

Autismo-autistico tipo Kanner: psicodinamica e terapia.

Romeo Lucioni

*“insano attendere senza agire
un’insana fine”*

Rita Levi Montalcini

L'autismo non è un “sistema” che si struttura e si esaurisce in se stesso e neppure una malattia definibile in termini assoluti; al contrario deve essere valutato come un deficit graduale o relativo che si evidenzia con difficoltà di carattere sociale, comportamentale e linguistico, oltre che una particolare struttura di pensiero o, se vogliamo, una struttura Egoica deficitaria. Se letto in questo modo, non è giustificata l'etichettatura autistica, mentre, nell'osservazione clinica, vale la pena evidenziare certe caratteristiche autistiche che possono interessare il comportamento, gli atteggiamenti, il pensiero e le funzioni psichiche, oltre che, a volte in maniera accentuata, il linguaggio e l'espressività in generale. Va ricordato che sempre le peculiarità autistiche risultano una importante causa di ritardo dello sviluppo psichico proprio perché minano lo strutturarsi di un Io polivalente e poliedrico, capace di dimensionare meccanismi adattivi e/o compensatori. Non bisogna quindi porsi di fronte all'autismo adottando un approccio "medicalizzante" o diagnostico-osservativo proprio perché la ricerca di una od altra caratteristica patologica risulta, in effetti, un semplice esercizio accademico che non permette un'analisi precisa dei livelli e degli aspetti qualitativi dello sviluppo e delle capacità espressive caratteristiche di una strutturazione egoica.

L'autismo cos'è?

L'autismo autistico o tipo Kanner è definito, dalla maggioranza dei ricercatori, come un *“disturbo dello sviluppo psico-mentale a carattere pervasivo”* che determina uno stato di disabilità e di handicap gravi.

Il disturbo interessa molti aspetti della condotta umana e dei funzionamenti psico-mentali: movimento, attenzione, memoria, coscienza, empatia, apprendimento, linguaggio, carattere e interazione sociale.

Questa forma classica è rappresentata da bambini isolati, arroccati nel loro "congelamento", "fortezze vuote", distaccati da ciò che si vive intorno a loro.

La figura però non è completa, mancano le crisi di angoscia e di "vero terrore", le urla, le azioni autolesionistiche che l'autistico presenta come reazioni alla "paura", dovuta all'iperstimolazione che la relazione gli infligge.

Vanno sottolineati ancora le azioni ad effetto continuo, rappresentate dalle stereotipie motorie (che sono le più svariate, anche se le più frequenti si riferiscono a movimenti delle mani), la deambulazione afinalistica, l'uso ossessivo degli oggetti.

Inoltre osserviamo spesso l'incapacità di sopportare cambiamenti dell'ambiente per cui, per tenerli tranquilli, è necessario ricorrere a ritualizzazioni ed all'uso

degli stessi oggetti (per es. bicchieri, posate), senza cambiare la disposizione dei mobili e dei soprammobili.

Questa varietà di sintomi e/o caratteristiche comportamentali importantissime per una diagnosi, è stata riassunta nel DSM III e IV in:

- compromissione qualitativa dell'interazione sociale;
- deficit della comunicazione e mancato sviluppo del linguaggio;
- modalità di comportamento ripetitive e stereotipate;
- freddezza affettiva e compromissione cognitiva.

Un ulteriore sforzo per arrivare ad avere un quadro sintomatologico più preciso porta ad evidenziare:

- isolamento (autismo) e grave deficit delle capacità relazionali (siderazione affettiva):
- incontinenza emotiva con risposte di angoscia, urla e comportamenti autolesivi;
- disturbi comportamentali caratterizzati da stereotipie, attività ripetitiva compulsiva, manierismi, deambulazione afinalistica;
- grave deficit dello sviluppo del linguaggio e delle capacità cognitivo-intellettive.

Va sottolineato che queste caratteristiche sindromico-comportamentali lette nell'ottica della condotta, vengono riferite come:

- mancanza di intenzionalità e di finalità nel comportamento;
- assenza di significato nella condotta;
- comprensione inadeguata degli ordini;
- comportamenti non in sintonia con il contesto;
- indifferenza nei confronti degli altri ed egocentrismo;
- incapacità di contenere gli impulsi;
- effusioni controfobiche nei confronti della madre.

Osserviamo come:

A.

B. molto spesso il bambino autistico presenta un periodo iniziale nel quale lo sviluppo appare come normale con le sue risposte sensoriali, i movimenti degli arti e del capo, le prime parole: con una osservazione più accurata si possono evidenziare movimenti rotatori del capo e del corpo, stare seduti immobili per diverso tempo, camminare e gattonare in forma un po' scoordinata, balbettamenti monotoni.

C. tra i 18 e i 30 mesi, il bambino

- non segnala gli oggetti e le persone,
- non guarda negli occhi,
- non segue l'attenzione degli altri,
- non risponde alle modulazioni espressive dei famigliari.

D. a partire dai 2-3 anni, l'espressione fenomenologica si sottolinea per:

- mancanza di linguaggio;
- manierismi e stereotipie;
- disinteressamento per le iniziative e la presenza degli altri;

- incontinenza emotiva sostenuta dall'impossibilità di sopportare cambiamenti e/o spostamenti di oggetti intorno;
- mancato sviluppo del linguaggio;
- disturbo dell'elaborazione percettiva da cui consegue incontinenza emotiva, iper-irritabilità, crisi oppostive e aggressività anche violenta;
- comportamenti rituali, stereotipi e compulsivi;
- deficit grave delle capacità associativo-deduttive e incoerenza nelle risposte comportamentali;
- impoverimento affettivo ed incapacità di stabilire contatti con gli altri, strutturandosi così il quadro di "isolamento autistico".

