

Università della Calabria

Dottorato di Ricerca in

Psicologia della Programmazione e Intelligenza Artificiale

XIX Ciclo

Settore Scientifico-Disciplinare M-PSI/01

Tesi di Dottorato

**La relazione madre-bambino tra normalità e patologia:
una riflessione sugli stati autistici e il loro trattamento**

Il Candidato

Dott.ssa Giuseppina Cafieri

Il Tutor

Prof. Pier Augusto Bertacchini

Il Correlatore

Dott.ssa Carmela Bruno

Il Coordinatore

Prof.ssa Eleonora Bilotta

Indice

Introduzione **Pag. 4**

Capitolo Primo: Mondo interno e nascita della mente **Pag. 8**

1.1 Il modello evolutivo Kleiniano

1.2 Inizio prenatale della vita mentale

1.3 La nascita della mente nella relazione madre-bambino

1.4 La nascita della mente come formazione di uno spazio

tridimensionale

La mono-dimensionalità

La bi-dimensionalità

La tri-dimensionalità

La quarta dimensione

Capitolo secondo: Il punto di vista delle neuroscienze: alcune riflessioni

Pag. 26

2.1 Psicopatologia e neuroscienze: alcuni elementi

Capitolo Terzo: Che cos'è l'autismo

Pag. 36

3.1 Questioni eziologiche

3.2 Il punto di vista psicoanalitico: la teoria delle relazioni oggettuali

3.3 Alcuni riferimenti storici

3.4 Lo stato autistico

Capitolo Quarto: Il trattamento dei “bambini che non sanno giocare”

Pag. 50

4.1 La prospettiva dell’Infant Observation nel modello Tavistock

4.2 La psicoterapia degli stati autistici

4.3 La realtà spazio temporale del setting

4.4 La valutazione del bambino autistico e della sua famiglia

4.5 La valutazione del bambino

4.6 Impedimenti autistici allo sviluppo del gioco

4.7 Problemi tecnici nel lavoro psicoterapeutico

4.8 Transfert e controtransfert con i bambini autistici

4.9 L’essere riconosciuto

4.10 L’insorgere delle emozioni

Capitolo Quinto: Presentazione di un caso clinico: Marco

Pag. 86

Capitolo Sesto: Conclusioni

Pag. 86

Riferimenti bibliografici

Pag. 101

Introduzione

Sia gli approfondimenti psicoanalitici più recenti (Ogden, 1991, 1994), sia gli studi etologici, l'elaborazione della teoria dell'attaccamento e la ricerca evolutiva hanno permesso di delineare negli ultimi anni un modello di sviluppo che mette in primo piano i processi di regolazione reciproca all'interno della coppia neonato-madre, rispetto ai precedenti che ponevano maggiore attenzione ai processi maturativi. Esso si focalizza prevalentemente sulla nascita ed evoluzione del senso del Sé dell'individuo e sullo sviluppo delle relazioni oggettuali, ponendo al centro gli affetti ed il loro valore motivazionale. Lo studio delle neuroscienze ha recentemente confermato come i diversi tipi di esperienza relazionale precoce abbiano un impatto positivo o negativo sulla struttura psichica in evoluzione.

Lo sviluppo è il risultato dell'interazione del bambino con le sue capacità innate e via, via con quelle acquisite) con le provvidenze.... offerte dall'ambiente. L'insieme delle condizioni che la madre struttura intorno al bambino (ambiente fisico, attenzione, alimentazione, cure corporali, ecc.) costituiscono un "setting" che sarà diverso a secondo delle caratteristiche sia del bambino che della persona che lo accudisce. In tal senso possiamo affermare che è attraverso tale "setting" che la madre "comunica" continuamente con il suo bambino.

In ognuna di queste eventualità sono insite indicazioni che riguardano lo stato mentale ed emotivo di lei e il bambino ne trarrà delle conclusioni sia dal punto di vista emotivo che cognitivo: cioè, a seconda delle reazioni della madre agli

eventi, egli tenderà a considerarli pericolosi, gradevoli, sgradevoli, da ricercare, da evitare, ecc.

Si costituiscono così, in un contesto prettamente relazionale, gli schemi emozionali che guideranno l'esistenza del soggetto (L. Solano, 2001) e che vanno a costituire il suo mondo interno.

L'ambiente assume, in questo modello, una grande importanza in quanto è quello che permette al bambino di sviluppare molte sue potenzialità. Alcune di queste si svilupperanno, altre resteranno silenti, altre ancora, se non esercitate, non verranno mai utilizzate da quel determinato individuo.

Sia Bion che Winnicott, relativamente ai primissimi rapporti madre-bambino, hanno richiamato l'attenzione sulla capacità della madre di *riflessione empatica*, fenomeno per il quale usano rispettivamente il termine di "Reverie" e quello di "Preoccupazione materna primaria".

Attraverso questo fenomeno il neonato, è "protetto" dalla mente della madre allo stesso modo in cui, prima della nascita, era contenuto e protetto nell'utero. In questo contenimento protettivo il bambino "non sa" che il suo corpo è separato da quello della madre. Le prime simbolizzazioni del bambino sono in gran parte legate al suo rapporto con la madre e alla capacità della madre di capirne ed interpretarne i bisogni; per questo motivo, la corrispondenza dell'interpretazione materna a questi bisogni è di primaria importanza.

Essa consente al bambino di sentirsi capito e pone le basi della sua capacità di capirsi in modo autonomo e di condividere con gli altri le proprie emozioni.

Una madre che fraintende i messaggi del suo piccolo, ne danneggia fortemente la struttura mentale, perché interferisce con lo strutturarsi di processi di scissione efficaci e utili per la sopravvivenza e per uno sviluppo simbolico personale e creativo.

Sono, infatti, necessarie molteplici esperienze perché si consolidi la consapevolezza di spazi interni ed esterni al Sé: l'esperienza che il bambino fa con la propria pelle, che funziona da confine con la pelle della propria madre, e

che è sentita come qualcosa che contiene ed aggrega parti del corpo e della personalità non ancora aggregate (D. W. Winnicott, 1945; E. Bick, 1968); la modulazione dei suoi stati di angoscia e l'attribuzione ad essi di un significato emotivo; sul piano neurofisiologico, la progressiva distinzione degli stati di sonno da quelli di veglia e la percezione soggettiva della differenza fra i contenuti mentali presenti in quegli stadi; lo sviluppo della memoria che comporta la consapevolezza della ripetitività degli eventi e la capacità di prevederli. Se tutte queste esperienze si sviluppano positivamente il bambino può sviluppare stati mentali tridimensionali e con questo passaggio acquisire un'istanza interiore per il contenimento e la creazione di simboli: la mente.

A volte, però, questo sviluppo non avviene e alcuni bambini presentano un danno in questa fondamentale capacità di interpretare e costruire il loro mondo, rimangono dipendenti in modo eccessivo da modelli di comportamento guidati da fuori più che da dentro: la loro mente non riesce a nascere; si identificano con le caratteristiche più superficiali e sensoriali degli oggetti esterni strutturando vari gradi di patologie di tipo autistico. Nei casi meno gravi possono raggiungere un buon livello di adattamento sociale, ma il loro apprendimento sarà comunque piatto e meccanico, privo di qualità emotive (O. Caccia, 2000).

Le scoperte sull'importanza per lo sviluppo emotivo e cognitivo del bambino dell'interazione vitale con una figura umana affidabile solleva importanti problemi tecnici nel trattamento di bambini gravemente ritirati o autistici. Questi bambini hanno bisogno di molto aiuto da parte di un'altra persona per apprendere come modulare e canalizzare l'esperienza. Esiste quindi un legame tra le "attività di recupero" dirette ai pazienti autistici e le più normali attività di "richiamo" o "risveglio" compiute da madri normali dei neonati normali (A. Alvarez, 1993).

Le condizioni per la ripresa, aldilà dei fattori che hanno determinato la condizione autistica, possono trovarsi nell'ambito della promozione di una

capacità di interazione al livello evolutivo appropriato, possibilmente molto precoce.

L'importanza del lavoro psicoterapeutico consiste nella possibilità di percepire gli stati interni del paziente, aiutandolo a denominare affetti e pensieri finora non distinguibili e non nominabili e nel metterli in relazione con le vicende che li suscitano. Perché vi sia un cambiamento, è necessario che vi sia un'esperienza emozionale insieme ad un terapeuta. Nel caso della patologia autistica, il terapeuta dovrà aiutare il bambino a confrontarsi con le emozioni, a poterle riconoscere, accoglierle e poterci convivere. La grande difficoltà è che ci troviamo di fronte a pazienti che hanno pochissima o nessuna consapevolezza delle proprie emozioni e una significativa mancanza di empatia.

Gli interventi del terapeuta devono, ovviamente, raggiungerlo in una "lingua" o in una forma appropriata al suo livello di sviluppo (anche molto arcaico) con il quale funziona.

In questo consiste il lavoro psicoanalitico con i bambini autistici: essere capaci, da una parte, di bilanciarsi tra i tentativi di interessare ed attrarre il bambino, di trasformare le preconcizioni in concetti e, dall'altra, lasciargli spazio per le sue esperienze, nel momento in cui comincia ad emergere il suo Sé.

In questo senso, la psicoterapia può essere considerata un tipo di regolazione affettiva nei confronti della patologia psichiatrica che è una forma di disregolazione emotiva.

La parte finale di questo lavoro consiste nell'esposizione di un caso relativo alla psicoterapia di un bambino autistico da me seguito in trattamento intensivo a tre sedute settimanali dall'ottobre 2004 secondo il modello Tavistock e tutt'ora in corso.

Capitolo Primo

Mondo interno e nascita della mente

Le osservazioni psicoanalitiche dimostrano come i bambini non abbiano soltanto relazioni con persone e cose nella realtà esterna, ma posseggano anche un mondo di relazioni molto ricche e complesse con figure inconsce del loro mondo interno.

P. Heimann (1952) ha collocato la costruzione del mondo interno del bambino nelle fasi più precoci dello sviluppo: "Nasce un mondo interno. Il bambino piccolo sente che ci sono oggetti, parti di persone e persone intere dentro il suo corpo che sono vivi ed attivi, che lo influenzano e sono influenzati da lui. Questo mondo interno pieno di vita e di eventi è una creazione della fantasia inconsua del bambino. Fa parte della sua relazione con l'ambiente ed egli è influenzato dalle attività e dai sentimenti-immaginati da lui stesso come se fossero immagini reali degli oggetti interni che lui ha creato tanto quanto lo è dalle persone reali fuori di lui. Sensazioni, stati d'animo, sentimenti e modalità comportamentali sono ampiamente determinati da fantasie su persone e su eventi che accadono nel mondo interno... Le fantasie sul mondo interno sono inseparabili dalla relazione del bambino con il mondo esterno e le persone reali..."

" Si potrebbe dire che i bambini vivano, dal punto di vista psichico, in due mondi: nel mondo esterno, accanto a figure reali della loro vita e nel mondo delle loro fantasie inconsue che riusciamo a conoscere solo attraverso i loro giochi, le loro personificazioni, i loro movimenti, i loro racconti, i loro sogni.. ..

di conseguenza, le fantasie inconsce possono essere considerate la loro “visione del mondo”, una visione del mondo piuttosto rudimentale, radicata prevalentemente nelle esperienze corporee (R. Bertolini, 2000).

Esse vengono attivate ogni volta che qualcosa di emotivamente significativo, di intimo, di personale li colpisce, li incuriosisce. Tali fantasie si configurano come scenari immaginari che contengono alcune idee spesso molto primitive su come funzionano i rapporti tra le persone (R. Bertolini, 2000).

1.1 Il modello evolutivo kleiniano

M.Klein (1963) nel “Il nostro mondo adulto e le sue radici nell’infanzia” ha descritto come il mondo interno di una persona si costruisca attraverso un processo continuo di introiezioni (prendere dentro) e di proiezioni (mettere fuori) che incomincia fin dai primi giorni di vita.

Il suo lavoro costituisce un importante contributo nell’esplorazione di precoci fenomeni mentali inaccessibili se ci si basa prevalentemente sulle esperienze verbali.

Per la Klein, la mente umana è costituita non più da rapporti e conflitti tra diverse istanze psichiche, ma da un mondo interno personale che si arricchisce, prende forma e si articola in un succedersi di relazioni oggettuali¹.

Esso non è un semplice duplicato della realtà esterna perché si va costruendo dall’incontro tra fantasie ed oggetti, angosce e difese, proiezioni ed interiorizzazioni ed è alla base della creatività personale..

