

AUTISMO ed E.I.T.

Emotional Integrating Therapy

(Terapia di Integrazione Emotivo-Affettiva)

Romeo Lucioni

Li chiamano *bambini della luna*, per come vivono distanti dagli altri, o *bambini pesce*, perché non parlano, ma il loro male, sottile e devastante, inizia forse proprio nel momento della nascita, o anche prima.

La parola "autismo" deriva dal greco "autòs" che significa "se stesso e, come malattia o modello particolare di struttura psichica, si evidenzia drammaticamente per l'isolamento, l'anestesia affettiva, la scomparsa dell'iniziativa, le difficoltà psico-motorie, il mancato sviluppo del linguaggio.

Accanto a queste espressioni, di per sé già disturbanti e fortemente disabilitanti, gli autistici dimostrano una importante incontinenza emotiva che si espleta con urla, corse afinalistiche, ipercinesie, a volte aggressività, angoscia e terrore.

Sono stati individuati vari meccanismi patogenetici, ma nessuno è oggi considerato come vera causa; si parla più spesso di con-cause e così anche l'approccio terapeutico risulta vario e poco incisivo.

L'autismo cos'è

Melania Klein in "Contribution to Psycho-Analysis" (1923-1930) riferisce come l'analisi dei bambini tra i 2 ed i 5 anni abbia evidenziato che la realtà esterna è vissuta come riflesso della vita interiore. Per altro lato, la prima fase di relazione umana è dominata da impulsi sadico-oralici che vengono accentuati da esperienze di frustrazione e di privazione.

Alla luce di queste considerazioni, sappiamo anche che tutti gli strumenti di espressione sadica che possiede il bambino (sadismo uretrale, anale e muscolare) si attivano e vengono diretti sugli oggetti.

In questa fase, nella sua immaginazione, la realtà esterna è popolata da oggetti dai quali, egli pensa, sarà aggredito sadicamente, come lui ha fatto o fa nei loro confronti.

Mentre nel bambino normale questa fase viene rapidamente superata e liquidata, in quello autistico permane, così che possiamo affermare che per lui il "mondo resta un ventre popolato da oggetti pericolosi". In conseguenza di ciò, il bimbo psicotico resta relegato nelle prime fasi dello sviluppo dell'Io, in un livello "originale", nel quale predominano i meccanismi psichici sadici e distruttivi.

Solo attraverso una terapia analitica, queste caratteristiche vengono evidenziate, così che a questi bimbi vengono generalmente diagnosticati: "ritardo dello sviluppo", "stato psicopatico", "tendenze asociali" o anche, semplicemente, atteggiamenti "caratteriali" e "discolici".

Un marcato isolamento dalla realtà, la mancanza di rapporto emotivo, il sideramento affettivo, l'incapacità di restare attento in qualsiasi occupazione, la condotta insulsa o incorretta, le iper o ipo-cinesie, le stereotipie, i movimenti coatti, sono però segni inequivocabili di problematiche psicotiche, relazionate con un blocco dello sviluppo psichico.

Anche idee persecutorie e angosce fobiche, che sfiorano le reazioni terrorifiche, sottolineano la presenza di meccanismi persecutori tanto complessi, quanto

violenti, ma, soprattutto, sono espressione di gravi disordini nella struttura dello psichismo.

CLASSIFICAZIONI

La nosologia della psicopatologia grave della fanciullezza è complessa e solo recentemente ha ricevuto l'attenzione che si merita e l'importanza che riveste nello studio dei meccanismi psico-mentali legati allo sviluppo.

Le varie classificazioni proposte rispondono a diversi orientamenti circa i meccanismi basici delle affezioni emotive profonde dell'infanzia.

1- Schema descrittivo

Deriva dalla psichiatria classificatoria di Krapelin, seguita anche da Kanner nella sua descrizione originale dell'autismo e da Creak (1961). Questo schema serve da guida anche per il DSM III e IV che includono considerazioni sui legami tra gruppi di sintomi, oltre che storie cliniche simili e risposte alla terapia. C'è, in questo schema descrittivo, qualcosa che non comprendiamo e che riguarda le cause ed i meccanismi; le condotte si riferiscono a problematiche più profonde che non si conoscono.

Classificazione americana del DSM IV

Le psicosi dell'infanzia sono definite sotto la categoria dei *disturbi generalizzati dello sviluppo* :

1. Disturbo autistico

?? Corrisponde all' *autismo infantile precoce* e all' *autismo di Kanner* e comprende:

?? compromissione qualitativa dell'interazione sociale

?? compromissione qualitativa della comunicazione

?? modalità di comportamento, interessi ed attività ristretti, ripetitivi e stereotipati

2. Disturbo di Asperger (psicopatia autistica)

I bambini con questa patologia, hanno dai 3 ai 4 anni, dopo un periodo in cui lo sviluppo psicomotorio, quello del linguaggio ed il livello intellettuale sono sostanzialmente adeguati. In loro è la relazione sociale che risulta sempre più compromessa.

3. Disturbo disintegrativo della fanciullezza

Categoria diagnostica denominata anche *Sindrome di Heller* o *Psicosi disintegrativa* che si caratterizza per la perdita delle capacità psichiche e comunicativo-relazionali dopo un periodo di circa 10 anni di sviluppo apparentemente normale.

4. Disturbo di Rett

Colpisce soltanto le bambine, esordisce in genere verso la fine del primo anno, ma gli aspetti autistici, in genere, scompaiono dopo la crescita.

5. Disturbo generalizzato dello sviluppo non altrimenti specificato

In questa categoria viene compreso anche l'*Autismo*

Classificazione della Organizzazione Mondiale della Sanità (ICD 10)

Le psicosi infantili vengono classificate nella categoria delle *sindromi da alterazione globale dello sviluppo psicologico* che comprende:

1. **Autismo infantile**
2. **Autismo atipico**
3. **Sindrome di Rett**
4. **Sindrome degenerativa dell'infanzia di altro tipo**
5. **Sindrome iperattiva associata a ritardo mentale e movimenti stereotipati**
6. **Sindrome di Asperger**
7. **Altre sindromi da alterazione globale dello sviluppo psicologico**
8. **Sindrome non specificata da alterazione globale dello sviluppo psicologico**

Ogni classificazione nosografica introduce chiarezza, ma ogni sistema dimostra anche distinzioni sostanziali. Per es. il DSM III e IV sono validi per la coerenza e l'osservazione empirica della condotta, ma omettono la psicopatologia simbiotica (Mahler, 1968) ed anche le espressioni funzionali affettive e gli stati sensomotori di sviluppo cognitivo, sottolineati da H.N. Massie e J. Rosenthal.

2- Schema eziologico (di Eisemberg)

È un chiaro modello per il quale si fa una distinzione tra le psicosi infantili su basi organiche ed altre che vengono considerate *funzionali*, poiché non si riconoscono lesioni cerebrali evidenziabili con esami fisici e/o prove di laboratorio. Ciò non vuol dire che non possano esserci fattori organici, per esempio costituzionali o legati a traumi ambientali e neppure si può escludere che possano più avanti presentarsi alterazioni neuro-biologiche.

Classificazione delle psicosi della fanciullezza secondo Eisenberg (1966)

1. **Psicosi tossiche**
2. **Psicosi metaboliche**
3. **Psicosi degenerative** (per es. Malattia di Schilder, Sindrome di Heller)
4. **Psicosi infettive**
5. **Psicosi disritmiche**
6. **Psicosi traumatiche** (per es. da lesione cerebrale)
7. **Psicosi neoplastiche**
8. **Psicosi funzionali**
 - ?? **Autismo** – inizio nel primo anno di vita
 - ?? **Schizofrenia della fanciullezza** – comincia dopo gli 8 anni e risponde ai criteri diagnostici dell'adulto
 - ?? **Folie à deux** – un bambino anche sano riflette i sintomi di un caregiver psicotico
 - ?? **Psicosi maniaco-depressiva** – rara e non si osserva prima dei 12 anni
 - ?? **Psicosi precoce della fanciullezza** – è una categoria poco differenziata

3- Schema diagnostico strutturale e psicodinamico

Si basa nella teoria metapsicologica della psicoanalisi e si riferisce a strutture psicologiche interne che possono giustificare la causa della malattia. La struttura psicodinamica degli studi tiene conto dell'azione reciproca tra l'apparato psichico e l'ambiente.

In questo approccio si raggiunge la diagnosi, cercando di comprendere, in un determinato soggetto, le frontiere dell'Io, le relazioni oggettuali, le identificazioni parentali, lo sviluppo ioico e pulsionale, le difese.

Per il bambino i sintomi hanno un significato che può tradurre sentimenti nei confronti dei caregivers e influenzare le strutture ed i meccanismi psicologici che interferiscono con il mondo emotivo ed affettivo.

Esempio di diagnosi strutturale (Massie e Rosenthal) sono:

Regressione delle funzioni ioiche – nella *psicosi simbiotica*

Disturbi gravi nello sviluppo dell'Io e dell'identità nella *psicosi mista precoce della fanciullezza*.

Altre forme psicodinamiche sono:

??Regressione per separazione dalla madre

??Insufficienza dei vincoli (psicosi simbiotica)

??Identificazione con persona psicotica (follie a deux)

??Problemi di colpa e bassa autostima (disturbi maniaco-depressivi)

3- Altre classificazioni in ambito psicodinamico

~~///~~ **Margareth Mahler**

Descrive due diversi quadri, che implicano una fissazione in momenti differenti del processo di *Separazione-individuazione*:

?? **Psicosi autistica primaria**

?? **Psicosi simbiotica**

~~///~~ **J. Manzano e F. Palacio Espasa**

Evidenziano:

?? **Autismo primario e secondario**

?? **Psicosi simbiotica di Mahler**

?? **Psicosi precocemente deficitaria**

?? **Psicosi disorganizzatrice**

BILANCIO CLINICO DELLA "SINDROME AUTISTICA"

Particolare interesse ha ricordare la sintomatologia specifica e rilevante che permette di arrivare alla diagnosi di autismo, secondo diverse classificazioni.

Diagnosi di psicosi della fanciullezza di Creak (1961)

1. Notevole e duraturo **deterioramento delle relazioni affettive**. Include *l'indifferenza* e *l'afferramento immotivato* (la cosiddetta simbiosi); condotte problematiche verso gli altri come l'ordine imperioso; difficoltà a giocare con altri bambini.
2. **Mancanza di coscienza della propria identità personale**. Si riconoscono condotte anomale come l'adozione di posture abnormi, autoaggressività, confusione dei pronomi nel linguaggio.
3. **Preoccupazione patologica per determinati oggetti** o per certe loro caratteristiche, senza considerazione per la loro funzione specifica.
4. **Forte resistenza a introdurre cambiamenti nell'ambiente** e affanno a mantenere l'invariabilità, come se si cercasse una monotonia o una ripetitività percettiva.
5. **Anormale esperienza percettiva** che si evidenzia come evitamento visivo ed uditivo, insensibilità relativa al dolore ed alla temperatura.
6. **Acuta ansietà**, apparentemente illogica, anche se può essere riferita a cambiamenti e a piccole frustrazioni.

7. **Perdita del linguaggio** (che magari non si è mai strutturato); possono presentarsi scambi di pronomi, ecolalie, parole incomprensibili ed anche grida.
8. **Distorsione della motilità**: immobilità, ipercinesia, posture bizzarre e movimenti coatti.
9. **Grave ritardo mentale**, anche se si possono riscontrare isole di funzionamento normale.

Criteria diagnostici dell'Autismo Infantile secondo il DSM IV

Inizio prima dei 30 mesi

Mancanza di risposta nella relazione (autismo)

Grave deficit dello sviluppo del linguaggio

Quando il linguaggio è presente si limita a ecolalie, linguaggio metaforico, inversione di pronomi, lentezza

Risposte assurde a diversi aspetti dell'ambiente: resistenza al cambiamento, interessi peculiari su alcuni oggetti

Assenza di delusioni, di allucinazioni; associazioni povere o incoerenti.

Ritratto del bambino autistico secondo le osservazioni dei famigliari

- ✂ Aspetto fisico normale, sguardo apparentemente intelligente
- ✂ Mancanza di attenzione verso gli altri o di reazione nei confronti del mondo esterno
- ✂ Non rivolge mai direttamente lo sguardo verso l'interlocutore
- ✂ Comportamenti ripetitivi ed ossessivi (allineamento maniacale di oggetti, azioni ripetute)
- ✂ Sviluppa intensi sentimenti di rabbia, gioia, paura e tristezza, ma non è in grado di manifestare imbarazzo, orgoglio e vergogna
- ✂ Se è in grado di esprimersi (il 50% non parla) mostra spesso ecolalia, inversione del pronome, neologismi o metafore particolari
- ✂ Possiede spesso particolari doti mnesiche, di calcolo o musicali.

* da "Le Scienze", luglio 1999

LE NOSTRE OSSERVAZIONI

ci hanno permesso di stilare una lista di sintomi che, per le loro caratteristiche, ci sembrano importanti e da tenere in conto per una precisa diagnosi anche funzionale, dell'autismo, considerato un "*disturbo pervasivo dello sviluppo*":

Problematiche affettivo-relazionali

- ?? *isolamento e rifiuto del rapporto interpersonale, anche con i coetanei;*
- ?? *chiusura sensoriale con limitazioni importanti dell'area vitale, se non addirittura con retrazione coatta a vivere in un angolo del locale dove abitualmente si trova;*
- ?? *incapacità di sviluppare "modelli affettivi" nella relazione interpersonale;*
- ?? *profonda limitazione della volontà e dipendenza dalle figure familiari;*
- ?? *sguardo periferico e incapacità di "guardare negli occhi";*

Problematiche emotive

- ?? *incontinenza emotiva grave con violente crisi di angoscia che, quando lo stimolo risulta troppo intenso, portano anche ad autolesionismo o ad aggressività;*
- ?? *anestesia sensoriale che può essere vista come stoica sopportazione degli stimoli;*

Problematiche cognitive

- ?? *grave riduzione delle capacità ad acquisire nozioni e/o informazioni, anche se appare evidente una capacità istintiva ad afferrare empaticamente il senso delle cose e degli accadimenti (soggettivismo);*
- *grave difficoltà nella comprensione delle informazioni e degli ordini;*
- *" " nell'apprendimento di una psicomotricità complessa;*
- ?? *disturbi del linguaggio:*
 - ~~??~~ *mancato sviluppo del linguaggio che si limita a pochi suoni, urla, sillabe, ecolalie;*
 - ~~??~~ *alterazione della strutturazione sensomotoria del linguaggio*
 - ~~??~~ *difficoltà cognitive-affettive che si evidenziano con:*
 - ?? *impossibilità ad elaborare il senso comunicativo del linguaggio*
 - ?? *incapacità di trasferire il significato semantico delle parole che restano legate alla percezione di una sola funzione.*

Problematiche psicomotorie

- ?? *comportamento rituale con modalità ripetitive ed obbligate;*
- ?? *grave limitazione psicomotoria che arriva a pregiudicare lo sviluppo dell'apparato locomotore e muscolare;*
- ?? *difficoltà nella coordinazione motoria complessa;*
- ?? *grave riduzione dell'iniziativa, anche se si osservano casi dominati da ipermotricità afinalistica (se si eccettua il significato controfobico).*

DEBOLEZZA DELL' IO

Se l'esperienza clinica ci permette di evidenziare una serie di sintomi che caratterizzano la "sindrome autistica", per altro la concezione dell'autismo come disturbo dell'evoluzione psichica che si configura come una estrema debolezza ioica, ci porta a considerare un serie di problematiche intrapsichiche:

Problematiche affettivo-relazionali

Non sa difendersi da impulsi primitivi come: irritabilità, aggressività, distruttività, angoscia e panico;

Non riesce a posticipare la scarica degli impulsi;

Non riesce a strutturare un modello affettivo-valorativo;

Non resiste al fascino-tentazione delle cose (proiezione del sé nelle cose);

Di fronte all' Altro tende a ritirarsi;

Non trova efficienti controlli sostitutivi;

Non riesce ad accettare inaspettate gratificazioni;

Non controlla le reazioni di fronte a fallimenti, insuccessi ed errori (frustrazioni);

Non sa controllarsi di fronte a situazioni conflittive;

Non sa difendersi dall'invasività del gruppo;

Non riesce a sublimare le pulsioni interne;

Dimostra un ipercontrollo sull'affettività (inibizione nei confronti dell'aggressività);

Presenta reazioni oggettuali intime dominate dal bisogno di dipendenza;

*Manca di canali sublimatori affettivi evoluti come: altruismo e umorismo;
Non stabilisce rapporti interpersonali validi, ma solo relazioni superficiali;
Dimostra dipendenza non motivazionale, ma normative;*

Problematiche libidico-istintive

*Non sa modulare l'emotività (incontinenza emotiva e/o emotività libera);
Di fronte all'insicurezza si ritira;
Non contiene l'eccitazione psicologica del collettivo;
Non controlla l'ansia di fronte alla novità;
Non controlla la propria espressività esplosiva (pagliacciate e/o chiassate);
Tende a disorganizzarsi di fronte alle disapprovazioni (senso di colpa);
E' incapace di rinunciare a desideri infantili di nutrimento.*

Problematiche cognitive preconsce

*Utilizza il pensiero primario: onnipotenza e svalutazione;
Tende alla sublimazione (dimentica subito);
Dimostra sublimazione immatura (acting-out);
Tende a non farsi notare;
Dimostra onnipotenza nei confronti degli oggetti e degli altri, che può portare;
all'insuccesso dei meccanismi di rimozione.*

Problematiche cognitive razionali

*Non ha cura degli oggetti per un uso futuro;
Non ricorre ad immagini gratificanti già vissute;
Non sa usare un adeguato realismo di fronte a regole e a orari;
Non sa relazionarsi, in modo adeguato, con lo spazio ed il tempo;
Non sa valutare la realtà sociale;
Non trae vantaggi dall'esperienza
Non trae insegnamenti dall'esperienza altrui
Non sa programmare realisticamente
Non sceglie gli strumenti adatti agli obiettivi
Non sa dare un senso al proprio diritto
Non usa la coscienza per finalizzare il comportamento
Manca di canali sublimatori cognitivi come l'intellettualizzazione*

Un'analisi attenta di questi disadattamenti o dis-abilità ci permette di evidenziare come nella maggior parte dei casi si tratta di problemi riguardanti le dinamiche emotivo-affettive.

La nostra esperienza ha potuto confermare che proprio i disordini emotivo-affettivi portano a configurare quadri di insufficienza e di disabilità relazionale, comportamentale, psicomotoria o psichica in generale.

E.I.T. – Emotional Integrating Therapy (Terapia di Integrazione Emotivo-affettiva)

L' E.I.T. può essere considerata una psicoterapia grupppale e non verbale, fondata su una struttura teorica psico-neuro-biologica e su di una prassi organizzata attraverso interventi codificati. Si occupa del RECUPERO e della RIABILITAZIONE GLOBALE e, in questi termini, riassume il suo aspetto di intervento sulla persona

nella quale vengono considerati aspetti motori, emotivi, affettivi e cognitivi e, come modello riabilitativo, tiene conto di disfunzioni, di disorganizzazioni e di disabilità.

Ponendo il suo interesse sull'uomo, in una dimensione olistica, l' E.I.T. non considera malattie, diagnosi e neppure cure, poiché il suo compito non è quello tradizionale di guarire, bensì di ripristinare funzioni disusate (motorie, psico-affettive e psico-cognitive) e di riorganizzarle in una inter-relazione armonica, che definiamo integrata.

Possiamo anche affermare che l' E.I.T. non mira solo all' autosufficienza, come altre scienze della riabilitazione, ma tende a riattivare l' autonomia, motoria e psichica, l'espressione di un funzionamento efficace dell'autovalorizzazione, di una valida coscienza di sé, di una struttura ioica integrata.

Se la malattia e la menomazione si riferiscono ad anomalie del funzionamento (per diversi motivi) di un organo o di un sistema, l' E.I.T. si riferisce al ripristino non di una funzione, ma dell'armonico interagire tra funzioni psico-neuro-biologiche che interessano capacità intellettive (memoria, pensiero, creatività, volontà), psicologiche (percezione, attenzione, emotività, affettività), comportamentali, relazionali e sociali. In altre parole, la disabilità, affrontata dall' E.I.T. non riguarda una specifica funzione, ma il soggetto nel suo insieme, nella sua dimensione olistica disorganizzata da errate interazioni tra sistemi biologici, psico-affettivi e psico-intellettivi.

In questa ottica l'equilibrio da raggiungere è un VALORE SUPREMO, una virtù che ri-unisce in sé parti intellettive (cognitive), parti creative (emotive) e parti affettive (legate al desiderio ed al piacere auto ed etero-riferito). Le capacità di pensare, di creare e di godere sono, in fondo, quelle funzioni che l' E.I.T. tende a ripristinare, rinforzare ed integrare in una dimensione che possiamo definire "poetica" e che dà senso alla vita.

La "poetica della vita" è un aspetto ecologico che è "rispetto della natura" e che diventa "rispetto della natura umana" composta di corpo, pensiero, emozioni ed affetti. In queste dinamiche si evidenzia come l' E.I.T. utilizzi una propria *teoria della relazione* che implica il ribaltamento dell'ottica tipica dei modelli riabilitativi: non si tratta di "immettere" spunti di razionalità in tecniche codificate di riabilitazione a sfondo cognitivo, ma, piuttosto, di articolare una complessa e fondante teoria della relazione per finalizzarla, come dice Giuseppe Andreis, a contestualizzare strategie di riabilitazione relazionale.

Terapia di integrazione emotivo-affettiva: OBIETTIVI

Trattandosi di promuovere lo sviluppo di un *Io-integrato*, si evidenziano gli obiettivi che consistono nel controllo di quelle parti deficitarie caratteristiche della "debolezza dell' Io". Si tratta di :

- contenere l'invasività delle reazioni emotive (ansia, angoscia);
- sviluppare la motricità complessa e la coordinazione;
- stimolare la partecipazione sociale ed un buon livello affettivo;
- raggiungere una buona tenuta, oltre che una efficace attenzione;
- potenziare il senso di valore nella partecipazione;
- dilatare lo stato di coscienza, accentuando le percezioni;
- sviluppare un valido senso di Sé e di autovalorazione;
- sublimare i sensi di impotenza e di incapacità;
- svuotare l'inibizione legata ad autoaccuse ed a sensi di pandistruttività;
- esorcizzare il terrore che accompagna ogni cambiamento;

- dare senso e significato all'incontro ed alla vicinanza, intesi come mezzi per crescere e per potersi accettare senza paure e sgomenti;
- creare i presupposti per rompere l'isolamento e sviluppare motivazioni alle relazioni interpersonali;
- togliere dalla confusione riproponendo i vissuti del "qui e ora";
- valorizzare l'empatia come via di incontro ed arricchimento personale;
- ricomporre la dimensione della propria "pelle psichica" per meglio organizzare i rapporti tra interno ed esterno.

In questi termini l' E.I.T. riassume il suo aspetto di intervento globale sulla persona, mettendo l'accento sulle tematiche del recupero, della riabilitazione funzionale, che interessa la motricità, l'emotività, l'affettività e la funzione cognitiva, o, meglio, del riadattamento sociale (o adattamento, visto che adattato l'autistico non è stato mai).

Prima di tutto il recupero senso-motorio risulta fondamentale proprio perché funge da timone o guida per tutto il sistema. Lavorando con questi bambini si evidenzia sempre un deficit della coordinazione motoria che si può definire secondario; non ci sono carenze strutturali, ma le disarmonie vengono dal non uso, dalle limitazioni indotte dall'atteggiamento psichico.