Il quoziente intellettivo Q.I. degli autistici è variabile, come succede anche nei normali, ma, al contrario, è il quoziente emotivo-affettivo che è del tutto deficitario, poiché:

- manca la capacità di riconoscere le emozioni ed i sentimenti degli altri;
- risulta inadeguata l'organizzazione comportamentale che, quindi, appare slegata dal contesto;
- non si instaurano i processi di contenimento e di consolazione di fronte alle contrarietà;
- sono assenti le funzioni imitative e l'autosoddisfazione nel rapporto interpersonale;
- non si instaurano le funzioni adattive, riparative, di gratificazione e neppure il rimprovero e/o il castigo assumono un significato preciso;
- non si strutturano i legami di reciprocità e di gratitudine, sostituiti da semplici risposte controfobiche;
- si evidenzia incapacità ad assumere responsabilità nelle iniziative motorie e comportamentali;
- c'è limitazione degli interessi e l'osservazione su quanto succede intorno diventa un fatto puramente a carattere difensivo;
- il pensiero deriva solamente dall'esperienza percettiva e/o da quella affettiva, risultando precluso il sistema simbolico;
- non c'è preoccupazione per capire l'uso e il significato pratico degli oggetti o dei giocattoli che, per lo più, vengono abbandonati e sostituiti da biglie, palline od altre cose che permettono comportamenti monotoni, ripetitivi e senza finalità pratica;
- gesti comunicativi e/o espressivi vengono utilizzati per indirizzare il comportamento degli altri (far prendere qualcosa), ma non "creano" una gestualità simbolica;
- possono esprimere piacere per l'esecuzione corretta di un compito (battimani), ma non riescono ad esprimere una "orgogliosa soddisfazione" che richiederebbe la "organizzazione" delle aspettative dell'Altro.

D.

E. L'inserimento scolastico acuisce la sintomatologia poiché aumentano le richieste di socializzazione e quelle normalmente legate alle necessità educative e formative. Se gli autistici non hanno ricevuto una adeguata terapia, non riescono ad inserirsi nella scuola dove vagano senza finalità, si rassicurano restando sulle loro stuoie e negli "angoli di sicurezza", rispondono inadeguatamente agli stimoli derivati dalla stretta vicinanza dei compagni e degli insegnanti, rimangono isolati, indifferenti, scontrosi, oppostivi e, talora, pericolosi per gli altri.

F. Se non si interviene precocemente con una terapia adeguata, il quadro autistico evolve verso la cronicità che si caratterizza per una disabilità veramente grave derivata dall'incapacità di adeguarsi alle necessità sociali ed alle richieste relazionali, dall'insufficiente sviluppo della comunicazione verbale e da diversi errori comportamentali che sfociano spesso nell'auto e nell'etero-aggressività per cui l'istituzionalizzazione sovente diventa inevitabile.

Autismo e funzionamento cerebrale.

Un bambino autistico, prescindendo dalle problematiche più caratteristiche (isolamento sociale; comportamenti ripetitivi e problematici), dimostra:

- incontinenza emotiva;
- siderazione affettiva;
- difficoltà nella discriminazione percettiva;
- perseverazione nelle risposte (reazioni oppositive e/o aggressive).

Queste osservazioni, insieme alla considerazione che un autistico può presentare uno sviluppo psico-mentale pressoché normale nei primi 15-20 mesi e cominciare a dimostrare disturbi a partire dai 15-25 mesi, ha fatto pensare ad una relazione stretta con la maturazione del lobo frontale, struttura notoriamente legata allo sviluppo dell'affettività.

Recentemente lo psichiatra Benedicto Crespo-Facorro ha messo in evidenza come l'anedonia caratteristica della schizofrenia possa essere messa in relazione con un alterato funzionamento delle strutture corticali frontali che vicarierebbero la loro attività con attività percettive.

Crespo-Facorro ha osservato "... como si las regiones frontales fueran secuestradas para asegurar el reconocimiento de olores desagradables y la capacidad del citado lóbulo se hubiera perdido".

Questa osservazione ci sembra di particolare importanza per migliorare la comprensione della relazione tra espressione clinica e basi biologiche, non solo per quanto riguarda la schizofrenia, ma, soprattutto nel caso dell'autismo.

Abbiamo sempre sostenuto che dobbiamo ritenere questo disturbo dello sviluppo psico-mentale come risultato di un disequilibrio dell'organizzazione strutturale (biologia del cervello) e funzionale (strutturazione dei processi psico-affettivi) in un'età (tra i 10 ed i 30 mesi) nei quali le due funzioni si stanno sviluppando ed integrando.

Ci sembra però difficile dire che funzioni percettive vadano a "sequestrare" aree corticali frontali che, quindi, sostituirebbero il lobo limbico.

Poiché nell'autismo è presente una iper-eccitabilità o incontinenza emotiva, possiamo pensare che il funzionamento psico-mentale subisce una alterazione non per "segregazione", ma per "invasione" dell'eccitazione emotiva ad origine limbica, di quelle strutture che notoriamente sono legate alla corteccia frontale e prefrontale con un'ampia via a doppia mandata (andata e ritorno).

L'attività della corteccia frontale si identifica come:

- il contenimento dell'attività emotivo-istintiva del lobo limbico;
- lo sviluppo della partecipazione affettiva;
- l'apertura (favorire) verso lo sviluppo psico-mentale e/o cognitivo-intellettuale.

Proprio questo modello di organizzazione psico-mentale può dare una risposta globale alle alterazioni che si sottolineano nel funzionamento autistico.

Le strutture prefrontali e frontali immature (o non perfettamente organizzate) non sono in grado di:

- frenare l'esplosione emotiva che viene attivata anche da stimoli poco significativi (reazioni di angoscia e di terrore);
- strutturare la coscienza di sé e degli oggetti;
- organizzare l'attività affettiva centrata sul senso di sé, di valere, di soddisfazione;
- aprire i "sistemi integratori" che permettono lo sviluppo cognitivo-intellettuale nelle sue dinamiche analitico-deduttive.

Si potrebbe anche affermare che, se il sistema frontale non entra in funzione a tempo debito, l'attività emotiva continuerà ad invadere i centri che dovrebbero, al contrario, gestire il loro contenimento ed inoltre permetterà di strutturare modelli mnestici rigidi e ripetitivi che, in ultima analisi, risulteranno i responsabili di quelle espressioni comportamentali problematiche che sembrano assumere l'aspetto di "risposte condizionate" e "obbligate".

Seguendo questa lettura biologico-funzionale, l'esperienza ci ha portato a dimostrare come un intervento terapeutico debba accompagnare il bambino per fargli ripercorrere il cammino dello sviluppo psicomentale che in lui si è "inceppato".

