

# LA STORIA DI GIANNI

**Romeo Lucioni, Ida Basso, Loredana Reddavid**

Parlando di patologie delle strutture narcisistiche e, in special modo di tossicodipendenza, Carlos David Pierini ricorda come ci sia un campo poco transitato anche dalla psicoanalisi che si riferisce alle STRUTTURE MITICHE che si collocano al di là dello sviluppo libidinale.

Queste strutture, che sono del tutto inconsce, compromettono fortemente il futuro dello sviluppo psico-mentale, così possono essere individuate e/o analizzate anche nell'ambito dell'autismo.

A volte, lavorando con Gianni, sembra di trovare in lui un modello quasi mitico dell'autismo (per altro come é stato Rodolfo per la *schizofrenia*; Marco per la *dimensione limite*; Rossana per la *sindrome di Jouber*; Andrea per l'*X-fragile*; Carlo per la *cleptomania*; ecc.) e, pensando nel "*superato-non superato*", leggiamo la traduzione degli effetti prodotti che sono la sua *forma speciale di parlare* (dato che non ha linguaggio) che si evidenzia come atti, atteggiamenti, comportamenti problema, isolamenti, ecc..

Questi non sono spiegabili, talora neppure comprensibili, ma incidono profondamente nel suo "*corpo*" che risulta quasi fondamento o giustificazione non di un atto libidinale e/o di desiderio, ma di un *riflesso condizionato*, automatico, imm modificabile, reiterativo e ossessivo: *il non superato prende corpo*.

## **A) Il mito dell'oggetto perduto.**

Gianni dimostra una inesorabile, invincibile e insuperabile bisogno di essere contenuto; cosa che presuppone stare "infilato" in una sedia, trattenuto per entrambe le mani, appiccicato al corpo del terapeuta.

Se non si verificano queste condizioni, scalcia, picchia, graffia, sputa, strappa tutto (per es. gli occhiali o eventuali catenelle); se ci si allontana si "muove" rapidamente per attaccare gli oggetti o le persone circostanti; si placa solo se viene nuovamente "afferrato".

Questo comportamento é l'exasperazione motoria del contenuto mentale riscontrabile in tutti gli autistici: si proibiscono agire , attuare, fare, parlare, ... pensare.

La possibilità di prendere una decisione e, quindi, di essere attivi si struttura tra due istanze psichiche inconsce, l'Io e l'Oggetto ed é controllata da due meccanismi psichici *l'identificazione ed il legame emotivo-affettivo con l'Altro*.

L'Io, per Freud (1921), si struttura come *sedimentazione degli investimenti dismessi* (derivati cioè da un complicato processo che permette di passare dal desiderio illusorio di "assumere l'identità dell'oggetto", al diventare oggetto o oggetto-sé) e, pertanto, non si tratta di una vera struttura psichica, ma di un "*riflesso*" fintanto che "nasce" un "nuovo essere" che, spogliato dei fantasmi della "identificazione primaria" , si trasforma in un "vero Io".

In altre parole, possiamo anche tradurre questi meccanismi in:

?? **identificazione primaria** con un "*Padre immaginario*", ancora indifferenziato che viene denominato anche "*padre-madre*" (Freud), "*doppio padre*" (Colette

Chiland), "padre della preistoria" (Julia Kristeva), "oggetto genitoriale" (R. Lucioni), "objeto coincidente" (Ravscosky), "objeto coincidente de la alucinaciòn" (D. Pierini).

?? strutturazione del **Nome del Padre** che corrisponde alla formazione di una *autocoscienza* o dell'*ideale dell'Io*.

Quando, per qualche motivo, si blocca lo sviluppo psico-affettivo, l'Io si ferma in uno stadio di "semplice riflesso", cioè ancorato alla *identificazione primaria* e, quindi, come dice David Pierini per le patologie narcisistiche, "l'oggetto perduto non è mai abbandonato; vive come doppio del soggetto..."; resta vivo all'interno dell'Io con un carattere "orrido" o, stando alla definizione di Freud, "con una *stigma* sinistra che deriva dalle epoche primordiali dell'anima ...".

Il *doppio* diventa una *figura terrificata* e persecutoria che accompagna l'Io come *ombra sovrastante e distruttiva*, che ha i caratteri indiscutibili di un *Super-Io* o di *Altro Io*, che può anche presentarsi in forma multiple.

