



SCUOLA QUADRIENNALE DI FORMAZIONE IN PSICOTERAPIA INTEGRATA

TESI DI SPECIALIZZAZIONE IN PSICOTERAPIA

Il Modello Strutturale Integrato: nuove prospettive nella diagnosi differenziale tra psicosi infantile e autismo

Direttore dell'istituto: Dottor Giovanni Ariano

Relatore:

Dott.ssa Amina Bisogno

Specializzando:

Dott. Elio Brita

Anno accademico 2015-2016

SOMMARIO

PREMESSA	2
INTRODUZIONE.....	3
CAPITOLO I – <i>La storia di Samuel: “La girandola inavvicinabile”</i>	5
1. - I primi campanelli d’allarme dalla scuola.....	5
2. - Incontro con il neuropsichiatra infantile e il fantasma dell’ autismo.....	5
3. - Cenni anamnestici.....	7
4. - Focus sulla famiglia.....	8
5. - Focus sul piccolo Samuel: l’importanza di interventi mirati nella fase di valutazione diagnostica.....	9
6. - Controtransfert del terapeuta	9
7. - La proposta di un percorso e i dubbi diagnostici	10
8. - Domande che possono orientare le scelte	11
CAPITOLO II – <i>Orientarsi nella diagnosi: il panorama scientifico attuale</i>	13
1. - L’importanza nella diagnosi di un orizzonte di riferimento	13
2. - I disturbi dello sviluppo: la grande cesta che genera confusione.....	16
3. - Una improbabile classificazione nosografica	17
4. - I Disturbi Pervasivi dello Sviluppo: l’autismo	18
5. - La psicosi infantile: brevi cenni storici.....	21
6. - Un disturbo fantasma nei sistemi di classificazione delle malattie mentali.....	23
7. - Il modello strutturale integrato e il ritorno alla psicopatologia europea nell’approccio ai disturbi	24
CAPITOLO III – <i>Il M.S.I.: nuove prospettive diagnostiche e l’importanza di una diagnosi differenziale tra autismo e psicosi infantile</i>	25
1. - Premessa	25
2. - La diagnosi del piccolo Samuel secondo il dsm-iv-tr.....	25
3. - Il caso del piccolo Samuel e l’importanza di una diagnosi differenziale	26
4. - La diagnosi secondo il M.S.I. di G. Ariano: cosa guardare in un bambino?.....	27
4.1 - <i>Il corpo statico</i>	29
4.2. - <i>Il corpo finalizzato a uno scopo</i>	32
5. - La diagnosi di Samuel secondo il Modello Strutturale Integrato	32
6. - La diagnosi differenziale tra la psicosi e l’autismo secondo il m.s.i.	33
CONCLUSIONI.....	36
EPILOGO – <i>Il piccolo Samuel oggi...</i>	38
BIBLIOGRAFIA	39

PREMESSA

Nell'iniziare la stesura di questo lavoro vorrei prima di tutto porre a me stesso una domanda, domanda che più volte mi sono sentito porre dai miei didatti durante questo lungo e faticoso percorso formativo, una domanda che all'apparenza può sembrare stupida, ma che si rivela di una potenza disarmante nell'affrontare qualsiasi situazione che la vita ci mette davanti. La domanda è "come stai emotivamente nella stesura di questo lavoro?". Non è mai stato facile per me soffermarmi sul come ci sto nelle cose che faccio, ma in questi anni ho imparato che partire da questo mi aiuta, mi fa sentire più sereno e mi fa porre molti più problemi rispetto a me stesso e alle relazioni che ho con gli altri. Nella stesura di questo lavoro in me coesistono più emozioni: c'è la paura sperimentata ogni volta che questo percorso mi ha messo davanti ai miei limiti e alla conseguente difficoltà e responsabilità di guardarli per poter svolgere nel migliore dei modi questo lavoro così complesso; c'è in me tristezza come tutte le volte che mi devo separare da qualcosa di significativo per me; c'è sicuramente la gioia per l'essere arrivato alla conclusione di un percorso non semplice e aver raggiunto un traguardo così desiderato.

Ringrazio le mie didatte, la dott.ssa Grazia Marchesiello e la dott.ssa Amina Bisogno per avermi trasmesso il loro sapere con serietà, professionalità ed estrema disponibilità e per essere state, oltre che delle professioniste ineccepibili dal punto di vista didattico, delle persone coerenti, umili e attente all'altro: qualità che hanno contribuito a fare di me una persona migliore. Ringrazio la mia famiglia per avermi sempre trasmesso l'idea, soprattutto nei periodi bui della mia vita, che io potessi farcela e per avermi insegnato la tenacia. Un grazie ai miei compagni di corso che con il loro confronto costante hanno contribuito ad arricchire questa esperienza. Infine ringrazio la persona che ho accanto che mi ha sempre sostenuto e incoraggiato con pazienza, fiducia e amore durante le difficoltà incontrate in questo lungo e affascinante percorso di crescita professionale e umana.

INTRODUZIONE

Nell'ambito della salute mentale in generale, e in particolare in quella dell'età infantile, per l'esperto che deve intervenire, diventa fondamentale avere una chiara diagnosi al fine di evitare che il bambino sofferente e la sua famiglia si affidino a interventi casuali. Quanto detto pone il focus su un problema di cruciale importanza che riguarda la diagnosi in ambito psichico: da un lato si deve rispondere alla necessità di un linguaggio condiviso all'interno del quale confrontarsi, dall'altro si rischia di sminuire la soggettività dell'individuo riducendolo a una categoria diagnostica. Questo sforzo di oggettivare, caratteristica peculiare dei più importanti manuali di classificazione delle malattie mentali dell'infanzia attuali, ha portato a una confusione all'interno del processo diagnostico condizionando la valutazione dei bambini problematici e la scelta dei successivi interventi. Oggi ci si perde nella ricerca statisticamente indicativa di criteri, che producono negli esperti un caos concettuale.

La storia del piccolo Samuel (nome di fantasia che spesso, nel corso del lavoro, abbrevierò con S.) descritta nel primo capitolo, è un modo per porre l'attenzione del lettore su un atteggiamento pericoloso che alberga oggi nel panorama scientifico attuale in tema di diagnosi, ossia l'inclinazione ad attribuire etichette diagnostiche, che significano tutto e niente, al fine di placare l'ansia di inquadrare la persona sofferente in una categoria nosografica spesso costruita con criteri di valutazione superficiali.

Nel secondo capitolo affronterò il tema di come da qualche anno a questa parte la categoria diagnostica 'autismo' sta rappresentando un grosso calderone all'interno del quale vengono inseriti diversi disturbi tra i quali le psicosi infantili che hanno un'eziopatogenesi principalmente a carattere relazionale. Bambini come Samuel sono diagnosticati spesso come autistici in quanto oggi, come vedremo nel corso del capitolo, l'etichetta di autistico non permette di fare una differenziazione tra disturbo organico (autismo) e disturbo funzionale (psicosi infantile).

Nel marasma del panorama scientifico attuale si inserisce il Modello Strutturale Integrato (M.S.I.) di Giovanni Ariano il quale prende distanza dal modello categoriale, faticosamente edificato dai nosologi del XIX e XX secolo. Ariano invoca un ritorno

alla psicopatologia europea ossia al recupero di un atteggiamento che evita di cristallizzare il paziente in uno schema diagnostico, restando aperti alle evoluzioni che emergono in rapporto all'individualità storico-clinica del paziente e alle sollecitazioni della relazione.

Nel Modello Strutturale Integrato le categorie di 'autismo' e 'psicosi' vengono tenute separate. Nonostante entrambe le patologie si riferiscono a un problema non specifico ma globale dello sviluppo (ossia che colpisce diverse e importanti funzioni della personalità), la psicosi è di natura funzionale, ovvero derivante da fattori psicologici e socio-relazionali, mentre l'autismo è di natura prettamente organica (Ariano, 2015). La difficoltà di una diagnosi differenziale è spesso legata al fatto che questi disturbi possono presentare gli stessi sintomi. Di qui nasce per il Modello Strutturale Integrato la necessità di avere dei criteri che guidino l'esperto al momento del processo diagnostico.

Per tale motivo nel terzo capitolo ho scelto di dare importanza alla descrizione dei principali elementi, evidenziati da questo modello, da osservare in un bambino nel momento della fase diagnostica. Elementi che ricoprono un'importanza significativa ai fini di una diagnosi differenziale tra autismo e psicosi infantile.

Infine, farò dei riferimenti sul lavoro terapeutico con il Modello Strutturale Integrato finora svolto sul piccolo Samuel e la sua famiglia e sui risultati ottenuti allo scopo di rafforzare la tesi, sostenuta nel corso di questo lavoro, di quanto sia fondamentale per gli esperti del settore avere un modello di riferimento chiaro che permetta di differenziare un disturbo organico da uno funzionale; distinzione che apre possibilità di intervento e di risultati completamente diversi.

CAPITOLO I

La storia di Samuel: “La girandola inavvicinabile”

1. - I PRIMI CAMPANELLI D’ALLARME DALLA SCUOLA

La prima volta che ho incontrato Samuel è stata il 20 febbraio del 2015, avrebbe compiuto due anni il giorno seguente. Prima di arrivare nel mio studio i genitori di S. si erano rivolti alla pediatra, dopo che le educatrici del nido, si erano molto preoccupate notando che in S. c’era qualcosa di “strano”: il bambino non mostrava alcun interesse per i cartoni animati, le canzoncine e tutto ciò che le maestre proiettavano sulla lavagna luminosa; il contatto oculare era assente; alla pronuncia del suo nome fin dal primo giorno del suo ingresso all’asilo non si era mai voltato. L’interazione con gli altri bambini era assente, Samuel manifestava continui movimenti afinalistici, stereotipie e un grave ritardo nel linguaggio. I genitori, dopo aver parlato con le maestre, si erano rivolti alla pediatra che aveva subito prescritto al bambino il potenziale uditivo evocato per scartare l’ipotesi sordità.