Si tratta di permettergli di rivivere, passo dopo passo, le esperienze percettive; riproporgli momenti relazionali strutturando quei "ponti d'amore" che gli consentono di trovare un "luogo" di accettazione e di scambio di vissuti e di sentimenti, di ridargli la possibilità di transitare le dinamiche del "pensiero affettivo" (fondato sull'esperienza concreta) che apre la via del "pensiero simbolico"; di sviluppare quei sistemi adattivi che l'Io richiede per "accettare", sopportare e "vivere" le dinamiche sociali.

Queste osservazioni riportano al concetto che le funzioni psichiche si sviluppano e si strutturano su basi percettive sempre che queste siano adeguate, coerenti e valide e non disordinate e/o destrutturate, come probabilmente succede nell'autismo.

Autismo e considerazioni psicodinamiche.

Al momento della nascita, si può pensare che l'integrazione di circuiti biologici, non del tutto strutturati, reagiscono agli input sensoriali (tattili, propriocettivi, cenestesici, acustici, geusici, visivi, enterocettivi e gravitari) non solo promuovendo delle risposte, ma anche strutturando proto-funzioni psichiche che vanno a costituire quello che abbiamo chiamato Proto-Io e che Freud ha denominato *Io-reale-primitivo*.

Tali strutture psichiche primitive, proprio per il prevalere delle funzioni orali-nutritive (il bambino passa il suo tempo mangiando, digerendo e dormendo), costituiscono uno *stadio orale cannibalico* nel quale l'oralità è rappresentata dalla bocca e dalla percezione tattile e visiva.

La vista, il tatto e la motricità coordinata delle braccia acquistano un predominio simbolico-funzionale che è stato chiamato *Io-piacere*. Il soggetto è dominato dalla dipendenza e dalla passività, stabilendo una *identificazione primaria narcisistica* nella quale l'Io dipende passivamente dall'oggetto, strutturando una *fase depressiva* che lo vede affrontare un trauma delineato come *oggetto perduto*.

Questo trauma legato al dispiacere, può essere superato solamente dalla percezione onnipotente di un *corpo erogeno in movimento* che struttura il contenuto di una *fase anale primitiva*, dominata dal sentirsi capace di muoversi e di muovere, di gettare e gettarsi, di abbandonare e allontanarsi.

Qui l' *Io-piacere* accumula attività, accanto alla passività e appaiono atteggiamenti sado-masochisti che inglobano sottomissione e ostilità.

Da questo momento, la madre, con il suo fare e preoccuparsi, attraverso l'accudimento, diventa un personaggio fallico (pieno di potere) che la toglie dal piedestallo dell'idealizzazione per cui, come dice Freud, appare il *sinistro*: la madre che era garanzia per il sé, diventa portatrice di morte e di castrazione.

Nella nostra elaborazione dell'*oggetto diadico primitivo* (seno onnipotente + fallo onnipotente) abbiamo identificato la possibilità di introiettare la figura del padre come oggetto ideale capace di contenere la parte fallica del seno e porsi come base per la costituzione di un modello ideale: l'idealizzazione del padre agisce nei confronti della madre fallica.

L'attaccamento iniziale del bambino alla madre, si è trasformato in ostilità proprio per la registrazione di differenze nell'ordine sessuale. Il padre diventa garante onnipotente del Sé e, quanto più importante diventi, quanta identificazione difensiva, tanto più importante sarà la percezione del *sinistro* (del pauroso) nel vincolo con la madre.

Di fronte all'incremento pulsionale (dell'*ideale dell'Io*) la madre si è trasformata in *oggetto fobico onnipotente* che può essere controllato solo attraverso l'idealizzazione di un *oggetto padre* altrettanto onnipotente.

In qualche modo, questa attività egoica primitiva, porta ad una identificazione genitale che potrà essere raggiunta solo attraverso la rinuncia a dover "consegnare" alla madre il "proprio piccolo fallo" (poiché la madre possa continuare a sentirsi come al principio) e poter riconoscersi uguale al padre (la cui capacità fallica contiene il seno), raggiungendo la sensazione di convertirsi in soggetto.

Questo percorso porta alla costituzione di un *Io-reale-definitivo* per il quale il bambino richiederà soddisfazioni narcisistiche e vincoli stabili.

L'*Io-reale-definitivo* comincia a strutturarsi intorno ai due anni, nella *fase anale secondaria* che registra la liquidazione del *preconscio-cinetico-visivo* e comincia a strutturarsi il *preconscio verbale* (Cristina Weigle, 1991).

Nella misura in cui i genitori cessano di essere fallici, onnipotenti e nutritivi, cominciano a reprimersi i desideri e a stabilizzarsi differenze e somiglianze. Con la parola, che è rappresentazione, acquista valore il *significato* che inaugura una nuova logica: la parola permette di discriminare l'oggetto dal contesto e permette di stabilire differenze.

Aderendo alle conclusioni di Melanie Klein, espresse in altri lavori, consideriamo che il bambino autistico si trova bloccato nel suo sviluppo psico-mentale ad un livello estremamente primitivo, in una dimensione pre-oggettuale, dominata da sentimenti egocentrico-onnipotenti che conducono ad una situazione proiettivamente distruttiva e pantoclastica.

Proprio per questo, l'autistico *non si permette di agire*, se non "...tenuto per mano", il che corrisponde a far passare la responsabilità sull'altro; da questo punto di vista assumono un preciso significato i movimenti rituali e ripetitivi che sono azioni senza finalità, un agire senza scopo, un fare *senza fare*.

Le nostre ultime osservazioni, hanno permesso di aggiungere qualcosa di nuovo a queste conclusioni: l'autistico non è in grado di sviluppare una volontà che rappresenta sempre un divenire ed un cambiamento.

Il tempo e lo spazio hanno in sé un senso di "modificazione" e, proprio per questo, gli autistici li rifiutano, costringendosi a vivere nel qui e ora, in una dimensione immutabile (le angosce derivate dallo spostamento degli oggetti nel setting o in casa), incapaci di percepire consequenzialmente e, quindi, di "apprendere" gli oggetti che, visti in momenti diversi, diventano a loro volta differenti (vedi Lucioni, 2000).

