

AUTISMO – TERAPIA - SVILUPPO

Romeo Lucioni

L'approccio terapeutico-relazionale riferito ai disturbi dello sviluppo pone al centro la questione del soggetto. In questo ordine di cose però, non si può pensare all'individuo come oggetto, proprio perché bisogna considerare anche lo sviluppo di funzioni, di meccanismi e di sistemi che fanno del soggetto una persona.

Dobbiamo considerare tutti gli aspetti relativi a:

- ?? sistema percettivo;
- ?? “ rappresentazionale;
- ?? “ di coscienza;
- ?? “ del pensiero;
- ?? “ psicomotorio;
- ?? “ fonetico-linguistico;
- ?? “ della visibilità;

tutti sistemi riferiti al funzionamento del corpo in relazione non solo con il mondo esterno, ma con il Sé e con gli oggetti interni che si vanno organizzando anche solo sulla base di loro stessi.

Già stiamo parlando di dimensione emotiva, affettiva e cognitiva, vale a dire di quegli aspetti che nella loro complessa interazione vanno formando lo psichismo nei suoi aspetti neurobiologici, neuro-fisiologici, psico-relazionali, personologici. Con molto acume, Alfredo Jerusalinsky sottolinea l'interdipendenza di tutti questi sistemi ricordando come anche il *tono muscolare* sia sottoposto a regolazioni e a disregolazioni in rapporto alle influenze emotive, affettive e, sicuramente anche, cognitive. Le espressioni di distaccati psicomotricisti come Vayer, P. e Lapierre A., Aucoutier B. o di fisioterapisti come i Bobath, sono la tassativa dimostrazione che il tono muscolare è ben lontano dall'essere l'espressione di una pura corporeità. Basta ricordare le concomitanze isteriche, le esperienze di falsi quadri di paraplegie, i pazienti catatonici ed i disturbi psicosomatici per dare supporto conoscitivo alle osservazioni cliniche che ogni terapeuta fa tanto frequentemente. Da tutto questo si desume che il rapporto terapeutico riabilitativo, nel tener conto del soggetto, deve anche considerare le sue parti che sono rappresentate dai sistemi funzionali, dai meccanismi mentali, dalle concomitanti timologico-relazionali.

Rispettando il nostro modello ermeneutico che fa dell'incontro terapeutico una "lettura" di quanto il paziente vuole comunicare, possiamo sottolineare:

- ~~///~~ l'oggetto di studio non è il soggetto, ma il "sistema relazionale" che, sotto la spinta dei vissuti, continua a modificarsi;
- ~~///~~ la memorizzazione che si struttura nei confronti del terapeuta che viene riconosciuto e, soprattutto, ricordato in un certo ambito strutturato: al principio bisognava tenerlo per entrambe le mani; ora si alza da solo e segue il suo Io-ausiliario per la sola sua presenza;
- ~~///~~ la organizzazione di un pensiero sia concreto che affettivo che ancora non ha raggiunto il livello di generalizzazione (riconoscimento per approssimazione) caratteristica del pensiero simbolico;
- ~~///~~ nell'ambito della relazione il pensiero concreto limita la produzione-creazione e la comprensione-lettura ad un modello conosciuto-concreto-sperimentato e, quindi, il soggetto entra in angoscia quando deve affrontare le novità, il differente non sperimentato;

- ✍ nell'intervento terapeutico si comincia a notare la formazione di un *desiderio* che però è ancora *legame*, non ha raggiunto il livello di *creazione* che presuppone individualizzazione, separazione, senso di sé e di volere;
- ✍ la struttura del desiderio non è ancora capace di legarlo al soggetto e, quindi, resta mediato dal terapeuta, che non può essere sostituito (ecco perché non può lavorare con altri). Nell' E.I.T. abbiamo sottolineato (in un altro lavoro) come il desiderio si trasformi in: passione (la prima scena) e creazione (la seconda scena) che è limitata nella ripetizione di un gesto abituale e sottolineato dalla liberazione del linguaggio, anche se solo formata dall'esclamazione "uno - due";
- ✍ il pensiero concreto è vincolato alla questione del reale, ma questo è anche ancorato al desiderio che, non potendo essere proprio, è ancora il "*desiderio del terapeuta*" espresso come:
 - ?? desiderio intimo e che appartiene all'analista al quale il soggetto si adegua come atto affettivo;
 - ?? desiderio di possedere l'analista che appunto permette al soggetto, immerso nella sua volontà fusionale, di fare quello che da solo non può;
- ✍ la paura (prima era vero terrore) di fare qualcosa di nuovo è strettamente vincolata al senso di sé e all'autostima. Il modello terapeutico relazionale (E.I.T.) si fonda sulla comunicazione per la quale è fondamentale l'equilibrio dell'autostima che trova la sua verità su ciò che il soggetto si immagina di ricevere come risposta. La competenza narcisistica condiziona, quindi, ed è condizionata dalla relazione, ma specialmente da quella strettamente inter-soggettiva o interpersonale. È per questo che il soggetto non può "fidarsi degli altri" dato che ha sperimentato la mano tesa del suo terapeuta e quindi "si fida";
- ✍ il problema dall'angoscia si lega alla "struttura soggettiva" (autocoscienza; autovalorizzazione) che, posta a livello del "pensiero concreto", diventa "produzione soggettiva". Questo ci spiega perché in Ivano (come in tutti gli altri autistici) il fare induca angoscia e come, solo attraverso la relazione, nell'inter-relazione con il proprio analista-Io-ausiliario, l'angoscia trovi una nuova ubicazione nella relazione tra soggetto ed oggetto, nella quale la responsabilità soggettiva sostituisce, anche in parte, la colpa nevrotica e/o psicotica.