Se applichiamo queste osservazioni a quanto succede nell'autismo, possiamo rivelare concretamente la presenza di queste tappe primitive proprio perché l'autistico, forcluso del "Nome del Padre", dimostra la sua sottomissione ad un Super-Io distruttivo e cannibalico che gli impedisce di crescere, di raggiungere, attraverso lo sviluppo psico-mentale, le dinamiche della formazione dell'Io-ideale, della coscienza e dell'autocoscienza.

Qualcosa presente nel passato e che doveva essere superato, rimane nel presente, vive nel nucleo dell'Io come sensazione di potere onnipotente, capace di risolvere i desideri, ma che costringe all'isolamento, all'autismo che così esibisce il *cuore del problema* o il *nucleo centrale di un destino di inesistenza*: "... il soggetto sparisce dietro l'oggetto" (Lacan).

Soggetto a queste dinamiche profonde, l'approccio con l'autismo non può essere altro che quello terapeutico-psicoanalitico che, però, non potendo utilizzare il transfert, che non c'è, dovrà diventare il *modo di vivere il soggetto* per quello che è, leggerlo attraverso le identificazioni fantasmatiche e permettergli di assumere una "esistenza".

Non si tratta di "insegnare", di "educare", ma di trasformare, riprendere la strada difficile della crescita, riproporre le dinamiche della costituzione di quel "nuovo essere" che si trasforma nel "Nome del Padre" e nella costituzione dell'Io-ideale, attraverso il *narcisismo secondario*.

## **B) il mito dell'onnipotenza.**

La chiusura su di sé, la strutturazione di modalità motorie ripetitive, coatte e manieristiche, il comportamento provocatorio, incontenibile ed automatico, rappresentano una dinamica che indichiamo come onnipotente ed anche "che ha costituito una propria legge fuori dalla legge".

Nell'autismo è inutile cercare un *desiderio* proprio perché questo presuppone la presenza di una coscienza e di una autocoscienza che, in questi soggetti non sono evidenziabili.

La *percezione* diventa *catexia desiderativa*, giustificata dal fatto che la mancata costituzione degli oggetti porta alla necessità di "pensare attraverso la

percezione", ma questo pensare costituisce fantasmaticamente un oggetto illusorio dentro di sé o appartenente a sé.

Come abbiamo descritto in altri lavori, gli oggetti possono essere abbandonati o buttati via perché svuotati di valore e sostituiti da una "appropriazione" che significa, appunto, onnipotenza che preclude ogni possibilità di strutturare un "senso della reciprocità".

L'onnipotenza è anche *adesione simbiotica all'oggetto-padre-immaginario* che è di per sé un oggetto onnipotente dal quale si può solo "essere contenuti", afferrati, "man-tenuti".

La perdita o il distacco da questo oggetto equivale a morire, dissolversi, sparire e, quindi, crea angoscia: il terrore dell'autistico.

L'onnipotenza è sinonimo, quindi, di morte, di distruzione e non di potere; il potere resta solo nell'Altro ed anzi viene continuamente aumentato proprio grazie al *sacrificio mitico del soggetto*.

L'adesività e l'identificazione primaria bloccano lo sviluppo e la nascita della coscienza; è il meccanismo per il quale si ricerca continuamente l'oggetto perduto (onnipotenza) che così non può mai morire; si precludono il *desiderio*, sostituito da un *anelo illusorio* che può realizzarsi solamente attraverso un meccanismo di idealizzazione dell'oggetto e di se stessi; l'oggetto diventa l'Io e l'Io è l'oggetto: ancora una volta "... il soggetto sparisce dietro l'oggetto". (David Pierini scopre nella tossicodipendenza la percezione di "... essere figlio del padrone del mondo" e come "... la fusione con il padre-Dio rigenera il narcisismo primario...").

L'onnipotenza illusoria genera un mondo magico onnipotente ed una *furia narcisistica* che si manifesta irosamente in Gianni (come abbiamo visto) e che ci ricorda come ci troviamo nel campo del 2-1 dove non c'è 3 ed anzi "... la presenza di un terzo produce furia" (D. Pierini).

Ricordiamo che il 3 funziona come "Ideale dell'IO", come "Nome del Padre"; la sua presenza fa sorgere il fenomeno psichico del "*dubbio*" che è espressione dell'inclinazione a reprimere e corrisponde "... alla costituzione di un ideale dell'Io imposto dal di fuori (dal 3) e che questiona la propria grandiosità (onnipotenza) narcisistica ..." (D. Pierini).