Questo *particolare funzionamento mentale* ci permette di paragonarlo a quanto succede nei pazienti schizofrenici per i quali il "fare" e l'agire, che presuppongono una volontà, equivalgono a produrre un cambiamento del Sé che è insopportabile, proprio perché viene inteso come una *perdita di identità* e una *frantumazione*.

Proprio questa paura e della "*mutazione del Sé*", che possiamo immaginare come *vissuto orrido*, che determina l'angoscia insita nell'agire e giustifica la distruttività proiettiva.

L'immobilità è l'unico mezzo per salvarsi da questi vissuti autodistruttivi e dalle proiezioni pantoclastiche; il fare diventa perdita di identità ed autoeliminazione.

L'impossibilità di vedersi nello specchio è appunto conseguenza del terrore per non potersi riconoscere, per sentirsi perdere nel nulla.

Non poter lanciare la palla è, ancora una volta, la chiara dimostrazione di non permettere che questa sparisca proprio perché cambia di luogo e l'Altro che la riceve, ugualmente, non è più lui e, quindi, diventa nuovamente un fantasma.

Questo spiega quanto riferito nel libro "Autismo ed E.I.T. – Terapia di Integrazione Emotivo-affettiva" (R.Lucioni, 2000) sugli *oggetti parziali* che diventano persecutori proprio perché, non strutturati e incostanti, impediscono l'autoidentificazione ed, anzi, creano una sorta di rapporto persecutorio che oscilla tra masochismo ed aggressività.

Dobbiamo ricordare che anche la madre vive situazioni endopsichiche simili proprio perché la rinuncia al suo "*significante primitivo*" (l'oggetto d'amore sperato ed immaginato) induce una perdita di autoidentificazione come madre: il figlio torna ad essere "oggetto contraddittorio" (che non risponde alle sue aspettative), restando come "*mancante*" il posto preparato in tanto tempo di fantasie.

In questo caso l'autistico occupa un "posto vuoto", vivendo la pressione emotiva che lo vuole cambiare, ma ancora una volta, questa modificazione lo lascia indefinito, senza identità, completamente svuotato di significato.

Sebbene il deficit del linguaggio sia un sintomo caratteristico dell'autismo, che viene per lo più riferito ad una mancata "maturazione del S.N.C. (le aree di Broca e di Wernicke si strutturano dopo la nascita e il processo si termina tra i 9-10 anni), possiamo tuttavia osservare che quando nell'autistico compare un linguaggio anche limitato (parole o brevi frasi), l'espressione è fatta da toni flebili, quasi "sottovoce", come se ci fosse dietro una paura ad emettere la voce.

Questa è sempre stata considerata come "aggressiva" nel confronto dell'ambiente, ma la derivazione latina da "lingua" (ant.dingua) più agère = fare, compiere un'azione (fr. agir; it.agire) ci riporta sul tema del "fare", dell'attuare, del divenire che abbiamo analizzato come stimolo all'instaurarsi di un blocco psico-mentale.

Ricordiamo che il linguaggio è parte dell'esperienza corporea e che il passaggio da un linguaggio ad un altro, così come quello da un idioma ad un altro, esigono sempre una trasformazione che, implicando perdite e guadagni, corrispondono ad un cambio di identità.

In questo modo, nella pratica terapeutica dell' E.I.T., il piccolo autistico sperimenta, proprio nella relazione, un cambiamento di linguaggio e di rappresentazione che lo portano a strutturare una soggettività ed una vera e propria nuova identità.

Ritornando alle immagini create nella terapia, la palla che lanciata contro il muro torna al soggetto è proprio l'espressione caricaturale, ma pregnante delle valenze distruttive insite nel movimento, nel cambiamento, nell'agire e, quindi, nella volontà.

Per questo la perdita della volontà di essere se stessi conduce a quella dimensione pervasiva della malattia, che è causa della disorganizzazione profonda dell' Io e della perdita delle potenzialità cognitivo-intellettive.

Quando si dice che l'autistico non vede al di là dell'informazione si indica proprio il terrore di cadere in quel *buco nero* che tutto ingoia ed oltre il quale non c'è più nulla.

Nell'autistico l'immaginario è prevaricato e vaporizzato; può vivere solo nel presente, nel qui e ora, nell'immobilità e nell'immodificabilità degli oggetti e il sentimento per cui si sviluppano questi vissuti, è uno solo: il terrore di perdere la propria identità, il Sé, di vedere svanire la propria "esistenza" ricacciata nel nulla e nell'orrido.

Modello terapeutico

Gli autistici sono, senza dubbio, soggetti bizzarri, indecifrabili, a volte aggressivi, emotivamente instabili, incapaci di comunicare idee o stati affettivi, per lo più isolati in un loro mondo personalistico, dimostrando, quindi, una evidente debolezza e disorganizzazione dei sistemi adattivi, difensivi e strutturali del loro Io.

Questi soggetti possono essere compresi e aiutati a modificare sostanzialmente lo stato psico-patologico che li caratterizza e a riorganizzare il loro mondo psicotico. Tali possibilità si aprono indubbiamente grazie ad una terapia che, per noi, è stata motivo di studio, di osservazioni, di valutazioni, di confronti e, soprattutto, di grande apertura affettiva nei loro confronti.

Dopo tanti anni di applicazioni, siamo arrivati a strutturare un modello di intervento globale e multidisciplinare che abbiamo denominato SAS – Self Activating System – che si compone di diversi momenti terapeutico-riabilitativi.

- 1) **E.I.T.** (Emotional Integrating Therapy – Terapia di Integrazione Emotivo-affettiva) si è completato con l'organizzazione di un intervento riabilitativo che abbiamo chiamato
- 2) **TyLA** (Tymology Learning Approach – Metodo Timologico di Apprendimento)
- 3) **ARTE-TERAPIA-PSICODINAMICA** che è stata strutturata come modello di riabilitazione globale particolarmente impegnata al recupero delle funzionalità immaginarie
- 4) **Riabilitazione equestre** che è stata strutturata come *ippoterapia-riabilitativa* e che si divide in quattro fasi successive: ippoterapia, rieducazione, pre-sport e sport.