Il recupero motorio attiva, secondariamente, un aumento dell'autostima, del credere in se stessi e nelle proprie possibilità, oltre che stimolare un senso di adeguamento ai desideri "affettuosi" del terapeuta che si prodiga nell'accompagnare, più che nell'imporre. Le conquiste senso-motorie e della coordinazione dei movimenti (sempre è una grande "conquista" riuscire a fare saltare questi ragazzi) trascinano i successi nell'ambito emotivo e in quello affettivo; così si comincia a strutturare l'intero programma che può essere riassunto come segue:

A - Potenzialità percettivo-motoria	B - Modulazione emotiva
<p style="text-align: center;">A1- senso-motorio</p> <p>Camminare e muoversi nelle quattro direzioni Muovere le braccia nello spazio Muovere le mani a farfalla Afferrare cuscini, palle, palline, cerchi, ecc. Muovere bastoni nello spazio Acquisire sicurezza nei movimenti coordinati e/o complessi Colpire un oggetto con le mani o con un bastone Rilassamento Esercizi da seduti e/o sdraiati</p>	<p style="text-align: center;">B1- senso-motorio</p> <p>Senso di piacere nel muoversi Senso di piacere nel ritmo e nella danza Validazione del proprio piacere Senso di piacere nell'utilizzare la mimica</p>
<p style="text-align: center;">A2- emotivo-espressivo</p> <p>Senso di sè nello spazio Senso di sè con modificazioni di tempo (velocità) Farsi vedere in mezzo agli altri Sentire l'emozione di dire il proprio nome Manifestare con la danza i propri sentimenti Soffermarsi sull'emozione di percepire sensazioni propriocettivo-cenestesiche</p>	<p style="text-align: center;">B2- emotivo-espressivo</p> <p>Sviluppare il desiderio di esprimere i propri sentimenti attraverso la postura, la motricità e la danza Abbassare il livello di ansia legato all'incontro con l'altro Sradicare sensi di vergogna</p>
<p style="text-align: center;">A3- affettivo-relazionale</p> <p>Dare e ricevere oggetti Migliorare il rapporto affettivo con il proprio corpo Guardarsi negli occhi accarezzarsi e abbracciarsi Muoversi (camminare, saltare) insieme</p>	<p style="text-align: center;">B3- affettivo-relazionale</p> <p>Sentire piacere nell'avvicinarsi all'altro, nella carezza, nell'abbraccio Cercare nuove relazioni con i terapeuti ed i compagni Elevare il tono dell'umore</p>
<p style="text-align: center;">A4- cognitivo</p> <p>Apprendere movimenti complessi dimenticati o in disuso Ricordare movimenti e giochi Proporre alternative alle iniziative Acquisire schemi corporei più organici</p>	<p style="text-align: center;">B4- cognitivo</p> <p>Ricordare le proprie emozioni Cercare di parlare con i propri compagni delle esperienze vissute</p>

C - Sviluppo affettivo	D - Incremento cognitivo
<p>C1- senso-motorio</p> <p>Verso di sé Desiderio di partecipare Desiderio di farsi vedere Riconoscere i propri movimenti Arricchire il comportamento Arricchire le modalità Verso gli altri Vedere gli altri e apprezzarli Riconoscere le qualità dei movimenti degli altri</p>	<p>D1- senso-motorio</p> <p>Capire i movimenti Capire lo spostamento del baricentro Riconoscere il proprio piacere Avere autocoscienza delle proprie espressioni</p>
<p>C2- emotivo-espressivo</p> <p>Emozionarsi nel riconoscere come ben eseguiti i propri movimenti e le proprie espressioni Stabilire empaticamente una buona relazione</p>	<p>D2- emotivo-espressivo</p> <p>Capire e ricordare come le proprie Azioni-reazioni agiscono sul Setting relazionale</p>
<p>C3- affettivo-relazionale</p> <p>Desiderare di migliorare se stessi nel proprio comportamento Volere migliorare le performances Partecipare alle emozioni degli altri Salutare gli altri espansivamente Accettare il giudizio degli altri Vivere il proprio comportamento con il controllo del feedback Elevare l'autostima e l'autonomia</p>	<p>D3- affettivo-relazionale</p> <p>Riconoscere gli altri come Importanti Esprimere le proprie preferenze Rafforzare la propria identità e l'autenticità</p>
<p>C4- cognitivo</p> <p>Riconoscere validi i propri desideri Desiderare di migliorare le proprie capacità relazionali Ricordare la partecipazione dei compagni</p>	<p>D4- cognitivo</p> <p>Riconoscere le proprie risposte adattive, partecipative e volitive Migliorare e vivificare il contatto con la realtà</p>

Lo schema operativo, seppure complesso, non chiarisce le difficoltà che si devono affrontare in ogni seduta; ogni comportamento presuppone la lettura di un processo psico-mentale che lo sottende; ogni espressione impone un adeguamento empatico; ogni atteggiamento richiede la scoperta dei sentimenti che l'hanno provocato

E.I.T. e autismo

Dopo tanti anni di stretto contatto con i problemi psico-relazionali di bambini e ragazzi disabili psichici, si può ricordare come la psicoterapia, lo psicodramma, la terapia senso-motoria, quella emotivo-espressiva ed espressivo-relazionale siano state le esperienze che hanno preceduto l' **E.I.T.**

Questa lunga ricerca sulle applicazioni pratiche si è via via strutturata sulle osservazioni cliniche e sulle considerazioni fatte nello studio dei vari casi, dei risultati ottenuti e, soprattutto, sulle analisi dei meccanismi mentali che sottendono le espressioni fenomenologiche.

L'esperienza permette di concludere che, con questi ragazzi, è del tutto inutile utilizzare schemi psicoterapeutici ortodossi, proprio perché è necessario un intervento il più possibile precoce, rapido, supportivo, intenso e strutturato, vale a dire che tenga conto delle molteplici espressioni che assumono le risposte quotidiane agli stimoli sociali, educativi e relazionali. Si tratta di sviluppare capacità funzionali efficaci per contenere le spinte regressive e per facilitare la comunicazione e la capacità di "raccontare" le proprie esperienze, vincendo sensi di incapacità e, soprattutto, quella terribile "vergogna" che blocca l'iniziativa dei disabili.

Questi "personaggi" si sono abituati a "vivere l'anonimato", a cercare di "negare la diversità" passando inosservati e perché possano sentirsi "individui" e farne "persone" bisogna ridare loro un senso di valore e, quindi, di autovalorizzazione. Si tratta di ridurre le problematiche comportamentali per stimolare e rendere possibile l'interazione con i coetanei e sviluppare l'integrazione sociale. L'obiettivo è quello di recuperare le valenze affettive attraverso il riconoscimento dei valori del Sé e dell'Altro, che permettono di scegliere, di volere, di desiderare e di potere.

Partendo dall'osservazione che i disabili psichici si caratterizzano per una più o meno importante "debolezza dell'Io", lo scopo terapeutico è quello di ridare loro schemi non riduttivi e di strutturare le loro personalità su modelli adattivi.

Un Io integrato è capace di gestire le percezioni, modulare le emozioni, valorizzare gli affetti, scoprire le possibilità deduttive, comparative ed anche creative; l'E.I.T. ha come fine quello di impegnare il soggetto su queste linee di sviluppo.

Il confronto, l'imitazione, il giudizio, la critica, l'osservazione, la condivisione, la stimolazione, il supporto sono o nessi per tracciare linee di lavoro per raggiungere gli obiettivi, ma, soprattutto, la Terapia di Integrazione Emotivo-affettiva si fonda sulla relazione.

Questa è il vero segreto di una terapia che non si pone come mezzo per "trattare" (sarebbe veramente pauperizzante), ma per "curare": parola che, ormai, non significa più annullare una malattia o far sparire completamente dei sintomi, ma significa permettere una vita globalmente valida ed in sintonia con le relazioni interpersonali e con la società.

Per altro, se dovessimo usare la parola "curare" per indicare il raggiungimento di una "normalità", dovremmo, prima di tutto, analizzare noi stessi e chiederci se conosciamo qualcuno veramente ... "normale".

Il modello terapeutico dell'E.I.T. è stato applicato all'autismo proprio perché questa sindrome può essere riferita ad una importante debolezza dell'Io, soprattutto, considerando che la nostra osservazione ha sempre messo in evidenza un disordine relazionale sotteso ad incontinenza emotiva e ad una siderazione affettiva che limita del tutto i rapporti interpersonali.

La scelta è sicuramente stata positiva, non solo per i risultati ottenuti, ma, soprattutto, per la possibilità che si è aperta di studiare i meccanismi mentali primitivi ed i legami che si intrecciano tra le diverse funzioni psichiche.

E.I.T. e DINAMICHE GRUPPALI

Seguendo le indicazioni di René Kaes (1995) si possono rilevare alcune caratteristiche morfo-dinamiche del gruppo psicoterapeutico-E.I.T.:

1. **la precisione** dell'analisi della situazione della terapia fatta dal direttore che viene posto, nell'immaginario, come *fondatore del gruppo*. Questo presuppone,

non solo la conduzione, ma anche la scelta dei ruoli, il controllo delle spinte emotivo-istintive, la possibilità di creare una mutua condivisione che risulta il fondamento del "clima" che si vive nel setting.

La creazione del gruppo presuppone una possibilità di "cura" che non implica che l'obiettivo debba essere i pazienti, ma, al contrario, si struttura nella globalità dell'esperienza, nella partecipazione e, quindi, nel recupero di valenze personali, positive, di elaborazione, di meditazione, che risultano fondamentali per il miglioramento della relazione sia personale che gruppale e, per proiezione, sociale;

2. **la pluralità** fa sì che ogni componente del gruppo si confronti in un incontro multiplo, intenso, differente in rapporto alle diverse figure partecipanti. Ogni membro riceve investimenti pulsionali ed è oggetto di rappresentazioni variabili, in accordo al suo essere e al suo agire. In questo modello di gruppo, per lo più libero, poco condizionato e variabile, si crea una *eccitazione*, che possiamo chiamare *entropia*, che, se da un lato apporta energia per la crescita (individuale e gruppale), per altro deve essere controllata e gestita per raggiungere un determinato obiettivo.

L'eccitazione può essere causa di situazioni traumatiche (per lo più dovute a incontinenza emotiva) che derivano dallo *stupore* di fronte ai vissuti, che genera rappresentazioni fantasmatiche, difficilmente metabolizzabili e, quindi, capaci di interferire con la auto-identificazione e la rappresentazione soggettiva ed operativa. Per altro lato, la mutua osservazione genera nell'*inter-psichico* valenze e modalità di confronto e di emulazione che però trovano le loro istanze pulsionali nell'anteriore conoscenza e nella *volontà di cimentarsi*.

3. **La disposizione** "vis a vis" accentua gli effetti dello sguardo e del guardarsi nello specchio e negli occhi. La limitazione della comunicazione verbale migliora le possibilità di intendersi per altre vie (soprattutto empatiche) che, per altro, richiedono un sostegno, un supporto fatto di stimolo e di comprensione, per evitare situazioni di implosione affettiva e, quindi, di isolamento.

Queste considerazioni portano a particolari letture dei meccanismi intragruppali che si sviluppano durante la terapia e che vengono utilizzati per il raggiungimento del fine che è il recupero psicofisico dei pazienti.

☞ In primo luogo la **condivisione**, supportata dalla sicurezza indotta dalla presenza dei parenti e degli operatori, oltre che dalle modalità operative (controllo della situazione, scelta della musica, variabilità delle attività), conduce i pazienti a poter mettersi in gioco e a mostrarsi con le proprie difficoltà e limitazioni. L'osservazione delle disabilità dell'altro fa aumentare l'attenzione e stimola a continuare a sperimentare su di sé. Queste modalità portano ad un contenimento delle emozioni che è il primo degli obiettivi che devono essere posti. L'accompagnamento e la condivisione sono dunque elementi fondamentali per la riuscita della terapia.

☞ La **conduzione** mira sempre a creare una *alleanza* tra i membri del gruppo che vivono e accettano l'idea che il "progetto funzionerà", che i risultati saranno positivi. Si tratta di una "fondante tensione relazionale" capace di condurre i pazienti verso la maturità e farli "sentire persone".

La *traduzione* costante di quanto accade nel gruppo controlla le fantasie autodenigratorie ed autodistruttive, permettendo, ad ogni partecipante, di mettere nel lavoro il meglio di sé. Questo presuppone la presenza di un leader che guida l'evoluzione dinamica di ogni situazione e, senza del quale, il gruppo

non è costruttivo, ma si pauperizza e regredisce, con grande pregiudizio per i pazienti.

La **trasmissione** dei vissuti emotivi ed affettivi funziona da organizzatore dell'equipaggiamento psichico gruppale, assicurando la formazione di vincoli tra l'intrapsichico e l'interpsichico. Queste vincolazioni si strutturano attorno ad una "*alleanza inconscia*" che si coagula attorno a due autoconvincimenti: che la terapia funzioni e che, in ogni momento, quando finisce una proposta ce ne sia un'altra pronta ad essere messa in atto.

La prospettiva di "un futuro" è il vero cambiamento di fronte all'inconscia percezione che non c'è più nulla da fare.

La **fantasia di partecipare** in una unità immaginaria centrata su un "sentimento di redenzione" (inconsciamente strutturato come obiettivo) funziona da adesivo per creare un *Io-ideale personale* ed un *Io-ideale gruppale*. Questa funzione psichica perduta dai pazienti è sostenuta dalla convinzione narcisistica di essere in grado di poter risolvere il problema, di aver trovato "il mezzo per curarsi".

Gli **aspetti rituali dell'operatività**, la spinta dell'autoriconoscimento, la musica che accompagna adeguatamente lo svolgersi della seduta, fungono da stimoli inconsci che supportano il desiderio di ritrovare una buona madre che sa dare a ciascuno il suo.

Spesso, durante le sedute, si osservano comportamenti imitatori e di adesività (così come un contatto, anche sfuggente, con gli operatori) che dimostrano il desiderio di "essere come", tornare a partecipare ad una vita tra simili: l'angoscia dei pazienti accompagna sempre la sensazione controfobica di essere *diversi*, di non poter capire la realtà.

Il **lavoro di gruppo** si sviluppa in un ordine non razionale, proprio perché risponde all'imposizione di una analisi e di una risposta adeguata, ma, al contrario, risponde all'esigenza di seguire indicazioni precise, anche quando si tratta di muoversi e o di esprimersi in libertà.

Questa esperienza sostiene la messa in gioco di una struttura mitica ed inconscia rappresentata dall'"cultura" come espressione di partecipazione al conoscere. In questa dimensione l'ansia e l'angoscia per le *perdite persecutorie* diminuiscono, proprio perché si partecipa ad una identità gruppale che accomuna: spessissimo i pazienti riferiscono di "sentirsi bene perché hanno recuperato una identità espressa come partecipazione.

Nel **lavoro con gruppi-E.I.T.** si è messo in evidenza quanto detto da Octavio Fernàndo Mojòn (1995): l'identità dell' Io resta sospesa dal momento che si mantiene in un livello filogenetico riferito come soggetto di una identità gruppale.

Ci sono momenti in cui l' Io si relaziona con i suoi "oggetti interni vincolari" ed altri in cui privilegia una interazione psicosociale nella quale si partecipa attraverso una "evidenza originaria".

La **partecipazione, lo scambio e la condivisione**, oltre a far assumere un senso di "cultura" (che è anche "clima"), permettono un'elaborazione inconscia di pauperizzazione della conoscenza già acquisita (coscienza dell'inesorabilità della perdita) e di sviluppo di una nuova conoscenza espressa come possibilità e certezza di un risultato positivo (coscienza della crescita e del recupero funzionale). La conoscenza acquista una nuova fonte di informazione che, al di là dei fondamenti empirici e dell'osservazione, si strutturano su elementi inconsci ed empatici che superano la logica razionale.

✍ Un altro aspetto del lavoro di gruppo è quello che riguarda la **fantasia**. Nella metodologia inusuale (per contenuto e per partecipazione) si sviluppa la partecipazione e la condivisione dei personaggi-attori che, nel sentire che "... ci sarà sempre qualcosa di nuovo", ritrovano quegli elementi fantastici perduti con la malattia e l'aridità psicotica. L' *Io-sospeso* e l'identità gruppale sono gli elementi fondanti di una nuova e più ampia libertà decisionale, di controllo dell'angoscia di fronte allo sconosciuto, della creazione di un "significato" che annichisce la sterile illusione tranquillizzante del narcisismo primario.

✍ **L'obbedienza automatica** è rilevante, anche se può essere letta come parte dell'espressione dell' *Io-sospeso* e dell'emergere dell' *Io-gruppale* oltre che del vissuto di un "creatore del gruppo" che, come seno buono e papà buono, presuppone, da un lato un accudimento affettuoso e, dall'altro, una altrettanto affettuosa spinta a crescere e a indipendizzarsi.

E.I.T. e STRUTTURA DELLO PSICHISMO

Nel lavoro psicoterapico E.I.T. si è evidenziato come il paziente autistico stabilisca un buon vincolo con il terapeuta, che significa "poter fidarsi". Ciò ha attinenza con un legame d'amore che si può rompere, poiché stabilito a livello dialogico. Qualora si rompesse, però, non si perderebbe proprio perché entra a far parte della "*filigrana*" di quello stabilito con i genitori e, quindi, anche con il suo profondo significato orale.

Da questa considerazione ne consegue che il paziente:

- ?? deleghi la responsabilità delle scelte e delle decisioni al terapeuta senza però stabilire una relazione adesiva e di completa sottomissione a chi è vissuto inconsciamente come "... il fondatore del gruppo";
- ?? cerchi e apprezzi un approccio con il leader caloroso e di vicinanza stretta, però accordata;
- ?? mostri un importante atteggiamento orale, famelico ed insaziabile;
- ?? si evidenzi un vincolo forte e stabile anche se non rigido e/o possessivo. Soprattutto è importante segnalare che esso non sostituisce mai quello con i genitori, anche quando questi sono attaccati e criticati.

Nell'E.I.T. il ruolo terapeutico non è sviluppato solo dal direttore, ma da altre persone che svolgono ruoli diversi: parenti, caregivers, osservatori e operatori. In ogni caso però il paziente vive con precisione e chiarezza la leadership percepita come atmosfera o come clima.

Proprio in questa dimensione si può leggere l'accettazione della terapia ed i valori più apprezzati sembrano essere:

- ??il calore nella relazione,
- ??la spontaneità,
- ??la ricchezza delle proposte,
- ??la percezione che ci sia sempre qualcos'altro da sperimentare,
- ??la libertà della partecipazione,
- ??la condivisione,
- ??il sentirsi accettati e mai criticati,
- ??il poter esprimere i propri bisogni ed i propri desideri,
- ??la continuità (anzi, le pause sono deleterie),
- ??la chiarezza dei compiti,
- ??l'accettazione dei limiti e delle disabilità,
- ??la sensazione che il leader difenda e sostenga i partecipanti.

Questo dimostra come il paradigma metodologico sia sempre quello della cura, anche se, attraverso situazioni pluri-soggettive organizzate, è teorizzato e vissuto attraverso:

- ??l'osservazione,
- ??la conduzione accuratamente finalizzata,
- ??la variabilità dei vincoli e delle distanze,
- ??la intensa partecipazione emotiva ed affettiva,
- ??il rispetto delle singolarità.

In questo lavoro si manifestano effetti inconsci transferenziali e contro-transferenziali ed enunciati sul processo della formazione psichica e sui meccanismi implicati nella trasmissione psichica.

In altri scritti sull'E.I.T. si è messo in evidenza come questo modello terapeutico ponga l'accento su momenti che riflettono proprio la formazione dello psichismo:

- ✂ **l'ideale dell'Io** espressione dei bisogni libidici, delle pulsioni e, comunque, dell'attività istintiva rappresentata dalle risposte emotive;
- ✂ **la realtà** che comprende gli oggetti, animati e non, le situazioni ed i vissuti. Anche i limiti ed i deficit fanno parte della realtà che può essere accettata per quello che è e, soprattutto, valorizzata nelle potenzialità parziali e/o residue;
- ✂ **l' IO-ideale** espressione dinamica della percezione di un "Io che può" e, soprattutto, che può mostrare le proprie volontà oltre che i propri bisogni. In questo acquista importanza anche il confronto e le possibilità di guardarsi e farsi guardare; si esprime così la potenzialità di acquisire gli oggetti, in toto o parzialmente, oltre che di offrirsi in una relazione ricca di altre ed innumerevoli alternative;
- ✂ **il Super-Io** che diventa collaborante e comprensivo e perde quelle valenze castranti e distruttive che avevano caratterizzato momenti precedenti.

E.I.T. e MODELLO NARCISISTICO DEL RECUPERO

Freud aveva messo in evidenza come l' Ideale dell' Io (libido) proiettato nell'oggetto d'amore comporta da un lato una ipervalorizzazione dell'oggetto e dall'altro una deplezione dell'autostima, che risulta, quindi, una *perdita narcisistica*.

Questo meccanismo porta il bambino autistico ad essere ripetitivo, ad usare sempre gli stessi oggetti, a ridurre le relazioni, a cercare luoghi (stuoia) che controllano le tensioni, a coartare l'esperienza, a frenare il flusso delle idee e a siderare gli affetti.

Nella nostra esperienza di terapia E.I.T., abbiamo potuto osservare che accanto ad un Super-Io limitativo e castrante, si può far crescere una immagine riflessiva che deriva dall'idealizzazione di un *Io-ausiliare*. In altre parole, l'Io-debole dell'autistico riesce ad elaborare, attraverso l'identificazione proiettiva, un *Io-ideale* che, come dice Lacan, si affronta al Super-io e, insieme a questo, attenua le tensioni interne.

L'osservazione permette di individuare un aumento di autovalorizzazione che può essere letto come incremento del narcisismo. Nell'esperienza terapeutica, questa *ri-narcisizzazione* si attua attraverso un processo di *desidealizzazione* delle figure parentali (genitori) e una accentuata idealizzazione del terapeuta e del setting (i piccoli pazienti salutano gli accompagnatori e chiudono la porta).

Tale sviluppo psichico è fonte di autoriconoscimento, di rassicurazione e aumento dell'autostima che sottolineano il superamento del *narcisismo primario* e l'adozione di un processo *narcisistico secondario*.

Questo legame è, quindi, molto importante nel processo dell'oggettivizzazione (acquisizione degli oggetti) che si accompagna sia ad un arricchimento relazionale, che, ad un processo di valorizzazione e di strutturazione di un "senso di verità"; ciò equivale a far coincidere le immagini percettive espresse dal significante e dal significato.

La lettura di questi meccanismi dimostra la complessità di un "labirinto formato da progressioni e regressioni" che deve essere superato affrontando modificazioni dell'umore, frustrazioni, aggressività, interessi e disinteressi, figure idealizzabili, pensieri assurdi e spurii, fantasie, illusioni. È evidente, quindi, che il processo terapeutico è caratterizzato da un *vincolo valido* con il terapeuta (divenuto Io-ausiliare) che deve sapere accettare momenti di adesività e/o di dipendenza, ma, soprattutto, porre dei limiti per indirizzare il processo di separazione e di crescita. Lo sviluppo, però, deve culminare con la conquista dell'oggetto, l'indipendenza ed il ripristino delle funzionalità affettive e cognitive. Le scelte e la conquista degli oggetti diventano altrettanto importanti perché portano al rafforzamento e all'integrazione degli ideali.

L'itinerario presuppone processo che culmina però nell'accesso all'oggetto d'amore, alla tenerezza, ai valori, al riconoscimento dell'Altro e delle sue prerogative che richiedono un preciso feed-back.

Tutto questo lavoro si riscontra nell'auto-osservazione, nell'analisi dello specchio, nell'elaborazione di vissuti, nell'assorbimento di angosce e nel controllo di paure di castrazione che, talora, assumono anche caratteristiche catastrofiche; proprio la psicoterapia dà energia, spinta, sicurezza e fiducia nei propri mezzi e nelle proprie potenzialità.

Il dover guardarsi apre le porte al "poter guardare" che presuppone l'osservare l'oggetto, lo stabilire un momento di contatto e di captazione che significa un certo superamento del narcisismo, attraverso il riconoscimento di una autosufficienza (anche se limitata) e di una sfumata necessità dell'oggetto stesso. Nella sua polisemia il narcisismo permette una autocontemplazione che, come riconoscimento di Sé, rappresenta anche l'accettazione di un Io-ideale che fa considerare il Sé degno di essere amato.

L'Io-ideale, se è stato capace di essere riconosciuto dall'Altro come oggetto erotico, risulta responsabile dell'aumento dell'autostima. Naturalmente perché possa svilupparsi questo processo, è necessario che anche il Super-Io si dimostri tollerante e paziente.

Le dinamiche sopra esposte sottolineano l'importanza che riveste l'osservazione nella terapia di integrazione emotivo-affettiva, nella quale il terapeuta, agendo come Io-ausiliare e Io-terapeutico accompagna il piccolo paziente autistico a sviluppare le proprie valenze di Io-ideale. Queste conducono sia alla valorizzazione di sé che all'accettazione della realtà, riconosciuta come un "*significante*" che collima con il "*significato*", in una dimensione di verità e di "*certezza di sé*".

Il tema del narcisismo ha interessato Freud in tutta la sua vita e ha assunto diverse valenze nel corso dei suoi lavori. In "*Totem e tabù*" (1912-1913) lo collega all'onnipotenza; in "*Introduzione al narcisismo*" (1914) affronta "l'ideale dell'Io" (nel quale pone la distinzione tra *libido dell'Io* e *libido oggettuale*), che diventerà il *Super-Io* in "*L'Io e l'Es*" (1923) e dice che il narcisismo guarda l' "Io -ideale" come nell'infanzia guardava l'Io ; l'*Ideale dell'Io* si dimensiona come "sostituto del narcisismo perduto dell'infanzia, quando egli stesso era il proprio ideale". Lo

sviluppo dell'Io, consiste essenzialmente in un progressivo allontanamento dal *narcisismo primario*.

Questo processo prevede uno spostamento della libido nell'Ideale dell'Io poiché la libido, contenuta primitivamente nell'Io va incontro ad una frammentazione in tre direzioni:

- ✍ una parte rimane primaria
- ✍ una parte sostiene l'Io ideale
- ✍ la terza diviene libido oggettuale.

Potremmo anche affermare che la prima, messa in relazione con l'emotività e con le funzioni istintive, sostiene l'*Ideale dell'Io*; la seconda partecipa allo sviluppo della relazione con il Sé e con gli Altri dando valore all'*Io ideale*; la terza, attraverso una presa di coscienza razionale, dà significato agli oggetti e conduce ad un equilibrio tra il Sé ed il mondo.

Per Freud, mentre il *Super-Io* è l'erede del complesso di Edipo, l'*Ideale dell'Io* è l'erede del narcisismo primario, anzi appare come il sostituto dell'onnipotenza e della perfezione narcisistica; resta un poco separato dall'Io e, infatti, l'uomo, durante tutta la vita, cercherà di saldare questa, ma "lacerazione": "... mancherà sempre qualcosa alla piena soddisfazione ed al bisogno di essere amato".

Questa immagine di perfezione, questo "vissuto beatifico" resterà nell'immaginario come "paradiso perduto" o "perfezione sfumata".

L'originalità dell' *Ideale dell'Io* sta nel porsi come trait d'union tra narcisismo assoluto e oggettività, tra principio del piacere e quello di realtà; nella evoluzione del suo pensiero, Freud ne riconosce tre fasi (animistica, religiosa, scientifica) che rappresentano una evoluzione: la proiezione sui genitori, divenuti "oggetti", e la maturità che dimostra l'adattamento alla realtà.

Janine Chasseguet-Smirgel (1991) sottolinea come l' *Ideale dell'Io* implichi l'idea di *progetto* e di *speranza* che richiamano uno sviluppo ed una evoluzione, ma anche un senso di poter acquisire funzionamenti più evoluti che sottendono a un'autosoddisfazione ed a un positivo *senso di Sé*, individuale e coeso.

Ciascuna tappa dello sviluppo deve fornire sufficienti gratificazioni, sia per mantenere il progetto e la speranza, che evitare che eventuali frustrazioni facciano sorgere desideri di rinuncia e/o di regressione. Va ricordato che ogni cambiamento presuppone il sorgere di angosce per quello che si lascia e per il futuro che appare spaventoso. Nell' "*Uomo dei lupi*" (1014) Freud dice "... difendeva ogni conquista libidica per paura della perdita, non fidandosi di poter trovare, in una posizione libidica nuova, un sostituto soddisfacente".

Questa *inerzia libidica* è caratteristica del bambino autistico che vive, come motivo di forte angoscia, il solo spostamento degli oggetti abituali. Questo comportamento non significa altro che rinuncia all'evoluzione ed alla proiezione "avanti a sé" dell' *Ideale dell'Io*: come progredire se ogni acquisizione implica un insanabile lutto?; che fare se l'abbandono di soddisfazioni anali passive non si accompagna all'affermarsi di una *analità attiva* insita nella soddisfazione di Sé e nel "*piacere del funzionamento*" (Jean ed Evelyne Kestenberg, 1965)?

