

C.i.ps.ps.i.a.

Centro Italiano di Psicoterapia Psicoanalitica dell'Infanzia e dell'Adolescenza

Scuola di Specializzazione in Psicoterapia

Anno accademico 2006-2007



AUTISMO

Una relazione possibile

Dott.ssa Maria Tranquilli

La scelta dell'autismo come tema da approfondire nasce dall'incontro con D. e la sua famiglia dopo il suo inserimento presso un Atelier Espressivo¹ dove ho lavorato per un certo tempo. È stata un'esperienza che mi ha toccato profondamente e che mi ha lasciato aperti molti quesiti e perplessità ma anche molta speranza.

Così inizia la storia

*Ogni carezza, ogni fiducia
sopravvivono.
(Paul Eluard)*

Ciò che mi ha colpito è stata la forza di D. in un senso (fisico e dirompente) e della sua famiglia in un altro (controllato e determinato), dove però il risultato era quello di "mettere in allarme" tutti: servizi, scuola, altri operatori in contattato con loro.

Mi ha toccato nel profondo la sofferenza che questi genitori mettevano su coloro che entravano in contatto con loro. Nello stesso tempo il fatto che non accettassero aiuto, non fossero disposti ad affidarsi, erano solo a "dettare legge".

È stato per me sorprendente vedere la collusione e la difficoltà di tenuta dei Servizi davanti a questi genitori arrabbiati, rivendicativi, in apparenza "capaci ed adeguati" ma a tratti fortemente minacciosi e mossi da angosce persecutorie. Un atteggiamento talvolta così collusivo da portare all'apertura di un centro per autistici, con attività riabilitative e attività espressive fatto su misura per loro (genitori e ragazzo).

All'inizio è stato forte l'incontro con la sofferenza di D. e la sua incapacità di trovare un canale di comunicazione che non fosse l'aggressività: non era in grado di mettere insieme pochi tratti di matita, se non per scrivere come un normografo, con un uso molto autistico della scrittura, elenchi di numeri e durate di canzoni dei cd in suo possesso. Non era, ovviamente, in grado di contattare la sua creatività né tanto meno era capace di muoversi sul versante della fantasia. I suoi fogli erano solo pieni di vuoto.

Nello stesso tempo la relazione che gli veniva proposta lo confondeva: aperta, libera, senza difese, nel rispetto del suo essere, basata sull'empatia e i sentimenti, sul tocco, il tono di voce,

¹ Ho lavorato una cooperativa sociale come educatrice nella città di Reggio Emilia. Dal 2006 sono attivi, su un comune della provincia, due Atelier Espressivi specificatamente pensati per ragazzi adolescenti autistici. Il progetto è in collaborazione con l'Azienda Sanitaria Locale (e il Centro per l'Autismo di Reggio Emilia) presso una sede messa a disposizione dall'Aut-Aut (associazione genitori autismo). In questa sede la AUSL organizza CTR (Centri Terapeutici Riabilitativi) per bambini e adolescenti, sempre diagnosticati con autismo. La sede, su suggerimento dei genitori, è stata chiamata "L'Isola Felice".

anche i limiti per il suo bene, sull'imprevisto. Era abituato a contesti "strutturati", precisi, senza imprevisti, che contenessero l'ansia dei cambiamenti. Oppure al contesto familiare, fatto di paure, tensioni, botte, dove tutto ruotava intorno alla legge del più forte: lui si vinceva con la mamma e il nonno, il papà vinceva su di lui...

È stato difficile contenere le sue angosce, essere vittime della sua aggressività quando, destrutturato, urlava preso dalla rabbia, paragonandosi a un bambino piccolo o si poneva in un altro tempo e un altro spazio. Era difficile proporgli oggetti buoni da contattare in quei momenti, non sembrava averne introiettati.

È stato difficile contenere i propri vissuti di rabbia, angoscia, paura. Contenere le rabbie nei confronti della famiglia, che facevano oggetto di diniego questi atteggiamenti educativi maltrattanti.

Ma...

È stato bellissimo e commovente vedere, in un anno e mezzo D. cambiare grazie a questa relazione: vederlo riempire fogli di colori, vederlo accettare un po' di più la realtà senza crearne una nuova o farsi contenere dalle stereotipie motorie che, in questi momenti, diventano la sua "seconda pelle", vederlo cercare un contatto fisico, usare le parole scritte e dette con un uso creativo e comunicativo e soprattutto trovare oggetti buoni dentro di sé. Non è più in un terrore cieco e contenuto dalle sue stereotipie motorie e vocali, si è finalmente dato lo spazio e il movimento depressivo del pianto.

È stato bellissimo vedere in parte questi genitori iniziare a darsi la possibilità di affidarsi, lasciare piano piano e con molte cautele, l'atteggiamento di negativismo che li caratterizza, chiedere aiuto e "come poter fare". È stato commovente vederli lentamente riconoscere che qualcun altro poteva vivere una tensione desiderante sana per il loro figlio e che la loro identità di genitori non veniva intaccata dalla richiesta di aiuto.