¹ In termini molto semplici, l’ “oggetto” e la “relazione oggettuale” possono essere descritti come la rappresentazione interna di figure e di rapporti che sono significativi sul piano emotivo, sia in senso positivo, che negativo. Il neonato, per esempio, prova un’esperienza interna di bontà e di benessere dopo essere stato nutrito, non solo in senso fisico, ma in anche in rapporto alla modalità “...di cure ricevute....?”. Nel ripetersi di queste esperienze, il bambino percepirà una fonte di bontà dentro di sé, che avverte come una sorta di presenza concreta, che fa parte di lui e non gli viene solo offerta dall’esterno. Ha così un rapporto positivo con un “oggetto” buono (M. Waddell, 1998).

La Klein riteneva che le strutture mentali derivassero da una molteplicità di oggetti interni, le cui caratteristiche, nella fantasia inconscia, cambiavano in relazione alla progressiva crescita del bambino (Isaacs, 1943).

Il termine *phantasy* è intenzionalmente segnalato con “ph” invece che con “f” proprio per sottolineare la natura qualitativamente differente del processo psicologico inconscio preso in considerazione, a differenza di ciò che possiamo estrapolare della creazione di una fantasia conscia. Il modello è interpersonale (o “relazionale”, Mitchell, 1988), poiché collega lo sviluppo dell’Io e degli oggetti interni alle relazioni interpersonali.

Il lavoro della Klein, avvalendosi di una tecnica pionieristica basata sul gioco con i bambini ha messo in evidenza la forza pervasiva degli impulsi infantili nella vita adulta e la ricchezza e la complessità della vita della mente, costantemente attiva anche quando la consapevolezza conscia è sopita.

Nel modello kleiniano, la mente assume due posizioni fondamentali: quella schizoparanoide e quella depressiva. Il termine “posizioni” sta ad indicare un insieme di relazioni d’oggetto esterne ed interne, fantasie, angosce e difese, alle quali è probabile che l’individuo ritorni nel corso della vita, in una continua oscillazione dall’uno all’altro.

Il termine “schizoparanoide” descrive la più primitiva relazione del neonato con il mondo esterno e fa riferimento ad un funzionamento schizoide o scisso in cui le persone o gli eventi sono vissuti in modo estremo, o come irrealisticamente meravigliosi (buoni) o come irrealisticamente terribili (cattivi): si tratta di uno stato mentale caratterizzato da una sensazione di persecuzione di fronte alla sofferenza e allo sconforto emotivo e dal predominio dell’istinto di conservazione.

E’ uno stato mentale necessario in una fase così precoce della vita, dal momento che il neonato si ritrova a dover gestire esperienze emotive che sul piano psichico, non è ancora in grado di digerire.

I primi sforzi del bambino di organizzare le percezioni interne ed esterne sono dominati dalla scissione. In questo modo egli attribuisce ogni bontà, amore e piacere a un oggetto ideale e ogni dolore angoscia e cattiveria a uno persecutorio. Tutti i sentimenti buoni di affetto e desiderio sono diretti all'oggetto buono idealizzato che il bambino desidera possedere, portare dentro (introiettare) e percepire come sé stesso (identificarsi). Il sentimento negativo (odio, disgusto ecc.) è proiettato nell'oggetto persecutorio, perché il bambino vuole liberarsi di tutto ciò che sente cattivo e distruttivo. In questo stadio, la vita mentale del bambino è molto labile: ciascuno oggetto esterno ha almeno una rappresentazione buona e una cattiva, ma entrambe sono solo parti e non l'oggetto intero (P. Fonagy, M. Target, 2003). Nella posizione successiva, quella "depressiva" emerge la capacità del bambino di percepire la madre come un oggetto intero: ciò permette un rapporto abbastanza equilibrato, anche se ambivalente. Il bambino tiene conto della propria capacità di amare e odiare il genitore. Il riconoscimento di queste dinamiche provoca sentimenti di colpa e il desiderio di riparazione che si concretizzano nell'esperienza dell'altro come separato dal Sé, come una persona completa che ha una vita autonoma. La Klein chiama questo vissuto "angoscia depressiva"

Il conseguimento della posizione depressiva è considerato dalla Klein (1935) come il processo centrale e il compimento dello sviluppo del bambino.

La Klein propone una visione degli stati mentali in continua evoluzione nel corso dello sviluppo. Come suggerito da Waddell (1998), per tutto il corso dell'esistenza esiste una fluttuazione costante tra un atteggiamento prevalentemente egoistico ed egocentrico nei confronti del mondo ed un atteggiamento di generosità e preoccupazione, anche se mitigato dalla preoccupazione per sé stessi. Vi è un'interazione costante, per es., fra gli stati mentali che caratterizzano ogni fase dello sviluppo.

Gli atteggiamenti mentali che sono propri di stadi differenti dello sviluppo (infanzia, periodo di latenza, adolescenza, età adulta), saranno soggetti, in certi

momenti, all'influenza delle forze emotive che sono caratteristiche della posizione schizoparanoide o di quella depressiva, indipendentemente dall'età dell'individuo. E' possibile riscontrare lo stato mentale di un adulto in un neonato, quello di un neonato in un adolescente, quello di un bambino in un anziano e così via.

I vari stadi mentali si manifesteranno in rapporto all'atteggiamento emotivo dominante in quel momento nei confronti del Sé.

Quando, nella posizione depressiva, diminuiscono le proiezioni e il senso della realtà sia interna, sia esterna si consolida, l'individuo raggiunge un'iniziale comprensione della natura dei propri impulsi e delle proprie fantasie.

Spillius (1988)afferma che la posizione depressiva possa essere innescata dalla percezione, da parte del bambino, che il genitore ha pensieri e sentimenti, ha, cioè, una "teoria della mente" o mentalizzazione" (Fonagy, Steele, Moran et al., 1991)

A questo punto dobbiamo chiederci cosa intendiamo per mente e cioè la capacità esclusivamente umana di attribuire un significato personale ed unico alla propria esperienza nel mondo.

1.2 Inizio prenatale della vita mentale

La psicoanalisi ipotizza un inizio di vita mentale già a partire dalla gestazione in utero.

S. Isaacs, nell'articolo "Natura e funzione della fantasia", sostiene che la fantasia inconscia, come modalità primordiale di interpretare il proprio corpo, il corpo materno e la loro relazione, coincida con l'inizio della vita extrauterina.

I recenti studi ecografici sul comportamento del feto mettono in evidenza come esista una continuità tra vita postnatale e prenatale, sia dal punto di vista dei comportamenti che del temperamento dell'essere umano. Questi studi sono stati

fatti osservando un certo numero di bambini sia in utero durante le ecografie di controllo che più tardi, una volta nati, all'interno del loro ambiente familiare.

Molto interessanti sono le osservazioni fatte sui gemelli e sul loro rapporto all'interno e all'esterno della cavità uterina. E' stato osservato che il gemello che esplora più liberamente con gli arti e con la bocca la placenta e il cordone ombelicale, tende dopo la nascita ad avere un atteggiamento verso la realtà più aperto, tende ad usare la bocca, le mani per afferrare il mondo fuori di sé, si muove verso spazi più ampi con decisione come se volesse impossessarsene; il gemello che, al contrario, in utero è vissuto dentro spazi più ristretti, tende come neonato a concentrarsi dentro spazi più ristretti, ad essere passivo, ad aspettare che sia la realtà ad entrare dentro di lui (O. Caccia, 2000)

A. Piontelli (1992), ha dimostrato come nell'ambito della letteratura psicoanalitica, non tutti considerano l'evento della nascita come "il punto di svolta che mette in funzione la mente". Alcuni autori ritengono che la nascita sia piuttosto paragonabile ad un punto in un continuum all'interno di un groviglio estremamente complesso di fili psicologici e fisiologici che interagiscono, in quel momento e in seguito, nella formazione del Sé. Oltre al corredo genetico, bisogna considerare l'ambiente naturale (grado di libertà di movimento all'interno dell'utero, qualità della placenta, liquido amniotico ecc.) Tali "fattori" dell'ambiente naturale sono influenzati notevolmente dagli stati mentali consci ed inconsci della madre, sono in stretta relazione con il suo corpo, con l'ambiente in cui lei si trova.

E' noto che lo sviluppo fisiologico del bambino è legato alla fase ormonale, all'attività fisica e psichica della madre: i fattori fisici ed emotivi nella vita della madre influenzano anche la natura del mondo intrauterino in senso generale.

Il mondo interno è estremamente sensibile agli stadi mentali, di calma o di ansietà, ed è anche influenzato dalle sollecitazioni prodotte dagli stimoli fisici,

come i suoni, la luce e le vibrazioni, per esempio, sia che questi siano tranquillizzanti o inquietanti.

In questo primissimo stadio non è possibile operare una netta distinzione tra fattori fisici ed emotivi, interni ed esterni. Anche le circostanze effettive in cui avviene la nascita, come il grado di ansietà, di intervento tecnologico, la natura dell'ambiente al momento del parto, il livello di stress, la sensazione di pericolo o di fiducia, contribuiscono in modo significativo a determinare la qualità dell'esperienza dei genitori e, inevitabilmente del bambino.

Le descrizioni di Piontelli di ostetriche e genitori che guardano le immagini ecografiche dei bambini, dimostrano come a questi feti, in una fase tanto precoce, venga attribuita una specifica personalità: “E’ un tipo nervoso”; “E molto calmo”; “Sembra abbastanza riflessiva” ecc. questi giudizi, riguardo il comportamento effettivo, sono in correlazione con il fatto che tutti i genitori attribuiscono, a livello conscio o inconscio, un carattere ai loro bambini non ancora nati: ciò è influenzato da bisogni, esperienze passate, percezione di sé, alternanza di stati mentali dei genitori

Il bambino, quindi, nasce con una propria complessa vita emotiva, investito da una ampia gamma sentimenti, speranze e timori altrui, è oggetto di previsioni e di aspettative.

L'ambiente più vicino al bambino, il suo mondo, il mondo del corpo e della mente della madre esercitano una grande influenza e sono determinanti per il bambino.

Come sottolinea la Piontelli, molti sono gli studi su come i fattori e le esperienze fisiche influiscono sul bambino che deve nascere, mentre meno noto è l'impatto esercitato sul bambino dallo stato mentale della madre e dal rapporto tra il suo stato mentale e il carattere del neonato sia prima che dopo la nascita.

Alla nascita esiste un corredo mentale del bambino costituito da “preconcezioni” innate, da protopensieri derivati dalle primissime frustrazioni.

Secondo Bion, alcune esperienze fisiologiche o sensoriali acquisterebbero, ad un certo punto per il bambino delle qualità psichiche. Recentemente, altri autori hanno ipotizzato che alcuni nuclei protomentali si formino già durante le ultime settimane di gestazione: essi non sarebbero legati alla sperimentazione o alla frustrazione di bisogni istintuali, ma alla percezione di piccole rotture nel continuum fusionale della vita intrauterina. I nuclei protomentali contribuirebbero a dare forza espressiva e comunicativa al neonato.

Osservando i neonati, infatti, si nota quanto diverse siano le loro capacità di comunicazione: alcuni di essi sono immediatamente collegati al loro oggetto d'amore, lo cercano attivamente ed immediatamente lo riconoscono, sperimentano il bisogno come un "bisogno di", non come un bisogno generico, si eccitano alla vista del seno, dando a chi li osserva la chiara impressione di sapere benissimo quello che vogliono. Altri sono molto più indifferenziati: meno chiaro è il perché del loro pianto. Sono neonati che lasciano alle mamme il compito di decodificare ed interpretare i loro bisogni (O. Caccia, 2000).

E. Gaddini in "Note sul problema mente-corpo", tenta una descrizione psicoanalitica dello sviluppo differenziato della mente dal corpo a partire dalla vita intrauterina. Secondo Gaddini, i ritmi fisiologici del bambino, già all'interno dell'utero materno, vengono progressivamente appresi conservati in memoria; la memoria diventa la base del passaggio al mentale nel senso che il bambino, a causa della ripetitività degli eventi fisiologici diventa ad un certo punto cosciente del suo modo di funzionare e sulla base dei modelli fisiologici immagazzinati costruisce i primi modelli mentali. La mente, però, per Gaddini, non è solo consapevolezza del corpo, è anche soprattutto attribuzione di significato.

Le teorie di Gaddini sono stati influenzati dai lavori di D. Winnicott il quale, già negli anni quaranta, costruiva delle ipotesi sull'esperienza dei bambini in utero. Egli parlava del feto come di un essere non ancora integrato, incapace di collegare i diversi impulsi e le diverse sensazioni. L'integrazione è il risultato di

una lenta costruzione che avverrebbe in parte negli ultimi mesi della vita intrauterina, in parte subito dopo la nascita. La nascita accelererebbe enormemente tale processo sia per la percezione dei bisogni istintuali, sia per le esperienze delle cure fornite dalla madre.

