

Di autismo si può guarire?

Diverse sindromi dello spettro autistico possono avere un'evoluzione benigna ma il ruolo dell'ambiente è fondamentale

a cura di **Paola Cosolo Marangon**

Michele Zappella è un medico pediatra specializzato in neuropsichiatria infantile. Si è occupato dell'integrazione sociale e scolastica dei bambini disabili: suoi sono i primi articoli scientifici usciti su questo argomento nel 1969-70. Ha studiato estesamente i Disturbi dello Spettro Autistico, ha scoperto la Sindrome Dismaturativa (un comportamento autistico transitorio diverso dai Disturbi Autistici stabili), e ha ideato una forma di intervento riabilitativo. Autore di oltre 300 pubblicazioni scientifiche, e ha vinto un premio per la divulgazione scientifica. È attualmente Direttore Scientifico della rivista *Autismo e Disturbi dello Sviluppo*.
michele.zappella@alice.it



Parliamo di autismo: è una patologia che condanna a vita un ammalato o si può guarire?

La diagnosi di autismo accompagnata dall'affermazione di inguaribilità ha un primo, immediato effetto sui genitori: in molti casi determina un disturbo depressivo, spesso grave, nelle madri e uno sconvolgimento della struttura familiare con molte separazioni tra i genitori. C'è uno studio americano (Weitlauf et al., 2012) che ha dimostrato che nella settimana successiva alla diagnosi 4 madri su 5 entrano in depressione: dopo un anno e mezzo un gran numero di queste erano ancora depresse. Queste diagnosi con prognosi negative hanno un notevole potere nel metter fuori gioco madri e padri, e con questo nel porre le premesse di una dinamica familiare che confermi le loro conclusioni e cioè la permanenza a vita di quella diagnosi. Quanto poi alla scomparsa del comportamento autistico e alla sua guarigione, la letteratura scientifica internazionale da circa cinquant'anni presenta decine e de-

cine di articoli e pubblicazioni con percentuali, comprese tra il 5% (Rutter, 1970) e il 32% (Turner, Stone, 2007), di bambini che sono guariti dopo una diagnosi di autismo.

Se si può guarire, quali sono le forme di autismo che possono regredire o sparire del tutto?

Ci sono numerose altre pubblicazioni che indicano diverse sindromi con un comportamento autistico che possono avere una evoluzione benigna. La Sindrome Dismaturativa (Zappella, 2002) riguarda bambini, in gran parte maschi, che dopo un iniziale sviluppo normale verso i 18 mesi hanno una regressione con perdita di abilità già acquisite come il linguaggio verbale, le capacità relazionali, abilità generali ecc., con un quadro che comprende anche la presenza di un comportamento autistico e con la comparsa di tic motori e vocali semplici. Dopo un tempo che varia da pochi mesi e poco più di un anno questi bambini danno qualche segno spontaneo di miglioramento. Un buon intervento che sappia preparare l'ambiente, accogliere



il bambino, i suoi genitori e guidare questi a diventare protagonisti del suo recupero anche con l'uso di un metodo, il *Portage*, in prospettiva insieme alla scuola e a qualche terapeuta, determina il completo recupero del bambino sia nelle abilità generali che nella scomparsa del comportamento autistico. Seguiti in adolescenza, una parte di loro divengono del tutto normali, altri hanno come unica anomalia qualche tic e attenzione instabile (Zappella, Bertelli 2012). Viceversa, se bambini con questa difficoltà vengono gestiti con una diagnosi di autismo irreversibile è difficile che possano farcela: che poi questo ci sia o le difficoltà siano di altra natura rimarrà ignorato.

Ci sono poi forme più rare come la sindrome di Landau e Kleffner in cui la perdita della comprensione del linguaggio e un comportamento autistico in presenza o meno di convulsioni compaiono in un bambino che fino a quel momento cresceva bene. Qui la diagnosi si fa con un EEG nel sonno che presenta delle punte-onde lente caratteristiche. La cura è farmacologica: se viene fatta una diagnosi corretta e di conseguenza la cura, diversi bambini con questo disturbo hanno un esito benigno. Anche bambini, messi a pochi mesi in orfanotrofi molto deprivanti, spesso sviluppano un comportamento autistico: affidati a fa-

miglie adottive entro i 2 anni con l'aiuto della logopedia hanno poi uno sviluppo normale (Rutter et al., 1999). Ma evoluzioni benigne spontanee si possono avere in ragazzi ipovedenti che avevano nei primi anni un quadro autistico e lo perdono spontaneamente verso i 10 anni (Hobson, 2010) e lo stesso avviene in un'alta percentuale di casi (27%) nella sindrome di Asperger (Cederlund et al., 2008). L'elenco dei quadri a evoluzione benigna è più lungo.

