



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA

Dipartimento di Psicologia Generale

**Dipartimento di Psicologia dello Sviluppo e della
Socializzazione**

**Corso di Laurea in Scienze Psicologiche Cognitive e
Psicobiologiche**

Elaborato finale

**LE INFLUENZE RECIPROCHE TRA DISTURBI
DELL'ATTACCAMENTO E DISTURBI DELLO
SPETTRO AUTISTICO NELLA DIAGNOSI E
NELL'INTERVENTO**

*The reciprocal influences between Attachment Disorders and Autism
Spectrum Disorders in diagnosis and intervention*

Relatrice

Prof.ssa Bonichini Sabrina

Laureanda: Morucci Silvia

Matricola: 1220747

Anno Accademico: 2021/2022

La neurodiversità fa parte della nostra genetica e della nostra evoluzione come specie. I geni per l'autismo non sono errori, ma piuttosto il risultato di variazioni nel genoma umano che ha e continuerà ad avere vantaggi per la società (MacEachron, 2019).

Indice

1. Definizione dei due disturbi.....	1
1.1 I Disturbi dell'Attaccamento	1
1.2 I Disturbi dello Spettro Autistico	4
2. La ricerca, oggi	9
2.1 L'attaccamento in bambini con ASD	9
2.2 Doppia diagnosi di ASD e RAD/DSED	12
2.3 I maltrattamenti non causano l'ASD	16
3. La ricerca, domani	19
3.1 Dalla diagnosi alla formulazione del caso.....	19
3.2 Interventi per l'ASD basati sull'attaccamento	20
3.3 Necessità di strumenti adeguati alla valutazione dell'attaccamento nell'ASD	24
3.4 Possibili ricadute applicative in abito psicologico	25
4. Bibliografia	I

Durante i mesi estivi del 2021 ho svolto il tirocinio pre-lauream triennale presso Spazio Autismo, studio clinico del consorzio di cooperative sociali Sol.Co.Mantova specializzato nella presa in carico di bambini, ragazzi ed adulti con disturbo dello spettro autistico. Essendo a conoscenza delle compromissioni nell'area sociale che generalmente si possono riscontrare nelle persone con questa diagnosi ed essendo per me l'attaccamento un costrutto di particolare interesse, nell'osservare i pazienti del centro e i loro genitori ricongiungersi e interagire al termine di ogni terapia, mi sono spesso chiesta quale tipo di legame affettivo potessero riuscire a stabilire e tramite quali modalità. A partire da tale quesito ho trovato spunto per il seguente elaborato.

1. Definizione dei due disturbi

Per approfondire tale questione è utile prendere in considerazione la definizione dei disturbi dell'attaccamento e dei disturbi dello spettro autistico proposta dal manuale diagnostico DSM-5 (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 5th ed.) (American Psychiatric Association [APA], 2013), oltre a valutare l'evoluzione delle concettualizzazioni ad essi riferiti. Da una parte il passaggio alla teoria dell'attaccamento moderna, dall'altra l'auspicio al modellamento del paradigma medico sul concetto di neurodiversità.

1.1 I Disturbi dell'Attaccamento

Il sistema di attaccamento si costituisce come un'organizzazione psichica interna stabile che comprende sentimenti, ricordi, desideri, aspettative e intenzioni particolarmente rilevanti per lo stabilirsi e il perdurare del legame di attaccamento, costituendo anche la base per la costruzione di nuovi rapporti interpersonali (Tambelli, 2017). All'interno della diade primaria si riscontra quindi una predisposizione biologica fondamentale a ricercare attivamente modalità per entrare nella relazione con le figure di accudimento (*caregiver*), le quali invece hanno una predisposizione al rispecchiamento empatico degli affetti.

A John Bowlby va il merito di aver trasferito il concetto di attaccamento dall'etologia, nell'ambito della quale aveva il significato di sistema comportamentale attivato dalla

paura necessario agli animali per la sopravvivenza, alla psicoanalisi (Hill & Tambelli, 2017). Secondo la nuova accezione, in una situazione di pericolo che determina una reazione di paura, nel bambino si disattiva il sistema di esplorazione e si attiva quello di attaccamento, che lo porta a spostare la sua attenzione alla ricerca dello sguardo del caregiver. Una volta che esso ha agito da base sicura, il bambino rassicurato può tornare ad esplorare l'ambiente. Le interazioni della diade vanno a imprimersi nella forma di ricordi procedurali impliciti che si stabilizzano in quello che Bowlby chiama *modello operativo interno di attaccamento* (Bowlby, 1973 in Hill & Tambelli, 2017): uno schema cognitivo che assolve le funzioni di valutazione e predizione delle relazioni interpersonali presenti e future. Le sue idee hanno posto le fondamenta per il successivo sviluppo di teorie che tentano di integrare le conoscenze acquisite negli ambiti della psicologia e della biologia.

Tali concetti vengono infatti ripresi e riformulati all'interno della teoria dell'attaccamento moderna, teorizzata da Allan Schore, la quale determina il passaggio dalla sfera comportamentale e psicologica alla teoria psiconeurobiologica dello sviluppo (Schore, 1994, 2003, 2006, 2008 in Hill & Tambelli, 2017). In quest'ottica viene messo in luce il ruolo dei caregiver primari in quanto regolatori esterni degli stati affettivi del bambino. Un caregiver sicuro risulta essere colui che è capace di sintonizzare i propri stati affettivi con quelli del bambino, andando ad abbassare o innalzare il livello di *arousal* tramite una connessione tra i due sistemi nervosi della diade. Essendo la retina l'unico sito che il sistema nervoso estende sulla superficie corporea, è tramite il contatto oculare che avviene tale collegamento diretto. In questo modo, il bambino avrà maggiori probabilità di sviluppare un sistema nervoso autonomo bilanciato, cioè con attivazioni reciproche in equilibrio tra sistema simpatico e parasimpatico, rendendo possibile la tolleranza affettiva e la responsività flessibile. Le ripetute transizioni tra regolazione e disregolazione vengono internalizzate nella forma di istruzioni operative, sulla base delle quali si strutturano pattern psicobiologici di regolazione diadica e di autoregolazione che permangono per tutto il corso della vita (Schore, 1994 in Hill & Tambelli, 2017). La regolazione affettiva costituisce infatti uno dei compiti di sviluppo fondamentali che ogni bambino deve assolvere adeguatamente per potersi sviluppare secondo una linea evolutiva funzionale.

Si possono differenziare quattro tipi diversi di attaccamento a seconda dell'atteggiamento che il bambino tiene per la maggior parte del tempo verso le proprie figure di riferimento (Tambelli, 2017). Possiamo parlare di attaccamento: sicuro, proprio di quei bambini che, riponendo fiducia nella disponibilità del caregiver, sono in equilibrio tra i movimenti di esplorazione e di attaccamento; evitante, il quale si esprime in distacco ed evitamento delle interazioni; ambivalente-resistente, caratterizzato da manifestazioni di rabbia eccessiva e dalla scarsa inclinazione a usare il caregiver come base sicura; disorganizzato, con comportamenti atipici in risposta ai maltrattamenti subiti dai genitori. La qualità del legame genitore-bambino andrà a modellare la stabilità delle relazioni interpersonali future dell'individuo (Hill & Tambelli, 2017).