L'ipotesi di un'origine prenatale della mente è stata oggetto d'interesse delle ricerche neurologiche degli ultimi decenni. Già nel 1981, Mancini attribuiva alla fase di sonno Rem, presente nel feto fin dalla 28-30 settimana di gestazione, la funzione di elaborare le esperienze sensoriali del bambino all'interno dell'utero e di trasformarle in rappresentazioni mentali. Secondo Mancini, nelle fasi di sonno Rem, opererebbe l'attività protomentale di cui parla Bion.

Il risultato di tale attività sarebbe la formazione di un equivalente psichico della pelle che funzionerebbe da contenitore del nucleo istintuale originario geneticamente trasmesso.

1.3 La nascita della mente nella relazione madre-bambino

Madre e bambino sono, fin dalla nascita, intenti in un reciproco lavoro, da mente a nascente mente, perché prenda forma, quello che oggi viene definito il Sé, l'esistenza mentale di ciascuno di noi.

E' stato sempre chiaro che il percorso di crescita del bambino è radicalmente frutto della presenza della madre "naturalmente" predisposta a questo compito e che perderla, specie alla nascita o nei primi anni di vita, si rivela gravemente lesivo (R.A. Spitz; E Bick, 1968)

Il ruolo fondamentale nella nascita della mente è quello giocato dalla madre, cioè le risposte che lei offre ai bisogni del neonato e i significati che ad essi attribuisce.

Più di ogni altro autore, Bion pone l'accento sul ruolo della mente della madre nel "partorire" la mente del bambino

Nel pensiero di Bion il modello di sviluppo della mente diventa di tipo “alimentare” per cui la mente viene nutrita dalle esperienze vere e viene avvelenata da quelle false. Egli pone l’accento sul ruolo della mente della madre nel “nutrire”, in termini metaforici, nel dare forma ai “pensieri” rudimentali del bambino che inizialmente sono un insieme confuso di impulsi e sensazioni.

Attribuisce alla mente della madre non solo il compito di capire e condividere significati, che almeno in potenza, sarebbero nel bambino, ma di fornire attivamente significati ad eventi fisici ed emotivi che per il bambino non avrebbero nessun significato. La madre porta al bambino non solo le sue evidenti qualità di amore e nutrimento, ma anche il suo Sé pensante, gli stadi mentali ed emotivi che vengono utilizzati dal bambino per raggiungere una maggiore integrazione, un Sé più integrato (M. Waddell,1998).

Il bambino è incapace di assorbire tutte le esperienze intense: proiettando gli elementi non elaborati in un’altra mente umana (un contenitore) che può accettarli e trasformarli in significati, la mente del bambino può farvi fronte. Egli ha descritto la funzione di “Reverie” come la capacità materna di accogliere le proiezioni del bambino, comprenderne il significato e restituirlo in una forma “metabolizzata”.

Bion ha sottolineato la necessità che la madre “contenga” mentalmente il bambino e gli risponda emotivamente e fisicamente in modo da modulare i suoi sentimenti incontrollabili e riconoscere la sua iniziale consapevolezza dei propri stati psichici. La madre “rifletterà” al bambino la propria comprensione sia dei suoi sentimenti sia della causa di essi. Questo va oltre il “rispecchiamento” (Meltzoff, Gopnik, 1993), dal momento che la madre non solo riflette lo stato emotivo del bambino, ma anche la propria capacità di occuparsi di lui senza essere sopraffatta.

Ciò costituisce il supporto relazionale per lo sviluppo del pensiero. Il bambino, infatti, può far fronte e reinternalizzare, in una forma modificata, ciò che è stato proiettato nella madre, creando una rappresentazione tollerabile di queste

esperienze emotive, al posto della propria esperienza originaria che non era tale. Con il tempo egli internalizza questa funzione di trasformazione e acquisirà la capacità di regolare i propri stati affettivi negativi.

Dato che questo processo è non verbale, la disponibilità fisica della madre è essenziale per il bambino.

Le prime simbolizzazioni del bambino sono in gran parte legate al suo rapporto con la madre e alla capacità della madre di capirne ed interpretarne i bisogni (Reverie materna); per questo motivo, la corrispondenza dell'interpretazione materna a questi bisogni è di primaria importanza.

Essa consente al bambino di sentirsi capito e pone le basi della sua capacità di capirsi in modo autonomo e di condividere con gli altri le proprie emozioni. Una madre che fraintende i messaggi del suo piccolo, ne danneggia fortemente la struttura mentale, perché interferisce con lo strutturarsi di processi di scissione efficaci e utili per la sopravvivenza e per uno sviluppo simbolico personale e creativo.

Bion (1962) ha collegato lo sviluppo dei processi di pensiero alla qualità del contenimento.

I pensieri derivano dall'assenza dell'oggetto e servono a riempire la lacuna tra il bisogno e l'azione, così come è stato sottolineato da Freud, ma solo se vi è sufficiente tolleranza alla frustrazione.

Quest'ultima capacità dipende dalla presenza di un oggetto contenitore. Bion chiama questo processo "apprendere dall'esperienza".

Se non vi è contenimento, il bambino eviterà la frustrazione attaccando i pensieri stessi come oggetti cattivi e farà la stessa cosa con i legami fra i pensieri cosicché la realtà è distrutta o negata.

Il risultato è un processo di pensiero frammentato che può diventare psicotico.

L'esperienza del neonato acquista delle qualità psichiche che il bambino è in grado di percepire, ma sulle quali non è in grado di operare nessuna sintesi significativa. Può, quindi, solo evacuarle nella madre che le penserà per lui

attraverso il proprio apparato mentale e le restituirà a lui arricchite di significato simbolico. Per Bion, la mente del bambino quale generatore autonomo di significati non può nascere senza una madre, senza cioè quella funzione di contenimento e di interpretazione della esperienza che solo la madre o chi ne fa le veci può offrire.

Inoltre dobbiamo considerare la funzione “regolatrice” e sostenente del padre sulla funzione materna.

1.4 La nascita della mente come formazione di uno spazio mentale tridimensionale

D. Meltzer (1989) sostiene che il bambino ha un impatto violento ed appassionato con la bellezza della madre e del mondo e questa esperienza allo stesso tempo percettiva ed emotiva sarebbe l’evento principale del suo sviluppo. Egli ha proposto un modello della struttura della mente in rapporto alla sua dimensionalità.

Nella matematica, il termine “dimensione” viene usato per indicare le caratteristiche estensionali dei corpi (lunghezza, larghezza, altezza). Ciò permette di classificare gli enti geometrici in mono, bi e tri-dimensionali (rispettivamente linea, superficie e spazio) e di prendere in considerazione spazi astratti con più di tre dimensioni, quali la continuità. Applicando i principi della dimensionalità al funzionamento mentale, in particolare al rapporto tra il sé e l’oggetto, Meltzer descrive varie dimensioni relazionali.

Queste vanno dalla mono e bi-dimensionalità del bambino autistico, in cui non esiste il concetto di spazio e quindi non c’è differenziazione tra il sé e l’altro; alla tridimensionalità, in cui viene costituita la dimensione di uno spazio interno; alla quarta dimensione, che è quella della continuità, ovvero della possibilità di sviluppo della persona nel tempo.

La mono-dimensionalità

Nella mono-dimensionalità il mondo ha come centro il sé. Gli oggetti esterni vengono ricercati o evitati in base a spinte neurofisiologiche o genetiche.

Il mondo dell'autismo vero e proprio è mono-dimensionale in quanto consiste in una serie di eventi non mentalizzabili, un mondo senza memoria e senza pensiero, dove non esiste il tempo. L'incontro con gli oggetti esterni è casuale; le emozioni sono escluse.

La bi-dimensionalità

La bi-dimensionalità è un funzionamento mentale in cui non esiste lo spazio interno, ma solo la superficie dell'oggetto e del sé. Nella bi-dimensionalità il significato dell'oggetto è legato alle qualità sensoriali della sua superficie; perciò anche il concetto di sé viene limitato ad una superficie sensibile. Il bambino autistico non ha i mezzi per pensare ad oggetti o eventi diversi da quelli che sperimenta, perché manca uno spazio interno per il pensiero sperimentale e la fantasia. Il suo oggetto è come un foglio di carta, con una facciata ed un retro: esso acquista significato per le qualità sensoriali della superficie con le quali il bambino si identifica in modo adesivo.

Meltzer cita molti esempi di comportamenti bi-dimensionali, in cui i bambini funzionano come se non ci fossero spazi, ma solo superfici: la tendenza ad appoggiarsi ai mobili, l'incapacità di tenere qualcosa in mano (gli oggetti cadono "attraverso"). Essi sembrano non ascoltare, come se le parole entrassero da una parte uscendo subito dall'altra. I bambini agiscono come se non esistesse lo spazio, ma solo la superficie. Essi tendono ad appiccicarsi alle qualità di superficie dei loro oggetti senza riconoscerne l'esistenza separata attraverso il meccanismo dell'"identificazione adesiva".

L'identificazione adesiva è legata ad un'incapacità del bambino di poter formare il concetto di "contenitore" (fallimento primario della funzione contenitiva) in quanto privo della capacità di concettualizzare uno spazio interno all'oggetto e al sé.

La tri-dimensionalità

Nella tri-dimensionalità l'oggetto acquista la dimensione dello spazio. Come abbiamo visto, nella bi-dimensionalità, il contatto avviene con una superficie piatta attraverso le qualità sensoriali.

Uscendo dall'autismo vero e proprio, la superficie dell'oggetto viene vissuta come resistente alle emozioni e il bambino può sviluppare il concetto di un oggetto con degli spazi contenitivi potenziali e il desiderio di penetrare in questi spazi. I problemi possono ora essere vissuti non solo in superficie, ma esiste anche uno spazio interno a cui si può accedere attraverso i vari orifizi. L'oggetto acquisisce tre dimensioni e così anche il sé, attraverso l'identificazione con l'oggetto. Acquisendo uno spazio interno l'oggetto può ora diventare un contenitore. La sensazione di essere ben contenuto è una condizione per contenere.

La quarta dimensione

Il problema della dimensionalità riguarda non solo i vissuti di spazio, ma anche quello del tempo. Il tempo come quarta dimensione significa, per l'individuo, la possibilità di sviluppo futuro ossia di maturazione. Ciò può avvenire solo con la diminuzione dell'onnipotenza con cui il bambino o il paziente cerca controllare gli oggetti buoni del mondo interno ed esterno. Con la posizione depressiva nasce un nuovo meccanismo, quello dell'identificazione introiettiva, in cui

l'oggetto è libero di andare e venire, in quanto il rapporto è stato interiorizzato e la separazione accettata.

L'aspetto del tempo come dimensione non è presente nelle prime tre dimensioni.

Meltzer descrive i vari modi di rapportarsi con il tempo in queste dimensioni.

La mono-dimensionalità è fuori dal tempo: il mondo dell'autismo, del delirio ecc. Nella bi-dimensionalità il rapporto del soggetto con il tempo è "oscillante" in quanto, spinto dai sensi, va in una direzione (ma non oltre la superficie), poi ritorna, e ciò si ripete come un pendolo che va avanti e indietro, ma rimane sempre allo stesso posto.

Nella tri-dimensionalità il tempo è circolare. L'acquisizione dell'idea di uno spazio interno consente di entrare ed uscire. Il tempo è visto come qualcosa che gira e ritorna al punto di partenza, c'è un prima e un dopo e poi si ricomincia. Questo è quello che avviene nell'identificazione proiettiva, in cui una emozione parte dal bambino, viene messa nella madre e ritorna con la reverie materna.

Ma è solo nella quarta dimensione che il tempo può essere vissuto come continuità: il tempo diventa un processo lineare legato al proprio spazio di vita e alle proprie aspirazioni di realizzazione futura (S. Fano Cassese, 2001).

Fino a quando il significato degli oggetti è sentito come inseparabile da essi non vi è alcuna

distinzione fra mondo interno e mondo esterno e non è possibile lo sviluppo simbolico. Il bambino vive perciò in un mondo bidimensionale, in una realtà concreta distorta da emozioni e sensazioni molto primitive connesse ai cinque sensi e al movimento, in parte slegate fra loro, che non sono riconoscibili come proprie perché non vi è ancora un Sé che le possa contenere al suo interno.