È stato frustrante vedere i servizi in collusione con i genitori, in difficoltà rispetto il tenere e contenere le angosce che loro portavano; vedere quale importanza politica riveste oggi l'autismo a prescindere da chi davvero soffre e quanta difficoltà vi sia, prima di tutto, a lavorare in termini di benessere per bambini/ragazzi e genitori, quale forza difensiva ci sia nei confronti di azioni terapeutiche.

È ora formativo porsi delle domande su come lavorano gli operatori con i bambini autistici, su quali difese proteggono genitori, operatori e servizi e quali collusioni vengono attivate. È formativo riflettere su quali parti sono totalmente fatte oggetto di diniego da parte degli

operatori, in forte collusione con i vissuti dei genitori. E' importante domandarsi come viene portato avanti operativamente il lavoro con questi bambini e le loro famiglie, in termini istituzionali e politici, e quanto sia ancora importante andare avanti e cambiare tante cose, prima di tutto l'atteggiamento terapeutico.

Ma ora la cosa più importante è vedere D. che asciugandosi gli occhi dice: "io piango perché non capisco"...

Evoluzione storica del concetto di Autismo²

Il sintomo chiamato "autismo" venne usato storicamente all'interno dell'esposizione teorica di Bleuer sulla schizofrenia. Egli indicava l'autismo come un fenomeno "secondario" rispetto al primario disturbo dissociativo caratterizzante in modo essenziale le schizofrenie.

Bleuer coniava il neologismo "autismo" a partire dal concetto di autoerotismo di Freud, puntando però l'accento non tanto sulle spinte libidiche della posizione autistica, quanto sulle caratteristiche formali di questo modo di essere: il distacco dalla realtà e la predominanza della vita interiore.

L'autismo venne poi descritto anche da Leo Kanner nel 1943 e da Hans Asperger nel 1944 quasi nello stesso tempo, indipendentemente l'uno dall'altro, ma utilizzando lo stesso termine "autismo" usato da Bleuer.

Kanner originariamente descriveva undici bambini, che definì affetti da "disturbo autistico del contatto affettivo", dove ciò che più colpiva era l'inaccessibilità. Tutti e undici, a suo parere, dimostravano di non essere in contatto con gli altri essere umani e di non dividerne l'esperienza. Kanner allora descrisse quello che andò a comporre il quadro tradizionale dell'autismo che definì "infantile".

Tutti i bambini, a diversi livelli, avevano importanti deficit nella comunicazione e nel linguaggio, così come la simbolizzazione e i processi astratti e la comprensione dei significati risultavano alterati.

² Rassegna storica da: A. Ballerini, F. Barale, V. Gallese, S. Ucelli: Autismo. L'umanità nascosta. Piccola biblioteca Einaudi, 2006.

L'intero rapporto con l'ambiente sembrava caratterizzato da una particolare debolezza interattiva; la modulazione mimica, posturale, gestuale e tonica delle relazioni con gli altri esseri animati era inesistente o molto ridotta.

Inoltre, accanto all'isolamento, Kanner ritenne caratteristica fondamentale di questo quadro, il desiderio ossessivo di ripetitività e di immodificabilità (*sameness*). Con questo si intende l'intolleranza ad ogni brusca variazione, l'importanza delle routine, la tendenza a restringere l'intenzionalità psicomotoria o ad azzerarla nelle stereotipie.

Accanto a questi aspetti Kanner sottolineava anche un altro aspetto: l'esistenza di "isolotti di capacità". Cioè la presenza di aree di competenze o intelligenza discontinue.

Questo ultimo aspetto, insieme all'aspetto fisico "normale" di questi bambini, fece ritenere Kanner che fossero di normale o elevata intelligenza, il che lo indusse a un generale ottimismo rispetto la loro evoluzione.

Kanner, nell'osservare i bambini osservò anche i genitori e ipotizzò una certa freddezza e intellettualismo che in qualche modo poteva aver contribuito allo sviluppo della malattia.

Quasi contemporaneamente, nel 1944, anche Asperger utilizzò un termine simile per descrivere alcuni bambini da lui osservati che ricordavano, sorprendentemente, quelli descritti da Kanner. Pubblicò la sua tesi di dottorato in cui descrisse quattro bambini, dai 6 agli 11 anni e sembrava condividere alcuni punti con Kanner nella sua descrizione, pur presentando anche delle differenze. Asperger sottolineava infatti come l'autismo non fosse un secondario ritiro dagli investimenti verso il mondo esterno, ma un tratto caratteristico di tutta la vita. Inoltre il suo campione era costituito da soggetti con un buon livello cognitivo e con linguaggio integro. O almeno, integro nella sua struttura ma con evidenti alterazioni nelle funzioni comunicative interpersonali: la prosodia, la modulazione della voce, il tono; era una sorta di linguaggio meccanico, goffo, integro negli aspetti cognitivi ma carente in quelli comunicativi.

Asperger inoltre osservava un'analogia goffaggine del corpo, un impaccio psicomotorio, mimico e posturale; oltre che avere un'apparente mancanza di contatto oculare.

Sul piano affettivo Asperger descrisse difficoltà di empatia, di sintonizzazione emotiva, di intuizione affettiva altrui.

