzando approcci genetici classici. Grazie all'ibridazione genomica comparativa a Microarray – che permette di esaminare in parallelo l'intero genoma di un organismo – è stato possibile testare l'ipotesi alternativa che quest'ultimo sia causato da rare mutazioni, in parte costituite da CNVs (copy number variations). Le CNVs sono dei polimorfismi della lunghezza del DNA e sono dovute al ripetersi delle copie di un gene in numero diverso rispetto a quelli della maggior parte degli individui (Kusenda, M., & Sedat, J. 2008). Il cervello umano è costituito da molteplici tipologie di neuroni, tra cui quelli eccitatori e inibitori che sono interconnessi e ci permettono di muoverci, pensare e interagire con

l'ambiente. Tali interneuroni svolgono un ruolo decisivo nel mantenere l'equilibrio e la coordinazione dell'attività neuronale, fornendo dei segnali inibitori ad altri neuroni. Tra i diversi interneuroni vi sono il GABA (acido γ -amminobutirrico) o l'acetilcolina (Ach). Sapendo che la corteccia cerebrale è organizzata in sei strati distinti, ognuna composta da un gruppo variegato di neuroni. Se si considerano gli interneuroni GABAenergici la loro presenza è del 20% dei neuroni totali, inoltre giocano un ruolo chiave nell'inibire la complessa rete di neuroni sia eccitatori che inibitori. Così come un'altra regione del cervello: il nucleo striato, che svolge un importante ruolo nella pianificazione motoria, nella formazione delle abitudini e dei comportamenti sociali. I pazienti con ASD mostrano una sovraconnettività tra i circuiti cortico-striatali e un anomalo rapporto di crescita e forma dello striato. Tuttavia, il panorama genetico nel disturbo dello spettro autistico è di un'elevata eterogeneità clinica; con variazioni molto ampie sia nei sintomi, nelle capacità cognitive e nelle abilità linguistiche. Le anomalie genetiche variano nel numero di copie (CNV). Studi recenti di associazione su tutto il genoma (GWAS) hanno individuato vari loci associati all'autismo. Per esempio, mutazioni nel gene SHANK3, che codifica per una proteina e contribuisce alla struttura e alla funzione delle sinapsi eccitatorie. Una delezione di questo gene, in diversi esoni, produce nei topi dei deficit sociali, comportamenti stereotipati e una neurotrasmissione sinaptica aberrante sia nella corteccia che nello striato (Rapanelli, M., et al. 2017).

3. Fattori prenatali, perinatali e post-natali incidenti nell'Autismo

Lo sviluppo cerebrale durante la gravidanza è un processo estremamente complesso, poiché la salute della madre durante la fase di gestazione, così come eventuali problemi durante il parto, possono influire sullo sviluppo del sistema nervoso del feto e poi del neonato. Studi di metanalisi hanno indagato la relazione tra fattori prenatali, perinatali e postnatali e il disturbo dello spettro autistico. Nella valutazione di circa quaranta fattori è stato dimostrato che la maggior di essi fossero associati al rischio di sviluppare l'autismo. Tra i vari fattori elencati vi sono: l'età materna e paterna ≥ 35 anni, l'etnia di origine nella madre e del padre (bianca o asiatica), ipertensione gestazionale, diabete gestazionale, istruzione materna e paterna (diploma o laurea universitaria), minaccia d'aborto, emorragia antepartum o postpartum, parto cesareo, periodo di gestazione ≤ 36 settimane, travaglio assente spontaneo o indotto, sofferenza fetale, basso peso alla nascita, sesso maschile e anomalie cerebrali. Nello studio l'età avanzata della madre e del padre oltre i 35 anni è risultata come un fattore di rischio e addirittura di aumento della probabilità di sviluppare il disturbo. Le ipotesi che supportano la relazione positiva si basano sul fatto che: i gameti di madri e padri più anziani potrebbero avere una possibilità maggiore di subire delle variazioni genetiche; l'ambiente uterino è meno favorevole e potrebbe portare a delle complicazioni ostetriche

come: un basso peso alla nascita, la prematurità del nascituro e l'ipossia cerebrale. È stato inoltre rilevato che le madri in età più avanzata avevano una maggiore probabilità di sviluppare delle malattie croniche. In riferimento al punto riguardante il diabete gestazionale, questo potrebbe influenzare negativamente la crescita del feto e aumentando il tasso di complicazioni in gravidanza. Avrebbe un impatto anche sullo sviluppo motorio fine e grossolano, portando a difficoltà di apprendimento e disturbo da deficit di attenzione e iperattività. Gli effetti del diabete sul cervello potrebbero derivare a un aumento dello stress ossidativo fetale intrauterino, allo stesso modo dei cambiamenti epigenetici nell'espressione di diversi geni. (Wang, C., et al 2017). Un'ulteriore metanalisi ha dimostrato un'associazione tra ASD e l'alterato metabolismo del glutatione, un antiossidante. Alcuni fattori ambientali come piombo, mercurio, inquinanti organici persistenti potrebbero causare uno stato infiammatorio e danni ossidativi del cervello. Deth et al. ha proposto un'ipotesi denominata "redox/metilazione dell'autismo, secondo cui in un individuo geneticamente sensibile, le tossine ambientali -metalli tossici in particolare- causano uno stress ossidativo. Successivamente questo porterà ad una metilazione compromessa, ad una alterazione della capacità di sincronizzare le reti neurali compromettendo la funzione recettiva della dopamina D4. Inoltre, la metilazione compromessa va ad influenzare anche sui meccanismi epigenetici, portando ad una espressione genica anormale (Modabbernia, A., Velthorst, E., et al. 2017).

4. L'ipotesi sulla Teoria della Mente

Una delle abilità fondamentali che differenzia l'essere umano da tutte le altre specie è la Teoria della mente (Whiten, 1993). Con questa denotazione si fa riferimento alla capacità di attuare un processo chiamato "mentalizzazione", ovvero di attribuire desideri, intenzioni, emozioni, stati d'animo e pensieri ad altri individui e di avere consapevolezza che differiscono dai propri. A caratterizzare l'autismo è proprio la difficoltà nel comprendere le menti altrui che sembra essere una condizione universale. Flavell e collaboratori (Flavell, Green, & Flavell, 1986) scoprirono che i bambini di circa quattro anni fossero normalmente capaci di effettuare una distinzione tra aspetto e realtà, ossia possono parlare di oggetti che hanno un aspetto forviante. Per esempio, potrebbero dire che una candela modellata a forma di mela sembri effettivamente quel frutto, ma sanno che in realtà si tratta di una candela. I bambini con autismo, sottoposti allo stesso test e ad altri simili, tendevano a commettere errori di realismo, affermando che l'oggetto fosse davvero una mela o una candela, senza riuscire a cogliere la doppia identità dell'oggetto. (Baron-Cohen, 1989a). Un altro compito in cui i bambini autistici incontrano difficoltà riguarda il "compito del primo ordine sul falso credo", riguardano la comprensione che persone diverse possono avere delle opinioni e dei pensieri differenti riguardo alla medesima situazione, i bambini neurotipici

dell'età di quattro anni riescono a comprendere ciò. Per esempio, nell'interpretazione di storie famose come Biancaneve questi bambini riconoscono il ruolo che ciascun personaggio ha nella storia, anche nel caso in cui la figura del racconto assume altre sembianze fisiche; i bambini con autismo non riescono a cambiare prospettiva, limitandosi solamente a riportare quello che loro stessi sanno. C'è un aspetto fondamentale per riuscire a comprendere le menti altrui, ed è: l'inganno, perché implica il tentativo di far credere a qualcuno che qualcosa sia vero, quando in realtà non lo è. Questo richiede un certo grado di consapevolezza da parte della persona ovvero che, esistono credenze che possono essere manipolate sulla base sia di informazioni ascoltate, sia sulla base di credenze già possedute. A livello sociale l'inganno viene considerato come riprovevole, tendendo a credere che le persone siano sempre sincere. Chiaramente alcuni tipi di inganno risultano essere meno chiari rispetto ad altri, spesso si è bugiardi a fin di bene, per evitare di ferire i sentimenti di qualcuno. Diversi studi dimostrano che all'età di quattro anni i bambini iniziano a percepire l'inganno e a metterlo in pratica. Naturalmente i primi tentativi possono risultare goffi e inefficaci, come un bambino che giocando a nascondino si posiziona sotto al tavolo e rivela la sua posizione riferendo di andare a cercarlo. I bambini con autismo studiati in condizioni sperimentali hanno mostrato difficoltà sia nella produzione dell'inganno, sia nel comprendere quando qualcun altro mette in atto questo comportamento. (Baron-Cohen, 1992; Sodian & Frith, 1992; Yirmiya, Solomonica-Levi, & Shulman, 1996). Un tipico test utilizzato è il "gioco del nascondere la moneta", il cui obiettivo è quello di non rivelare in quale mano è nascosta. Sono proprio i bambini affetti da ASD con un'età superiore a quattro anni a commettere errori in questo gioco. per esempio: nascondono la moneta in una mano lasciando l'altra aperta; o trasferiscono la moneta da un pugno all'altro tra i vari turni di gioco. (Whiten, A. 1993).

5. L'ipotesi del Disturbo Gastrointestinale

Sempre più studi indagano sulla comorbilità tra i disturbi gastrointestinali e l'autismo. L'asse microbiota-intestino-cervello suggerisce che c'è una forma di comunicazione tra il microbiota e il cervello che può sottendere ad alcune disabilità neurologiche. Un team di ricerca del centro medico della Columbia University ha riscontrato nei topi prove del fatto che questi problemi digestivi potrebbero essere causati dalla stessa modificazione genetica coinvolta nei cambiamenti comportamentali e sociali tipici dell'ASD. Il microbiota intestinale è formato da migliaia di specie microbiche diverse e oltre 15.000 tipi di batteri per un peso complessivo di circa 1 kg, rappresenta un'importante linea di difesa del tratto gastrointestinale. La sua distribuzione varia lungo il sistema gastrointestinale, fino a raggiungere il colon. Il microbiota svolge molteplici funzioni; oltre a contribuire alla formazione della barriera intestinale, favorisce il suo mantenimento stimolando la

rigenerazione epiteliale attraverso la produzione di acidi grassi a catena corta (SCFA), aumentando la produzione di muco e sostenendo la mucosa. Inoltre, ha un ruolo chiave nella maturazione del sistema immunitario; è coinvolto nella sintesi e nel metabolismo di nutrienti, ormoni e vitamine, oltre a svolgere la funzione di detossificazione di farmaci e sostanze nocive. In condizioni normali, la continua interazione del microbiota con il sistema immunitario porta a una forma di "infiammazione fisiologica di basso grado", un meccanismo rapido ed efficace per difendersi dai patogeni. Numerosi studi sostengono il ruolo fondamentale del microbiota nel mantenimento di uno stato di salute del tratto gastrointestinale, allo stesso modo alterazioni quantitative che qualitative della flora intestinale si associano a diverse patologie. È bene precisare che il profilo batterico del microbiota intestinale è unico per ogni individuo e può variare anche nella stessa persona in base all'età, allo stile di vita e alle abitudini alimentari. Dunque, non c'è una composizione ottimale del microbiota intestinale, ma sicuramente l'equilibrio e la diversità all'interno della popolazione batterica sono fondamentali per il corretto funzionamento fisiologico, in particolare per i sistemi immunitario, metabolico e nervoso. Mentre squilibri nella composizione batterica intestinale e una diminuzione dei batteri buoni, permettono la colonizzazione di batteri dannosi nel tratto intestinale. Da analisi approfondite eseguite nei vari studi si è andata confermando l'ipotesi che i bambini con ASD presentano una disbiosi rispetto a determinati gruppi batterici, e le alterazioni del microbiota intestinale non erano solo correlate ai problemi gastrointestinali, ma anche all'intensità della sintomatologia autistica. È stato inoltre rilevato che la disbiosi e l'alterazione della permeabilità intestinale portano alla produzione e alla diffusione nel sangue di una endotossina pro-infiammatoria, abbastanza potente, ovvero il lipopolisaccaride (LPS). Questa molecola ha un effetto significativo sul funzionamento del sistema nervoso, poiché aumenta l'attività delle aree cerebrali coinvolte nel controllo delle emozioni, come l'amigdala. Il parallelismo tra autismo e microbiota intestinale è stato indagato in vari studi, confrontando soggetti sani e soggetti con ASD, o osservando i cambiamenti di comportamento successivi alla somministrazione di modulatori del microbiota. È stato dimostrato che i bambini autistici hanno una quantità maggiore di specie appartenenti al genere *Clostridium* e altri commensali intestinali, rispetto ai bambini sani. Sanders et al. hanno suggerito che l'alterazione della barriera intestinale può contribuire all'insorgenza dell'autismo. Tuttavia, il ruolo della disbiosi rimane controverso, vi sono studi che non hanno riscontrato differenze clinicamente significative circa la composizione del microbiota tra bambini autistici e i loro fratelli non autistici. (Iglesias-Vázquez, L., Van Ginkel Riba, G., et al. 2020).

6. L'ipotesi del vaccino trivalente come causa dell'Autismo

L'ipotesi che il vaccino trivalente (morbillo, parotite, rosolia) fosse la causa dell'insorgenza del disturbo autistico risale al 1998, quando il gastroenterologo Andrew Wakefield che operava presso il Royal Hospital di Londra, pubblicò uno studio in cui riportava il caso di dodici bambini a cui venne diagnosticato un disturbo di autismo regressivo in seguito alla somministrazione del vaccino. Tale credenza era accentuata dal fatto che i sintomi autistici si presentavano in un arco di età corrispondente alla somministrazione del vaccino. Lo studio fu ampiamente criticato sia perché l'analisi si concentrò solamente su dodici bambini, che non costituivano un campione rappresentativo, mancava infatti un gruppo di controllo di bambini sani; non era stato specificato quando fossero stati identificati i casi, inoltre in almeno un terzo dei casi i comportamenti anomali si erano presentati prima del vaccino. Successivamente fu accertato che lo studio costituisse una frode a carico di Wakefield, venendo radiato dall'ordine dei medici (Wakefield A., Murch, S. et al., 1998). Numerosi sono stati gli studi che hanno smentito quanto proposto da Wakefield, qui si riporta nello specifico una ricerca a sostegno dell'ipotesi che la vaccinazione trivalente non sia associata al rischio di sviluppare il disturbo, indagando sulla popolazione nazionale non selezionata di bambini danesi, specificando che non si è riscontrato alcun indizio di tale fenomeno nemmeno in sottogruppi di bambini particolarmente vulnerabili. L'ampio numero di casi analizzati nello studio ha permesso di affermare che anche eventuali aumenti minimi del rischio di autismo associati alla vaccinazione fossero improbabili, sempre assumendo che i risultati siano privi di errori. (Hviid A., Hansen, J. V. et al 2019).