Tale realtà non è idonea al pensiero, è una realtà presimbolica in cui vi è una distorsione nella percezione del mondo. Sono, infatti, necessarie molteplici esperienze perché si consolidi la consapevolezza di spazi interni ed esterni al Sé: l'esperienza che il bambino fa con la propria pelle che funziona da confine con la pelle della propria madre e che è sentita come qualcosa che contiene ed

aggrega parti del corpo e della personalità non ancora aggregate (D. W. Winnicott, 1945; E. Bick, 1968); la modulazione dei suoi stati di angoscia e l'attribuzione ad essi di un significato emotivo; sul piano neurofisiologico, la progressiva distinzione degli stati di sonno da quelli di veglia e la percezione soggettiva della differenza fra i contenuti mentali presenti in quegli stadi; lo sviluppo della memoria che comporta la consapevolezza della ripetitività degli eventi e la capacità di prevederli. Se tutte queste esperienze si sviluppano positivamente il bambino può sviluppare stati mentali tridimensionali e con questo passaggio acquisire un'istanza interiore per il contenimento e la creazione di simboli: la mente.

Quando viene raggiunto lo stadio tridimensionale e sono stati avviati i processi mentali, i bambini tendono ad identificarsi con i loro genitori o con alcuni aspetti dei loro genitori in modo prevalentemente proiettivo. Ciò significa che essi cercano di crescere utilizzando gli stati mentali desiderabili dei propri oggetti oppure evacuando dentro di essi i propri stati mentali spiacevoli. Questo avviene sotto la forte spinta dei bisogni che il processo di crescita comporta: angosce di separazione, bisogno di controllo sulla realtà o di negare le differenze di capacità e prestazioni con il mondo adulto.

Esiste poi uno stato quadrimensionale della mente che corrisponde ad uno sviluppo maturo. Con il conseguimento di esso avviene la separazione del sé del bambino dai suoi oggetti, diminuiscono le proiezioni e l'onnipotenza e il bambino diventa cosciente dei propri limiti e confini e percepisce in modo più realistico le figure genitoriali.

Il passaggio dalla bidimensionalità alla tridimensionalità è quindi essenziale in quanto contribuisce all'inizio della vita mentale.

Possiamo chiederci se la bidimensionalità sia una tappa, uno stato precoce dello sviluppo mentale o è già una degenerazione di esso.

F. Tustin (1994), nell'articolo "Il perpetuarsi di un errore" ha dimostrato che non esiste una fase autistica nello sviluppo normale del bambino, sottolineando che

l'autismo è sempre e comunque una malattia. C'è da chiedersi se lo stesso valga per la bidimensionalità.

Si può parlare di una bidimensionalità normale e di una bidimensionalità anormale così come si parla di uno stato primitivo normale di non integrazione e di uno stato patologico di dis-integrazione?

E. Gaddini (1989) sostiene questa ipotesi presupponendo un funzionamento mentale che precede il riconoscimento dell'esistenza di un oggetto esterno al Sé. All'inizio della vita, il bambino non riconosce l'oggetto come diverso da sé, ma lo vive come un'estensione di sé, come un allargamento dei propri confini. Egli funziona estendendosi verso l'oggetto attraverso un'imitazione primitiva, immediata, per contatto.

Il funzionamento per assimilazione ed estensione e l'uso dell'imitazione primitive sono, secondo Gaddini, caratteristici dello stadio di non integrazione, ma il bambino può ricorrere ad essi per fronteggiare situazioni di angoscia che sente come insostenibili. Quando ciò avviene, la bidimensionalità normale si trasforma in bidimensionalità patologica.

Altri autori (Bertolini, O. Caccia, M.G. Torrioni) hanno evidenziato come, in una situazione di normalità sia intra che extrauterina, non si dovrebbe parlare di un vero e proprio stadio bidimensionale ma di momenti di percezione, di funzionamento e di identificazione bidimensionale che vengono rapidamente travolti dall'interesse per la madre e il suo interno così come sono stati descritti da M. Klein.

In conclusione, relativamente alla nascita della mente, il bambino è dotato di un sapere geneticamente trasmesso in forma di potenziali conoscenze della realtà che diventeranno conoscenze vere e proprie nel momento in cui la realtà verrà incontrata.

Sembra, inoltre che il bambino in utero, soprattutto negli ultimi mesi di gestazione, cominci ad avere delle esperienze psichiche non distinguibili all'inizio dalla propria esperienza corporea, fisiologica e sensoriale.

Secondo alcuni autori, tali elementi psichici possono essere parzialmente astratti, sintetizzati e dotati di significato dal bambino stesso, già in utero (ciò sembrerebbe confermato dalla presenza di movimenti oculari nel sonno REM dei feti), mentre secondo altri il bambino deve incontrare la mente pensante della madre per effettuare questa funzione.

In questo caso, lo psichismo del bambino servirebbe soprattutto come catalizzatore nell'incontro tra il bambino e la sua mamma. Con questi rudimenti mentali il piccolo arriva alla nascita che gli permette di investire la madre con i suoi bisogni e suscita in lui il desiderio di conoscere, inizialmente di conoscerla. Tale desiderio è accompagnato da un'intensa attività fantastica e simbolica che è alla base di tutti i processi creativi umani. Questo è ciò che viene chiamata mente.

Capitolo Secondo

Il punto di vista delle neuroscienze: alcune riflessioni

Negli ultimi anni le scienze che si occupano dello sviluppo hanno evidenziato come i diversi tipi di esperienza relazionale precoce abbiano un impatto positivo o negativo sulla struttura psichica in evoluzione. Le neuroscienze stanno attualmente delineando le strutture e le funzioni dei sistemi cerebrali che processano le informazioni delle relazioni d'oggetto, che mediano l'attaccamento e che sottendono i meccanismi della soggettività e dell'intersoggettività

Inoltre, molti dati hanno confermato come vi sia una suggestiva congruenza fra le scoperte neurologiche e molte delle ipotesi che psicoanalisti di varia formazione hanno avanzato in questi anni per descrivere e dare significato alla complessità della loro esperienza clinica.

Le concezioni psicoanalitiche della struttura psichica devono essere consonanti con quello che attualmente sappiamo a proposito della struttura interna così come essa esiste in natura e nessun modello psicoanalitico teorico attuale può più essere puramente psicologico, ma deve necessariamente dar conto contestualmente sia della funzione psichica sia della struttura biologica (A. J. Schore, 2005).

Attualmente sembrerebbe possibile riconciliare le prospettive sulla mente della psicoanalisi e delle neuroscienze. Questo obiettivo si basa sull'assunto che queste due aree disciplinari, storicamente tra di loro molto divise, stiano attualmente lavorando allo stesso compito, quello cioè di tentare "di

comprendere la complessità dell'attività psichica, componendola e assegnando singole prestazioni alle singole componenti dell'apparato mentale (Freud, 1899). Nonostante il fatto che la psicoanalisi e le neuroscienze si siano accostate a questo importante compito a partire da prospettive radicalmente diverse, la sostanziale unicità dell'intento è diventata sempre più evidente negli ultimi anni man mano che i neuroscienziati hanno cominciato a studiare la complessità dell'attività psichica che era tradizionalmente oggetto di studio degli psicoanalisti.

Oggi più ampiamente, attraverso l'incontro della psicoanalisi infantile con la ricerca neuroscientifica e quella fondata sui modelli osservativi (D. Stern, P. Fonagy), l'intera vita mentale, emozionale, affettiva e cognitiva si presenta leggibile come una complessità indistinguibile nelle sue parti e che necessita di un intenso contatto con una mente materna in grado di proporre al bambino, attraverso l'attivo scambio di percezioni, sensazioni, concezioni, una percezione di sé e dell'altro, da condividere ed interiorizzare.

Le neuroscienze, attraverso lo studio delle relazioni fra strutture e funzioni del cervello, offrono nuove indicazioni sui meccanismi con cui le esperienze influenzano i processi mentali.

Alterando l'attività e la natura delle comunicazioni neuronali, le esperienze plasmano in maniera diretta i circuiti su cui si basano, per esempio, i processi legati alla memoria, alle emozioni e alla coscienza di sé.

Lo sviluppo del cervello deve essere visto, quindi, come il prodotto degli effetti che le esperienze esercitano sull'espressione dei geni.

I geni contengono le informazioni che consentono ai neuroni di crescere, di potenziare i collegamenti tra di loro nel corso dei processi che portano alla differenziazione dei circuiti cerebrali.

Secondo Edelman, gruppi di neuroni formano dei vasti insiemi di strutture funzionali detti "documenti" e che variano da un individuo ad un altro.

Lo sviluppo dei documenti avviene per selezione. In questo modo, la teoria di Edelman viene qualificata come Teoria della Selezione dei gruppi neuronali.

Il cervello funziona come un sistema selettivo somatico, che sia autoorganizza in rapporto all'ambiente. Edelman utilizza il concetto di "riconoscimento".

Come il sistema immunitario è un sistema fisico in grado di riconoscere i corpi estranei, anche il cervello è un sistema selettivo analogo che procede nel seguente modo:

- 1) Nel corso dello sviluppo, il codice genetico impone degli obblighi sul processo di selezione.
- 2) I comportamenti dell'uomo rafforzano o indeboliscono certe connessioni sinaptiche- grazie a dei processi biochimici particolari- e questo determina differenti circuiti funzionali (in questo stadio, è estremamente importante il ruolo dell'ambiente)
- 3) Un processo di "rientro" collega i documenti neuronali fra di loro, permettendo di selezionare contemporaneamente diversi documenti legati fra di loro dalla necessità della situazione.

Il principio di rientro permette di creare un collegamento tra la biologia e la psicologia. L'accumulazione di rientri successivi permette al cervello di rielaborare la sua informazione ed ottenere nuove proprietà selettive.

Alla base del Selezionismo Neurale sta una logica probabilistica, distinta dalla logica determinista, la pretesa cioè che esistano istruzioni a priori, contenute nei geni o nel mondo esterno.

Il segreto della creazione di un organo così sofisticato, come il cervello, non è quindi nei geni, considerati come semplice deposito di informazioni, ma è in un continuo ritorno di segnali sui geni; segnali che provengono dal corpo e dal mondo esterno e che stabiliscono in modo selettivo dove e quando i geni devono esplicitare la loro attività.

Edelman fa vedere come una logica di tipo epigenetico o costruttivo spiega il modo in cui impariamo a percepire il mondo e a ricordare: come facciamo a

crearci dal nulla un'immagine delle cose e degli eventi del mondo e, di conseguenza, agire in modo adattativo e ricordarli quando si ripresentano? Come fa il nostro cervello a effettuare una categorizzazione percettiva?

Essa si verifica in numerose aree del cervello che comunicano incessantemente tra loro grazie a segnali che rientrano, riescono e rientrano e che conservano la continuità spaziotemporale.

Attraverso questi segnali, l'individuo conserva stabilmente nelle aree recettive del cervello un rapporto con i segnali originati dall'ambiente. Edelman definisce questo processo "mappaggio globale"

La teoria di Edelman si basa, quindi, sull'interazione sistemica tra cervello e l'ambiente: esiste un rapporto adattativo con il mondo continuo e dinamico.

Dopo la nascita le componenti ambientali influenzano notevolmente la formazione delle connessioni sinaptiche e, per i neonati, le relazioni di attaccamento rappresentano la fonte primaria dell'interazione con il mondo esterno, durante le fasi di massima crescita del cervello.

I genitori e le figure di accudimento diventano gli artefici principali con cui le esperienze del bambino influenzano lo sviluppo geneticamente programmato, ma esperienze-dipendente del suo cervello.

Il potenziale genetico viene espresso all'interno di esperienze sociali che esercitano effetti diretti sulla modalità con cui le cellule nervose vengono collegate fra loro: così le "connessioni" umane portano alla creazione di connessioni neuronali.

Il cervello del bambino utilizza gli stati della mente del genitore per cercare di organizzare le sue attività.

Questi meccanismi di sintonizzazione affettiva dipendono dalla capacità del genitore di recepire i segnali trasmessi dal bambino e permettono a quest'ultimo sia di modulare il suo stato mentale del momento, sia di sviluppare capacità di regolazione che potrà utilizzare in futuro.

Numerosi studi dimostrano come le relazioni tra bambino e genitore influenzino le modalità con cui la mente del bambino impara ad elaborare le informazioni.

Il bambino può sintonizzarsi con gli stati mentali del genitore ed utilizzarli per organizzare e regolare i suoi processi mentali: per esempio, nei meccanismi di “riferimento sociale” osserva l’espressione e altri aspetti non verbali dei segnali trasmessi dall’adulto per determinare come si deve sentire e comportare in situazioni ambigue.

Gli stati della mente coinvolgono diverse attività cerebrali e si basano su flussi di energia e informazioni; così, lo stabilirsi di una corrispondenza fra gli stati della mente di due individui comporta una risonanza di energia ed informazioni.

Uno “stato della mente” può essere considerato come un pattern di attivazione che coinvolge i sistemi cerebrali responsabili dei processi percettivi, del tono e della regolazione delle emozioni, dei processi della memoria e delle risposte comportamentali.