Tali interventi si basano sugli studi della Timologia (Scienza degli Affetti e dei Valori) che ha i suoi fondamenti nell'approccio scientifico alla comprensione dello sviluppo neuro-biologico, della struttura neuro-psico-funzionale, dell'intelligenza

e della metapsicologia che impone un totale riferimento all'osservazione clinica ed alla pratica terapeutica e riabilitativa.

L' E.I.T. è una psicoterapia relazionale fondata sui principi della psicodinamica e della psicoanalisi (transfert e inconscio), strutturata sulla base di una lunga esperienza fatta nel campo di:

- psicodramma (Jaime G. Rojas-Bermudez)
- psicodanza (Rojas-Bermudez)
- terapia sensomotoria
- terapia emotivo-espressiva

applicate alla terapia e all'inserimento lavorativo per l'handicap psichico.

I risultati ottenuti con questo intervento terapeutico ci portano a dover considerare l'autismo come un "*disturbo pervasivo dello sviluppo psico-mentale*" che, se non affrontato terapeuticamente, induce una disabilità ed un handicap (difficoltà e/o impossibilità di inserimento sociale) gravi, cioè di difficile risoluzione e altamente compromettenti per l'integrazione nella quotidianità, nella vita sociale e nell'inserimento nella scuola dell'obbligo per l'educazione, la formazione e l'apprendimento.

Il disturbo autistico è decisamente invasivo per cui (rappresentando la più grave patologia psichica dell'infanzia) richiede un intervento terapeutico veramente globale, che riguarda lo sviluppo senso-motorio, il contenimento e l'adeguamento delle risposte emotive, lo sviluppo affettivo relazionale e, non ultimo, la crescita cognitiva (comprensiva, deduttiva e interpretativa).

Gli autistici devono essere considerati "*persone a piena partecipazione*", ricordando che sono "*ragazzi come gli altri*" e, soprattutto "*... come gli altri, sono ragazzi.*"

La terapia relazionale non deve essere intesa come "struttura curativa" proprio perché la gravità del quadro autistico richiede un intervento multidisciplinare e multidimensionale che deve prevedere anche:

- interventi di riabilitazione funzionale (TyLA; TEACCH; ABA, PECS; arte-terapia; ippoterapia; psicomotricità; comunicazione facilitata; logopedia);
- attività di riabilitazione sociale;
- impegno educativo-formativo della scuola dell'obbligo;
- interventi dei famigliari (ampiamente intesi).

La terapia deve essere in grado di portare gli autistici a raggiungere i pre-requisiti per tutte le attività riabilitative, educative, associative che possono riassumersi in:

- valida capacità di attenzione;
- forza per sopportare le frustrazioni;
- controllo sull'equilibrio emotivo;
- sufficiente tenuta sul compito;
- sviluppo dell'affettività attraverso l'autoriconoscimento, l'autostima e l'autosoddisfazione;
- adeguamento cognitivo come capacità di comprendere e di fare deduzioni (sviluppo della "funzione della mente");
- potenzialità comunicativa, espressione di un desiderio relazionale, compartecipativo, collaborativo e fondato sul feedback e sulla reciprocità;

- ripristino del rapporto intersoggettivo (rapporto diadico), rotto dall'instaurarsi dell'obbligatorietà autistica all'isolamento, che risulta fondamentale per la strutturazione del processo di socializzazione.

Da un punto di vista metapsicologico le modificazioni indotte dalla nostra psicoterapia-relazionale riguardano:

- strutturazione di un transfert sostenuto dalle dinamiche messe in gioco dall' Io-ausiliario;
- attivazione dell'inconscio;
- riabilitazione dell'economia dei sistemi psichici: Io, Io-ideale, Super-Io e Realtà che permettono il contenimento pulsionale e libidico dell' Ideale dell' Io e lo sviluppo dei sistemi adattivi;
- organizzazione delle dinamiche narcisistiche secondarie che aprono all'identificazione, attraverso il superamento dell'adesione e della simbiosi, caratteristiche del narcisismo primario;
- superamento dei meccanismi di pensiero concreto, affettivo e pre-operatorio, sostituiti da processi di pensiero-simbolico;
- recupero della funzione strutturante del Nome del Padre che apre definitivamente all'identificazione ed ai processi affettivi dell'amore e della reciprocità;
- integrazione sensoriale sostenuta dal senso di sé, della realtà e degli oggetti interni ed esterni;
- organizzazione della "permanenza degli oggetti" con l'abbandono dei processi difensivi ed autoerotici della ripetitività, dell'obbligatorietà e della ipercinesia;
- dinamicizzazione delle possibilità esperienziali che portano all'accettazione di poter dipendere dall'Altro, senza dover fondersi con lui, di poter agire i propri impulsi e le scelte soggettive, le capacità di fare, di operare e di pensare;
- superamento di sensi angoscianti di persecuzione, di castrazione e di distruzione-annichilimento.

CONCLUSIONI

Quando ci troviamo di fronte un bambino che dimostra blocco o ritardo dello sviluppo psico-mentale, disordini comportamentali, stereotipie o comportamenti ossessivi e ripetitivi, mentalmente facciamo scorrere immagini mnestiche, riguardiamo i criteri diagnostici (DSM 4 – ICD 10), cerchiamo di ascoltare con attenzione quanto ci dicono i genitori sui primi sintomi, sui retrocessi dimostrati, sulle perdite e, soprattutto, osserviamo e valutiamo le espressioni positive: gli atteggiamenti, i movimenti, le reazioni di fronte a persone e/o a oggetti per lui nuovi.

La nostra attenzione è tesa a dirimere, a classificare, a stilare una diagnosi che, a volte, risulta difficile, ma è semplificata se possiamo registrare con precisione le risposte emotive e gli atteggiamenti affettivi.