Oltre a tali differenze individuali nelle modalità di attaccamento, i manuali diagnostici classificano due disturbi più stabili e generalizzanti che comportano profonde difficoltà nello stabilire una relazione significativa con i caregiver. Nello specifico, il DSM-5 (APA, 2013) distingue due diversi disturbi: il disturbo reattivo dell'attaccamento (*Reactive Attachment Disorder*, RAD) e il disturbo da impegno sociale disinibito (*Disinhibited Social Engagement Disorder*, DSED). Il DSM-5 indica una prevalenza di circa il 10% per il RAD e del 20% per il DSED nei bambini gravemente trascurati e cresciuti all'interno di istituti (APA, 2013). Questi quadri clinici, a partire dalla quinta edizione, sono stati inseriti nella sezione dei "disturbi correlati a eventi traumatici e stressanti". In tal modo è stata messa in evidenza la comune eziologia che corrisponde ad un pattern estremo di cure insufficienti, che si esplica in trascuratezza, mancanza di soddisfazione dei fondamentali bisogni emotivi di conforto e ripetuti cambiamenti di caregiver primari. I due disturbi si differenziano nell'espressione sintomatologica, in quanto, bambini con RAD mostrano una responsività sociale limitata, provano emozioni positive ridotte, incorrono in episodi di irritabilità ingiustificata e quando provano disagio raramente cercano o rispondono al conforto. Invece, per la diagnosi di DSED devono essere, tra gli altri, soddisfatti i criteri di assente reticenza nel relazionarsi con adulti non familiari, di comportamento eccessivamente familiare e di disponibilità ad allontanarsi con un adulto sconosciuto con esitazione minima. Inoltre, entrambi i disturbi tendenzialmente portano nel tempo allo sviluppo di stereotipie, ritardi nello sviluppo cognitivo, motorio e linguistico, ma anche sintomi depressivi (RAD) e problematiche esternalizzanti (DSED) (APA, 2013).

1.2 I Disturbi dello Spettro Autistico

Secondo il DSM-5 (APA, 2013) i disturbi dello spettro autistico (*Autism Spectrum Disorders*, ASD) sono caratterizzati dalla presenza lungo un continuum di “deficit persistenti della comunicazione sociale e dell’interazione sociale in molteplici contesti” e di “pattern di comportamento, interessi o attività ristretti, ripetitivi”. La quinta edizione del manuale diagnostico prevede delle modifiche sostanziali nella concettualizzazione di questo disturbo. Infatti, nell’etichetta diagnostica rientrano il disturbo autistico, il disturbo di Asperger, la sindrome di Rett, il disturbo disintegrativo dell’infanzia e della fanciullezza e i disturbi pervasivi dello sviluppo non altrimenti specificati. Il concetto di *spettro* è stato inserito per rimarcare il fatto che le manifestazioni individuali del disturbo sono decisamente diversificate fra loro; anche se i criteri diagnostici centrali restano, ogni persona con questa diagnosi ha caratteristiche, difficoltà e potenzialità molto specifiche. Ne è una efficace esemplificazione il fatto che molte persone con autismo abbiano un’ipersensibilità agli stimoli sensoriali e mostrino reazioni di paura, rabbia o fastidio in risposta a luci, suoni forti o improvvisi e consistenze particolari. Al contrario, molte altre, presentano un’iposensibilità che può manifestarsi nel non provare dolore, assaggiare sostanze dannose e annusare oggetti di vario genere (Tambelli, 2017). Un’altra aggiunta apportata dal DSM-5 è la possibilità di determinare il livello di gravità in base alla severità delle compromissioni nella comunicazione sociale e dei pattern di comportamenti ristretti e ripetitivi. In base al livello, che viene assegnato su una scala a tre punti, si determina anche la tipologia di supporto necessario per il funzionamento della persona.

In molti casi, i bambini con ASD non parlano di sé, non usano i gesti per comunicare, possono sembrare sordi, non rispondono quando vengono chiamati per nome, non comprendono il significato di parole astratte, di proverbi e dei modi di dire (APA, 2013). Spesso si angosciano quando percepiscono dei cambiamenti, usano i giochi non come simboli, ma in modo meccanico, possono giocare per ore sempre nello stesso modo, presentano movimenti bizzarri e ripetuti come il dondolio o l’agitare delle mani. Possono avere difficoltà a stare o giocare con i pari, ad imitarli e a condividere oggetti con gli altri ed evitano il contatto visivo. Di frequente, è possibile notare una mancanza di ricerca spontanea della condivisione di gioie o interessi con altre persone e un deficit nell’instaurare, mantenere e comprendere le relazioni sociali. Nei casi più gravi, possono

avere una completa assenza di interesse verso ciò che le altre persone fanno o dicono. Per quanto riguarda lo sviluppo del disturbo, in adolescenza si può talvolta osservare un miglioramento in alcune abilità grazie all'apprendimento o a compensazioni, accompagnato però da un livello di sofferenza maggiore dovuto allo stigma che ruota attorno alla loro etichetta diagnostica (APA, 2013). Indipendentemente dal livello di gravità o dai possibili miglioramenti, i sintomi permangono per tutto il corso della vita. Vivere autonomamente in un mondo pensato da e per “neurotipici” appare ad oggi estremamente raro, soprattutto nei casi in cui all'autismo sono associati una disabilità intellettiva o un disturbo psichiatrico. Infatti, anche per gli individui con buone capacità intellettive e linguistiche, le difficoltà nell'organizzazione, nella pianificazione e nella collaborazione in un gruppo rendono complesso lavorare nei comuni contesti lavorativi.

I genitori solitamente descrivono un deterioramento, graduale o rapido, nelle abilità relazionali e linguistiche, che può segnalare la necessità di un'indagine più approfondita. La diagnosi viene posta mediamente tra i 2 e i 3 anni, anche se, sono individuabili possibili precursori già prima dei 12 mesi (APA, 2013). Gli studi epidemiologici internazionali hanno riportato un incremento generalizzato della prevalenza di ASD. I *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC) di Atlanta, che conducono da anni una ricerca epidemiologia in 11 stati USA su bambini di 8 anni, nel 2000 hanno registrato la presenza di un bambino con diagnosi di ASD su 150 (0.6%), nel 2014 di un bambino su 59 (1.69%), mentre nel 2016 hanno riportato la prevalenza più alta in letteratura: un caso ogni 54 bambini (1.85%) (Tambelli, 2017; Associazione Nazionale Genitori per Sone con Autismo, 2015). A livello nazionale, non si dispone ancora di dati specifici, con la sola eccezione di uno studio dell'Osservatorio Nazionale Autismo dell'Istituto Superiore di Sanità (Ministero della Salute, 2022), che registra una prevalenza di circa un bambino su 77 (1.29%). Secondo Tambelli (2017), le cause di tale incremento non sono del tutto chiare, ma possono essere spiegate considerando la co-occorrenza di diversi fattori: la maggiore definizione dei criteri diagnostici del DSM-5, la crescente sensibilizzazione degli operatori e della popolazione generale e l'aumento dei servizi sanitari dedicati all'individuazione dei casi. Non è detto, dunque, che questo incremento coincida con una reale maggiore presenza del disturbo nella popolazione, in quanto può essere in parte spiegato dal fatto che rispetto al passato si assegnano più diagnosi. L'individuazione

precoce degli individui con ASD consente la predisposizione di interventi mirati ad aumentare le abilità e le autonomie, sfruttando la maggiore plasticità neurale dovuta all'età e, di conseguenza, la maggiore possibilità di modificare positivamente e stabilmente le traiettorie evolutive. Alla luce di tale incremento, indipendentemente dalle effettive cause, appare chiaro che negli anni a venire la conoscenza e la comprensione dello spettro autistico diventeranno ancora più pregnanti.

Anche per quanto riguarda l'eziologia dell'ASD, manca un accordo; nonostante ciò, si è assistito ad un profondo mutamento nel modo in cui viene concepito l'autismo dalla società in generale, oltre che dalla comunità scientifica. Le prime concettualizzazioni dell'autismo vennero formalizzate da psichiatri, all'interno di una prospettiva psicodinamica e con una determinante focalizzazione sul contesto ambientale di sviluppo. Tale idea si ritrova nella definizione iniziale del 1943 del pediatra americano Leo Kanner, secondo il quale l'autismo si configura come un disturbo del contatto affettivo, caratterizzato da un'innata incapacità a intrattenere rapporti con le persone (Kanner, 1943 in Tambelli, 2017). Egli attribuiva alla freddezza emotiva delle famiglie la ragione dell'impossibilità di tali bambini di uscire dallo stato di isolamento, che li destina a restare in una *condizione autistica primaria*. Similmente, negli anni Sessanta, l'idea prevalente sull'eziologia dell'autismo era quella teorizzata dallo psicoanalista austriaco Bruno Bettlheim, il quale definiva l'autismo come un meccanismo di difesa che il bambino usa per fronteggiare l'angoscia causata dal radicale rifiuto della madre verso la sua stessa esistenza (Bettlheim, 1967 in Tambelli, 2017). La *madre frigorifero*, con la sua carenza di contatto fisico e di coinvolgimento affettivo, causa nel proprio figlio un progressivo ritiro dal mondo. Questa concettualizzazione creò una collettiva colpevolizzazione verso la madre e una negazione delle cause genetiche e organiche del disturbo. Attualmente, invece, la visione più diffusa è quella riportata all'interno del DSM-5 (APA, 2013) secondo la quale, il disturbo può essere causato da una varietà di fattori ambientali, quali l'età avanzata dei genitori o il basso peso alla nascita, e di fattori genetici. Si stima, tramite gli studi su gemelli, che l'ereditarietà dell'autismo vari tra il 37 e il 90%, posizionandolo tra le patologie psichiatriche con il più alto contributo di fattori genetici. Data la vasta variabilità dello spettro, è complesso determinare con certezza quali sono i geni implicati e quali le possibili mutazioni che agiscono su di essi.