È interessante anche considerare l'abitudine di questi pazienti ad afferrare violentemente tutto ciò che cade sotto le loro "grinfie".

È chiaro che questo appropriarsi degli oggetti è caratteristico di tutti i bambini che non hanno ancora sviluppato una auto-identificazione; si evidenzia una mancanza di *soggettivazione* così che anche l'isolamento coatto potrebbe essere spiegato dal fatto che, se non si mantiene nel suo angolo e nella sua sedia, può strutturarsi (ed in maniera soggettiva) solamente attraverso la relazione con il terapeuta che funge da un Io-ausiliario. Al di fuori di questo rapporto, si sente perduto, strappato dalla realtà ... dai vissuti che sono concreti, così come lo sono anche le "sensazioni".

Proprio per questo cerca solo blocchi ed inibizioni (che costituiscono la sua *costituzione soggettiva*), rinunciando alle funzioni stimolanti, facilitanti e creatrici.

Ci troviamo anche di fronte ad una mancanza di coscienza degli oggetti e dell'oggetto Sé (autocoscienza), per cui manca di un "proprio corpo-immaginario" così, quando è solo, deve ricorrere ad un oggetto (rubato o carpito = possono

anche essere i capelli di qualche compagno o gli occhiali dell'insegnante) che gli dà la possibilità di strutturare un "pensiero concreto", fusionale con la realtà, che non può rischiare di perdere perché sarebbe per lui come *sparire*.

Questo meccanismo arcaico è l'unico che il bambino può mettere in evidenza come crescita dello *statuto di uno spazio immaginario* ed equivale ad un primordiale processo di riconoscimento di Sé che parte, invariabilmente, dall'Altro (depositario dell'oggetto aggredito e/o rubato).

La vicinanza del terapeuta permette di attenuare l'angoscia di perdere l'*oggetto primordiale* (il seno), ma questa simbiosi lo porta a costituirsi soggettivamente come "Altro di se-stesso". È questo il momento in cui l'autistico accetta che il suo terapeuta si distacchi da lui per creare la nozione di *diverso* e per poter da solo gettare la palla ad un compagno e i cerchi ad un altro terapeuta: gesti che cominciano a creare una nuova identificazione che è, finalmente, soggettivazione (se l'analista non diventa "estraneo", il processo terapeutico si ferma).

Freud ha messo in evidenza come, nel periodo di maturazione, la percezione di un pericolo straordinario e incontrollabile sia strettamente associato alla propria relazione con l'Altro che si trasforma in rappresentazione mentale delle relazioni oggettuali.

Da qui si può dire che l'angoscia è determinata da uno stato di impotenza psichica riconosciuta nella condizione di separazione. Se analizziamo il comportamento autistico, possiamo delineare perfettamente due situazioni motivazionali istintive:

- ~~///~~ *senso di onnipotenza* che il bambino a viverci come sovrano e padrone del proprio territorio (la sedia, la stuoia, l'angolo vicino alla finestra, ecc.) dal quale nessuno lo può togliere e in cui si sente sicuro e di "potere";
- ~~///~~ *impossibilità di sentire separati gli oggetti*; da questo deriva un bisogno simbiotico con l'Altro, pena l'intromissione di una perdita che equivale sempre a morire o, ancor peggio, a sparire, svanire nel nulla.