Concordando con questa lettura, anche il problema della *obbedienza* acquista un particolare significato, poiché viene a evidenziare una *fusione* (di intenti) e la rinuncia ad un Sé indipendente. Seguendo le osservazioni di Lucioni (1998) questo meccanismo rende evidente la presenza di un *oggetto diadico primario* (fusione tra un Proto-Io-percepito ed un Seno introiettato) nel quale appunto il seno-onnipotente ed il proto-Io-onnipotente rappresentano rispettivamente la *capacità di generare* (esistere) e la *forza del potere*.

In questo modo, il bambino regredito vive nell'obbedienza il piacere narcisistico di un acquistato potere (*narcisismo anale passivo*); soddisfazione libidica che per es. troviamo nella *psicosi simbiotica*, nella quale l'adesività è il mezzo per costringere la madre ad amare il soggetto e ad esaudirne le richieste.

Nel processo dell'obbedienza si sviluppa, quindi, la possibilità di recuperare i valori dell'Altro ed anche del Sé, che comincia a strutturarsi per divenire, rapidamente, autosufficiente, indipendente ed in rapporto equidistante con la realtà. In questo modo, se da un lato appaiono chiare le dinamiche che strutturano il Super-Io, è evidente che comincia a profilarsi la possibilità della creazione di un *Io-ideale*.

Nell' **Ideale dell'Io** convergerebbero quegli istinti primari che non possono essere ulteriormente "frammentati", che, come dice Freud in "*Introduzione al narcisismo*", rappresentano il rapporto tra soma e psiche e che presiedono a:

✂ autoconservazione = istinti dell'Io

✂ conservazione della specie = istinti sessuali.

Seppure risulti difficile spiegare con chiarezza le modificazioni indotte nello sviluppo psichico primario dalle forze attivate dal rapporto con il mondo reale, gli oggetti interni, le pulsioni, la volontà, le figure di riferimento, le imposizioni morali (gli stessi autori, vedi Freud, cambiano il significato intimo delle definizioni e molti altri usano le stesse parole con significato diverso) tuttavia si può intravedere una "via ultima comune".

Questa rappresenterebbe il passaggio dalla libido e dal narcisismo primario (parte istintiva strettamente legata al soma), alla *libido narcisistica* o *narcisismo secondario* che, rispettando un *Io-ideale*, fonte di volontà e desiderio finalizzato, porta alla strutturazione della vita relazionale ed alle dinamiche che legano finalmente il Sé con la realtà, giustificando una presa di coscienza di *verità* e di *giustizia*.

In tal modo, l'energia libidica si trasforma, in parte, in energia narcisistico-relazionale che, attraverso la coscienza di un *Io-ideale*, raggiunge quella di un *Sé-poderoso* ed *imponente*: il narcisismo diventa il fattore dinamico che fornisce al processo di sviluppo psichico la sua forza propulsiva.

Nella E.I.T. (terapia di integrazione emotivo-affettiva) il terapeuta diventa *mediatore-specchio* tra il soggetto e la sua proiezione idealizzata (sovrapposizione tra *Io-ideale* ed idealizzazione dell'Altro). Questo permette al paziente di ritrovare se stesso attraverso una regressione narcisistica controllata che fa ripartire quel processo di crescita e di sviluppo psichico che era stato inceppato o bloccato. In altre parole, la ritrovata libido narcisistica fornisce l'energia per la crescita e lo sviluppo che, in ultima analisi, diventano recupero e riabilitazione.

MODELLO CONTROFOBICO DELL'AFFETTO

La chiusura su di sé, cioè l'isolamento e la rottura del rapporto interpersonale, è uno dei segni più caratteristici dell'autismo. Questo comportamento, accompagnato da una profonda angoscia che spesso sfiora un vero e proprio "terrore", è stato messo in relazione con uno "scontro tra figure onnipotenti", appunto il Sé e l'Altro.

È opportuno sottolineare, però, che questo meccanismo mentale porta, quasi per assurdo, ad una relativa facilità del rapporto corporale che i piccoli pazienti mostrano nella relazione con i genitori, soprattutto con la madre e con le figure importanti che intervengono nella relazione terapeutica.

La forza con cui questi piccoli si "avvinghiano" alla madre, così come la "scioltezza" con la quale rotolano insieme ai terapeuti vengono lette come una specie di dipendenza, come se le figure di riferimento venissero prese come difesa di fronte all'angosciante mondo circostante.

Per altro lato, sono altrettanto evidenti due comportamenti che, nelle esperienze sopracitate, sono facilmente osservabili:

☞ i piccoli tendono sempre ad afferrare le mani dei loro caregivers privilegiati e dei terapeuti;

☞ il rotolamento non parte mai come scelta o determinismo dei bambini che, però, si preparano per eseguirlo.

Tali osservazioni, oltre all'attenta analisi della *dipendenza*, permettono di evidenziare come questa sia l'espressione e/o la conseguenza di una percezione "terrifica" dell'Altro, considerato l'onnipotente pauroso che deve essere controllato attraverso l'avvinchiamento (anche con la madre) o con l'afferrare le mani (per es. del terapeuta); questi atti appaiono, quindi, più una espressione di controllo che di tenera sottomissione.

Durante la terapia è quasi sempre evidente una facilità ad avvicinarsi al operatore per baciarlo: questo comportamento va inteso come **modello comportamentale controfobico**, piuttosto che espressione di un attaccamento affettuoso.

Se il terapeuta, entrando in una relazione emotiva con il piccolo paziente (che vive uno stato di panico), assume il ruolo di *madre adottiva* e si lascia abbracciare e baciare, può succedere che, quando queste modalità controfobiche cessano, il rifiuto del piccolo a vivere gli affetti in altra forma, che non sia quella istintiva pura, può determinare atteggiamenti contro-transferali negativi.

Da queste osservazioni possiamo anche dedurre che nell'autismo c'è una disarmonicità del processo di identificazione proiettiva con la figura materna che non viene vissuta come "*oggetto onnipotente introiettato*" per costruire quell'oggetto diadico, fondamentale per la strutturazione dell'abbozzo primordiale di funzione mentale che abbiamo chiamato "proto-Io".

Da nasce la spiegazione dell'impossibilità ad "apprendere" la realtà, proprio perché risulta compromesso il processo di introiezione degli oggetti che, di conseguenza, "vagano" nell'inconscio sganciati da una precisa esperienza, assumendo funzioni angoscienti e terrifiche.

Lo scontro costante tra "onnipotenze" (il sé e gli oggetti del mondo) giustifica quindi la tendenza all'isolamento e, soprattutto, l'impossibilità ad agire (vedi quanto sopra per il rotolamento aspettato, ma mai iniziato), a compiere anche gesti semplici come quello di lanciare e/o di calciare una palla.

E.I.T. e sviluppo dei meccanismi psichici

La Terapia di Integrazione Emotivo-affettiva, basata sulla Timologia (scienza degli affetti) ha trovato il suo fondamento teorico-scientifico nella psicologia dell' Io, proprio perché segue puntualmente le tappe dello sviluppo, evidenziate da questa teoria.

Uno studio teorico sull'argomento ha portato a strutturare una visione globale che include tutte le funzioni psichiche: emotive, affettive, volitive e cognitive.

Da un altro punto di vista, si può dire che si è cercato di elaborare una "*funzione psichica globale*" capace di giustificare lo sviluppo, l'assestamento, la conoscenza, l'adattamento e la "*...creatività espressa come autoidentificazione*".

Per capire meglio questi passaggi possiamo riassumere:

1. La funzione di un "proto-Io", totalmente inconscio e legato alle esperienze percettive ed alle reazioni emotivo-istintive, si evidenzia come risposta alle prime valenze sociali determinate dal rapporto con la madre. Queste conducono all'acquisizione di un meccanismo che, basato sulla formazione di *memorie permanenti*, permette l'introyezione di *oggetti* che, come *virtuali*, diventano la base per la strutturazione di "*oggetti interni*", animati e/o inanimati, che costituiscono la *realtà*. Questa assume un valore di *pseudo-verità* che, basata soprattutto su valenze libidico-istintive, si accompagna ad un "*senso delle cose*" che non riesce a stabilire una certezza e, soprattutto, lascia aloni semantici che saranno superati solamente più avanti, con l'acquisizione cognitiva.

Tale fase presuppone, quindi, il predominio degli impulsi primari e libidici che costituiscono "*l' Ideale dell'Io*" e che si contrappongono alle regole, ai limiti ed alla presa di coscienza dell' Altro, vissuto come "*Super Io*".

2. Inizia una seconda fase, caratterizzata da una presa di coscienza basata sul "*significato delle cose*", specchio e simbolo di necessità di strutturare un *senso di realtà* più sicuro, cosciente e razionale, oltre che espressione più coordinata del bisogno di fare confluire e collimare le esperienze libidiche con le imposizioni Super-egoiche.

3. Si conclude così un altro processo iniziato precocemente come "*autoidentificazione primaria*" che, istintivo, libidico, egocentrico e onnipotente, aveva caratterizzato i primi mesi della vita extrauterina. La nuova e poderosa "*coscienza di sé*" è stata evidenziata e giustificata come una *identificazione secondaria e simbolica* che tiene conto dell'esperienza, dei vissuti, degli oggetti interni e delle forze istintive, super-egoiche e razionali.

Possiamo definire questa struttura "*Io Ideale*" che esprime sia le valenze autoidentificatorie, che quelle che caratterizzano da un lato l'acquisizione di un "*senso di sé*" (o semplicemente "*il Sé*") e, dall'altro, tutti quei valori simbolici che donano un significativo "*senso di verità*".

Questo Sé non si esaurisce nella semplice proiezione di aspirazioni, desideri, progetti, programmi; sarebbe un qualcosa di prevedibile e stereotipo. Il Sé si caratterizza per una sua *variabilità*, una esperienza di *novità*, qualcosa che lo fa "... *poema infinito e inesauribile*" (Harvey Cox); così come dice Winnicott: "*ogni individuo è isolato costantemente non comunicante, costantemente ignoto, di fatto non scoperto ...*".

Si evidenzia così un dualismo del Sé che ne spiega la vera essenza, frutto tanto dell' *eros* quanto del *potere*, nesso sia di processi istintivi e pulsionali, che di valenze spirituali.

A questo punto, possiamo anche pensare al completamento delle *strutture adattive dell' Io* che, attraverso le funzioni primarie dell'intelligenza, della memoria, delle percezioni, ecc., hanno portato alla formazione dell' *Ideale dell' Io*, della *realtà*, dell' *Io ideale* e del *Super-Io*.

Ideale dell' Io: valenze istintive, primitive, libidiche, sostanzialmente legate alla forza ed alla energia delle emozioni.

Realtà: frutto del lavoro di formazione degli "*oggetti interni*" che risponde ad un processo di sintesi e rispecchia le prime esperienze sociali, con il seno e con il fallo, con la forza del creare e con quella del potere.

Io Ideale: espressione di identificazione di sé come soggetto libero, autonomo, creatore e proiettato verso il divenire ed il crescere. Questa funzione psichica,

profondamente personale, unica ed imprevedibile, rappresenta anche il mondo ideale e quello degli affetti e dei valori e, se vogliamo, il nostro vero "Sé".

Super Io: coscienza morale che risponde al conoscere cosciente, regolato da un senso di verità che si contrappone all'individuale, al soggettivo, al particolare ed alla ... attività creativa del Sé.

Questa analisi delle funzioni profonde della psiche ci dà un'idea della sua complessità ed anche delle necessarie definizioni raggiunte dai tanti Autori che hanno voluto approfondire il problema.

Proprio nella loro diversità, le teorie costitutive della *potenza del Sé*, giustificano l'importanza della costituzione della struttura psichica che ci accompagna per tutta la vita.

Cercando una evoluzione globale, centrata sulla formazione dell' Io, indubbiamente si semplifica il problema e si facilita l'interpretazione clinica, considerando anche che il tema coinvolge il "*narcisismo secondario*" che, come abbiamo visto, partecipa alla spinta esistenziale di soddisfazione per *essere come si è*, e rende possibile l'autoriconoscimento e l'autovalorizzazione.

E.I.T. - tra ritualizzazione e psicodramma

Nel teatro antico la rappresentazione seguiva lo schema mitico-rituale, mentre nell'ottocento e nel Novecento il teatro drammatico sfocia nella problematica psicologica. Questa mentalizzazione non solo rompe lo schema rigido del "rito", ma impone valenze capaci di fare emergere il tema della soggettività del conflitto, della memorizzazione e della rievocazione catartica: un tutto che interessa il reale, il simbolico e l'immaginario.

L' E.I.T. , nella sua logica "rappresentazione", ripropone queste tematiche proprio perché, nel qui e ora (rappresentato dal setting), la malattia (autismo) viene teatralizzata come "mito":

- ✂ del malato posto di fronte alla sua patologia;
- ✂ del paziente che interagisce con altri "attori";
- ✂ del soggetto che scopre le proprie potenzialità residue e/o assolute.

Per altro lato, la lettura psicodinamica degli eventi da parte dello specialista, attore-osservatore, diventa quasi una ricerca "psicodrammatica" del mondo interno, dell'inconscio e anche dei meccanismi mentali.

Nell' E.I.T. si evidenzia un "modo rituale" per rappresentare un mito, che permette la partecipazione di diversi personaggi:

- ✂ i pazienti = i protagonisti;
- ✂ il conduttore = analizzatore e regista;
- ✂ gli operatori = il popolo che partecipa al dramma;
- ✂ i parenti = il coro di chi cerca di spiegare la drammaticità della scena.

A:

Nell'espressività delle *teste coperte di veli*, il mito è quello della caverna platonica, simbolo di una riduzione della coscienza e, quindi, del mettersi in contatto con il proprio mondo interno, pieno di paure e di fantasmi; nella lettura dinamica, c'è la rievocazione di sentimenti di dipendenza e di fiducia nell'altro (che ti tiene per mano), che si propone come "consolatore e guida", mentre i meccanismi mentali, muovendosi nell'asse piacere-dispiacere, ripropongono l'elaborazione di sentimenti primitivi che presuppongono la volontà di crescere, il desiderio di uscire dall'oscurità, il proposito di auto-differenziarsi.

B:

Il *gioco con i bastoni* rievoca il mito della guerra, nella quale si evidenzia un oppositore-nemico (l'incrociarsi delle armi).

Nella dinamica rappresentativa c'è anche un che di superamento simbolico della guerra, allargando il proprio mondo (l'area di influenza), mostrando le valenze di potere e di capacità fallico-riproduttive (esibizionismo narcisista), che però "implodono" in un rapporto di rispetto, di riconoscimento dell'altro non più nemico, ma "terreno" da scoprire, più che da conquistare.

C:

Il *gioco dei cuscini* rappresenta il mito di Edipo nei suoi aspetti genitali: lo scambio significa il superamento della perdita ed il simbolo del "recupero" che è in grado di controllare e contenere l'angoscia di castrazione.

La dinamica mentale sottolinea la possibilità di "agire" i propri desideri, a tal punto che facilmente lo scambio porta ad un lancio, che ha sempre valenze aggressive, anche se queste vengono controllate dalla ricerca di un movimento coordinato e finalistico come è quello di lanciare l'oggetto in alto e riprenderselo prima che cada a terra.

D:

Lo *stare sotto i veli a due a due* rappresenta il mito dell'incontro e dell'amore che, svuotato di contenuti erotici, si riempie di amicizia, raggiungendo elevazioni spirituali.

In questo c'è anche il superamento delle differenze personali e, in ultima analisi, il recupero di un senso di sé valido, non dominato dalle perdite (malattia), ma integrato attraverso una relazione affettiva valida, buona, soddisfacente.

E:

Forse il più importante mito implicito nell'E.I.T. è quello della *torre di Babele*, come ricerca di un denominatore comune per poter comunicare ed intendersi.

Il linguaggio, in questa psicoterapia, non è verbale, ma neppure totalmente corporeo; le dinamiche emotive ed affettive, che si sviluppano nel rapporto, determinano una sorta di approccio empatico, ma anche un flusso simpatico.

Essere simpatici ed accettare la "simpatia dell'altro" (pur nei suoi aspetti grotteschi, irridenti diventa una necessità, oltre che una caratteristica.

In tal modo, nella nuova "torre di Babele", i linguaggi si moltiplicano, perché sono molteplici per ogni coppia o gruppo che si va formando e dissolvendo, anche se, sostanzialmente, il linguaggio, sano e non malato, è quello che deriva dallo stare insieme, qui e ora, sapendo che un ammiccamento o una semplice stretta sono una grande promessa per il domani.

La scoperta di un gesto inusuale, il ritorno di un movimento o di una emozione, una palla afferrata al volo o un velo che sventola nell'aria, sono sempre un linguaggio che accompagna quello del terapeuta che cerca di introdurre un cuneo tra soggetto e malattia, in modo da allargare quella breccia che separa il nulla patologico dal sorriso della salute mentale e dalla beatifica scoperta di essere se stessi.

Quanto esposto ripropone il tema della differenza tra affettivo e cognitivo.

Il primo termine sul quale si fonda l' E.I.T. è far nascere dal di dentro il desiderio di fare cose; questo è il primo fondamento affettivo del senso di sé (potere e volere) e della autovalorizzazione.

Il senso di Sé, a volte viene descritto in termini di processo di attivazione e di risultato che segue, ma presuppone giudizi, previsioni, interferenze, ricordi, deduzioni.

Da questa considerazione sembrerebbe che dare un senso alle cose dipenda esclusivamente dall'indagine, dal conoscere e dal commentare, ma poi ... quando

una bambina spastica che non riesce a girare su se stessa, invece, lo fa con disinvoltura quando dalla porta entra un altro bambino, magari autistico, che la chiama "amore mio", comprendiamo che un'emozione e/o un affetto fanno più di mille esercizi cognitivi.

Nell' E.I.T., il transitare il "campo minato" della disabilità porta a cercare la salute ed il recupero proprio nel mito dell'amore che, nel vortice psicodrammatico e nella spavalderia psicodinamica, perde la rigidità di una messa in scena e la ritualità schematica di un programma, per tradursi in soggettività, divenire, cambiamento, rispetto, ascolto reciproco, al fine di accompagnare, con premura e con fermezza, verso quello "spiraglio di speranza" che si è aperto con un movimento recuperato, un'emozione contenuta, un affetto suscitato ed anche un pensiero compreso.

PROBLEMATICHE EVIDENZIABILI NELLA PRATICA DELL' E.I.T.

1. **Tendenza alla fuga:** si evidenzia durante le prime sedute terapeutiche e significa l'incapacità di contenere l'ansia di fronte alla noia e alla novità del setting. Scompare con l'abitudine e si ripresenta in risposta a frustrazioni derivate da situazioni nuove.
2. **Urla:** sovente i bambini autistici urlano all'inizio della terapia, dimostrando una profonda angoscia e/o terrore nell'affrontare una realtà non abituale. L'atteggiamento consolatorio e ricettivo del terapeuta conduce il piccolo paziente a contenere l'angoscia e, quindi, a non gridare più.
3. **Difficoltà nel saltare:** questa limitazione motoria, rappresenta sia la difficoltà ad effettuare movimenti coordinati complessi, che l'incapacità di assorbire l'imput sensoriale che impone il distacco dal suolo e la perdita della sicurezza derivata dalla modificazione dei rapporti del corpo con lo spazio. Si ottiene l'effettuazione dell'esercizio, solamente attraverso un lungo lavoro che implica il tenere per mano, il saltare insieme, l'usare il tappeto elastico, oltre che il sostegno e la gratificazione verbale.
4. **Difficoltà nella vicinanza fisica con il terapeuta:** si deve all'angoscia suscitata dal contatto per cui spesso è necessario frapporre una corda, un bastone o un foulard tra le due mani.
5. **Riluttanza ad eseguire gli ordini:** dovuta all'impossibilità di assumersi la responsabilità di agire. Questa modalità psico-mentale si evidenzia dal fatto che è sufficiente dargli la mano perché compia quanto richiesto, dimostrando, al contempo, di aver capito l'ordine.
6. **Difficoltà ad afferrare un cuscino o una palla che gli viene lanciata:** questo rappresenta il disagio relazionale, cioè la condivisione, con altri, di un oggetto o di un gioco.
7. **Difficoltà a lanciare una palla:** si osserva che, alla richiesta di rilancio, il bambino la lascia cadere ai suoi piedi ed è molto problematico convincerlo ad eseguire quanto richiesto. Tale comportamento ha il significato di rinuncia ad eseguire un atto vissuto come aggressivo e distruttivo.
Riferendoci all'interpretazione di M. Klein, "il fare" implicherebbe l'attivazione del sadismo primario che deve essere bloccato. Il training dell' E.I.T. conduce al superamento graduale di questo blocco, riuscendo ad ottenere che il bambino possa, prima, lanciare la palla dal basso e, successivamente, anche dall'alto.
8. **Difficoltà a calciare la palla:** come per il lancio, questo gesto ha in sé una valenza pantoclastica, per cui, all'inizio, può essere effettuato solo se

l'operatore tiene il bambino per mano, diventando, in questo modo, "l'unico colpevole".

9. **Difficoltà a calciare la palla contro un muro:** il fatto che la palla rimbalzi dal muro contro il soggetto acquista il valore simbolico della proiezione dell'aggressività: il mondo restituisce la violenza. Questa interpretazione dà un corretto significato alle implicanze psicodinamiche e giustifica la notevole difficoltà di esecuzione.
10. **Lancio dei cerchi:** l'esercizio è forse uno dei più facili da far eseguire e, quindi, viene usato molto ed anche nei momenti in cui il bambino dimostra un'eccessiva ansietà. L'interpretazione di questo fatto può essere riferita alla leggerezza dell'oggetto ed alla sua forma che lo pongono su di un piano simbolico del semplice movimento. In questo esercizio, i cerchi vengono ricevuti e rilanciati e, in entrambi i casi, il bambino dimostra una soddisfazione personale nel riuscirci.
11. **Uso dei bastoni:** viene utilizzato per stimolare la volontà e la capacità di iniziativa del soggetto autistico. All'inizio l'aggressività, implicita nel gesto, provoca riluttanza che viene superata progressivamente dallo scoprire la ritmicità del movimento, l'allargamento o la riduzione del "proprio spazio vitale" e dal rispetto reciproco con gli operatori.
12. **Difficoltà motorie:** nell'attuazione dell' E.I.T., si è evidenziata la presenza costante di difficoltà nell'esecuzione di atti motori semplici e/o complessi. Per questo motivo, il lavoro sulla motricità riveste un'importanza fondamentale e impegno costante; il bambino, che riesce a raggiungere la coordinazione, risulta soddisfatto di sé ed, accrescendo la propria autostima, è più disponibile a lavorare per il raggiungimento di ulteriori conquiste.
13. **L'angolo di salvezza:** in un setting terapeutico è necessario avere sempre un "angolo di salvezza", rappresentato da un tappetino, un cilindro di gomma o una sedia. Questi devono essere sempre liberi perché vengono usati dal bambino come elementi controfobici nei momenti di massima tensione. È stato molto utile moltiplicare questi "angoli di salvezza", usati come oggetti transizionali verso l'acquisizione del proprio senso di sicurezza e, quindi, alla loro progressiva eliminazione.
14. **Lo specchio:** il lavoro svolto di fronte allo specchio, seppure si dimostri difficoltoso e rifiutato all'inizio, diventa poi importante per l'autoriconoscimento e per sviluppare quelle valenze narcisistiche che sono state riferite come "riconoscimento beatifico di sé". Come abbiamo commentato, il passaggio attraverso il "narcisismo" è determinante per mettere in moto lo sviluppo psico-mentale e, quindi, importantissimo per il recupero e per la riabilitazione funzionale.

Nel lavoro di integrazione dell'Io ci sono costanti delle quali è importante tenere conto.

- ☞ Il **contatto corporeo** (abbracciarsi, rotolarsi, stringersi) che è prova costante per verificare la capacità di autocontenimento emotivo e la crescita dell'area delle valenze affettive.
- ☞ La **riduzione della coscienza**, che si realizza con l'uso di ampi veli, permette il controllo e lo sviluppo armonico delle aree: motoria, emotiva e affettiva ed inoltre impone il superamento delle angosce indotte.
- ☞ Anche la **dilatazione della coscienza** risulta una funzione importante perché implica l'accettazione di un "*Io espansivo*", il controllo dell'aggressività, ma, soprattutto, uno stimolo allo sviluppo della volontà e del desiderio di esistere.

- ✍ La **velocità di esecuzione dei movimenti e degli esercizi** è fondamentale perché può provocare crisi di ansia o profonde limitazioni.
- ✍ Anche nella **scelta della musica**, che sempre accompagna l'attività terapeutica, l'operatore utilizza i brani sia per ottenere un particolare clima, che per accompagnare adeguatamente l'atteggiamento intrapsichico del piccolo paziente.

STUDIO DI CASI DI AUTISMO

Nella raccolta dei dati relativi alla nostra indagine sulla terapia dell'autismo, come criterio diagnostico è stata rispettata prevalentemente la classificazione dell' ICD 10 che. Per altro, è stata scelta anche dall' "Osservatorio sull'autismo della Regione Lombardia".

Come chiarimento riportiamo i nostri criteri di ammissione:

1. disturbo qualitativo dell'interazione sociale reciproca (isolamento);
2. disturbo qualitativo della comunicazione verbale e non verbale e dell'attività immaginativa;
3. identità: stereotipie del movimento
limitato repertorio di attività e di interessi
esigenza di mantenere invariato il contesto;
4. disturbi comportamentali:
autolesionismo
ricerca di "angoli consolatori"
esagerata risposta emotiva.

Per poter analizzare meglio i miglioramenti ottenuti con l'applicazione della terapia della sindrome autistica abbiamo pensato di utilizzare tre diverse scale di osservazione.

SCHEMA DI VALUTAZIONE PER L' E.I.T. Terapia di Integrazione Emotivo-affettiva

La scala di valutazione per l'E.I.T. comprende 120 items, divisi in 8 aree che, in linea di massima, si riferiscono alle problematiche che vengono osservate nei bambini autistici e, soprattutto, nelle loro difficoltà relazionali.