Quanto detto sopra è un'ulteriore evidenza che quello di "autismo" è un concetto superato. Sulla base di questi e altri dati, l'autismo è stato in questi ultimi anni declinato al plurale, parlando di sindromi autistiche. D'altra parte, è ormai dimostrato che in tutti i casi in cui c'è un comportamento autistico ci sono anche altre difficoltà che possono essere disturbi dell'attenzione con iperattività e/o dell'umore e/o ritardi mentali e/o disturbi del linguaggio, ecc. per cui attualmente è più corretto parlare di disturbi del neurosviluppo con una componente autistica e con prognosi tra loro differenti. ***Parlare oggi di "autismo" e ancor peggio di "autismo inguaribile" mi fa pensare a cento anni fa quando si diceva lo stesso dell'epilessia, ritenuta inguaribile per la vita.*** Viene spontaneo chiedersi come mai quanto sopra detto spesso non viene



fatto conoscere alle famiglie con un bambino con diagnosi di autismo. La risposta può essere: ***l'autismo è diventato un'ideologia e le ideologie sono dure a morire, specialmente quando alle spalle c'è un profitto economico.***

La psicanalisi non viene minimamente utilizzata per curare le persone affette da autismo, c'è un motivo?

Negli anni Cinquanta e Sessanta la psicoanalisi aveva un grande seguito sia in America che in Europa: sosteneva che l'autismo era dovuto a un disturbo precoce della relazione madre-figlio e parlava di madri "frigorifero". Questo era un errore che è stato poi dimostrato con studi sui gemelli e di biochimica: con poche eccezioni, si tratta in tutti i casi di disturbi su base neurobiologica, potenzialmente transitoria in alcuni casi, suscettibile di miglioramento in altri, più grave in altre situazioni più complesse. L'intervento relazionale nelle sindromi autistiche è molto importante e può utilizzare vari indirizzi: comportamentale, etologico, sistemico, di una occasionale attivazione motoria, come pure dell'aiuto che possono dare compagni/e. Nei primi anni le bambine in scuola materna sono spesso preziose: abbracciano il compagno con difficoltà di comunicazione, lo guidano manualmente, lo baciano e con loro spesso si hanno succes-

si che non hanno madri e terapisti. Quanto alla psicoanalisi mi è rimasta solo una bella indicazione, che vale per tutti i bambini che vengono in visita: negli anni Sessanta, quando lavoravo negli Stati Uniti, mi fu suggerito che quando un bambino viene in visita deve avere la sensazione che tu lo stai aspettando. È su queste premesse che ogni volta vado incontro alla famiglia, apro la porta e mi rivolgo al bambino come se fossi un vecchio zio che lo conosce da tempo. Un approccio di questo tipo, soprattutto con bambini di 2-3 anni, spaventati e in allarme, riporta i sentimenti al loro posto e con questi la curiosità e la disponibilità a entrare in rapporto con un ambiente e una persona nuova.

Le associazioni che si occupano di autismo sono molto attive e si ha l'impressione che abbiano creato una sorta di lobby. A suo avviso quali sono gli interessi in gioco?

Ci sono grandi affari legati alla terapia dell'autismo. In primo luogo legati alle terapie intensive che negli USA durano 40 ore alla settimana con un costo di 4000 dollari al mese e, probabilmente non sono molto diverse in altri Paesi. Val la pena notare tra l'altro che i risultati sono uguali a quelli ottenuti dalle terapie non intensive, che durano in media 10 ore alla settimana (Fernell et al., 2011). Gli attori in gioco sono molti e la conseguente "epidemia" che ha portato la diagnosi di autismo da 4 bambini su 10.000, qual era negli anni Sessanta, Settanta e Ottanta, ai valori attuali, compresi tra i 100 e gli oltre 250 su 10.000, è paradossalmente favorita anche da iniziative scenografiche come la giornata della "consapevolezza dell'autismo". C'è uno studio americano (Liu, Bearman, 2015) che ha dimostrato che in California in determinate zone attorno a Hollywood, dove i centri commerciali sono organizzati con spazi dedicati ai bambini in modo tale da rendere più facile l'incontro fra madri, la diagnosi di autismo è quattro volte maggiore che nel resto di quello Stato: le madri di bambini con diagnosi di autismo suggerivano ad altre madri di bambini con qualche difficoltà di andare ai centri per l'autismo di cui vantavano l'utilità per le cure riabilitative. Tuttavia, il grande moltiplicatore delle

diagnosi sono i test psicologici, considerati come diagnostici: c'è uno studio di prevalenza condotto in Sud Corea con l'uso di un test, l'ASSQ, che ha trovato una prevalenza di 264 su 10.000 (Kim et al., 2011), dieci volte di più di quanto è stato trovato in Cina a Najing, dove invece, facendo uso dei criteri della Organizzazione Mondiale della Sanità, l'ICD10, la frequenza di questa diagnosi è di solo di 25 su 10.000 (Huang et al., 2014). Vengono in mente i tempi delle classi differenziali: l'etichetta di moda allora era il ritardo mentale e c'erano studi che parlavano di percentuali attorno al 15% nella scuola. Oggi sappiamo che la prevalenza del ritardo mentale è di 1,5-2%: anche allora l'etichetta era dieci volte più frequente della realtà.