Capitolo III – Approccio Affettivo-Relazionale e Gioco Libero Autogestito

1. Intervista al Dott. Emidio Tribulato

La scelta di affrontare la tematica della Terapia Affettivo-Relazionale nel trattamento dell'autismo deriva dall'interesse emerso durante il percorso del tirocinio formativo universitario effettuato nella sede del Centro studi Logos di Messina, situato in Via Principe Tommaso N° 2. Si tratta di un'organizzazione di volontariato che fornisce un servizio di tipo gratuito, fondata negli anni Ottanta da un gruppo di studiosi delle materie mediche, psicologiche e psicopedagogiche, con lo scopo iniziale di aiutare i genitori e gli educatori a fronteggiare le difficoltà avvertite quotidianamente nella gestione di bambini con disabilità. Fin dalla sua nascita il C.S.L. si è posto l'obiettivo di ricerca, studio e diffusione delle tematiche riguardanti il disagio psicologico e affettivo, il ritardo intellettivo e cognitivo, le difficoltà nell'integrazione scolastica familiare e sociale. Negli ultimi decenni lo studio e la ricerca effettuata dall'équipe del centro si è focalizzata sul disturbo dell'autismo. Attualmente la direzione del centro è affidata al Dott. Emidio Tribulato, medico, psicologo e specialista in neuropsichiatria adulti e infantile, fu responsabile dell'équipe di neuropsichiatria infantile dell'Asl di Messina ed ex direttore del Centro Aias di Milazzo; autore di programmi per lo sviluppo logico, cognitivo e affettivo del bambino, tra cui Il Gioco Libero Autogestito. È proprio al Dott. Tribulato che sono state rivolte le domande della candidata espresse nel presente elaborato in maniera più profonda su quale sia l'importanza di un approccio che deraglia da quello classico per il trattamento di un disturbo così complesso e allo stesso tempo ampiamente trattato con lo è l'autismo. Una dei primi interrogativi rivolti al Dottore durante l'intervista riguarda proprio come sia sorta l'esigenza di mettere a punto un approccio differente rispetto a quello che è stato sempre proposto. Negli anni in cui il Dottore operava sia a Messina, i casi di autismo registrati erano decisamente inferiori rispetto al numero che si registra negli ultimi anni; in ogni caso gli studi nella letteratura scientifica che si focalizzavano sull'aspetto affettivo e sulla relazione con i genitori risalivano ad anni ancora più lontani. Alla domanda su come nasce l'interesse e lo studio per i bambini autistici il dottore esordisce raccontando il primo aneddoto che fece scattare in lui l'inside per affrontare la situazione. Il dottore si trovava, insieme alla sua équipe in uno di quelle istituzioni che vivevano ancora negli anni Ottanta: le cosiddette "scuole speciali", retaggio di un'idea passata che i bambini con disabilità psichiche e fisiche fossero inseriti in una scuola con insegnanti specializzati, per poter affrontare ed eventualmente risolvere il problema. All'interno della scuola si seguiva un percorso ben programmato comprendente numerosi esercizi per lo sviluppo delle capacità logiche e

percettive, con programmi di studio molto facilitati. Il compito dell'equipe era quello di visitare i bambini, così da arricchire il lavoro delle insegnanti con un supporto specialistico. Un giorno però, le capacità delle insegnanti vennero messe a dura prova da una bambina di nove anni: Maria, che il dottore soprannominò "La bambina dei coriandoli". Maria appariva totalmente ingovernabile, non accettava di eseguire i compiti che le veniva chiesto di eseguire, rifiuta di sedersi anche solo per un momento su una sedia, tantomeno le insegnanti riuscirono a farla ritornare al suo banco. Il suo unico desiderio era quello di svolazzare in giro per l'istituto, emettendo dei suoni incomprensibili, oppure urla di rabbia nel momento in cui qualcuno vicino a lei e provava ad indirizzarla verso la sua aula. La domanda che le operatrici rivolsero all'equipe fu quella di capire cosa fare di fronte a questi comportamenti. Il dottore mi dice che Maria era la prima bambina affetta da autismo che aveva modo di conoscere e le sue idee al riguardo era molto influenzate dalla sua formazione sugli innumerevoli libri studiati che, riportavano la malattia come gravissima, praticamente incurabile, cronica, di questi bambini incapaci di relazionarsi con gli altri e con l'ambiente circostante. Non avendo dunque che indicazioni molto generiche su come trattare un eventuale caso di autismo, si limitò solamente ad osservarla, mentre, strappava un foglio di carta sulla sua testa per farne dei coriandoli. Di fronte a questa scena le insegnanti lo guardavano aspettando l'illuminazione miracolosa per far calmare la bambina; ma il dottore, senza preoccuparsi della figura che il comportamento che avrebbe attuato sarebbe stato "poco professionale", iniziò ad imitare Maria spezzettando anche lui un foglietto sulla sua testa. A quest'azione la bambina lo guarda sconcertata, come sorpresa che un adulto facesse una cosa "strana e brutta" e che molto probabilmente le aveva procurato dei rimproveri sia a casa che a scuola. Quando il dottore capì che quello che stava facendo era di suo gradimento andò oltre, prendendo un altro foglio e gettando sulla sua testa e su quella di Maria i coriandoli; di fronte a tutto questo gli occhi della piccola che apparivano difesi e arrabbiati si addolcirono, riuscendo a strapparle un sorriso e un urletto stridulo che aveva però una tonalità più armoniosa, morbida e dolce. Finito il loro gioco il Dottore riferì agli insegnanti che per il momento la cosa migliore da fare fosse quella di giocare con lei, tralasciando per quel momento l'obiettivo di doverle insegnare per forza qualcosa. Terminò il suo aneddoto dicendomi che da quella visita capì che il contatto con i bambini autistico è possibile a patto che si accettino le loro condizioni di gioco, o eventualmente proponendone di simili; inoltre, si rese conto che gli adulti, ancor più quelli specializzati, presentano notevoli resistenze a lasciarsi andare ad un gioco libero e spontaneo, disprezzando qualsiasi attività che non abbia una finalità educativa. Durante l'intervista il Dottore mi consiglia di soffermarmi su un aspetto cruciale di questi bambini, sul fatto che, le teorie classiche propongono come elemento cruciale dell'autismo: la mancanza di emotività. È necessario sfatare l'idea che i bambini con autismo non provino emozioni, o che siano fortemente ridotte rispetto ai bambini normali. Le esperienze riportate dall'equipe

dimostrano che questi bambini riescono a manifestare emozioni notevolmente ricche, si potrebbe dire che sono letteralmente invasi da queste, vissute in maniera intensa e coinvolgente tanto da avere difficoltà a controllarle e a difendersi. La prima principale emozione che esperiscono è quella dell'ansia patologica. Questi bambini hanno molta difficoltà a comunicare in maniera diretta la loro ansia che può essere resa evidente dai loro atteggiamenti e comportamenti, come per esempio: il pianto frequente e continuo anche per eventi che ritenuti banali, un aumento dei capricci, l'accentuarsi di irritabilità e instabilità. Il loro stato di sofferenza è reso palese dal fatto che risultano essere incontentabili e insoddisfatti di fronte agli interventi risolutivi dei genitori. Alcuni di loro, per esempio, rifiutano di allontanarsi da casa o dai propri cari, cercando in tutti i modi di non andare a scuola, hanno bisogno di rassicurazioni continue. I bambini ansiosi possono avere delle difficoltà ad addormentarsi e a mantenere il sonno, o possono svegliarsi di soprassalto a causa di incubi. Anche il loro corpo ne risente, possono essere scossi da tic, oppure avere difficoltà respiratorie, gastrointestinali; può manifestarsi anche nei loro disegni e nei loro racconti. Nel disturbo autistico l'ansia si presenta in modo decisamente massiccio; tuttavia, la si riesce a individuare più facilmente rispetto ai bambini senza disturbo. Questa, infatti, in bambini con autismo ad alto funzionamento è evidenziata da molti sintomi come: la labilità dell'attenzione, l'iperattività, l'ipercinesia, la rapidità dei giochi eseguono e il modo nervoso con il quale affrontano ogni situazione. Anche il rapporto con i compagni è disfunzionale, nonostante a volte ci sia la voglia da parte del bambino di entrarci in relazione, ha notevole difficoltà a rispettare i turni e le regole del gioco, fa fatica ad accettare i desideri dell'altro, per cui tenderà a imporre il proprio gioco e i propri desideri agli altri, provocando di conseguenza il rifiuto e l'emarginazione da parte dei coetanei. Un'altra emozione importante che vive dentro questi bambini è la paura, nonostante anche questa come l'ansia abbia una funzione naturale e adattiva, nei bambini con autismo si trasformano in uno stato di angoscia, provato sia per l'ambiente esterno, sia per il suo mondo interiore. Entrambi gli ambienti, infatti, sono avvertiti come fonte di minacce e aggressioni, conflitti e sensi di colpa. Questo spiegherebbe le urla apparentemente immotivate, nel momento in cui si avverte un cambiamento anche minimo. Le risposte agli stimoli positivi come: una carezza, un abbraccio possono risultare catastrofiche; e poiché questi bambini tendono ad avere un cattivo rapporto con i genitori e i coetanei, si ritrovano a dover fronteggiare da soli queste emozioni estremamente negative ed invalidanti. Tra le altre emozioni che accompagnano il bambino autistico figurano in misura eccessiva anche: la rabbia, la collera e l'aggressività. Il dottore precisa che comprendere tanta rabbia nel bambino autistico non è difficile, basti pensare a come ci sentiamo quando non veniamo capiti. Il piccolo avverte che gli adulti che vivono nel suo ambiente non prestano la giusta attenzione ai suoi bisogni e cosa ancora peggiore non li rispettano. Risulterebbe difficile a molti riuscire ad amare e accettare gli altri quando urlano, o ci costringono a fare qualcosa

di cui non abbiamo voglia, o ci trascinano di forza in un ambiente rumoroso e pieno di pericoli. Così come l'aggressività, il bambino reagisce in maniera impetuosa perché sta soffrendo o ha sofferto, si sente frustrato, prova ansia e inquietudine e riesce ad alleviarle solamente facendole uscire fuori. Ma può manifestarsi anche ignorando l'altro, oppure minacciando di fare del male o di auto-aggredirsi. Un'altra necessità che viene per così dire negata al neonato e che porta alla chiusura autistica è la comunicazione e l'interazione sociale. Sin dalla nascita i sensi del neonato sono sviluppati e programmati – salvo malattie – per la socializzazione. È in grado di percepire le sue emozioni interne ed esterne, senza però poter inizialmente effettuare una distinzione tra “sé” e il “mondo”. Distingue ciò che lo soddisfa o non lo soddisfa, da ciò che può dargli piacere o meno. La sua crescita è fortemente influenzata da come viene percepito dagli altri e dal fatto che si senta accolto e gradito nell'ambiente familiare. Dunque, c'è una sostanziale differenza tra crescere in un ambiente piacevole e gioioso, rispetto ad uno carico di tristezza, ansia, aggressività. La comunicazione che ha con l'uno o con l'altro ambiente sono importanti non solo per le esperienze acquisite come il linguaggio e la cultura, ma anche per la formazione del suo Io, per la sua crescita sana ed equilibrata e per lo sviluppo delle sue capacità relazionali e sociali. Il bambino si accorge dell'utilità della comunicazione nel momento in cui si mette a piangere o a strillare e la madre e il padre accorrono per prestargli le attenzioni che sta chiedendo. Allo stesso modo dei sorrisi, delle dimostrazioni affettive come può esserlo una carezza o un abbraccio, o l'espressione di parole dolci. La possibilità di mostrare i suoi bisogni, insieme alla sicurezza che queste siano soddisfatte lo rassicurano e lo aiutano a maturare le capacità relazionali. Se però il soddisfacimento di questi bisogni non viene colmato e chi ha cura di lui ritarda ad accorrere al suo pianto, o non rispondono gioiosamente ai suoi vagiti, per svariate motivazioni, il bambino è costretto a concludere che gli altri non sono in grado o non sono disposti ad ascoltarlo e allo stesso tempo che sia lui incapace di farsi ascoltare; si andrà a deteriorare così la sua immagine del mondo portando inevitabilmente ad una parziale o totale chiusura. A tal proposito sarebbe opportuno parlare di quello che è il sintomo caratterizzante, per l'appunto: l'isolamento autistico, che il dottore Tribulato spiega in maniera ampiamente esaustiva nel libro “Bambini da Liberare” (Tribulato E., 2020). Consiste in una condizione che porta il soggetto a chiudersi in maniera parziale o totale nei confronti del mondo esterno e in casi gravi anche nei confronti di stimoli che provengono dall'interno della propria mente e del proprio corpo; negando perciò tutto ciò che è differente da sé o riferito agli altri. Sarebbe bene ricordate che questo comportamento di chiusura o di momentanea estraneità dalla realtà circostante avviene anche nei bambini normali di tutte le età, se si pensa alle ingiustizie che può vivere nel gioco con il proprio coetaneo, questo comportamento serve anche per concentrarsi e comprendere in maniera più profonda l'evento accaduto. Prendendo in considerazione anche il fatto che spesso varie problematiche a livello psicologico possono attivare dei meccanismi di difesa che

comportano un allontanarsi mentalmente dall'ambiente di vita. Per poter spiegare meglio questo concetto si riporta il racconto effettuato da un bambino di nome Michele durante una seduta di analisi, racconto a cui è stato dato il nome de "L'albero e la casa".

Michele racconta: "C'erano una volta un albero e un muro. L'albero era con le foglie, era piantato sottoterra. L'avevano piantato gli agricoltori. Faceva i fiori, c'erano persone che avevano piantato l'albero e fatto il muro". All'ultima affermazione il dottore chiede: perché avessero costruito il muro.