In ogni singolo essere vivente, lo sviluppo può essere visto come un movimento dalla semplicità alla complessità.

Per esempio, un bambino può cercare di afferrare un giocattolo, e poi impara che, in un determinato contesto, un particolare movimento è associato ad un risultato specifico, il raggiungimento del giocattolo in questione. In condizioni simili, cercherà il giocattolo dove l’ha già trovato in precedenza; se i suoi tentativi hanno successo, questo tipo di comportamento verrà rinforzato

Da un punto di vista dinamico, il sistema sta massimizzando la sua complessità, e quindi la sua stabilità, applicando pattern comportamentali già sperimentati a situazioni nuove e leggermente diverse.

Uno stato è dato dall’insieme delle singole componenti del sistema in un dato momento; con l’accumularsi delle esperienze e attraverso processi mediati dai sistemi di valutazione del cervello, certi stati diventano più probabili e tipici.

La probabilità di attivazione di un particolare stato dipende sia dalla storia delle esperienze precedenti, sia dal contesto o dalle condizioni ambientali del momento.

In seguito ad una sua ripetuta attivazione, uno stato della mente può essere fissato e “ricordato”; in accordo con l’assioma di Hebb (neuroni che vengono eccitati insieme tendono a venire collegati), questo insieme di processi avrà successivamente una maggiore probabilità di essere attivato come stati di attivazione che si ripetono durante fasi critiche dello sviluppo possono quindi plasmare la struttura di circuiti neurali che poi formano le basi funzionali di pattern costanti nella mente di un individuo.

Una delle caratteristiche della mente è la sua capacità di coordinare e collegare processi di varia natura. Nei processi di integrazione svolgono un ruolo centrale le regioni libiche ed associative e, particolarmente, le zone frontali, come la corteccia orbito-frontale, che sono strettamente collegate a varie aree cerebrali.

I meccanismi di integrazione neurale sono fondamentali per i processi di autoorganizzazione e nella capacità del cervello di creare un senso del Sé.

Lo sviluppo dei meccanismi integrativi è collegato alle nostre esperienze.

Edelmann enfatizza la capacità del cervello umano di “parlare a sé stesso” cioè di costruire mappe e circuiti basati su circuiti precedentemente prodotti con un livello superiore di astrazione. Così dal corpo e dai circuiti neurologici che registrano le attività del corpo, nascerebbero primitive forme di consapevolezza del corpo, cioè circuiti più astratti di secondo livello prodotti dai primi. Questi circuiti primitivi interagirebbero poi con altri circuiti innati, ereditati (l’eredità filogenetica di Freud o le preconcezioni di Bion), registrati nel sistema libico e nel tronco encefalico. Attraverso questi ultimi circuiti le prime esperienze interne ed esterne verrebbero classificate come buone e cattive per la sopravvivenza, verrebbero cioè dotate di un nucleo di significato e valore.

Come abbiamo già visto, le esperienze determinano attivazioni neuronali e cambiamenti a livello delle connessioni sinaptiche. Le informazioni sono

trasmesse attraverso i circuiti neurali e danno origine a cluster di attivazione che vengono collegate: ciò porta alla creazione di nuove rappresentazioni e nuovi stati della mente.

Uno sviluppo “normale” è caratterizzato da un continuo movimento verso stati maggiormente differenziati ed integrati.

A livello cerebrale si può ipotizzare che la capacità di collegare processi di varia natura venga mediata da fibre nervose che mettono in comunicazione regioni anatomiche diverse.

E' in base a questi meccanismi neuronali, che particolari esperienze possono venire o meno integrati all'interno della mente.

Per esempio, forme di attaccamento insicuro, possono essere associati a stati della mente poco flessibili -come stati di paura o di vergogna- che non vengono integrati nel corso dello sviluppo e danno origine a stati del sé di funzionali.

Nei processi integrativi svolgono un ruolo essenziale le emozioni.

Le emozioni sono processi integrativi che intervengono nei meccanismi di autoregolazione e nelle comunicazioni che si stabiliscono all'interno delle relazioni interpersonali.

Eventi emotivamente significativi stimolano la nostra mente a continuare ad imparare durante l'intero corso dell'esistenza.

Infatti, nel cervello umano, processi di crescita e di sviluppo si verificano non solo nel corso dell'infanzia, ma anche in età adulta.

I processi di differenziazione dei circuiti neurali continuano attraverso la crescita degli assoni, formazione di nuove connessioni sinaptiche, aumento della velocità di conduzione, incremento della mielinizzazione.

Uno sviluppo “sano” ed equilibrato è caratterizzato da processi interni e relazioni interpersonali che promuovono una continua differenziazione delle varie componenti della mente e la loro integrazione.

L'integrazione permette alla mente di regolare flussi di energia e i processi di elaborazione delle informazioni e di coordinare la sua attività in modo adattivo.

L'integrazione è un processo continuo che determina una forma di "risonanza". Con questo termine si intende l'insieme delle interazioni tra due o più entità differenziate che si influenzano a vicenda.

I processi di integrazione sono influenzati dalle relazioni di attaccamento.

Nell'ambito delle relazioni tra madre-bambino, comunicazioni collaborative permettono ai due membri della diade di entrare in connessione attraverso un flusso di energia che coinvolge entrambi gli emisferi dei loro cervelli: l'emisfero sinistro interpretante cerca di dare un senso agli eventi, utilizzando i processi mentalizzanti, emozionali e sensoriali mediati dall'emisfero destro.

Relazioni di attaccamento sicuro determinano processi di risonanza all'interno della coppia e permettono alla mente del bambino di sviluppare capacità proprie di integrazione.

Lo stabilirsi di connessioni dirette tra le menti di due individui coinvolge una forma diadica di risonanza in cui energia ed informazioni possono fluire da un cervello ad un altro.

Le comunicazioni interpersonali possono essere considerate come scambi di informazioni, ma anche di emozioni.

“La condivisione delle emozioni è alla base delle relazioni sociali” (Sroufe).

Il mondo delle relazioni interpersonali è ricco di aspetti emotivi e il suo sviluppo è influenzato dalle emozioni e dai sentimenti che si manifestano tra i genitori ed il bambino (Stern).

Possiamo considerare, per esempio, le prime relazioni madre- bambino come un insieme di reciproci adattamenti. Alcuni autori come Spitz, hanno usato il termine “dialogo” per descrivere le prime interazioni madre- bambino, spesso in riferimento all'allattamento al seno.

Il bambino, alla nascita, è immaturo e ciò garantisce un certo grado di prevedibilità del suo comportamento: la madre utilizza pattern di risposte interattive che sono regolate da un sistema di controllo reciproco e di feedback.

Così, il bambino e la madre imparano ad alternare i propri turni e a interpretare i segnali l'uno dell'altro relativi all'inizio e alla fine dei turni di allattamento.

Man mano che la loro interazione continua durante le successive sedute di allattamento e in altre situazioni, essi imparano ad interpretare gli affetti e a leggere i segnali su come l'altro partner sta interpretando la sua condotta.

Gli scambi reciproci tra madre e bambino danno a quest'ultimo la sensazione di essere corrisposto ed emotivamente sostenuto: essi sono fondamentali per lo stabilirsi del benessere e del senso di identità del bambino.

Lo sviluppo del sé del bambino dipende dalla possibilità di trasferire l'apprendimento di ruolo maturato all'interno del contesto diadico ad altri ruoli in cui sarà coinvolto come l'interazione con altri adulti o il gioco con i coetanei.

Possiamo dire, allora, che oltre ad apprendere dall'esperienza, si "apprende" dalle emozioni.

In questo senso, ci riferiamo alla "funzione riflessiva" appresa nei primi anni dello sviluppo grazie agli scambi emotivi tra i genitori ed il bambino.

Tale funzione, elaborata da Fonagy e Target, si riferisce alla capacità di ritrovare negli altri stati mentali (sentimenti, credenze ed intenzioni) simili ai nostri, capacità utilizzata per interpretare le azioni altrui e per dare coerenza all'organizzazione del Sé.

Possiamo affermare con Fonagy e Target che la funzione riflessiva (cioè il processo psicologico alla base della comprensione delle menti) è il cuore della realtà psichica vera e propria, una conquista evolutiva centrale intrapsichica e interpersonale, soggetta a conflitti e difese e parte importante della teoria psicoanalitica dello sviluppo (1996).

2.1 Psicopatologia e neuroscienze: alcuni elementi

Tutte le concettualizzazioni psicoanalitiche ammettono una corrispondenza tra sviluppo e psicopatologia. Vi sono divergenze relative all'esatto periodo evolutivo coinvolto in specifici disturbi o all'aspetto del processo evolutivo sotteso ad una particolare patologia, tuttavia, il presupposto che lo studio dello sviluppo e quello della patologia riguardino gli stessi processi psichici è ampiamente condiviso (P. Fonagy, M. Target, 2005).

Per la psicopatologia dello sviluppo, il ruolo delle esperienze della prima infanzia è di grande importanza nel determinare la personalità adulta.

Diversi dati sottolineano un aumento di probabilità di incontrare difficoltà psicosociali sia acute che croniche nella vita adulta (per es. Champion, Goodall, Rutter, 1995), in soggetti che hanno sperimentato delle avversità nella prima infanzia.

La letteratura biologica ha prodotto un modello alternativo, pienamente coerente con le idee di Freud (1917) della relazione fra esperienza primaria e predisposizione alla psicopatologia. Eventi stressanti precoci (separazione dalla madre) nella vita del cucciolo di un roditore portano a durature disfunzioni neuroendocrine, mentre risposte appropriate di caregiving nei confronti dello stress subito dal cucciolo portano ad una riduzione della risposta del circuito ipotalamico-pituitario-adrenale (HPA) per il resto della vita dell'animale (Levine et al., 1967). Altri studi hanno dimostrato che esperienze precoci di difficoltà nei ratti sono associate ad un notevole aumento dell'espressione del gene che determina il fattore di rilascio della corticotrofina (CRF), non solo nell'ipotalamo, ma anche nelle aree libiche (Plotsky, Meaney, 1993). È stato dimostrato che l'aumento della secrezione di glucorticoidi per un periodo prolungato può portare ad un danno permanente dei neuroni dell'ippocampo (Mc Ewen, 1995). Questi dati testimoniano l'importanza attribuita dalla psicoanalisi all'influenza sul corso della vita di esperienze molto precoci di attaccamento.

Capitolo Terzo

“Troppo spesso e per troppo abbiamo guardato il bambino autistico dal di fuori, con una crescente confusione delle teorie perché il suo comportamento continuava a trasgredire le leggi della psicopatologia ortodossa. Oggi la nostra unica speranza è di entrare dentro di lui e guardare il mondo attraverso i suoi occhi.”

(J. Anthony)

Che cos'è l'autismo

La “confusione delle teorie alla quale si riferiva J. Anthony già nel 1958 rende tuttora difficile una diagnosi precisa di autismo. Come sottolineato da F. Tustin (1991), la confusione e l'incertezza diagnostica sono da ascrivere all'importanza che le classificazioni psichiatriche attribuiscono alle caratteristiche esterne descrittive. Secondo la Tustin, la difficoltà diagnostica diminuisce se si procede oltre i fenomeni esteriori e si focalizza l'attenzione alle reazioni sottostanti che hanno dato origine alle caratteristiche manifeste del disturbo. La conoscenza di queste reazioni conferisce ordine ed unità agli elementi che costituiscono la psicopatologia autistica, differenti tra loro ed apparentemente indipendenti.

L. Kanner nel 1944 identificò la sindrome dell'Autismo Infantile Precoce distinguendola dal deficit mentale innato. L'articolo descriveva 11 bambini che presentavano una combinazione di caratteristiche: estremo isolamento fin

dall'inizio della vita, incapacità di usare in modo significativo il linguaggio e insistenza ansiosamente ossessiva sulla preservazione dell'uniformità.

La sindrome descritta da Kanner è molto rara. La sua incidenza è di circa 4 bambini su 10000, con un esordio entro i primi 2 anni e mezzo dalla nascita.

Rutter (1976) ha descritto l'incapacità di questi bambini di guardare negli occhi e di compiere i normali gesti anticipatori quando vengono presi in braccio (per usare le parole di M. Mahler "adattarsi con il corpo alla persona"). Inoltre ha descritto la loro incapacità di rivolgersi ai genitori per essere rassicurati e il loro particolare approccio agli estranei, tanto immediato quanto quello rivolto alle persone che conoscono bene. Ha descritto inoltre la loro incapacità di dedicarsi ai giochi di cooperazione e la loro indifferenza verso i sentimenti e gli interessi degli altri.