Evoluzioni nosografiche

A lungo l'autismo è stato considerato "la" psicosi infantile e denominato "schizofrenia infantile".

La concezione attuale dell'autismo è dovuta a un progressivo allontanamento delle due posizioni. Sono stati raccolti, man mano, dati epidemiologici ed è stato possibile notare che, per i due disturbi, l'epoca di esordio è differente, l'evoluzione, la sintomatologia è differente, inoltre alcuni fenomeni, tipici della schizofrenia, nell'autismo sono generalmente assenti.

Un passaggio nella nosografia è stata la distinzione definitiva all'interno del DSM-III delle due patologie nel 1980, dove è stato introdotto il concetto di "disturbi generalizzati dello sviluppo" e data una definizione criteriale dell'autismo infantile, influenzata dai lavori di Kanner. Successivamente il passaggio dal DSM-III al DSM-III-R ha portato a un ulteriore cambiamento: è scomparso l'aggettivo "infantile" e "autismo infantile" è diventato: "disturbo autistico", considerandolo quindi, a tutti gli effetti, una patologia cosiddetta *Long Life*.

Nel frattempo alcuni studi epidemiologici in Inghilterra hanno dimostrato l'associazione tra tre domini sintomatologici: questi domini possono combinarsi per gravità e peso dei fenomeni clinici ma sembrano essere presenti in tutti i casi definendo così un continuum tra casi più compromessi e meno compromessi.

Questa combinazione di sintomi è stata chiamata "Triade di Wing-Gould" e comprende: disturbo qualitativo delle capacità di interazione sociale, disturbo qualitativo delle capacità comunicative, repertorio ristretto e ripetitivo di interessi e attività.

I criteri "Wing-Gould" hanno improntato tutte le successive edizioni del DSM. Un aspetto importante di questo lavoro è stato quello di suggerire che ci possa essere un continuum nello spettro autistico, dove i diversi domini si combinano in diverse variazioni.

Le differenti ipotesi eziopatogenetiche

La letteratura riporta diverse posizioni teoriche che cercano di spiegare l'origine dell'autismo.

Teorie organicistiche

Le teorie organicistiche propongono a spiegazione dell'autismo una causa di tipo organico che può risiedere in una struttura del cervello (cervelletto, ippocampo, amigdala), in disfunzioni metaboliche o biochimiche (per esempio i recettori dei circuiti cerebrali o particolari sostanze contenute nei cibi) oppure in anomalie genetiche.

Attualmente sono le teorie maggiormente sostenute dagli ambienti medici e di associazione genitoriale adottate come spiegazione all'origine dell'autismo.

Partendo da tali posizioni gli interventi proposti possono essere dall'uso di farmaci all'assunzione di diete speciali.

Teorie cognitive

Ci sono posizioni teoriche, di tipo cognitivo, che cercano di spiegare l'autismo, e più specificatamente il difetto comunicativo che lo caratterizza, come un mancato funzionamento corretto di alcune funzioni cognitive, considerandolo o come difetto "primario" oppure come "secondario" ad altro.

I principali tra questi modelli sono: la "teoria della mente" nelle sue diverse versioni, il "modello del difetto originario nel legame affettivo" di Hobson, il "modello di deficit delle funzioni esecutive".

Il primo propone una difficoltà, nell'autismo di attribuire stati mentali, credenze, desideri, inganni, scopi ad altri, così come la difficoltà a spiegare e prevedere il comportamento altrui come governato da tali stati mentali. Una sorta di *mindblindness*, che toglie la capacità di modulare il proprio comportamento all'interno dell'universo caratterizzato dalle interazioni sociali.

La posizione di Hobson invece propone un nucleo originario dell'autismo in un'alterazione dei meccanismi innati di relazione, dell'intersoggettività originaria.

Il terzo, infine, propone un deficit primario delle funzioni neuropsicologiche generali che sovrintendono l'esecuzione, la pianificazione, il controllo, il coordinamento delle azioni finalizzate. A questo poi seguirebbe la difficoltà comunicativa presente nell'autismo.

Queste posizioni propongono interventi di tipo cognitivo-comportamentale dove la finalità è correggere il difetto attraverso l'assunzione o il rinforzo di comportamenti adattivi, così da aumentarne la frequenza, oppure attraverso la diminuzione dei cosiddetti "comportamenti problema".

Fa parte di questo tipo di interventi il metodo TEACCH (Shopler) che propone, attraverso l'uso di tecniche e di una riorganizzazione totale degli ambienti frequentati dal bambino - al fine di renderli strutturati, di facile comprensione e congruenti l'uno con l'altro - di addestrarlo ad acquisire comportamenti adeguati. Quello che viene considerato punto di forza e fondamentale

per questo metodo è il coinvolgimento totale dei genitori che, insieme agli operatori che li orientano, mantengono e generalizzano gli apprendimenti che il bambino ha acquisito.

Questo metodo è largamente usato all'interno dei servizi e viene proposto come attività educativa e riabilitativa da allargare anche al contesto scuola e casa.