2. - INCONTRO CON IL NEUROPSICHIATRA INFANTILE E IL FANTASMA DELL’ AUTISMO

Gli esiti del potenziale uditivo evocato risultarono negativi e la pediatra consigliò alla coppia una visita alla neuropsichiatria infantile (NPI). Il bambino fu ricoverato dapprima in day hospital e sottoposto a una valutazione di sviluppo con il test di Griffiths¹, ai genitori fu somministrata la scala CARS². Il NPI riferì ai genitori

¹ Le scale Griffiths valutano lo sviluppo intellettuale di bambini con differenti tipologie di handicap (handicap motori, difficoltà del linguaggio, handicap nella manipolazione di oggetti) grazie alla loro articolazione in test finalizzati ciascuno all’assessment in un’area specifica. Le scale si rifanno a un approccio psicometrico basato sul concetto di sviluppo inteso come

di volersi prendere il tempo necessario per fare altre osservazioni prima di giungere a una diagnosi. Furono eseguite varie indagini ed effettuate valutazioni comportamentali attraverso l'Ados 2-Toddler³ e la PEP-3⁴, al termine delle quali il primario di NPI fece diagnosi di disturbo comunicativo-relazionale con caratteristiche di disturbo dello spettro autistico, indicando loro un percorso di psicomotricità da iniziare nel più breve tempo possibile in una struttura convenzionata con l'ospedale. Le parole 'spettro autistico' andavano ad alimentare le già presenti e angoscienti fantasie che i genitori si erano fatti rispetto alla possibilità che il figlio potesse essere autistico. Al termine di quelle osservazioni, i genitori del piccolo Samuel rimasero colpiti dall'atteggiamento superficiale e disinteressato del NPI descritto così dal padre: *«entrammo in stanza per l'osservazione, dopo qualche domanda veloce tesa a ricavare informazioni sul come mai fossimo arrivati lì, ci fu somministrato un questionario con domande relative a ciò che vedevamo in nostro figlio. La nostra concentrazione era continuamente disturbata dal dottore che giocava con il telefonino mentre Samuel girovagava in questa stanza molto piccola, in cui vi era un ripostiglio aperto e contenente strumenti di pertinenza*

accrescimento, cioè come cambiamento quantitativo di un organismo che rimane qualitativamente immutato.

² La scala CARS (Childhood Autism Rating Scale) è una scala di valutazione del comportamento autistico che permette di valutare 15 aree (Schopler et al., 1980), a ciascuna delle quali, mediante l'intervista ai genitori e l'osservazione diretta, viene attribuito un punteggio da 1 (normalità) a 4 (marcata patologia). La somma dei vari punteggi fornisce un totale che può variare da 15 a 60: un punteggio pari o superiore a 31 è indicativo di una situazione autistica. La scala CARS, in questo senso, si pone non solo come uno strumento descrittivo, ma anche diagnostico.

³ La scala ADOS (Autism Diagnostic Observation Schedule) è un protocollo di osservazione semi-strutturato, standardizzato per la valutazione della comunicazione, della reciprocità sociale, e del gioco simbolico in soggetti in cui sussista il sospetto di autismo. L'ADOS permette di valutare comportamenti del bambino in risposta a situazioni stimolo e ad attività predeterminate dal test allo scopo di ottenere informazioni sulle caratteristiche sociali e comunicative.

⁴ Il test PEP 3 è utilizzato per valutare i bambini con disturbi dello spettro autistico e con difficoltà di comunicazione. In particolare valuta i punti di forza e i punti di debolezza del sistema di apprendimento e lo sviluppo del bambino autistico, diventando così non solo uno strumento di raccolta di dati ma anche una guida per la stesura del programma educativo.

medica, anche pericolosi. Ogni istante io o mia moglie dovevamo alzarci per correre dietro al bambino ed evitare che si facesse male».

Perplessi per l'atteggiamento del neuropsichiatra infantile, sorpresi dal fatto che le varie osservazioni sul bambino venissero effettuate da tirocinanti sempre diversi, arrabbiati per il fatto di essere esclusi da queste stesse osservazioni sul figlio e, soprattutto, terrorizzati dal fantasma autismo decisero di ascoltare altri pareri chiedendo al farmacista di fiducia se conoscesse qualcuno al quale potessero rivolgersi. Il dottore fece loro il mio nome e così, il 20 febbraio del 2015, ci incontrammo per un primo appuntamento insieme al mio supervisore, la dott.ssa Amina Bisogno.

3. - CENNI ANAMNESTICI

La famiglia di Samuel è composta da padre, madre, la sorellina Emma (nome di fantasia) di 5 anni e Samuel di 2 anni. Il primo impatto è stato positivo, l'impressione è quella di una famiglia di ceto medio, di buon livello culturale, di buone maniere e non sono presenti nel complesso note di stonatura evidenti. Dalla storia di S. è emerso che la mamma dai 14 mesi in poi, età in cui il bambino ha iniziato a camminare, non riusciva a gestire la forte vivacità del piccolo e della sorellina e, per sostenere questa situazione, ha iniziato a tenere S. nel box, dove passava molto tempo a "giocare" da solo. Racconta la madre: *«la sua energia mi metteva in grossa difficoltà, apriva cassetti, faceva cadere le pentole, esplorava tutti gli angoli della casa creando disordine e rompendo oggetti, il box era l'unico luogo sicuro dove non poteva far danni e non poteva crearmi problemi».* Anche il padre ricorda le difficoltà di quel periodo e di come non hanno potuto chiedere una mano ai loro rispettivi genitori: quelli paterni troppo anziani, quelli materni *«particolari e troppo centrati sui loro bisogni per prendersi cura dei nipoti».* Il padre sottolinea come la prima figlia abbia assorbito gran parte delle loro energie e come spesso Samuel veniva lasciato a sé stesso. Rispetto al parto non si è evidenziata nessuna complicazione, anche se è stato un periodo vissuto dalla madre con molta paura vista l'esperienza che aveva avuto con la prima figlia, la quale aveva i valori della proteina C reattiva molto alti e aveva trascorso molti giorni in ospedale; anche i medici erano molto preoccupati. Prima di partorire S. la signora era molto spaventata che potesse accadere di nuovo. Per quanto

riguarda l'allattamento, la signora riferisce che entrambe i figli non sono stati attaccati al seno avendo un problema di capezzolo retroflesso. Il ritmo delle poppate di S. era ben scandito ogni quattro ore. Dall'anamnesi non si è evidenziato nulla di rilevante rispetto a problematiche di tipo organico. La preoccupazione dei genitori fino a 1 anno e mezzo era solo relativa al ritardo nel linguaggio, il padre ricorda ancora di un episodio sulla spiaggia dove il bambino giocava a rincorrere la zia sulla sabbia ed era così divertito che le sue risate avevano attirato tutti i bambini degli ombrelloni vicini. Anche la pediatra non aveva mai notato nulla di strano fino a quel momento, ma solo delle difficoltà di linguaggio che l'avevano spinto a consigliare ai genitori l'ingresso al nido, sperando che la stimolazione e l'interazione con gli altri bambini potesse aiutare S. a sopperire a questo ritardo.

4. - FOCUS SULLA FAMIGLIA

Da ciò che emergeva dai racconti e da ciò che spontaneamente accadeva in seduta, nella famiglia del piccolo Samuel era sempre più chiara e presente una certa difficoltà a gestire l'organizzazione della casa, degli spazi e delle regole. La mamma sembrava essere quella più spaventata, ma anche quella che si attivava di più nel mettere in discussione i suoi comportamenti ansigeni e la sua ossessione verso l'ordine. Il papà invece virava verso un atteggiamento depressivo e di impotenza, non usando la sua preoccupazione per rendersi attivo, ma per rifugiarsi in domande esistenziali che lo facevano cadere nello sconforto e scappare da ciò che di buono avrebbe potuto fare per il figlio in quel momento. I genitori presi dalla situazione di Samuel avevano dimenticato Emma, una bambina che aveva molta difficoltà a stare ferma; quanto più veniva messa da parte tanto più la sua energia cresceva, diventando un fiume in piena difficile da contenere e scatenando la rabbia di mamma e papà. Inoltre Emma presentava problemi legati all'alimentazione: il momento del pasto diventava una vera e propria sofferenza per lei. La bambina era molto magra e con una muscolatura così tesa da non avvertire alcun dolore quando, in seguito ai suoi giochi spericolati, cadeva sul pavimento.

5. - FOCUS SUL PICCOLO SAMUEL: L'IMPORTANZA DI INTERVENTI MIRATI NELLA FASE DI VALUTAZIONE DIAGNOSTICA

A una prima osservazione, Samuel appariva come un bambino non interessato al mondo esterno, il contatto oculare si presentava assente e, quando c'era, molto sfuggente. Alla pronuncia del suo nome non si era mai voltato e la sua attenzione veniva attirata solo da suoni meccanici. Il linguaggio era completamente assente, presenti solo dei suoni indifferenziati e corse afinalistiche con stereotipie. Nessun gioco presente nella stanza attirava in particolare la sua attenzione. Sul materasso, in giochi di stimolazione vis-à-vis, aveva delle reazioni molto forti, urlava e si dimenava non reggendo la posizione supina. Durante la seduta, se stimolato attraverso interventi corporei (se ne parlerà in modo più approfondito nel cap. III), iniziavano a vedersi delle piccole ma speranzose reazioni, come ad esempio una maggiore presenza del contatto oculare, una ricerca altalenante delle braccia materne, dopo averlo messo in situazioni di frustrazione come a cercare una consolazione. Tutti questi elementi e le reazioni, anche se piccole, ma così veloci e adatte del piccolo alle stimolazioni corporee, facevano propendere la diagnosi più verso un ritardo globale legato a una possibile ipostimolazione del bambino. È come se al piccolo Samuel fossero mancate quelle esperienze corporee primarie relazionali (si veda cap., III par. 4) alla base dello sviluppo globale e tutto questo avesse arrecato una grave difficoltà nella capacità di relazionarsi con il mondo esterno sviluppando sintomi simil-autistici.

6. - CONTROTRANSFERT DEL TERAPEUTA

Prima di Samuel la mia esperienza con bambini così piccoli, al di là delle nozioni teoriche delle tappe che dovrebbero essere rispettate per uno sviluppo globale normale, era legata solo ed esclusivamente alla crescita dei miei due nipoti. Mi trovavo davanti a un bambino in cui tutte le tappe, che i più importanti psicologi dell'età evolutiva avevano descritto, erano saltate, a parte quella della deambulazione; un bambino che, almeno da quanto emergeva guardandolo, sembrava inaccessibile. Il suo muoversi nell'ambiente circostante era simile a quello di una macchina con il serbatoio pieno che vaga solo per finire la benzina e che non ha una meta ben precisa. La sua iperattività unita alle stereotipie, la sua testa sempre china come a non voler affrontare la vita, le sue forti reazioni a un mio avvicinamento generavano dentro di me un

vissuto di paura che mi paralizzava. In mente mia pensavo che forse le fantasie dei genitori relative all'autismo, oltre che dalla visita alla NPI, partissero da elementi concreti. Il bambino presentava la maggior parte dei sintomi elencati nel DSM IV⁵ attraverso i quali si fa diagnosi di autismo. Tuttavia dentro di me, oltre la paura che mi trasmetteva l'incontattabilità del bambino e il non sentirmi per nulla adeguato, vista la mia poca esperienza, c'era anche la tristezza per la situazione non facile che stava vivendo la famiglia. A queste due emozioni, ricordo, se ne aggiunse una terza: nelle sue corse interminabili e afinalistiche per qualche secondo il piccolo Samuel aveva alzato la testa e i nostri sguardi si erano incrociati, non so descrivere bene ancora oggi quella sensazione che mi attraversò, ma so per certo che era legata proprio a quell'incontro di sguardi: i suoi occhi mi trasmettevano vita, speranza, fiducia, per qualche secondo mi ero sentito non solo guardato, ma "visto". Ricordo che ne parlai con il mio supervisore e anche lei fu colpita da quello sguardo e ci vide una possibilità di contatto: ci sembrava un buon punto di partenza dal quale iniziare a lavorare se i genitori avessero scelto di continuare.