Michele risponde che: il muro era stato costruito da muratori per rendere bello l'albero. Ma un giorno l'albero si era appassito e ne avevano gettato via le foglie, le persone erano tristi per questa perdita, ma il muro era rimasto ancora lì.

L'interpretazione avanzata mostra alcuni elementi interessanti.

Il primo simbolo è l'albero piantato sottoterra. La collocazione spaziale dell'albero fa pensare a ciò che accade nel bambino quando si instaura una chiusura autistica. Inizialmente questo albero (il bambino) è vitale, ha tante foglie, dopo però appassisce fino a morire, riflettendo la condizione di permanenza nella condizione autistica: una morte sociale e relazionale.

Il secondo elemento è il muro costruito per proteggere l'albero. Quella costruzione è stata messa lì per proteggere l'albero da tutti quei fattori ed elementi negativi che potrebbero fargli del male. Il muro, la protezione invece rimane lì salda, come le difese che hanno eretto per proteggersi.

Il terzo elemento è la tristezza. Ed è quella che provano i genitori e le persone più prossime, ma è anche la tristezza del bambino stesso, che si scopre isolato ed escluso dall'ambiente sociale impedendogli di interagire in maniera creativa, con gioia e vitalità.

Una descrizione tangibile arriva da un giovane con autismo, di nome Morello, che nel suo libro "Macchia autobiografia di un autistico" (Morello P. C. 2016) riporta quelli che sono le sue emozioni, sentimenti e ricordi di chiusura nei confronti del mondo esterno descrivendola come: "una cupola di vetro sopra laguna ghiacciata è l'autismo chiuso dentro sé stesso".

La cupola di vetro: è quella barriera, la protezione che dovrebbe proteggere e tenere fuori tutte le situazioni negative che potrebbero arrivare dal mondo esterno. Questo tipo di protezione consente al bambino di guardare ciò che avviene intorno a lui ma gli impedisce di interagire con l'esterno.

La laguna ghiacciata: rappresenta la realtà fredda e isolata del bambino, priva di calore umano e di affetto.

la chiusura dentro il proprio Io.

Donna Williams una donna che soffre di autismo riporta nel suo libro: “Nessuno in nessun luogo” (Williams D., 2013) una serie di eventi che la portavano ad isolarsi dal mondo. Scrive per esempio: che dal nulla scoprì in aria dei puntini che apparivano solamente guardando nel vuoto. Nonostante la gente la chiamasse il suo desiderio era quello di perdersi nei puntini. L'autrice spiega che questa sensazione fosse come entrare in uno stato ipnotico, in cui tutte le fonti di stimolo si attenuavano trasmettendogli calma. Gli elementi che riporta la Williams sono di notevole importanza per comprendere la condizione mentale di una persona con autismo. In primis vi è il desiderio e la volontà di estraniarsi dalla realtà percepita come troppo dolorosa, per potersi perdere invece in una condizione a livello sensoriale che genera emozioni elementari, semplici e povere.

Un altro elemento è l'irritazione e il disturbo che la presenza delle altre persone causava in lei; seguita dalla reazione degli altri che cercavano di far scoppiare la sua bolla magica per riportarla nel mondo reale.

E infine c'è l'elemento di gratificazione e conforto che provava nell'isolamento.

Ad un primo sguardo si può intuire, proprio come riporta l'autrice, che la causa del distacco dalla realtà sia dettata da una difficoltà ad accogliere e vivere le emozioni negative che comportano inevitabilmente paura e sofferenza. La tendenza di fuga da una situazione avvertita come pericolosa è una reazione naturale e istintiva, ed è presente in tanti bambini e ragazzi. Diventa disfunzionale e patologica nel momento in cui comporta conseguenze drammatiche e destabilizzanti specialmente nei bambini, per diversi motivi. Primo perché i bambini molto piccoli non hanno la capacità di omeostasi e di quelle difese che possiedono invece i ragazzi e gli adulti. perciò reagiscono al dolore emotivo senza alcun filtro, in modo molto più intenso e immediato. I bambini più piccoli possiedono ovviamente delle conoscenze ridotte e minime del mondo nel quale si trovano a vivere; dunque, se l'ambiente non è favorevole svilupperanno una psiche fragile e immatura. Pertanto, ritraendosi dall'ambiente che gli risulta ostile impediscono alla loro umanità di venire alla luce, trovando in sé stessi la loro fragile realtà del momento. Bisogna ricordare che la personalità dell'essere umano si forma e si arricchisce grazie al contatto con gli altri (Bettelheim, 2001). La prima infanzia è una fase dello sviluppo che riveste un'importanza cruciale perché permette di costruire gradualmente la realtà, la consapevolezza di “essere” sorge col tempo mediante le esperienze positive che provengono dall'ambiente di vita. (Winnicott, 1973). Perciò sin da bambini solo dai rapporti positivi con le persone che abbiamo a canto riusciamo ad ottenere serenità, attenzione e le cure necessarie per sviluppare tutte le capacità umane solitamente presenti.

È per questo motivo che i bambini autistici, che si sono chiusi nel loro mondo interiore, avranno delle notevoli difficoltà ad affrontare quelle emozioni e sensazioni sia provenienti dall'interno che quelli dall'esterno. I problemi psicologici nel momento della chiusura autistica tenderanno ad aumentare, piuttosto che diminuire; comportando un aumento

della diffidenza, dell'ansia e della paura nei confronti di ogni stimolo che proviene sia dall'esterno che dall'interno del proprio corpo. Se prima della chiusura vi era una crescita normale, successivamente a questa i bambini sono costretti ad impoverire e destrutturare la loro fragile e immatura personalità; per cui per esempio: anche se avessero già acquisito la capacità linguistica a causa del loro deficit presente nello sviluppo affettivo-relazionale rischierebbero di perdere tale competenza. Alla luce delle numerose ipotesi patogenetiche presenti nella letteratura scientifica e riportate anche in questa tesi nasce spontanea la mia domanda nel chiedere al dottore Tribulato perché ritiene così importante i fattori legati all'affettività nell'insorgenza del disturbo e non considera principale l'incidenza di fattori genetici. La sua risposta risulta molto chiarificatoria sulla questione. Indubbiamente si osservano sia su questa che su tante altre patologie delle influenze genetiche o organiche, ma accanto a queste, non si possono misconoscere le cause psicologiche che provengono dall'ambiente di vita del bambino. Un ambiente che risulta essere cronicamente stressante, frustrante e addirittura traumatico lascia delle tracce profonde nell'animo del bambino, che a volte rimangono indelebili e che possono generarsi, amplificarsi sia nello spazio che nel tempo. Così come tutti quei sentimenti ed esperienze positive, anche quelli negativi si proiettano sulle persone, animali e cose che non hanno colpe o responsabilità. Tutto il mondo attorno al bambino inizia a macchiarsi di nero, prevalgono angoscia e dolore. Inizieranno a mancare le fondamenta per la costruzione della personalità del bambino, di sentimenti negativi nei confronti degli altri, per esempio: il bambino avvertirà la necessità di non potersi fidare più dei suoi genitori, lasciandolo disilluso e sofferente. Dopo questa introduzione il dottore conduce la mia attenzione su quello che è l'aspetto fondamentale della vita di ogni essere umano, il primo rapporto con la figura d'attaccamento: ovvero la madre. Sin dalla vita intrauterina e successivamente alla nascita il neonato vive un attaccamento e un rapporto simbiotico con la madre, che prende il nome di "fase del dualismo", tutto il suo mondo esterno ruota interamente attorno a questa figura, con la quale instaura delle particolari relazioni affettivo-emotive, che solo successivamente durante la fase di crescita instaurerà anche col padre. Dalle caratteristiche e dal temperamento delle due figure della coppia nasce la complessità di questo rapporto che può dare vita ad incontri e scontri. Winnicott ci parla molto chiaramente di come l'esistenza del bambino dipende interamente dall'esistenza della madre. Le richieste che il bambino avanza implicitamente alla nascita sono quelle di cura, amore, dolcezza, tempestiva risposta e soddisfacimento e dei suoi bisogni, sia basilari come il nutrimento, calore e pulizia, sia quelli emotivi. Se la madre accoglie il piccolo in maniera positiva con serenità e disponibilità, quest'ultimo avvertirà sensazioni piacevoli accrescendo la fiducia in sé stesso e nel mondo in cui è inserito, permettendogli di sviluppare una comunicazione sana e ricca e di ottenere successivamente, in seguito alle altre relazioni sane con il resto della famiglia di ottenere l'indipendenza emotiva, psicologica e fisica per muoversi nel mondo. Può verificarsi anche un non

attaccamento nel momento in cui la madre non sa o non riesce a relazionarsi in maniera sana e amorevole nei confronti del suo bambino. In queste circostanze il piccolo percepisce tale difficoltà e limiti della madre, non sentendosi accolto. Lo avverte quando questa non riesce a soddisfare i suoi bisogni, a calmare le sue paure e le sue ansie; non comprende e non presta attenzione al suo pianto, al suo silenzio, ai suoi sorrisi. Il bambino percepisce e vive, fa sue quelle che sono tutte le paure e le preoccupazioni della madre. In questi casi se il bambino è particolarmente sensibile avrà molta difficoltà ad attaccarsi alla madre, proprio perché non la ritiene un punto di riferimento valido che possa contenere quanto lui ha da dare, dimostrerà rabbia e aggressività verso sé stesso e verso gli altri, percepiti con sospetto e pericolo, proprio perché li ritenuti incapaci di ascoltarlo e prestargli le cure adeguate. Tenderà ad accusare anche sé stesso ritenendosi poco degno di ricevere amore, introiettando i comportamenti negativi degli altri dentro di lui e contro di lui. Le cause delle carenze materne possono essere molteplici: dalla presenza di problematiche psicologiche, al rifiuto che ha nei confronti della gravidanza e del bambino, alla presenza di scelte prettamente egocentriche. Gravi disturbi d'ansia, di depressione, di disturbi ossessivi compulsivi, se non accuratamente indagati e curate comporteranno nella madre difficoltà a relazionarsi con gli adulti attorno a lei e cosa ancora peggiore col nascituro. Avrà infatti difficoltà a comunicare in maniera serena col proprio bambino, sia nell'utilizzo del tono della voce – atto a cullare, confortare, rassicurare-sia nell'interpretazione dei bisogni espressi con segnali poco chiari; risulta inoltre particolarmente laborioso per una madre disturbata riuscire a adattarsi e rimodellarsi in funzione del figlio. A ciò si aggiungono quelle scelte egoistiche dettate dall'attuale società che spingono la madre a ricercare la propria realizzazione personale, sacrificando la relazione col proprio bambino. Questo tipo di scelte possono comportare nel bambino una carenza affettiva più o meno grave e costante. È noto che questo bisogno di affettività caratterizza tutta l'età evolutiva, ma è particolarmente accentuata nella prima infanzia. Quando questa fame di presenza non viene saziata lo sviluppo psicoaffettivo del bambino subirà dei notevoli danni, la loro gravità sarà influenzata da notevoli fattori e caratteristiche che sono individuali. Vi sono alcuni bambini che sono particolarmente sensibili- più di altri- alle carenze affettive; pertanto, quando queste si presentano reagiscono manifestando grave disagio; altri invece riescono a sopportare o a gestirla meglio e presentano dei sintomi più leggeri e passeggeri. Una resistenza maggiore però non deve illudere i genitori che i propri bambini stiano effettivamente bene, poiché anche una reazione neutra potrebbe nascondere delle ferite. A questo punto è bene introdurre la figura del padre e marito, che indubbiamente ha un ruolo fondamentale sia durante la fase di gestazione che ovviamente dopo il parto. Durante la gravidanza un buon rapporto con il marito che risulta presente, attento e amorevole, crea intorno alla madre un ambiente sereno e sicuro. Questo tipo di ambiente è importante dopo la nascita del bambino poiché permette alla donna di lasciarsi andare nei confronti del figlio e di poter contare sul supporto

del padre per la crescita di questo rapporto che diventa triadico. Nella cultura del mondo occidentale la figura del padre è stata notevolmente rivalutata e aumentata di valore proprio perché le responsabilità che gravitano attorno alla sua figura sono aumentate rispetto ai tempi passati in cui le giovani madri venivano seguite per lungo tempo dalle loro figure femminili di riferimento: madri, suocere, zie, sorelle. Oggi la coppia si trova spesso da sola e poco preparata ad affrontare l'arrivo di una nuova vita, non stupisce per tanto ritrovarsi di fronte a giovani genitori totalmente disorientati, perché non hanno nessun punto di riferimento che possa insegnare loro come curare un bambino. Date queste premesse chiedo al Dottore di introdurmi nel mondo della Terapia Affettivo-Relazionale che utilizza il Gioco libero autogestito. Tale terapia venne studiata per decenni dall'équipe del dottore per cercare di comprendere su ciò che i bambini con sintomi autistici provano ed esperiscono nel loro animo, indagandone le emozioni e i sentimenti, chiedendosi di che cosa hanno bisogno per acquisire la serenità interiore e che cosa ricercano dagli adulti e dal loro ambiente discostante. Da ciò si è preso consapevolezza che per poter accedere al mondo interiore di questi bambini e capirlo nel migliore dei modi sia necessario affrontare il primo sintomo, quello più grave: l'isolamento autistico. Nel suo libro "Bambini da Liberare" (Tribulato E., 2020) lo spiega in maniera ampiamente esaustiva. Consiste in una condizione che porta il soggetto a chiudersi in maniera parziale o totale nei confronti del mondo esterno e in casi gravi anche nei confronti di stimoli che provengono dall'interno della propria mente e del proprio corpo; negando perciò tutto ciò che è differente da sé o riferito agli altri. Sarebbe bene ricordate che questo comportamento di chiusura o di momentanea estraneità dalla realtà circostante avviene anche nei bambini normali di tutte le età, se si pensa alle ingiustizie che può vivere nel gioco con il proprio coetaneo, questo comportamento serve anche per concentrarsi e comprendere in maniera più profonda l'evento accaduto. Prendendo in considerazione anche il fatto che spesso varie problematiche a livello psicologico possono attivare dei meccanismi di difesa che comportano un allontanarsi mentalmente dall'ambiente di vita.