### **C) Il mito del desiderio.**

Quasi in modo automatico ed istintivo la parola *desiderio* ci collega alle forze primitive e strutturanti dell'essere umano. Questa pulsione è legata a sfumature di esaltazione, ma permea anche la volontà, i sentimenti e le dinamiche cognitive. Senza di esso la vita sembrerebbe priva di colore, monotona, insopportabile, ma da che dipende il desiderio?

Proprio su queste osservazioni si fonda il *mito del desiderio* strutturato, quindi, attorno ad una *spinta desiderativa*.

Il desiderio si allaccia al concetto di *funzione paterna* ed è da considerarsi legato al transfert.

Nell'autismo Lacan colloca un *collasso del desiderio* che si articola attorno alle figure di riferimento (la madre, il padre, il figlio, il sé). Il mito del desiderio si colloca paradigmaticamente nella storia di Amleto. Nella scena 3°, entra nelle stanze materne, dopo la scena teatrale che ha messo in evidenza la colpa del

padre; è deciso al matricidio, ma lo ferma l'apparizione del fantasma paterno. Ciò che prende il sopravvento è lo **stupore**. L'intervento del "padre-ideale" sul figlio carico di desiderio con lo stupore genera **inquietudine** e sottrae energia al desiderio provocandone il collasso.

Tra lo stupore e l'inquietudine si annoda un immaginario e nasce un *tempo* che crea una *memoria*: il soggetto si carica di tensione sufficiente a rompere la coazione a ripetere e l'isolamento autistico.

## LA STORIA DI GIANNI

Gianni è un bambino di dieci anni quando comincia la terapia E.I.T.

Viene presentato come "autistico" con gravi disturbi comportamentali che ha poco modificato durante tutto il periodo di frequenza dell'Istituto, iniziato nel settembre 1999, continuativamente tutti i giorni dalle 9 alle 16 (escluso il sabato e la domenica).

Nel lavoro in Istituto Gianni ha seguito un trattamento TEACCH e, la mattina, ha frequentato la "scuola dell'obbligo" in una classe di 5 ragazzi (3? e 2?) e due insegnanti di sostegno.

L'intervento di E.I.T. è stato programmato, per Gianni, tenendo conto di quanto emerso nel resoconto annuale dove si legge:

*"... nel caso di Gianni il trattamento TEACCH ha fatto registrare miglioramenti impercettibili rispetto alle risorse impegnate (rapporto 1:1)".*

### OSSERVAZIONE INIZIALE

Gianni si trova nella sua classe seduto su una sedia con le gambe infilate nello schienale in modo da risultare contenuto nei movimenti. È attento ad ogni minima modificazione dell'ambiente e comincia a gridare e ad agitarsi quando entriamo.

Avvicinarsi a lui è praticamente impossibile poiché lancia pedate, sputi, urla e qualsiasi cosa possa afferrare.

La maestra riferisce come sia difficile lavorare con lui, anche se è più tranquillo con le persone che conosce, ma, comunque, è sempre "pericoloso" ed anche a lei strappa gli occhiali, dà calci, l'afferra, la investe con sputacchi, le tira i capelli.

Anche con i compagni dimostra le sue reazioni violente, scatenate da impulsi interiori, ingiustificati ed inspiegabili.

Nel corso degli anni il bambino ha fatto qualche progresso nell'applicazione (disegnare con un dito, utilizzare qualche oggetto), anche se le reazioni aggressive e distruttive possono scoppiare in qualsiasi momento.

La caratteristica principale del comportamento è la necessità imperiosa ed ineludibile di essere contenuto con entrambe le mani; forma che deve essere adottata sempre, anche per accompagnarlo ai servizi o agli altri ambienti di lavoro (per es. laboratorio TEACCH).

### TERAPIA E.I.T.

Questo intervento è stato veramente durissimo all'inizio, in quanto il contenimento fisico (trattenerlo per entrambe le mani) non era sufficiente ad

evitare i calci, gli sputi, le urla, i rotolamenti, i graffi, lo strappare i capelli, l'afferramento del colletto della camicia insieme alla catenella dell'operatore che, a volte, si è visto strappare via, oltre agli occhiali, anche l'orecchino.

La parte più difficile di una seduta è stata senza dubbio il trasferimento dall'aula alla palestra che funziona da setting terapeutico che si trova nel sottosuolo. Percorrere il lungo corridoio, scendere (e poi risalire) tre rampe di scala e muoversi tra gli attrezzi è risultato, nelle prime tre settimane di terapia, un vero supplizio: Gianni strappava e gettava via ogni cosa riuscisse ad afferrare.