7. - LA PROPOSTA DI UN PERCORSO E I DUBBI DIAGNOSTICI

Proposi alla famiglia di prenderci un po' di tempo per valutare il piccolo Samuel e il suo andamento nelle sedute. Gli incontri dovevano avvenire con cadenza settimanale, con una supervisione mensile.

⁵ Il DSM IV-R (Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders) consiste in una classificazione delle malattie psichiatriche basata sulla sintomatologia. La classificazione è nosografica (prescinde dalle caratteristiche personali del paziente), ateoretica (non tiene conto di teorie o scuole psichiatriche), e i sintomi sono raggruppati con criteri statistici, cioè in base alla loro frequenza nelle patologie. Il DSM-IV-R utilizza una classificazione di tipo categoriale, suddivide cioè i disturbi in classi distinte utilizzando insieme di criteri di tipo descrittivo: i pazienti sono classificati in base al grado di somiglianza con il prototipo della categoria e per la diagnosi non si richiede che siano presenti tutti i criteri elencati, ma solo un numero prefissato di essi. Tale metodo, pur con i suoi indubbi vantaggi, rappresenta, in un certo senso, una forzatura, perché in realtà non esistono confini netti tra i disturbi mentali.

Una delle regole basilari fu che alla terapia doveva partecipare sempre tutta la famiglia, a parte casi straordinari in cui uno dei membri era impossibilitato a essere presente. Fui subito chiaro nel sottolineare che lavorare da solo con il bambino non avrebbe portato a nessun risultato, dal momento che la maggior parte del tempo S. la trascorrevva a casa e a scuola (che in seguito è stata pure coinvolta): dovevano diventare loro i terapeuti di Samuel.

I genitori a queste parole rimasero perplessi, erano passati da una prospettiva di cura del primario di NPI, dove l'intervento di psicomotricità era completamente centrato sul bambino e loro dovevano star fuori dalla stanza, a un'altra in cui erano loro, insieme alla sorellina di S. e alla scuola, i maggiori attori coinvolti nella possibile guarigione del figlio. I genitori si mostrarono subito disponibili e d'accordo sulle motivazioni (si veda il prossimo paragrafo) che erano alla base di questa mia richiesta e accettarono di proseguire su questa strada e di lavorare insieme a me e al mio supervisore per aiutare il figlio.

L'ostacolo più grande era valutare e definire in modo chiaro la diagnosi di Samuel: disturbo comunicativo-relazionale con caratteristiche di disturbo dello spettro autistico, com'era stato prospettato dall'osservazione di S. e dai risultati dei test in neuropsichiatria, o ritardo globale legato a una ipostimolazione relazionale del bambino (psicosi infantile) come prospettato dagli interventi e dall'osservazione del sistema familiare durante gli incontri con me e il supervisore? Si trattava di un disturbo come l'autismo, avente un'origine prettamente biologica, o di un disturbo funzionale originato da esperienze relazionali precoci disfunzionali.

La risposta a questa domanda, sia in un verso che nell'altro, avrebbe aperto scenari completamente diversi come vedremo nel corso del lavoro.

8. - DOMANDE CHE POSSONO ORIENTARE LE SCELTE

Il Modello Strutturale Integrato di G. Ariano (Ariano, 1997), al quale faccio riferimento nella mia pratica clinica, sostiene con convinzione le scoperte delle più importanti teorie psicologiche e pedagogiche le quali affermano che, nello sviluppo di un bambino nella fascia 0-10 anni, c'è una forte dipendenza dagli adulti di riferimento. Questa semplice osservazione potrebbe portare a delle domande già sollevate dagli

esperti (Bisogno - Senatore, 2016), le stesse domande che vorrei porre per quel che riguarda la storia del piccolo Samuel: come mai c'è così tanta differenza tra teoria e prassi clinica? Come mai le mamme e i papà, o eventuali sorelle e fratelli, che rivestono un ruolo così importante vengono esclusi dal campo di osservazione del bambino sofferente? Se, come prospettato nella scelta del tipo di terapia che il piccolo Samuel avrebbe dovuto intraprendere (psicomotricità), lo psicomotricista sarebbe intervenuto attraverso degli esercizi per correggere un problema relazionale, con chi lo avrebbe fatto? A chi avrebbe spiegato gli esercizi? Come mai si affida un problema relazionale così grave come quello del piccolo S. allo psicomotricista quando, a livello teorico, prima di tutto si sostiene la necessità di identificare se quel disturbo va nella cesta organica o in quella funzionale?⁶ E, nel caso si sospettasse un'organicità del disturbo, quali criteri vengono utilizzati durante la valutazione diagnostica per fare una diagnosi differenziale tra organico e funzionale? Queste domande sono le stesse domande che hanno permesso ai genitori di Samuel di cercare una strada alternativa a quella che fino a quel momento era stata prospettata.

⁶ Le malattie si dividono in due grandi gruppi: malattie funzionali e malattie organiche. Per malattie funzionali si intendono processi morbosi in cui viene lesa a vari gradi la funzionalità normale di un individuo (es. difficoltà di linguaggio) senza una evidente lesione anatomica. Per malattie organiche si intendono processi morbosi in cui viene lesa a vari gradi la struttura anatomica di un organo e di conseguenza la sua funzione (es. lesione di un'area cerebrale deputata al linguaggio).

CAPITOLO II

Orientarsi nella diagnosi: il panorama scientifico attuale

*Un sistema che si ponga come
assoluto ed esaustivo è
certamente falso*

G. Ariano

È utile per il lettore farsi un'idea di quello che accade oggi nel panorama scientifico attuale per quanto riguarda le diagnosi in salute mentale nell'infanzia. L'attenzione verrà posta nello specifico sulla confusione che alberga nei maggiori sistemi di classificazione dei disturbi dell'età evolutiva rispetto a concetti così importanti quali 'organico' e 'funzionale' e alle pericolose conseguenze che derivano da questa contaminazione. Vedremo come, nel corso della storia, i concetti di autismo e psicosi infantile si siano evoluti e vedremo infine dove si posiziona il Modello Strutturale Integrato rispetto a questi concetti, rispetto al tema della diagnosi e, in particolare, rispetto alla necessità di avere un modello di riferimento teorico e operativo chiaro che consenta di poter differenziare disturbi che hanno eziopatogenesi diverse.

1. - L'IMPORTANZA NELLA DIAGNOSI DI UN ORIZZONTE DI RIFERIMENTO

Il termine "diagnosi" deriva dal greco *diá* (attraverso) e *gnôsis* (conoscenza) e indica la conoscenza della persona attraverso la raccolta e l'elaborazione di una serie di informazioni riferite alla sua storia personale e ai suoi sintomi. La diagnosi, intesa come processo, è il risultato dell'integrazione di diversi fattori di ordine biologico, psicologico, sociale e di una visione unitaria dell'individuo, formulata in funzione di un trattamento terapeutico.

È indispensabile tener presente che la diagnosi è legata all'orizzonte di riferimento⁷ del diagnosta e risente di diversi fattori, tra i quali (Ariano, 1997):

⁷ Si individuano tre diversi orizzonti che costituiscono diversi punti di riferimento degli esperti: atomistico, strutturale, strutturalista gerarchicamente organizzato:

Orizzonte atomistico In un orizzonte atomistico la diversità tra gli esseri umani è data unicamente dalla somma di un numero differente di atomi. Non si prende in considerazione il concetto di struttura. La visione atomistica ipotizza l'esistenza di un solo orizzonte/totalità/realtà, in cui tutti gli elementi hanno sempre lo stesso significato. Le uniche differenze previste sono quelle quantitative (sommatorie o sottrattive). In quest'ottica ciò che ci permette di fare diagnosi o escluderla è la presenza o l'assenza di determinati sintomi, la persona nella sua soggettività è sullo sfondo. Espressione significativa di questo orizzonte è il Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali (DSM-IV), manuale di riferimento della psichiatria moderna.

Orizzonte strutturale In un orizzonte strutturale si ipotizza l'esistenza di molteplici orizzonti/totalità/realtà all'interno dei quali i singoli elementi hanno significati differenti. Queste visioni conservano le differenze quantitative all'interno dello stesso orizzonte. Non contano solo le parti ma l'organizzazione (formula) delle parti in unità (Ariano, 1997). Si passa a un livello successivo dove, rispetto al precedente il disturbo non è più visto come una somma di parti/criteri/sintomi, ma come una persona che stabilmente presenta determinate caratteristiche. In questo livello ulteriore, lo sforzo è quello di voler sottrarre la persona dall'essere semplicemente una sommatoria di sintomi con lo scopo di focalizzarne lo stile di personalità: un passaggio da un universo quantitativo a uno qualitativo. Tuttavia, nonostante l'importanza di questo passaggio, all'interno di quest'ottica la realtà viene ancora considerata come un'unica struttura. Malgrado si inizi a ipotizzare che allo stesso sintomo possono corrispondere più disturbi, si tratta sempre di un blocco di sintomi a sé stanti da mettere in correlazione matematica non più ad una ma a più malattie.

Strutturalismo gerarchicamente organizzato Tra le molteplici visioni strutturali ne esiste una, definita strutturalismo gerarchicamente organizzato. In questa visione, attraverso il costruito dei livelli logici, si ottiene la possibilità di salvare lo specifico di ogni orizzonte (es. atomistico, strutturale) e di integrare gli infiniti orizzonti in un'unità sempre più complessa. Ciò è possibile perché le strutture sono organizzate tra di loro in modo piramidale (es. gli elementi primi sono presenti in tutto l'universo ma acquistano modalità specifiche di esistenza in base all'orizzonte di riferimento in cui sono inseriti: minerale, vegetale, animale, umano). Dunque, se diamo forma a tutto ciò e immaginiamo una piramide, ciò che è totalità al livello logico inferiore, diventa parte del livello successivo. Gli interlocutori per comprendersi devono decidere a quale livello della piramide incontrarsi (es. livello atomistico, strutturale, strutturalista gerarchico). Confondere gli

- la propria idea di “realtà” (si può ridurre la realtà esclusivamente a ciò che può essere misurato e oggettivato?);
- la propria idea di “scienza” (può esistere una scienza del molteplice e del soggettivo senza uscire dalla scienza oggettiva?);
- il proprio modello di “uomo” (l’uomo è osservabile come uno dei tanti oggetti del mondo e determinato da esso o è colui che chiama il mondo all’esistenza con le sue molteplici visioni).

Avere consapevolezza di queste idee che guidano gli esperti diventa fondamentale nel fare diagnosi, al fine di non assolutizzare queste ultime come l’unica realtà possibile. La domanda che ci si deve porre è “diagnosi per chi?”.