Credo sia importante nominare anche la teoria dei neuroni Mirror (Gallese) dove la difficoltà relazionale autistica viene fatta risalire a un mancato funzionamento dei cosiddetti neuroni Mirror che regolerebbero la capacità di modellare le proprie intenzioni con il mondo. O anche, agli autistici mancherebbe l'attivazione di quei circuiti nervosi necessari a dare un contenuto esperienziale al mondo affettivo altrui, che rimane accessibile solo attraverso una ermeneutica teorico-cognitiva.

Teoria dinamica

L'infante e l'assistenza materna formano un tutt'uno
(Winnicott)

All'interno di questo orientamento la nozione di autismo deriva direttamente da quella di autoerotismo descritta da Freud; dove per autoerotismo si intende una normale fase dello sviluppo della libido, dove l'attività pulsionale è priva di oggetto.³ L'uso del termine autismo in Bleuler rimandava quindi all'idea di una fase fisiologica dello sviluppo del bambino.

È infatti condiviso dalla letteratura psicodinamica la presenza di stati autistici anche nelle persone normali o nevrotiche. Tustin, tra gli altri, teorizzava la presenza di "capsule di autismo" nei pazienti nevrotici. Soggetti in cui la sensazione di esistere è labile, dove la maturazione cognitiva ed emotiva è avvenuta aggirando zone oscure che hanno dato vita a queste zone autistiche.⁴

Anche Crocetti parla della presenza di nuclei autistici presenti in ogni persona: piccole zone di assenza, chiusura, stallo dove le relazioni con gli altri sono più o meno coinvolte. Questo fa riflettere sulla possibilità di un continuum che va dal nevrotico allo psicotico per tutti gli stati psicopatologici, anche per l'autismo. L'autismo nello stato psicotico, è la più grave delle psicosi perché annulla il funzionamento del pensiero.⁵

³ H. Nagera: "I concetti fondamentali della Psicoanalisi", Bollati Boringhieri.

⁴ F. Monti: "Il guscio autistico", Unicopli.

⁵ G. Crocetti: Teoria della clinica e della tecnica psicoanalitica infantile, lezioni a.a. 2006/2007

Altro aspetto condiviso dalle teorie psicomodinamiche è la precocità del disturbo, precedente anche alla formazione di un apparato psichico del bambino, in uno stadio dello sviluppo in cui esiste ancora un rapporto di totale fusionalità madre-bambino. In questo stadio precoce avviene una rottura, una tensione traumatica del normale sviluppo psicologico del bambino, in relazione al rapporto che intercorre tra lui e la madre, la coppia madre o l'ambiente.

La Mahler parla di fase autistica normale, di completa indifferenziazione tra Io ed Es, tra Sé e modo oggettuale, che procede fino ai due mesi di vita del bambino. Un bambino con autismo infantile appare infatti "organizzato per mantenere e consolidare la barriera allucinatoria negativa che caratterizza la prima settimana di vita, quando si deve difendere da una stimolazione sensoriale troppo viva". Egli non sembra vedere nella madre "un faro vivente di orientamento nel mondo della realtà".

Anche per Winnicott l'autismo è da ricercarsi nel mancato adattamento dell'ambiente al bambino in uno stadio di dipendenza assoluta. Parla infatti di "malattia da carenza ambientale", organizzata come difesa contro l'angoscia mortale e quindi un modo di rapportarsi alla realtà che non tradisce il Sè.⁶

Per la Tustin l'autismo è una condizione in parte innata, in parte dovuta all'ambiente. Anzi, ritiene che *in alcuni casi*, il fattore genetico abbia un peso maggiore di quello ambientale ma che è necessario valutare, caso per caso, la proporzione fra influenze ambientali e determinanti genetiche.⁷ Spiega l'autismo come una reazione difensiva di fronte a una separazione traumatica e precoce dalla madre, prima ancora che si sia formato l'apparato mentale, neurologico e sensoriale necessario a fronteggiare tale separazione. La Tustin parla della depressione della madre come di uno dei fattori significativi nello sviluppo dell'autismo: la Tustin parla di madri sole e di depressioni pre e post partum e di profondi desideri di non perdere quel bambino che renderebbero la nascita difficile. Il risultato è un terrore, un'angoscia ancestrale, da cui il bambino si difende "ritirandosi" nel guscio autistico, nell'"incapsulamento autoprodotta".⁸

Rispetto la precocità del disturbo e la sua possibile prevenzione, alcuni autori - tra cui R. Negri e G. Crocetti - propongono la lettura del disturbo nella prima infanzia attraverso l'osservazione dei segnali d'allarme. Questi sono espressività anche del bambino sano, come espressione dell'integrazione in atto delle componenti sensoriali attraverso la relazione con le figure

⁶ M. Davis, D.C. Wallbridge: "Introduzione al Pensiero di D. W. Winnicott", Martinelli, FI.

⁷ F. Tustin, "Protezioni autistiche nei bambini e negli adulti", Raffaello Cortina Ed.