Insieme a questi comportamenti, il piccolo dimostrava anche un altro atteggiamento caratteristico, quello di "mandare bacini" che risultava quindi, come messo in evidenza in altri lavori e nella relazione clinica sugli autistici, un *atto controfobico-riparativo*.

L'inizio del trattamento ha richiesto un contatto fisico costante tra lo psicoterapeuta ed il giovane mentre si cercava di compiere delle attività minime, come sedersi, cambiare sedia o panchina, camminare insieme, salire e scendere le scale, "salutare" il calorifero, la finestra o gli altri operatori, ecc.

Gianni ha cominciato quasi subito a sedersi normalmente e questo ha tratto in inganno un po' tutti. Tornando in classe o nella sala TEACCH la maestra e l'operatrice hanno messo il giovane "seduto bene", provocando però una situazione di crisi e di tensione costante che portava a:

- alzarsi repentinamente per correre a strappare i capelli a qualche compagno;
- pretendere la vicinanza dell'operatrice per evitare scariche di aggressività;
- correre a dar fastidio agli altri compagni impegnati nel loro lavoro.

Si evidenziava una specie di "gelosia" che, non essendo controllata dal contenimento sulla sedia, dava energia alle scariche di aggressività.

Questa osservazione ha portato a capire che non si deve mai trasferire automaticamente i risultati di un setting ad altre situazioni, per es. quelle educative e/o riabilitative. Si è anche confermato che nei primi momenti della terapia (circa due mesi) sia nell'ambito scolastico che in quello riabilitativo (TEACCH) si possono osservare anche peggioramenti del comportamento che devono essere messi in relazione con gli squilibri emotivo-affettivi attivati, in modo temporaneo, dalla relazione terapeutica e, soprattutto, dall'alternanza della presenza e dell'assenza del terapeuta, non solo nei vari periodi della giornata, ma anche in quelli settimanali poiché le sedute terapeutiche sono bisettimanali e della durata di un'ora.

#### PROSEGUIMENTO DELLA TERAPIA

Gianni è impacciato nei movimenti e anche nel camminare è insicuro; bisogna quasi trascinarlo e, sulle scale, scende ponendo avanti con titubanza sempre il piede destro aggrappandosi vistosamente ad entrambe le mani del terapeuta.

Risulta difficile farlo muovere perché ogni accenno a cambiare di posizione scatena una crisi oppositiva con relativo gettarsi a terra da dove poi deve essere sollevato come corpo morto. Le crisi di angoscia sono per lo più accompagnate da urla e da invocazioni a Moia (Moirà), la sorella, risultando un vero supplizio per gli altri ragazzi che lavorano vicino.

Urlare, gridare, gettarsi a terra si accompagnano a graffi, sputi, calci, strappi di capelli, afferramenti del colletto della camicia, da cui risulta un quadro veramente

sconsolante e ne derivano segni fisici (lividi, graffi) che uno si porta a casa regolarmente. I compagni di Gianni ne hanno terrore, così come le inservienti e le impiegate, a tal punto che, quando lo vedono arrivare, cercano subito di allontanarsi.

Con tutto questo, non si è mai interrotta la seduta di un'ora di terapia e, con il passare del tempo, il giovane ha cominciato ad accettare di lavorare anche se sempre "afferrato" per entrambe le mani. Passeggiare, scendere le scale, camminare sull'asse di equilibrio, scambiare con gli altri una palla (preferibilmente pesante), soffermarsi davanti allo specchio per guardare tutta la persona indicandone le parti e pronunciare le vocali (per il momento a,o,e), cominciano ad essere esercizi possibili, così come avvicinarsi agli altri con qualche abbraccio.

Restava presente la tendenza ad afferrare ogni cosa, romperla e gettarla via: abitudini che si sono affievolite e, per lo più, sparite; anche il contenimento diventava meno pressante. Gianni si è convinto a non sferrare più calci e graffi e, quindi, si è via via cominciato a lavorare più proficuamente e senza interruzioni.

Dopo quattro mesi di terapia E.I.T. i miglioramenti comportamentali sono decisamente netti e, cosa più importante, si possono sottolineare anche in classe, dove la maestra riesce a proporre con più continuità piccole attività (anche nuove); in Istituto tutti riconoscono i cambiamenti di Gianni che "... non picchia più quando qualcuno gli passa vicino".

Restano comunque le difficoltà a proporre attività per lui nuove che continuano a provocare crisi di angoscia e di opposizione, anche se meno intense e di minor durata; l'apprendimento poi è più celere e si possono notare i cambiamenti ad ogni intervento terapeutico.