Di seguito prenderò in esame la definizione di Disturbi dello Sviluppo che troviamo nei principali manuali di classificazione correnti delle malattie mentali dell’infanzia (DSM IV-R; ICD-10⁸), secondo i quali la realtà può essere ridotta esclusivamente a ciò che può essere misurato e oggettivato e alle implicazioni spesso confuse e pericolose che tale idea di scienza porta con sé. A supporto di questa affermazione riprenderò il tema a cui ho fatto riferimento nel primo capitolo sulla confusione tra malattie organiche e funzionali prendendo come esempio l’autismo e la psicosi infantile raccontandone l’evoluzione storica e le difficoltà di inquadramento diagnostico dei due disturbi.

orizzonti di riferimento nell’incontrare l’altro e le proprie teorie, significa non riconoscere i livelli logici con le rispettive formule di aggregazione delle parti, il che significa rischiare di parlare di cose diverse che, per il solo fatto di essere chiamate con lo stesso nome, possono risultare identiche (Ariano, 1997).

⁸ L’ICD (International Classification of Diseases) è la classificazione internazionale delle malattie e dei problemi correlati, stilata dall’Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS). L’ICD è uno standard di classificazione per gli studi statistici ed epidemiologici. L’ICD-10 rappresenta la decima revisione, dove sono classificate oltre 2000 malattie. Affonda le sue radici nella tradizione psichiatrica europea e presenta una maggiore difficoltà di impiego, in quanto rispetto al DSM IV contempla un numero superiore di categorie diagnostiche. Il punto di forza dell’ICD è la sua maggiore flessibilità nella valutazione, ma questa stessa caratteristica diventa un punto di debolezza dove il rischio è quello di lasciare al clinico un ampio margine di soggettività nella valutazione diagnostica.

2. - I DISTURBI DELLO SVILUPPO: LA GRANDE CESTA CHE GENERA CONFUSIONE

Le distorsioni dello sviluppo del bambino sono meglio definite in ambito clinico con il termine di Disturbi dello Sviluppo (DS), riconosciuti da tempo nei manuali di riferimento della psichiatria moderna (DSM-IV-TR, 2000; ICD-10, 1992).

I DS rappresentano uno *spectrum* di disturbi a eziologia multifattoriale, caratterizzati da difficoltà nell'evoluzione delle competenze specifiche e globali che caratterizzano lo sviluppo del bambino (Wilson, 2005; Tomblin et al., 1997; Williams - Holmes, 2004). Nelle diverse forme i DS sono molto frequenti perché nel loro insieme colpiscono circa il 15% dell'intera popolazione, tuttavia vi è un'alta percentuale di essi che non viene identificata anche perché gli studi epidemiologici vengono condotti in gran parte, ancora oggi, in età scolare, mentre resta sconosciuta la distribuzione in età precoce. Al contrario i DS emergono già molto precocemente, non solo in età scolare, si strutturano e si evolvono sin dai primi anni di vita, interessando contemporaneamente diverse aree evolutive: comunicativo-linguistica, cognitivo-motoria, socio-emozionale (Levi, 2006).

Dunque i DS possono manifestarsi nelle varie età con caratteristiche mutevoli che determinano quadri clinici anche profondamente diversi, perché nelle diverse fasi evolutive cambia totalmente il rapporto tra le funzioni in gioco e la complessità delle nuove tappe evolutive (Lasorsa, 2011).

Si possono osservare:

- o emergenze graduali con rallentamenti e/o atipie nello sviluppo delle funzioni, specifiche o globali, in via di organizzazione (come nei Disturbi Specifici del Linguaggio o nei Ritardi o Disturbi della Coordinazione Motoria);
- o regressioni più o meno apparenti in rapporto a passaggi evolutivi bloccati (come nei Disturbi Multisistemici dello Sviluppo, nei Disturbi Pervasivi dello Sviluppo, nei Ritardi Globali), patologie queste che hanno un'eziopatogenesi completamente diversa tra loro come vedremo nel corso del lavoro.

Con l'età tutti i DS tendono a stabilizzarsi e quindi la diagnosi diventa più definitiva.

3. - UNA IMPROBABILE CLASSIFICAZIONE NOSOGRAFICA

Una classificazione nosografica che comprenda tutti i DS, consentendo differenziazioni intercategoriale e intra-categoriale precise, è resa particolarmente ardua dal fatto che nella pratica clinica si riscontra una frequente convergenza, all'interno di un disturbo di più sintomi che possono appartenere a categorie diagnostiche diverse.

Inoltre per i DS emergenti in età precoce, come i Disturbi Specifici del Linguaggio, i Disturbi Pervasivi dello Sviluppo o i Disturbi della Coordinazione Motoria, vengono forniti dai Sistemi di Classificazione criteri utilizzabili solo sopra i tre anni (DSM-IV-TR, 2000; ICD-10, 1992): non ci sono criteri di valutazione per la diagnosi precoce e la diagnosi di sviluppo e mancano inoltre definizioni precise dei processi eziopatogenetici alla base (biologico vs psicologico) necessari per la programmazione dell'intervento.

Ad esempio nella Classificazione Diagnostica 0-3 (DC:0-3, 1994) alcuni disturbi, come quelli Multisistemici dello Sviluppo o della Regolazione, le cui traiettorie evolutive portano a chiari DS in età prescolare, sono inseriti nell'asse I insieme ai 'disordini mentali puri'; mentre altri, come i Disturbi Specifici del Linguaggio o i Ritardi Globali, sono sull'asse III, classificati come 'fisici o neurologici'.

Vorrei partire proprio da questa affermazione, che sottolinea come ci sia non poca confusione all'interno di questi manuali di classificazione delle malattie dell'infanzia su concetti fondamentali quali disordini mentali puri e disordini fisici o neurologici, cioè tra malattie con predominanza del fattore psicologico (funzionali) e malattie con predominanza del fattore biologico.

Oggi in Italia si sta assistendo a un fenomeno pericoloso che potremmo definire 'l'epidemia dell'autismo', diagnosticato spesso come 'disturbo generalizzato dello sviluppo' o 'disturbo dello spettro autistico'. Una tale generalizzazione diagnostica risulta pericolosa perché vengono aggravate patologie funzionali come la 'psicosi infantile' facendole rientrare in patologie organiche come l'autismo o il ritardo mentale (Bisogno - Senatore, 2016). Vediamo di seguito come nel corso della storia i concetti di autismo e psicosi infantile si sono evoluti.

4. - I DISTURBI PERVASIVI DELLO SVILUPPO: L'AUTISMO

L'Autismo, con l'insieme dei Disturbi dello Spettro Autistico, appartiene all'ampia categoria diagnostica dei Disturbi Pervasivi dello Sviluppo (DPS) in cui sono inclusi (DSM-IV-TR, 2000):

- la Sindrome di Asperger
- la Sindrome di Rett
- il Disturbo Disintegrativo dell'Infanzia (DDI)
- il Disturbo Pervasivo dello Sviluppo Non Altrimenti Specificato (DPS-NAS).

Questi quadri clinici si caratterizzano per la presenza di anomalie estreme dello sviluppo con esordio nei primi anni di vita e in particolare a carico dell'area delle competenze comunicative, dell'interazione sociale reciproca e dell'attività immaginativa.

Il concetto di *DPS* implica il coinvolgimento contemporaneo di diverse aree dello sviluppo: le disfunzioni di base inserendosi in un organismo in crescita, ne condizionano lo sviluppo mentale, incidendo sulle competenze emergenti e assumendo un significato diverso nell'organizzazione complessiva della persona nelle varie fasi dello sviluppo (Levi - D'Ardia, 2006).

Già nel 1943 Leo Kanner, psichiatra austriaco, nel descrivere il comportamento di undici bambini affetti da una sindrome allora chiamata "Disturbo Autistico del contatto affettivo" rimase colpito dal fatto che questi bambini erano incapaci di relazionarsi con le altre persone, presentavano manierismi stereotipati, erano resistenti ai cambiamenti e avevano difficoltà nei confronti della simbolizzazione, dell'astrazione e nella comprensione dei significati. Anche il linguaggio espressivo era gravemente alterato: alcuni bambini erano completamente muti, altri presentavano uno sviluppo atipico caratterizzato da ecolalia, inversione pronominale e altre anomalie.

Kanner definì questa patologia "Autismo", prendendo in prestito questo termine da Eugen Bleuler, che lo utilizzava per descrivere un sintomo della schizofrenia caratterizzato da un ritiro in un mondo fantastico, auto-centrato e idiosincratico, tipico dei soggetti colpiti da questa psicosi (Volkmar et al., 2005).

Bisogna attendere il 1980 e la pubblicazione del DSM-III per trovare una collocazione e una definizione precisa di Autismo che viene inserito all'interno di una nuova classe di disturbi, i Disturbi Pervasivi dello Sviluppo e quindi distinto come categoria diagnostica dalle Psicosi.

Il DSM-III ha rappresentato un punto di riferimento importante per le descrizioni valide e affidabili circa i complessi fenomeni clinici dei bambini autistici, ma allo stesso tempo, ha mostrato evidenti limiti: non ha preso in considerazione la connotazione evolutiva dell'autismo e non ha considerato il fatto che il deficit dello sviluppo linguistico non era relativo solamente al linguaggio, ma alla comunicazione in ogni suo aspetto. Le successive modifiche apportate nel DSM-III-R hanno reso la definizione di autismo più simile a quella attuale, anche se non era ancora presente il criterio dell'età d'esordio. Il concetto diagnostico di autismo è qui inteso in senso più ampio e si basa su tre domini principali di disfunzione, ognuno dei quali è caratterizzato da criteri specifici (Volkmar et al., 2005):

1. danno qualitativo nell'interazione sociale reciproca
2. danno qualitativo nella comunicazione verbale e non verbale e nelle capacità di immaginazione
3. repertorio ristretto di attività e interessi.

Dopo le revisioni effettuate dal DSM III-R e dal DSM-IV, attualmente la diagnosi di autismo viene formulata facendo riferimento ai criteri del DSM-IV-TR, redatto dall' American Psychiatric Association nel 2000, riportati nella tabella 1.

Oggi la società italiana di neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza, definisce l'autismo come una sindrome comportamentale causata da un disordine dello sviluppo biologicamente determinato, con esordio nei primi tre anni di vita che si configura come una disabilità permanente che accompagna il soggetto nel suo ciclo vitale, anche se le caratteristiche del deficit sociale assumono un'espressività variabile nel tempo (SINPIA, 2005).

Tabella 1. Criteri del *DSM-IV-TR* per il Disturbo Autistico.

A. Un totale di almeno 6 item dai punti (1), (2) e (3), in particolare, almeno due dal punto (1) e uno ciascuno dai punti (2) e (3).