⁸ F. Monti: "Il guscio autistico", Unicopli.

genitoriali. Nel bambino sano i segnali d'allarme si riscontrano in modo limitato e, soprattutto, transitorio; nel bambino a rischio invece assumono caratteristiche di ripetitività e di dominanza, cristallizzandosi sul bambino stesso.⁹

In questo periodo così precoce di sviluppo si può parlare di sintomi sia neurofisiologici che psichici tanto che R. Negri, parlando di Disturbi Multisistemici dello Sviluppo, sottolinea il disturbo di relazione e comunicazione ma lo associa alla regolazione degli aspetti fisiologici, sensoriali, attentivi, motori, cognitivi, somatici e affettivi.¹⁰

Crocetti, in questo senso, sottolinea la profonda relazione esistente, nei bambini molto piccoli, tra pensiero e soma: non è possibile prescindere l'uno dall'altro, dove infatti la via maestra di comunicazione del bambino e il luogo principale di accudimento genitoriale e mezzo di integrazione e crescita psichica è proprio il soma. Diventa quindi difficile prescindere l'eziopatogenesi biologica/metabolica da quella relazionale e viceversa.

La precocità delle osservazioni permette di utilizzare i sintomi di allarme in un'ottica di prevenzione, per promuovere quei cambiamenti genitoriali necessari alla salute del bambino. È in quest'ottica infatti che R. Negri parla di Disturbi Multisistemici dello Sviluppo, inserendo in questi anche i bambini diagnosticati precocemente con autismo, perché lascia aperta la possibilità che le difficoltà siano suscettibili a cambiamenti grazie a un intervento precoce sull'ambiente.

Negli anni successivi le teorie psicodinamiche, credo con modalità difensive, sono state duramente criticate ed osteggiate dai contesti medici e soprattutto da quelli di associazioni di genitori di bambini autistici.

Hanno quindi avuto grande successo le posizioni di tipo organicistico e le teorie psicologiche ad orientamento cognitivo - complice la profonda collusione da parte dell'ambiente medico nei confronti dei genitori - che propongono spiegazioni e soluzioni di tipo medico o di apprendimento/addestramento che non sempre danno la possibilità di contattare gli aspetti più emotivi e profondi del loro essere.

⁹ R. Negri: "disturbi precoci dello sviluppo" in F. Monti: "viaggi di andata e ritorno zero-tre anni. Sviluppo e Patologia", Quattroventi.

¹⁰ ibidem

La lettura del C.I.PS.PS.I.A.¹¹

È importante porre al centro della riflessione il concetto per cui è fondamentale, nella sofferenza di un bambino, la capacità della coppia madre di adattarsi in termini fisici, psichici, comportamentali ed emotivi, alle possibili delusioni che la nascita del bambino può portare all'interno della coppia stessa. Per delusione, nella letteratura del C.i.ps.ps.i.a., si intende il suo significato colto dall'etimologia latina de-ludere, togliere gioco, godimento dall'oggetto.

Il bambino nasce, dopo nove mesi di gestazione intra-uterina, all'interno dell'utero materno, viene posto tra le braccia della coppia madre in un utero di coppia la quale, in questo abbraccio fisico e psichico, passa al bambino la sua celebrazione nel desiderio ma anche le possibili delusioni che il bambino può portare con sé all'interno della coppia ma possono essere delusioni interne alla coppia stessa, nel senso di non avere una mente di coppia in grado di godere l'uno dell'altro e di organizzarsi intorno a un oggetto condiviso di godimento. La delusione è una condizione esperienziale da cui non si può trarre quel godimento che rende vivo all'interno dell'esperienza stessa. Deludere è sottrarre gioco, godimento della vita. Ogni fonte traumatica procura dolore dal momento che quello spazio prima occupato da gioia e godimento viene riempito di sofferenze. E ogni volta che questo accade l'esperienza diventa traumatica.

È necessario per la coppia madre tenere dentro di sé questa delusione per non renderla traumatica per il bambino. Qualora questo non avvenga, se la delusione cioè non è tenuta nella mente di coppia e non produce i giusti aggiustamenti fisici, psichici, relazionali verso il bambino ritorna al bambino stesso con le modalità proprie del maltrattamento e dell'abuso veicolati da comportamenti patogeni della coppia madre.

Il maltrattamento è una condotta perpetuata nei confronti del bambino che la subisce e si traduce per lui in esperienze di abbandono, perdita e rifiuto.

L'abuso invece è un uso che viene fatto del bambino in funzione di un godimento o di un piacere dell'adulto. Può non essere un abuso sessuale, ma in generale è un cercare di gratificare bisogni dell'adulto attraverso l'uso del bambino, per un suo piacere.

In questo senso il trauma va sul bambino che ci porta la sua sofferenza attraverso i segnali d'allarme che possono organizzarsi intorno a un disturbo che può andare a coinvolgere diversi canali (movimento, organizzazione del sé, corpo).

¹¹ G. Crocetti: Teoria della clinica e della tecnica psicoanalitica infantile, lezioni a.a. 2005/2006, 2006/2007.

La coppia madre dovrebbe percepire il disagio del bambino, cogliere i segnali d'allarme che egli porta e farli oggetto di pensiero e mentalizzazione attraverso la mente di coppia, così da produrre quei cambiamenti, adattamenti relazionali che conseguono alla mentalizzazione stessa.