Queste funzioni psichiche primitive conferiscono una certa *consapevolezza soggettiva* che funge da *autoconsolazione* nell'ambito di *esperienze pre-rappresentazionali*. I comportamenti aggressivi e violatori, sottesi al senso di onnipotenza, si aggiungono a quelli di rifiuto dell'abbandono (ricordiamo l'impossibilità di accettare che la madre si allontani) che appare come caratteristica dell'autismo, come una specie di volontà a imporre il proprio stile, le proprie decisioni.

Tale atteggiamento non va considerato come una vera e propria capacità mentale di volere, ma come impulso incontenibile (quindi poco meditato, acritico e inappropriato) che porta ad afferrare, a trattenere anche se gli educatori e/o il terapeuta cercano di dissuaderlo e/o di impedirglielo (a volte sembra che il bambino non senta neppure il dolore quando ha afferrato gli occhiali dell'operatore e questi glieli toglie con qualsiasi mezzo).

In questo breve spazio di tempo che intercorre tra l'aggressione e la restaurazione dell'equilibrio si giocano le possibilità di strutturare quegli elementi che, delimitando, fanno partecipi di una "legge", includono nelle dinamiche del "Nome del Padre" o, se vogliamo, nell'immaginaria appartenenza ad una famiglia per cognome e per nome.

In un precedente lavoro (Fumagalli, Lucioni, Romano) abbiamo messo in evidenza come l'instaurarsi di processi affettivi riesca a bloccare le scariche emotive (che sfociano in una scarica motoria), della rabbia e della frustrazione; proprio per

questo solo attraverso un intervento terapeutico fondato sulla relazione, sullo scambio affettivo, sul riconoscimento e sulla valorizzazione del Sé, si può procedere al ripristino ed alla ristrutturazione delle funzioni adattive dell' Io.

I vissuti affettivi della relazione permettono di strutturare la funzione riabilitativa della terapia, di riportare l'autistico a strutturare quelle possibilità dinamiche che facilitano l'interazione con la realtà esterna e non esserne, al contrario, travolti e schiacciati a causa di una reattività istintiva.

Sperimentare vissuti capaci di immettere nell'ambito della "legge" è forse il compito principale della terapia e del rapporto tra soggetto ed analista proprio perché, nel distacco, questo tipo di relazione apre e crea un luogo che permette di annullare la simbiosi, castrare l'onnipotenza primitiva, sterilizzare la distruttività istintiva, creare ponti relazionali sui quali transitano i vissuti valorativi ed, in ultima analisi, il vero senso della convivenza, dell'altruismo, della riconoscenza, della reciprocità e dell'amore.

La relazione permette di raggiungere un equilibrio omeostatico nell'ambito del quale i vissuti affettivi sono tollerabili e diventano capaci di attivare dinamicamente l' Io invece di sommergerlo e disorganizzarlo.

Nel segnale e nel vissuto affettivo il bambino trova la possibilità di vivere quelle relazioni pre-oggettuali che permetteranno la formazione di rappresentazioni mentali accettabili, memorizzabili ed utilizzabili per continuare a costruire le basi fondanti del Senso di Sé, dell'autostima, dell'autosoddisfazione e di una personalità integrata ed integrante.

Il processo terapeutico che si deve basare sulla prassi e, per questo, su teoremi, non può limitarsi a riconoscere i risultati ottenuti, ma deve permettere di stilare programmi adattabili alle situazioni che cambiano ed, anche, ad una prognosi.

BIBLIOGRAFIA

- ?? JERUSALINSKY, A. et ALL.: *Psicoanalisi en problemas del desarrollo infantil*, Nueva Visión, Buenos Aires, 2000.
- ?? LAPIERRE A., AUCOUTOURIER B.: *Simbologia del movimento*, Científico Mèdica, Barcelona, 1977.
- ?? LAPIERRE A., AUCOUTOURIER B.: *El cuerpo y el inconsciente en educaciòn y terapia*, Científico-Mèdica, Barcelona, 1980.
- ?? VAYER P.: *El dialogo corporal*, Científico Mèdica, Barcelona, 1977.
- ?? BOBATH B., BOBATH K.: *Lo sviluppo motorio nei diversi tipi di paralisi cerebrale*, Libreria scientifica, Milano, 1976.
- ?? BOBATH B.: *Base neurofisiologica para el tratamiento de la paràlisis cerebral*, Panamericana, Buenos Aires, 1982.
- ?? ZAZZO R.: *Immagine speculare e immagine antispeculare*, "Età Evolutiva", 1,5,1978.
- ?? STERN D.D.: *Il mondo interpersonale del bambino*, Bollati Boringhieri, Torino, 1987.
- ?? FUMAGALLI A., LUCIONI R., ROMANO R.: *Angoscia e sviluppo delle funzioni affettive*, Identificazione e Soggettivazione, Edizioni Hualfin, 2004.