Sorge dunque spontaneo chiedere se ad una terapia che si concentra prettamente sul bambino e sul suo stato interiore sia possibile affiancare una dei classici trattamenti che ad oggi vengono ampiamente utilizzate. Il Dottore mi riporta a quei casi di bambini che abbiamo studiato durante il tirocinio, che effettuavano una qualche terapia contrastante con quella del Gioco libero autogestito. Le terapie come: la logopedia, psicomotricità, ippoterapia, musicoterapia, terapie-cognitivo-comportamentali, pet therapy e tante altre, si propongono l'obiettivo di affrontare e risolvere le limitazioni e i deficit del bambino autistico, stimolando e cercando di migliorare e arricchire il linguaggio, le capacità logiche, cognitive, o l'autosufficienza; ma il problema di questi interventi è che non riescono a far uscire il bambino dalla chiusura. Qual è lo sbaglio di queste terapie? Quello di impartire ai bambini compiti da eseguire "forzatamente", opponendosi a quelli che sono invece i reali

bisogni dei bambini. Consideriamo criticamente la situazione di una bambina di undici anni di nome Noemi. La madre scrive al C.S.L perché le viene fatta una diagnosi di Autismo. La bambina presenta molte stereotipie, non vive bene nell'ambiente scolastico; il rapporto con la madre potrebbe sembrare apparentemente buono poiché è lei ad occuparsi di Noemi data la poca presenza affettiva che il padre le dedica, ma ad una attenta analisi capiamo che la donna risulta essere particolarmente apprensiva, rigida nel lasciarsi andare nei confronti della figlia, centrata sull'idea che all'età di undici anni la bambina debba saper parlare bene, relazionarsi in maniera efficiente con gli altri. Notiamo come una sorta di soffocamento di tutte le richieste di aiuto che Noemi invia alla madre, che vuole per forza portarla al livello di tutti gli altri bambini. Nonostante le indicazioni del dottore su come lasciarsi guidare dal gioco spontaneo della figlia, di evitare di mandarla a scuola poiché causa in lei malessere, la madre fa solo ciò che ritiene più giusto. Integra quindi diversi tipi di trattamento: la porta in piscina, dove anche qui l'obiettivo non è quello di lasciarla giocare liberamente ma di insegnarle qualcosa; la fa seguire da un logopedista per aiutarla ad articolare bene quelle poche parole stereotipate che pronuncia; la porta tutti i giorni a scuola andandola facendola uscire prima e credendo di alleggerire il carico di stimoli che questo comporta. Perché nonostante la donna si prodighi a fare tutto questo Noemi non sembra migliorare? Perché la madre non è riuscita ad entrare in connessione con la figlia, non è riuscita a farsi bambina e a giocare con lei senza la pretesa di doverle fare migliorare qualche abilità cognitiva. Noemi non si sente accolta, non sente che i suoi reali bisogni sono stati capiti e ascoltati dalla sua mamma, che invece la costringe ogni giorno a svolgere delle attività che a lei non piacciono e che non vuole fare. Per questo continua a rimanere chiusa nel suo mondo, perché ha capito di non potersi fidare dell'ambiente in cui vive. Se si vuole veramente vedere quei bambini liberati, è necessario creare tra loro e il mondo esterno, e soprattutto tra loro e i genitori, una relazione vicina, di intimità, empatica, gioiosa, calda e dolce che li invogli a riconquistare o a conquistare per la prima volta quella fiducia persa. Nel momento in cui abbandoneranno la chiusura avranno la possibilità di sviluppare e di far crescere la loro personalità, la loro socialità, le capacità logiche e intellettive, la loro autonomia personale e sociale che si era arrestata al momento della chiusura.

Alla luce di quanto detto finora, chiedo al dottore quali strumenti ha un genitore per permettere al bambino di far ritrovare la fiducia perduta. Come prima cosa per poter creare un ambiente favorevole al bambino sarebbe:

Evitare l'utilizzo dei dispositivi elettronici, sia la tv che il cellulare, proprio perché portano il bambino a chiudersi ulteriormente nel suo mondo e a rimanerne assorbito.

Evitare di impartire loro delle categoriche richieste o imposizioni, poiché queste vengono percepite con sofferenza e sospetto; inoltre, per il bambino risultano dannose poiché tendono a cambiare il loro stato interiore di uniformità e immobilità che li rende tranquilli e sicuri.

Non chiedere di effettuare attività che piacciono agli adulti ma non al bambino. Questo è l'errore più comune e il più grave che si possa compiere con un bambino che soffre di autismo, ovvero considerarli normali dal punto di vista psicologico ma neurologicamente carenti in altre abilità alle quali è possibile sopperire mediante terapie e continui interventi volti a educare. Per questi bambini è l'esatto contrario, sono notevolmente disturbati dal punto di vista psicologico ma potenzialmente dotati, almeno all'inizio di capacità intellettive e cognitive. Gli approcci che non prendono in considerazione le reali esigenze e bisogni del bambino finiscono per innescare un meccanismo inverso, facendolo chiudere ancora di più nel suo mondo e accentuando la credenza che effettivamente il mondo è ostile e cattivo nei suoi confronti, peggiorando la sua condizione psichica globale.

È importante lasciare che siano loro a scegliere quando e come cercare un contatto fisico con noi. Questo approccio può risultare impegnativo per un adulto, in particolare per un genitore o un parente stretto. Tuttavia, è essenziale per dimostrare rispetto per i loro sentimenti, emozioni e bisogni.

In cosa consiste sostanzialmente il Gioco Libero Autogestito? Il dottore porta la riflessione sull'attività del gioco, privo di indicazioni e regole.

Un elemento chiave per un'infanzia ricca e appagante è la possibilità di giocare. Il gioco rappresenta probabilmente l'attività più comune e significativa tra gli animali più evoluti. Esiste, inoltre, un legame diretto tra la crescita emotiva, intellettuale e cognitiva di un essere vivente e la sua propensione a giocare. Gli animali meno evoluti, con istinti ereditari rigidi e predeterminati, non si dedicano al gioco. I loro piccoli agiscono come adulti fin dall'inizio della loro vita, il che significa che non c'è sviluppo ulteriore delle caratteristiche della specie. Negli animali più evoluti, invece, le abilità sono strettamente collegate alla quantità di tempo e all'energia che impiegano nel gioco, poiché è attraverso questa attività che acquisiscono nuove competenze ed esperienze. Ad esempio, un agnellino gioca poco rispetto a un gattino, gli scimpanzé continuano a giocare anche da adulti, ma nessun cucciolo gioca con tanta frequenza e dedizione quanto un bambino umano. Anche gli adulti, sia uomini che donne, trovano nel gioco momenti irrinunciabili di interazione, evasione, rilassamento, divertimento e gioia. Per un bambino, il gioco è un percorso fondamentale per il suo sviluppo, poiché rappresenta per lui puro piacere. Il bambino prova soddisfazione attraverso tutte le esperienze fisiche ed emotive vissute durante il gioco. Giocando, i bambini estendono i loro rapporti sociali, imparano a comunicare con maggiore efficacia, comprendono i sentimenti degli altri e diventano più consapevoli delle proprie emozioni e necessità. Apprendono anche l'importanza delle regole e della loro osservanza, arricchiscono le loro prime esperienze sociali con gli adulti e imparano a gestire i primi conflitti; è uno stimolo per la creatività e l'immaginazione. Con oggetti semplici come rametti, pietre, fango, oppure con una matita e alcuni fogli di carta, insieme a un pizzico di fantasia, i bambini possono creare un'infinità di storie e mondi immaginari, popolati da personaggi

fantastici come eroi, principesse, draghi, robot e astronavi; è anche un modo per riconoscere e gestire le proprie emozioni. Giocando con coetanei e adulti, i bambini imparano a sperimentare la gioia del successo, il dispiacere della sconfitta e il valore dell'amicizia e dell'affetto. Imparano a gestire i piccoli conflitti e le tensioni nelle relazioni con sé stessi e con gli altri. È anche un'occasione per l'educazione morale e civica. Nei giochi di gruppo, regolati da norme precise, i bambini imparano a rispettare le regole, a comportarsi con correttezza e lealtà, a collaborare e a condividere i ruoli. Queste esperienze contribuiscono alla loro crescita come individui e come membri di una comunità; il gioco è anche un'opportunità per rafforzare la propria forza di volontà. Molti giochi, che siano di costruzione, di squadra o di abilità, rafforzano la determinazione, formano il carattere e aiutano a sviluppare un maggiore autocontrollo emotivo; inoltre, il gioco offre un'opportunità unica di contatto con la natura. L'interazione diretta con l'ambiente naturale è vitale per lo sviluppo di bambini e adulti. Per milioni di anni, gli esseri umani si sono evoluti attraverso il contatto diretto con gli elementi naturali. I primi giochi di un bambino, che lo aiutano a scoprire la realtà che lo circonda, iniziano con semplici interazioni con la madre e il proprio corpo. Durante l'allattamento, ad esempio, il bambino afferra e tocca il seno materno, per poi passare ad esplorare il volto e i capelli della mamma. Con il tempo, comincia a giocare con le proprie mani e piedi. I giochi sensomotori, o di esercizio, aiutano il bambino a sviluppare la capacità di coordinare i movimenti e a creare schemi motori. Attraverso l'imitazione dei suoni, delle espressioni facciali, e poi delle parole, il bambino inizia a riconoscere e comunicare le proprie emozioni.

Esistono molteplici tipologie di gioco, ognuna con caratteristiche diverse. Ad esempio, i giochi di costruzione stimolano il bambino a creare e manipolare oggetti, mentre i giochi di abilità prevedono un confronto con coetanei o adulti, utilizzando concentrazione, destrezza, agilità e conoscenza. I giochi di imitazione, invece, coinvolgono il bambino nella riproduzione di attività quotidiane o professionali dei genitori; per esempio, una bambina che finge di spolverare come la mamma o un bambino che usa gli attrezzi del papà per fare piccole riparazioni in casa. Anche giochi in cui i bambini vestono bambole, preparano pranzi immaginari e le mettono a dormire sono esempi di giochi sociali, nei quali il bambino sperimenta ruoli, emozioni e comportamenti. Queste attività favoriscono lo sviluppo di competenze sociali ed empatiche, permettendo ai bambini di comprendere meglio il punto di vista degli altri. Durante questi giochi, il bambino può sperimentare il potere e le qualità degli adulti, mentre impara le norme che guidano la condotta sociale.

Dopo aver visto un film o un cartone animato, un bambino potrebbe immaginare di essere un eroe con una spada che lotta con un amico per salvare il mondo: questo è un esempio di gioco simbolico o rappresentativo. Invece, quando un bambino si immagina adulto e forte per superare una sua insicurezza, è impegnato in un gioco compensativo. Ci sono anche giochi che aiutano a superare emozioni difficili o a compensare frustrazioni rivivendole in

modo simbolico (giochi funzionali). In questi casi, il gioco offre un rifugio temporaneo dalle sfide della vita quotidiana, permettendo al bambino di tornare poi più rilassato. Ma i giochi non si limitano all'imitazione. Quando un bambino riproduce le attività della mamma mentre cucina, fa le pulizie, fa la spesa o accudisce i piccoli, non si limita a copiare; sperimenta nuove modalità di comportamento, influenzate dalla sua personalità e dai bisogni del momento. Infine, esistono anche i giochi educativi, che attirano i bambini perché soddisfano il loro desiderio di imparare. In un paio d'ore, un bambino di circa due anni e mezzo può partecipare a diverse attività immaginarie, creando così un contesto ricco di apprendimento e scoperta. Dunque, i bambini con disturbo autistico sarebbe utile preferire i giochi "liberi autogestiti". Nel gioco libero, i bambini operano senza il bisogno di direttive da parte degli adulti, stabilendo autonomamente le regole e le modalità di gioco a seconda delle loro esigenze e preferenze momentanee. Questo tipo di gioco può essere organizzato sia da tutti i partecipanti insieme, sia da un singolo bambino, che assume il controllo completo dell'attività. In quest'ultimo caso, l'adulto o il terapeuta hanno il compito di osservare, comprendere e fornire assistenza in base alle necessità del bambino, senza intervenire direttamente nella gestione del gioco.

Le principali sfide nell'implementare la terapia del Gioco Libero Autogestito non derivano tanto dal comportamento del bambino, quanto dall'approccio degli adulti coinvolti, che possono essere genitori, insegnanti, psicologi o medici. Spesso, gli adulti considerano il bambino come una figura immatura e con limitate capacità di comprensione, ritenendo che non possa gestire autonomamente le proprie difficoltà. Questo porta gli adulti a pensare di avere sempre la soluzione migliore per ogni situazione. Nel caso di bambini con disturbi significativi, gli adulti credono che solo loro grazie alla loro esperienza e conoscenza possano individuare ciò che è realmente utile per il bambino. Tuttavia, questo modo di pensare è problematico, soprattutto con i bambini che presentano disturbi autistici. Anche gli esperti più preparati hanno una comprensione limitata della vita interiore di questi bambini, che può risultare difficile da interpretare. Gli adulti trovano complicato comprendere le emozioni e i bisogni di un bambino con un funzionamento "normale"; la situazione diventa ancora più complessa con un bambino affetto da gravi disturbi. Le esperienze emotive di questi bambini sono così lontane dalla realtà degli adulti che è difficile per loro accettare e comprendere il loro vero stato d'animo. Ad esempio, quando un bambino evita il contatto visivo o respinge l'affetto fisico, non si tratta di un comportamento inappropriato, ma di una reazione a una profonda ansia e paura. Gli adulti possono anche reagire in modo inadeguato a comportamenti come il parlare in modo non corretto o una risata in momenti inopportuni, senza rendersi conto che questi comportamenti potrebbero essere il modo in cui il bambino cerca di gestire il suo disagio. Non comprendono che questi atteggiamenti possono essere strategie per trovare un po' di tranquillità e sicurezza in un ambiente che lo spaventa. È invece cruciale analizzare approfonditamente sia il contesto familiare e personale

del bambino sia il suo ambiente di vita. Solo attraverso una comprensione dettagliata di questi elementi è possibile scoprire le cause del suo stato di disagio psicologico e identificare le modifiche necessarie per adattare l'ambiente alle sue esigenze specifiche. Quando un bambino si provoca danni o mostra comportamenti aggressivi, gli adulti spesso intervengono immediatamente per fermarlo, addirittura punendolo. Tuttavia, tali comportamenti sono spesso manifestazioni di angoscia e paura, e una risposta basata sulla comprensione e sull'ascolto potrebbe risultare più efficace. Infine, gli adulti possono spingere un bambino a socializzare o a partecipare a attività educative prima che sia pronto, pensando che queste esperienze possano aiutarlo. Tuttavia, per un bambino con disturbi, questo può aggravare la situazione, poiché l'ambiente scolastico potrebbe risultare troppo stimolante e stressante. In sintesi, è fondamentale che gli adulti riconoscano l'importanza di rispettare le esigenze e i sentimenti del bambino, piuttosto che imporre norme o obiettivi educativi, per fornire un sostegno più efficace e sensibile.