Quando questo non avviene il segnale d'allarme si irrigidisce e si stabilizza, se ne aggiungono altri e diviene preoccupante quando, in un numero già maggiore, sono persistenti e costanti, muovendosi in modo opposto alla necessaria flessibilità e adattabilità del bambino sano.

Il segnale d'allarme ci permette di capire l'orientamento della tensione traumatica nella primissima infanzia e verso quale organizzazione psicopatologica si sta portando.

Autismo

In particolare il disturbo autistico viene collocato nei disturbi sul versante della Depersonalizzazione, dove viene modificato profondamente lo psichismo del bambino. In linea con la teoria dinamica, i disordini sembrano collocarsi nella relazione del bambino con la coppia madre in un momento molto precoce del suo sviluppo, quando psiche e corpo sono un tutt'uno. L'autismo è un disturbo associato a difficoltà importanti nella regolazione dei processi fisiologici e a importanti deficit a livello delle funzioni egoiche (percezione, attenzione, movimento, pensiero...).

I segnali d'allarme principali che si possono osservare in bambini molto piccoli sono:

- √ fuga dello sguardo
- √ assenza di sorriso
- √ assenza di pianto
- √ fissità mimica
- √ anomalie posturali.

Come già detto, la lettura dei segnali d'allarme diviene molto importante in un'ottica di prevenzione del disagio infantile, in modo che i segnali di allarme non si stabilizzino intorno a un disturbo organizzato dell'infanzia.

Nel disturbo autistico è possibile trovare, secondo la letteratura del CIPSPSIA, prima di tutto, un marcata alterazione dei canali sensoriali, quei canali attraverso i quali la coppia madre, primariamente, comunica con il bambino.

La mente di coppia per comunicare con il bambino usa infatti i canali sensoriali, arricchiti dagli stati emozionali, dalle capacità di sogno e di reverie della coppia; è l'attivazione di questi canali

che permette al bambino di muoversi verso gli apparati del pensiero e della creatività. La comunicazione dei genitori attraverso i canali sensoriali con il bambino avviene prima di tutto attraverso la manipolazione e il contatto fisico con la coppia madre: quando il bambino nasce passa dall'utero materno all'utero di coppia, e la comunicazione avviene attraverso l'abbraccio della coppia madre, il contatto fisico di pelle e l'essere tenuti, fisicamente e psichicamente. La manipolazione poi è fondamentale perché il suo corrispettivo è l'insediamento degli stati psicoemotivi della madre sul bambino. Sono infatti le sensazioni che passano sul corpo, la base fisiologica delle fantasie; sono i canali sensoriali i precursori delle funzioni dell'Io.

Se dai canali sensoriali, durante questa comunicazione sensoriale, al bambino passano elementi psicoemotivi della coppia carichi di distruttività e aggressività e componenti paranoidi della coppia madre, non gli sarà possibile attivare la mentalizzazione e i processi di pensiero e di simbolizzazione che si vedrà attaccare fin dalle loro fondamenta. Il bambino quindi si trova attaccato dalle rabbie distruttive e dalle angosce paranoidi dei genitori proprio nei precursori delle funzioni dell'Io, avendo come conseguenza un'alterazione di queste funzioni che non si attiveranno o lo faranno in modo distorto.

Il C.I.P.S.P.S.I.A. propone inoltre di definire l'autismo come elettivo e selettivo.

Selettivo perché la coppia madre nel suo attacco (fatto oggetto di diniego) selettivamente attacca e distrugge alcuni precursori dell'Io.

Elettivo perché, dall'altra parte, c'è una ipervalutazione e un iperinvestimento verso altri aspetti che sono rimasti integri (i cosiddetti isolotti di capacità di Kanner): si possono allora trovare degli ambiti in cui i bambini autistici funzionano benissimo, in cui presentano quasi una certa "genialità".

In realtà sono aree dove il bambino esprime la difesa elettiva dell'autismo, il ritiro, creando dei nuclei di fantasia, di pensieri, dove si colloca e fa un uso autistico, quindi non produttivo o creativo, delle sue capacità.

Questi attacchi genitoriali sono fatti oggetto di diniego da parte dei genitori stessi: sono totalmente inconsapevoli di attaccare il proprio bambino.

Questo rafforza, tra le altre cose, l'atteggiamento di negativismo che caratterizza questi genitori: un atteggiamento di chiusura verso tutte le persone che possono segnalare il disagio del bambino. I genitori, al momento della sua segnalazione, tendono a banalizzare il segnale d'allarme,

a inserirlo in una normalità che altro non è che l'espressione di un meccanismo difensivo di tipo dissociativo.

Successivamente tendono a mantenere un atteggiamento di negativismo che li protegge, difensivamente, dalla possibilità di chiedere aiuto ed essere dipendenti da qualcuno. Non possono sostenere una relazione di dipendenza, dove la loro capacità genitoriale può essere messa in discussione. Verrebbe vissuto come una perdita della propria identità genitoriale, vissuta come un annichilimento, una perdita narcisistica. D'altra parte il negativismo genitoriale protegge anche dai movimenti desideranti di un'altra persona verso il proprio bambino, probabilmente più sani, ma vissuti come qualcosa da cui difendersi.