Rilevante è l'accettazione della vicinanza fisica dei compagni che abbraccia, bacia ed accoglie su richiesta (non hanno quindi carattere controfobico) con una piccola pacca sulla schiena come il terapeuta fa con lui.

Per commentare il lavoro svolto, va sottolineato come sia stato terribilmente lento ogni cambiamento, tanto da far pensare anche ad una deficienza delle capacità intellettive che, per altro, non sembra essere evidente. Il quadro psicopatologico è dominato da una grave incontinenza emotiva che genera crisi di vero terrore, opposizione ed aggressività.

L'imposizione di essere contenuto e la quasi caricaturale richiesta di essere afferrato sottolineano l'atteggiamento mentale che, sempre, abbiamo messo in evidenza negli autistici: la "proibizione" di fare, di agire ed anche solo di muoversi di propria volontà.

Un altro aspetto è l'incapacità di rispettare gli oggetti animati ed inanimati, con la conseguente "tabula rasa" di cui il piccolo si circonda, fatta eccezione di un orsetto bianco appeso alla parete della classe, accanto alla sedia dove è infilato con una sola gamba e che prende ogni tanto, coccolandolo quando ascolta una musica dolce.

Ogni giorno ci chiediamo dove arriverà Gianni con i suoi miglioramenti, ma sappiamo che questi ci saranno, come in tutti gli altri casi trattati e che richiederanno una "incrollabile" pazienza.

La nostra esperienza insegna che sono richiesti mesi e mesi di continuo lavoro, ci saranno alti e bassi, miglioramenti e regressioni, ma tra tre anni potremo avere

un Gianni nuovo, che partecipa alle attività individuali e gruppali ed alla vita sociale della famiglia e della scuola e che, con la sua presenza, ci rinnoverà il rammarico di aver cominciato con lui la terapia solo a dieci anni dopo tanti inutili e frustranti intenti.

Per avere una chiara visione dei miglioramenti osservati nei primi mesi di terapia E.I.T. possiamo osservare i due schemi di raccolta dei dati che quantificano numericamente e percentualmente i risultati, pur tenendo conto che queste valutazioni, distribuite su un ampio ventaglio di items, restano legate alla soggettività dell'osservatore.

<b>AUTISMO</b>						
nome e cognome:	<b>IVANO</b>			data di nascita:		
© 2001 Ierre						
<b>VALUTAZIONE DEGLI INDICI OSSERVATI</b>						
elaborata da:	<b>Dr. Romeo Lucioni</b>					
	01-gen	15-mar	08-apr	00-gen	00-gen	00-gen
1. Applicazioni	20	34	43	0	0	0
2. Emotività	10	18	24	0	0	0
3. Affettività	16	25	34	0	0	0
4. Comprensione	10	17	25	0	0	0
5. Comportamenti	8	16	20	0	0	0
<b>TOTALE GENERALE</b>	<b>64</b>	<b>110</b>	<b>146</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>

Per dare un giusto valore a questa tabella basta considerare che alla prima osservazione il punteggio dedotto era di 64, vale a dire solo tre punti in più del minimo dovuti 2 al controllo degli sfinteri ed 1 al riconoscimento degli operatori. Un punteggio così basso ci sottolinea la gravità del caso dal momento che tutti gli items sono deficitari.

La gravità del caso non va considerata dal confronto tra tipi di disturbo o dei comportamenti gravi in linea verticale, ma dalla complessità dell'intervento che deve essere messo in atto per la riabilitazione personalizzata, quindi secondo un approccio di tipo orizzontale.

Nella tabella seguente gli items presi in considerazione sono di tipo clinico ed i valori più sono alti e più si riferiscono a situazioni difficili.

I miglioramenti sono registrati in valori numerici ed anche percentualmente così che si può osservare come nei primi due mesi il miglioramento calcolato è stato del 17,89%, mentre nei secondi due mesi si è osservata una percentuale del 18,91.

Particolarmente utile è tenere conto delle modificazioni per area, così, in questo caso, si può notare che molto poco si è ottenuto nel campo cognitivo ed è quindi su questo che bisognerà cercare di impegnarsi in modo speciale.