Questa valutazione ha portato ad evidenziare come sia efficace l' E.I.T. nel produrre miglioramenti degli indici considerati.

AUTISM E.I.T. TREATMENT outcome checklist

Nome e cognome: data nascita

Terapia E.I.T. cominciata ilosservazione di

Date
.....

1. Disordini sensitivi (15x5=75)

??	Urla	▯▯▯▯▯	▯▯▯▯▯	▯▯▯▯▯	▯▯▯▯▯
??	Usa il campo visivo periferico	▯▯▯▯▯	▯▯▯▯▯	▯▯▯▯▯	▯▯▯▯▯
??	Non guarda negli occhi	▯▯▯▯▯	▯▯▯▯▯	▯▯▯▯▯	▯▯▯▯▯
??	Sfugge la propria immagine	▯▯▯▯▯	▯▯▯▯▯	▯▯▯▯▯	▯▯▯▯▯
??	Non reagisce agli stimoli dolorosi	▯▯▯▯▯	▯▯▯▯▯	▯▯▯▯▯	▯▯▯▯▯
??	Dimostra attenzione centrata su di sé	▯▯▯▯▯	▯▯▯▯▯	▯▯▯▯▯	▯▯▯▯▯
??	Ha scarsa attenzione spontanea verso gli oggetti	▯▯▯▯▯	▯▯▯▯▯	▯▯▯▯▯	▯▯▯▯▯
??	Non sopporta figure alle spalle	▯▯▯▯▯	▯▯▯▯▯	▯▯▯▯▯	▯▯▯▯▯
??	Non sopporta modificazioni nel setting	▯▯▯▯▯	▯▯▯▯▯	▯▯▯▯▯	▯▯▯▯▯
??	È incapace di partecipare nonostante l'interesse	▯▯▯▯▯	▯▯▯▯▯	▯▯▯▯▯	▯▯▯▯▯
??	Ha difficoltà a stabilire e a mantenere rapporti	▯▯▯▯▯	▯▯▯▯▯	▯▯▯▯▯	▯▯▯▯▯
??	“ nel contatto fisico	▯▯▯▯▯	▯▯▯▯▯	▯▯▯▯▯	▯▯▯▯▯
??	Si tappa le orecchie come atto di difesa	▯▯▯▯▯	▯▯▯▯▯	▯▯▯▯▯	▯▯▯▯▯
??	Socchiude gli occhi anche alla luce naturale	▯▯▯▯▯	▯▯▯▯▯	▯▯▯▯▯	▯▯▯▯▯
??	Se lasciato solo ha lo sguardo “perduto”	▯▯▯▯▯	▯▯▯▯▯	▯▯▯▯▯	▯▯▯▯▯

totale: -----

2. Difficoltà nell'ordine sociale (15x5=75)

??	Non si adegua alla mimica dell'Altro	▯▯▯▯▯	▯▯▯▯▯	▯▯▯▯▯	▯▯▯▯▯
??	Evita il contatto visivo	▯▯▯▯▯	▯▯▯▯▯	▯▯▯▯▯	▯▯▯▯▯
??	Rifiuta di essere toccato	▯▯▯▯▯	▯▯▯▯▯	▯▯▯▯▯	▯▯▯▯▯
??	Si pone rigido nell'abbraccio	▯▯▯▯▯	▯▯▯▯▯	▯▯▯▯▯	▯▯▯▯▯
??	Non sopporta cambiamenti nelle relazioni	▯▯▯▯▯	▯▯▯▯▯	▯▯▯▯▯	▯▯▯▯▯
??	Manca di iniziativa	▯▯▯▯▯	▯▯▯▯▯	▯▯▯▯▯	▯▯▯▯▯
??	Si oppone ad eseguire gli ordini	▯▯▯▯▯	▯▯▯▯▯	▯▯▯▯▯	▯▯▯▯▯
??	Dimostra scarsa attenzione verso gli oggetti	▯▯▯▯▯	▯▯▯▯▯	▯▯▯▯▯	▯▯▯▯▯
??	“ “ verso gli altri	▯▯▯▯▯	▯▯▯▯▯	▯▯▯▯▯	▯▯▯▯▯
??	è incapace di invertire i ruoli	▯▯▯▯▯	▯▯▯▯▯	▯▯▯▯▯	▯▯▯▯▯
??	Non partecipa al gioco	▯▯▯▯▯	▯▯▯▯▯	▯▯▯▯▯	▯▯▯▯▯
??	Non imita il gioco degli altri bambini	▯▯▯▯▯	▯▯▯▯▯	▯▯▯▯▯	▯▯▯▯▯
??	Tende a scappare durante la seduta	▯▯▯▯▯	▯▯▯▯▯	▯▯▯▯▯	▯▯▯▯▯
??	Vuole andarsene prima che finisca	▯▯▯▯▯	▯▯▯▯▯	▯▯▯▯▯	▯▯▯▯▯
??	Deve essere contenuto	▯▯▯▯▯	▯▯▯▯▯	▯▯▯▯▯	▯▯▯▯▯

totale: -----

3. Comportamenti stimolo (11x5=55)

Presenta:

??	“ manierismi	▯▯▯▯▯	▯▯▯▯▯	▯▯▯▯▯	▯▯▯▯▯
??	“ dondolii compulsivi	▯▯▯▯▯	▯▯▯▯▯	▯▯▯▯▯	▯▯▯▯▯
??	“ ritualizzazioni e angolo di sicurezza	▯▯▯▯▯	▯▯▯▯▯	▯▯▯▯▯	▯▯▯▯▯
??	“ ipercinesie	▯▯▯▯▯	▯▯▯▯▯	▯▯▯▯▯	▯▯▯▯▯
??	“ deambulazione coatta	▯▯▯▯▯	▯▯▯▯▯	▯▯▯▯▯	▯▯▯▯▯
??	“ comportamenti coatti	▯▯▯▯▯	▯▯▯▯▯	▯▯▯▯▯	▯▯▯▯▯
??	“ comportamenti ripetitivi o rituali	▯▯▯▯▯	▯▯▯▯▯	▯▯▯▯▯	▯▯▯▯▯
??	“ comportamenti controfobici	▯▯▯▯▯	▯▯▯▯▯	▯▯▯▯▯	▯▯▯▯▯
??	“ comportamenti male organizzati	▯▯▯▯▯	▯▯▯▯▯	▯▯▯▯▯	▯▯▯▯▯
??	Fa brevi corse e lancia oggetti	▯▯▯▯▯	▯▯▯▯▯	▯▯▯▯▯	▯▯▯▯▯
??	Usa affettuosità come modalità controfobiche	▯▯▯▯▯	▯▯▯▯▯	▯▯▯▯▯	▯▯▯▯▯

totale: -----

4. Espressioni emotive (13x5=65)

??	Incontinenza emotiva	▯▯▯▯▯	▯▯▯▯▯	▯▯▯▯▯	▯▯▯▯▯
??	Pianto emotivo	▯▯▯▯▯	▯▯▯▯▯	▯▯▯▯▯	▯▯▯▯▯
??	Risposta d'angoscia	▯▯▯▯▯	▯▯▯▯▯	▯▯▯▯▯	▯▯▯▯▯
??	Risposta di terrore	▯▯▯▯▯	▯▯▯▯▯	▯▯▯▯▯	▯▯▯▯▯

??	Ansietà esagerata	⚡	⚡	⚡	⚡	⚡	⚡
??	Ansia di fronte a cambiamenti nel setting	⚡	⚡	⚡	⚡	⚡	⚡
??	Freddezza affettiva verso gli altri	⚡	⚡	⚡	⚡	⚡	⚡
??	“ “ verso le cose	⚡	⚡	⚡	⚡	⚡	⚡
??	Mancanza di cura della persona	⚡	⚡	⚡	⚡	⚡	⚡
??	Scarsa attenzione spontanea	⚡	⚡	⚡	⚡	⚡	⚡
??	“ “ sotto richiesta	⚡	⚡	⚡	⚡	⚡	⚡
??	Scarsa partecipazione al lavoro	⚡	⚡	⚡	⚡	⚡	⚡
??	Scarsa tenuta	⚡	⚡	⚡	⚡	⚡	⚡

totale:

5. Disturbi cognitivi (17x5=85)

??	Incapacità di controllare il bisogno	⚡	⚡	⚡	⚡	⚡	⚡
??	Incapacità a esprimere propri bisogni	⚡	⚡	⚡	⚡	⚡	⚡
??	Scarsa capacità di comprensione	⚡	⚡	⚡	⚡	⚡	⚡
??	Incapacità a proiettarsi in altro luogo	⚡	⚡	⚡	⚡	⚡	⚡
??	Incapacità a capire facili compiti	⚡	⚡	⚡	⚡	⚡	⚡
??	Non sa leggere	⚡	⚡	⚡	⚡	⚡	⚡
??	Non riconosce le rappresentazioni degli oggetti	⚡	⚡	⚡	⚡	⚡	⚡
??	Non riconosce le rappresentazioni degli animali	⚡	⚡	⚡	⚡	⚡	⚡
??	Non riconosce le parti del corpo umano	⚡	⚡	⚡	⚡	⚡	⚡
??	Non ricostruisce la figura umana	⚡	⚡	⚡	⚡	⚡	⚡
??	Non sa ricostruire facili puzzle	⚡	⚡	⚡	⚡	⚡	⚡
??	Impara un compito semplice e lo dimentica	⚡	⚡	⚡	⚡	⚡	⚡
??	Dimostra abilità solo in qualche area	⚡	⚡	⚡	⚡	⚡	⚡
??	Difficoltà nell'apprendere l'igienizzazione	⚡	⚡	⚡	⚡	⚡	⚡
??	Non sa spogliarsi senza aiuto	⚡	⚡	⚡	⚡	⚡	⚡
??	Non sa vestirsi senza aiuto	⚡	⚡	⚡	⚡	⚡	⚡
??	Non si rende conto dei pericoli	⚡	⚡	⚡	⚡	⚡	⚡

totale:

6. Disturbi del linguaggio (17x5=85)

??	Evidenzia problemi di linguaggio	⚡	⚡	⚡	⚡	⚡	⚡
??	Usa espressioni logorroiche	⚡	⚡	⚡	⚡	⚡	⚡
??	“ deliranti	⚡	⚡	⚡	⚡	⚡	⚡
??	Ha un linguaggio limitato a monosillabi	⚡	⚡	⚡	⚡	⚡	⚡
??	Non esegue semplici istruzioni	⚡	⚡	⚡	⚡	⚡	⚡
??	Non risponde quando il suo nome è tra altri	⚡	⚡	⚡	⚡	⚡	⚡
??	Non esegue istruzioni contenenti preposizioni	⚡	⚡	⚡	⚡	⚡	⚡
??	Non segnala più di 5 oggetti nominati	⚡	⚡	⚡	⚡	⚡	⚡
??	Usa inversioni pronominali ((per es. tu per io)	⚡	⚡	⚡	⚡	⚡	⚡
??	Manca di intonazione e di ritmo	⚡	⚡	⚡	⚡	⚡	⚡
??	Raramente usa Sì e Io	⚡	⚡	⚡	⚡	⚡	⚡
??	Ottiene ciò che vuole segnalando con gesti	⚡	⚡	⚡	⚡	⚡	⚡
??	Ripete ossessivamente una frase	⚡	⚡	⚡	⚡	⚡	⚡
??	Ripete gli stessi suoni e le stesse parole (2-3)	⚡	⚡	⚡	⚡	⚡	⚡
??	Usa poche parole per comunicare (<5)	⚡	⚡	⚡	⚡	⚡	⚡
??	Ripete ecolalicamente suoni e parole	⚡	⚡	⚡	⚡	⚡	⚡
??	Non utilizza più di 15-20 frasi nella giornata	⚡	⚡	⚡	⚡	⚡	⚡

7. Difficoltà nella destrezza (17x5=85)

??	Difficoltà motorie semplici	⚡	⚡	⚡	⚡	⚡	⚡
??	Difficoltà motorie complesse	⚡	⚡	⚡	⚡	⚡	⚡
??	Incapacità a cominciare una azione	⚡	⚡	⚡	⚡	⚡	⚡
??	Difficoltà ad eseguire gli ordini	⚡	⚡	⚡	⚡	⚡	⚡
??	“ “ esercizi in autonomia	⚡	⚡	⚡	⚡	⚡	⚡
??	“ “ “ con una guida	⚡	⚡	⚡	⚡	⚡	⚡

?? Incapacità a eseguire facili ordini	////	////	////	////
?? Incapacità ad eseguire esercizi con l'educatore	////	////	////	////
?? Incapacità ad eseguire esercizi in autonomia	////	////	////	////
?? Difficoltà a estrarre la lingua su ordine	////	////	////	////
?? Difficoltà a saltare	////	////	////	////
?? Difficoltà a gettare la palla	////	////	////	////
?? Difficoltà a lanciare la palla dall'alto	////	////	////	////
?? Difficoltà a afferrare i cerchi	////	////	////	////
?? Difficoltà a lanciare i cerchi	////	////	////	////
?? Difficoltà nella manualità	////	////	////	////
?? Disordine posturale nei piedi	////	////	////	////

totale:

8. Comportamenti problema (15x5=75)

?? Si colpisce la testa con gli oggetti	////	////	////	////
?? Si morsica le mani	////	////	////	////
?? Lancia gli oggetti che riesce ad afferrare	////	////	////	////
?? Tende alla fuga	////	////	////	////
?? " all'isolamento	////	////	////	////
?? " all'opposizione	////	////	////	////
?? " a ritirarsi dal lavoro	////	////	////	////
?? Presenta aggressività libera	////	////	////	////
?? " aggressività motivata	////	////	////	////
?? " eccessi d'ira per frustrazioni	////	////	////	////
?? " smorfie	////	////	////	////
?? " risolini	////	////	////	////
?? " pagliacciate	////	////	////	////
?? " comportamenti coatti	////	////	////	////
?? " gesti ripetitivi o rituali	////	////	////	////

totale:

=====

totale generale:

=====

1 = mai 2= qualche volta 3 = sporadicamente 4 = spesso 5 = sempre

Totale % di miglioramento=

Come era facile prevedere, i migliori risultati sono stati ottenuti nell'area 7 - "difficoltà nella destrezza" e nell'area 8 - "comportamenti problema; i minori miglioramenti si riferiscono all'area 6 - "disturbi cognitivi e del linguaggio".

Sebbene i progressi cognitivi siano sempre ampiamente presenti, nel linguaggio si riscontrano poche modificazioni.

Questa osservazione è particolarmente importante proprio perché si può riferire al "ritardo" con cui gli autistici arrivano alla terapia. Levi Montalcini sostiene che la plasticità cerebrale si esaurisce circa verso i 10 anni di età; se iniziamo una terapia a 8 anni, evidentemente, la "finestra utile" è veramente ridotta.

Il tema però va approfondito, su grandi numeri e con precise tecniche, oltre che utilizzando programmi di logopedia studiati ad hoc.

Possiamo comunque sottolineare alcune osservazioni importanti:

spesso i bambini autistici emettono estemporaneamente piccole frasi che poi non ripetono più (quando dicono qualche parola non bisogna mai sottolineare il fatto o farci notare sorpresi, perché equivale a bloccare l'iniziativa);

le parole o le piccole frasi pronunciate vengono emesse con voce molto flebile (ben diverso è il volume delle urla) e quasi non si odono. Il fatto viene riferito al non poter agire le proprie azioni (come tirare la palla) perché *anche la voce è vissuta come distruttiva*. Non possiamo essere certi di questa interpretazione, poiché il lavoro con gli anziani depressi ci ha portato a valutare lo stesso sintomo come segno di fobia a perdere parti del Sé.

* * * * *

Tutti i ragazzi autistici (i nostri casi sono tutti maschi, tranne due ragazze entrambe Down, con screzi autistici) hanno presentato un miglioramento progressivo degli indici, ad eccezione di una delle ragazze Down che, invece, ha continuato a manifestare grandi difficoltà sia relazionali che nell'area della destrezza motoria e della relazione interpersonale.

* * * * *

I miglioramenti si sono sempre mantenuti, anche se non possiamo dare indicazioni su due ragazzi tolti dalla terapia, perché non è stato più possibile effettuare una valutazione successiva.

L'interruzione della terapia, seppure decisa all'improvviso dalle madri, non deve essere imputata ad esse, proprio perché, in entrambi i casi, si è verificato quanto sottolineato nel capitolo riguardante questa relazione.

Il terapeuta non ha potuto contenere le ansie materne (erano richiesti più radicali risultati) proprio perché aveva ritenuto sufficientemente rassicuranti i miglioramenti ottenuti sulla base degli indici di valutazione dell' E.I.T.

Va segnalato che:

- ~~///~~ il lavoro con i veli è particolarmente difficile perché provoca reazioni emotive intense; nello stesso tempo, se viene accettato, dimostra il raggiungimento di un importante grado di autocontrollo e la capacità di crescere rapidamente nello sviluppo psico-affettivo o psico-mentale;
- ~~///~~ il gioco di calciare la palla contro il muro o quello di lanciarla verso il canestro risultano sempre rilevanti per valutare i miglioramenti relazionali. Il "ritorno" della palla è letto come "pericoloso" così la sua accettazione è un segno di maturazione e di capacità adattiva;
- ~~///~~ è importantissimo passare dal lavoro individuale a quello di gruppo ed inoltre, in questo, aumentare la velocità di esecuzione degli esercizi. Questa modalità deve essere affrontata perché porta ad espressioni fobiche che devono essere superate;
- ~~///~~ nel corso della terapia, esercizi eseguiti molto lentamente inducono crisi di ansia e di angoscia, perché l'equilibrio tra *lento e veloce* viene ad assumere rilevanti significati emotivi. Il lento sarebbe sinonimo di introspezione (quindi di paura), mentre il "relativamente veloce" permette una scarica motoria che facilita l'esercizio;
- ~~///~~ quasi sempre gli autistici dicono **no** alla richiesta di fare un qualsiasi esercizio, ma bisogna ricordare che questo **no** non significa quasi mai rifiuto, ma, al contrario, vuole *mettere alla prova* il terapeuta, la sua sicurezza, la sua volontà-determinazione, la sua capacità di controllare la frustrazione.

OSSERVAZIONI SUI CASI IN TERAPIA E.I.T.

Il nostro intervento terapeutico secondo il metodo E.I.T., basato sull'osservazione attenta dell'espressività spontanea e delle reazioni agli stimoli e sulla lettura "dal

di dentro" delle problematiche psico-mentali dei piccoli pazienti, ci ha permesso di differenziare nettamente tre quadri di autismo.

I bambini, che negli ultimi dieci anni abbiamo seguito, erano stati indirizzati al nostro centro con diagnosi di "autismo" o come "portatori di sindrome autistica", sono stati da noi valutati secondo la seguente classificazione:

1. **disturbo autistico** – che si sovrappone all'omonimo del DSM IV
2. **autismo ipercinetico** – ricordato nell' ICD 10, dal quale però si differenzia per la mancanza di ritardo mentale
3. **psicosi simbiotica** – sovrapponibile all'omonima di M. Mahaler.

Questi tre quadri clinici possono essere chiaramente differenziati per:
l'espressione fenomenologico-clinica;

i meccanismi psicomentali ai quali sottendono;

la necessità di un intervento terapeutico personalizzato, vale a dire strutturato specificamente su ognuno dei quadri.

1- DISTURBO AUTISTICO

Clinica:

☞ **Sintomi positivi:** aggressività, urla, movimenti ripetitivi e coatti, stereotipie, tendenza alla fuga, autolesionismo;

☞ **sintomi negativi:** isolamento, oligotimia (debolezza affettiva), perdita della attenzione, scomparsa dell'iniziativa, difficoltà psicomotorie;

☞ **disturbo del linguaggio:** molto accentuato tanto che il paziente emette suoni, pronuncia solo qualche parola e piccole frasi a bassa voce.

Questa modalità rappresenta la proibizione a parlare e, quindi, a espellere "cose pericolose". Non parlare è anche il modo di non far conoscere il proprio mondo interiore e questo spiega il pronunciare le parole in modo "oscuro".

☞ **Motricità:** grave inibizione per cui il bambino ha perso la possibilità di eseguire movimenti e/o azioni motoricamente complesse (non salta, non tira fuori la lingua).

☞ **Emotività:** libera ed incontrollabile; facili risposte di terrore. L'adattamento avviene attraverso l'isolamento e la fuga verso "luoghi di salvezza".

☞ **Affettività:** sideramento affettivo che contrasta con l'espansività controfobica rivolta alle figure di riferimento. Anche il rapporto con gli oggetti inanimati è svalorizzato e privo di senso.

☞ **Capacità cognitive:** lo svuotamento affettivo determina l'annullamento dello sviluppo cognitivo che si evidenzia come impoverito o compromesso.

☞ **Struttura psicopatologica:** assenza di Super-Io, sostituito da una angoscia incontenibile di fronte alla capacità persecutoria proiettata negli oggetti (fobie di fronte al "muro").

Le fantasie sadiche bloccano lo sviluppo oltre che la dimensione del tempo e dello spazio, così che sempre più si struttura un distacco dalla realtà (l'unico registro relazionale si fonda nel reale e nel simbolico, mentre l'immaginario è inconsistente).

☞ **Caratteristica psicodinamica:** adesività fobica alla madre e affettività fobica nei confronti delle persone di riferimento; terrore nel rapporto con gli oggetti animati; indifferenza verso gli oggetti inanimati che non vengono usati adeguatamente. Le pulsioni sono libere e non controllabili; non vi è differenziazione tra libido e aggressività.

La regressione investe prevalentemente l'Io e la realtà.

L'atteggiamento psichico è fobico ed inoltre riparativo nei confronti della

madre che viene vissuta come unica fonte di vita e di sostentamento.

In un bambino che presenta una sindrome autistica, possiamo evidenziare delle qualità psicomentali caratteristiche e coerenti:

- ?? l'autistico si trova nella situazione "primaria" nella quale non ha ancora raggiunto la capacità di identificazione con gli oggetti;
- ?? anche la madre si evidenzia come oggetto indifferenziato (somma di oggetti parziali); insieme di oggetti contraddittori: bene-male; amore-odio). Questa indifferenziazione porta ad un rapporto conflittivo proprio perché l'oggetto diventa *persecutorio*; vale a dire che la madre deve essere amata (l'abbraccio fobico) altrimenti si arrabbia e lo annienta;
- ?? il bambino, non avendo ancora raggiunto l'identificazione oggettuale (che, attraverso il modello dell'*oggetto diadico primordiale* e dell'*oggetto genitoriale*, permette l'acquisizione di oggetti comprensibili e reali), vive nell'inconscio la presenza di oggetti persecutori che derivano dalla proiezione in essi delle valenze cannibalico-distruttive del soggetto;
- ?? gli oggetti, che sono tutti persecutori, strutturano un mondo interno veramente terrifico che obbliga il soggetto all'immobilità, alla perdita dell'iniziativa, all'isolamento ed alla ricerca di "spazi di difesa" (stuoie, angoli, sedie, ecc.).

2- AUTISMO IPERCINETICO

Clinica:

- ✂ **Sintomi positivi:** ipercinesie incontrollabili; continuo movimento; le reazioni emotive esplosive, ma non terrifiche; difficoltà a tranquillizzarsi; scarsa capacità di tenuta; creatività eccessiva; iperattività in giochi o svaghi svolti sempre da solo; smorfie; atteggiamenti ripetitivi per attrarre l'attenzione spaventare.
- ✂ **sintomi negativi:** isolamento, ma non regressione dell'iniziativa che anche è iperattiva; chiusura nel suo mondo nel quale non fa entrare nessuno.
- ✂ **Disturbo del linguaggio:** molto accentuato; pronuncia solo qualche parola in forma ripetitiva.
- ✂ **Motricità:** apparentemente ben coordinata, ma si evidenzia difficoltà nell'esecuzione di movimenti complessi (per es. calciare la palla); goffaggine, però, viene messa in relazione con una reazione fobico-ossessiva piuttosto che a una vera e propria disabilità.
Il bambino è molto sensibile alle frustrazioni e, quindi, se non compie bene il movimento si rifiuta categoricamente di farlo. Per questo molte volte esercizi che compie con il padre o con la madre (figure sempre accoglienti e accettate) non vengono eseguiti durante la terapia.
- ✂ **Emotività:** esplosiva, controllata attraverso le ipercinesie e la fuga in angoli di difficile accesso.
- ✂ **Affettività:** rivolta sul Sé per la predominanza dei bisogni libidico-istintivi. Spesso il bambino, nel lasciare il setting, dimostra espansività ed affettuosità che possono essere messe in relazione ad una ritualizzazione istintiva a carattere ludico-relazionale, creata in conseguenza alle sollecitudini della madre (così il bambino appare normale).
- ✂ **Capacità cognitive:** la ricchezza immaginativa e l'efficacia nel problem solving dimostrano un buon livello cognitivo che, però, non viene utilizzato nella relazione interpersonale e nella strutturazione programmatico-deduttiva.
- ✂ **Struttura psicopatologica:** presenza di un Super-Io persecutorio; isolamento

strutturato come spazio dove vivere i propri desideri, le proprie iniziative, le proprie fantasie; programmazione di movimenti anche difficili (per es. lancia senza paura anche da punti alti).

L'immaginario posto al servizio del Sé, delle proprie scelte operative, anche se e *non* viene utilizzato nella relazione.

Ottimo rapporto con gli oggetti inanimati che vengono utilizzati per una creazione fantasiosa, ricca e progressiva.

Attenzione inconsistente, così che il bambino passa da un gioco ad un altro in pochi istanti.

Incontinenza della frustrazione per cui si butta per terra (apparentemente senza sentire dolore) se viene ostacolata la propria decisione di fare.

Rifiuto categorico delle proposte degli altri.

Spiccata vivacità intellettuale e brillanti capacità nel problem solving.

Isolamento nel gruppo terapeutico e tenuta labile (se inizia un esercizio insieme lo interrompe subito scappando o gettandosi per terra).

Tentativi di stabilire relazioni con gli altri bambini, che scappano di fronte alla sua ipercinesia.