Questi attacchi, che proteggono i genitori da nuclei fantasmatici riferibili a una personalità o contesti paranoide persecutori, sono fatti oggetto di diniego e possono essere collocati sul bambino molto precocemente, attraverso una disarticolazione dei canali sensoriali ma, ancor prima, anche nella vita intrauterina. Già allora i canali sensoriali sono attivati e sono le modalità con cui il feto conosce l'ambiente esterno e interno a lui disponibile. Questi canali possono essere danneggiati già durante la gravidanza attraverso le modalità comportamentali con cui la madre, sempre modulandosi all'interno della coppia madre, gestisce il proprio corpo e la propria gravidanza. Quindi come gestisce il nutrimento, la relazione, il rilassamento, la propria esperienza.

Ciò che sembra essere terapeuticamente importante con questi bambini è dare loro un ambiente totalmente diverso da quello nel quale vivono, proporre loro una relazione totalmente nuova. È necessario, in questo tempo, dare al bambino una nova figura di accudimento, che possa ricostruire, ricomporre, gli apparati sensoriali disturbati.

Il terapeuta deve porsi, con il bambino autistico, in atteggiamento di totale disponibilità, apertura, libero da difese. È un rapporto che si fonda sul sensoriale, sull'empatia, sul pre-verbale. I bambini autistici infatti non usano la parola o i suoi precursori, poiché colpiti negli apparati della simbolizzazione e, per poter introiettare oggetti buoni e non distruttivi, lo fanno attraverso i canali del non verbale, del pre-simbolico. È necessario quindi, per l'adulto che si mette in contatto con loro, farlo attraverso il canale primariamente sensoriale, dove l'importante non è la parola, ma il tono di voce, non ciò che si fa ma il tocco, lo sguardo, l'anima: proporre una relazione primaria.

È necessario anche lavorare con i genitori, con l'adulto, perché possano contattare le loro angosce distruttive e imparare a fidarsi ed affidarsi. Lavorare in modo consapevolmente collusivo, per cogliere gli aspetti di reale preoccupazione verso i figli.

Ricostruirsi

*"In principio vi sono l'atto ed il gesto.
Fantasia, pensieri, giochi e immaginazione vengono dopo".
(Winnicott)*

D. è arrivato ai servizi preceduto dalla sua nomea di "ragazzo terribile e temibile". Agiva su di lui un contesto familiare fortemente maltrattante: il padre ha sempre usato le mani per farsi rispettare e D. ha presto portato questa modalità all'esterno, mosso anche dalla fortissima identificazione che ha verso il padre, per lui unico uomo degno di tal nome, anche se mosso da sentimenti contrastanti. A suo dire: "gli uomini non piangono" e "quando sarò grande vincerò su mio padre, perché lo picchierò fino a distruggerlo". I genitori, mossi da una forte dissociazione, hanno sempre riportato queste modalità con una naturalezza difficile da sostenere. Era normale agire così e questo era molto stridente con l'immagine che volevano dare di sé stessi.

D. ha sempre faticato enormemente a gestire le frustrazioni, complice anche una modalità educativa volta al suo contenimento tramite un'eccessiva indulgenza, ed era tale l'angoscia che lo attanagliava nei momenti di richiesta non ottenuta da riuscire a rispondere solo con i pochi strumenti in suo possesso: la fisicità, le stereotipie, il darsi una nuova identità e una nuova realtà dove fuggire: "io sono un bambino! Siamo in vacanza!". Come se la realtà nella quale era inserito fosse talmente angosciosa da non poterci stare e da doversi ritirare letteralmente in un mondo proprio. Questo mondo dove era ancora un bambino piccolo, dove regnava l'egocentrismo e forse dove poteva ritrovare quella fusionalità perduta. Questa era la reazione anche alla rottura delle sue routine, delle sue aspettative e delle sue richieste, che sembravano letteralmente contenerlo e farlo sentire intero. Erano la sua protezione, la sua "seconda pelle".

D. è diagnosticato con autismo, sebbene abbia un uso della parola adeguato nella sua struttura, anche se spesso usata in modo autistico: i dialoghi sono spesso fatti per sé e per il piacere di sentire le risposte di domande che già conosce.

I genitori si sono sempre mossi con forte rivendicazione e persecutorietà: il mondo è contro di loro, i servizi non fanno abbastanza, non danno abbastanza fondi... ma soprattutto ogni cosa che accade è per loro fonte di pericolo per quell'apparente equilibrio che si sono dati.

Hanno dimostrato inoltre un forte atteggiamento negativistico nell'incapacità di potersi affidare a qualcuno, sempre nella posizione di segnare le linee guida per gli operatori, senza riuscire a vivere le energie messe su D. come una positività. La nostra tensione desiderante per lui è stata inizialmente vissuta come un attacco alla loro capacità, al loro menage familiare, alla loro sicurezza. Forse questa persecutorietà era anche mossa dalla paura per le modalità aggressive di D. che non si fermavano nemmeno davanti al nonno e alla mamma.