Come operare in un setting di Gioco Libero Autogestito?

- Cercando di rendere consapevoli e sensibilizzare le persone che stanno accanto al bambino. È cruciale che familiari, insegnanti e operatori comprendano che il bambino con cui hanno a che fare sta vivendo una significativa sofferenza. Questa sofferenza, anche se spesso invisibile, permea ogni aspetto del suo essere, manifestandosi attraverso paure, ansie, conflitti e insicurezze, con impulsi che oscillano tra l'aggressività e la passività. La sua esperienza include anche sentimenti di rabbia, sospetto e mancanza di fiducia verso gli altri e verso sé stesso. Gli adulti che interagiscono con il bambino devono essere consapevoli di questa sofferenza, in modo che ogni loro intervento sia finalizzato a ridurre il dolore e non ad aumentarne l'intensità o a peggiorare la situazione.

- Aiutare i genitori nell'elaborazione dei sensi di colpa e dei sentimenti di lutto associati alla ricezione della diagnosi.

Questo approccio terapeutico implica la consapevolezza che, in alcuni momenti della vita del bambino, le persone a lui più vicine potrebbero aver adottato comportamenti e atteggiamenti non ottimali per il suo benessere interiore. Riconoscere questi errori non dovrebbe però generare sensi di colpa, che potrebbero ostacolare il nuovo tipo di relazione che i genitori e i familiari sono incoraggiati a instaurare con il bambino. Per attenuare o ridurre i sensi di colpa, è utile comprendere che molti degli errori dei genitori e dei familiari non sono intenzionali, dato che è raro che un genitore desideri veramente fare del male al proprio figlio. Questi errori sono spesso legati a caratteristiche personali che, involontariamente, possono influenzare negativamente il rapporto con il bambino. Inoltre, è fondamentale considerare le difficoltà di essere genitori in un contesto sociale che tende a generare confusione anziché chiarire, a influenzare negativamente piuttosto che sostenere, e a creare divisioni anziché promuovere l'armonia e l'unità.

- Adattarsi al gioco che il bambino sceglie, partecipando con entusiasmo e piacere, seguendo le sue scelte e il tempo che desidera dedicare a ciascuna attività. Il compito del genitore e dell'operatore è quello di accompagnare e supportare il bambino, lasciandogli il controllo del gioco e assumendo un ruolo di supporto. Questo approccio è particolarmente utile con i bambini che tendono a essere molto sensibili e cauti verso gli stimoli esterni e gli altri. Qualsiasi tentativo di influenzare o cambiare la sua attività potrebbe aumentare il loro stress e le loro ansie già alte. Per evitare di aggravare il loro stato emotivo e il loro rapporto con l'ambiente circostante, bisogna partecipare ai loro giochi, anche se appaiono monotoni, poco stimolanti o addirittura aggressivi.

È meglio evitare di proporre giochi che consideriamo più educativi o interessanti, poiché le nostre proposte, se non richieste direttamente, possono sembrare poco comprensive e non rispettose delle loro reali esigenze. Se il bambino sta lanciando e calpestando giocattoli, ci si potrebbe unire al gioco con entusiasmo, anche se sembra distruttivo. Se preferisce allineare i giocattoli, lo si può aiutare con piacere, senza mostrare fastidio per la ripetitività dell'attività. Se colpisce una bambola con una racchetta, forniscigli altri giocattoli per colpire, in modo da permettergli di esprimere la sua aggressività in modo controllato. In definitiva, si deve adottare un atteggiamento di apertura e accettazione, favorendo molti "sì" e pochi "no". L'obiettivo è quello di aiutare il bambino a superare le sue paure, ansie e aggressività, piuttosto che educarlo nel senso tradizionale, fino a quando non riuscirà a stabilire una maggiore fiducia nel mondo e nelle persone intorno a lui. Se adottiamo quanto detto, presto noteremo il forte desiderio di questi bambini di comunicare e di stabilire connessioni. Tuttavia, è essenziale accettare il loro stile comunicativo senza cercare di imporre il nostro. Accettare il loro modo di esprimersi richiede di riconoscere che il loro sviluppo emotivo e relazionale può essere gravemente limitato, avvicinandosi, nei casi più severi, a quello di un neonato. Di conseguenza, il loro comportamento sarà simile a quello di un bambino molto piccolo: non guardano le persone intorno a loro, non parlano, non seguono istruzioni e mostrano carenze nella comunicazione. Possono piangere e arrabbiarsi facilmente se le cose non vanno come sperano e sono emotivamente molto vulnerabili. Per supportarli adeguatamente bisogna comunicare con loro con la stessa attenzione e comprensione che una madre offre a un neonato, ascoltandoli e rispondendo con empatia. Se riusciamo a farlo, saremo sulla giusta strada. Evitando di fare richieste e dedicandoci a interagire con loro con umiltà e gioia, vedremo, dopo alcune settimane, quanto essi siano desiderosi di instaurare un dialogo con noi.

1.1 L'integrazione scolastica secondo l'approccio Affettivo- Relazionale

È chiaro che l'integrazione scolastica dei bambini con autismo rappresenta una delle sfide più difficili. Gli obiettivi da perseguire dovrebbero concentrarsi principalmente sul benessere emotivo del bambino con autismo, piuttosto che esclusivamente sulle attività didattiche. È fondamentale aiutarlo a sviluppare fiducia verso gli altri e il mondo che lo circonda. Un bambino che vive costantemente in uno stato di ansia, tristezza o rabbia, e che è sopraffatto da paure continue, difficilmente potrà mostrare interesse per le attività scolastiche. Sarebbe come cercare di insegnare Dante a qualcuno impegnato a mantenere in equilibrio una barca instabile in mezzo a una forte corrente, sempre a rischio di naufragio. In queste circostanze, è necessario ripensare gli obiettivi in modo completamente diverso. Ciò non vuol dire abbandonare definitivamente le finalità educative, ma è essenziale posticiparle fino a quando il bambino raggiungerà una maggiore stabilità emotiva, che gli permetterà di sfruttare al meglio le proprie capacità. L'insegnamento dovrebbe essere introdotto solo quando insegnanti, genitori e operatori saranno riusciti a ridurre in modo significativo le ansie, le paure e le difficoltà relazionali del bambino. Affinché questo accada, è indispensabile che gli insegnanti diventino figure di riferimento stabili e di fiducia, capaci di instaurare una relazione basata sul dialogo, sulla comprensione e sull'affetto, rispettando pienamente le esigenze del bambino. Questo permetterà al piccolo di vedere negli insegnanti quelle figure empatiche e attente di cui ha bisogno. In sostanza, poiché gli obiettivi e le strategie educative devono essere differenti, è necessaria un'organizzazione scolastica specifica per i bambini con autismo, distinta da quella prevista per i coetanei neurotipici. I due obiettivi principali saranno: costruire una solida relazione di fiducia con il bambino; e migliorare il suo stato emotivo, sostituendo il malessere con un senso di benessere, la tristezza con la gioia e l'ansia con la calma. Per raggiungere questi obiettivi, è necessario che il bambino abbia a disposizione un ambiente tranquillo e accogliente durante l'orario scolastico, dotato di giochi e materiali naturali come acqua, legno, sabbia e carta, per favorire il gioco libero e spontaneo. È altrettanto fondamentale che il bambino venga seguito da un insegnante sereno, empatico e disposto a partecipare alle attività che il bambino sceglie in quel momento. Solo quando il bambino avrà superato le sue barriere emotive, si potrà gradualmente introdurre altre persone, come altri adulti o compagni di classe, nel suo ambiente di gioco, fino ad arrivare alla sua completa integrazione nella classe. Tuttavia, è cruciale che l'insegnante, dotato delle qualità umane e relazionali descritte, metta da parte temporaneamente il ruolo didattico tradizionale, concentrandosi sul creare un rapporto di fiducia e affetto, per offrire al bambino quelle esperienze positive e rassicuranti di cui ha tanto bisogno. Quando il bambino avrà ottenuto un'ottima integrazione e socializzazione con l'insegnante, lo si può inserire in un ambiente tranquillo ma silenzioso, molto ampio, luminoso, senza ancora la presenza di bambini. Successivamente, se il

bambino si percepirà sereno, avrà una maturazione affettiva migliorata, si potranno inserire gradualmente, accanto a lui, e nel suo ambiente altri adulti e altri bambini coi i quali potrà stabilire un'intesa reciproca. All'interno di questa stanza ovattata si andranno ad inserire dei giocattoli che abbiano caratteristiche e finalità differenti tra di loro, in modo tale che il bambino possa utilizzare tutti i giochi che preferisce in un determinato momento. I giocattoli e i materiali da prediligere saranno quelli adibiti ad attività: sensomotori, di costruzione, imitativi, di abilità, rappresentativi, compensativi, immaginativi, di acquisizione. È importante inserire anche materiali naturali quali: il legno, la sabbia, la creta, l'acqua. Nonostante questi suggerimenti la Terapia Affettivo-Relazionale non prevede subito l'inserimento del bambino all'interno dell'ambiente scolastico, anzi, ritiene che sia di fondamentale importanza che questo recuperi e rafforzi il rapporto che ha con i propri genitori e solo dopo che sarà tornato sereno si può pensare ad un rientro a scuola. L'ideale sarebbe un ritiro temporaneo dal lavoro di almeno uno dei due genitori, per potersi dedicare alla cura del proprio figlio, approfittando dell'ambiente domestico come base per effettuare molte attività ludiche, poiché è tendenzialmente l'unico luogo in cui il bambino si sente protetto e al sicuro. Se questo non è proprio possibile a causa di lavori e impegni inderogabili dei genitori, per cui il bambino è costretto a rimanere a scuola, è indispensabile che la struttura si prepari e si modifichi per accogliere al meglio il bambino.

Capitolo IV –Il caso clinico di F. P.

In questo capitolo si riporta la valutazione clinica del caso di F.P partendo dalla relazione integrale della madre: Ylenia, eseguita presso il centro Studi Logos. Questo caso rappresenta, per il presente elaborato, un espediente per riflettere sugli elementi che ci riguardano.

1. racconto di una madre

I genitori del piccolo si rivolgono al dottore Tribulato nell'agosto del 2022, dopo aver incontrato vari neuropsichiatri infantili e aver ricevuto la diagnosi di disturbo autistico di cui il figlio soffriva. Nella relazione che la madre scrive viene riportata tutto il percorso prima e dopo la diagnosi e di quanto sia stato difficile accettarla. "Mi chiamo Ylenia e sono la mamma di F. che oggi ha 2 anni e 8 mesi. Sono sempre stata una mamma molto apprensiva, una di quelle a cui 'non sfugge nulla' ...a volte anche troppo. Fin dalla nascita F. è sempre stato un bambino che piangeva molto. Il primo mese non faceva altro. Ma, a parte questo, era un bel bambino, sano. Non ha mai gattonato ed ha iniziato a camminare piuttosto tardi...aveva 16 mesi all'incirca" []. "Anche quando andavamo al parco vedevo gli altri bambini 'più avanti' rispetto a lui, ma non me ne facevo un problema. Credevo fosse solo più lento. Arrivato all'età di 18 mesi ancora non parlava o, meglio, diceva solo 2 parole: 'mamma' e 'babba'. Ma anche di questo non me ne preoccupavo molto, poiché la comunicazione non verbale era presente. F. indicava e si faceva capire. Inoltre, eseguiva piccoli comandi, come 'prendi la palla' o 'chiudi il cassetto'. Ciò che invece mi lasciava un po' perplessa era il fatto che F. ogni volta che vedeva qualche oggetto roteare: le ruote di una macchina o semplicemente qualche oggetto muoversi, faceva delle espressioni facciali strane e contorceva le mani. F. fino ai 18 mesi ha fatto uso di video sul telefono, dove vi erano soprattutto trattori con ruote che giravano e canzoncine super stimolanti. Inizialmente la cosa mi faceva anche sorridere perché, se vado con il pensiero indietro nel tempo, ricordo che già a dieci mesi faceva delle facce di eccitazione e muoveva le manine di fronte a oggetti roteanti. Non me ne preoccupai molto, fino a quando, per puro caso, mi imbatto in un commento di una mamma sui social media. Questa era preoccupata perché alla figlia di due anni e mezzo era stata fatta diagnosi di spettro autistico, semplicemente perché ancora non parlava..." []

"Spettro autistico? E che cosa è? Non so il perché ma vado a cercare questa definizione su Google e mi si apre un mondo o, meglio, mi crolla il mondo. Perché parte di quei sintomi che racchiudevano lo spettro autistico io li vedevo in mio figlio. Tutte cose che presentava Francesco. []"

“Un'altra cosa che iniziai a notare fu che, quando andavamo a casa della nonna, dove c'era una stufa, lui la guardava da ogni angolazione e accompagnava questo comportamento con la contorsione delle mani e della bocca. Mi accorsi anche che delegava i suoi giochi a noi adulti: se aveva una macchinina, pretendeva che fossimo noi a spingerla, per il puro gusto di guardare girare le ruote. Oppure, quando gli facevamo la doccia il suo unico godimento era quello di veder l'acqua scorrere e girare nella piletta. Ero davvero preoccupata, anche se d'altro canto c'erano cose rassicuranti: F. ha sempre indicato, spesso si girava se lo chiamavi, reggeva molto lo sguardo ed era presente. Non ricordo che sia mai stato assente, rispetto alla realtà che aveva attorno a lui. Questo però non mi bastava, e proprio perché, come dicevo all'inizio, sono una mamma molto apprensiva, decisi di portarlo da una neuropsichiatra a pagamento. Mio marito non era molto d'accordo, diceva che ero esagerata, in quanto lui non riscontrava in suo figlio nessuna disabilità. “