Le case farmaceutiche che peso hanno nel mantenere in vita il più possibile questa sindrome? C'è un forte mercato dietro a tutto questo?

Che ci sia un gran mercato non ci sono dubbi, come indicavo in precedenza. E non è una novità: negli anni passati abbiamo visto bambini che venivano sottoposti alle più svariate terapie, come strisciare per terra, diete, camere iperbariche, ecc. Per quanto riguarda i farmaci non credo che la loro vendita sia maggiore di altri disturbi perché, specie per le prime età, l'intervento farmacologico è più l'eccezione che la regola. Si ha, invece, l'impressione che possano essere più le case editrici ad aumentare il loro repertorio di libri e a trovare numerosi acquirenti, almeno in certi Paesi. Ricevo regolarmente un giornale di una casa editrice inglese, dedicato allo spettro autistico il quale nel numero appena ricevuto elencava più di centotrenta libri sull'autismo con indicazioni e consigli di ogni genere che sembrano fatti per un vasto pubblico in tanti modi coinvolti su questo tema.

BIBLIOGRAFIA DI RIFERIMENTO

- Liu K., Bearman P.S. (2015), *Focal Points, Endogenous Processes, and Exogenous Shocks in the Autism Epidemic*, «Sociological Methods & Research» vol.44, n.2, pp. 272-305, doi: 10.1177/00491241124112460369
- Huang A.X. et al. (2013), *Children with Autism in the People's Republic of China: Diagnosis, Legal Issues, and Educational Services*, «Journal of Autism and Developmental Disorders», vol. 43, n.9, pp. 1991-2001, doi: 10.1007/s10803-012-1722-6
- Zappella M., Bertelli M.O. (2012), *Guidelines of the Italian National Institute of Health on "The treatment of autism spectrum disorders in children and adolescents": limits and implications*, «Journal of Psychopathology», n. 4, pp. 322-327, www.jpsychoopathol.it/wp-content/uploads/2015/07/04-zappella1.pdf
- Weitlauf A.S., Vehorn A., Taylor J.L., Warren Z.E. (2012), *Relationship satisfaction, parenting stress, and depression in mothers of children with autism*, «Autism: the international journal of research and practice» n. 18, doi: 10.1177/1362361312458039
- Fernell E. et al. (2011), *Early intervention in 208 Swedish preschoolers with autism spectrum disorder. A prospective naturalistic study*, «Research in Development Disabilities», vol. 32, n. 6, pp. 2092-2101, doi: 10.1016/j.ridd.2011.08.002
- Kim Y.S. et al. (2011), *Prevalence of autism spectrum disorders in a total population sample*, «American Journal of Psychiatry», vol. 168, n.9, pp. 904-912, doi: 10.1176/appi.ajp.2011.10101532
- Hobson J. (2010), *The self in autism*, «Autism: the international journal of research and practice» vol. 14 n. 5, pp. 387-389, doi: 10.1177/1362361310372379
- Cederlund M. (2008), *Asperger Syndrome and Autism: A Comparative Longitudinal Follow-Up Study More than 5 Years after Original Diagnosis*, «Journal of Autism and Developmental Disorders», vol. 38, n.1, pp. 72-85, doi: 10.1007/s10803-007-0364-6
- Turner L.M., Stone W.L., (2007), *Variability in outcome for children with an ASD diagnosis at age 2*, «The Journal of Child Psychology and Psychiatry» vol. 48, pp. 793-802, doi: 10.1111/j.1469-7610.2007.01744.x
- Zappella M. (2002), *Early-onset Tourette syndrome with reversible autistic behaviour: a dysmaturational disorder*, «European Child and Adolescent Psychiatry» n11, pp. 18-23
- Rutter M., et al. (1999), *Quasi-autistic Patterns Following Severe Early Global Privation* «The Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines» vol. 40, n. 4, pp. 537-549
- Rutter M., (1970), *Psychological Development. Predictions from Infancy*, «The Journal of Child Psychology and Psychiatry» vol. 11, pp. 49-62, doi: 10.1111/j.1469-7610.1970.tb01012.x