Il paradigma medico convenzionale affronta quindi l'autismo come una disabilità radicata all'interno degli individui che si manifesta con dei deficit rispetto ad un livello "normale" di abilità. In linea con questa percezione di disabilità, ritenuta una caratteristica indesiderabile dell'individuo, il trattamento mira a portare le abilità di un individuo in linea con la norma accettata (Pellicano & Houting, 2021). Gli autori hanno anche evidenziato quelle che sono le carenze del paradigma medico. Esso, infatti, ha come obiettivo quello di trovare i meccanismi causali dell'autismo, ma ad oggi non è possibile identificare delle verità scientifiche accettate universalmente. Inoltre, il focus è sui deficit rispetto alla "norma" e se si parla di punti di forza questi vengono chiamati "isole di abilità, in un mare di deficit". Tale visione, basata essenzialmente sulle mancanze, ha portato negli anni al radicarsi di uno stigma, al focalizzarsi dell'attenzione direttamente sull'individuo, all'esclusione dall'analisi e dal trattamento dei fattori sociali e ambientali del contesto. Un'ulteriore obiezione al paradigma medico convenzionale è la tendenza a non prendere in considerazione il parere delle persone autistiche all'interno dell'agenda di ricerca e nei gruppi in cui si prendono decisioni sulle loro vite.

A partire da tali critiche, oggi si sta sempre più diffondendo il concetto di neurodiversità, del quale ha parlato per la prima volta nel 1998 Judi Singer, sociologa e giornalista con diagnosi di autismo. "Neurodiversità si riferisce alla vastità che esiste nella neurobiologia umana. Ci sono innumerevoli modi in cui il cervello e la mente umani possono svilupparsi, sia strutturalmente che funzionalmente." (Pellicano & Houting, 2021) Secondo Baron-Cohen (2017) il fatto che esistano delle differenze neurali, sinaptiche, volumetriche e strutturali tra il cervello "autistico" e quello "tipico", non determina necessariamente una neuropatologia, ma, semplicemente, porta all'evidenza di uno sviluppo cerebrale diverso. Tale paradigma rifiuta l'idea che la divergenza dalla norma sia un difetto da correggere e che lo sviluppo neurotipico sia lo sviluppo "corretto". La neurodiversità ha quindi portato l'attenzione sulla necessità di creare degli ambienti che non siano ostili alle persone con autismo, le quali hanno talvolta abilità carenti e delle reazioni emotive forti proprio a causa dell'assetto degli ambienti che sono pensati per "neurotipici". Basti pensare alle normali scuole che sono ampie, rumorose, dispersive, che richiedono frequenti cambi d'aula e prevedono momenti di ricreazione particolarmente caotici (Pellicano & Houting, 2021). Bambini e adolescenti con autismo,

che nella maggior parte dei casi sono ipersensibili ai suoni, si troveranno in difficoltà e potrebbero di conseguenza isolarsi, perdendo così occasioni per creare legami sociali e per apprendere conoscenze scolastiche. Inoltre, una strategia da attuare è sicuramente quella di includere gli autistici nei processi di ricerca, in modo che le modifiche attuate siano realmente e concretamente utili e di supporto.

Neurodiversità è un termine che è legato al concetto molto più familiare di biodiversità. Noi ora riconosciamo l'importanza di rispettare il nostro ambiente, con la ricchezza di diversità di forme di vita che ci abitano all'interno. Per molti versi il concetto di neurodiversità è solo il prossimo passo all'interno di questo modo di pensare più rispettoso verso il nostro pianeta e le nostre popolazioni (Baron-Cohen, 2017).

2. La ricerca, oggi

Prendendo in considerazione le definizioni e le caratteristiche sintomatologiche di questi due disturbi, appare subito chiaro che essi sono accomunati da profonde difficoltà nelle relazioni sociali. La ricerca oggi si pone, tra gli altri obiettivi, quello di comprendere come i due disturbi interagiscono, quali caratteristiche hanno in comune, quali elementi li differenziano e come (e se) possono essere distinti al momento della diagnosi.

2.1 L'attaccamento in bambini con ASD

Storicamente, i disturbi dell'attaccamento sono stati considerati parte della sintomatologia dell'autismo. Ne sono una dimostrazione le convinzioni sull'eziologia dell'ASD portate avanti dalle teorie psicomodinamiche di Kanner e Bettlheim precedentemente citate (Tambelli, 2017). Ad oggi, le ricerche che si pongono l'obiettivo di determinare quale sia lo stile di attaccamento prevalente nei bambini con autismo sono numerose, ma registrano risultati discordanti. Infatti, secondo molti studi, bambini con ASD mostrano un'insicurezza nell'attaccamento maggiore rispetto a bambini tipici; al contrario, altri studi riportano livelli di sicurezza paragonabili a quelli riscontrati in bambini tipici, dimostrando che è per loro possibile anche instaurare dei legami stabili e duraturi con le altre persone (McKenzie & Dallos, 2017). Per queste ragioni, non si è ancora giunti a concordare delle stime di prevalenza degli stili di attaccamento nella popolazione autistica e i risultati ottenuti fino ad ora sono per lo più contrastanti.

Va però detto che, per poter parlare di attaccamento sicuro in persone con ASD, è necessario accettare una modifica sostanziale della teoria dell'attaccamento (McKenzie & Dallos, 2017). Essa, infatti, pone come manifestazione principale di un attaccamento sicuro la prossimità e la ricerca attiva del caregiver primario nel tentativo di ricevere una regolazione affettiva. Solamente i bambini con un attaccamento profondamente disorganizzato, in caso di pericolo, evitano la vicinanza dei propri genitori e il loro conforto. Tuttavia, proprio la mancanza di ricerca di contatto fisico è uno dei sintomi necessari per assegnare la diagnosi di autismo. Di conseguenza, se si vuole ammettere la possibilità di un attaccamento sicuro in bambini con autismo, è necessario accettare che questo per loro può non corrispondere ad una spinta a stare vicino alla loro fonte primaria

di sicurezza. Riprendendo la concettualizzazione dell'attaccamento proposta dalle teorie etologiche, la sua funzione può essere considerata non prevalentemente sociale, ma piuttosto di protezione individuale di fronte alla possibilità di un pericolo (McKenzie & Dallos, 2017).

Fatta questa importante premessa, è possibile passare a considerare le difficoltà che una diagnosi di disabilità può comportare nella formazione di interazioni sociali funzionali. I genitori di bambini con una disabilità dello sviluppo sono maggiormente esposti al rischio di presentare difficoltà relazionali. Tra i vari fattori causali, va considerato anche lo stress apportato dalla diagnosi stessa all'interno dell'ambiente familiare. Nello specifico poi, i bambini autistici e le loro famiglie sono particolarmente a rischio di sviluppare un attaccamento insicuro a causa della mancanza di competenze comunicative e relazionali associate ai sintomi autistici (McKenzie & Dallos, 2017). Ne è un chiaro esempio la difficoltà delle persone con autismo nel guardare direttamente negli occhi il proprio interlocutore. Questo stesso contatto visivo così carente è però fondamentale all'interno delle relazioni diadiche perché genitore e bambino possano regolarsi reciprocamente a livello affettivo. Nonostante i tentativi per entrare in relazione con i propri figli, i caregiver possono registrare una mancanza di risposta alle loro stimolazioni, una reazione di distacco e di paura alla vicinanza fisica oppure un atteggiamento aggressivo quando provano ad entrare all'interno del loro gioco.