“Arriva il giorno della visita. Siamo nello studio della dottoressa, la quale propone dei giochi a F. Ovviamente adeguati ai suoi 18 mesi. F. non è molto interessato a infilare i cerchietti in un tubo, né a fare una torre, ma piuttosto vede una macchinina e inizia a spingerla a calci. La dottoressa lo riprende e gli dice che la macchina si spinge con le mani e non con i piedi. Alla fine della visita io espongo la mia paura, ovvero quella dello spettro autistico, ma lei molto pacatamente mi risponde che era troppo presto per saperlo, ma era abbastanza tranquilla perché F. reggeva lo sguardo e aveva instaurato con lei una sorta di relazione, anche se lei era un'estranea. La cosa che invece la preoccupava un po' era l'assenza del gioco funzionale. Decide comunque che vuole rivederlo dopo una settimana insieme alla neuropsicomotricista. Io passo quella settimana un po' in ansia, ma mi ripeto che la dottoressa aveva detto che era piuttosto tranquilla sul “tema autismo” e mi faccio coraggio, aggrappandomi a quella frase. [] Arriva la seconda visita. Stavolta sono in due a giudicarlo, neuropsichiatra e neuropsicomotricista. Quest'ultima propone una serie di giochi, mentre la dottoressa scriveva qualcosa su un foglio. Sinceramente non mi era sembrato che Francesco avesse fatto niente di diverso rispetto alla prima visita, anzi credevo fosse andato anche meglio. Dopo questa visita la neuropsichiatra vuole parlarci e ci fa attendere nuovamente una settimana. Quel colloquio ha cambiato letteralmente la mia vita per i sei mesi successivi. Iniziò a dirci che F. non presentava ‘triangolazione dello sguardo’; che invece di scoppiare le bolle di sapone (cosa che a 18 mesi doveva fare) le guardava, facendo espressioni strane; che il linguaggio era in lieve ritardo; che indicava a volte con la mano, invece che con il dito; ma che seguiva abbastanza gli oggetti. Conclusione: F. era un bambino a rischio e che l'intervento precoce sarebbe stato necessario ed immediato. Ci liquidava prescrivendo due volte a settimana psicomotricità. Esco da quella stanza distrutta. Avevo quindi ragione a vedere in mio figlio dei problemi? Mio marito continuava a dire che a lui non sembrava così, ma decidiamo di fare questa famosa psicomotricità. Abbiamo fatto

in tutto tre sedute dopodiché sono scappata capendo che era soltanto un grande business. Ricordo ancora che nella terza ed ultima seduta la psicomotricista mi chiese di sbattere un martello davanti a F., per vedere che reazione avesse lui. Io sbatto il martelletto più volte ma F. non ha reazioni (non gli hanno mai dato noia i rumori forti). Avevo capito che lei voleva vedere questo. Le domando del perché di questo esercizio e lei mi rispose con una frase che non dimenticherò: ‘Ho visto che a F. non ha dato fastidio il rumore, però quando hai sbattuto il martello ha chiuso gli occhi’. Allibita da ciò che avevo appena sentito (chi è che in presenza di un rumore forte non chiude gli occhi un attimo?) capisco che in quello studio volevano trovare a tutti i costi dei difetti, affinché continuassimo le terapie...ovviamente a pagamento.”

“Me ne vado a gambe levate, anche perché quelle tre sedute non avevano fatto che peggiorare l’umore di Francesco, che piangeva ogni volta che doveva andare a farle. Anche se avevo capito che quello non era ciò che serviva a mio figlio continuava la mia angoscia. Inizio a passare le serate a leggere in Internet tutto ciò che riguarda l’autismo. Mi inizio ad estraniare. Litigo spesso con mio marito. Avevo paura di portare mio figlio al parco per le sue stereotipie. Lo guardo come lo guardano gli altri bambini e continuo a vedere solo i suoi difetti. Vedevo mio figlio come un disabile, pensavo già a quanto disastroso sarebbe stato il suo futuro. Ero entrata in un loop da cui era difficile uscire. “[
“Un pomeriggio però mi arrivò una piccola luce di speranza. F. e mio marito stavano dormendo ed io, come ero solita fare, stavo cercando notizie in Internet sull’autismo (ormai non facevo altro). Leggo di un neuropsichiatra, un certo Gianmaria Benedetti, il quale aveva un’altra visione del problema e, soprattutto, raccontava di come ormai ogni minimo difetto dei bambini veniva medicalizzato. Il dottore faceva consulenze online. Bene. Mi sentivo già più sollevata. Fissiamo una videochiamata, nella quale osserva il bambino per circa un’ora e la sua conclusione fu che F. aveva un lieve ritardo neuropsichico e motorio, ma nulla di grave e che con l’autismo non c’entrava proprio nulla. Ci dà dei consigli da attuare: come quello di non insegnare nulla al bambino, né forzarlo a parlare, di giocare come voleva lui. Se voleva spingere la macchinina con i piedi di farglielo fare ed attuare il famoso metodo Montessori e, piano piano, sarebbe arrivato il resto. Dopo quella videochiamata mi sono sentita meglio e per i due mesi successivi ho seguito i consigli. Tuttavia, passato quel periodo, sono ricaduta nel baratro: perché Francesco ancora non parlava; ancora non sapeva alzarsi in piedi, se era seduto a terra e, soprattutto, le sue stereotipie erano sempre presenti. []. E fu così che mentre leggevo l’ennesimo forum del dottor Benedetti (sapevo a memoria ogni storia che lui trattava), trovai un altro nome, un suo collega, un neuropsichiatra, che aveva la sua stessa visione sul “tema autismo”: il dottor Emidio Tribulato. Francesco aveva appena compiuto due anni, era l’agosto del 2022 e decisi di contattarlo. All’inizio devo dire ero un po’ scettica, soprattutto perché tutte le prestazioni online del dottor Tribulato erano completamente gratuite. Il dottore ci fissò un primo colloquio in

videochiamata, dove raccolse un'anamnesi della storia di F., dopodiché ci chiese se volessimo essere seguiti da lui e la sua associazione ed ovviamente dissi di sì. Dalla seconda videochiamata abbiamo iniziato a parlare più dettagliatamente di ciò che faceva e non faceva mio figlio. Secondo il dottore non era nulla di così preoccupante. F. aveva una lieve, così come la definisce lui, "chiusura autistica", ma lavorandoci e stando vicino al bambino, nel giro di un anno al massimo, si sarebbe risolta. Ciò che lui diceva di fare era il "Gioco libero autogestito". Ovvero giocare insieme al bambino, facendo in modo che fosse lui a dirigere il gioco, qualunque esso fosse. Noi dovevamo semplicemente assecondarlo ed accompagnarlo in questo. Ci disse anche di fare dei video settimanali e un diario relazionale, dove annotare giorno per giorno: i giochi che facevamo con F.; come ci sentivamo quando stavamo insieme al bambino e, cosa importante, come si sentiva lui. In sostanza ciò che ci disse il dottor Tribulato fu esattamente l'opposto di ciò che ci consigliò la neuropsichiatra a pagamento. Secondo il dottore, il bambino non andava stimolato a fare nulla che non volesse. Disse che le terapie applicate su questi bambini sono spesso deleterie, (io me ne ero già accorta solo dopo tre sedute), di evitare i "no" il più possibile; di assecondarlo nei suoi giochi, anche se a noi potevano sembrare bizzarri e senza senso. "Tutto ha un senso" mi diceva il dottore. La cosa importante è assecondare vostro figlio, stargli vicino, farlo sentire coccolato, portarlo all'aria aperta, evitare assolutamente i video sui telefonini e la televisione, in quanto questi strumenti fanno estraniare i bambini dalla realtà, evitare almeno fino a quando il bambino non fosse uscito da questa condizione gli asili, poiché in questi luoghi ci sono le maestre che, in un certo senso, dettano regole, e a questi bambini le regole stanno strette, ma, soprattutto, disse di vederlo come un "bambino" e non come un "diverso". Diceva il dottore che F. aveva dell'ansia interiore e quell'ansia doveva essere debellata. Come? Con l'amore di mamma e papà. Inizialmente ero un po' scettica. Non comprendevo come, stando accanto a mio figlio, questo potesse bastare a risolvere le sue problematiche. Iniziai comunque a seguire i consigli del dottor Tribulato. [] "Iniziai soprattutto ad attuare il Gioco Libero Autogestito, anche se mi costava un po', visto che le sue attività preferite all'epoca erano i travasi con la polvere del caffè, farmi spazzare tutta casa, mentre lui guardava la scopa o fare andare suo padre nella sua macchinina elettrica, perché lui doveva guardare le ruote in movimento. Ma lo facemmo. Giocavamo con un po' di tutto: io facevo delle torri e lui si divertiva a distruggerle; voleva che fossi io a disegnare con i pennarelli, perché a lui piaceva vederli scorrere sul foglio e io lo assecondavo; Abbiamo anche fatto dei travasi con le lenticchie, che puntualmente poi buttava in terra, ma ci divertivamo e non mi pesava affatto. Aveva anche un piccolo cagnolino con ruote e guinzaglio e voleva che fossi io a trascinarlo per poter guardare le ruote. Allora io mi inventai un gioco: io scappavo con il cagnolino e lui doveva rincorrermi e ad ogni partenza, era lui a darmi il via. Quando giocava con le macchinine e le capovolgeva per girarne le ruote io facevo lo stesso: prendevo un'altra macchinina e giravo le ruote, poi

però la capovolgevo di nuovo e la tiravo verso di lui. Se all'inizio era poco interessato a ripassarmela, con il passare dei giorni, facendo la stessa cosa, abbiamo iniziato a condividere e a passarci la macchinina a vicenda! Dopo qualche settimana dall'attuazione di questa metodica, vedo che F. non va più in frustrazione, aveva ciò che voleva e questo lo rendeva felice. Ricordo che fino al mese prima ogni volta che mettevamo piede in casa, al rientro dal lavoro, F. andava in frustrazione. Sembrava che nulla gli andasse bene. Evidentemente voleva essere assecondato e capito, e noi non riuscivamo a farlo. Talvolta, per la stanchezza fisica, ma soprattutto mentale, ci arrabbiavamo. Ancora non parlava, ma aveva ampliato il suo vocabolario con delle paroline nuove. All'età di due anni e un mese diceva circa dieci paroline. [] Iniziammo a portarlo fuori spesso, soprattutto al parco e ci accorgemmo che F. cercava gli altri bambini e che gli piaceva soprattutto rincorrere ed essere rincorso. “Il vero cambiamento iniziò dopo tre - quattro mesi dall'inizio del percorso con il dottore. Verso novembre - dicembre Francesco all'età di due anni e quattro mesi iniziò a cambiare notevolmente. Innanzitutto, iniziò a “parlucchiare”. Non faceva discorsi ma iniziò ad associare più parole insieme. Iniziò a giocare in maniera funzionale: faceva finta di parlare al telefono, faceva finta di cucinare e mi porgeva il piatto ed io gli dicevo quanto era buono, faceva finta di preparare il caffè e me lo portava per assaggiarlo. F. interagiva sia con gli adulti che con i bambini, non aveva più paura di andare nei posti nuovi. Certo un po' di timore c'era ma io ero sempre pronta a rassicurarlo e se lui si fosse sentito protetto sarebbe andato tranquillo. [] Se ripenso da dove siamo partiti e a dove stiamo arrivando mi sembra un miracolo. Oggi F. è un bambino felice. Non ha perso completamente i suoi momenti di frustrazione ma, mentre otto mesi fa non accettava categoricamente i ‘no’ oggi ne tollera qualcuno in più. O meglio. Com'è giusto fare con tutti i bambini, facciamo dei compromessi! Francesco parla ed è anche molto furbo. Ha un caratterino per cui la vuole sempre vinta lui. Le ruote non sono più un'ossessione, anche se ne è sempre attratto. Alterna periodi in cui si fissa con qualcosa, per esempio, la lavatrice che gira e periodi in cui questa cosa non gli interessa minimamente []. Ha iniziato a farmi anche delle domande e mi ripete le cose cento volte []. Finalmente si è aperto anche con il padre. Mentre prima per lui esisteva solo io, adesso coinvolge il padre nei suoi giochi e di questo ne sono molto felice. Insomma...ad oggi vedo F. come un bambino normale finalmente! Con qualche diversità sì, ma questo non ha il minimo impatto sul suo livello cognitivo. Con gli altri si rapporta e se gli danno modo di interagire non vorrebbe più staccarsene. Quando gli chiedo se vuole andare al parco, mi chiede se ci sono gli altri bimbi. E se non c'è nessuno non è molto interessato ad andare. Ciò è indice che cerca gli altri bambini. La sua figura di riferimento rimango io, ma finalmente F. ha capito che al di fuori c'è un mondo e lui ha tutta la voglia di scoprirlo. []. Ringrazio il dottor Tribulato che mi ha fatto finalmente uscire dal tunnel dell'autismo e mi ha insegnato a vedere le cose diversamente. Lo ringrazio soprattutto per non averci lasciato e per averci fatto conoscere il Gioco Libero Autogestito che per me è

stato di grande aiuto. È importante non sentirsi soli in questa “lotta”. È importante che qualcuno ci dica dove stiamo sbagliando, ma che possiamo recuperare. Delle volte basta solo cambiare approccio. Per finire vorrei fare una riflessione su quello che è stato per noi l’ultimo anno. Esattamente un anno fa ero una mamma che stava sfiorando la depressione perché convinta che il proprio figlio fosse ‘anormale’. [] Eppure, eccomi qua. È proprio vero che il ruolo della famiglia fa tanto per i bambini. Noi ci stiamo impegnando davvero tanto per nostro figlio e continueremo a farlo affinché questi grandi progressi continuino nel tempo. A tutti un grande grazie.”

2. Valutazione del caso clinico

Come già riportato nella relazione della madre F.P. l’anamnesi familiare e del bambino viene effettuata il 08/08/2022 mediante una videochiamata Skype e presieduta dal dottore Tribulato nella sede del centro all’età di 24 mesi. La sintomatologia diagnostica effettuata da altri medici riporta: sintomi di autismo con linguaggio sillabico molto ridotto, stereotipie motorie e verbali, crisi nervose se contrariato, difficoltà a rasserenarlo. Una relazione difficile con i genitori e un attaccamento ansioso nei confronti della madre, l’attenzione è molto ridotta, i giochi che effettua sono ripetitivi, presenza irrequietezza motoria, mancato controllo degli sfinteri.