Ci poniamo di fronte alla complessità dell'autismo con "principi guida" determinanti per intraprendere il cammino della riabilitazione e della prevenzione:

1. accettiamo l'ipotesi eziologica che il fattore principale da affrontare sia il ripiegamento su un "mondo interno" da parte del bambino che "teme", "rifiuta" ed "evita" il rapporto diretto, il contatto fisico-sensoriale con il mondo esterno;
2. la nostra tensione riabilitativa si concentra sull'immagine del corpo, proprio perché il ripiegamento su di sé può essere pensato e utilizzato nella relazione

terapeutica come l'effetto di un fallimento radicale nella nascita dell'immagine del corpo;

3. la terapia può essere concepita come ristabilimento di un inter-esse fra noi ed il bimbo, il cui rifiuto al contatto con il mondo esterno è "l'effetto di strutturazioni" o, se si vuole, alterazioni della costituzione del registro immaginario;
4. il recupero non può essere inteso solo come riguardante le funzioni psicomentali, ma come riorganizzazione delle capacità di relazione e di partecipazione alla vita sociale (soprattutto attraverso l'educazione, la formazione e l'apprendimento);
5. l'autistico, per effetto del "rallentamento" e della "svincolazione" di funzionalità normalmente saldate tra loro e che si sviluppano e si integrano vicendevolmente, non ha coscienza di esser un soggetto regredito, ma che può attivare "movimenti psichici" impercettibili per la loro rapidità ed anche bloccati a causa del ripiegamento narcisistico. Proprio per questo è importante un rapido inizio della "terapia relazionale" poiché, di fronte a certe "manifestazioni" potremo osservare non solo fallimenti, ma anche la rinascita del pensiero;
6. l'apparato pulsionale del bambino, apparentemente malato, è invece "danneggiato" e non può promuovere investimenti, ma dimostra una certa alternanza di stati per cui mentre rifiuta il contatto con il mondo esterno, si lamenta d'averlo perso, aprendo così le porte ad un Io-ausiliario che, come terapeuta, ha, quindi, la possibilità di ricreare ponti affettivi e la reale possibilità di fare uscire dal "buco nero dell'isolamento".

Da queste considerazioni dobbiamo dedurre che l'intervento terapeutico nell'autismo deve affrontare una problematica biologica-psicologica-relazionale e, quindi, deve rispettare modalità articolate sulla base di studi teorici e, soprattutto, su esperienze pratiche che richiedono anche specifici controlli periodici dei risultati per indirizzare puntualmente l'intervento ai bisogni e le modalità alle richieste.

La complessità insita nella "lettura" dello sviluppo psico-mentale concerne istinti egoistici e desideri libidici, il rapporto tra l' Io ed il mondo esterno, la formazione degli oggetti, le dinamiche che legano la libido dell' Io e la libido-oggettuale, l'introduzione ai controversi concetti che riguardano l' Ideale dell' Io, l' Io ideale ed il Super Io.

Queste tematiche riguardano la nascita del "desiderio" e la "scelta dell'oggetto del desiderio" che, per altro, secondo Freud, riguardano una katexis libidico-sensuale che si contrappone ad una scelta non sessuata, proposta da Jung ed il concetto di "protesta maschile", introdotto da Adler.

Tali concetti non si limitano al mondo libidico-istintivo, ma trascendono anche nelle dinamiche cognitive e razionali con un "narcisismo di tipo intellettuale" che è legato strettamente ad una "iperkatexis libidica del pensiero" che completa la "concezione operative della mente".

L'autistico, chiuso nella sua realtà psico-affettiva, ma anche nella sua realtà anatomico-funzionale, non può utilizzare le esperienze.

- La vicinanza dell'Altro determina una "valanga emotiva" che preclude un approccio sereno e, quindi, la possibilità di vivere, analizzare e capire non solo la realtà, ma anche i propri vissuti e quanto l'Altro vuole o cerca di comunicare.

- Quando è isolato, per lo più struttura modalità comportamentali ripetitive ed ossessive
 - il cui significato si dimensiona tra l'autostimolazione e la "fissazione" su qualcosa che possa definirsi e realizzarsi come "certezza";
 - che, se da un lato generano tranquillità, per altro isolano dal mondo e dalla realtà che dovrebbe fungere da "legante" ed aprire al piacere assimilativo.

Il blocco dello sviluppo psico-mentale porta all'impossibilità di strutturare le funzioni adattive dell'IO che possono essere così illustrate:

- 1- *incontinenza emotiva grave* con crisi di angoscia e di agitazione psicomotoria incontenibili quando l'Altro si avvicina troppo al proprio "angolo di sicurezza";
- 2- *incapacità a strutturare vincoli affettivi* dettati dal riconoscimento del valore dell'Altro che resta sempre "estraneo", anche quando agisce in favore e per aiutare il soggetto;
- 3- *impossibilità di accettare le iniziative dell'Altro* che vengono interpretate dannose perché vissute come destinate a "cambiare" quello stato di uniformità e di "immobilità" che dona una certa tranquillità e sicurezza;
- 4- *inadeguatezza per comprendere* i sentimenti dell'Altro che, quindi, può essere accettato solo in una simbiosi intesa come "unica possibilità di controllare e contenere l'Altro" che risulta pericoloso solo perché induce cambiamenti;
- 5- *impossibilità a strutturare una comunicazione*; le parole e/o i gesti servono solo in un'unica direzione che è quella di allontanare l'Altro e fargli sapere di "non essere gradito";
- 6- *incapacità a organizzare una coscienza di sé*, dell'altro e degli oggetti che, per questo, perdono significato e risultano "parziali", cambianti e generatori di insicurezza e di angoscia;
- 7- *deficit delle funzioni cognitive* che non possono svilupparsi proprio per la mancanza delle funzioni di base:
 - a. *sistema rappresentazionale condiviso*;
 - b. *coscienza di sé e degli altri*;
 - c. *impossibilità di contenere le angosce che inducono l'esclusione della analisi e della deduzione*;
- 8- *difficoltà a strutturare un senso di sé* e del proprio corpo per cui anche gli stimoli sensoriali non agiscono a formattare un valido rapporto di riconoscimento e di differenziazione tra dentro e fuori;
- 9- assoluta indifferenza per le reazioni di sconforto, di pena e di dolore provocate negli altri (sembra quasi di leggere uno sguardo di soddisfazione per aver esaudito il proprio bisogno (scacciare l'altro) anche se a scapito o contro chi ci vuole aiutare o accudire;
- 10- *facili risposte controfobico-riparatrici* espresse soprattutto nei confronti della madre e/o dei caregivers o, comunque, con le persone con le quali si stabiliscono contatti abituali.