P. Hobson (1986) ha evidenziato la mancanza di empatia dei bambini autistici. U. Frith (1985) la loro mancanza di immaginazione: entrambe le indicazioni, secondo Tustin, sono molto utili per una diagnosi differenziale dell'autismo infantile.

La vastissima ricerca condotta nel 1979 da Wing e Gould su 35000 bambini ha messo in luce 3 aspetti che implicano tutti una nozione di deterioramento:

- 1) Grave deterioramento sociale; 2) Gravi difficoltà di comunicazione sia verbale che non verbale 3) assenza di sequenze immaginative, compreso il gioco di finzione e comportamenti ripetitivi in sostituzione di esse.

G. Victor (1986) ha distinto l'autismo infantile dalla schizofrenia infantile indicando i seguenti sintomi:

- 1) Ritualità. Servono a mantenere il self control e a impedire modificazioni dell'ambiente; i rituali dei bambini autistici sono più bizzarri di quelli dei bambini schizofrenici e sono compiuti con maggiore insistenza
- 2) Isolamento Descrive la solitudine dei bambini autistici, il loro distacco, il loro ritiro

3) Descrive la visione periferica di questi bambini, la loro apparente sordità, l'indifferenza per ciò che accade vicino e l'attenzione per ciò che accade lontano Sesso Gli eccitamenti sfrenati a cui vanno incontro; si tratta di bambini ipersessuali e sensualissimi.

4) Movimento Possono ciondolare la testa, digrignare i denti, ammiccare e fare smorfie

5) Sonno Sono comuni le difficoltà del sonno

6) Sintomi misti Victor descrive l'indifferenza dei bambini autistici verso il possesso e il loro turbamento per la presenza di oggetti rotti o incompleti. Descrive anche il panico dopo un piccolo cambiamento e la loro indifferenza di fronte a cambiamenti grandi.

7) Sintomi che si verificano nella prima infanzia Victor descrive il fatto che i bambini autistici sono contenti di essere lasciati da soli per ore.

R Olin (1975) distingue il bambino autistico da quello schizofrenico e anche dal bambino affetto da un ritardo di natura organica. In relazione ai loro sentimenti ed identità, a proposito del bambino autistico, sottolinea che il problema dell'identità, per un bambino autistico è quello di sentirsi così piccolo ed insignificante da esistere a malapena. Egli si difende perciò contro questa sensazione di non esistere usando tutta la propria energia ed abilità per trasformarsi in un guscio indistruttibile.

Il bambino autistico può sentire di diventare un'automobile, un marciapiede. Egli è eguagliato a questi oggetti invece di identificarsi con esseri umani viventi. Olin descrive un'altra differenza tra i due tipi di psicopatologia: la presenza di allucinazioni sono una caratteristica comune del bambino schizofrenico, ma non del bambino autistico, anche se possono comparire durante il trattamento, quando il bambino sta tornando alla normalità-

Olin ha evidenziato come alcuni bambini schizofrenici abbiano storie simili a quelle di bambini autistici.

Allo stesso modo, diversi autori hanno evidenziato una fluttuazione tra autismo e schizofrenia in alcuni bambini psicotici. J Watkins, R. Arsnow e P. Tanguay (1988), in uno studio su 18 bambini che soddisfacevano i criteri del DSM-III per la schizofrenia, con un esordio entro i primi 10 anni di vita, hanno dimostrato come sintomi di autismo infantile erano presenti nel 39 del campione e l'esordio della schizofrenia, nei bambini con una storia di sintomi autistici durante l'infanzia, era più precoce che negli altri bambini del campione. Come sostenuto da Tustin, sembra che, in alcuni casi, l'autismo si sia sviluppato come protezione contro la disintegrazione caratteristica della schizofrenia. Per questo motivo, quando e se la protezione autistica fallisce, si manifesta la schizofrenia che prima era latente.

3.1 Questioni eziologiche

Le teorie eziologiche dell'autismo, sia quelle organiciste che quelle ambientaliste, sostengono di ricavare la loro autorità da due conclusioni apparentemente contraddittorie contenute nel lavoro di Kanner.

L'articolo descriveva 11 bambini che presentavano una combinazione di caratteristiche: estremo isolamento fin dall'inizio della vita, incapacità di usare in modo significativo il linguaggio e insistenza ansiosamente ossessiva sulla preservazione dell'uniformità.

Kanner da una parte, sottolineava un'eziologia ambientale, descrivendo le madri di questi bambini come "fredde" ed "intellettuali"; d'altra parte, Kanner evidenziava l'elemento di isolamento di questi bambini fin dall'inizio della vita (la mancanza di reazione quando ci si aspettava che si protendessero per afferrare e l'incapacità di adattare il proprio corpo alla postura di chi li tiene in braccio) si opponeva all'idea che i genitori fossero gli agenti causali primari. Per cui Kanner ripiegava sull'elemento organicista affermando che i bambini erano

nati con una “incapacità innata di costituire il consueto contatto affettivo, biologicamente determinato, con le persone, proprio come altri bambini vengono al mondo con handicap fisici o intellettivi innati”.

Attualmente una grande quantità di studi attestano la presenza di anomalie cerebrali negli individui artistici (Dawson e Lewy, 1989; Frith,1989; Gillberg, 1990)

Molti autori, organicisti e psicodinamici, tendono ad ipotizzare una causalità multipla di natura complessa ed interattiva: questa causalità multipla includerebbe fattori psicogeni (Tustin 1981;Meltzer 1978; Reid, 1990).

Tustin sottolinea come “Il danno organico potrebbe avere impedito al bambino di fare un uso adeguato delle prime cure ambientali, cosicché potrebbero essere entrate in gioco compensazioni autistiche patologiche. Queste ultime, combinandosi con il danno neurologico, si risolvono per il bambino in una massiccia perdita di contatto con la realtà e in tal modo, fattori organici potrebbero avere determinato lo stesso quadro di quelli psicogeni” (Tustin, 1981).

Alvarez aggiunge che “ un bambino con una lieve disfunzione neurologica e un atteggiamento molle, debole o disorganizzato verso la vita, figlio di una madre già depressa e la cui depressione peggiora a causa della difficoltà di stabilire un rapporto con un bambino così apatico, può diventare ancora più distaccato e causare una depressione ancora maggiore nella madre e così via.

Così anche la mancanza di un qualunque danno neurologico in un bambino dotato della normale capacità di impegnarsi nelle relazioni potrebbe incontrare una depressione o una chiusura nella madre di livello così grave da portare il bambino a rinunciare con riluttanza, ma lentamente e sicuramente, ad ogni tentativo di attirare la sua attenzione con implicazioni devastanti per il suo sviluppo emotivo e cognitivo.

Alvarez, riconoscendo come spesso in passato, la gravità e la profondità della condizione autistica abbia trovato spiegazioni troppo semplicistiche, suggerisce

un modello interattivo di feedback applicato ai primi giorni e alle prime settimane di vita in cui viene dato il giusto peso a natura e all'ambiente, ma anche all'enorme potere di un effetto di diventare causa di sé stesso: tutto ciò diventerebbe un'area di ricerca promettente per un eventuale studio sull'eziologia dell'autismo.

Numerosi studi hanno evidenziato le conseguenze di un sistema di feedback nel quale ciascuno dei due partner nella relazione madre-bambino può diventare sempre più insensibile ai segnali più minuscoli dell'altro, con gravi implicazioni per lo sviluppo emotivo del bambino e per la sua intelligenza.

Questo modello interattivo ha qualcosa in comune con la teoria matematica del caos che impiega equazioni non lineari per studiare il clima, i terremoti, le crisi cardiache e la dinamica idraulica.

In base alla teoria del caos, minuscole differenze in entrata (input) possono diventare rapidamente differenze enormi in uscita (output), un fenomeno cui si è dato il nome "di dipendenza sensibile dalle condizioni iniziali".

Gleik (1987) spiega come " nel clima, per esempio, questo si traduce in quel che è noto solo scherzosamente come Effetto Butterfly: l'idea che una farfalla che muove l'aria oggi a Pechino possa trasformarsi nel prossimo mese in un uragano a New York.

Il danno cognitivo può essere del tutto sproporzionato rispetto alla lievità del fattore ereditario originale o all'ambiente originale inadeguato o ad entrambi i fattori.

3.2 Il punto di vista psicoanalitico: la teoria delle relazioni oggettuali

Numerosi studi dimostrano come in passato la gravità della condizione di autismo sia stata oggetto di spiegazioni troppo semplicistiche. (per dirla in poche parole, cattivi cervelli contro cattive madri).

Le osservazioni cliniche dimostrano che non si può parlare di un'unica eziologia.

Gli organicisti e gli psicodinamici divergevano originariamente su questioni eziologiche e di trattamento: i primi sostenevano una causa biochimica e neurologica e quindi trattamenti farmacologici e comportamentali; i secondi incolpavano l'ambiente e suggerivano comunità terapeutiche e psicoterapie.

Come sottolineato da Alvarez (1995), molta confusione si sarebbe potuta evitare se la discussione sul trattamento non fosse stata troppo spesso associata a questioni eziologiche. Per esempio, è possibile che pazienti che hanno un danno neurologico vengano aiutati emotivamente e cognitivamente dalla terapia psicoanalitica (Spensley, 1985; Sinason, 1986). L'esito positivo del metodo psicoanalitico con bambini autistici non dimostra necessariamente che la condizione originaria non avesse aspetti organici.

Giannotti e G. De Astis hanno dimostrato che alterazioni cerebrali evidenziate elettroencefalograficamente tendono a scomparire con il trattamento psicoterapico. L'esito positivo può fornire la prova degli elementi interpersonali e intrapersonali presenti nello stato psicologico che emergono in uno stadio secondario, terziario e successivo in una catena interattiva di causalità che porta il bambino alla patologia autistica.

Altri autori (Frith, 1989; Baron-Cohen, 1988) hanno cercato di spiegare gli elementi psicologici nel deficit cognitivo affermando che ciò in cui i bambini autistici difettano è una teoria della mente e ciò deriva da un deficit nelle funzioni cerebrali superiori connesse alla meta-rappresentazione.

Ci sono quindi dei punti di contatto tra l'idea dei cognitivisti che l'individuo autistico manchi di una teoria della mente e l'accento posto da Meltzer sull'assenza mentale tipica degli stati autistici o la concezione di Tustin della qualità asimbolica e priva di senso degli oggetti autistici.

Questa affermazione rappresenta un grande passo avanti rispetto all'assenza di qualsiasi punto di vista psicologico, in mancanza del quale le descrizioni vengono tendenzialmente date in termini di funzionamento del cervello.

Ancora più utile potrebbe essere rivedere i sintomi maggiori dell'autismo da un'altra prospettiva, quella delle relazioni d'oggetto e dello sviluppo infantile (Klein, 1959; Milner, 1989; Stern, 1985)

L'assenza di una teoria della mente potrebbe allora essere vista come la presenza di una teoria di una mente non mentalizzante.

Si tratta di tenere presente un'attenta prospettiva evolutiva che consideri la mente in modo molto più ampio e dinamico come mondo interno vivo, pieno di oggetti, ricordi, pensieri che interagiscono costantemente fra di loro.

Facciamo riferimento alla teoria delle relazioni oggettuali. Tale teoria ha mostrato come le forme personali di relazioni che si intrattengono con gli altri, con le immagini i significati ed i conflitti relative ad esse, rappresentino un'irrinunciabile aspetto dell'esperienza psichica e del processo evolutivo di formazione dell'individuo. Lo studio delle relazioni oggettuali, quindi, esplora i significati, i modi e le forme di azione con cui il soggetto si relaziona agli altri, ma anche come tali relazioni contribuiscano alla nascita delle strutture intrapsichiche. Le relazioni oggettuali hanno infatti un ruolo particolarmente importante nella formazione dell'identità personale, poiché esse costituiscono la fonte principale di identificazione e i punti di riferimento al processo di differenziazione e integrazione sul quale poggia la genesi del pensiero e della simbolizzazione (M. Albergamo).

3.3 Alcuni riferimenti storici

Nell'opera freudiana non è presente una teorizzazione specifica delle relazioni oggettuali, ma il problema è stato posto più volte e da diversi punti di vista: La

tematica delle relazioni oggettuali può considerarsi implicitamente impostata nella ricerca freudiana delle connessioni intercorrenti tra pulsioni ed oggetti (Freud, 1905 e 1915). Qui l'oggetto non ha un valore intrinseco, ma serve come strumento di raggiungimento della meta pulsionale. L'individuo, infatti, è orientato dalle pulsioni ed è mosso dalla necessità di soddisfare i suoi bisogni, esso è profondamente legato agli oggetti.