1. Compromissioni qualitative nell'interazione sociale, manifestate da almeno due dei seguenti punti:

- Marcata compromissione dell'uso dei molteplici comportamenti non verbali, quali lo sguardo diretto, le espressioni facciali, la gestualità e postura del corpo che regolano l'interazione sociale.
- Incapacità di sviluppare rapporti con i coetanei adeguati al livello evolutivo.
- Assenza marcata di compiacimento per le gioie altrui.
- Mancanza di reciprocità sociale o emotiva.

2. Compromissioni qualitative nella comunicazione, manifestate mediante uno dei seguenti punti:

- Ritardo o totale assenza di sviluppo del linguaggio verbale (non accompagnato da alcun tentativo di compensazione mediante modalità alternative di comunicazione, quali la gestualità o la mimica).
- In soggetti con livello di linguaggio adeguato, marcata compromissione nella capacità di iniziare e sostenere una conversazione con gli altri.
- Uso stereotipato e ripetitivo del linguaggio o linguaggio idiosincratico.
- Mancanza di gioco di immaginazione vario e spontaneo o di gioco imitativo sociale adeguato al livello evolutivo.

3. Comportamenti, attività e interessi ristretti, ripetitivi e stereotipati, manifestati tramite uno dei seguenti punti:

- Preoccupazione circoscritta per uno o più interessi stereotipati e ristretti che siano anormali per intensità o per focalizzazione.
- Adesione apparentemente compulsiva a specifiche pratiche o rituali non funzionali.
- Manierismi motori stereotipati e ripetitivi.
- Preoccupazione persistente nei confronti di parti di oggetti.

B. Ritardi o funzionamento anomalo in almeno una delle seguenti aree, con esordio precedente all'età di tre anni:

1. Interazione sociale,
2. Linguaggio usato nella comunicazione sociale
3. Gioco simbolico o di immaginazione.

C. Non meglio attribuibile al Disturbo di Rett o al Disturbo disintegrativi dell'infanzia.

5. - LA PSICOSI INFANTILE: BREVI CENNI STORICI

Le definizioni nosografiche e le classificazioni delle psicosi infantili hanno risentito molto delle evoluzioni della nosografia relativa all'adulto e delle ipotesi che nel corso degli anni si sviluppavano sull'origine del disturbo. Solo nella prima metà del Novecento la psicopatologia dell'età evolutiva diventa una branca autonoma ed è sempre in questo periodo che viene stilato il primo trattato di psichiatria che distingue la patologia del bambino da quella dell'adulto, pubblicato da De Sanctis (De Sanctis S., 1925).

Fu proprio De Sanctis il primo autore a parlare di psicosi infantile, fino a quel momento gli esperti che avevano studiato le prime forme di schizofrenia ebefrenica⁹ non avevano ammesso la possibilità che tali patologie potessero manifestarsi prima della pubertà. Nel 1925 egli precisa meglio il suo concetto, descrivendo un quadro clinico che denomina "*demenza precocissima*" per indicare che il suo inizio è più precoce di quello della "*demenza precoce*" (come era allora definita la schizofrenia) di Kraepelin.

Dunque, i primi casi di psicosi infantile vengono descritti da De Sanctis che identifica un quadro clinico specifico, che insorge in età infantile e presenta un decorso degenerativo e alcuni sintomi sovrapponibili a quelli inseriti da Kraepelin nel quadro della demenza precoce, quali stereotipie ed ecolalie.

Nel 1930 Litz descrive un quadro clinico analogo a quello del De Sanctis che denomina, seguendo in questo caso Bleuler, 'schizofrenia infantile'.

⁹ Forme di schizofrenia che insorgono in soggetti molto giovani.

Un momento particolarmente significativo per l'evoluzione della nosografia relativa alle psicosi infantili è il 1943, anno in cui Kanner come già descritto nel paragrafo precedente, descrive in undici bambini il quadro da lui definito 'autismo infantile precoce', mutuando il termine 'autismo' da Bleuler. Bleuler utilizza il concetto di autismo per riferirsi a un sintomo della schizofrenia caratterizzato da un ritiro in un mondo fantastico, auto-centrato e idiosincratico, tipico dei soggetti colpiti da questa psicosi; Kanner, invece, definisce l'autismo come una sindrome con qualità e caratteristiche proprie, sempre presenti e identificabili in un isolamento dalla realtà e in un desiderio della ripetitività.

Kanner, dunque, separa il concetto di autismo da quello di schizofrenia e tale differenziazione ha avuto una grande risonanza al punto che, negli anni successivi, a poco a poco, l'autismo viene considerato come entità clinica specifica e il concetto di psicosi infantile così come inteso da De Sanctis, ossia come disturbo "schizofrenico" insorgente in età precocissima, viene rifiutato.

Quanto detto risulta in modo evidente se si ripercorre la classificazione del concetto di autismo nell'evoluzione del DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder), che rappresenta il maggior riferimento per la diagnosi nel contesto sia americano che europeo. Nella prima edizione del DSM (1952) si può rilevare che la diagnosi di autismo non esiste; ai bambini con sintomatologia di tipo autistico veniva posta diagnosi di reazione schizofrenica di tipo infantile. Anche nel DSM-II (1968) l'autismo non è incluso come categoria diagnostica separata: ai bambini che manifestano comportamenti autistici, atipici e introversi, veniva posta diagnosi di schizofrenia di tipo infantile. In seguito, nel DSM-III (1980) l'autismo viene classificato come categoria diagnostica separata e il concetto di schizofrenia/psicosi si riferisce solo all'età adolescenziale o adulta. Inizialmente si parla solamente di autismo infantile. Poi, nelle edizioni successive del DSM-III, IV e DSM-IV-TR (1994), si passa alla categoria dei Disturbi pervasivi dello sviluppo e dei suoi diversi sottotipi.

Dunque, a partire da Kanner, i confini diagnostici tra autismo e schizofrenia si sono fatti sempre più marcati: negli anni l'autismo è stato inserito all'interno della categoria dei Disturbi pervasivi dello sviluppo e distinto dalla categoria delle Psicosi infantili, categoria che attualmente si riferisce a tutte quelle alterazioni psichiche che

rientrano nell'ambito dei disturbi schizofrenici e che hanno insorgenza nell'età adolescenziale.

6. - UN DISTURBO FANTASMA NEI SISTEMI DI CLASSIFICAZIONE DELLE MALATTIE MENTALI

Prendendo come punto di riferimento le classificazioni maggiormente utilizzate nella psichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza (DSM IV-TR; ICD 10) emerge che, attualmente, la categoria diagnostica delle psicosi infantili non è presente come specifica e separata ma è stata inclusa nella categoria dei 'Disturbi Pervasivi dello Sviluppo' nel DSM e nelle 'Sindromi da alterazione globale dello sviluppo psicologico' nell'ICD-10.

L'ICD-10 propone una classificazione simile a quella del DSM includendo nella categoria delle Sindromi da alterazione globale dello sviluppo psicologico i seguenti disturbi:

- Autismo infantile
- Autismo atipico
- Sindrome di Rett
- Sindrome disintegrativa dell'infanzia di altro tipo
- Sindrome iperattiva associata a ritardo mentale e movimenti stereotipati
- Sindrome di Asperger
- Altre sindromi da alterazione globale dello sviluppo psicologico
- Sindrome non specificata da alterazione globale dello sviluppo psicologico.

Anche da un'analisi della letteratura (Candida et al., 2012) emerge che il concetto di psicosi, nel mondo scientifico attuale, non è riferibile all'età infantile ma solo all'età adolescenziale e adulta e che le categorie diagnostiche dell'autismo e della schizofrenia (psicosi) sono considerate come separate e completamente differenti in termini di età d'insorgenza, storia familiare dei pazienti, espressione clinica e outcome, tuttavia tra la teoria e la prassi nel panorama scientifico attuale c'è molta differenza.

7. - IL MODELLO STRUTTURALE INTEGRATO E IL RITORNO ALLA PSICOPATOLOGIA EUROPEA NELL'APPROCCIO AI DISTURBI

Il M.S.I. di G. Ariano affonda le sue radici nella Fenomenologia-esistenziale e nel costruttivismo (Ariano, 2005) invocando un ritorno alla psicopatologia europea, ossia al recupero di un atteggiamento che evita di cristallizzare il paziente in uno schema diagnostico, restando aperti alle evoluzioni che emergono in rapporto all'individualità storico-clinica del paziente e alle sollecitazioni della relazione.

In quest'ottica si avverte sempre di più la necessità di una psicopatologia dello sviluppo che si focalizzi sulle capacità evolutive funzionali piuttosto che sulla presenza/assenza di determinati sintomi, una psicopatologia che offra la possibilità di identificare profili evolutivi individuali e che permetta un approccio individualizzato a cui si può associare un intervento riabilitativo specifico dal punto di vista affettivo-relazionale, comunicativo-simbolico e cognitivo, integrato agli aspetti sociali. L'idea di fondo è che alla base dei DS non ci sia un unico difetto neurobiologico e intrattabile: ad esempio, la maggior parte dei disturbi che colpiscono la relazione e la comunicazione non hanno un'eziopatogenesi precisa e sono caratterizzati da vari tipi e gradi di limitazioni funzionali e la maggior parte dei sintomi sono, spesso, solo l'espressione di una limitazione funzionale (psicosi infantile). Si avverte sempre di più la necessità di utilizzare un nuovo approccio al processo diagnostico. Il processo di valutazione dovrebbe essere visto come il primo passo di un potenziale processo di intervento.

Dunque, ritornando all'obiettivo di questo lavoro è indispensabile avere dei criteri chiari che permettano una diagnosi differenziale tra autismo (origine biologica) e psicosi infantile (origine funzionale): questo permette di ragionare maggiormente in termini di prognosi di sviluppo e permette inoltre di differenziare progetti terapeutico/riabilitativi specifici a seconda della diagnosi.

Come vedremo nel prossimo capitolo, il Modello Strutturale Integrato di G. Ariano, sta fornendo un importante contributo in tema di diagnosi differenziale tra queste due patologie, delineando nuove prospettive di intervento.

CAPITOLO III

Il M.S.I.: nuove prospettive diagnostiche e l'importanza di una diagnosi differenziale tra autismo e psicosi infantile

*Il corpo fa da discriminare tra
una ricerca di senso che porta
l'uomo oltre se stesso e quanto
lo chiude in un autismo mortale*

G. Ariano

1. - PREMESSA

Da qualche anno a questa parte la categoria diagnostica Autismo rappresenta un grosso calderone all'interno del quale vengono inseriti diversi disturbi tra i quali le psicosi infantili che hanno un'eziopatogenesi principalmente a carattere relazionale. Bambini come Samuel descritto nel primo capitolo sono diagnosticati spesso come bambini autistici in quanto, oggi, l'etichetta di autistico non permette di fare una differenziazione tra disturbo organico (autismo) e disturbo funzionale (psicosi infantile). Come abbiamo visto nel capitolo precedente l'importanza di questa differenziazione è fondamentale al fine della scelta del percorso di cura più adatto al tipo di patologia. Di seguito illustrerò i principali elementi, evidenziati dal Modello Strutturale Integrato, nell'osservazione del bambino durante il processo diagnostico, allo scopo di estrapolare dei criteri che possano guidare l'esperto in una diagnosi differenziale tra autismo e psicosi infantile.