VALUTAZIONE DEI SINTOMI AUTISTICI						
nome e cognome:	IVANO			data di nascita:		
E.I.T.- terapia di integrazione emotivo-affettiva				© 2001 Ierre		
elaborata da:	Dott. Romeo Lucioni					
	30-gen	30-mar	30-mag	00-gen	00-gen	00-gen
1. Disordini sensitivi	59	46	29	0	0	0
2. Difficoltà nell'ordine sociale	54	44	33	0	0	0
3. Comportamenti stimolo	34	28	22	0	0	0
4. Espressioni iper e/o iposensitive	61	46	36	0	0	0
5. Disturbi cognitivi e del linguaggio	44	38	37	0	0	0
6. Difficoltà nella destrezza	79	68	62	0	0	0
7. Comportamenti problema	49	42	34	0	0	0
<b>TOTALE GENERALE</b>	<b>380</b>	<b>312</b>	<b>253</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
percentuali di miglioramento		17,8947	18,9103			

## COMMENTO

Quadri di intenso isolamento, caratterizzati da “regressione” e/o interruzione dello sviluppo psico-mentale, richiedono, prima di iniziare qualsiasi intervento di ri-educazione o riabilitazione, una terapia capace di oltrepassare barriere psico-affettive per strutturare l'*immaginario* ed il *simbolico*, partendo dal reale.

Bambini autistici o psicotici rappresentano i quadri più gravi della psicopatologia e, quindi, risulta “ingenuo” pensare di superarli con semplici tecniche psico-educative o fondate sulla psicomotricità.

Le risposte positive ottenute con gli interventi psicoterapeutici-relazionali hanno guidato lo sviluppo della tecnica e contribuito enormemente a strutturare le basi teoriche per l'interpretazione dei meccanismi mentali che giustificano l'instaurarsi della sintomatologia psichica ed anche delle dinamiche profonde relative alla strutturazione dell' Io, del narcisismo, del Nome del Padre e, in ultima analisi, dei processi vincolari che troviamo disturbati nei quadri psicopatologici dei primi anni di vita.

Queste osservazioni, basate sulla psicoterapia, hanno portato a considerare l'*autismo infantile precoce* (o le forme di innesto) come una “*identità strutturale psichica*” caratteristica (ma anche modificabile con la terapia), capace di interagire con lo sviluppo del vincolo madre-figlio e con la prassi della “*funzione materna*” attraverso *formazioni reattive* messe in moto dalle caratteristiche eccezionali degli autistici.

Va sottolineato che anche l'apparato tecnico-psicoterapeutico-psicoanalitico ha richiesto adattamenti e specializzazione per poter penetrare ed affrontare terapeutamente le problematiche delle strutture primitive.

Gli scarsi risultati ottenuti con le tecniche psicoterapeutiche classiche e la valutazione sistematica della pratica dell' E.I.T (terapia di integrazione emotivo-affettiva) hanno imposto di organizzare un modello operativo altamente specializzato, strutturato sulle problematiche profonde e primitive, basato sulle teorie psicodinamiche e psicoanalitiche, ma, soprattutto, fondato sulla *pratica relazionale*.

Mentre nei casi di psicosi simbiotica (secondo la descrizione della M. Mahler) l'interpretazione verbale occupa un certo spazio nel lavoro terapeutico, in quelli di autismo infantile precoce l'intervento ha un punto di partenza a livello dell'oggetto reale per poter accedere a quello simbolico: la riduzione al livello puramente reale è molto più radicale nell'autismo che in qualsiasi altra psicosi infantile.

La storia di Gianni conferma la considerazione che l'autismo è un disturbo dello sviluppo psicomentale e che, quindi, può essere ripristinato.

a) **L'incontinenza emotiva grave** che sottende le crisi di angoscia, di opposizione e di aggressività, può essere riferita ad insufficienza funzionale dell'*affettività* che, quindi, non riesce a contenere le risposte emotive-primitive. Questa lettura va interpretata come un dis-funzionamento dell'articolazione tra *corteccia prefrontale* (aree cerebrali connesse all'affettività) e *lobo limbico* (aree cerebrali connesse all'emotività).

Tali osservazioni giustificano l'impostazione del processo terapeutico che mira, prima di tutto, a controllare l'emotività e a ri-strutturare le relazioni affettive sia con il Sé che con gli Altri. Imparare a muoversi correttamente (scendere e salire le scale, saltare, correre) rinforza il *senso di sé* ed accentua l'autosoddisfazione, favorendo l'autocontrollo e l'autovalorizzazione.

L'iper-reattività emotiva sottolinea la presenza nell' Io di un *nucleo persecutorio* (Super-Io-arcaico-distruttivo) che giustifica l'imposizione a non muoversi, a non fare, a non agire

La terapia, attraverso una iniziale simbiosi tra soggetto e terapeuta, porta a sviluppare elementi narcisistici (poter guardarsi allo specchio) che progressivamente, con l'accoglimento e sotto il controllo, si trasformano in auto-identificazione e *narcisismo secondario*.