In aggiunta a ciò, come riportato da uno studio di Maxwell et al. (2013), spesso nelle famiglie con bambini autistici sono presenti genitori con tratti autistici. Il fenotipo autistico vasto (*Broad Autism Phenotype*, BAP) si definisce come un'espressione subclinica più lieve del fenotipo dell'autismo che comprende ritiro sociale, linguaggio pragmatico, scarsa regolazione emotiva e rigidità comportamentale. Gli autori hanno svolto uno studio ponendosi due obiettivi: determinare la prevalenza del BAP presso genitori di bambini con diagnosi di autismo e valutare le relazioni tra sintomi autistici nei genitori e difficoltà relazionali nei figli con ASD. Hanno, quindi, reclutato come partecipanti 129 bambini a sviluppo tipico (*Typical Developing Children*, TDC), 245 bambini con ASD e i loro rispettivi genitori. Ai genitori sono stati sottoposti due questionari: uno, il *Broad Autism Phenotype Questionnaire* (BAPQ; Hurley et al., 2007

in Maxwell et al., 2013), per valutare i loro tratti autistici subclinici e uno, il *Social Responsiveness Scale* (SRS; Costantino & Gruber, 2002 in Maxwell et al., 2013), riguardante i comportamenti sociali attuali e passati dei figli, come ad esempio motivazione, cognizione e comunicazione sociale. Analizzando i risultati, gli autori hanno riscontrato che, rispetto al gruppo TDC, più genitori nel gruppo ASD hanno ottenuto punteggi sopra soglia nel BAPQ e presentano quindi i sintomi caratteristici del BAP (nello specifico, 21% dei padri e 10% delle madri nel gruppo ASD, contro 7% dei padri e 1% delle madri nel gruppo TDC). Appare dunque evidente quanto sia più frequente che i genitori abbiano tratti del BAP nelle famiglie in cui almeno un figlio ha una diagnosi di ASD, piuttosto che in quelle con figli “neurotipici”. Un altro interessante risultato è la forte associazione tra elevati tratti autistici dei genitori e la scarsa responsività sociale dei figli ASD, anche se non è ancora del tutto chiaro in che modo la presenza e la gravità del BAP nei genitori possa causare maggiori livelli di sintomi autistici nei figli, quando essi hanno una diagnosi di ASD. Gli autori poi sottolineano che, pur trattandosi di una ricerca di tipo correlazionale, i risultati potrebbero dimostrare la presenza di una responsabilità genetica condivisa tra genitori e prole; si rendono quindi necessarie ulteriori analisi che confermino quella che, per ora, resta una stimolante ipotesi. Sulla base di studi come questo si potrebbe ipotizzare che la presenza di tratti autistici subclinici possa rendere, per i genitori, ancora più complesso instaurare con i propri figli dei rapporti stabili a causa delle difficoltà affettive che loro stessi hanno.

Un altro aspetto da considerare secondo McKenzie e Dallos (2017) è la possibilità che si instauri un processo di *feedback* circolare. Nei contesti familiari in cui c'è una persona con ASD può accadere che i sintomi autistici interagiscano con le insicurezze nelle relazioni di attaccamento con i caregiver primari. Infatti, secondo lo schema presentato dagli autori, i sintomi autistici determinano un aumento della tensione in famiglia, il deterioramento delle relazioni e reazioni negative provenienti dal contesto sociale allargato. Tali fattori aumentano la probabilità che si costituisca un attaccamento di tipo insicuro, sulla base anche delle dinamiche familiari dei genitori presenti e passate. Lo stile di attaccamento insicuro a sua volta può originare un senso di colpa nei genitori che si sentono giudicati dagli altri, inutili nell'accudimento dei figli e sfiniti poiché non ricevono le risposte che si aspetterebbero. Questi sentimenti a loro volta generano una

bassa capacità di *coping* e una disconnessione affettiva nei confronti dei figli, elementi che non stimolano la remissione dei sintomi autistici. Dall'analisi di questo processo si può comprendere quanto siano determinanti nella vita dei bambini autistici le capacità di risposta affettiva e di gestione delle problematiche dei genitori.

2.2 Doppia diagnosi di ASD e RAD/DSED

Secondo i tre maggiori sistemi di classificazione (DSM-5, ICD-10, DC:0-5) non è possibile fare una doppia diagnosi di ASD e RAD. Infatti, una delle condizioni per assegnare l'etichetta diagnostica di disturbo reattivo dell'attaccamento è che non siano soddisfatti i criteri per il disturbo dello spettro autistico. Inoltre, secondo il DSM-5 (APA, 2013) è sempre possibile differenziare quando si tratta di una diagnosi e quando dell'altra prendendo in considerazione la storia di vita del paziente. Nel caso del RAD è presente un vissuto di grave trascuratezza sociale, cosa che raramente invece si può ritrovare in bambini con ASD.

Come è già stato detto, i disturbi dell'attaccamento e i disturbi dello spettro autistico condividono però una compromissione della sfera emotiva e relazionale. Bambini con una delle due diagnosi tendono ad avere uno stile egocentrico di relazione e una mancanza di consapevolezza delle sottili variazioni di interazione sociale che sono necessarie per sviluppare legami di successo con altre persone (Moran, 2010). Per comprendere come essi si differenziano, in uno studio di Mayes et al. (2017) sono stati messi a confronto 506 bambini divisi in due gruppi: uno con una diagnosi di ASD e l'altro con una diagnosi di RAD o di DSED. Sono quindi stati analizzati i sintomi manifestati dai bambini ed è stato possibile identificarne nove, presenti solo nei casi di ASD. Essi sono:

- interessi ristretti e ossessivi;
- gioco stereotipato e ripetitivo (es. allineare oggetti);
- stereotipie (es. battere e ruotare le mani);
- desiderio di movimento (es. corsa, salti e oscillazione eccessivi);
- angoscia nella folla;
- attrazione per i movimenti ripetitivi (es. ventilatori);
- preferenze alimentari limitate e/o ipersensibilità alla consistenza del cibo;

- ritardi nello sviluppo motorio e linguistico;
- paure insolite (es. ascensori, tornado e piccoli spazi).

I risultati di questa ricerca potrebbero essere utili ai clinici per fare una diagnosi differenziale tra i due disturbi e assicurare così un trattamento adeguato alle specifiche difficoltà e compromissioni manifestate dalla persona. Infatti, anche se, come si è detto, è auspicabile il passaggio al concetto di neurodiversità, ad oggi il paradigma maggiormente utilizzato all'interno dei centri diagnostici è quello medico. Di conseguenza, resta fondamentale l'assegnazione dell'etichetta diagnostica corretta.

Il DSM-5 (APA, 2013) riporta, però, molti sintomi comuni ai due disturbi, in quanto, bambini piccoli con una diagnosi di ASD o di RAD, possono mostrare espressioni di emozioni positive lievi, ritardi cognitivi, ritardi del linguaggio, una compromissione nella reciprocità sociale e comportamenti stereotipati come dondolare o oscillare. Sulla base di questo è stata sviluppata una griglia che riassume le aree comuni tra i due disturbi, a partire da osservazioni cliniche su pazienti. La *Coventry Grid* (Moran, 2010) nasce per fornire un supporto ai clinici che, al momento della valutazione di un caso, si trovano in dubbio tra una diagnosi di autismo e una di RAD/DSED. Essa, infatti, elenca otto domini sintomatici che si possono riscontrare in entrambe le classi di disturbi, ma che si manifestano solitamente in modalità differenti, a seconda della etichetta diagnostica poi assegnata (Tabella 1).