La proposta di una relazione che fosse diversa da quella proposta dai servizi nasce da una formazione profondamente differente. I servizi si muovono più su un versante cognitivo-comportamentale ma che tende a tagliare fuori gli aspetti emotivi (già poco gestiti da D. e la sua famiglia) e iperinveste invece gli aspetti cognitivi (dove D. già eccelle). Inoltre il contesto terapeutico propone un "ambiente" fortemente strutturato che utilizza il metodo TEACCH che collude fortemente con le difese di D., volte al non cambiamento e alla rigida strutturazione. Può risultare, con il tempo, una modalità che, se vissuta in modo assoluto, tende a selezionare ulteriormente quelle funzioni già distrutte ed elegge ulteriormente le funzioni iper-investite.

Questa relazione diversa, che si è basata sugli aspetti emotivi, sulla creatività e sulla fantasia, così rovinati, recisi in D., è stata inizialmente molto difficile perché ha fatto esplodere le sue difese, volte al contenersi e al non "rompersi".

Con il tempo però è stato invece chiaro che stavamo andando nella direzione giusta. Prima di tutto per D.: mettersi a totale disposizione emotiva e mentale ha portato in lui la possibilità di affidarsi e di mettersi in contatto su un piano diverso. Abbiamo privilegiato il pre-verbale e pre-simbolico, lavorando sulle sensazioni date da noi, dal nostro tocco, dalla nostra voce, ma anche dagli strumenti propri dell'atelier: i materiali espressivi infatti hanno un tatto, una modalità che ha sembrato riattivare i suoi canali sensoriali alterati dove però, stavolta, non sono passati contenuti aggressivi o persecutori, ma contenuti di disponibilità e di desiderio.

Questo lo ha portato, lentamente, a riattivare canali dormienti e a trovare oggetti buoni da introiettare che ha potuto contattare successivamente nei momenti di crisi. Dopo un anno e mezzo ha operato un movimento riparativo, piangendo per una sua crisi.

Ma è stato terapeutico anche per i genitori: coinvolti nei progressi di D., accolti nelle loro difficoltà e negli aspetti di reale preoccupazione per lui che portavano, hanno potuto in parte

lasciare l'atteggiamento negativistico che li ha sempre caratterizzati, riconoscendo la tensione desiderante nei confronti del figlio e riuscendo finalmente ad affidarsi, senza delega, fino a chiedere un aiuto.

Non sappiamo quale tensione traumatica ha portato D. a tutto questo, sappiamo però che l'ambiente e la coppia madre nel quale ha vissuto ha riproposto lungamente aspetti maltrattanti e veicolanti rifiuto, perdita e abbandono, non tenuti e costantemente messi su di lui. Sappiamo soprattutto che questo lavoro è stato terapeutico per lui. Sebbene non fossimo in una situazione terapeutica "ortodossa", l'Atelier ha un suo setting ben preciso che ha contenuto gli aspetti che mano mano uscivano. Inoltre il setting era prima di tutto interno agli operatori che ci lavoravano: caratterizzati da disponibilità totale, in un continuo lavoro interno volto a smascherare le proprie difese che, normalmente, D. e la sua aggressività e la sua profonda angoscia attivavano. Inoltre lo strumento del disegno ha permesso a D. di esprimere il suo mondo interno e di farselo consapevole: è lentamente passato da fogli pieni di vuoto, caratterizzati dalla fatica a dare loro un contenuto a sinfonie di colori a cui poteva dare un nome.

Credo di poter dire che fondamentale sia stata soprattutto la disponibilità interna che ci si è dati, ponendosi come modalità di lavoro prima di tutto il rispetto e l'accoglienza del ragazzo e dei suoi genitori in un atteggiamento di continua ricerca e continua tensione di ciò che è più "terapeutico" per loro. Questo comporta un continuo lavoro su sé stessi, liberi dalla presunzione di sapere, ma disposti ad ascoltare ciò che la sofferenza di chi abbiamo davanti ci porta.

*Un gesto una carezza
li ho fermati nel tempo.
Fermi nella mia mente
così per l'infinito
non muteranno mai.
(Mario Margotti)*

BIBLIOGRAFIA

Ballerini A., Barale F., Gallese V., Ucelli S.: "*Autismo. L'umanità nascosta*". Piccola Biblioteca Einaudi, 2006.

Crocetti G.: *Teoria della clinica e della tecnica psicoanalitica infantile*, a.a. 2005/2006, 2006/2007.

Davis M., Wallbridge D.C.: "*Introduzione al pensiero di Winnicott*". Martinelli Ed.

Monti F.: "*Il guscio autistico*". Unicopli Ed.,1999.

Monti F.: "*Viaggi di andata e ritorno zero-tre anni. Sviluppo e patologia*". Quattroventi Ed.,2000.

Nagera H.: "*I concetti fondamentali della psicoanalisi*", Bollati Boringhieri, 1972.

Tustin F. : "*Protezioni autistiche nei bambini e negli adulti*". Raffaello Cortina Ed., 1990.