Tra gli eventi stressanti presi in considerazione si presume il bambino abbia sofferto a causa delle caratteristiche psicologiche dei genitori e della scarsa presenza di entrambe le figure, inoltre si sottolinea un utilizzo eccessivo dello smartphone e della tv.

Presenta ecolalie ed ecoprassie. L’attenzione rivolta verso gli oggetti è molto ridotta, vuole che i genitori assecondino subito le sue richieste. Non ha un buon rapporto con il padre, evitando ogni forma di contatto fisico. Quando sta a casa della nonna appare tranquillo, protesta quando viene portato via dal padre. Mostra un’adeguata consapevolezza degli stati sentimentali altrui, ma presenta comportamenti aggressivi nei confronti degli oggetti- gettandoli a terra- e nei confronti della madre – mordendola e tirandole i capelli-. L’attenzione verso gli oggetti è molto bassa e dura pochi minuti, vuole che i genitori facciano ciò che lui gli chiede. Nonostante ciò, non presenta dei comportamenti oppositivi. A casa della nonna appare molto sereno, inizia a diventare irrequieto quando il papà arriva per riportarlo a casa. Dal papà non gradisce ricevere del contatto fisico, mentre lo apprezza da parte della mamma e della nonna. È adeguatamente consapevole dei sentimenti altrui. Prima d’ora era molto più aggressivo, tendeva a buttare tutti i giochi per terra, ora lo fa in misura inferiore, ma tende comunque a manifestare atteggiamenti aggressivi nei confronti della madre, mordendola e tirandole i capelli. Le capacità intellettive del bambino risultano preservate ma le stereotipie verbali e motorie risultano un limite per la madre.

Ad una prima analisi è possibile dedurre che il piccolo F.P. vive in un ambiente mancante di effettiva relazione emotiva con i propri genitori, che impegnati entrambi fino a sera si

ritagliano quelle poche ore per interagire col figlio. Ma è un'interazione poco serena, poiché entrambi gli adulti ritornano a casa saturi dalla giornata lavorativa, molto stanchi e stressati, il padre, una figura controllante, limita l'interazione col figlio.

Un altro punto critico riguarda il fatto che F.P. agli occhi dei genitori e specialmente quelli della madre, non appare come un bambino "normale", di conseguenza riversa su di lui tutte le preoccupazioni e le ansie che si esplicano nella loro interazione disfunzionale. Il bambino inizia a ricevere una lunga serie di "no" ai suoi comportamenti ritenuti errati e fuori dal comune.

In una delle prime sedute risalenti all'agosto del 2022, si evince che F.P. presenta un attaccamento di tipo ansioso, si potrebbe definire patologico, nei confronti della madre. Non riuscendo a percepire sicurezza e fiducia nel mondo circostante, in cui è compreso anche il padre, l'unica persona fondamentale è la madre, verso cui riserva però comportamenti aggressivi. Queste forme di attacco vengono spiegate dal fatto che l'unica figura di riferimento che ha non gli trasmette serenità, entra in opposizione alle sue richieste; è una figura che lo ritiene 'anormale' e 'malato' e che lo tratta di conseguenza. Un'altra fonte di imbarazzo della madre, specialmente quando si trovano in un ambiente pubblico riguarda le stereotipie. La spiegazione di questi atti ripetitivi è intrinseca alla chiusura autistica, possono essere interpretati come una modalità di espressione delle proprie emozioni, delle proprie ansie e paure. Allo stesso modo i "capricci" di F. non possono essere ritenuti tali se consideriamo il quadro nel suo complesso. Si tratta di un bambino di due anni che non ha la capacità di esprimersi per poter essere compreso e far sì che le richieste vengano esaudite; perciò, l'unico mezzo che ha per farsi ascoltare e vedere è essere capriccioso.

Un altro fattore da considerare è la scarsa relazione emotiva che il padre ha col proprio bambino; sottovaluta le preoccupazioni della moglie che di conseguenza non si sente capita e crede di scadere nell'esagerazione.

F. sembra essere propenso all'interazione coi i suoi coetanei al parco, rimane fermo per molto tempo ad osservarli, ma anche se invogliato dalla madre non prende mai l'iniziativa di andare a giocare insieme. A tal riguardo bisogna considerare che l'età anagrafica di F.P. non corrisponde alla sua età emotiva, che ha subito un arresto nel momento della chiusura; pur avendo il desiderio di un'interazione tra pari si sente fin troppo frustrato e privo delle capacità per poter iniziare uno scambio. La cosa fondamentale al momento è quella di instaurare un primo rapporto sicuro con la mamma e il papà, tutte le altre relazioni seguiranno naturalmente quando il bambino si sentirà sicuro.

A distanza di un mese, nella seduta del 09/09/2022, la coppia sembra si stia rimodulando e ascoltando le esigenze di F., la madre ha ridotto le sue ore di lavoro, dedicando molto più tempo al figlio; anche il padre sembra sia più propenso ad accoglierlo e giocare in maniera libera. La madre appare ancora destabilizzata dalla condizione del figlio, fatica a togliere quel

filtro che le impedisce di viverci la relazione in maniera più leggera e sana. Nonostante queste difficoltà F. appare più tranquillo durante la giornata; le uscite al parco sono ancora scaglionate da capricci e pianti per salire sul passeggino e non voler dare la mano alla mamma; ma entrambi i genitori hanno capito come giocare col figlio, senza impartirgli nessuna istruzione. Le attività ludiche di F. risultano ancora stereotipate, i giochi sono perlopiù gli stessi. Ma questa è l'unica via indicata dalla terapia proposta, affinché il piccolo si senta apprezzato e accolto.

A distanza di tre mesi, dalla seduta del 14/12/2022 i miglioramenti di F.P. sembrano progredire sempre di più. Le lamentele e i capricci di noia per rimanere in casa si sono ridotti proprio perché le attività di gioco con la madre sono notevolmente aumentate, sia di frequenza che di intensità, F. infatti sembra mostrarsi divertito a giocare con la madre. Ultimamente ha mostrato dei giochi di fantasia e imitazione, che prima non effettuava. Fa finta di cucinare servendo le portate. Per quanto riguarda il controllo degli sfinteri, F. indossa ancora il pannolino, ma i genitori hanno trasformato il momento dell'utilizzo del vasino come un gioco, per cui si sente più sicuro nella prova dell'utilizzo. Anche dal punto di vista linguistico si notano dei miglioramenti, pronuncia il suo nome e cognome, fa delle richieste alla madre come: "voglio l'acqua", chiama entrambi i genitori. Nonostante la selettività nella scelta dei cibi, si nota una notevole integrazione. F. ha manifestato il desiderio di dormire nel suo lettino, anche se durante la notte ritorna sempre nel lettone di mamma e papà. Questi cambiamenti, rispecchiano tutti un'ottima capacità dei genitori di creare un ambiente sereno intorno al bambino, e di aver ridato un assetto anche alla loro relazione coniugale.

Il notevole miglioramento ottenuto in molti aspetti della vita di F. fanno credere che sia sulla buona strada per lasciare la chiusura autistica. La spiegazione più chiara del perché questo bambino abbia ottenuto dei risultati in così poco tempo, è spiegabile dal fatto che intorno a lui le condizioni ambientali e familiari sono cambiati e si sono alienati ai suoi bisogni. I genitori hanno smesso di imporre a F. quello che ritenevano giusto per farlo crescere anche cognitivamente. L'uscita dall'asilo nido e la completa presenza della mamma gli hanno permesso di acquisire sicurezza e fiducia. Non frequentando più un ambiente per lui sgradevole come la scuola materna, e tanto meno portato con la forza dalla madre, ha ristabilito una serenità sia in casa che nelle uscite.

Si sente pienamente compreso e accolto; anche il rapporto col padre è decisamente cambiato, stabilendo quelli che sono gli ordini comuni appartenenti ad entrambe le figure; la madre è il suo riferimento dei momenti di tenerezza e di conforto, mentre il padre rappresenta la sua valvola di sfogo nei giochi più attivi e fisici. A distanza di qualche mese anche le sedute col dottore, che prima si svolgevano una volta a settimana, iniziano a diminuire. Non mancano momenti di sconforto familiare, intervallati da ritorni di stereotipie o comportamenti disfunzionali di F., ma è opportuno considerare che il percorso

è lento e frastagliato. Il bambino deve ideologicamente imparare a muoversi nella vita di tutti i giorni, ad affrontare le frustrazioni, le piccole sconfitte, che possono generare – come in ogni bambino- momenti di sgomento. In F.P. queste emozioni sono amplificate perché ancora fragile ma la costanza dei genitori di fornirgli un valido supporto rappresentano per lui una fonte di salvezza. Ad oggi è possibile ritenere dunque che F. P. abbia abbandonato la sua chiusura autistica.

Da questo si evince l'importanza di integrare al supporto fornito dalla terapia quello prettamente familiare. Solamente nel momento in cui il bambino si sentirà e verrà percepito sereno potrà tornare negli ambienti scolastici e sociali.

Conclusione

In conclusione del percorso formativo si è constatato che l'applicazione della tecnica del Gioco Libero Autogestito può cambiare radicalmente il modo di comprendere e interagire con i bambini che presentano disturbi autistici. Questo approccio mira a correggere la visione che abbiamo di questi bambini come "inaccessibili" e dimostra invece che il contatto e la relazione con loro sono, non solo possibili, ma anche piuttosto facili da instaurare, a condizione che si rispetti alla loro modalità di comunicazione e di relazionare. In effetti, questi bambini non percepiscono tutti gli adulti allo stesso modo: la loro sensibilità e reattività li portano ad allontanarsi da coloro che hanno difficoltà ad accettarli e a interagire con loro in modo adeguato. Al contrario, si avvicinano e si aprono con facilità a chi dimostra pazienza, disponibilità e rispetto per il loro mondo interiore. Questi bambini ripongono fiducia in chi riconosce e accetta le loro difese contro l'ansia e la frustrazione derivanti dal mondo esterno, che percepiscono come ostile e pericoloso. Gli adulti che non cercano di forzare la rimozione di queste difese, ma attendono che siano i bambini stessi a superarle, riescono a stabilire relazioni positive più facilmente. Questi bambini si affeziono rapidamente agli adulti che si comportano come una "madre accogliente", capace di comprendere il loro mondo, permettendo al loro Io protetto e fragile di svilupparsi. I bambini con disturbo autistico apprezzano gli adulti che accolgono ogni espressione della loro sofferenza, anche se può sembrare strana o insolita. L'uso della tecnica del "Gioco Libero Autogestito" ha dimostrato che questi bambini possono seguire un percorso terapeutico personalizzato, rispondente ai loro bisogni specifici, e ottenere miglioramenti nelle varie aree influenzate dal disturbo. Tuttavia, il loro desiderio di stabilire connessioni positive può essere ostacolato da traumi passati. È essenziale quindi trattare queste ferite con pazienza e amore, poiché la loro gravità varia con l'età del bambino. Inoltre, l'utilizzo di questa tecnica di gioco fa comprendere come sia facile giocare con questi bambini, a patto che, si accolgano e si valorizzino le loro attività ludiche, che agli occhi di un adulto possono sembrare privi di senso. Una frase che ha spesso riportato il Dottore Tribulato durante la formazione seguita dalla candidata è stata "tutto ha senso", esattamente! Tutto quello che il bambino in chiusura autistica fa ha senso, perché nel suo mondo interiore ciò che esternamente non si riesce a comprendere ad un primo acchito ha un valore, quello di proteggerlo dal suo caos interiore. Nel momento, infatti, in cui la loro ansia diminuisce i bambini mettono in atto una qualità decisamente maggiore di giochi, anche meno stereotipati. Si è potuto constatare infatti che la tipologia dei giochi sia adeguata al loro sviluppo psicoaffettivo, per cui quando l'adulto si pone come un compagno di giochi, si instaura una relazione di fiducia e serenità che si rifletterà nella tipologia delle attività scelte dal bambino. Si è inoltre osservato che le stereotipie e gli atteggiamenti ripetitivi di qualunque tipo siano gradualmente abbandonati nel momento in cui il bambino acquisisce

maggiore serenità e stabilisce un rapporto di interazione funzionale con l'Altro significativo. Questi bambini non devono essere rieducati ma liberati dalle loro paure, dalle forti angosce e ansie, aiutarli a farli uscire dalla loro cupola di vetro. Dallo studio di questa tecnica terapeutica di è potuto indagare anche le cause che portano il bambino a chiudersi. Cause che possono essere sii numerose e dettate da svariate cause, ma che possono essere in buona parte riconducibili all'ambiente in cui il bambino vive, che, se sono sfavorevoli possono comportare sofferenza e una deviazione nello sviluppo sano del proprio Io. Pertanto, se l'ambiente risulta patogeno è fondamentale provare a modificarlo in senso positivo. Affiancata ad una terapia individuale, mediante la quale il bambino possa vivere col terapeuta un rapporto in. cui si senta accettato. Non si escluderebbe nei casi più gravi un trattamento terapeutico anche per i genitori. Infine, si è notato che i miglioramenti ottenuti con questa tipologia di trattamento si riflettono in tutti i contesti in cui il bambino è inserito.

Bibliografia

Amira, L., Wagino, W., Budayasa, I. & Yuliyati, Y. (2021). Family intervention program for autism. *COUNS-EDU: The International Journal of Counseling and Education*, 6(2). <https://doi.org/10.23916/0020210633520>

Al-Mamari, W., Idris, A. B., Dakak, S., al-Shekaili, M., al-Harhi, Z., Alnaamani, A. M., Alhinai, F. I., Jalees, S., al Hatmi, M., el-Naggari, M. A., & Islam, M. M. (2019). Revisiting the prevalence of autism spectrum disorder among Omani children: A multicentre study. *Sultan Qaboos University Medical Journal*, 19(4), e305. <https://doi.org/10.18295/squmj.2019.19.04.005>

Alshaban, F., Aldosari, M., al-Shammari, H., el-Hag, S., Ghazal, I., Tolefat, M., Ali, M., Kamal, M., Abdel Aati, N., Abeidah, M., Saad, A. H., Dekair, L., al Khasawneh, M., Ramsay, K., & Fombonne, E. (2019). Prevalence and correlates of autism spectrum disorder in Qatar: A national study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 60(12), 1254–1268. <https://doi.org/10.1111/jcpp.13066>

Baio, J., Wiggins, L., Christensen, D. L., Maenner, M. J., Daniels, J., Warren, Z., Kurzius-Spencer, M., Zahorodny, W., Robinson, C., White, T., Durkin, M. S., Imm, P., Nikolaou, L., Yeargin-Allsopp, M., Lee, L. C., Harrington, R., Lopez, M., Fitzgerald, R. T., Hewitt, A., & Dowling, N. F. (2018). Prevalence of autism spectrum disorder among children aged 8 years—Autism and developmental disabilities monitoring network, 11 sites, United States, 2014. *MMWR Surveillance Summaries*, 67(6), 1–23.