2. - LA DIAGNOSI DEL PICCOLO SAMUEL SECONDO IL DSM-IV-TR

Prendendo come riferimento il DSM IV-TR, il piccolo Samuel presenta i seguenti sintomi: l'interazione sociale è qualitativamente compromessa, così come l'uso

dei molteplici comportamenti non verbali (sguardo diretto, espressioni facciali, gestualità e postura del corpo che regolano l'interazione sociale). Presente un'incapacità di sviluppare rapporti con i coetanei adeguati al livello evolutivo, un'assenza marcata di compiacimento per le gioie altrui e una mancanza di reciprocità sociale o emotiva. È presente una compromissione qualitativa nella comunicazione, manifestata mediante totale assenza di sviluppo del linguaggio verbale (non accompagnato da alcun tentativo di compensazione mediante modalità alternative di comunicazione, quali la gestualità o la mimica). Assente il gioco imitativo sociale adeguato al livello evolutivo e sicuramente presenti manierismi motori stereotipati e ripetitivi.

Dunque il piccolo Samuel presenta un funzionamento anomalo nelle seguenti aree, con esordio precedente all'età di tre anni:

1. Interazione sociale
2. Linguaggio usato nella comunicazione sociale
3. Gioco simbolico o di immaginazione.

Se dovessimo attenerci al DSM-IV-TR, Samuel soddisfa i criteri attraverso i quali si fa diagnosi di autismo.

3. - IL CASO DEL PICCOLO SAMUEL E L'IMPORTANZA DI UNA DIAGNOSI DIFFERENZIALE

Oggi molti bambini come Samuel che presentano determinati sintomi, vengono con troppa superficialità inseriti nel calderone dell'autismo, disturbo dello spettro autistico o più in generale nella categoria disturbo indifferenziato dello sviluppo. In questo grosso calderone, sempre più sovente, nella pratica clinica, si incontrano bambini che sono gravi e come tali certamente non hanno un disturbo genetico, ma sicuramente hanno vissuto delle esperienze relazionali precoci disfunzionali. Oggi, la stragrande maggioranza degli studi, in tema di psicosi, parla di 'predisposizione' e non più di determinazione biologica: una predisposizione dell'individuo che se non trova un ambiente sfavorevole e una psicologia sfavorevole, non lo condurrà necessariamente alla malattia.

La grande responsabilità che oggi hanno gli esperti del settore quando sono dinanzi ad un bambino, è quella di valutare, attraverso il processo diagnostico, se ci si

trova dinanzi ad un autismo genetico o a un autismo funzionale (psicosi infantile), da questa differenziazione ne deriveranno percorsi di cura diversi e soprattutto prognosi diverse. A partire da questa affermazione il Modello Strutturale Integrato sostiene la necessità di avere dei criteri non solo quantitativi (presenza/assenza di sintomi), ma anche qualitativi (i sintomi vengono visti come parole di una lingua che acquistano significato solo tenendo conto della storia soggettiva e relazionale del singolo bambino) all'interno del processo diagnostico. A tal proposito, di seguito, descriverò solo alcuni degli elementi (per approfondimenti si rimanda ad Ariano, 2000) utili in questa sede, da tener presente quando ci troviamo davanti ad un bambino. La valutazione quantitativa e qualitativa di questi elementi può porre già di per sé delle basi dalle quali partire per poter fare una diagnosi differenziale tra autismo e psicosi infantile.

4. - LA DIAGNOSI SECONDO IL M.S.I. DI G. ARIANO: COSA GUARDARE IN UN BAMBINO?

Nel valutare la salute o la malattia di un bambino il Modello Strutturale Integrato¹⁰ di Ariano, a cui faccio riferimento utilizza diversi livelli intrapsichici e interpersonali¹¹. Lo sviluppo adeguato e l'integrazione di tutti questi livelli indicano se un

¹⁰ Nel M.S.I. si sostiene l'importanza in ogni forma di psicoterapia di distinguere l'orizzonte, che accettiamo in modo implicito ed esperienziale, e il modello esplicito in cui questo orizzonte viene descritto e reso operativo. L'orizzonte esprime l'idea che ogni scuola ha dell'uomo sano, del suo ammalarsi e degli elementi che facilitano la guarigione. Il M.S.I. segue una visione costruttivista in cui soggetto e oggetto hanno pari dignità per cui non può esistere un oggetto se non in relazione a un soggetto che percepisce, né può esistere un soggetto se non intenzionato a un oggetto. In psicoterapia quindi non può esistere né un paziente uguale per tutti i terapeuti, né una pretesa di neutralità dello psicoterapeuta che permette di cogliere il paziente "così come è in realtà". Non esiste nessun paziente in sé, ma ogni paziente è tale in riferimento a uno psicoterapeuta con cui entra in relazione. Nel M.S.I. la visione costruttivista, acquista il colore fenomenologico esistenziale per la centralità che si dà sia alla soggettività, sia alla intersoggettività, sia alla visione della oggettività come accordo tra soggetti che hanno una storia/orizzonte comune in base alla quale costruiscono un mondo condiviso (Ariano, 1997).

¹¹ L'uomo è considerato una unità gerarchicamente organizzata, essenzialmente aperto (= intenzionato) al mondo e agli altri soggetti con cui entra in relazione, e inserito in un orizzonte da cui

bambino sta bene o soffre. Nel Modello Strutturale Integrato si dà molta importanza al linguaggio corporeo¹², soprattutto quando bisogna valutare la salute o la malattia di un bambino ed è per questo che di seguito il focus verrà posto principalmente sull'esperienza corporea del bambino.

Scrive Ariano:

“Quando un bambino di pochi mesi vi viene portato cos’ha se non un corpo? È dovere di un esperto essere specializzato a capire il corpo e il corpo non è solamente un fatto biologico; la medicina lo affronta da un punto di vista chimico, ma noi come psicoterapeuti lo spieghiamo come linguaggio. Possiamo partire dal suono, dal respiro. Credo che partire dal corpo è una cosa indispensabile, perché molte patologie nascono dall’aver appreso schemi corporei sbagliati. Immaginate una madre che può avere difficoltà col proprio corpo, che vive il proprio corpo come un nemico, col bambino che ha in grembo, immaginate come se il suo utero fosse un campo di concentrazione per il feto. È diverso nascere in un giardino dove ci sono tutti gli stimoli e in un campo di concentrazione. Tutto questo viene registrato, e viene registrato nel corpo” (appunti di Ariano, 2015).

Nel periodo neonatale l'esperienza corporea ha un'importanza cruciale, è il livello capace di dare una connotazione positiva e negativa a tutta l'esperienza del neonato¹³.

riceve e dà senso. Esso è considerato a diversi livelli di complessità che insieme costituiscono un'unità pluristrutturata. Nel M.S.I., l'uomo può essere considerato a diversi livelli logici, in cui i successivi inglobano i precedenti arricchendoli e arricchendosi (Ariano, 1997).

¹² Nel MSI, il corpo è considerato a due diversi livelli logici, come corpo biologico e come corpo fenomenologico. Il corpo biologico è da intendersi come la struttura fisica dell'organismo umano fatta di muscoli, ossa, ecc. Il corpo fenomenologico è invece da intendersi a livello della soggettività e dell'intersoggettività, dove esso diventa un linguaggio, cioè uno strumento che permette al soggetto di comunicare, a sé e agli altri, i suoi vissuti e la sua visione del mondo (Ariano, 2000).

¹³ La caratterizzazione piacevole-spiacevole, determinata dalle primissime esperienze somatiche, condiziona lo sviluppo corporeo, emotivo, fantastico e cognitivo, a livello intrapsichico e

All'interno del M.S.I. possiamo osservare e valutare il corpo di un bambino focalizzando sia il corpo statico che quello in movimento volto a uno scopo. L'osservazione e la valutazione di questi elementi risulta determinante ai fini dell'importanza della diagnosi ed è questo il motivo per cui ho scelto di dedicare spazio alla descrizione di alcuni di questi¹⁴.

4.1 - *Il corpo statico*

“L'Analisi del corpo statico” significa fare una valutazione della quantità e qualità della capacità muscolare e degli organi di senso. È ovvio che il tipo di qualità e quantità di questi livelli dipende dalla relazione che il bambino ha avuto con una figura significativa. Relativamente al corpo statico verranno in questa sede focalizzati solo alcuni livelli, infatti l'obiettivo è quello di dare al lettore dei criteri base per fare una lettura veloce del corpo di un bambino, sebbene il M.S.I. ne prenda in considerazione altri (per approfondimenti si veda Ariano, 2000). È utile per l'esperto osservare i seguenti livelli:

- la **capacità propriocettiva**¹⁵ (sensibilità): lo sviluppo funzionale di questa capacità dipende dalle prime relazioni del bambino con una figura significa-

interpersonale. All'inizio della vita piacere e dispiacere sono legati alle sensazioni fisiche di fame e sazietà, contatto caldo o freddo con il corpo materno, il linguaggio verbale è assente, il neonato sorride o piange di dolore e di rabbia. Durante la crescita, le sensazioni si differenziano e si integrano: piacere, dolore e rabbia sono meglio discriminate e i diversi sensi vengono usati per operazioni motorie sempre più complesse e integrate.

¹⁴ La divisione tra corpo statico e corpo in movimento finalizzato a uno scopo non esiste nella realtà. Ogni individuo infatti è sempre un'identità in relazione. Per questa ragione focalizzare separatamente l'identità e la relazione è una forzatura utile per meglio analizzare entrambe.

¹⁵ La propriocezione indica la capacità di muoversi nello spazio e nel tempo, tenendo conto delle sensazioni fisiche e muscolari. Questa funzione si esplica grazie ai propriocettori che informano i centri nervosi sulla posizione e sull'atteggiamento del corpo. La propriocezione interviene nella regolazione e nella distribuzione del tono muscolare: essa può essere consapevole o inconsapevole. Nei movimenti automatici è inconsapevole, in quelli nuovi, che richiedono un cambiamento di strategia comportamentale, è consapevole. Per i neonati la funzione propriocettiva è prevalentemente inconsapevole.

tiva. Quando il neonato riposa nelle braccia della madre, egli è sensibile a come quest'ultima lo tiene: è un tenere teso, rilassato, accogliente, respingente? (sensibilità muscolare verso il mondo esterno); quando comincia a muoversi, i recettori lo informano della posizione dei piedi, delle mani, delle gambe (sensibilità muscolare relativa agli stimoli interni). La valutazione avviene sulla qualità e quantità delle informazioni propriocettive che il neonato lascia entrare. In uno sviluppo normale, questi stimoli si integrano per formare percezioni relativamente alla sensibilità muscolare, via via più complesse e poi, relativamente al corpo finalizzato, comportamenti motori sempre più complessi. In uno sviluppo patologico si possono avere diverse possibilità:

- a) una percezione degli stimoli propriocettivi inibita nella qualità e nella quantità
- b) una percezione buona nella quantità e nella qualità, ma difficile da gestire.