Spiccata affettuosità verso tutti i componenti del gruppo, dimostrando la sua predisposizione a voler bene.

✂ **Caratteristica psicomotricità:** Super-Io atrofico e iperdimensionamento dell'Ideale dell'Io. Buone le relazioni oggettuali e con il proprio corpo, ma risultano conflittive le relazioni interpersonali. La risposta adattiva è sempre di tipo ipercinetico. Aggressività verso chi gli impedisce di fare i propri giochi (isolamento attivo): significa "vivere fuori del significato" perché questo può essere valido solo per lui.

Si evidenziano grosse gelosie nei confronti della madre che sottolineano aspetti edipico-genitali.

La regressione è agitata sugli istinti e lo sviluppo è genitalizzato.

Il bambino ipercinetico trova nell'incontinenza psicomotoria la soddisfazione dei propri istinti narcisistici, sottesi ad un ottimo utilizzo del corpo e degli oggetti.

Questa regressione libidico-istintuale nasconde le difficoltà nel rapporto interpersonale che viene vissuto come persecutorio.

Il senso del possesso e le ampie gelosie nei confronti della figura materna, sottolineano l'importanza degli aspetti edipico-genitali che dominano il quadro psicopatologico di tipo ipercinetico.

3- PSICOSI SIMBIOTICA

Clinica: piange disperato nell'aggrapparsi alla madre anche quando questa non dimostra di volersene andare.

Va sottolineato che questo attaccamento fobico è facilmente superabile perché il bambino accetta di fermarsi con il terapeuta e nel gruppo, tanto che la madre, dopo due o tre sedute, può anche non entrare nel setting.

Lavora sempre con impegno, attenzione e precisione, senza dimostrare affaticamento. Non è particolarmente creativo e fantasioso, ma rispetta gli ordini.

✂ **Linguaggio:** povero e poco articolato, ma impara con rapidità nuove parole.

✂ **Motricità:** indecisione nei comportamenti motori complessi determinati da scarso esercizio; apprendimento rapido e capacità di risolvere i problemi per raggiungere gli obiettivi.

✂ **Emotività:** poco controllata; il bambino si mette a piangere senza nessun

motivo, anche solo, dopo aver solamente guardato la porta.

✍ **Affettività:** poco strutturata, tanto che l'altro non viene investito da una relazione solida: il rapporto risulta sempre alquanto fragile e poco consistente.

✍ **Capacità cognitive:** buona capacità di apprendimento; memoria efficace; attenzione adeguata ai compiti, anche se frantumata dall'invasività emotiva.

✍ **Struttura psicopatologica:** predominante sintomatologia abbandonica e problematica ossessivo-persecutoria della perdita.

Presenza di meccanismi nevrotici che permettono interpretazioni psicodinamiche.

Blocco dell'iniziativa, ma il bambino accetta di fare tutte le cose che gli vengono richieste, accompagnato, ma anche da solo.

Grande facilità all'identificazione (per es. nel gioco del cavallo) e a strutturare rapide relazioni nel gruppo terapeutico.

✍ **Caratteristica psicodinamica:** simbiosi da angoscia per sentimenti profondi di perdita. L'atteggiamento adesivo tende a destrutturare la mente portando a situazioni di disabilità che possono essere anche accentuate.

Dipendenza anale passiva nei confronti della madre.

Fantasie di ritorno al seno materno e, quindi, sintomi abbandonici.

Troviamo, nella psicosi simbiotica, una ricerca costante di soddisfazione libidica per la quale l'adesività (ossessiva e dimostrativa) è il mezzo per costringere la madre ad amare il soggetto e ad esaudire le sue richieste.

Se analizziamo questa situazione, dobbiamo riconoscere che:

?? il rapporto con la madre sottolinea che il bambino ha già stabilito rapporti oggettuali con i quali ha già elaborato un processo di identificazione;

?? un processo di "angoscia della perdita" dimostra come non si sia ancora sviluppato un processo di auto-identificazione e di separazione, per cui si mantiene e viene difesa strenuamente l'adesività sotto il timore che la separazione porti alla distruzione del soggetto;

?? attraverso l'identificazione, il bambino ha appreso il meccanismo del riconoscimento degli oggetti (animati e inanimati), così può utilizzare la loro permanenza per aderire alla realtà e comprenderla.

4- AUTISMO E SINDROME DI DOWN

Nella nostra casistica abbiamo considerato due bambine Dawn che presentavano importanti manifestazioni di tipo autistico. L'osservazione e l'intervento terapeutico effettuato su queste e su altri due ragazzi Down che presentavano screzi autistici meno gravi, ci hanno portato a considerazioni di un certo interesse perché la "chiusura autistica", in questi casi, non presenta manifestazioni sovrapponibili agli altri tre quadri presi in esame.

Il quadro psicopatologico è dominato dalla "paura" (la "... pau", di una delle bambine) che è sottesa ad un invalidante senso di svalorizzazione e a sentimenti profondi di imotenza, di inadeguatezza e di incapacità.

Questa sintomatologia, che a volte determina reazioni di tipo "falso sé" o la comparsa di sentimenti egocentrico-megalomaniaci, induce meccanismi di blocco psico-mentale che portano ad una vera e propria inibizione dello sviluppo.

In questi casi non si trova mai l'esplosività emotiva e i segni di terrore della sindrome autistica, né l'ipercinesia, né l'adesività psicotica, ma possiamo segnalare:

?? perdita dell'iniziativa psicomotoria per la quale i soggetti risultano inadeguati nell'esecuzione di movimenti che richiedono una coordinazione complessa;

- ?? difficoltà nel comprendere gli ordini;
- ?? compromissione dello sviluppo del linguaggio;
- ?? scarsa tenuta;
- ?? imponente rifiuto ad eseguire anche semplici esercizi vissuti come troppo difficili e, soprattutto, pericolosi;
- ?? il confronto con i compagni o con gli operatori del gruppo terapeutico, invece di stimolare, inibisce maggiormente, tanto che spesso è necessario lavorare con uno dei genitori che impone l'ordine o viene vissuto come modello accettabile (al proprio livello);
- ?? opposizione che risulta veramente forte e, spesso, determina che si siedano in un angolo, rifiutando di muoversi e anche di essere aiutati;
- ?? chiusura psichica che porta a farli ritenere autistici e che si manifesta come *modello controfobico* poiché viene annullata la *reciprocità del rapporto*. Se si lancia una palla, prima di tutto è molto difficile insegnar loro ad afferrarla e poi è altrettanto complicato convincerli a rilanciarla.
- ?? In un primo tempo, questo atteggiamento è stato interpretato come di tipo anale-compulsivo, si è però anche considerato l'aspetto controfobico di voler inibire la prosecuzione di azioni che provocano ansie distruttive. Il sentimento di "non essere in grado di" è legato a difficoltà di imparare dall'esperienza, di memorizzare e di utilizzare meccanismi mentali adeguati al problem solving. Per loro, anche un esercizio ripetitivo, risulta sempre nuovo, indecifrabile e, quindi, "pauroso".

L'incapacità e l'inadeguatezza portano dunque alla costruzione di un "falso sé" e, più spesso, a profonde inibizioni che investono sia la psicomotricità che le dinamiche relazionali.

In questi casi, il deficit primario è proprio quello cognitivo e, solo secondariamente, insorge quello affettivo; mentre, negli altri quadri presi in esame, le difficoltà affettivo-relazionali sono di gran lunga predominanti e precedenti.

VALUTAZIONE DELLE CONSIDERAZIONI MATERNE SUL BAMBINO AUTISTICO IN TERAPIA

Anche questa valutazione è stata eseguita mediante una scheda composta da 34 items ideati per misurare la percezione, da parte della madre, del miglioramento del bambino autistico in terapia.

Dall'analisi delle risposte è emerso:

- ~~///~~ in linea generale si rileva una discrepanza sul miglioramento percepito dalla madre e quello segnalato dagli operatori dell'E.I.T. e dell'ippoterapia;
- ~~///~~ gli items presi in considerazione, sembrano interessarla poco in confronto alle sue ansie, più legate alla quotidianità familiare ed ai disturbi provocati nelle relazioni sociali e, soprattutto, nella scuola;
- ~~///~~ la svalorizzazione degli indici si può riferire anche all'alto grado di sopportazione dei "comportamenti problema" e degli altri sintomi "autistici" presentati dal figlio;
- ~~///~~ i sintomi legati a inibizione sono poco considerati perché prevale la preoccupazione che il bambino non disturbi e risulta poco importante, per i

genitori, che non guardi la televisione, che presenti gesti ripetitivi o coatti, che usi sempre gli stessi oggetti (questo anzi è visto solo come una eccentricità).

Tali considerazioni ci hanno portati a valutare questo aspetto da un altro punto di vista, più centrato sui sentimenti della madre e sulle sue aspettative.

I dati emersi ci confermano che la madre:

- ~~///~~ accetta il problema del figlio (50%)
- ~~///~~ lo accetta in parte (83%)
- ~~///~~ ha un atteggiamento prevalentemente ansioso (50%)
- ~~///~~ tiene poco conto delle reazioni del marito (60%)
- ~~///~~ verso il terapeuta si dimostra
 - ?? disponibile a ricevere consigli (83%)
 - ?? riconoscente per l'aiuto ricevuto (50%)
 - ?? diffidente (50%)
- ~~///~~ verso la terapia si dimostra insoddisfatta (66%) perché si aspetta di più
- ~~///~~ la sua maggior preoccupazione è che il bambino non crei troppi problemi (50%)
- ~~///~~ nell'ambito scolastico si preoccupa che il bambino non disturbi troppo (33%)
- ~~///~~ l'ambiente non gli sia pregiudiziale (33%)

Se vogliamo dare una interpretazione a queste osservazioni possiamo anche affermare che la madre di un autistico

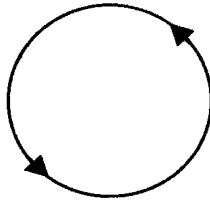
1. ha un alto potere di sopportazione per i comportamenti anormali del suo bambino, per cui tende a minimizzarli o, comunque, pensa che il suo compito sia quello di difenderlo da giudizi "troppo severi" o negativi e dall'opposizione all'ambiente circostante;
2. spinta dalle difficoltà di chiarirsi le idee sulle molteplici questioni che investono il figlio autistico, tende a non scegliere le migliori soluzioni terapeutiche e, soprattutto, non riesce ad essere costante o a giudicare con obiettività le diverse proposte;
3. il suo atteggiamento psichico è prevalentemente ansioso, sostenuto dalla costante paura di non essere in grado di dare il meglio a suo figlio per aiutarlo ad affrontare la "malattia";
4. verso il terapeuta si dimostra incostante; se per lo più chiede e accetta i consigli su come comportarsi, per altro, è sconcertata tra sentimenti di sfiducia ed altri di riconoscenza per gli aiuti ricevuti;
5. la terapia (E.I.T.+ ippoterapia) viene vista come efficace per riabilitare il figlio, ma continua a "illudersi" che si possa ottenere di più (sembra proiettare sulla terapia i sentimenti di incapacità e di impotenza che vive sulla sua persona);
6. la sua maggior preoccupazione non è quella di poter risolvere la "malattia", giudicata quasi incurabile, ma, piuttosto, quella di riuscire a fare in modo che suo figlio non venga segnalato perché ... disturbato;
7. nei confronti della scuola la sua ansia deriva dal timore che questa possa agire negativamente sul bambino, anche perché tende a credere che l'istituzione potrà fare ben poco per il miglioramento delle possibilità future di inserimento sociale.

Per riassumere possiamo dire che la madre di un bambino autistico vive una situazione dominata da:

- ?? paura di fare troppo poco per il figlio
- ?? sfiducia nei confronti degli altri che non lo capiscono;

binomio esplosivo che condiziona fortemente il suo comportamento e che tende a cristallizzare la situazione in una *coazione a ripetere*

*nessuno conosce
mio figlio "autistico"
più di me*



*bisogna fare di più
e quindi è necessario cercare
un'altra soluzione*

La **figura del padre** diventa quasi emblematica per questa situazione: nella sua delega alla moglie dimostra il suo senso di inefficacia e di inadeguatezza ad affrontare un problema troppo grosso, ma, in questo modo, ipervalorizza il *femminile che assurge a simbolo operativo-fallico* sul quale il figlio può solamente proiettare vissuti incitativo-persecutori perdendo quelli emancipativi, protettivi e separatori (propri del ruolo paterno) oltre che quelli comprensivi e accoglienti (specifici del ruolo materno) di cui necessiterebbe per mettere in moto un modello identificatorio primordiale.

In questa "catena" ogni cambiamento, rappresentato da nuove indagini e/o analisi, così come da nuove scelte terapeutiche, rappresentano la perpetuazione della non accettazione e del persecutorio che fa sorgere proiezioni accusatorie e colpevolizzanti che, in ultima istanza, ritornano riflesse sul piccolo paziente, spaventato dalla sua stessa "distruittività".

È difficile che vi sia una "madre sufficientemente buona" (Winnicot), un femminile da non temere, dove c'è un padre impaurito e delegante (Gabriella Mariotti); in questa atmosfera è anche difficile che un terapeuta possa prendere in mano la situazione per programmare una chiarezza interpretativa ed una processualità terapeutica efficace.

Nell'ansia dei suoi dubbi, nell'inesauribilità della sopportazione, nell'incontenibile voglia di combattere, nell'incontinenza delle scelte che non sono mai soddisfacenti né il meglio, nella convinzione di essere l'unica a capire il suo piccolo, nell'illusione di poter essere il vero e unico terapeuta, si crea quel "mare femminile-materno" in cui naufraga il piccolo autistico, che così viene spinto ad un perenne viaggio, verso quel "pellegrinaggio" che è un'inesorabile *cronicizzazione*.

COMMENTO

Chi ha in cura pazienti con problemi psichici sa che con loro programma un "cammino" che ha come obiettivo recuperare la serenità e costruire le basi per una vita, il più possibile, felice.

Il tracciato del viaggio passa attraverso le tappe dell'auto-riconoscimento e dell'auto-volontizzazione, indispensabili per costruire relazioni interpersonali ed una vita sociale soddisfacente e basata sugli affetti, cioè sui valori.

Quando abbiamo intrapreso il cammino verso il mondo profondo e oscuro dell'autismo, ci portavamo nelle orecchie grida e urla angosciate ed angoscienti, ma subito ci siamo resi conto che nel "baratro" si accendevano delle luci, soprattutto quando le nostre mani percepivano il fremito di altre più piccole che le stringevano.

Sono passati gli anni e veramente benediciamo il giorno della "partenza" per questo viaggio verso l'ignoto, dal quale ogni volta emergiamo, conoscendo

qualcosa di più sui meccanismi mentali primitivi, sulle funzioni psichiche, ma, soprattutto, sul poderoso mondo degli affetti e dei valori. Questi ogni volta si dimostrano i veri pilastri dell'equilibrio e i motori indispensabili per raggiungere l'autocoscienza di un Sé poderoso, integrato e volto alla crescita, che fonda le sue radici nell'autostima e nell'accettazione delle proprie potenzialità.

I bambini autistici, che arrivano alla nostra osservazione, hanno tra i 2 e gli 8 anni, tutti sinora maschietti, non presentano segni di qualche malattia fisica in atto; il loro sviluppo è normale, non lamentano dolori e/o fastidi, si dimostrano "intelligenti" nel senso che sembrano comprendere perfettamente le situazioni, con due occhi che, seppure spesso furtivi, brillano di una luce speciale.

Questo quadro di normalità contrasta con quello della condotta e dell'espressività psico-affettiva poiché:

- ✂ sono schivi o si mantengono isolati o in piedi sulla loro "stuoia", spesso posta davanti ad una finestra dalla quale guardano ... senza vedere;
- ✂ l'avvicinarsi a loro provoca intense reazioni emotive o, addirittura, urla, fughe o qualche espressione aggressiva;
- ✂ non parlano o il loro linguaggio si limita a poche parole o suono per lo più incomprensibili;
- ✂ mostrano movimenti stereotipi o ritualità che possono continuare ininterrottamente per ore;
- ✂ bisogna stare molto attenti ad avvicinarsi troppo al loro viso perché si può rimediare qualche morso o qualche graffio.

Il primo incontro ha in sé molto del rito rappresentato dalla consegna da parte della madre del suo tesoro alle nostre mani ed al nostro conoscere. La madre, quasi sempre, è presente solo alle primissime sedute, anche se sarà sempre informata delle variazioni della situazione terapeutica e tornerà a presenziare qualora si dovessero contenere ansie troppo intense o verificare situazioni reattivo-relazionali.

Possiamo dire che non è difficile stabilire buoni vincoli con i bambini autistici anche se si sentono sempre controllati dalla loro relazione particolare con la mamma.

Si può sottolineare la tendenza a separare le relazioni per cui l'autistico vive come due vite: quella con la madre e quella con il terapeuta. In quest'ultima, il piccolo cerca di isolare le problematiche fobiche e stabilire rapporti validi (quasi normali) nei quali accetta di poter crescere e, soprattutto, si compiace di essere se stesso. Naturalmente, le difficoltà per uscire dall'autismo sono enormi, soprattutto perché il piccolo deve imparare ogni movimento e deve apprendere a controllare ogni tipo di situazione, senza poter usufruire di meccanismi di apprendimento che funzionino per similitudine.

La difficoltà è quella di rompere schemi prestabiliti, in tal maniera che sembrano dominati da una memoria rigida, ma che, in realtà, non riescono ad evolversi per il disordine a monte, che riguarda la *coscienza*: la memoria non è una facoltà fondamentale semplice; non consiste nel registrare una immagine o una traccia, ma fa parte del processo del conoscere e del comprendere (Israel Rosenfield, 1992).

ANALISI FENOMENOLOGICA DELL'ESPRESSIONE CLINICA DELL'AUTISMO

Si è iniziato questo lavoro con una frase, forse enigmatica, che si riferiva a "una malattia" o a "un modello particolare di struttura psichica". Ora siamo in grado (dopo un lungo percorso che ci ha portati a parlare di strutture, di processi, di pulsioni istintuali, di conflitti) di sciogliere il nodo e scegliere la seconda immagine che ci presenta l'autismo come l'espressione di meccanismi psico-mentali che vengono bloccati nel loro sviluppo e che, di conseguenza, permettono lo strutturarsi di una *particolare modalità di risposta agli stimoli interni e/o esterni*.

Parlare di reattività è tuttavia una scelta parziale proprio perché la fenomenologia e gli scenari autistici possono essere suddivisi in vari aspetti che richiamano la partecipazione di strutture e di meccanismi.

A: segni positivi, attivi e reattivi :

ipo o ipercinesie, movimenti coatti, stereotipie, urla, corse afinalistiche, aggressività, autolesionismo sono risposte a stimoli esterni e/o interni e configurano un quadro di stato psicopatico o caratteriale.

Abbiamo sottolineato l'importanza delle osservazioni di Melanie Klein sulla persistenza di impulsi sadici (orali, anali e motori) attivati e diretti sugli oggetti. Ciò porta ad un atteggiamento psichico che possiamo definire "aggressività", intesa come impulso a distruggere l'altro, che alimenta l'immaginazione del bambino a vivere la realtà esterna come popolata da *oggetti cattivi* dai quali sarà aggredito sadicamente in quanto lui lo ha fatto o lo fa nei loro confronti.

Questi bambini vivono ancorati in una fase dominata dalla *reciprocità a mangiare e ad essere mangiati; aggredire ed essere aggrediti; perseguitare ed essere perseguitati; distruggere ed essere distrutti*.

La struttura del loro psichismo, non avendo potuto raggiungere una *articolazione terza di se stessa*, continua a partecipare la sua fondamentale qualità, la dualità, che impedisce al soggetto di ex-esistere (esistere fuori).

Proprio per questo motivo si lancia in una *frammentazione di vissuti* che sono i sintomi che abbiamo chiamato positivi.

L'effetto dimostra il permanere in una situazione di dualità che chiamiamo "*fase disordinata*" per indicare l'inadeguatezza delle risposte a stimoli che non sono per nulla aggressivi o violatori, ma, anzi, molte volte, affettuosi e comprensivi.

Il bambino autistico si trova in una situazione psico-mentale per la quale vive in una confusione tra reale e simbolico proprio perché non ha avuto accesso all'immaginario.

I meccanismi strutturali risultano presenti come "idee persecutorie" e, quindi, insieme all'idea che **il persecutore si è già reso indipendente dalla reciprocità** (quell'aggredire o essere aggredito con cui si è scontrato all'inizio).

Le *angosce fobiche* rappresentano un'altra modalità con cui questa reciprocità si manifesta; essa si conserva, per così dire, rinchiusa in certi oggetti che funzionano, di per sé, come *portatori di paura*. Gli oggetti fobici servono a conservare una reciprocità della relazione, ma tendono a sostenersi con una *razionalità* fondata sull'avvallo di essere oggetti fobici.

In questa presunta razionalità, che è caratteristica di tutti gli oggetti fobici, si basa il rapporto sociale del soggetto.

Per altro lato, le idee persecutorie e le angosce fobiche non sono, in generale, sufficienti ad articolare questo tipo di *reazione duale* per cui compaiono *reazioni di puro terrore* che sottolineano la presenza di queste *relazioni reciprocamente persecutorie*; la loro *patogenicità* per la strutturazione dello psichismo ci è

segnalata, soprattutto, dal permanere della *reciprocità di distruggere ed essere distrutti* (vedi l'esempio del muro e della palla).

La struttura psichica, non avendo potuto risolversi in una articolazione *terza di se stessa*, si mantiene *disordinante*, oltre che *disordinata*, perché continua a perpetuare la sua fondamentale dualità che impedisce al soggetto di auto-identificarsi e di individualizzarsi nella relazione (ex-esistere).

A causa di questa *dualità*, il soggetto è, per così dire, catapultato in una struttura relazionale nella quale *"il soggetto lancia se stesso in una frantumazione di vissuti"* che prendono la forma di ipercinesie, movimenti coatti, stereotipie, urla, corse afinalistiche, anestesie affettive, isolamento, scomparsa dell'iniziativa, difficoltà psicomotorie e ... mancato sviluppo del linguaggio.

B: segni negativi:

isolamento dalla realtà, freddezza affettiva, incapacità a concentrarsi su qualsiasi occupazione, perdita dell'attenzione, scomparsa dell'iniziativa, difficoltà psicomotorie, che, come modalità di condotta, configurano un quadro di *blocco psico-mentale* ("vuotificazione del rapporto di realtà", come dice C. Lorenzo Cazzullo) e, attraverso le quali, il pensiero del soggetto funziona come solo apparente azione, nel senso che il bambino *"mette gambe"*, *"mette molte gambe"*, non potendo *"mettere testa"*.

In tale quadro vediamo tuttavia questi "ritardati" o "asociali" aggiungere al loro comportamento espressioni, per così dire, negative, che sottolineano il blocco dello sviluppo.

È su queste "negative", su questo "non potere", su questa "impossibilità" che pone l'accento il terapeuta, proponendo una nuova lettura dell'autismo e, soprattutto, un nuovo atteggiamento verso l'autismo.

All'impossibilità bisogna contrapporre la forza delle idee, al non potere la retro-alimentazione degli affetti espressi come valori, al ritardo una nuova mentalizzazione capace di dare spinte, di trascinare, di coinvolgere, di cambiare percorso.

C: mancato sviluppo del linguaggio:

è forse il problema più importante nell'autismo perché la comunicazione è il supporto ad incontrare quella *posizione terza* che è fondamentale anche per lo sviluppo *dello psichismo* e della *relazione*.

Il linguaggio aiuta a superare la situazione di dualità e la fase che abbiamo chiamata *disordinata*.

D: incontinenza emotiva:

Investe una "categoria psico-affettiva" di carattere più ampio, riassuntivo, di grande valore dinamico perché introduce contemporaneamente la rappresentazione della condotta del soggetto e la sua posizione relazionale nei confronti del mondo animato e inanimato. L'autistico, per questa via, introduce una modalità adattiva che serve da ponte, seppure poco controllabile, nella reciprocità relazionale che tiene conto dello spazio e della distanza psico-fisica impliciti nel "contatto" anche corporale.

Poter controllare l'esplosività emotiva determina un reinvestimento affettivo attraverso la ricostituzione di valori significativi per il Sé. Tale aspetto può considerarsi un utile prerogativa per una riabilitazione relazionale, più che cognitiva.

Negli autistici, l'incontinenza emotiva dimostra il loro grande interesse per il *mondo interiore* che dà le basi al loro potere di simbolizzare. Da qui nascono anche *transferts* forti ed immediati che permettono un'accurata analisi psicomotricità ed anche facilitano l'intervento psicoterapeutico.

Attraverso una grande tensione emotivo-relazionale la persona trova se stessa, sempre più se stessa e, nella relazione terapeutica, questa tensione agisce sulle due soggettività perché possano, nel tentativo di autocontenersi, ritrovarsi *sempre più persona e sempre più terapeuta*.

EZIOPATOGENESI

Il tema dell'eziopatogenesi dell'autismo ha riempito moltissime pagine delle riviste specializzate e non, ma la diatriba tra biologi e psicologi ancora non è sopita, anche se attualmente prevale l'idea di una causa neurologica, forse non specifica, ma con concomitanti di vario genere e natura.

Rifacendoci all'idea che l'autismo è la conseguenza di un blocco dello sviluppo psichico, abbiamo però sottolineato che questo è sicuramente primitivo: intrauterino o relativo ai primi momenti dopo la nascita.

Questa osservazione è incontrovertibile, proprio perché questi bambini presentano una struttura dell' Io non ancora formata o definita e, di conseguenza, possiamo affermare che la sindrome ha inizio quando i processi neurologici (per es. mielinizzazione) e quelli psichici (processi mentali primitivi) non sono ancora differenziati.

Dice il Prof. Pietro Pfanner, Direttore Scientifico dell'Istituto di Neuropsichiatria Infantile di Calambrone (Pisa): " l'isolamento di questi bambini non deriva da un difetto neurologico, ma psicologico: non hanno nessun interesse per il mondo, sono chiusi in una torre d'avorio che riempiono con comportamenti ossessivi e ripetitivi".