Questo passo è fondamentale per la ripresa dello sviluppo psico-mentale, così come dimostrato dalla riduzione delle valenze aggressive ed oppositive, primitive ed arcaiche.

L' *oggetto perduto* (Super-Io arcaico) che sovrasta l'Io come *ombra*, attraverso la terapia si trasforma in "*Nome del Padre*" che apre alla collaborazione, sinonimo di identificazione e di "riconoscimento del *valore* dell'Altro" trasformato in "*oggetto d'amore*" da salvare.

b) **I comportamenti aggressivi** (Gianni scalcia, picchia, graffia) rappresentano un *sentimento di onnipotenza* riflesso sull' Io attraverso l'adesione simbiotica all'oggetto-padre-immaginario che, di per sé, è anche espressione del Super-Io-sadico-arcaico. Da questa osservazione, le parole di Lacan: "... il soggetto sparisce dietro l'oggetto" acquistano un preciso significato e la terapia relazionale acquista un nuovo obiettivo: ridare significato all' Io attraverso l'autovalorizzazione.

La rottura del legame (quasi un riflesso condizionato) che unisce lo stimolo alla risposta aggressivo-distruttiva si ottiene con la valorizzazione del Sé che si proietta sull'Altro (oggetto, persona) attraverso un processo di identificazione mediato dal terapeuta. Questo funziona da 3 (rompendo la dinamica primaria della corrispondenza duale o della simbiosi) può mettere in moto meccanismi di dubbio, di stupore e di inquietudine che generano attenzione, memoria e spinta ad abbandonare i comportamenti stereotipi.

Il processo terapeutico, per poter ripristinare lo sviluppo psico-mentale bloccato dalla reazione autistica, deve strutturare la situazione triangolare

nella quale il terapeuta funge da Io-ausiliario che produce la trasformazione del Super-Io in appoggio, conduzione, guida e identificazione che scalza e sterilizza il super-Io-arcaico (frutto della precedente simbiosi), introiettato come *oggetto onnipotente-persecutorio*.

Leggiamo, a volte, che *“l’amore risolve la paura e rompe l’isolamento sorto come reazione a sentimenti di dolore e di colpa per la perdita dell’oggetto amato”*, ma l’osservazione precisa e lo studio attento della casistica porta ad altre considerazioni.

Gli autistici sono chiusi in un isolamento onnipotente che viene espresso dagli stessi pazienti (quando riescono a parlarne) *“... io non ho bisogno di nessuno; se vogliono darmi qualcosa mi fa piacere, ma non posso chiedere e non voglio contraccambiare (reciprocità) perché sarebbe perdere la mia indipendenza”*.

L’incapacità di vivere un sentimento di gratitudine, che spesso è anche legato a difficoltà di comprendere i legami tra causa ed effetto, è soprattutto espressione di superiorità e di disdegno (automatico, istintivo, irrazionale, precognitivo).

La difficoltà della terapia sta proprio nel riuscire a porsi come 3 e, quindi, produrre l’interiorizzazione che permette di costruire quella situazione triangolare *“triadica”* che è l’Edipo propizio per l’integrazione.

Questa richiede la costituzione di un Super-Io-integrato che perda la consistenza arcaica, persecutoria e distruttiva, per acquisire un elemento paterno insieme ad un altro materno.

Tali considerazioni combaciano perfettamente con le osservazioni fatte nel caso di Gianni che ha accettato il terapeuta (quante sono state le crisi di gelosia!) come *“padre buono”*, ma anche come *“legge”* all’interno dei cui limiti riesce a fare vivere quel sentimento di *“amore”* che però è *“valore”* e *“desiderio di salvare, oltre che di crescere”*.

Essere contenuto per trasformare la dipendenza in accompagnamento e, successivamente, in libertà ed in scelta autonoma del cammino terapeutico transitato per raggiungere, attraverso la gratificazione narcisistica, un sentimento di identità del Sé, di auto-valorizzazione e di auto-soddisfazione.

Con l’identificazione l’ *Io-ausiliario = Super-Io* diventa *Nome del Padre* ed *Io-ideale* che è prolegomeno di individualità.

### c) **Il desiderio.**

Il terapeuta deve saper cogliere la situazione fatidica della *“sorpresa”* che è rappresentato dall’accoglienza nel preciso momento in cui la madre *“produce”* la consegna, l’affidamento e la *“rinuncia”*.