<i>DOMINI SINTOMATICI</i>	<i>PRESENTAZIONE TIPICA NELL'ASD</i>	<i>PRESENTAZIONE TIPICA NEL RAD/DSED</i>
Mancanza di flessibilità del pensiero e del comportamento	Angosciato quando una routine o un rituale non può essere completato (ad es. quando non può seguire il solito percorso a causa di lavori stradali)	Attende nuove esperienze, ma non può gestire le emozioni che provocano (ad es. può non far fronte a eccitazione o delusione)
	Può avere una dieta ristretta sulla base di consistenza, colore, forma dei cibi e non è facilmente incoraggiato dai caregiver a mangiare	Può essere persuaso a mangiare da adulti vicini
	Ecolalia e ripetizione di parole scelte per il loro suono piuttosto che per il loro uso comunicativo	Linguaggio ripetitivo simile a quello di bambini più piccoli

	Mostra una preferenza per gli oggetti vecchi e familiari piuttosto che per quelli nuovi e fa spesso collezioni	Sono apprezzati i giochi nuovi, può distruggere degli oggetti emotivamente significativi quando arrabbiato
Gioco	Preferisce giocare da solo o in parallelo con altri e non è interessato a giocare con i caregiver	Preferisce giocare con altri che possono vederlo vincere e con adulti piuttosto che bambini
	Può giocare con oggetti inusuali, con un uso meccanico e trascorrere il tempo organizzandoli secondo un ordine preciso	Usa i giochi per attrarre l'attenzione di altri bambini, può creare giochi che includano le sue stesse esperienze traumatiche
Scarsa interazione sociale	Le interazioni sono unilaterali ed egocentriche	Possono fare tentativi insistenti per interagire con adulti piuttosto che con i pari
	Non vede nessun valore nella condivisione di attività	È consapevole dell'importanza di condividere, ma ne è angosciato
Lettura degli stati mentali	Raramente si riferisce al punto di vista o agli stati emotivi altrui	Può essere manipolativo o eccessivamente compiacente ed estremamente attento riguardo le emozioni altrui
	Mancanza di consapevolezza delle opinioni altrui su di sé	Attira l'attenzione lontano dai propri fallimenti e verso i propri successi
	Può non realizzare che cartoni e giochi non sono reali	Può non essere in grado di distinguere se una minaccia sia reale o meno
Comunicazione	La vicinanza non segnala intimità o desiderio di contatto	La vicinanza è un segnale emotivo
	Contatto visivo scarso	Contatto visivo influenzato dallo stato emotivo
	Scarsa comprensione del linguaggio idiomatico e scarso uso di linguaggio legato alle emozioni	Possono usare un vocabolario emotivo per soddisfare le esigenze
Regolazione emotiva	Non impara facilmente la gestione delle emozioni dal modellamento	Può essere capace di imparare più facilmente da esempi non verbali e mostra reazioni emotive a persone che non conosce
	Si spaventa per il cambiamento di rituali e abitudini	Si lascia prendere dal panico se i suoi bisogni non sono soddisfatti
Problemi con le funzioni esecutive	Recupero di ricordi con dettagli eccessivi e difficoltà nel pianificare	Recupero di ricordi selettivo e fissazione su determinati eventi
Problemi di integrazione sensoriale	Può essere calmo e accettare il fastidio o angosciato ma non comunicarlo	Il disagio fisico può essere accompagnato da una reazione emotiva forte verso i caregiver

Tabella 1: sintesi delle diverse manifestazioni dei domini sintomatici comuni ai disturbi dello spettro autistico e disturbi dell'attaccamento (Moran, 2010)

Alcune analisi successive della *Coventry Grid*, tuttavia, hanno dimostrato che la sovrapposizione di sintomi è più pervasiva di quella descritta da Moran, suggerendo quindi che in alcuni casi le due condizioni non possano essere distinte (McKenzie & Dallos, 2017). Infatti, è vero che strumenti come questo possono aiutare nell'identificazione delle differenze in come i sintomi sono manifestati, ma si tratta pur sempre di un tentativo di schematizzare l'individualità e la specificità dei soggetti. Di conseguenza, nella realtà dei centri clinici, porre una diagnosi seguendo i criteri dei manuali può essere fuorviante.

Secondo Mayes et al. (2017), la decisione di porre come criterio di esclusione per il RAD la diagnosi di ASD è illogica, in quanto, quest'ultimo è un disturbo del neurosviluppo con una forte componente genetica, mentre il RAD è causato da una grave trascuratezza sociale ed emotiva. Dato che i due disturbi hanno un'eziologia così profondamente diversa, si ritiene che un bambino possa raggiungere i criteri diagnostici sia dell'autismo sia dei disturbi dell'attaccamento. Per verificare questa ipotesi Mayes et al. (2017) hanno sottoposto ad un campione formato da 20 bambini con RAD/DSED e da 486 bambini con ASD la *Checklist for Autism Spectrum Disorder* (CASD; Mayes, 2012 in Mayes et al. 2017). Tale strumento è composto da 30 *item* corrispondenti ad altrettanti sintomi autistici che il clinico, basandosi su osservazioni dirette, domande ai caregiver e informazioni provenienti dagli insegnanti, deve definire come presenti o assenti durante l'intero corso di vita. Il punteggio totale risultante è pari al numero di sintomi autistici presenti nell'individuo valutato. Analizzando i risultati dello studio in questione si è visto che 13 dei 20 (65%) bambini con RAD/DSED hanno soddisfatto anche i criteri per l'ASD. Inoltre, nonostante il DSM-5 abbia distinto il RAD dal DSED, in nessuno dei bambini presi in esame è stata riscontrata la presenza del solo RAD, che si è trovato sempre in associazione al DSED (Mayes et al., 2017). Le considerazioni viste fino ad ora, in aggiunta alle evidenze appena riportate, portano a riflettere sulla necessità di una revisione della definizione e categorizzazione di questi disturbi all'interno dei manuali diagnostici.

2.3 I maltrattamenti non causano l'ASD

La diagnosi di ASD è particolarmente standardizzata, in quanto di solito i clinici usano degli strumenti pensati inizialmente per la ricerca. La diagnosi si fa complessa nei casi di bambini per i quali si sospetta o si ha la certezza che abbiano vissuto situazioni di abbandono o abuso. Infatti, i clinici possono trovarsi a dover decidere se la diagnosi più accurata per i sintomi manifestati sia quella di ASD o di un disturbo dell'attaccamento. La maggior parte dei disturbi psichiatrici infantili è associata ad una storia familiare di psicopatologie e ha una forte componente ereditaria (Mayes et al., 2019). Non sorprende dunque che, bambini che hanno subito forme di maltrattamento durante la loro infanzia siano esposti ad un maggiore rischio di sviluppare disturbi dello sviluppo, tra i quali anche l'ASD e il RAD/DSED. Un'ipotesi che potrebbe spiegare questo fenomeno è di tipo ereditario: i genitori che hanno trascurato, abusato o abbandonato i figli trasmettono loro i propri geni, i quali, insieme ai fattori ambientali, contribuiscono alla diagnosi infantile. Seguendo questa linea di pensiero ASD e RAD/DSED possono co-occorrere e sarebbe quindi opportuna la possibilità di assegnare una doppia diagnosi nei casi che lo richiedano.

Rifacendosi alle idee sull'eziologia di stampo psicoanalitico del Novecento, si potrebbe pensare che una delle cause dell'autismo sia il maltrattamento o l'incuria. Infatti, dato l'alto numero di casi di ASD tra i bambini provenienti dagli orfanatrofi, alcuni autori hanno ipotizzato che l'autismo potrebbe essere una conseguenza dall'abbandono da loro sperimentato (Mayes et al., 2019). Essi chiamano questa condizione "pattern quasi-autistico" oppure "sindrome autistica post-istituzionalizzazione". Uno studio di Mayes et al. (2019) si è quindi posto l'obiettivo di comprendere empiricamente se tali ipotesi potessero trovare un riscontro. Per fare questo, hanno confrontato i sintomi autistici manifestati da due gruppi di bambini: uno con una storia di maltrattamenti e un altro senza. È stato individuato un campione di 789 bambini e ragazzi con diagnosi di ASD di età compresa tra i 2 e i 17 anni, di cui 89 (11.3%) con una storia di maltrattamenti, quali abbandono, abuso sessuale e/o violenza fisica. A tutti i loro caregiver è stata sottoposta la *Checklist for Autism Spectrum Disorder* (Mayes, 2012 in Mayes et al. 2017) e raccolto in questo modo il numero di sintomi autistici manifestati. È stata quindi fatta un'analisi dei punteggi medi del CASD, che sono risultati simili tra i bambini autistici maltrattati e non

maltrattati. Gli autori hanno così dimostrato che l'autismo non può essere causato da abbandono e che la presenza di sintomi autistici in un bambino è indipendente dal fatto che abbia subito dei maltrattamenti.