Tutte queste "caratteristiche funzionali" portano a:

- interrompere una fluida inter-relazione comunicativa;
- perturbare e impossibilitare lo sviluppo cognitivo;
- falsare il senso ed il significato degli input sensoriali, sensitivi e percettivi per cui il *sistema rappresentazionale* risulta incompleto, inefficace e

continuamente “aperto” e, per questo, cambiante e, quindi, personalistico, indecifrabile e non condivisibile.

I segni caratteristici dell'autismo non sono però solo “negativi”; al contrario bisogna considerare anche:

- capacità di esprimere una vera avversione nei confronti del legame e/o della vicinanza con l'altro perché genera sensazioni di violazione della propria “area di sicurezza” e, quindi, l'Altro è vissuto come “nemico da distruggere”;
- opposizione anche violenta e irriducibile nei confronti dell'altro che vuole, per così dire, imporre le sue decisioni; si struttura un evidente egocentrismo violento che giustifica le reazioni aggressive che spesso sembra non percepire neppure il dolore (a volte sembra di poter registrare come un miglioramento delle relazioni interpersonali si accompagna ad una più intensa percezione del dolore personale);
- indifferenza e rifiuto verso l'espressione affettiva o per rispondere con piacere e positivamente all'interessamento dell'Altro;
- all'autistico interessa così poco la reazione emotivo-affettiva dell'altro che quasi sembra non comprenderla, mentre invece il soggetto è centrato e interessato solamente sul risultato di “riuscire a scacciare l'Altro e/o a imporre la propria volontà”.

Con queste basi funzionali è evidente che:

- non si potrà sviluppare l'affettività, l'interazione sociale oltre che una capacità e intenzionalità comunicative;
- si genererà una siderazione affettiva, anche travolta da una emotività incontrollabile che genera continuamente quadri di angoscia e di terrore;
- non potranno strutturarsi, in un sistema efficace e fruibile, le capacità intellettive precluse al raggiungimento di un funzionamento analitico-deduttivo ed anche simbolico-condivisibile e riferibile al mondo circostante nel suo complesso;
- anche il pensiero non potrà uscire dalle ristrettezze di un legame con le esperienze che si tradurranno nell'unica fonte utile per creare un pensiero concreto, precognitivo e a-simbolico;
- la relazione interpersonale risulterà dominata da sentimenti di rifiuto e di opposizione solamente migliorati da quegli atteggiamenti di “curiosità” e di personale “... voler farsi vedere” che non permettono però di salvare e salvaguardare l'Altro come valore;
- l'esperienza interpersonale non porta mai a strutturare sentimenti o anche solo atteggiamenti di benevolenza, di altruismo, di reciprocità, di riconoscimento di una parvenza di riconoscenza o di adeguamento alle convenzioni della interazione sociale;
- l'esperienza dell'Altro risulta incomprensibile e indecifrabile, oltre che “affettivamente” inutile, tanto che viene impedita anche la funzione imitatrice e quella di desumere consequenzialmente dall'esperienza (manca la soddisfazione e l'appagamento di un desiderio proprio e /o dell'altro).

Si sviluppa un circolo vizioso che porta il paziente a rinchiudersi nel proprio mondo dal quale osserva, richiama, attira l'attenzione, ma anche nel quale struttura il suo senso di sicurezza che difende aggredendo, incurante del male che produce agli altri ed anche a se stesso.

Non potendo svilupparsi in forma adeguata il mondo simbolico e la comunicazione verbale e non-verbale (empatica, gestuale e rappresentativa) l'autistico si ritrova "prigioniero di se stesso", incapace di uscire dal Sé per poter penetrare il mondo dell'Altro, i sentimenti, le motivazioni, le attese e le speranze.

Autismo, pensiero e terapia.

Il bambino autistico è posto in condizioni di non poter accedere al pensiero-immaginario né a quello simbolico, ma è ancorato alla percezione e, quindi, al pensiero concreto: si trova in quella condizione che Susana Toporosi chiama "eccesso di realtà".

Questa "abbondanza" eccede le possibilità contenitive offerte dalle "povere" risorse affettive e cognitive che supportano il suo Io per continuare a sentirsi istintivamente una unità, un "soggetto".

La perdita di individualità risiede nella scomparsa dei riferimenti relazionali, sociali e collettivi, che servono per sostenere quell'intreccio psichico che, fuori dal qui e ora, pone il soggetto nelle dinamiche dei riferimenti spazio-temporali e, quindi, di una storia.

La perturbazione sensoriale che impedisce di strutturare una realtà (oggetti interni ed esterni), ma anche un senso di sé-corpo sostenuto dallo sviluppo motorio e psicomotorio, costringono il bambino a cercare una "mentalizzazione": il percepito diventa pensiero

Il pensiero comporta un *giudizio* ed Evans, riprendendo il "Principio di Russell", specifica che il soggetto per dare un giudizio, deve *conoscere* ciò che sta giudicando. Possiamo anche dire che il giudizio si basa su *concezioni* che rappresentano i "particolari" sui quali si struttura il pensiero che potrà risultare vero o falso, probabile o improbabile a seconda delle "concezioni" o dei "contenuti".

I contenuti del pensiero possono essere "pensieri diversi", cioè, di diversa natura; se i "contenuti" sono prevalentemente di origine percettiva, ci troviamo di fronte a quello che chiamiamo PENSIERO CONCRETO.

Questo modello, indicato come primitivo, proprio per la sua incapacità di "saturare il pensiero" (le percezioni vivono e scompaiono rapidamente perché non vengono memorizzate) dà al soggetto una certa fonte di sicurezza. I pazienti borderline che, come è ben noto, si trovano sempre nella condizione di non poter "scegliere", vivono angosce terribili che non si placano sino a quando qualcuno o una schematica organizzazione percettiva li aiuta a uscire dal dubbio. Anche le "crisi emotive" possono essere interpretate come difficoltà a discriminare il vissuto del momento.

In queste circostanze, spesso si sente dire, "... ho paura!", senza poter individuare la causa: tutto si risolve con una scarica motoria (come ricorda Roberto Romano), o con una assunzione "libidico-orale" (sigaretta, farmaco, regalo, caffè, etc.).

Il pensiero concreto non permette di strutturare una individualizzazione proprio perché non si riferisce a qualcosa che appartiene al soggetto, ma a come il soggetto percepisce la realtà concreta; in questo caso possiamo parlare di "singolarità" del sistema rappresentazionale.