Freud (1914) introduce il concetto di “narcisismo primario” per connotare l'inizio della vita postatale come originaria condizione preoggettuale in cui la realtà psichica è isolata e distinta dall'ambiente e caratterizzata dall'onnipotenza del pensiero. Le identificazioni primitive che avvengono in questa prima fase della vita sono molto diverse dalle identificazioni che avvengono dopo lo strutturarsi dell'Io perché non si basano su una differenziazione con l'oggetto che viene percepito come una propria parte indifferenziata.

Freud precisa l'importanza del passaggio da un'identificazione basata sull'essere l'oggetto (concetto che E. Gaddini (1969) ha definito come “imitazione”) all'aver e incorporare l'oggetto come un processo che inizia una differenziazione dall'oggetto e una prima forma di identità.

E' attraverso l'oggetto e con i rapporti con esso che si instaura l'Io, ‘oggetto’ (e quindi la relazione con l'altro) è indispensabile alla sopravvivenza e alla vita psichica.

Sappiamo che la socialità, la comunicazione e il pensiero simbolico si sviluppano tutti nel primissimo rapporto neonato-adulto. È noto che il bambino normale nasce con una capacità sociale enormemente precoce.

In un modello della mente che comporta una psicologia bipersonale la mente non contiene solo un Sé con particolari qualità, orientamenti e possibili deficit. Essa contiene anche una relazione con i cosiddetti “oggetti interni” (Klein, 1939) o “modelli rappresentativi” (Bowlby, 1988) e anche questi possono contenere deficit. Questa visione implica che gli esseri umani, fin dalla nascita

siano alla ricerca dell'oggetto o in relazione con l'oggetto (cioè nascono con il bisogno di relazione con altri esseri umani).

I teorici delle relazioni oggettuali sottolineano in modo particolare l'interiorizzazione di tali relazioni con le persone, e il fatto che le fantasie e le esperienze o la mancanza di esperienze relative a queste figure umane, facciano parte della mente umana quanto il senso del sé

Usando il linguaggio di Bion vi è sempre una preconcezione di un oggetto vivente e pensante o, per citare Trevarthen, di un "compagno vivo". Se questa preconcezione non incontra nell'esperienza un'adeguata realizzazione, non può emergere un adeguato concetto dell'oggetto umano vivente e pensante.

Tale preconcezione, anche nel bambino piccolo, può essere ancora scoperta ed è su questo presupposto che si fonda il trattamento (Bion, 1962; Trevarthen, 1978). Quindi la questione del deficit nel sé dovrebbe essere seguita dalla questione di quale tipo di deficit esiste nell'oggetto.

Possiamo rivedere i 3 sintomi maggiori dell'autismo in questa prospettiva secondo quanto suggerito da A. Alvarez (1995)

- 1) Deficit sociale Potrebbe essere affrontato sia in termini di deficit nel senso del Sé del bambino, sia in termini della sua mancanza di socialità, ma anche in termini di mancanza di socialità del suo "oggetto interno". Il bambino può sembrare non interessato alle altre persone, ma può anche aver fallito nel costruirsi un'immagine interna di una figura che è interessante o che è interessata a lui.
- 2) Difficoltà di comunicazione Può riferirsi al tipo di interlocutore interno che ascolta e risponde, al quale il bambino riesce o non riesce a rivolgersi.
- 3) Assenza di sequenze immaginative e comportamenti ripetitivi in sostituzione di esse Ci si potrebbe interrogare sull'assenza di un oggetto con il quale giocare o di un oggetto giocoso. Il sintomo dei rituali ripetitivi potrebbero essere una sostituzione della normale comunicazione sociale ed emozionale.

3.4 Lo stato autistico

Come suggerito da Tustin (1991), i bambini autistici sono molto diversi dagli altri bambini. La caratteristica prevalente che li distingue da ogni altro tipo di paziente è la loro estraneità ad ogni rapporto con gli altri. E' probabile che ciò derivi che essi hanno una consapevolezza molto fragile della propria esistenza. Hanno, cioè scarsa o nessuna coscienza di avere un corpo in carne ed ossa.

“Si ha l'impressione che i bambini autistici abbiano terrori derivano dal senso di inconsistenza, dal sentirsi fluidi nel corpo, non integrati” (E. Gaddini). Sembrano avvolti da un guscio che gli impedisce di entrare in contatto con gli altri.

La loro percezione di sensazioni terrificanti avrebbe bisogno di essere tenuta insieme da un buon “holding” materno che trasmetta un senso di confine alla pelle del bambino attraverso i punti di contatto con le braccia e con il corpo della madre. Ad un certo punto del trattamento essi rivelano di avere avuto una consapevolezza della propria separatezza corporea dalla madre che li allattava. Il bisogno dei bambini di essere tenuto insieme non passa, generalmente, alla madre. La processualità attraverso cui passa la preoccupazione materna primaria e la reverie delle madri di bambini autistici presenta dei tratti difettosi; spesso queste madri non sanno o non possono utilizzare la figura paterna come fonte sufficiente di sicurezza e non possono quindi rendersi totalmente disponibili con i loro bambini.

Come sottolineato da Tustin, i bambini autistici sviluppano attività autoprodotte che gli offrono l'illusione di essere protetti da un guscio. Tali comportamenti sono distinti in “Oggetti sensoriali autistici” e “Forme sensoriali autistiche”.

Gli oggetti sensoriali autistici sono prodotti dal senso del tatto. Non sono “oggetti” veri e propri, ma parti del corpo del soggetto, un insieme di sensazioni

tattili che deriva dalle sensazioni che il soggetto sperimenta sul proprio corpo, come per es. la lingua dura arrotolata o le parti interne delle guance. Essi sono i prototipi degli oggetti duri, come trenini e automobiline, che i bambini autistici si portano dietro e che vengono vissuti come parti del loro corpo. Essi li tengono stretti o li fanno girare: in tal modo, i bambini sperimentano che la durezza, l'impenetrabilità e la manipolabilità degli oggetti diventano parte del loro corpo. Le forme sensoriali autistiche sono prodotte da attività tattili come lisciare, sfregare, imbrattare, disegnare e dipingere su superfici levigate che appartengono al corpo stesso del soggetto o anche a oggetti esterni, percepiti come parti delle superfici del corpo. Esse sono forme percepite come impronte tattili sulla superficie corporea del soggetto. I bambini autistici in termini di superfici; la loro esperienza è piatta e bidimensionale, non hanno consapevolezza dell'interno degli oggetti.

Le forme autistiche sono prodotte dalla percezione di spigoli intorno a superfici piatte e hanno la funzione di rassicurazione perché evitano la consapevolezza della separatezza corporea.

Gli oggetti e le forme sensoriali autistici sono "allucinazioni tattili" che danno origine all'illusione di essere incapsulati in un guscio. La loro funzione protettiva nei confronti del terrore di non esistere rende difficile lo sviluppo psicologico: si tratta, per il bambino autistico, di un "terrore senza nome".

Nei bambini autistici, l'incapsulamento può essere considerato una reazione protettiva per evitare il trauma della separatezza corporea dalla madre che nutre.

Come per tutti gli stati psicotici, l'autismo deriva da un uso estremo ed iperreattivo di processi normali come l'esclusione dalla mente degli eventi che non possono essere immediatamente gestiti, cioè il processo di selezione che riguarda ciò di cui possiamo occuparci subito e ciò che può essere differito. In condizioni normali, questo processo è flessibile perché comporta consapevolezza del passato, del presente e del futuro. I bambini autistici ritrovano in una condizione di distorsione temporale. L'incapsulamento,

prodotto da attività stereotipe e manipolatorie, ha escluso la consapevolezza in modo rigido e automatico. Essi non hanno la percezione di “essere all’interno del guscio”, la loro sensazione è quella di essere nascosti e protetti.

Quando la corazza autistica comincia ad aprirsi e i bambini cominciano ad avere consapevolezza di avere un corpo oggettivo e tridimensionale, cominciano a temere che parti di esso si separino, che il corpo si scomponga. Quando si rendono conto di avere un corpo vulnerabili, essi si mostrano molto timorosi di essere feriti, presentano una serie di paure, la paura di cadere in un buco nero o la paura di una morte catastrofica.

Secondo Gaddini i bambini autistici vivono tra due estremi:

- a) un’incontrollabile fluidità;
- b) un’immobilità di pietra, quasi un letargo, che agisce da manovra protettiva.

Il senso di fluidità da cui sono permeati sembra interrompere ed impedire lo sviluppo di un rapporto.

Sembra che essi non abbiano sperimentato, per dirla in linguaggio Winnicottiano, “la continuità del vivere” che si stabilisce con l’aggancio visivo tra madre e figlio nell’atto del succhiare. Infatti molto spesso i bambini autistici hanno una storia di precoci di facoltà di alimentazione. Le loro madri riferiscono la grande difficoltà che essi avevano nel prendere il seno, quasi che le loro labbra non si disponessero intorno al capezzolo in modo valido. Al contrario, il loro succhiare ricorda il succhiare del feto, come lo si vede in ecografia, quasi casuale. I bambini autistici non solo non succhiano bene il seno o il biberon, ma succhiano poco anche il dito o altri oggetti (Tustin).

Sembra che l’aspetto del succhiare abbia notevoli conseguenze sul processo maturativo, dato che la prima conoscenza ha luogo proprio nel corso del succhiare.

Spesso sono bambini che vivono in una condizione di isolamento, in un mondo quasi totalmente dominato dal senso del tatto: le loro percezioni uditive e visuali

sono fortemente inibite. E' come se la loro attenzione è distolta da queste percezioni ed è concentrata sulle sensazioni tattili. Gli oggetti e le forme sono percepiti come parti del corpo del soggetto. Non c'è spazio fra il soggetto e l'oggetto: di conseguenza, gli oggetti e le loro forme non sono percepiti nelle loro relazioni visive e tridimensionali. La natura tattile di un oggetto- il fatto, cioè, che esso sia duro o morbido, ruvido o liscio, con spigoli aguzzi o arrotondati- è più importante per un bambino autistico della sua funzione obiettiva. La modalità con la quale gli oggetti sono utilizzati e la qualità emotiva che caratterizza il rapporto con essi, facilitano o ostacolano la trasformazione delle sensazioni in concetti.

Nel lavoro con i bambini autistici, per non ostacolare questo processo, è necessario che essi vengano "contenuti" in modo da poter sperimentare che la propria continuità dell'esistenza è protetta e che non è necessario ricorrere ad un uso improprio di attività autistiche.

A differenza dei bambini il cui sviluppo psicologico ha avuto una normale evoluzione e nei quali l'integrazione di impressioni sensoriali tattili e visive, la consapevolezza della tridimensionalità sono presenti fin dalla nascita, nei bambini autistici la formazione dei concetti è impedita dall'attenzione esclusivamente riservata ai fenomeni tattili soggettivi, come gli oggetti sensoriali autistici e le forme sensoriali autistiche. Questi sono stati sviluppati come tentativo di controllare i terrori associati alle situazioni infantili intollerabili di consapevolezza traumatica della separatezza corporea.

Capitolo Quarto

Il trattamento dei “bambini che non sanno giocare”

4.1 La prospettiva dell’Infant Observation nel modello Tavistock

La valutazione e il trattamento della patologia autistica che viene ora descritto prende le mosse dall’Infant Observation, intesa come osservazione longitudinale del rapporto madre-bambino che nasce a Londra ad opera di Esther Bick (1962) che la introduce alla Tavistock Clinic all’interno del corso di formazione alla psicoterapia infantile e che ancora oggi è parte integrante della formazione degli allievi analisti di orientamento analitico secondo il modello Tavistock.

Come specifica modalità di indagine si sviluppa in seguito al progresso dell’analisi infantile promosso in Inghilterra da Melanie Klein e Anna Freud e si propone il duplice scopo di verificare e ampliare le ipotesi teoriche sul bambino, in gran parte tratte da ricostruzioni analitiche e di aumentare le possibilità di intervento nel campo dell’infanzia e della relazione terapeutica.

Da una parte intende promuovere un nuovo interesse per il mondo infantile e una rivisitazione delle teorie riguardanti lo sviluppo neonatale; dall’altra intende addestrare l’occhio dello psicoterapeuta a cogliere gli aspetti più propriamente infantili del comportamento del bambino e dell’adulto e a discriminare fra questi, quelli più specificamente volti alla crescita e alla maturazione (F. Borgogno).

In conseguenza alle divergenze di scuola e di prospettiva teorica (Segal, 1979) che caratterizzavano in quegli anni la Società Psicoanalitica Inglese, l'Infant Observation, sviluppandosi in un clima di controversie, si orienta diversamente: prevalentemente ai fatti dello sviluppo per quanto riguarda l'orientamento annafreudiano; ai movimenti relazionali e alle fantasie che ne stanno alla base per quanto riguarda i kleiniani. Questa diversità di vertice, tutt'ora presente, promuovendo un ritorno ai fatti e alla loro osservazione, determina una crescente capacità di guardare ai fenomeni osservati da più punti di vista.