Per i bambini con diagnosi di autismo e le loro famiglie è possibile instaurare un attaccamento di tipo sicuro, ma esso spesso si esplicita per mezzo di modalità comportamentali differenti da quelle individuate tipicamente. Tramite l'analisi della letteratura scientifica esistente in questo campo è stato possibile comprendere che tra ASD e RAD/DSED esistono differenze significative, ma anche un'ampia sovrapposizione di sintomi. Anche se i manuali diagnostici maggiormente utilizzati ad oggi non ne danno la possibilità, sarebbe utile in determinati casi poter rilasciare una doppia diagnosi. L'aver subito maltrattamenti durante l'infanzia espone i bambini ad un rischio maggiore di sviluppare una psicopatologia, ma non è stato riscontrato nessun nesso causale tra essi e una successiva diagnosi di autismo.

3. La ricerca, domani

Sulla base delle premesse esposte fino a qui, la ricerca futura si dovrebbe focalizzare sul ripensare la modalità per fare diagnosi di questi due disturbi, aspirando ad una formulazione del caso. Saranno certamente utili degli interventi pensati per migliorare le abilità relazionali, che si basano sulla teoria dell'attaccamento moderna. Infine, per consentire la corretta individuazione delle difficoltà è auspicabile la creazione di strumenti valutativi dello stile di attaccamento prevalente in persone con ASD.

3.1 Dalla diagnosi alla formulazione del caso

Date le evidenze a favore della possibilità di porre, se necessario, una doppia diagnosi di ASD e di RAD e la rarità di individui con la sola diagnosi di RAD senza DSED, è possibile pensare di apportare delle modifiche alla modalità attuale di attribuire la diagnosi. L'etichetta diagnostica, infatti, se da una parte consente una comunicazione chiara e diretta tra professionisti anche appartenenti ad ambiti disciplinari diversi, dall'altra spesso crea uno stigma attorno alle persone che la posseggono, le quali vengono identificate con essa e non considerate soggetti con una propria individualità. Certamente la diagnosi tramite il DSM-5 (APA, 2013) è ateorica e avviene tramite l'utilizzo di criteri operazionali, rigorosi e obiettivi che escludono la possibilità di valutazioni soggettive, ma, allo stesso tempo racchiude le numerose particolarità di una persona all'interno di un'unica definizione. Sulla base di queste riflessioni, la formulazione del caso potrebbe essere usata in affiancamento o in sostituzione della diagnosi effettuata con i manuali.

La sovrapposizione tra i sintomi di ASD e RAD/DSED è sostanziale; i tentativi di distinguere i due disturbi sulla base delle difficoltà mostrate potrebbero essere meno efficaci di un approccio alla formulazione integrativa (McKenzie & Dallos, 2017). Essa supera i problemi nel determinare la diagnosi corretta, focalizzandosi, invece, sull'identificazione dei bisogni e sulla considerazione del contesto relazionale della persona. Secondo questa concezione, la conoscenza profonda del paziente si acquisisce tramite la valutazione delle strategie di attaccamento, della storia di esposizione al pericolo dei membri della famiglia e dei conflitti conseguenti. Un approccio di questo tipo potrebbe essere molto utile per comprendere quali sono le ragioni biologiche, di

sviluppo e relazionali della manifestazione dei sintomi. La formulazione del caso presenta, quindi, dei vantaggi rispetto alle procedure diagnostiche tradizionali: è maggiormente caso-specifica e può quindi portare alla luce i punti di forza e di debolezza distintivi dell'individuo. Inoltre, aiuta a determinare se le difficoltà di attaccamento sono centrali nella relazione tra bambino e caregiver e, da ultimo, consente di identificare i processi a *feedback* circolare che contribuiscono a mantenere ed aumentare i comportamenti problema legati alle due classi di disturbi. Riconoscere tempestivamente tali processi circolari e l'utilizzo stesso della formulazione del caso possono aiutare nella creazione di terapie appropriate e non incentrate sul singolo bambino, ma che coinvolgano anche gli altri membri della famiglia e il suo contesto prossimo. I clinici specializzati in questo settore potrebbero, quindi, valutare la possibilità di utilizzare, a fianco dei manuali diagnostici descrittivi, un approccio interpretativo-esplicativo fondato sulla formulazione del caso.

3.2 Interventi per l'ASD basati sull'attaccamento

Le tipologie di intervento per le persone autistiche sono numerose e si basano su modelli teorici molto diversi tra loro. Nella maggior parte dei casi, essi mirano a rinforzare le abilità già presenti, a far emergere le competenze non ancora acquisite e ad aiutare il contesto sociale prossimo nella comprensione e nella gestione della sintomatologia autistica. A causa delle consistenti interazioni tra disturbi dell'attaccamento e autismo, è utile pensare a delle terapie che non siano specifiche per uno o per l'altro disturbo, ma che sostengano le necessità dell'individuo; in questo modo egli verrebbe considerato nella sua interezza. Sono già state sviluppate alcune terapie, ideate per l'ASD, ma che mirano al potenziamento delle capacità sociali nelle interazioni e nelle relazioni, agendo direttamente sull'attaccamento, soprattutto con i caregiver primari.

Il *Video-feedback Intervention to promote Positive Parenting adapted to Autism* (VIPP-AUTI) è uno di questi (Poslawsky et al., 2015). Si tratta di un programma di intervento concepito per supportare i genitori nell'interazione con i loro figli con autismo. Esso è principalmente indirizzato a bambini fra gli 1 e i 5 anni con diagnosi di ASD e il rispettivo caregiver primario, ha una durata di circa tre mesi ed è composto da cinque incontri della

durata di 60-90 minuti, che vengono svolti a casa. Ciascuna sessione è incentrata sull'insegnamento ai genitori di una diversa capacità, ritenuta necessaria nella relazione con bambini con ASD. Esse sono, in ordine: riconoscere le differenze tra comportamento di esplorazione e la ricerca di contatto fisico; identificare i sottili segnali e gli schemi comunicativi, rispondendo adeguatamente ai comportamenti (positivi e negativi); condividere sintonicamente le emozioni e interpretare i comportamenti stereotipati. Infine, in occasione dell'ultima sessione, con la presenza di entrambi i genitori, viene svolta un'integrazione di tutti i suggerimenti ricevuti fino a quel momento. Ogni incontro prevede un periodo di gioco libero tra genitori e bambino che viene videoregistrato e mostrato successivamente ai genitori come *feedback* delle interazioni che loro stessi sono riusciti a costruire con il figlio. Gli autori di questa terapia ne hanno testato l'efficacia su un campione di 78 caregiver primari (che nel 90% erano madri) di bambini con ASD. A seguito dei tre mesi di intervento è stato riscontrato nei genitori un decremento dell'invadenza, intesa come stimolazioni, interferenze e protezione eccessive: comportamenti che, se protratti nel tempo, possono minare il senso di autodeterminazione e di autonomia dei figli. Gli studiosi enfatizzano il fatto che, spesso, i genitori agiscono più come insegnanti che aiutano il figlio nelle difficoltà linguistiche cercando di prevenire ulteriori ritardi nello sviluppo, piuttosto che come guida e sostegno nelle sue sfide quotidiane. VIPP-AUTI consente ai genitori di conoscere più concretamente le caratteristiche dell'ASD, in aggiunta alle competenze e ai bisogni specifici dei loro bambini. Inoltre, i genitori riportano un aumentato senso di autoefficacia, qui nell'accezione di sentimento di competenza nel crescere opportunamente i figli.