Queste parole sembrano l'epitaffio che scrive ogni ricercatore perché anche quando si tengano in conto le esplorazioni sulla genetica, le neuroscienze, le scienze cognitive, le prospettive aperte dalla teoria della mente, al tirare le conclusioni resta sempre uno spazio, uno *jato*, una eterogeneità che si leggono in quegli occhi che scrutano ... al di là del mondo, oltre noi stessi.

Le dimensioni epidemiologiche sull'autismo, che tengono conto del

✍ livello eziologico = la questione della causa, del perché;

✍ livello patogenetico = il come;

✍ l'espressione fenomenologica = le manifestazioni cliniche,

ci aiuteranno a capire meglio aspetti di questa "malattia misteriosa" che però resta pur sempre una sindrome cioè un insieme di segni, che nulla dicono sul funzionamento psico-mentale soggiacente.

Dobbiamo chiederci se questo bisogno di cercare la lesione invisibile, l'anello mancante nella catena della causalità, la moltiplicazione degli studi epidemiologici che ci sommano quadri su quadri, non sia giustificato solo da una *manca*, da una soluzione di continuità tra organismo e soggetto.

L'autismo sembra imporre il quesito che riguarda *la nascita del soggetto* e porta a porci delle domande sul *soggettivo*, più in là del *vivente* e delle leggi che regolano l'organismo, il corpo.

Con Lacan diciamo che *il soggetto sorge dal vivente per opera del linguaggio* e questo ci fa ammettere l'antiorità dell' Altro che precede il soggetto come *Altro primordiale*.

Ci chiediamo come l'irruzione del linguaggio (parlato o non parlato) modifichi o addirittura abolisca la *nozione di vivente*, di organismo, di corpo e, in ultima analisi, ci permetta di sfuggire alla *coazione biologica*.

Il nostro lavoro, basato sulla psicologia dell'Io, fa leva su di una *teoria del soggetto* che implica una *teoria della relazione* che supera la specificità clinico-diagnostica ed anche la obbligatorietà imposta dalla corporeità. La nostra visione psico-neuro-biologica trae dal blocco autistico un modello pratico per studiare e capire la questione della nascita della soggettività ed i meccanismi che regolano il rapporto con il Sé e con gli Altri.

Le domande che sempre ci poniamo sono:

"Perché quando un bambino autistico soffre nel suo organismo di una alterazione dovrebbe rinunciare al suo destino pulsionale, al suo mondo simbolico (perché umano), alla sua singolarità, al suo diritto ad autovalorizzarsi e a crescere?"

"Perché il fascino che esercita la realtà deficitaria o la causalità organica devono porre in pericolo l'essenza stessa della sua vita, dei suoi desideri, del suo bisogno dell'altro, della spinta a trovare e ad essere se stesso?"

In questa ottica, il bambino autistico propone l'ipotesi di una catastrofe iniziale che ha impedito la *nascita soggettiva*; l'obiettivo terapeutico deve puntare sul *recupero della soggettività*.

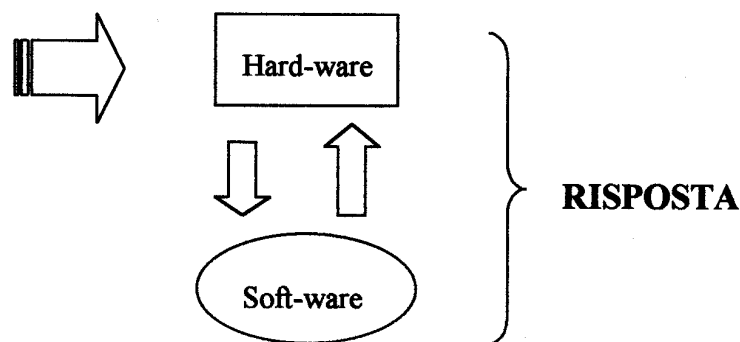
Si tratta di supporre la presenza di un soggetto che ha qualcosa da dirci (perché, come dice Lacan, sicuramente ha qualcosa da dirci); fare terapia è imparare ad ascoltare quello che hanno da dirci e poi ... anche noi abbiamo qualcosa da dire loro!

Con Fellini che in "*La voce della luna*" riferisce: "... forse se riuscissimo ad ascoltarla" ... noi possiamo dire "... forse se riuscissimo ad ascoltare questi ... *bambini luna!!*"

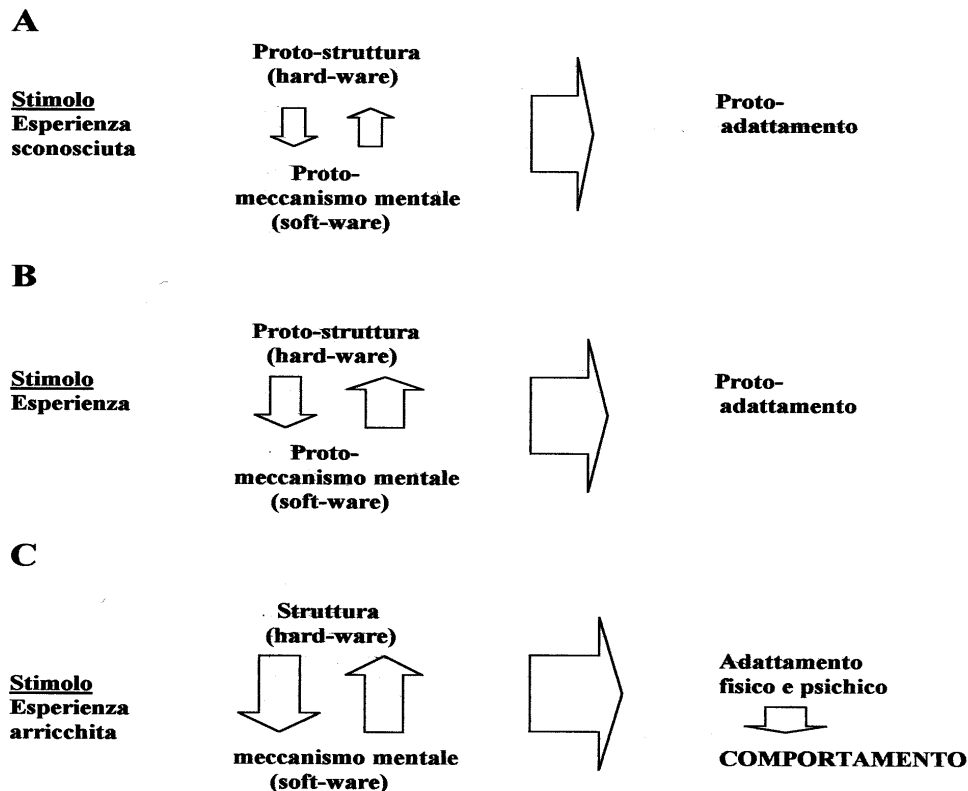
Tornando alle nostre considerazioni psico-neuro-biologiche, abbiamo creato un modello capace di giustificare il blocco dello sviluppo psico-mentale o quella "particolare modalità di funzionamento psichico" tanto caratteristici dell'autismo. Possiamo pensare che la risposta all'imput sensoriale e all'esperienza, di qualsiasi tipo, tenga conto di due modelli di funzionalità.

Il primo nel quale le *esperienze percettive risultano sconosciute* e mettono in atto un sistema di controllo e di adattamento.

In questa prima fase, l'imput attiva e modifica la struttura (rete neuronale hardware) che mette in gioco un sistema di elaborazione-risposta (software) che, a sua volta, agisce retroattivamente sull'hardware modificandolo: la struttura riceve impulsi e quindi è modificata sia dall'imput sensoriale (esperienza), sia dallo stimolo proveniente dal software.



Si può pensare che le difficoltà precoci di un bambino autistico risiedano nel fatto che la struttura neuronale (hard-ware) risulti inadeguata ad assorbire e ad elaborare lo stimolo o, per altro lato, che il sistema proto-mentale (soft-ware) non generi un supporto sufficiente per adeguare l'hard-ware.



Ne consegue che il gradiente di *esperienze sconosciute* che il soggetto deve controllare (si trova sempre di fronte a stimoli nuovi) superi le capacità di contenimento della rete neuronale. A questo punto, il sistema si blocca e, invece di un *cambiamento mentale* (crescita) si genera, come dice Eva Gilberti (1994), una *catastrofe mentale*.

La metafora va letta come relazione tra *mente-cervello-cultura*. La perdita di "*cultura*", che incrementa le *esperienze sconosciute*, disarticola la mente che si sta formando producendo una vera catastrofe: automaticamente la natura interviene a destrutturare l'hard-ware, che non risulta efficace perché non supportato dai bisogni del soft-ware.

La problematica autistica si legge, quindi, come il frutto di una mente in sviluppo che si articola ad un livello di funzionamento molto più basso, più arcaico, più istintivo; oppure, come un hard-ware (struttura) che continua a funzionare rispondendo ad un soft-ware ormai fuori uso.

In questo ordine di idee, il comportamento rituale e ripetitivo, così come il bisogno di non cambiare i parametri esperienziali di riferimento che rappresentano "sintomi" caratteristici dell'autismo, non sono altro che l'obbligatorietà a non cambiare l'esperienza, nel tentativo di poter utilizzare l'hard-ware ed il soft-ware ormai inadeguati per nuove esperienze e per qualsiasi programma di crescita: il loro è un modo diverso di leggere la realtà e di verificarla.

Per questo i bambini autistici vivono il mondo come sconcertante e caotico e risulta tanto difficile capirli.

Sul tema è interessante la domanda che si pongono F.Barale e S.Ucelli di Nemi (1998): "... possiamo davvero pensare al disturbo nella costruzione di una teoria della mente come disturbo primario e nucleare e specifico dell'autismo? O non è più ragionevole pensarlo come un fenomeno complesso e dinamico, tributario da un lato dallo sviluppo neurologico, dall'altro da diversi piani evolutivi?"

E concludono: "... i problemi organici sono da considerare come il *primum movens* di una cascata di fenomeni di altro genere (cognitivi, affettivi, relazionali, dinamici, ...) che, a loro volta, retroagiscono, almeno in parte, sugli assetti neurofunzionali."

Ogni caso di autismo è particolare e, talvolta, si parla di una eziopatogenesi differente; se, invece, consideriamo quanto esposto, risulta evidente che ogni caso ha una fisionomia propria perché dipende dalla *struttura* (hard-ware), da un lato e da una elaborazione psico-mentale (soft-ware), che, di per sé, singolarmente, possono fare cambiare il quadro.

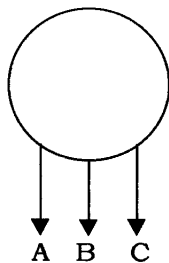
L'unificazione della varietà in una sindrome precisa deriva dall'applicazione clinico-terapeutica, in quanto, per tutte le forme neuro-psico-patologiche interfacciate con una *debolezza dell'Io*, possiamo attuare lo stesso modello terapeutico di "*integrazione emotivo-affettiva*", prescindendo dalle piccole o grandi differenze fenomenologiche.

La lettura dell'autismo basata sul riconoscimento di una problematica che relaziona l'hard-ware con il soft-ware, evidentemente toglie forza alla diatriba tra *psicologismo*, da un lato e *costituzionale-biologico*, dall'altro, proprio perché, riconoscendo il punto di partenza della "disabilità" in momenti primitivi (praticamente al momento della nascita o anche prima) risulta inutile separare *proto-sistemi* che, di per sé, non sono ancora per nulla differenziati, ma anzi strettamente interconnessi nel loro sviluppo.

Come dicono G. Lanzi e C.A. Zambrino: "... sarebbe un errore che l'ottica biologica fosse l'unica per arrivare a comprendere in modo globale e soddisfacente la complessa situazione del bambino autistico".

La nostra coincidenza con le idee di Barale e Ucelli non ci libera però dall'obbligo di analizzare cosa succeda, nei primi mesi di vita dei bambini, che saranno autistici, nel rapporto con i loro genitori.

L'ambiente familiare va letto come una struttura complessa che stimola e controlla le capacità reattivo-adattive di tutti i componenti, ognuno dei quali interferisce attraverso tre linee di reattività.



Reattività

A = strutturata sull'esperienza del gruppo e rispondente al clima ed all'atmosfera caratteristici e condivisi da tutti anche se determinati dalle disposizioni individuali.

B = a stimoli specifici originati dagli altri membri e che rispondono alla predisposizione soggettiva che è condizionata dagli input che suscita l'ambiente.

C = individuale, prevalentemente casuale poiché determinata da predisposizioni e da variazioni nell'ambito dello sviluppo.

È evidente quindi che eventi causali ed altri casuali determinano spinte lineari e non che formano un intreccio estremamente complesso di risposte adattive e reattive da parte di tutti i componenti il nucleo familiare.

Contesto e sviluppo sono le variabili che influenzano i rapporti tra l'organismo individuale e le dimensioni ecologico-sociali dell'ambiente e che devono rispettare una *inter-reattività sinergica*. Naturalmente, le componenti che influenzano il sistema non rispondono solo a modalità bidirezionali, ma anche a forze interattive di un processo globale. Di conseguenza, per analizzare la famiglia di un disabile, per quanto concerne le possibilità adattive e reattive, bisogna considerare in profondità ed in un contesto evolutivo, le implicazioni personali, interpersonali, intragruppali e sociali.

RELAZIONE BIMBO-MAMMA NELL'AUTISMO

La presenza di un bambino autistico crea una situazione complessa che è indubbiamente dominata dalla figura della madre, partecipata dal padre e dal terapeuta (parliamo di "terapeuta" considerando che la tappa prettamente medica è già stata superata).

La "mamma" scopre sempre un "quid normale di relazione" con il suo bebé che la porta a confrontarsi con la diagnosi e con la prognosi, entrambe negative; attiva, quindi un processo di *salvaguardia del bambino* nel quale:

??crede che con la sua presenza e con il suo amore, può risolvere il problema del figlio;

??ritiene di essere la sola capace di capirlo;

??il bimbo viene, per così dire, "rapito dal desiderio della madre"

??che lo introietta e comincia a funzionare da "nuovo recettacolo" per lui.

In questo modo il bambino è tolto al terapeuta

??sia quando il lavoro psicoterapeutico viene negato;

??sia quando la madre elogia troppo l'analista, preparandogli così una *vera trappola* perché entri nella sua onnipotenza (non fagocita solo il figlio, ma anche il suo terapeuta).

Se l'analista si rifiuta di entrare in questo gioco e, con sincerità, dice di non poter garantire il successo della "cura", in realtà si sta difendendo dai fantasmi aggressivi della madre che non sa come affrontare. Lei aveva già una pre-coscienza della realtà negativa che rifiutava di riconoscere, così l'espressione dubbiosa del terapeuta risulta inopportuna e porta alla rottura del rapporto terapeutico.

La relazione terapeutica resterà sempre in dubbio perché la madre, nel suo affanno controfobico di trovare sempre il meglio per il suo bambino, cercherà di interrompere l'intervento anche con il "pretesto" di miglioramenti ottenuti, ritenuti da lei insufficienti.

Non servono, in questo caso, appelli al padre o al medico di famiglia perché la madre è *la legge e la verità* alla quale tutti devono sottomettersi: *solamente lei sa cosa serve al suo bambino!*

La "quantità normale di relazione" che la mamma di un autistico ha con lui è una *quantità* di cui non è consapevole perché strutturale. Tutte le mamme vivono una specie di fobia, paura di non fare abbastanza per il loro "bambino" (per es., nella società industriale, l'ossessività dei genitori di dare ai figli, ciò che loro non hanno potuto avere). In questo modo, possiamo capire come faccia parte della *struttura di madre l'includere il figlio*; essere legge e verità non è dissimile dal fatto che la legge esiste in quanto tale, poiché è una *necessità*, ancor prima che una legge.

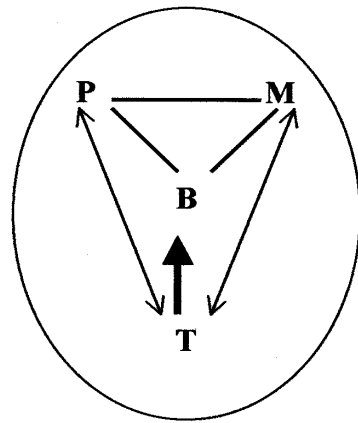
Questo spiega come una mamma di autistico non viva l'esperienza del peccato e quella dell'errore; il suo *desiderio incestuoso* non incontra un divieto perché non trova una legge che la renda cosciente di tale desiderio.

Il suo rapporto col bambino resta pertanto regolato da una *legge che è duale e*, quindi, narcisistica, nel senso che ciò che quella madre è capace di produrre nella *relazione d'oggetto*, viene catturato da una logica che è sempre legata ad una soddisfazione personale.

È un errore consigliare una terapia psicologica alla madre di un bambino autistico che si dimostra fragile, perché lei ha bisogno del *terapeuta del figlio* su cui scaricare le sue tensioni depressive.

Il padre, di solito, non interviene perché teme di peggiorare la situazione della moglie così che, trincerandosi dietro di lei, dice più o meno "...arrangiatevi voi; questo non è problema mio ..."

In una situazione di questo genere, il segreto del successo sta nello stabilire una specie di *relazione gruppele bimbo-madre-padre-terapeuta* nella quale ognuno è spinto e autorizzato a portare i propri problemi: la conduzione della terapia deve ricevere il messaggio sia del bambino, che quello dei genitori.



Si stabilisce, in questo modo, uno "spazio" nel quale si può condurre una *terapia del figlio* che diventa così *soggetto* o non più *oggetto fobico della madre*.

Spesso, in tale situazione, il padre porta le sue problematiche, ma mai metterà a repentaglio la terapia, proprio perché in essa, seguendo i consigli e le indicazioni del terapeuta, trova un suo "ruolo" finalmente soddisfacente.

Sembrerebbe quindi che una "buona terapia" per il bambino autistico passi attraverso la sua accettazione da parte della madre che, trovando una propria collocazione, può supportare la relazione terapeuta-bambino.

In questo modello si riassumono diverse situazioni concomitanti:

- ☞ la madre che accetta la "diversità" e la disabilità psichica del proprio bambino;
- ☞ il terapeuta che predispone una terapia che crei anche uno spazio dialogico con i genitori;
- ☞ il recupero della funzione del padre che, in un primo momento, risulta auto-estromesso;
- ☞ l'accettazione della terapia che si trasforma in momento fondamentale per la continuazione dell'intervento riabilitativo sul bambino.

Queste considerazioni portano a far vedere come l'accettazione della terapia da parte della madre diventa il "punto nodale", proprio perché in questo modo lei

può accettare di lasciare al terapeuta le parti "malate" del figlio e, così, risolvere la ferita narcisistica che l'ha sempre tormentata e, finalmente, lasciar "nascere" il proprio bebé, al quale potrà dedicarsi non più come "terapeuta onnipotente", ma come madre affettuosa e premurosa.

Anche il terapeuta potrà tornare a vivere completamente il proprio ruolo, senza dover pensare a difendersi dagli attacchi dei genitori e, quindi, si potranno definitivamente mettere in moto quelle dinamiche (transfert-controtransfert) che porteranno alla strutturazione di una "buona relazione psichica" e ad una "buona terapia".

Come corollario, leggiamo anche l'importanza che la "terapia" passi nelle mani di uno specialista, in modo che il bambino possa trovare i canali giusti per crearsi quel **OK** che tanto abbisogna per poter accettare le proprie spinte a crescere, liberandosi di tutti i tabù legati alle "primitive" pulsioni pantoclastiche.

Possiamo sottolineare anche che le dinamiche gruppali, appena considerate, riguardano la necessità di trovare un "giusto equilibrio" nel coinvolgimento degli "attori" per poter eliminare quelle causanti di "colpevolizzazione" che, di volta in volta, vengono proiettate sulla madre, sul terapeuta o sul piccolo paziente.

Chiariti questi concetti, possiamo analizzare, anche sotto il profilo "qualitativo", il modello terapeutico proposto. È importante riuscire a creare uno "spazio interpersonale" nel quale ognuno dei partecipanti (bambino-madre-padre-terapeuta) possa trovare il proprio "*confine psico-fisico*", le proprie distanze utili per farsi ascoltare e per poter ascoltare gli altri.

Queste procedure di "linguaggio" portano a dar valore a ciascuno come "entità mentale autonoma", in modo che anche il bambino possa trovare quel riconoscimento del proprio "stato mentale", presupposto per un proficuo *rispecchiamento*, per una "sintonizzazione emotivo-affettiva" e, finalmente, per un valido sviluppo delle sue capacità metacognitive.

Il bambino autistico, con la sua mancanza di sviluppo ioico, non riesce a superare le fantasie abbandoniche e di morte, così non potrà mai "obbligare" la madre a strutturare, fuori di lui, i propri desideri di perfezione e di intelligenza.

Si è abituata ad accoglierlo come "mancante" (disabile, handicappato); è importante che lo riconosca nelle sue potenzialità, nel suo diritto a realizzarsi e a individualizzarsi, rispettando così non la "mancanza", ma il suo essere come é.

Sottoliniamo nuovamente che è necessario evitare la conclusione semplicistica di mandare in terapia la madre; al contrario, bisogna aiutare il bambino a cercare la sua storia, il suo linguaggio, i suoi desideri, la sua volontà di crescere e di autovalorizzarsi, la sua decisione di affrontare con serenità i suoi deficit che, solo alla fine della terapia, potranno essere veramente valutati.

In quanto alla madre, quando il figlio sarà recuperato, se lei avrà bisogno di aiuto sarà un altro problema, nel quale, però, il figlio non sarà né la causa, né la forza determinante.

AUTISMO E SCUOLA

Il tema, per essere meglio affrontato, deve essere diviso in due parti che, naturalmente, si intrinsecano, si condizionano, essendo complementari.

In primo luogo guardiamo il soggetto autistico. Questo bambino, pur avendo tutti i suoi problemi profondi, nel primo impatto con la scuola, deve affrontare la relazione tra questa ed i suoi disturbi comportamentali.

La scuola non é preparata per queste problematiche ed, inoltre, non è neppure in grado di gestirle, proprio perché non ha funzioni contenitivo-terapeutiche, bensì

formativo-educative; si deve quindi adattare ad una situazione alla quale non è adeguata, ma che assume con serietà per adempiere al mandato di "forgiare persone".

Purtroppo, il bambino autistico nell'ambiente scolastico tende ad isolarsi ed a cercare quel famoso "angolo di salvezza" che lo faccia sentire sicuro e calmi le sue tensioni emotive, caricate di ansia, di angoscia e anche di terrore.

Di fronte a questo quadro, sembrerebbe che non ci sia altro da fare che strutturare interventi contenitivi, ma, al contrario, l'esperienza ci ha portato ad attuare modelli operativi efficaci e positivi. Si tratta di incanalare l'approccio con l'autistico verso una terapia specifica che permetta poi una integrazione di intenti tra insegnante e gruppo terapeutico.

La legge italiana che ha dato a tutti i bambini il diritto di frequentare la scuola dell'obbligo, prescindendo dalle loro potenzialità di base, deve essere riconosciuta come positiva e stimolante per raggiungere gli obiettivi, attraverso modelli innovativi e creativi. Le necessità di ricevere un supporto preciso dallo psichiatra o dallo psicologo che seguono l'autistico è dunque la scelta assolutamente necessaria poiché devono essere verificati:

- a) la tipologia autistica;
- b) il livello di regressione,
- c) le modalità di approccio possibile;
- d) i tempi di tenuta;
- e) l'operatività possibile e/o consigliabile.

Queste osservazioni devono permettere alla maestra di sostegno di:

- ~~///~~ strutturare un rapporto interpersonale sufficientemente valido;
- ~~///~~ organizzare momenti di lavoro ed altri di recupero adeguati alla tenuta;
- ~~///~~ modulare la partecipazione dell'autistico in attività comuni (per es. educazione motoria ed artistica);
- ~~///~~ predisporre un programma personalizzato che tenga conto delle problematiche psico-affettive, cognitive e relazionali.

All'inizio dell'intervento è fondamentale la collaborazione tra gli operatori della scuola e quelli della terapia, sia per non vanificare gli sforzi (sempre molto gravosi), che per portare il bambino ad uno sviluppo psicomentale coerente e consono alle possibilità/potenzialità.

Va sottolineato che il rapporto insegnante-bambino autistico, non è sempre uguale, dal momento che variano:

- ~~///~~ il tipo di autismo (sindrome autistica; autismo ipercinetico; psicosi simbiotica);
- ~~///~~ il "grado" del "disturbo" poiché il blocco dello sviluppo psichico si può verificare a diversi livelli.

Si deduce, quindi, che una "buona" insegnante può fare riprendere il "cammino dello sviluppo" (quando il grado di disturbo non sia grave) utilizzando:

- a) le personali capacità di fare sviluppare processi di identificazione e di stabilire un "buon vincolo" (potersi fidare);
- b) la particolare situazione relazionale che si è instaurata tra il bambino e l'istituzione che, se da una lato fa pressione come restrizione e controllo, per altro, si pone come stimolo all'emancipazione, all'individualizzazione, alla conquista di libertà e, quindi, alla "soggettivizzazione".

Visto in questa ottica, l'inserimento di un bambino autistico nella scuola è sicuramente il risultato dell'intervento di quattro elementi:
il bambino - l'istituzione - l'insegnante - la madre dell'alunno.
Ognuna di queste "realità" ha caratteristiche proprie che interagiscono tra loro determinando un complesso di intrecci causali e anche casuali. Possiamo anche cercare di semplificare l'esame di queste correlazioni considerando:

AUTISMO: INSERIMENTO nella SCUOLA DELL'OBBLIGO

Bambino	Istituzione	Insegnante	Madre
<i>A= fattori facilitanti, adattivi e di sostegno</i>			
Struttura rigida dell'autismo (isolamento). Forti capacità di sopportazione. Abitudine ad essere sottomesso e ad ubbidire ai genitori.	Regole	Desiderio di cimentarsi Esperienza professionale	Sicurezza di sapere ciò che è meglio per il proprio figlio. Grande capacità di sopportazione. Notevole determinazione.
<i>B- fattori di debolezza, negativi</i>			
Poca flessibilità. Facile reattività aggressiva. Autolesionismo. Incontinenza emotiva e incapacità di frenare gli impulsi libidici.	Scarsa capacità di adattamento. Impossibilità a sopportare disturbi e disordine.	Pericolo della frustrazione di fronte alle difficoltà del caso ed alle aggressioni. Sentirsi sola nell'affrontare il problema. Sensazione di non essere preparata e supportata.	Timore di sbagliare. Paura che il figlio si dimostri eccessivamente disturbante. Timore che la scuola possa provocare danno al figlio. Paura che l'insegnante non ne sappia quanto lei
<i>C- fattori facilitanti</i>			
Terapia individuale che affronta il problema dei comportamenti.	Organizzazione di interventi terapeutici personalizzati.	Sostegno dei terapeuti. Programmazione precisa e concordata Sistemi di controllo che danno fiducia	Sostegno attraverso la terapia del figlio. Accettazione sia della terapia che dei metodi educativi. Recupero della figura del padre come sostegno
<i>D - prospettive</i>			
Miglior inserimento e partecipazione nella relazione con i compagni. Inizio di programmi educativo-formativi.	Controllo delle dinamiche disturbanti. Recupero psicosociale, anche parziale, del bambino.	Soddisfazione per i risultati ottenuti. Programmazione più puntuale.	Soddisfazione per il buon inserimento del figlio. Riconoscimento dei miglioramenti del comportamento e della socializzazione.