Questi esempi danno l'idea di come la indeterminatezza dell'informazione e/o dello schema rappresentazionale sono causa di insaturazione del pensiero che

porta ad una carica tensionale capace di scatenare una crisi d'ansia, di angoscia e/o di panico.

La sovrabbondanza percettiva diventa "enigmatica" e risulta "traumatica".

Il concetto di trauma psichico si deve a Freud e, nella sua opera, è riconosciuto come:

- tutto ciò che, per violenza o impreparazione, assale l' Io, provocando una "eccitazione" che supera le capacità di difesa;
- produzione di vissuti emblematici e frustranti (capaci di indurre angoscia) che si riferiscono a esperienze anteriori (isteria);
- *trauma costitutivo*, concetto sviluppato da Jean Laplanche, che si riferisce all'esperienza sessuale iscritta come trauma a causa dell'asimmetria adulto-bambino. La madre, che cura e stimola il suo bébé, calma la fame, ma, con le carezze, produce una eccitazione favorita dalla sua sessualità inconscia. Se questo eccesso di stimolo non può essere evacuato servirà a dare origine ad un trauma psico-sensuale che produce legame ed anche "pensiero concreto". Il messaggio enigmatico (inconscio) della madre che diventa fonte di eccitazione-pensiero per il bambino che subisce così questo tipo di "trauma".

Tale formazione entra nello psichismo con un processo che Laplanche ha chiamato *metàbola* che riflette il comportamento inconscio dell'adulto-madre e l'inconscio del bambino, che si sta formando all'interno dei processi relazionali, subisce un meccanismo di decomposizione e di ricomposizione.

Su queste basi si desumono indicazioni sullo sviluppo psichico dell'autistico e, con Susana Toporosi, possiamo dire che l'effetto traumatico è in relazione con:

- la quantità di flusso percettivo ricevuto (impatto);
- l'eccitazione che si scatena a partire dalle rappresentazioni che sono state iscritte anteriormente (o relative ad altre operazioni anche terapeutico-riabilitative);
- la capacità dell' Io del bambino di creare legami ed intrecci affettivi e/o simbolici.

Nell'autistico non si produce il *processo fantasmatico* per la scarsa capacità del suo Io (debole e poco strutturato) di creare legami in un coacervo percettivo che ha invaso il suo apparato-psichico. Si creano invece *resti percettivi*, non totalmente metabolizzati, derivati dal processo traumatico (trauma costitutivo) che, non potendo essere fantasmaticizzati, appaiono come *compulsioni* nell'apparato psico-mentale.

È importante seguire Susana Toporosi nella sua considerazione che "di fronte a questa irruzione di frammenti non metabolizzati, il terapeuta non deve intervenire con interpretazioni, ma aiutare a trovare una significazione inconscia che non è ancora stata raggiunta: ricomposizione e simbolizzazione condivisa". Si tratta di creare vissuti ed una memoria condivisa (pensiero affettivo) per rompere la egemonia disarticolante del pensiero concreto (anche se questo dà, con la sua ripetitività, una certa soddisfazione-tranquillità) e introdurre le basi per la creazione di un pensiero immaginativo e/o simbolico. Bisogna costruire, creare, produrre una nuova rete psico-mentale, una "simbolizzazione di transizione" (Silvia Bleichmar) creata partendo da "frammenti" portati dal soggetto che, seppure parziali e/o personali, rappresentano le sue capacità creative che vanno accettate, supportate ed elaborate.

In questi termini la terapia diventa *ricerca di una storia* (a partire da impulsi parziali) e consiste in:

1. ristabilire un intreccio affettivo, oltre che percettivo ed emotivo, che toglie dalla costrizione della familiarità e dal legame bidimensionale (simbiotico) con la madre;
2. far crescere il “tre” della relazione che porta ad una dinamica di vissuti costruttivi e creativi verso la individualizzazione;
3. organizzare una “continuità” di vissuti che possono essere ricordati e, quindi, capaci di stabilire l’elaborazione di un “pensiero immaginativo” che è la base per costruire una “trama”, una storia fatta di luoghi, di tempi, di aspettative, di creatività;
4. dimensionare un continuum tra percezione, rappresentazione, accettazione, compartecipazione, immaginazione e creazione;
5. organizzare la possibilità di verificare le proprie attitudini:
 - nella ripetitività delle esperienze;
 - nella relazione che dissolve la passività-dipendenza per dare spazio all’esperienza del “desiderio” e del “fare da sé” che è non solo iniziativa, ma “creazione stabile” (ripetizione);
6. creare le condizioni perché il bambino possa ritrovare il senso di quello che chiamiamo “i nome del padre”;
7. sviluppare capacità di fingere e di capire le finzioni e l’ironia che è stata indicata come manifestazione primitiva della “teoria della mente” del bambino, ricordando che il fingere emerge da una integrazione complessa delle funzioni percettiva, rappresentativa, immaginativa e cognitiva di comprensione-deduzione. Queste capacità meta-rappresentative sono precluse all’autistico, sono bloccate, ma non per questo perdute inesorabilmente e, perciò, possono essere riattivate attraverso una terapia appropriata;
8. fare in modo che il bambino stabilisca dei nessi tra la sua mente ed il suo reale, in modo che possa scoprire i legami con la propria sofferenza;
9. non saturare di senso e di significato la relazione che è il riflesso delle esperienze anteriori;
10. porsi all’interno dei processi transferali e contro-transferali, con delicatezza, con un sentimento definito “*vuoto di sapere*” per poter accettare e fare accettare non le strategie interpretative, ma quelle costruttive della trasformazione e della crescita;
11. far nascere nel bambino un vissuto soddisfacente che implichi il desiderio di una terapia che rispecchi:
 - il desiderio di accettare il “desiderio dell’ Altro”;
 - il piacere di vedersi crescere, cioè di accettare la propria creatività e l’apprendimento di “esperienze” non solo vissute, ma condivise ed “approvate” attraverso l’applauso ed il rinforzo;
12. sviluppare e riconoscere il valore dell’ironia, delle similitudini e dell’imitazione, funzioni psico-mentali alle quali l’autistico accede prima che a quelle cognitivo-intellettive della razionalità, della consequenzialità, della deduzione e dell’universalizzazione.