Questo è stato reso possibile soprattutto tramite il *video-feedback* che ha permesso loro di notare la responsività dei figli alle loro iniziative, magari sottile, ma comunque presente. È stato così dato un valore ai tentativi e alle azioni messe in atto dai caregiver, i quali, riguardandosi nei video e ascoltando i commenti degli operatori, possono attuare una nuova e più positiva valutazione del proprio stile educativo. Rinforzare gli interventi positivi dei genitori significa aumentare la possibilità che verranno messi in atto nuovamente e che si creeranno delle occasioni efficaci di apprendimento per i loro bambini. Tale tipologia di intervento porta a delle ricadute positive anche nella sintomatologia dei bambini con ASD (Poslawsky et al., 2015). Infatti, gli autori hanno

riscontrato, immediatamente alla fine del VIPP-AUTI e a tre mesi di distanza, maggiori livelli di attenzione condivisa, abilità molto spesso carente nelle persone autistiche. Essa è definibile come la capacità di spostare alternativamente l'attenzione dal genitore ad un oggetto di interesse comune, con l'obiettivo di creare un'esperienza conoscitiva condivisa. Sono necessari studi ulteriori per comprendere nello specifico come possa modificarsi la manifestazione di altri comportamenti problematici dei bambini con ASD a seguito di un potenziamento delle relazioni con i caregiver. Sarebbe certamente interessante comprendere se sia possibile definire delle terapie che abbiano l'obiettivo di modificare le interazioni della diade puntando ad una maggiore sicurezza nell'attaccamento.

Un altro intervento che è risultato essere efficace nel migliorare le relazioni tra bambini con ASD e i loro genitori è il *Focused Playtime Intervention* (FPI; Siller et al., 2014). Si tratta di un programma educativo rivolto ai genitori che include 12 sessioni svolte a casa, ognuna delle quali è video-registrata e divisa in due parti. La prima comprende delle interazioni caregiver-bambino, alla presenza del terapeuta, il quale fornisce suggerimenti sulle strategie migliori da adottare. La seconda, invece, prevede che i genitori trattino assieme al clinico un argomento specifico. Gli incontri si focalizzano su: le capacità comunicative, gli obiettivi e le strategie per creare un buon ambiente di gioco, le tecniche per supportare l'attenzione condivisa, le modalità per iniziare un incontro con il bambino e la condivisione dei giochi. L'intervento è stato testato su un campione di 70 bambini tra i 2 e i 6 anni di età, con una diagnosi di ASD e le rispettive madri. Al termine del trattamento è stato chiesto alle madri di compilare il *Maternal Perceptions of Child Attachment questionnaire* (MPCA; Hoppes & Harris, 1990 in Siller et al., 2014); ovvero un questionario formato da 23 *item* da valutare su una scala a cinque punti (da "spesso" a "mai"). Gli *item* sono pensati per misurare la percezione materna riguardo alla presenza delle seguenti abilità nel figlio con ASD: iniziare un'interazione fisica, verbale o ludica, creare un contatto visivo, stare in intimità reciproca. L'analisi dei risultati ha mostrato che la terapia determina, secondo la percezione dei genitori, un aumento dei comportamenti di attaccamento dei figli. Il FPI va quindi a supportare la rilevanza dell'autovalutazione dei comportamenti di cura dei caregiver, in quanto, cambiamenti nella percezione genitoriale dell'attaccamento dei figli potrebbero essere associati a delle

modifiche sottostanti nelle cognizioni e nelle emozioni correlate alla genitorialità (Siller et al., 2014).

Esistono poi numerose tipologie di terapie che prevedono una fase nella quale si chiarisce alla persona con ASD passo per passo come funzionano le interazioni, cosa sono le convenzioni sociali, cosa significano i modi di dire e i concetti astratti più difficili: aspetti che spesso risultano molto complessi per le persone con autismo, dato il funzionamento cognitivo rigido. Questo tipo di intervento viene solitamente svolto su bambini, adolescenti e adulti con un buon funzionamento cognitivo e un livello di gravità del disturbo autistico medio o basso. Così come a loro viene spiegato in che mondo il resto del mondo funziona, sarebbe allo stesso modo importante che il resto del mondo avesse la possibilità di comprendere come diversamente funziona la mente autistica. Si potrebbero perciò ideare degli interventi di psicoeducazione per i genitori di bambini che stanno per ricevere o hanno da poco ricevuto una diagnosi di ASD. Questi potrebbero essere pensati come degli incontri ai quali partecipano più famiglie insieme, così che si crei una rete di contatti che stimoli il supporto reciproco. Potrebbero prevedere l'insegnamento, da parte di psicologi specializzati, delle caratteristiche centrali legate alla diagnosi di ASD, delle strategie per diminuire i comportamenti problema e delle tecniche per incrementare quelli positivi. In tal modo, i caregiver avrebbero le conoscenze necessarie per comprendere il funzionamento mentale dei figli e per capire in che modo rispondere sintonicamente alle loro richieste. Avere dei genitori formati eviterebbe anche la tendenza, che spesso purtroppo si verifica, di cercare autonomamente dei rimedi presso fonti non affidabili. In aggiunta a ciò, soprattutto per quanto riguarda bambini e adolescenti, le terapie dovrebbero sempre prendere in considerazione il contesto sociale prossimo, inteso come la famiglia, l'ambiente scolastico, le attività sportive e ricreative. Infatti, poiché in questa età l'ambiente di vita determina le traiettorie evolutive, solo se le tecniche vengono usate in tutti i contesti possono apportare dei miglioramenti decisivi e duraturi. Perché questo avvenga, sarebbe utile l'utilizzo della formulazione del caso, che evidenzia l'importanza sia del singolo che dell'ambiente relazionale.

3.3 Necessità di strumenti adeguati alla valutazione dell’attaccamento nell’ASD

Molti studi che si sono posti l’obiettivo di analizzare la prevalenza delle difficoltà di attaccamento nelle persone con autismo hanno usato degli adattamenti di strumenti di misurazione già esistenti, ma standardizzati su campioni di bambini “neurotipici” (McKenzie & Dallos, 2017). In alcuni casi, ad esempio, sono state somministrate le prove a bambini più grandi di quelli testati in origine, oppure sono state modificate intere parti del protocollo di indagine. Questo potrebbe, però, portare a dei risultati non validi o non confrontabili con il campione di riferimento, il quale non è composto da bambini autistici. Altri studi hanno invece utilizzato delle misure basate su una semplificazione della teoria dell’attaccamento, considerando solo i due estremi del continuum (stile sicuro-stile insicuro) ed escludendo così le sottili differenze esistenti tra gli stili che si collocano fra essi (McKenzie & Dallos, 2017). Inoltre, si può osservare che gli strumenti maggiormente impiegati per la valutazione degli stili di attaccamento esaminano la ricerca di vicinanza e di conforto da parte dei caregiver, ricalcando la concettualizzazione tradizionale della teoria dell’attaccamento. Dato che l’attaccamento sicuro in bambini con ASD si ritiene possa esistere e possa non implicare contatto fisico evidente, sono necessari degli strumenti che valutino altre componenti del comportamento di attaccamento. In futuro la ricerca potrebbe quindi focalizzarsi sull’individuare degli indici comportamentali misurabili, utili a determinare quale stile di attaccamento si può riscontrare all’interno di una diade in cui il bambino ha una diagnosi di autismo. Gli strumenti usati ad oggi potrebbero, inoltre, esser troppo strutturati per rivelare le differenze tra bambini con autismo e bambini con RAD/DSED (Davidson et al., 2022).

Partendo da queste criticità si potrebbero formare delle valutazioni relativamente non strutturate, che quindi consentano lo svilupparsi di interazioni sociali simili a quelle vissute quotidianamente dal bambino. Secondo Davidson et al. (2022) sarebbe così possibile distinguere tra le due classi di disturbi, in quanto i bambini autistici nelle situazioni richieste a livello sociale sarebbero sempre più a disagio, mostrando i sintomi tipici dell’ASD, mentre, bambini con RAD/DSED, con l’avanzare del tempo, potrebbero sentirsi a loro agio. Uno strumento che è stato sviluppato basandosi su tali accorgimenti è il *Live Assessment* (Davidson et al., 2022). Si tratta di un paradigma che prevede un periodo di osservazione, in parte strutturata e in parte non strutturata, con la presenza di

due valutatori, i quali creano dei “conflitti sociali” tramite una conversazione informale e dei giochi. È stato testato dagli autori su dieci bambini con una diagnosi originale di ASD e altri dieci con diagnosi originale di RAD/DSED. A seguito dell’osservazione tramite *Live Assessment* due bambini con diagnosi di DSED hanno ricevuto anche la diagnosi di ASD, mentre ad un bambino è stata modificata la diagnosi da DSED a ASD. Esso si è rivelato essere utile anche nel mostrare le differenze nel dominio sociale tra le due classi di due disturbi. Gli autori ritengono per questo che il *Live Assessment* possa completare la *Coventry Grid* (Moran, 2010) e permettere così una diagnosi differenziale tra autismo e RAD/DSED nei casi in cui i clinici sono in dubbio su quale assegnare.