Da queste osservazioni si evidenzia che il problema dell'inserimento scolastico di un bambino autistico grava sulle figure dell'insegnante e della madre.

L' INSEGNANTE deve:

~~de~~ affrontare la debolezza dell'Io dell'alunno che lo porta a reazioni decisamente disturbanti e, soprattutto, ad impossibilità adattive;

- ✂️ impegnarsi a sviluppare le risorse psico-affettive, se vuole prospettare un recupero anche delle capacità cognitive;
- ✂️ strutturare un programma non strettamente didattico, perché indirizzato primariamente a:
 1. stabilire una buona relazione interpersonale e superare l'anestesia affettiva;
 2. controllare l'atteggiamento pantoclastico profondo e contenere le ansie e le angosce;
 3. sviluppare un valido senso di sé e l'accettazione delle possibilità e potenzialità personali come valori (sviluppo affettivo);
 4. affrontare limitazioni motorie;
 5. portare l'autistico a vivere nella reciprocità (primo passo per l'inserimento in gruppi di coetanei);
 6. stabilire un rapporto attraverso il quale poter essere costantemente di stimolo ad agire (la **noia** è la situazione più negativa; riprendere, dopo una pausa, è sempre difficile);
 7. valutare i risultati e, quindi, cominciare a programmare un intervento educativo, tenendo conto della scarsa tenuta, della necessità di tenere viva l'attenzione e, soprattutto, ... non lasciarsi scoraggiare dalle necessità di comportamenti controfobici.

I problemi per l'insegnante derivano senza dubbio, dalle difficoltà di "leggere le informazioni" che il bambino manda consciamente e/o inconsciamente, soprattutto, perché spesso queste sono contraddittorie (vedi il caso delle espressioni affettive controfobiche e nella relazione triangolare con la madre). Questo aspetto, però, deve essere affrontato con il terapeuta del piccolo, che funge da supporto anche in altre situazioni che sempre insorgono, per es., il tentativo della madre di introiettare la maestra insieme al bambino (come aveva già cercato di fare con lo stesso terapeuta).

Molto importante è anche il rapporto tra l'insegnante e l'Istituzione che deve dare un valido supporto per evitare situazioni che possono portare al "burn out". La necessità di prolungare la permanenza dell'alunno autistico nella scuola primaria è sempre un motivo di discussione perché le insegnanti sono generalmente restie a prolungare "momenti di disagio" che il piccolo genera nella classe e la direzione tende a vedere come poco significativi i miglioramenti (soprattutto se analizzati solo sul piano educativo). Infatti, spesso, così come accade nella famiglia, nella scuola si tende a considerare "peggioramenti" le iniziative del piccolo che, uscendo dal suo stato "autistico", tende a prendere iniziative.

Un altro fattore negativo è rappresentato dal recupero del linguaggio; disabilità che è per tutti difficile da accettare e da affrontare. Questo tema ripropone quello della *diagnosi precoce*: se il bambino potesse entrare in terapia a 2-3 anni, evidentemente, arriverebbe all'età scolare in condizioni sicuramente più idonee per promuovere la crescita educativo-formativa e linguistico-razionale. Si potrebbe prospettare l'idea di un *certificato di idoneità e di normale sviluppo psico-mentale* rilasciato dal pediatra di famiglia appunto intorno ai 3 anni; si avrebbe il tempo di iniziare un trattamento psicologico che favorirebbe un buon inserimento nella scuola dell'obbligo.

LA FIGURA DELLA MADRE risulta determinante nel rapporto con la scuola.

Sino ai sei anni ha cercato di fare "sempre di più" per il proprio figlio, scontrandosi, spesso, con coloro che non riconoscevano le difficoltà oppure la spingevano ad interventi terapeutici importanti.

Convinta di poter capire il figlio meglio di qualsiasi specialista, con caparbità e determinazione di dargli "il massimo", ha accompagnato il bambino fino alla scuola, pronta ad affrontare le nuove difficoltà.

L'incontro con la scuola può essere letto come la "*metafora della legge*"; il piccolo autistico si trova di fronte alle norme, a dover rispettare regole di comportamento, tempi, spazi, relazioni. La metafora include anche la madre che, sino a questo momento ha "coccolato" il proprio figlio, difendendolo da ogni "pericolo", sopportando ogni sua stravaganza e i suoi deficit, ipervalorizzando gli atteggiamenti affettuosi a lei riferiti.

L'inserimento scolastico è motivo di tensione e di angoscia e si chiede:

- ~~///~~ fino a che punto saranno sopportati gli errori comportamentali?
- ~~///~~ il nuovo ambiente non risulterà pregiudizievole al piccolo?

Fin da quando era stata fatta la diagnosi di autismo la mamma si è prodigata per trovare il meglio per il figlio; ha lottato contro tutti, quando veniva aggredito da un ambiente o da una società insensibili o incapaci di sopportare le "stravaganze o le urla di un bambino"; non ha mai avuto difficoltà per capirlo, per comprendere le sue "sfumature di pensiero", i suoi "accenni di linguaggio".

Il piccolo l'ha sempre ripagata con abbracci (non sapeva fossero "*affettuosità controfobiche*"); non si è mai ribellato a lei ed anzi, chiuso in casa, non ha mai disturbato; si è sempre dimostrato ubbidiente se le sue richieste venivano soddisfatte!

Si comprende, quindi, come l'ingresso a scuola, crei un inconsolabile distacco, sorgano i dubbi perché ormai il piccolo resta solo a difendersi, deve ... *adattarsi*, mentre prima era lei ad adattarsi!

La mamma ritorna a vivere momenti di dubbio su cosa sia meglio fare per lui, vive sensazioni di sfiducia, cerca di riprendere in mano la situazione proponendo una ... "educazione condivisa" con la insegnante. Cerca modelli educativi e li propone alla scuola e le sembra ancora di fare troppo poco.

Il suo fare rappresenta il tentativo di inglobare in sé tutto ciò che riguarda il piccolo: solo nel suo "seno" lo sente difeso e protetto.

Il temere che la scuola possa fargli del male significa solo proiettare fuori di sé la paura di non essere sufficientemente in grado di fare quello che ... "bisogna fare", tanto che nulla la soddisfa veramente; si retroalimenta una spirale pernicioso che non apporta nulla sul piano pratico, ma accresce le sue ansie profonde.

Proprio per liberarsi da queste ansie anche questa mamma, come del resto tutte le altre che hanno figli nella scuola, devono trovare nel padre quell'aiuto che è funzione di stimolo per la crescita e per lo sviluppo dell'individuo e della persona. In questo modo la scuola, la famiglia e l'ambito terapeutico si uniscono per dare al piccolo autistico un ambito coerente, comprensibile, paritetico e rassicurante nel quale poter trovare un proprio spazio mentale per sviluppare i propri impulsi, la propria volontà ed anche quelle funzioni psico-mentali e psico-relazionali che sono alla base dell' **essere**.

Nei confronti del bambino autistico, la scuola si pone come nodo sociale, vale a dire come punto di incontro fondamentale che pone di fronte ad una realtà che, in un modo o in un altro, produrrà una trasformazione.

Oggi, nella scuola, questi bambini "particolari" entrano per esser "capiti e non studiati", per essere "aiutati e non irreggimentati".

Purtroppo spesso arrivano ancora senza aver cominciato una terapia adeguata, strutturata sulla persona e mirata sul recupero e sullo sviluppo delle funzioni dell'Io, basata sulla relazione, sulla crescita dell'autostima e sulla integrazione emotivo-affettiva.

La collaborazione stretta tra docenti e terapeuti si sta evidenziando come momento decisivo per il recupero e per il reinserimento sociale, ma ancora molto cammino bisogna fare prima di poter essere soddisfatti dei risultati e, soprattutto, sicuri di aver fatto tutto il possibile per questi ragazzi che, visti i risultati, sono recuperabili.

Un altro aspetto è la partecipazione dei famigliari, ma è certo che anche loro, per il miglior esito degli sforzi in favore dei loro figli, devono condividere tutte le tappe dei vari interventi con serenità, con tranquillità, con la certezza ... di essere in buone mani.

La scuola è "punto nodale" e "nodo sociale" nel quale è strutturata una particolare "relazione psichica" che dà valore e importanza al "processo relazionale" per strutturare un "momento educativo e formativo".

In questo modo la funzione della scuola porta alla necessità di creare "persone", sviluppare individui e far crescere personalità; tutto ciò si può raggiungere a patto che si dia significato alla "relazione con l'altro". Gli "avvenimenti psichici" restano sempre incompleti se non si integrano al cospetto dell'altro, con la partecipazione dell'altro.

Questo è ciò che si evidenzia come "sviluppo affettivo", "crescita delle dinamiche emotivo-affettive" e, così, si comprende come non possa esserci sviluppo cognitivo e razionale, se prima non si sono sviluppate le valenze affettive.

La complessità della mente si evidenzia come integrazione delle spinte emotive, con quelle affettive e cognitive. Come la personalità si sviluppa in modo circolare o a spirale, così anche l'intelligenza risponde ad uno sviluppo in spirale, secondo un modello che non è fatto a strati successivi, ma integrato ed integrante.

Il blocco psico-mentale, caratteristico dell'autismo, si può leggere come risultato di un meccanismo inceppato per il quale emotività, affettività e capacità cognitive non riescono più a integrarsi: il compito degli educatori è quello di rimettere in marcia questa "spirale" su di un piano che richiede la partecipazione coordinata della famiglia, della scuola, del gruppo terapeutico e dell'ambiente sociale.

Si tratta di:

- /// recuperare una "cultura" intesa come apertura, accettazione e sviluppo;
- /// rompere le catene della colpevolizzazione, dell'emarginazione e della ristrettezza mentale;
- /// ristabilire la fiducia e la possibilità di credere che la "tragicità" di un evento che tende a cronicizzarsi può essere superata solo attraverso una stretta e precisa integrazione operativa.

Collaborazione non significa "rubarsi il bambino", ma trovare con lui, attorno a lui e per lui una capacità di dialogo e di comprensione reciproca.

In questi termini sembra di parlare di una società nuova, ma forse è proprio questo che ci dice il silenzio e l'isolamento di un bambino autistico ... "portatemi in una società dove valga la pena di vivere" !!

ASPETTI STRUTTURALI DELLA TERAPIA DELL'AUTISMO

La terapia dell'autismo, per molto tempo, ha costituito un problema per la validità della metodica, le problematiche sottese alla sindrome, le difficoltà nell'approccio, le sensazioni di impossibilità e di inadeguatezza, oggi, però, la questione si è trasformata in *dilemma* che viene posto per demonizzare o divinizzare, per provocare una risposta che può risultare credibile o fantasiosa.

Questi aspetti hanno anche apparentemente distrutto la possibilità di imparare dall'autismo ("... forse hanno dato più gli autistici alla scienza che viceversa"), ma fortunatamente ci sono altre tematiche che spingono avanti le ricerche sull'uomo-autistico, sulla persona e che inglobano l'ampio spettro del dolore.

Di fronte ad un bambino autistico, iquasi sempre, restiamo colpiti dal "terrore", dalla violenza dell'angoscia che dimostra e poi ... chi può restare insensibile al dolore di una madre che sa che in tutta la vita non potrà entrare in quella "...forzezza", non potrà capire il linguaggio, ciò che le vuole comunicare suo figlio??

Queste considerazioni sul dolore ci hanno spinti a metterci al centro del problema, guardando dal cuore di questi ragazzi, una realtà indecifrabile ed una relazione angosciante.

Giorno dopo giorno, sorriso dopo sorriso, abbiamo scoperto le carte con le quali poter giocare una ...partita che ormai non ci sembra più persa senza rimedio, ma, al contrario, ci dà la soddisfazione di affermare che ... si può provare!

Proprio dalla condivisione del dolore e dall'esperienza clinica (come, a suo tempo, fece Freud che fermamente credeva nella scientificità della sua metodica), è cominciata l'avventura terapeutica dell'E.I.T.-Terapia di Integrazione Emotivo-affettiva.

Basata su validi schemi di funzionamento psichico, rispettosa di una teoria della mente, attenta alla fenomenologia clinica e, soprattutto, intesa come sinonimo di recupero e di reinserimento relazionale e sociale, l' E.I.T. è un trattamento rispettoso della persona. Anzi, trova nel soggetto la giustificazione della propria validità perché, attraverso l'unicità e l'irrimediabile individualità, aiuta a scoprire un senso universale della vita, il valore intrinseco dell'esistenza.

Basi relazionali, contenuti emotivi, spinte affettive sono le carte vincenti per avvicinarsi al cosiddetto "mistero dell'autismo", non con spirito di "fede", ma con una certezza scientifica basata sui risultati che completano l'immagine di un "puzzle" - cervello-psiche-mente- che abbiamo aperto (scatola da 50.000 pezzi) il giorno in cui il primo bambino autistico, spinto da una madre che voleva continuare a credere, è entrato nel nostro setting della speranza, in cui conoscenza ed esperienza sono state integrate dalla voglia di fare, dalla buona volontà e dalla disponibilità di tutti i suoi componenti.

Scopo di questo lavoro

è presentare un modello che seguiamo ormai da molti anni e che ha dato ottimi risultati, anche se non possiamo certo dire di aver risolto il problema.

Quando parliamo delle difficoltà di affrontare l'autismo, ci riferiamo a quelle che riguardano la tecnica, che deve tenere conto di meccanismi mentali primitivi dei quali dobbiamo scoprire ancora ... tutto (basti leggere quanto scritto nelle prime pagine) e le relazioni incrociate che si vanno formando e che si modificano continuamente, sotto la spinta di pulsioni, di fantasmi, di problematiche esistenziali relative al transfert ed al controtransfert.

Il terapeuta, quando si trova di fronte ad un bambino autistico, deve valutare diverse situazioni particolaridi.

- ✂ Abbiamo già sottolineato i rifiuti o le esaltazioni della madre e dei conseguenti timori del terapeuta di fronte al tentativo di essere fagocitato insieme al piccolo paziente.
- ✂ L'analista non può affrontare il problema dell'insuccesso se non si pone in discussione; solo deviando il controtransfert su di sé può comprendere il bambino autistico.
- ✂ L'analista donna è intrappolata dalla "rete materna"; non potendo avere fiducia nelle capacità del suo piccolo paziente, le resta solo la possibilità di dimostrare che non c'è nessuno capace di affrontare la situazione meglio di lei.
- ✂ Le difficoltà a pensare positivamente la regressione diventa anche la difesa verso la stessa; per questo il "sapere" viene quasi rifiutato in favore dell'essere lo spazio vuoto dove l'autistico può trovare se stesso.
- ✂ Di fronte alle ansie regressive, non riusciamo a ricordare, non troviamo armonicità e una precisa processualità nei passaggi, nelle strutturazioni nodali.
- ✂ Tendiamo a rinunciare ad essere terapeuti per investire la madre di questo ruolo, accettando così la "regressione" nella sua capacità di inglobare (introiettare) il bambino, di farlo tornare nell'utero.

L' E.I.T. parte dalla necessità di creare un *interlocutore* che fondi la propria professionalità su una *teoria della relazione*, ribaltando così l'ottica tipica dei modelli riabilitativi che si dimostrano, per lo più, di tipo *protetico*. Non si tratta di immettere spunti di relazionalità in tecniche cognitive codificate, ma di articolare una complessa e fondante teoria della relazione, per finalizzarla a contestualizzare strategie di riabilitazione relazionale.

Attraverso questo approccio, il terapeuta dell'autistico assume un *ruolo speculare strutturante* e non una "... minuzia di cosa, che è un condizionamento senza potenzialità", come dice A. Guareschi.

La formazione di *ponti cognitivi*, sui quali il bambino potrà appoggiarsi, si avrà solo susseguentemente allo sviluppo di rispecchiamenti positivi, cioè dopo il recupero di rappresentazioni mentali condivise, non necessariamente codificabili (differenza tra rappresentazione di cosa e rappresentazione di parola).

L'operatore, nel nostro modello, ha da seguire una prima indicazione che lo porta in una *posizione terza* che è riconoscibile solo in una *relazione fortemente immaginaria*, quindi duale, quindi narcisistica.

Si introduce, nella relazione, un livello prevalentemente duale, perché possa essere vissuta la *filigrana terza* che la accompagna, la "buona moneta", la *buona relazione*: la *filigrana* accompagna lui, è in lui, si presenta, accompagna e si produce nella relazione.

La *buona relazione* è fatta di calore, di iniziativa, di metonimia, ossia di far sempre muovere il *discorso*, e, al centro, il terapeuta resta *filigrana*: metafora di questa incessante metonimia. Dopo che un incontro si conclude, la sua *posizione metaforica* viene ricordata come calore, interesse, presenza piacevole, anche se, a seduta conclusa, *Lui manca*. Nel momento in cui manca, *la filigrana* è presente, si è dato un triangolo nel quale lui è contemporaneamente *simile, compagno, alter*

ego nel quale il paziente si rispecchia anche se mancante proprio perché è ormai *filigrana* e può essere ricordato come **rappresentazione** e non come presenza materiale (*una piccola paziente Down con sintomi autistici, un anno dopo aver terminato la terapia, vedendo in un negozio dei cerchi simili a quelli usati nel setting, si è messa a nominare il terapeuta*).

Parliamo di "buona relazione" per fare della "buona terapia", ma, per questa, abbiamo prospettato un modello per il quale si cerca uno spazio terapeutico nel quale si struttura una relazione con il bambino che prevedere spazi anche per i genitori.

In questo ambito, parliamo anche di "**qualità**" e non solo di quantità, proprio perché si tengono in conto i diversi *spazi mentali* dei partecipanti. Nella "calda" relazione con il terapeuta, mano a mano che si crea uno *spazio mentale per il bambino* questo deve essere riconosciuto e omologato dai genitori, perché possa essere difeso dal momento che, in questa atmosfera, ognuno dei partecipanti acquista il suo *ruolo*. Questo, per il piccolo autistico, non si fonda più nella *mancanza*, ma, al contrario, acquista una dimensione relazionale.

Con questo riconoscimento, la famiglia perde il carattere regressivo di scrigno dove custodire la disabilità (che era vissuta come in pericolo) e acquista il suo vero significato partecipativo e di condivisibilità.

Se la terapia deve mirare a "creare uno spazio mentale" per il bambino, il filo conduttore del lavoro si dispiega su molteplici livelli che concernono i vari scenari e la fenomenologia dell'autismo stesso.

Il "filo" deve cogliere, attraverso la comprensione della sintomatologia, la finalità di legame al sociale contenuto in essa.

Va sottolineato che, nell'autismo, sia il filo conduttore che la fenomenologia si sottraggono ad un senso per l'osservatore esterno, anche se partecipa, (parliamo di "comportamenti bizzarri") perché non si sviluppano nel registro immaginario: l'autistico si mantiene in un ambito solipsistico e personalistico.

Scopo ed essenza della terapia sarà, dunque, quello di riuscire a suscitare dell'immaginario partendo dagli unici registri di relazione, il reale ed il simbolico, che sono presenti nell'autistico.

Dare uno "spazio mentale" al bambino dipende dal riuscire a creare un "*nodo*" tra questi registri.

Il nodo è lo stesso terapeuta che "presta" il suo stato mentale; per questo propone esercizi come lo scambio dei cuscini, il raccoglimento sotto i veli, l'agitare dei bastoni con i quali il simbolico traduce ed immette nell'immaginario proprio attraverso la forza della relazione.

In questi esercizi, poi, lo spazio psico-corporeo, modificato costantemente e ricostruito con l'aiuto degli oggetti transazionali (per es. bastoni che accarezzano e che danno senso alle distanze), struttura i presupposti di una dilatazione ed una restrizione della coscienza che anticipano, nell'immaginario, la validità del proprio stato mentale e la scoperta di una effettiva metonimia.

In questo modo si è creato un "nodo-scambio" o un "nodo di scambio" dove si produce una sorta di "crisi" per la quale il bambino mette i suoi oggetti persecutori nello spazio mentale "prestatogli" dal terapeuta, creando così un suo "vuoto mentale" nel quale però cominceranno ad albergare energie positive e ricostruttive. In questa ottica la terapia dell'autismo assurge ad un vero e proprio "rito iniziatico della rinascita".

Da questo "nodo-scambio simbolico", dove ha incontrato se stesso, l'autistico risponde a una relazione perché adesso ha un posto ed un proprio stato mentale.

Il terapeuta, nell'ambito della "povertà autistica", se può utilizzare le sue emozioni per approfondire il sapere, spostando su di sé il contro-transfert e utilizzando la sua consapevolezza empatica, offrirà al suo piccolo paziente un particolare aiuto per ritrovare, attraverso la relazione, il mondo immaginario.

In questo modo, riempirà il vuoto autistico, producendo una identificazione tra *persona* e *individuo*, assimilando nell'unicità e nell'irrepetibilità (insiti nell'idea di individuo) anche le idiosincrasie, le balordaggini, le fisime, le espressioni immotivate, le obbligazioni e le difficoltà mnesiche ed attentive.

Questo riconoscimento del valore della persona, al di là di concettualizzazioni etiche, diventa di grande importanza per il funzionamento della terapia dell'autismo. Tutto ciò che consideriamo personalistico o ideosincratico assurge a "istanza di realtà" a "espressione simbolica" che il paziente porta all'analisi come partecipazione personale per la creazione di quell'immaginario che da solo non sa raggiungere e che, al contrario, il terapeuta, nel suo compito di traduttore, può portare a livello di comprensione e di assimilabilità.

Ricordando il lavoro di Davide Lopez, sottolineiamo l'importanza della cosiddetta "controidentificazione proiettiva" che, come funzione altamente empatica, diventa una vera capacità del terapeuta che si pone come persona per un'altra persona.

Per Lopez, l'analista è, oltre che un contenitore, un filtro: "... *nell'analista maturo il rapporto conscio-preconscio è libero e fluente, proprio perché vi è un filtro, altamente selettivo che permette l'uso del pathos della distanza, così essenziale alla costruttività di tutti i rapporti umani, compresi quelli* "... con i piccoli pazienti autistici."

Vi sono aspetti positivi sia nel paziente che nel terapeuta, utilizzandoli entrambi possiamo strutturare quella "*esperienza emozionale correttiva*" che non sarà solo contenitiva, ma diventerà "*esperienza correttiva empatica*" capace di far sorgere quei valori percettivi, emotivi, affettivi, cognitivi e volitivi che faranno di lui una persona.

CONCLUSIONI

L' **E.I.T.** - Terapia di Integrazione Emotivo-affettiva - è un modello psicoterapeutico ad impronta psicodinamica, con partecipazione corporale e basato sulla relazione.

Nata per affrontare le problematiche psico-affettive di ragazzi disabili, è stata applicata all'autismo sulla base di osservazioni pratiche e, soprattutto, su considerazioni teoriche sulle relazioni tra le reazioni regressive e la psicologia dell'Io.

Si fonda su tre momenti -osservazione, intervento pratico, valutazione- che si ripetono durante il periodo della terapia. L'applicazione è grupppale, anche quando si lavora con un solo paziente, e si attua con il supporto della musica e di oggetti transizionali.

Il metodo E.I.T. conta sulla lettura "*dal di dentro*" delle problematiche psicomentali e sulla osservazione attenta che dà senso all'espressività spontanea ed alle reazioni intercorrenti nelle relazioni interpersonali e grupppali; ha permesso sviluppare un vero studio sulle psicodinamiche e sui processi mentali che caratterizzano l'autismo.

Il metodo è stato strutturato in due applicazioni -E.I.T. e ippoterapia- che, anche se non interdipendenti, debbono essere considerate in relazione per ottenere il miglior risultato. In questo senso l'ippoterapia è stata inserita nel metodo E.I.T.

sia per quanto riguarda la struttura teorica, che per l'applicazione pratica in quanto la relazione terapeuta-bimbo-cavallo è stata organizzata e osservata alla stregua di una "terapia gruppale", seguendo le indicazioni dell' E.I.T.

Si può anche dire che l' E.I.T. si presenta come una "relazione d'oggetto" che è come gettare "un ponte di cuore" tra il paziente ed il suo terapeuta; si tratta di strutturare una "*relazione consapevole*" della quale ci rendiamo conto considerando la necessità di realizzare tentativi di teorizzazione ed anche sottolineando la solida presenza di quel "*ponte di relazione*" sul quale succedono degli "scambi" (di livello orale e/o anale) ma che producono effetti terapeutici.

In effetti i bambini trattati hanno dimostrato tutti importanti miglioramenti sia a livello comportamentale (scomparsa della espressione sintomatologica autistica), che in quello relazionale, che ci hanno permesso di strutturare un ordinamento dei casi sulla base, non solo clinica, ma anche psicodinamica e psicomentale.

Abbiamo cercato anche di rendere valutabili i miglioramenti, oltre che leggibili e comprensibili sul piano clinico, così siamo riusciti ad individuare il perché un bambino autistico riesce a *dare uno spintone o un piccolo "pugno" timido*, quasi pauroso. In questi semplici "gesti", non ancora comportamenti, sembra che il soggetto scopra quello che era nascosto in lui come "segno", come "simbolo" e, soprattutto, come "immaginario".