L’atto simbolico trasforma il terapeuta in *“PADRE”* che è il 3, significante della *“castrazione”*, come dice Lacan, ma anche apertura alla crescita attraverso l’atto identificatorio. In questo si ripristina il *“desiderio”* nel quale l’autistico trova un *“luogo”* ed un *“suo desiderio”* che sarà finalmente un atto d’amore prima verso di sé, poi verso il terapeuta e, quindi, verso il mondo della realtà.

La scoperta del desiderio e dell’amore apre le porte all’introiezione ed alla formazione degli oggetti: il primo è *l’oggetto Sé*.

Gianni trova se stesso attraverso il *“desiderio”* di camminare, di scendere e salire le scale, di salutare, di lanciare la palla; nei primi abbracci dei compagni, della maestra; sperimenta la socializzazione, il tutto sotto lo

“sguardo” del terapeuta, attento, preciso, accondiscendente e pieno di “volontà”.

L'emozione (sorpresa) guidata dall'affettività (valore) diventa “desiderio” (apertura all'amore), quindi volontà, memoria, azione non più coatta e stereotipa, ma libera e predeterminata. Il gesto è compreso, gli oggetti diventano stabili, il pensiero si apre al simbolico: è il cammino che ha percorso Gianni tra momenti di aggressività e di accettazione.

Seguendo queste linee-guida, il processo terapeutico mira a far strutturare una *identificazione personale* capace di garantire una *costanza della propria immagine*; il fine non è offrire “salute” o “salute mentale”, ma creare il “desiderio” che è “soddisfazione” di quel “bisogno inespresso” che dà luce, intelligenza e vivacità agli occhi sbarrati di questi straordinari bambini che, come Gianni, ci siamo abituati a chiamare autistici.

Questa immagine riapre il tema della “vita affettiva” che nell'autismo sembra coperta da un velo di indifferenza; quando parliamo di “siderazione affettiva” come sintomo, ci chiediamo se questa sia nascosta o se non sia mai esistita.

L'isolamento funge da fattore tranquillizzante, ma dietro le crisi emotive di angoscia o di terrore sembra mancare una coscienza di sé e una coscienza degli oggetti.

La terapia porta a strutturare un Io-cosciente fondato sull'elaborazione di un tempo reale non ancora legato al simbolico, ma al sistema percezione-coscienza che, all'inizio, si innesta sulla relazione presenza-assenza.

Il terapeuta, vincolato alla castrazione della madre che gli consegna il proprio bambino, si lega al tempo che, nella dinamica presenza-assenza, rende possibile l'affiorare del “*desiderio*”. Tale sequenza si impone al bambino che la trasforma in un “lasso di tempo” che trascorre tra apparizione e scomparsa o “tempo di aspettativa” necessario per tornare ad avere l'oggetto.

Il “desiderio” va a popolare l'inconscio creando così una atemporalità nella quale perdura una “permanenza del desiderio” ed è in questa “iscrizione” che si struttura l' *immaginario*, materia prima per organizzare l'esperienza cosciente.

La coscienza di sé e la coscienza degli oggetti permettono la nascita della “soggettività” e, quindi, del “narcisismo secondario” frutto di impronte, fantasie, pensieri che modificano e modellano il corpo, la cultura ed anche l'apparato psichico.

La soggettività cambia la “*coscienza di sé* che, ancorata alla “*coscienza del tempo*”, “permette di misurarlo non come exteriorità che ordina cronologicamente le esperienze, ma come realtà psichica centrata sull' Ideale dell'Io e sulle vicissitudini della struttura edipica.

Proprio da qui deriva l'importanza e l'imprescindibilità della terapia per uscire dall'autismo, attraversando la “*corrente narcisistica*”, istanza normalizzatrice dello psichismo che, come dice Diana Singer (1998), “*regolerà i movimenti intrapsichici e le relazioni e marcherà i sentieri della soddisfazione desiderativa*”.

Contemporaneamente il narcisismo segnalerà gli accordi e i disaccordi di ogni atto con gli ideali, bilanciando l'autostima che mai diventa indipendente dai vincoli interpersonali.

Gianni (come Matteo, Giovanni, Andrea, Stefano e tanti altri) si guarda nello specchio, incrocia lo sguardo con il terapeuta, fa con lui boccacce e smorfie, si dimena, mentre ... si osserva e stabilisce ... il suo tempo per crescere, il suo ...

“senso di esistere” non più come “*personaggio autistico*” , ma come individuo e come persona.