L’insoddisfazione per gli strumenti di misura per ora esistenti e le conseguenti modifiche ritenute necessarie sembrerebbero riflettere l’aspettativa per cui la prevalenza dell’attaccamento sicuro in bambini con ASD sarebbe simile a quella riscontrata nella popolazione “neurotipica” (McKenzie & Dallos, 2017). Una volta disponibili le scale di misura adatte, sarà anche possibile testare la validità di questa ipotesi. Misurazioni adeguate permetterebbero di valutare la possibilità delle persone con autismo di creare relazioni funzionali non solo con i genitori, ma anche con i pari. Questo consentirebbe agli psicologi e agli operatori di questo settore di capire come creare contesti e ambienti fisici che incentivino le interazioni e favoriscano le relazioni.

3.4 Possibili ricadute applicative in ambito psicologico

All’interno delle neuropsichiatrie infantili e dei centri diagnostici, in tutti i casi di bambini con diagnosi di ASD certa o sospetta si potrebbe implementare una fase di screening mirata unicamente alla valutazione dello stile prevalente di attaccamento, da affiancare alle misurazioni svolte normalmente. Questa proposta deriva dai concetti esplicitati fino a qui, che sono, in breve:

- l’alta prevalenza del RAD e del DSED nei bambini trascurati (APA, 2013);
- i deficit persistenti nella comunicazione e nell’interazione sociale caratteristiche dell’ASD (APA, 2013);
- il crescente numero di diagnosi di ASD (Tambelli, 2017);
- le evidenze che dimostrano che i bambini con una diagnosi di disabilità sono

maggiormente a rischio di sviluppare un attaccamento insicuro (McKenzie & Dallos, 2017);

- le significative difficoltà vissute dai genitori di bambini con autismo (McKenzie & Dallos, 2017), i quali, a loro volta, hanno spesso tratti autistici subclinici (Maxwell et al., 2013);
- la facilità con cui si creano processi a *feedback* nei quali le difficoltà relazionali aggravano i sintomi autistici e viceversa (McKenzie & Dallos, 2017);
- i numerosi sintomi presenti in entrambi i disturbi, che, in determinati casi, non si riescono a distinguere (Moran, 2010);
- la possibilità che uno stesso bambino soddisfi i criteri per entrambi i disturbi (Mayes et al., 2017);
- l'alta probabilità, nei casi di maltrattamenti, di insorgenza di ASD e/o di RAD/DSED (Mayes et al., 2019).

Identificare tempestivamente, tramite strumenti valutativi adeguati, eventuali compromissioni affettive consentirebbe di agire efficacemente sul bambino e sul contesto relazionale prossimo. In tal modo si potrebbero realizzare, anche con l'utilizzo della formulazione del caso, delle strategie proattive che prevengano l'insorgere di dinamiche relazionali disfunzionali, piuttosto che agire in emergenza quando queste si sono già radicate nella struttura di personalità degli individui. Inoltre, se fosse diffusa una maggiore formazione a tutti i livelli, si potrebbero creare degli scenari che accolgano e non respingano le persone con disabilità o con altre tipologie di disturbi. L'auspicio è che il progredire della ricerca in questo ambito e il diffondersi del concetto di neurodiversità portino a superare il così diffuso tentativo di genitori, insegnanti, e operatori di eliminare la disabilità dalle persone con autismo, cercando di appiattirle alla "normalità".

“Togliere la disabilità ad una persona sarebbe come togliere un frammento della sua essenza” (Lancia, maggio 2022)

Bibliografia

- American Psychiatric Association [APA]. (2013). *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali – Quinta edizione. DSM-5. Tr.it.* Raffaello Cortina.
- Associazione Nazionale Genitori perSone con Autismo. (2015, dicembre 31). I numeri. *ANGSA Associazione Nazionale Genitori perSone con Autismo*.
[//angsa.it/autismo/numeri/](http://angsa.it/autismo/numeri/)
- Baron-Cohen, S. (2017). Editorial perspective: Neurodiversity—A revolutionary concept for autism and psychiatry. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 58(6), 744–747.
<https://doi.org/10.1111/jcpp.12703>
- Davidson, C., Moran, H., & Minnis, H. (2022). Autism and attachment disorders – how do we tell the difference? *BJPsych Advances*. <https://doi.org/10.1192/bja.2022.2>
- Hill, D., & Tambelli, R. (2017). *Teoria della regolazione affettiva. Un modello clinico*. Raffaello Cortina.
- Lancia, L. (2022, maggio). *La sindrome di Asperger raccontata tramite la fantasia*.
Presentazione del libro Jack e gli amici, Università degli Studi di Padova.
- Maxwell, C. R., Parish-Morris, J., Hsin, O., Bush, J. C., & Schultz, R. T. (2013). The broad autism phenotype predicts child functioning in autism spectrum disorders. *Journal of Neurodevelopmental Disorders*, 5(1), 1–7. <https://doi.org/10.1186/1866-1955-5-25>
- Mayes, S. D., Breaux, R. P., Calhoun, S. L., & Whitmore, K. (2019). History of maltreatment is not associated with symptom profiles of children with autism. *Journal of Developmental and Physical Disabilities*, 31(5), 623–633.
<https://doi.org/10.1007/s10882-019-09661-9>
- Mayes, S. D., Calhoun, S. L., Waschbusch, D. A., & Baweja, R. (2017). Autism and reactive attachment/disinhibited social engagement disorders: Co-occurrence and differentiation. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 22(4), 620–631.
<https://doi.org/10.1177/1359104516678039>
- MacEachron, D. (2019). *Human Neurodiversity Should Be Celebrated, Not Treated as a Disorder* [Interview]. <https://www.youtube.com/watch?v=aWxmEv7fOFY>
- McKenzie, R., & Dallos, R. (2017). Autism and attachment difficulties: Overlap of symptoms, implications and innovative solutions. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 22(4), 632–648. <https://doi.org/10.1177/1359104517707323>

- Ministero della Salute. (2022, gennaio 20). *Autismo. Salute Mentale*.
<https://www.salute.gov.it/portale/saluteMentale/dettaglioContenutiSaluteMentale.jsp?lingua=italiano&id=5613&area=salute%20mentale&menu=autismo>
- Moran, H. (2010). Clinical observations of the differences between children on the autism spectrum and those with attachment problems: The Coventry Grid. *Good Autism Practice*, 46–51.
- Pellicano, E., & Houting, J. (2021). Annual research review: Shifting from ‘normal science’ to neurodiversity in autism science. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*.
<https://doi.org/10.1111/jcpp.13534>
- Poslawsky, I. E., Naber, F. B. A., Bakermans-Kranenburg, M. J., van Daalen, E., van Engeland, H., & van IJzendoorn, M. H. (2015). Video-feedback Intervention to promote Positive Parenting adapted to Autism (VIPP-AUTI): A randomized controlled trial. *Autism*, 19(5), 588–603. <https://doi.org/10.1177/1362361314537124>
- Siller, M., Swanson, M., Gerber, A., Hutman, T., & Sigman, M. (2014). A parent-mediated intervention that targets responsive parental behaviors increases attachment behaviors in children with ASD: Results from a randomized clinical trial. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 44(7), 1720–1732. <https://doi.org/10.1007/s10803-014-2049-2>
- Tambelli, R. (2017). *Manuale di psicopatologia dell'infanzia*. il Mulino.