Baron-Cohen, S. (1989). Are autistic children behaviourists? An examination of their mental-physical and appearance-reality distinctions. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 19, 579-600. <https://doi.org/10.1007/BF02212842>

Baron-Cohen, S. (1992). Out of sight or out of mind: Another look at deception in autism. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 33(7), 1141-1155. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.1992.tb00933.x>

Baron-Cohen, S. (2000). Theory of mind and autism: A review. In *International Review of Research in Mental Retardation: Autism*, Volume 23 (pp.169–184). [https://doi.org/10.1016/s0074-7750\(00\)80010-5](https://doi.org/10.1016/s0074-7750(00)80010-5)

Bettelheim, B. (2001). *La fortezza vuota*. Milano: Garzanti.

Brugha, T. S., Spiers, N., Bankart, J., Cooper, S. A., McManus, S., Scott, F. J., Smith, J., & Tyrer, F. (2016). Epidemiology of autism in adults across age groups and ability levels. *The British Journal of Psychiatry*, 209(6), 498–503. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.115.174649>

Chaste, P., & Leboyer, M. (2012). Autism risk factors: Genes, environment, and gene-environment interactions. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 14(3), 281–292.

Chinawa, J. M., Manyike, P. C., Aniwada, E. C., Chinawa, A. T., Obu, H. A., Odetunde, O. I., Nwokocha, A. R. C., & Ibekwe, R. R. (2017). Prevalence and socioeconomic correlates of autism among children attending primary and secondary schools in Southeast Nigeria. *African Health Sciences*, 16(4), 936–942.

Christensen, D. L., Bilder, D. A., Zahorodny, W., Pettygrove, S., Durkin, M. S., Fitzgerald, R. T., Kurzius-Spencer, M., Robinson, C., White, T., Shenouda, J., & Pazol, K. (2016). Prevalence and characteristics of autism spectrum disorder among 4-year-old children in the autism and developmental disabilities monitoring network. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, 37(1), 1–8.

Christensen, D. L., Maenner, M. J., Bilder, D., Constantino, J. N., Daniels, J., Durkin, M. S., Fitzgerald, R. T., Kurzius-Spencer, M., Pettygrove, S. D., Robinson, C., Shenouda, J., White, T., Zahorodny, W., Pazol, K., & Dietz, P. (2019). Prevalence and characteristics of autism spectrum disorder among children aged 4 years—Early autism and developmental disabilities monitoring network, seven sites, United States, 2010, 2012, and 2014. *MMWR Surveillance Summaries*, 68(2), 1–19.

Delobel-Ayoub, M., Saemundsen, E., Gissler, M., Ego, A., Moilanen, I., Ebeling, H., Rafnsson, V., Klapouszczak, D., Thorsteinsson, E., Arnaldsdóttir, K. M., Roge, B., Arnaud, C., & Schendel, D. (2020). Prevalence of autism spectrum disorder in 7–9-year-old children in Denmark, Finland, France, and Iceland: A population-based registries approach within the ASDEU project. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 50, 949–959. <https://doi.org/10.1007/s10803-019-04328-y>

De Rosa, F. (2014). *Quello che non ho mai detto*. Cinisello Balsamo: San Paolo.

Donovan, A. P., & Basson, M. A. (2017). The neuroanatomy of autism - A developmental perspective. *Journal of Anatomy*, 230(1), 4–15.

Elsabbagh, M., Yusuf, A., Prasanna, S., Shikako-Thomas, K., Ruff, C. A., & Fehlings, M. G. (2014). Community engagement and knowledge translation: Progress and challenge in autism research. *Autism*, 18(7), 771–781.

Flavell, J. H., Green, E. R., & Flavell, E. R. (1986). Development of knowledge about the appearance.

Filipek, P. A. (1999). The autistic spectrum disorders. In K. F. Swaiman & S. Ashwal (Eds.), *Pediatric neurology: Principles and practice* (3rd ed., pp. 606–628). St. Louis, MO: Mosby.

Fulceri, F., Gila, L., Caruso, A., Micai, M., Romano, G., & Scattoni, M. L. (2023). Building bricks of integrated care pathway for autism spectrum disorder: A systematic review. *International Journal of Molecular Sciences*, 24(7), 6222. <https://doi.org/10.3390/ijms24076222>

Gernsbacher, M. A., Morson, E. M., & Grace, E. J. (2016). Language and speech in autism. *Annual Review of Linguistics*, 2, 413–425. <https://doi.org/10.1146/annurev-linguist-030514-124824>

Hatfield, M., Murray, N., Ciccarelli, M., Falkmer, T., & Falkmer, M. (2017). Pilot of the BOOST-ATM: An online transition planning program for adolescents with autism. *Australian Occupational Therapy Journal*, 64(5), 448–456.

Hipper, K., & Klicpera, C. (2003). A retrospective analysis of the clinical case records of “autistic psychopaths” diagnosed by Hans Asperger and his team at the University Children’s Hospital, Vienna. *Philosophical Transactions of the Royal Society, London*, 358, 291-301.

Hong, M., Lee, S. M., Park, S., Yoon, S.-J., Kim, Y.-E., & Oh, I.-H. (2020). Prevalence and economic burden of autism spectrum disorder in South Korea using National Health Insurance Data from 2008 to 2015. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 50(1), 333–339.

Hviid, A., Hansen, J. V., Frisch, M., & Melbye, M. (2019). Measles, mumps, rubella vaccination and autism: A nationwide cohort study. *Annals of Internal Medicine*, 170(8), 513–520. <https://doi.org/10.7326/M18-2101>

Idring, S., Rai, D., Dal, H., Dalman, C., Sturm, H., Zander, E., Lee, B. K., Serlachius, E., & Magnusson, C. (2012). Autism spectrum disorders in the Stockholm youth cohort: Design, prevalence and validity. *PLOS One*, 7(7), e41280.

Iglesias-Vázquez, L., Van Ginkel Riba, G., Arija, V., & Canals, J. (2020). Composition of gut microbiota in children with autism spectrum disorder: A systematic review and meta-analysis. *Nutrients*, 12(3), 792. <https://doi.org/10.3390/nu12030792>

Jariwala-Parikh, K., Barnard, M., Holmes, E. R., West-Strum, D., Bentley, J. P., Banahan, B., & Khanna, R. (2019). Autism prevalence in the Medicaid program and healthcare utilization and costs among adult enrollees diagnosed with autism. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 46(6), 768–776.

Jonsson, U., Coco, C., Fridell, A., Brown, S., Berggren, S., Hirvikoski, T., & Bölte, S. (2021). Proof of concept: The TRANSITION program for young adults with autism spectrum disorder and/or attention deficit hyperactivity disorder. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 28(1), 78–90.

José R., Alonso, Irene Alonso Esquisàbel (2024). *Il labirinto dell'autismo*. Shackleton editore.

- Kakooza-Mwesige, A., Ssebyala, K., Karamagi, C., Kiguli, S., Smith, K., Anderson, M. C., Croen, L. A., Trevathan, E., Hansen, R., Smith, D., & Grether, J. K. (2014). Adaptation of the “ten questions” to screen for autism and other neurodevelopmental disorders in Uganda. *Autism*, 18(4), 447–457.
- Kusenda, M., & Sebat, J. (2008). The role of rare structural variants in the genetics of autism spectrum disorders. *Cytogenetic and Genome Research*, 123(1-4), 36–43. <https://doi.org/10.1159/000184690>
- Lai, D.-C., Tseng, Y.-C., Hou, Y.-M., & Guo, H.-R. (2012). Gender and geographic differences in the prevalence of autism spectrum disorders in children: Analysis of data from the national disability registry of Taiwan. *Research in Developmental Disabilities*, 33(3), 909–915.
- Lord, C., Charman, T., Havdahl, A., Carbone, P., Anagnostou, E., Boyd, B., Carr, T., de Vries, P. J., Dissanayake, C., Divan, G., et al. (2022). The Lancet Commission on the future of care and clinical research in autism. *The Lancet*, 399(10321), 271–334.
- Mahjouri, S., & Lord, C. (2012). What the DSM-5 portends for research, diagnosis, and treatment of autism spectrum disorders. *Current Psychiatry Reports*, 14(6), 739–747.
- McNally Keehn, R., Ciccarelli, M., Szczepaniak, D., Tomlin, A., Lock, T., & Swigonski, N. (2020). A statewide tiered system for screening and diagnosis of autism spectrum disorder. *Pediatrics*, 146(2), e20193876. <https://doi.org/10.1542/peds.2019-3876>
- Modabbernia, A., Velthorst, E., & Reichenberg, A. (2017). Environmental risk factors for autism: An evidence-based review of systematic reviews and meta-analyses. *Molecular Autism*, 8, 13. <https://doi.org/10.1186/s13229-017-0121-4>
- Morello, P. C. (2016). *Macchia, autobiografia di un autistico*. Milano: Salani Editore.
- Posar, A., & Visconti, P. (2018). Sensory abnormalities in children with autism spectrum disorder. *Jornal de Pediatria*, 94(4), 342–350.
- Raina, S. K., Chander, V., Bhardwaj, A. K., Kumar, D., Sharma, S., Kashyap, V., Singh, M., & Bhardwaj, A. (2017). Prevalence of autism spectrum disorder among rural, urban, and tribal children (1–10 years of age). *Journal of Neurosciences in Rural Practice*, 8(3), 368–374.
- Rapanelli, M., Frick, L. R., & Pittenger, C. (2017). The role of interneurons in autism and Tourette syndrome. *Trends in Neurosciences*, 40(7), 397–407.
- Rosen, N. E., Lord, C., & Volkmar, F. R. (2021). The diagnosis of autism: From Kanner to DSM-III to DSM-5 and beyond. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 51(12), 4253–4270. <https://doi.org/10.1007/s10803-021-04904-1>

Rosenberg, R. E., Law, J. K., Yenokyan, G., McGready, J., Kaufmann, W. E., & Law, P. A. (2009). Characteristics and concordance of autism spectrum disorders among 277 twin pairs. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 163(10), 907–914. <https://doi.org/10.1001/archpediatrics.2009.9>

Sher, D. A., & Gibson, J. L. (2023). Pioneering, prodigious and perspicacious: Grunya Efimovna Sukhareva's life and contribution to conceptualising autism and schizophrenia. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 32(3), 475–490. <https://doi.org/10.1007/s00787-021-01875-7>

Silva, J. A. G., Aguiar, N. B., Braga, J. S. M., Martins, A. C. T., Lopes, E. P., Oliveira, J. A. de, Silva, T. N., Passos, L. M., Cruz, M. L. S., & Rodrigues, E. M. (2024). Autism spectrum disorder: The applicability of IEP in schools. *Seven Editora*, 205–211. <https://sevenpublicacoes.com.br/editora/article/view/3975>

Tulgar, A. (2023). Autism and refrigerator mother theory in fiction: Pauline Holdstock's *Here I Am!* *Litera: Journal of Language, Literature and Culture Studies*, 32(2), 635–652. <https://doi.org/10.26650/LITERA2021-1057909>

Tunesi, S., Bosio, M., & Russo, A. G. (2019). Do autistic patients change healthcare services utilisation through the transition age? An Italian longitudinal retrospective study. *BMJ Open*, 9(e030844).

Tribulato E., (2013). *Bambini da liberare Una sfida all'autismo*, Independently published.

Tribulato E., (2013). *Autismo e gioco libero autogestito*, Franco Angeli.

Van Bakel, M. M. E., Delobel-Ayoub, M., Cans, C., Assouline, B., Jouk, P.-S., Raynaud, J.-P., & Arnaud, C. (2015). Low but increasing prevalence of autism spectrum disorders in a French area from register-based data. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 45(10), 3255–3261.

Vyshedskiy, A. (2021). Imagination in autism: A chance to improve early language therapy. *Healthcare*, 9(1), 63. <https://doi.org/10.3390/healthcare9010063>

Wakefield, A., Murch, S., Anthony, A., Linnell, J., Casson, D., Malik, M., ... Walker-Smith, J. (1998). RETRACTED: Ileal-lymphoid-nodular hyperplasia, non-specific colitis, and pervasive developmental disorder in children. *The Lancet*, 351(9103), 637–641. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(97\)11096-0](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(97)11096-0).

Whiten, A. (1993). Evolving a theory of mind: The nature of non-verbal mentalism in other primates. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 51.

Williams, D. (2013). *Nessuno in nessun luogo*. Roma: Armando Editore.

Winnicott, D. W. (1973). *Il bambino e la famiglia*. Firenze: Giunti-Barbera.

Wolff, S. (2004). The history of autism. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 13(4), 201–208. <https://doi.org/10.1007/s00787-004-0363-5>

Zeidan, J., Fombonne, E., Scora, J., Ibrahim, A., Durkin, M. S., Saxena, S., Yusuf, A., Shih, A., & Elsabbagh, M. (2022). Global prevalence of autism: A systematic review update. *Autism Research*, 15(5), 778–790. <https://doi.org/10.1002/aur.2696>

Ringraziamenti

Vorrei esprimere la mia sincera gratitudine alla mia relatrice, la Prof.essa *Antonella Nuzzaci*, per la sua guida preziosa, il supporto e la disponibilità dimostrata durante il percorso di realizzazione di questa tesi.

Un sentito ringraziamento va anche al Dott. *Emidio Tribulato* e all'ente Centro Studi Logos presso cui ho svolto il tirocinio. La sua profonda conoscenza e saggezza sono stati una luce nel mio percorso formativo e di crescita personale.