Nel primo caso abbiamo un bambino insensibile e poco reattivo, nel secondo caso il bambino gestisce gli stimoli in modo non funzionale, ad esempio con una scarica motoria eccessiva che potrebbe tradursi più in là nella crescita in comportamenti non adeguati alla situazione (es. bambini iperattivi).

- il **trofismo** valuta lo sviluppo muscolare inteso come grandezza-spessore dei muscoli. Possiamo avere normo-trofismo, bambini con muscoli dalla grandezza nella norma (livello di energia nella norma); ipertrofismo, bambini con muscoli molto grossi (alto livello di energia); ipotrofismo, bambini con muscoli piccoli di spessore (basso livello di energia).
- il **tono muscolare**: valuta la forza dei muscoli e dipende dalla tensione-flaccidità di un muscolo¹⁶. Quando il tono muscolare è nella norma esprime una buona forza muscolare, che se combinata con un buon trofismo (spessore adeguato) evidenzia buona energia. Quando è in ipotono esprime una forza carente (energia povera). Quando in ipertono evidenzia rigidità (energia forte e blocca-

¹⁶ I muscoli anche quando sono a riposo, presentano un certo grado di tensione.

ta). Lo sviluppo del tono e del trofismo dipende dalla possibilità di movimento nei primi rapporti interpersonali del neonato.

- **l'armonia dei diversi segmenti corporei**, quali testa, collo, tronco, arti inferiori, arti superiori, mani e piedi, valuta se tutti questi segmenti hanno lo stesso sviluppo tonico e trofico (assenza di armonia) o se le parti del corpo presentano differente sviluppo (assenza di armonia). L'armonia caratterizzata da normotono e normotrofismo in tutti i segmenti corporei esprime un'energia alta, fluida e funzionale, cioè ben indirizzata verso uno scopo. L'assenza di armonia, caratterizzata da ipertrofismo in alcuni segmenti e ipotrofismo in altri dà luogo a diverse forme psicopatologiche: alta energia disorganizzata (bambino iperattivo), alta energia bloccata (bambino rigido), bassa energia organizzata secondo una modalità riduttiva che tende a decomplessificare i comportamenti (bambino con movimenti stereotipati)
- **gli organi di senso**: vista, udito, tatto, gusto e olfatto. La valutazione degli organi di senso è data dal livello di reattività di questi ultimi.

Buona sensibilità agli stimoli esterni si ha quando un neonato si guarda intorno, vivace e reattivo negli occhi, ogni volta che si presentano immagini e colori nuovi; quando si ferma perché cambia il tono della voce di chi sta interagendo con lui o quando dirige lo sguardo verso una nuova fonte di rumore; quando sorride o si infastidisce perché il contatto tattile è morbido o ruvido; quando piange perché il nuovo sapore amaro o dolce è troppo forte; quando allontana la testa perché l'odore è spiacevole. Lo sviluppo degli organi di senso dipende anch'esso dalle primissime relazioni interpersonali del neonato. Il bambino vede il viso materno: è disteso o contratto? Ascolta il tono della voce: è duro e veloce o lento e rilassato? Sente il calore e la morbidezza della sua pelle. Nel tempo, in uno sviluppo sano, gli stimoli visivi, uditivi, tattili, gustativi, olfattivi si integrano tra loro per formare percezioni sempre più complesse. In uno sviluppo patologico, come nella propriocezione, anche lo sviluppo sensoriale può essere disfunzionale e caratterizzato da:

a) diminuzione della quantità e della qualità degli stimoli sensoriali

b) una quantità e una qualità degli stimoli sensoriali nella norma, scaricati però continuamente, in modo afinalistico, perché il bambino non riesce a trattenerli, né a investire adeguatamente su un oggetto.

4.2. - *Il corpo finalizzato a uno scopo*

L'analisi del corpo in relazione valuta come il livello intrapsichico e interpersonale si integrano tra loro e quindi come i diversi sottosistemi muscolari, la sensibilità, la relazione tra il bambino e il mondo esterno vengono utilizzati per organizzare, man mano che il bambino cresce, comportamenti sempre più complessi. Il bambino man mano inizia a integrare contemporaneamente patterns motori e sensoriali con quelli emotivi e cognitivi.

La salute o la malattia dipenderà da come tutti questi livelli intrapsichici si combinano tra loro e ciò dipende dal tipo di relazione che il bambino instaura con le figure di riferimento. Se il bambino acquisisce modelli muscolari di tensione, potrebbe avere una diminuita capacità propriocettiva perché la tensione inibisce la sensibilità, e quindi, già in precocissima età, potrebbe evidenziare una minore capacità di adattarsi a livello motorio alle diverse situazioni. Nelle tappe successive i limiti potrebbero apparire sempre più evidenti, poiché le acquisizioni nel tempo si fanno sempre più complesse.

5. - LA DIAGNOSI DI SAMUEL SECONDO IL MODELLO STRUTTURALE INTEGRATO

L'osservazione nel tempo del piccolo Samuel e della sua famiglia ha fatto propendere per una diagnosi di psicosi infantile con conseguente Ritardo Globale legato a una ipostimolazione relazionale del bambino. L'ipotesi è che S. ha un vissuto della vicinanza, del contatto e della relazione come pericolose. La tensione corporea, la sua energia, invece di essere trasformata in concetti corporeo-emotivi¹⁷, viene vissuta

¹⁷ Scrive Ariano: *“Quando dopo la stimolazione mi arriva un’emozione quello diventa per me il passaggio da un corpo non linguaggio ad un corpo linguaggio: il pianto può essere considerato come un oggetto corporeo-emotivo. Parto dal fare delle cose per far piangere il bambino: se la sua reazione di pianto arriva avremo trasformato la stimolazione in un concetto corporeo-emotivo. Se*

come un fastidio che spinge al movimento di scarica, potremmo paragonare Samuel a “una macchina che cammina senza meta solo per finire la benzina”.

La coppia genitoriale avendo delle difficoltà con il linguaggio corporeo non ha permesso al bambino di direzionare la sua vitalità in modo funzionale e di “intenzionarla verso”, di conseguenza le sue corse e i suoi movimenti afinalistici rappresentano il tentativo di scaricare questa energia non avendo altri strumenti per utilizzarla.

Il lavoro terapeutico finora svolto con Samuel è stato quello di lavorare sul creare concetti corporeo-emotivi a partire da interventi di stimolazione corporea che hanno l’obiettivo di:

- sviluppare la capacità propriocettiva atrofizzata
- lavorare sullo sviluppo del tono muscolare e del trofismo nelle zone ipo-sviluppate
- lavorare sul ridare reattività agli organi di senso attraverso esercizi specifici riguardanti il tatto, l’udito e in modo particolare la vista. Gli occhi diventano l’elemento dominante e la cosa che nell’altro di più attira lo sguardo di un bambino che ha bisogno di guardare ed essere guardato.

Scrive Stern: *“il contatto di sguardi rappresenta un mondo a parte, guardare negli occhi una persona e venire ricambiati, è un’esperienza unica”* (Stern, 1990). Esperienza che, nei momenti significativi, è venuta meno nella storia di Samuel.

Tutto il lavoro terapeutico finora svolto ha avuto lo scopo di restituire al bambino quelle esperienze corporee primarie di cui è stato privato e che costituiscono la base per uno sviluppo funzionale futuro.

6. - LA DIAGNOSI DIFFERENZIALE TRA LA PSICOSI E L’AUTISMO SECONDO IL M.S.I.

Nel Modello Strutturale Integrato con il concetto di psicosi infantile si intende un disturbo psicopatologico insorgente in età precocissima. Le categorie di autismo e

il bambino dopo vari interventi non reagisce e devo fare molto per arrivare al pianto allora a quel punto la difficoltà di arrivare al concetto corporeo è maggiore” (Ariano, 2015).

psicosi vengono tenute separate. Nonostante entrambe le patologie si riferiscono a un problema non specifico, ma globale dello sviluppo (ossia che colpisce diverse e importanti funzioni della personalità), la psicosi è di natura funzionale, ossia derivante da fattori psicologici e socio-relazionali, l'autismo è di natura prettamente organica (Ariano, 2015). La difficoltà di una diagnosi differenziale è spesso legata al fatto che questi disturbi possono presentare gli stessi sintomi.

Di qui nasce l'importanza per il Modello Strutturale Integrato della necessità di avere dei criteri che guidino l'esperto al momento del processo diagnostico.

Secondo il MSI il bambino autistico non è approdato al concetto di corpo inteso come linguaggio, inoltre, non solo manca dei concetti corporei di base, ma non riesce ad accedervi neanche se stimolato o se vi accede i tempi sono molto più lunghi rispetto a un bambino psicotico e nonostante tutto la qualità sarà molto diversa. Allo stesso modo il bambino psicotico può non avere i concetti corporei di base, ma come abbiamo visto, nel caso del piccolo Samuel, se stimolato vi accede. Ad esempio il contatto oculare in S. era assente, tuttavia in seguito alla stimolazione e in tempi brevi, il bambino ha ripreso non solo a guardare l'altro, ma a "vederlo". Dopo anni di stimolazione un bambino autistico potrà migliorare la sua capacità di contatto oculare, ci si potrà sentire guardati, ma senza essere visti.

Durante il processo diagnostico diventa, dunque, indispensabile non solo osservare, ma "fare" e per fare bisogna avere un modello di intervento chiaro. L'esperto non deve, attraverso la semplice osservazione, "giocare" a individuare i sintomi presenti e quelli assenti, ma deve fare interventi con l'obiettivo di capire se il bambino che abbiamo davanti ha semplicemente vissuto esperienze corporeo-emotive disfunzionali che lo hanno portato nel tempo verso una chiusura al mondo esterno recuperabile o se quel bambino, nonostante la stimolazione, ha un biologico che non permette di ottenere la guarigione completa.

Il tempo di reazione seguente alla stimolazione (intervento) diventa così, per il M.S.I., una discriminante fondamentale che l'esperto deve tenere presente quando si trova dinanzi a enigmi diagnostici così importanti tanto da pregiudicare il percorso di guarigione di un bambino. Come abbiamo visto nell'autismo i tempi di reazione sono molto lunghi rispetto ai casi di psicosi infantile (Ariano, 2015) dove agli interventi

conseguono reazioni immediate e cambiamenti evidenti. Per questo motivo è importante che il professionista che opera con queste patologie si prenda almeno 2/3 mesi di tempo per valutare il bambino. Se in questo arco temporale, in seguito agli interventi effettuati, si otterranno dei risultati visibili ci si orienterà verso un disturbo funzionale, al contrario si andrà verso un'ipotesi di organicità.