L'indifferenziato si fa presente, si fa "parola" (significante) che percorre quel "posto immaginario" sul quale, con difficoltà, l'autistico si incontra per raggiungere un altro, o per cadere, di lì a poco, ma per cominciare finalmente a conservare le sue esperienze ed i suoi oggetti come rappresentazioni e come gesti voluti, autonomi e liberi.

Teoria del metodo

La relazione terapeutica si svolge "per appoggio", ossia il terapeuta funziona come "oggetto esterno" o "oggetto ausiliario", "ciambella di salvataggio" per l'autistico che è immerso, in misura poco o nulla differenziata, nell'immagine simbolica della madre.

In questa dimensione il soggetto trova l'aiuto nello sforzo di riprendere i contatti che si riflettono in quelle parti differenziate che si vanno formando "con il ponte", con il "padre", con l'OK e che rappresentano l'oggetto interno in gestazione.

Essendo autistico, in lui l'oggetto interno non si è mai formato, o solo in parte, ed è quello che trova sul ponte della relazione, con l'aiuto del terapeuta, con "gioia" ... con quella gioia che, durante la terapia, sorge come "immagine beatifica di sé" ... che si guarda nello specchio e si ammira mentre muove il proprio *corpo ormai armonioso*.

La nostra terapia gli offre un "appoggio vivo", fatto di *interessanti momenti insieme* e di *interessanti momenti di distacco*, nei quali lui può cominciare, seppure in modo parziale, "a pensare", ossia "a rappresentarci".

La terapia ha un obiettivo: la produzione di immaginario. Il soggetto, a partire dal simbolico, si permette che delle "parole", degli "oggetti interni" e delle "rappresentazioni", a quelli collegati, restino agganciate in lui, accettate, come punti di una rete di un "pensiero" che si sta strutturando come "pensiero".

Grazie alla terapia, il paziente viene *distratto* dalla *modalità indifferenziata della pulsione* per essere attratto sulla causalità sulla deduzione, sulla "verità" della realtà, sulla costanza dei significati.

In questo modo, il piccolo paziente trova la costanza delle rappresentazioni ed il mondo non gli risulta più "sconcertante e caotico" (come dice Birger Sellin in "Prigioniero di me stesso").

Cominciando a persistere, grazie alla terapia, le "parole agganciate", gli "oggetti interni", queste "rappresentazioni" cominciano ad assumere "valore" non più solo nel setting, nella relazione terapeutica, inducendo una *rappresentazione immaginaria di carattere più ampio* proprio perché la rappresentazione di parola (al contrario della *rappresentazione di cosa*) ha un effetto moltiplicatore della percezione ed è capace di liberare il soggetto dall'obbligo di dover percepire per poter pensare.

Quanto esposto mostra anche come sia indispensabile la relazione condivisa, l'approccio affettivo ... quella famosa mano che aiuta e toglie la responsabilità, per far muovere quei meccanismi mentali che creano rappresentazioni, che formano pensiero.

In base alla *teoria del significante-significato*, è la relazione inter-personale fondata sui "segni", tradotta dal terapeuta e accettata dal paziente che "si fida", che permette l'integrazione delle percezioni, delle emozioni, degli affetti e delle cognizioni, che, in ultima analisi, rappresentano quella "mentalizzazione" che non è altro che lo sviluppo delle *capacità psico-mentali*.

Autismo, coscienza e meccanismi psichici

La "coscienza" rappresenta uno "stato di consapevolezza" che presuppone, prima di tutto, una *consapevolezza di sé* basata sulla *soggettività*, per la quale possiamo dire: "*pensieri, ricordi, sentimenti, emozioni appartengono a me*"!!

La coscienza, quindi, presuppone "essere autoconsapevoli" cioè "coscienti di essere coscienti".

I pazienti autistici, che hanno difficoltà a riconoscersi nello specchio, soffrono dunque di un "disturbo della coscienza"; non riescono a ricordare né a riconoscere, soffrono, quindi, di una "*consapevolezza alterata e confusa*", non possono essere *autocoscienti*.

Tornando a considerare il *modello hardware-soft-ware*, che abbiamo utilizzato per analizzare problematiche eziopatogenetiche, sottolineiamo il fatto che l'autistico vive una situazione "confusa", perché ogni stimolo-esperienza risulta sempre nuovo e, quindi, irricognoscibile dal momento che non può essere inserito in un sistema referenziale.

Se rapportassimo queste osservazioni all'analisi dello stato di coscienza, potremmo capire meglio questi meccanismi psichici riferendoli ad un livello di globalità.

Il circuito virtuale hardware-soft-ware, in questa ottica, non può essere riferito ad una struttura, né ad una rete di strutture interconnesse, ma, al contrario, deve essere visto come un sistema globale. Come esempio, prendiamo il processo mnemonico che non può più essere rapportato ad uno schema di centri responsabili di determinati tipi di memoria, come dice Israel Rosenfield, risponde a "reazioni coscienti".

"La memoria, la funzione e la coscienza sono in stretto rapporto tra loro; ... la soggettività della coscienza è creata da meccanismi neurobiologici."

Le conclusioni di Gary Schwartz e Linda Russek del Human Energy System Laboratory, che hanno elaborato una "*teoria dinamica della memoria dei sistemi*" ci portano a capire meglio queste interferenze dinamiche e questo modello di crescita biologico-psichica.

L'idea che i "sistemi" scambino in continuazione e reciprocamente energia che contiene informazioni e che modifica gli stessi sistemi che intervengono nell'operazione, è un paradigma veramente utile per capire il funzionamento di

"sistemi o strutture multiple" che interagiscono scambiandosi energia-informazione che, a sua volta, può essere letta come "memoria".

Questa complessa struttura di sistemi che si condizionano e si trasformano reciprocamente é in stretta connessione con il complicato problema della COSCIENZA.

In effetti potremmo anche scrivere:

Sistemi - Memorie - Pensieri - Azioni - COSCIENZA - soggettività

E da qui seguire con:

"prospettive" di ogni singolo individuo-persona.

Il concetto di prospettiva, a questo punto, introduce una nuova dimensione che è quella relazionale. Se nell'esperienza c'è la possibilità di raggiungere, con l'ausilio dei sistemi, una propria, per così dire, autocoscienza, una vera coscienza presuppone mettere a confronto ciò che percepiamo con quello che percepiscono gli altri. In altre parole, c'è, nella coscienza, un che di poter leggere quanto succeda all'altro e, in qualche modo, strutturare un sentimento comune.

La sorpresa e l'incantesimo di poter partecipare ad un *sentimento di gruppo* risulta l'elemento fondante per una autocoscienza che ha assunto, nella partecipazione e nella relazione, una validazione ed un senso di verità per diventare una "vera coscienza".

Gli errori della conoscenza o della rievocazione mnesica possono, quindi, essere messi in rapporto con "alterazioni" nei meccanismi della "soggettività".

Questi errori possono essere visti come *ristrutturazione della comprensione*", vale a dire che a esperienze successive corrispondono ri-conoscimenti differenti. Se la *coscienza* è creata da meccanismi neurologici, possiamo però intendere questi come risposta di un sistema globale di conoscenza (coscienza) che funziona rispettando un modello schematico che può essere quello che inter-relazione l'hardware con il software.

Memoria, comprensione, coscienza o stato di consapevolezza, immagine corporea e immagine si sé sono processi creativi e dinamici che comprendono un "*quadro di riferimento*".

Se questi processi, per qualche motivo (leggi correlazione alterata tra hardware e software), risultano alterati, si può osservare l'emergere del fenomeno delle cosiddette "*personalità multiple*", che si struttura come "funzione patologica" quando lo slittamento va oltre una lieve distorsione e si producono veri e propri "salti" fra personalità diverse.

In altre parole, quando si produce una incapacità a sintetizzare o ad astrarre gli stimoli (esperienze) si produce una consapevolezza alterata, che sarà una "coscienza alterata".

Queste osservazioni danno un supporto teorico preciso alla programmazione terapeutica dell'E.I.T. proprio perché, attraverso il modello dell' *Io ausiliario* e della *relazione* si produce quella costanza di oggetto che non solo dà sicurezza al Sé, ma anche riordina, ristruttura e stabilizza, pur nella dinamica (divenire) esperienziale, il senso di Sé, la coscienza e l'autocoscienza.

Se i pazienti autistici non riescono a riconoscere e a ricordare si trovano a dover gestire una *consapevolezza alterata e confusa* che rappresenta un guasto nei meccanismi della coscienza ed una destrutturazione della personalità.

Non poter mantenere un "*senso unitario del sé*" porta a non strutturare le astrazioni così l'autistico è costretto alla rigidità della rappresentazione concreta e la ripetitività dei gesti diventa un Sé che si moltiplica in "*pezzetti di carta disseminati per tutta la scuola*" o l'ossessiva necessità di usare sempre gli stessi oggetti, eccetera.

La ripetitività rappresenta l'esorcizzazione della "perdita della memoria" perché è questa che contiene la possibilità di creare una frase, di organizzare posture e di stabilire relazioni. A questo punto, il "successo terapeutico" non è stabilire una correlazione simbolica tra contenuto ed espressione, ma creare una "catena semeiotica" (di segni e significazioni scambiabili) che funzioni in modo soddisfacente e gratificante per tutti.

Il "segno" trova un destinatario e diventa una porzione di scambio comunicativo; l'esperienza, come memoria anche frammentaria, struttura piccoli ponti che legano il passato con il futuro nell'atto presente: il prima ed il dopo diventano momenti strategici quando sono scanditi dall'attesa !!

Nel setting terapeutico dell'E.I.T. sono i "piccoli ponti della relazione" che permettono un fluire dinamico di esperienze-memorie che, nel loro continuo mutamento-adattamento, alimentano una consapevolezza cosciente e la *ri-creazione o nuova-rappresentazione* di un sé che può, che cresce, che dinamizza, che interferisce, che dialoga e che ... partecipa.

La conquista di una coscienza non solo permette la strutturazione degli oggetti e, con questi, del senso di realtà (che è *costanza*), ma anche ripristina un flusso temporale ed una continuità nel tempo che rievocano una *Storia* (passato = memoria; presente = percezione; futuro = prospettiva) nella quale si inseriscono non solo il soggetto, ma anche i suoi "oggetti interni".

L'angoscia è la risposta ad una realtà che continua a cambiare e che non può più essere ri-conosciuta; consegue alla perdita dell'astrazione linguistica per la quale il "significante" si distacca dal "significato"; giustifica la chiusura e l'isolamento che risultano gli unici mezzi per "cristallizzare" o "marmorizzare" il proprio sé.

La *relazione terapeutica*, la persistenza del rapporto con il terapeuta (prima reale, poi rappresentato nella esperienza buona e soddisfacente), permette di superare la perdita della memoria e di dare un senso di permanenza e di continuità che è ri-creare una storia, non in base ai ricordi, ma alle informazioni ricevute.

Il linguaggio empatico della relazione diventa quel susseguirsi di esperienze che formano i punti nodali di una rete che si va costruendo, facendo persistere le emozioni, i valori, gli affetti ed i pensieri.

E.I.T. e l'importanza della figura materna.

È stata ripetutamente sottolineata l'importanza della figura materna nello sviluppo della "funzione terapeutica". In pratica, è anche attraverso la collaborazione attiva della madre ed al suo personale desiderio di differenziazione che si instaura quel legame paziente-terapeuta che verrà accettato, valorizzato e difeso da tutti.

Quando il bambino tenta di mettere in atto le sue pulsioni adesive e controfobiche, è proprio la mamma che deve accettare quella "*differenziazione dal figlio*" anche se risulta sommamente dolorosa perché significa anche rompere quella "*adesione a se stessa*" che ha sviluppato come "senso di sé-madre".

Abbiamo anche visto come sia importante l'aiuto del padre perché il bambino possa assumere valenze di indipendenza, di sicurezza, di volontà a identificarsi e

a separarsi e perché la madre possa abbandonare i desideri fusionali che la inducono ad essere terapeuta, piuttosto che dolce ed accogliente "seno materno".

Considerazioni finali.

Quando dobbiamo affrontare problematiche come l'autismo, per le quali la prospettiva della *guarigione* si riduce enormemente, è evidente che questo item assume una valenza minima e poco soddisfacente.

Fermarsi sulla guarigione risulta veramente pauperizzante rispetto a tanti altri aspetti che possono essere considerati.

Oltrepassare il limite esplicito della cura (intesa come guarigione e non come assistenza) ci permette di analizzare i bisogni di salute della persona, studiando anche l'evoluzione delle modalità interattive che interessano il rapporto sevizi-utenti, che richiedono una maggiore "*compliance*", che mirano ad una partecipazione al cambiamento terapeutico da parte dei genitori, oltre che un coinvolgimento delle risorse comunitarie.

Queste osservazioni hanno portato, forse inevitabilmente, a vedere il problema nella prospettiva della qualità e della qualità globale.

Il concetto di *qualità della vita* è spesso offuscato da un alone di incertezza perché bisogna anticipare la sua relatività nei confronti del contesto culturale in cui viene valutato.

Basti pensare che in alcuni casi bisogna garantire livelli minimi di sopravvivenza che rispondono alla quantità dei beni fondamentali (cibo, casa, lavoro).

Anche però un limite estremo di definizione quale è quello della felicità risponde in realtà al rapporto bisogno-desiderio, termini che possono riferirsi ai bisogni di base, senza contare che i desideri rispondono alle aspirazioni ed alle aspettative.

Si è parlato di "*coefficiente di insoddisfazione*", ma anche in questo caso l'incertezza o l'ambiguità vengono dal fatto che la soddisfazione dei desideri genera sempre altri desideri: l'insoddisfazione costringe l'uomo a spingersi sempre oltre, sempre più avanti !!

Resta sempre il fatto che culturalmente queste dinamiche possono cambiare e qui ci troviamo a considerare come in altri tempi la ricchezza spingeva al mecenatismo, mentre oggi, in una società legata all'utile, si tende maggiormente all'accumulo, a creare cioè "imperi patrimoniali".

Sembrerebbe di poter dire che la qualità della vita risponda oggi ai parametri:

- ~~///~~ dell'avere = possedere un buon reddito
- ~~///~~ del vivere = contare su una buona copertura medico-sanitaria che assicuri una "eterna giovinezza"
- ~~///~~ del perdurare = poter usufruire di una vita sempre più lunga (vincere l'inesorabilità della morte)
- ~~///~~ del benessere che ha un che di ecologico perché si allaccia ad un ambiente non contaminato e ad una nutrizione "naturalmente sicura".

Su questa scala di valori evidentemente influiscono poi, oltre che fattori obiettivi, altri decisamente soggettivi e sorge la difficoltà di stabilire a chi spetti l'arbitraria definizione dei limiti. Si è cercato di misurare la qualità della vita predisponendo strumenti e scale che riguardano:

- ~~///~~ le interazioni sociali ed i fattori economici;
- ~~///~~ lo stato fisico e le capacità funzionali;
- ~~///~~ le modulazioni psichiche ed il senso di benessere;

~~///~~ i fattori etici e morali che rispecchiano il rispetto degli altri e la salvaguardia della vita comunitaria.

Letta poi, tenendo in conto gli interessi sociali, questa scala è posta anche al vaglio dell'analisi di costi e benefici, che vengono a determinare la decisione circa la allocazione delle risorse (particolarmente importante in momenti in cui queste sono limitate o subiscono continui ridimensionamenti).

Questa osservazione potrebbe far pensare a scelte puramente utilitaristiche o rispettare il *minore dei mali*, ma, al contrario, non deve essere il fondamento primordiale che determina ogni tipo di scelta, che è quello della "sacralità della vita", per il quale *salvare una vita vale più di tutte le sofferenze*.

Questo spazio mentale *sacralizzante* oggi ha preso posto anche in altre aree che, proprio per il miglioramento di quanto offerto dalla tecnologia e dall'evoluzione della medicina, fanno rinascere con una vocazione veramente nuova le funzioni di:

- ~~///~~ prevenire
- ~~///~~ curare
- ~~///~~ riabilitare
- ~~///~~ reinserire
- ~~///~~ reintegrare

che, per altro lato, si embricano e si valorizzano maggiormente rispettando i nuovi criteri di:

- ~~///~~ formazione
- ~~///~~ coinvolgimento
- ~~///~~ socialità
- ~~///~~ sussidiarietà.

Viste con queste ottiche, le problematiche legate alle nuove disabilità

- ~~///~~ fisiche
- ~~///~~ psichiche
- ~~///~~ legate all'età
- ~~///~~ dovute a incidenti e/o accidenti
- ~~///~~ determinate da dissesti ecologico-ambientali
- ~~///~~ consone alle nuove situazioni sociali come l'individualismo urbano, la famiglia nucleare, il pensionamento precoce.

Parlando di autismo, inteso come disturbo dello sviluppo psicomentale, gravemente disabilitante, tenendo conto di queste osservazioni dobbiamo prendere in considerazione:

a. la necessità di integrare gli sforzi tra tutte le Istituzioni che operano sul territorio:

- ~~///~~ servizi sociali
- ~~///~~ provveditorato agli studi
- ~~///~~ ASL
- ~~///~~ familiari e loro associazioni
- ~~///~~ Associazioni di volontariato
- ~~///~~ Centri di studi superiori.

b. l'importanza della formazione di

- ~~///~~ famigliari
- ~~///~~ caregivers
- ~~///~~ ausiliari della sanità

- ~~///~~ medici di base
- ~~///~~ medici specialisti.

Ognuna di queste categorie di persone devono ricevere una formazione specifica per salvaguardare i diritti individuali di questi bambini perché possano crescere, svilupparsi e tornare ad occupare un loro ruolo che, in libertà e nel rispetto delle potenzialità assolute e/o residue, spetta loro di diritto.

Anche considerando il principio del diritto alle pari opportunità, questi "cittadini" reclamano un loro "spazio vitale".

c. un adeguato intervento riabilitativo mirato allo sviluppo dell' Io e della personalità. Nello sviluppo psico-affettivo e nella partecipazione sociale i piccoli pazienti si dimostrano felici di essere sé stessi e partecipano alle iniziative ludico-ricreative e recuperano possibilità di un inserimento più efficace nell'ambito scolastico.

d. una diagnosi precoce, che nell'autismo è sicuramente un fattore prioritario e determinante, è necessaria per intraprendere una terapia il più presto possibile e per arrivare, all'età scolare, con le migliori possibilità di inserimento e di sviluppo.

Di fronte ad un disturbo dello sviluppo, bisogna ricordare che il margine di recupero possibile che si riduce con il passare del tempo. Se consideriamo, per es., lo sviluppo del linguaggio, va ricordato che questo è legato alla particolare plasticità cerebrale che permette un mutamento adattivo del cervello atta all'adeguamento della funzione.

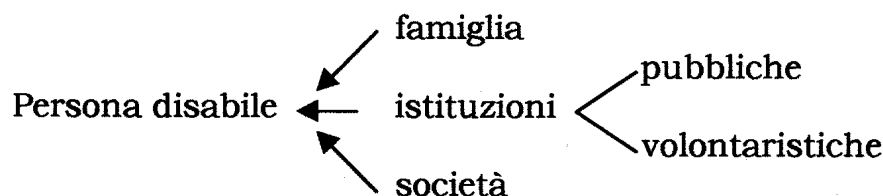
La plasticità cerebrale si va riducendo per scomparire, secondo le più recenti osservazioni, entro il decimo anno di vita. Da questo deriva un "chiudersi della finestra" che, simbolicamente, rappresenta le possibilità evolutive.

Se un bambino non può iniziare una valida terapia logopedica (e prima deve essere uscito dall'autismo) prima degli otto anni è evidente che molte scarse risulteranno le sue possibilità di recuperare la "funzione linguaggio".

Proprio per questo, una diagnosi precoce non significa solo offrire opportunità di recupero dall'isolamento autistico, ma anche di rispettare il diritto di questi bambini di poter usufruire delle potenzialità fisiologiche di acquisire le capacità di comunicare attraverso la parola.

e. un senso nuovo di considerazione della "persona" nei suoi rapporti con la realtà socio-culturale.

La persona deve essere equiparata ad un sistema individuale che include l'essere individuo, soggetto ed attore sociale:



In questa ottica, una definizione di "qualità" rispecchia una "relazione sociale di cura" che tiene conto che:

- 1) un servizio può produrre qualità solo se orientato alla persona (adottare il punto di vista dell'utente e della comunità locale);

2) il soggetto entra a far parte costitutiva del processo di produzione del servizio.

Sotto un altro profilo, l'integrazione sociale deve considerare che una persona è portatrice di

- ✍ una propria identità
- ✍ vissuti complessi e articolati a diversi livelli
- ✍ modelli intrapsichici e/o interpersonali diversamente problematici

pertanto, nel processo di produzione-fruizione di un servizio è necessario riconoscere e rispettare una specifica complessità che, per altro, può essere valorizzata a scopi terapeutici.

L'individuo rappresenta il *punto nodale* di

- ✍ esperienze corporee, percettive e psico-affettive
- ✍ vissuti esperienziali coscienti che rispondono all'empatia, all'introspezione ed alle motivazioni
- ✍ elaborazioni psicomentali che rispecchiano la personalità

ed ogni intervento mirato su di lui, oltre che essere personalizzato, non può prescindere dalla specificità biopsichica e psicorelazionale.

Proprio per queste considerazioni, la relazione del soggetto con la famiglia e con la società assume un particolarissimo rilievo.

Il disabile psichico cronico rappresenta un "*nucleo centrale di conflitto*" che mette in difficoltà le capacità adattive di tutti. Va ricordato che i disturbi comportamentali e l'idea che ci siano veramente poche possibilità di modificare la situazione, agiscono da deterrente che provoca una frattura tra desiderio di "fare" e la frustrazione per i poco rilevanti risultati utili.

La famiglia tende a "nascondere" il proprio caso e anche a minimizzare i problemi e la problematicità del bambino; ne risulta una difficoltà di prendere delle decisioni e quindi si tende a "continuare a sopportare", con il risultato che si può rischiare di perdere del tempo prezioso per il recupero.

La società, che circonda il disabile e la sua famiglia, mette in evidenza una scarsa disponibilità a sopportare o a supportare, dimostrando ciò che sempre viene sottolineato: è indispensabile che il disabile non dia fastidio, non disturbi e non "dia scandalo".

Senza voler colpevolizzare, difficoltà concrete economiche e relazionali riducono le potenzialità dei "cittadini" di sopportare ed inoltre la presenza di tante persone anziane (leggi invecchiamento della società) che non riescono più a contenere disagi e/o stimoli troppo intensi risulta ulteriormente pregiudiziale.

Le difficoltà della famiglia e della società a inserire armonicamente il disabile psichico richiedono importanti interventi di informazione e di formazione che, in ultima analisi, migliorano le valenze soggettive e producono una qualità di vita più valida che tenderà a prevenire risposte di frustrazione e di "disperazione".

Va tenuto in considerazione il divario sempre più profondo che si stabilisce, nell'ambito del tempo, dello spazio, delle opportunità, delle aspirazioni, nella relazione con il disabile psichico che, emblematicamente, si "idealizza" nel personalismo statico dell'autistico che non sopporta cambiamenti, che vuole usare sempre gli stessi oggetti, che non accetta modificazioni nella struttura

ambientale. La rottura dell' omogeneità risulta veramente insanabile e, di conseguenza, diventa un problema insuperabile.

Anche la mancanza di memoria e di progetto, tanto caratteristica dell'handicap psichico, struttura quel divario di "altezza" per il quale risulta impraticabile un desiderio di concomitanza, non solo psico-mentale, ma anche immaginativa, che è l'unico ponte sul quale ci si può incontrare con l'altro e, per il quale, la famiglia ipervalorizza il suo senso di "supportazione inesauribile".

e. la gestione della relazione, nell'ambito dell'handicap psichico, diventa il problema principale; bisogna ricordare che la relazione, in questo caso, è decisamente "asimmetrica" dal momento che il soggetto non può mettere, da parte sua, molti elementi adattivi poiché:

- ~~///~~ non riesce a contenere le tensioni emotive (senza considerare che queste, in una società moderna, tendono a crescere notevolmente),
- ~~///~~ non sviluppa potenzialità affettive (i valori) necessarie sia per strutturare un Io valido, oltre che per potenziare sentimenti di autovalorizzazione e per dare spessore di validità alla persona ed alla partecipazione dell'altro.

Queste considerazioni danno significato alla necessità che le organizzazioni predisposte alla cura ed all'assistenza devono passare da una "organizzazione burocratica basata sulle mansioni" ad un "sistema flessibile di ruoli a ridondanza funzionale" ove acquista spessore una spiccata professionalità, una sapienza organizzativa e, soprattutto, una notevole capacità personale alla riflessione, all'osservazione, alla scelta di "posture psico-mentali" accoglienti, ma anche indirizzate al recupero ed al reinserimento.

Senza queste funzioni, diventano troppo pressanti i pericoli di effetti perversi quali lo stress ed il burn-out.

Non possiamo però più fermarci a considerare questi segni di difficoltà, queste paure di fallimento, questa asimmetria della relazione: il rapporto terapeutico attraverso l'E.I.T., le sue dinamiche partecipative e le sue tensioni relazionali ci hanno ormai insegnato qualcosa di più.

Il bambino autistico, nel suo isolamento superabile, nella sua struttura mentale poco chiara, primitiva e bloccata, ci ha mostrato anche quanto sia in grado di donarci una ... "preziosità".

L'accettazione che lui fa di noi che gli proponiamo con i nostri piccoli ponti, con la nostra mente vuota di insegnamenti, ma ricca di "relazione", ha permesso di creare una "filigrana", una successione di punti nodali, attraverso i quali, con lui e per lui, possiamo strutturare quella rete di incontri e di piccole comprensioni che ci valorizzano come quell' OK-paterno che lo trascina, ma che, allo stesso tempo, gli offre quel contatto, quella mano, quella punta di indice che lui afferra come piattaforma e come ancora.

In questa "preziosità" riconosciamo non solo il nostro scopo, ma anche la nostra soddisfazione; in questa "ricchezza" sparisce la "asimmetria della relazione" che si ricompone nella dimensione paritetica di un sorriso che viene scambiato di fronte ad un orizzonte che ci accomuna come individui, come fratelli e come persone di una stessa stirpe e con uno stesso destino.