CONCLUSIONI

Nella comunità scientifica, e di riflesso nella nostra cultura, già da qualche anno impera il paradigma¹⁸ bio-psico-sociale. Esso postula che l'interazione tra vulnerabilità/sensibilità biologica, soggettività (esperienze soggettive, visione del mondo ecc..) e ambiente sociale (famiglia, società ecc..), sono fattori che intervengono in modo coesistente a produrre salute o malattia (Ciompi, 1994). Il rispetto di questo paradigma vorrebbe che i tre fattori elencati vengano declinati insieme ogni qualvolta si debba parlare di prevenzione e cura di un essere umano. Nel panorama scientifico, come abbiamo visto nel corso di questo lavoro c'è una grande dissociazione tra teoria e prassi: a predominare infatti, nell'ambito della salute mentale, troppo spesso è il fattore biologico a scapito di quello psicologico e sociale, negli ultimi anni infatti si sta assistendo a un pericoloso aumento nella somministrazione di tranquillanti maggiori nelle fasce infantili e adolescenziali. L'eliminazione dei fattori psicologico e sociale avviene quasi sempre quando gli esperti si trovano dinanzi a problemi complessi, che non sanno spiegarsi, molto spesso è qui che il riduzionismo biologico delle malattie si inserisce provocando molti danni e soprattutto, come abbiamo visto, una grande confusione nel processo diagnostico e, di conseguenza, nella scelta del percorso di cura più adatto. Da qualche anno a questa parte la categoria diagnostica Autismo sta rappresentando un grosso calderone all'interno del quale vengono inseriti diversi disturbi tra i quali le psicosi infantili che, come dimostrato da diversi studi, hanno un'eziopatogenesi principalmente a carattere relazionale.

Un aspetto fondamentale da tenere in considerazione quando si fa diagnosi è che la preminenza del fattore biologico o psicologico cambia totalmente non solo l'intervento, ma anche la gravità e di conseguenza la prognosi del paziente. La teoria dei tre fattori è il faro che deve guidare gli esperti, che devono tuttavia mantenere chiara la distinzione tra organico e funzionale, quando si approcciano a disturbi come l'autismo e la psicosi infantile. In tal senso diventa fondamentale per l'esperto avere un modello

¹⁸ Con il termine paradigma si indicano i modelli che la scienza usa per comprendere la realtà. Un paradigma è un modello, uno schema esplicativo della realtà (Reale - Antiseri, 1988).

di riferimento in grado di descrivere gli elementi che caratterizzano l'uomo sano, il suo ammalarsi e i successivi interventi che ne facilitano la guarigione (Ariano, 2000). Su questa scia si inserisce il Modello Strutturale Integrato di G. Ariano il quale delinea nuove e originali prospettive nel panorama scientifico attuale in tema di diagnosi differenziale tra psicosi infantile e autismo. Considerare questa differenza è fondamentale in quanto, come già ampiamente discusso nel corso del lavoro, da essa si aprono possibilità di intervento e di risultati completamente diversi. A tal proposito scrive Ariano:

“Una psicosi infantile nella sua forma peggiore, trattata adeguatamente, fa sperare risultati incoraggianti, anche se richiedono fatica. Un disturbo organico grave, richiede una rassegnazione che necessita di accettare il paziente, anche senza la speranza della sua guarigione, e nello stesso tempo la forza di creare ponti perché la sua vita e quelle delle persone con cui interagisce, non diventino qualcosa di disumano” (Ariano, 2015).

EPILOGO

Il piccolo Samuel oggi...

Oggi i sintomi simil-autistici del piccolo Samuel sembrano essere ormai solo un lontano ricordo di quando un tentativo di avvicinamento e di interazione erano visti come un miraggio irraggiungibile. Il suo sguardo è sempre più presente e vivo e attento a ciò che lo circonda. Gli altri bambini si avvicinano a lui meno spaventati e più desiderosi di interagirvi. Sono presenti paroline come mamma e papà anche se, tra tutte, la sfera del linguaggio è quella su cui bisogna ancora lavorare tanto. Le braccia della madre e del padre sono diventate luogo di rassicurazione e fonte di calore e i sorrisi che dispensa in situazioni di gioco per lui diventate piacevoli sono la conferma che sta recuperando un contatto col mondo esterno che era andato perduto a seguito di esperienze corporee disfunzionali. Le stereotipie sono ormai assenti o circoscritte a situazioni in cui prova eccitazione o quando la sua energia non è canalizzata verso attività possibili per lui in questo momento. Quando messo in situazioni di frustrazione il suo pianto non è più monotono, indifferenziato e inconsolabile, ma esprime rabbia.

Con i genitori si sta lavorando sulla conoscenza del loro mondo corporeo emotivo affinché diventino più capaci di leggere i segnali che in primis il loro corpo invia e poi quelli dei loro figli con l'obiettivo di diventare genitori più capaci di dare e ricevere contatti.

Il corpo di un bambino non è solo un corpo-oggetto di cui prendersi cura ma è un corpo-soggetto che parla a un tu-soggetto ed esprime messaggi precisi che non sempre sappiamo leggere e interpretare (Ariano, 2010). È responsabilità degli esperti, soprattutto di quelli che si relazionano con i bambini, imparare a fare questo per poter meglio differenziare anche tutte quelle situazioni in cui il fattore psicologico è predominante su quello biologico o viceversa: ne va del futuro dei nostri bambini e di conseguenza quello della nostra società.

BIBLIOGRAFIA

- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA) (1980), *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3rd edition) (DSM-III), Washington, DC.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA) (1987), *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3rd edition revised) (DSM-III-R), Washington, DC.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA) (1994), *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th edition) (DSM-IV), Washington, DC.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA) (2000), *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th edition, text revised) (DSM-IV-TR), Washington, DC.
- ARIANO, G. (1997), *La psicoterapia d'integrazione strutturale*, Roma: Armando Editore (Psicologia, psicologia clinica, 1).
- ARIANO, G. (2000), *Diventare uomo. L'antropologia della psicoterapia d'integrazione strutturale*, Roma: Armando (Psicologia, psicologia clinica).
- ARIANO, G. (2005), *Dolore per la crescita. Antropopatologia della psicoterapia di integrazione strutturale*, Roma: Armando (Psicologia, psicologia clinica).
- ARIANO, G. (2010), *Il Corpo Muto. Diagnosi e cura dell'anoressia mentale*, Napoli: Edizioni Sipintegrazioni (Psicoterapia e riabilitazione).
- ARIANO, G. (2015), *Lezioni ai Pediatri*. Corso ECM.
- ARIANO, G. (2015), *Paidos Chaos. Curare la sofferenza mentale nell'Infanzia e nell'Adolescenza per ridurla negli Adulti*, Napoli: Edizioni Sipintegrazioni (Psicoterapia e riabilitazione).
- BISOGNO, A. - SENATORE, I. (c.d.s.), *Il sistema sanitario e l'intervento sull'esordio psicotico: perplessità e nuove proposte* (articolo in corso di pubblicazione sul blog SIPI).
- CIAMPI, R. (a c. di), 2002. *Apprendere la relazione. La scuola e le istituzioni: prevenzione, cura e formazione. Atti del convegno SIPI (Casoria, 16-17 marzo 2002)*, Casoria: Tipolitografia Four Colours Process.

- CIOMPI, L. (1994), *Logica affettiva. Una ricerca sulla schizofrenia*, trad. it., Milano: Feltrinelli (Biblioteca di psichiatria e psicologia clinica).
- DE SANCTIS, S. (1925), *Neuropsichiatria infantile. Patologia e diagnostica*, Roma: Stock.
- DI LAURO, G. (2016), *Autismo e psicosi infantile: perplessità diagnostiche e nuove proposte di intervento* (Tesi di specializzazione in Psicoterapia Integrata), Casoria: SIPI.
- FALCO, A. (a c. di) (2001), *Fenomenologia e integrazione. Una casa comune per il terzo millennio. Atti del convegno nazionale AIPPIFE-ASPIC e SIPI (Capri, 23-25 giugno 2000)*, Vallesaccarda (Avellino): Idea Stampa s.r.l.
- KANNER, L. (1943), "Autistic disturbances of affective contact", in *Nervous Child* 2, pp. 217-250.
- LASORSA F. (2011), *Continuità e discontinuità diagnostica e dei profili di sviluppo nei soggetti con Disturbo Pervasivo Dello Sviluppo Non Altrimenti Specificato* (Tesi di dottorato in neuroscienze sperimentali e cliniche, XIV ciclo), Sapienza Università di Roma.
- LEVI, G. - D'ARDIA, C. (2006), *I Disturbi dello Spettro Autistico*, in Enciclopedia Medica Italiana (terzo aggiornamento), 21 voll., Firenze: USES Utet – Sansoni Edizioni Scientifiche, pp. 357-376.
- ORGANIZZAZIONE MONDIALE DELLA SANITÀ (1992), *Classificazione internazionale delle sindromi e dei disturbi psichici e comportamentali. Descrizioni cliniche e direttive diagnostiche* (decima revisione) (ICD-10). Edizione italiana a cura di D. Kemali, M. Maj, F. Catapano, S. Lobracc, L. Magliano, Milano: Masson.
- SOCIETÀ ITALIANA DI NEUROPSICHIATRIA DELL'INFANZIA E DELL'ADOLESCENZA (S.I.N.P.I.A.) (2005), *Linee guida per l'autismo: raccomandazioni tecnico-operative per i servizi di Neuropsichiatria dell'Età Evolutiva* (a cura di G. Levi, P. Bernabei, A. Frolli, S. Grittani, B. Mazzoncini, R. Militerni, F. Nardocci), Trento: Edizioni Erickson.
- STERN, D. (1990), *Diario di un bambino*, Milano: Edizioni Mondadori.

- TOMBLIN, J.B. - SMITH, E. - ZHANG, X. (1997), "Epidemiology of specific language impairment: prenatal and perinatal risk factors", in *Journal of Communication Disorders* 4, pp. 325-343.
- VOLKMAR, F.R. - SHAFFER, D. - FIRST, M. (2000), "PDD-NOS in DSM IV", in *Journal of Autism and Developmental Disorders* 30/1, pp. 74-75.
- WILLIAMS J. - HOLMES, C.A. (2004), "Improving the early detection of children with subtle developmental problems", in *Journal of Child Health Care* 8, pp. 34-46.
- WILSON, PH. (2005), "Practitioner review: approaches to assessment and treatment of children with DCD: an evaluative review", in *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 46, pp. 806-823.
- ZERO-TO-THREE, NATIONAL CENTER FOR CLINICAL INFANT PROGRAMS (1994), *Classificazione Diagnostica: 0-3. Classificazione diagnostica della salute mentale e dei disturbi di sviluppo nell'infanzia*, tr. it., Milano: Masson, 1997.