Sul piano della tecnica psicoanalitica viene data maggiore importanza all'assetto mentale dello psicoanalista quale parte fondamentale costitutiva del setting psicoterapeutico e una maggiore attenzione all' "hic et nunc" della seduta.

L'originalità del metodo nella sua matrice kleiniana consiste nell'aver portato l'osservazione all'interno del nucleo familiare e nell'averne focalizzato la relazione del neonato con le figure parentali, piuttosto che sull'evoluzione autonoma delle funzioni e di tratti di personalità del bambino o su particolari sequenze comportamentali e capacità.

Un altro aspetto interessante è l'aver incanalato l'attenzione sull'evolversi parallelo e strettamente congiunto di mente e corpo e più precisamente nell'aver indagato il nascere dell'attività mentale e i precursori arcaici della simbolizzazione, l'alternarsi di forme di pensiero ed azione che caratterizza la vita infantile. Secondo questo orientamento, il bambino è osservato a partire dall'unicità e dalla singolarità che caratterizzano la sua relazione con la madre con l'obiettivo di evidenziare i fattori che stimolano o inibiscono la crescita somato-psichica e la spinta al rapporto con la realtà esterna ed interna, piuttosto che con il fine di determinare con precisione le fasi dello sviluppo mentale e relazionale.

La soggettività e la relazione, che da sempre accompagnano il processo di osservazione, non sono considerate, all'interno di questo metodo di indagine,

come variabili da controllare e da eliminare, ma come elementi di conoscenza e di rilevamento dei dati.

L'Infant Observation differisce dalla prospettiva sperimentale ed etologica di ricerca in quanto include l'esperienza emotiva dell'osservatore e la sua capacità di identificazione nei fatti osservati come elementi essenziali per cogliere nel dettaglio il configurarsi dell'interazione madre-bambino.

L'osservazione utilizza il setting quotidiano di vita ritenendolo la condizione più idonea allo studio e alla comprensione dello sviluppo infantile ed è lasciata libera ed è dipendente dalla capacità dell'osservatore di entrare in risonanza con il nucleo familiare, anche se con la regola di descrivere una volta a settimana e nel dettaglio tutto quanto avviene nella situazione osservata.

L'obiettivo primario dell'Infant Observation non è il raggiungimento di dati oggettivi e generalizzabili sullo sviluppo del bambino, ma è piuttosto l'imparare a descrivere, nel suo attuarsi concreto, una specifica relazione e a considerarla nella sua globalità, ponendo una particolare attenzione agli aspetti emotivi e ai fattori emergenti che vi intervengono.

L'Infant Observation pone in rilievo quanta attenzione e quale sensibilità empatica necessita il neonato, sottolineando che la semplice soddisfazione dei suoi bisogni corporei non sia sufficiente al processo evolutivo, se non a un livello del tutto esteriore e superficiale: è la comprensione, la capacità adulta di discriminare i segnali, il tipo di recettività materna, che accompagnano momento per momento la soddisfazione, che promuovono la crescita in un senso più globale e profondo, favorendo nel bambino il sorgere di uno spazio interno idoneo a fronteggiare gli stimoli e a permetterne una prima trasformazione (Borgogno, 1981). In altri termini, l'osservazione evidenzia, in accordo con il pensiero della Klein, come il delinarsi del pensiero e della mente sia possibile se c'è una madre o un suo sostituto che sa contenere l'intensa angoscia e sofferenza del bambino di fronte all'urgenza del bisogno, alle sensazioni

percettive spiacevoli e in genere alle novità emozionali dell'esperienza quotidiana.

Quando la mente della madre non è in grado di svolgere questa funzione vicariante in favore del neonato (Winnicott, 1965), egli sviluppa un apparato mentale difettoso (Klein, 1946; Bion, 1967; Bick, 1969) volto all'evacuazione degli stimoli e delle emozioni, più che alla loro elaborazione e diretto all'imitazione del comportamento più organizzato piuttosto che a una sua reale assimilazione e all'apprendere dalla propria esperienza (Meltzer, 1975; Harris, 1975).

L'osservatore può imparare dalla propria esperienza e dalle reazioni della madre durante le primissime settimane di vita del bambino, quanto sia difficile vivere con la coscienza che qualcuno così indifeso come un neonato (indifeso proprio nel in cui il piccolo di una specie animale non lo è) sta per vivere un'intensa angoscia e ha già una vita mentale. A differenza dei piccoli delle specie animali, il piccolo dell'uomo è in grado di fare pochissimo per quanto riguarda i suoi bisogni e i suoi malesseri corporei: è obbligato a sopportare la sofferenza e l'attesa finché non arriva l'aiuto esterno. La sua sofferenza è lenita non solo dalla soddisfazione dei bisogni corporei, ma anche dalla comprensione e dal contatto sociale.

Se si intende il transfert analitico come un processo di esteriorizzazione dei rapporti e dei desideri infantili, seguire storicamente, una settimana dopo l'altra, la crescita dell'insieme dei rapporti del bambino, il modo in cui utilizza le sue capacità in via di sviluppo per dare un senso al suo mondo, le fantasie sugli stimoli diversi che lo colpiscono dall'interno e dall'esterno, contribuirà indubbiamente a migliorare la sensibilità dell'analista alla qualità e ai movimenti del transfert (Harris, ...). Una tale osservazione fa vedere come le emozioni, al loro livello primitivo, sono radicate in stati corporei e sensazioni localizzate in parti specifiche del corpo, sensazioni che trovano progressivamente un significato attraverso le risposte emotive della madre. Ciò ha un rapporto

evidente con la comprensione dei sintomi psicopatologici dei pazienti, considerando che molti, aldilà di tutte le loro successive intensificazioni e cristallizzazioni, hanno origine in periodo molto precoce.

I lavori di E. Bick, oltre a quelli di D. Meltzer, che hanno seguito lo sviluppo di bambini autistici, hanno evidenziato la modalità di apprendimento bidimensionale: imitazione del comportamento e tendenze a copiare, come metodi per evitare la sofferenza psichica che non portano però affatto allo sviluppo della personalità. Possiamo affermare che questa visione bidimensionale, consistente nell'attaccarsi ad oggetti esterni, è presente nello sviluppo di ogni bambino e nella vita di ogni adulto. Si può anche osservare l'arresto di sviluppo che si verifica quando questo si trasforma in difesa generalizzata contro l'esperienza emotiva: questo lo si osserva con i pazienti autistici. Nella stanza di analisi, spesso questi pazienti si comportano *come se* fossero in analisi, anche se evitano ingegnosamente ogni esperienza realmente perturbante. Lo studio dei modi in cui l'esperienza del neonato a livello sensuale (con gli oggetti del mondo esterno) viene interiorizzata o no, può far luce su questi pazienti o su questo tipo di stati mentali, che probabilmente si trovano in qualunque soggetto. Gli interrogativi riguardo le condizioni che favoriscono o impediscono l'introyezione durante la prima infanzia, sono valide anche per lo studio del processo analitico, nel corso del quale si spera che il paziente riesca ad interiorizzare un oggetto molto più ricettivo e più forte, cosa che gli permetterebbe di essere più vicino a sé stesso, di ampliare i limiti dell'esperienza, oltre che di riflettere meglio su di essa. Allo scopo di poter utilizzare in maniera significativa le qualità potenziali e parziali del Sé, queste devono probabilmente essere espresse e lavorate a un livello infantile con l'aiuto di qualcun altro. Questo è il senso del lavoro analitico.

4.2 La psicoterapia degli stati autistici

Molti specialisti che si occupano di autismo lo considerano una patologia caratterizzata da tre elementi: difetto della comunicazione, disturbo della capacità di stabilire contatti sociali, rigidità ed inflessibilità del comportamento.

S. Reid (1994) ritiene che sia la mancanza di consapevolezza del mondo dei rapporti personali l'aspetto che caratterizza fundamentalmente l'individuo autistico.

Alvarez sostiene che in un modello della mente che comporta una psicologia bipersonale, la mente non contiene solo un Sé con particolari qualità, orientamenti e possibili deficit, ma contiene anche una relazione con i cosiddetti "oggetti interni" o "modelli rappresentativi" e anche questi possono contenere deficit. Sappiamo che il bambino normale nasce con una capacità sociale enormemente precoce di un oggetto umano vivente (e pensante) o, citando Trevarthen, di un "compagno vivo".

Se questa preconcuzione non incontra nell'esperienza un'adeguata realizzazione, non può emergere un adeguato concetto dell'oggetto umano vivente e pensante. Ma la preconcuzione può essere ancora scoperta ed è su questo presupposto che si fonda il trattamento (Bion, 1962; Trevarthen, 1978).

"Scopo della psicoterapia è di aiutare questi bambini ad internalizzare un prendersi cura di loro che sia protettivo e nutritivo e a entrare in contatto con il mondo consueto, quotidiano, che rappresenta il correttivo per le loro convinzioni bizzarre originate dalle attività autosensuali. Aiutarli a raggiungere un funzionamento normale significa essere in contatto con gli stati in cui essi vivono, si muovono e trovano la loro ragion d'essere...." (F. Tustin, 1981).

Tutte le forme di psicoterapia analitica per i bambini si basano su una profonda comprensione del valore terapeutico e comunicativo del gioco. Ma la caratteristica eccezionale dei bambini autistici è che non sanno giocare e non sanno comunicare. Ciò dà origine a difficoltà nel loro trattamento in quanto sono bambini difficili da raggiungere.

Come abbiamo visto, l'autismo infantile precoce descritto da Kanner è un disturbo molto raro che colpisce circa 4 bambini su 10000. In realtà, il termine autismo comprende anche disturbi simili. Così esistono numerose cause, tipi e gradi di autismo, la cui caratteristica fondamentale è la mancanza di un rapporto primario di base tra la madre e il bambino. Questo significa che la psicoterapia degli stati autistici sarà diversa da quella degli altri pazienti che hanno sviluppato, almeno in una certa misura, questo rapporto (Tustin).

4.3 La realtà spazio temporale del setting

Il trattamento psicoterapeutico del bambino autistico richiede un terapeuta esperto nell'osservazione dettagliata madre- bambino: ciò assicura il necessario grado di obiettività da parte del terapeuta e la possibilità di comprendere comunicazioni non verbali. Anche se all'inizio del trattamento questi bambini funzionano in modo prevalentemente asimbolico, una procedura terapeutica interpretativa è possibile poiché essi posseggono un "linguaggio interno" e capiscono, anche se spesso non parlano.

Meltzer (1980) individua nel "fallimento del superamento della bidimensionalità" e di conseguenza nel "vivere in "un mondo senza significato" il problema centrale dello stato autistico.

Si tratta di livelli di funzionamento psichico che si distanziano dalle concettualizzazioni che sono relative a un mondo esterno differenziato da un mondo interno, di spazi interni che contengono oggetti, così come sono stati proposti da M. Klein. Con questi termini, la Klein rappresenta un mondo nel quale la terza dimensione è una realtà acquisita, con essa esistono luoghi e tempi vissuti come tali, esiste la possibilità dell'emozione, del pensiero, del significato, della formazione del simbolo, sia come esperienza individuale, che come esperienza condivisibile, dell'"apprendimento dall'esperienza"(Bion)

strettamente legato all'emozionalità. Mancando la terza dimensione, invece, ci vengono a mancare gli strumenti concettuali per pensare e potere comunicare l'esperienza della bidimensionalità che è appunto assenza di "esperienza" in senso bioniano.

Se è vero che l'autismo è assenza della terza dimensione, quindi assenza di spazio, allora in essa non esiste né interno, né esterno che possa essere vissuto. Uscire dallo stato di autismo, invece (uscire significa invece movimento in uno spazio reale) deve necessariamente comportare un'esperienza spaziale. Infatti, è solo nel passaggio alla terza dimensione che possono cominciare ad operare i meccanismi di scissione, proiezione ed introiezione e che, con l'esperienza della realtà dello spazio esterno, diventa possibile quella di uno spazio interno e, grazie alla differenziazione tra esterno ed interno, il vissuto della propria separatezza (S. Maiello Hunziker, 1986).

F. Tustin dice che la "consapevolezza della separazione è inseparabile dalla consapevolezza dello spazio e porta con sé la consapevolezza di un interno e di un esterno".

C'è da chiedersi, allora, se gli elementi concreti del setting (lo spazio reale della stanza di terapia e la durata della seduta) non abbiano per il bambino autistico un'importanza particolare in quanto egli viene confrontato fin dall'inizio (grazie alla consapevolezza del terapeuta di questi aspetti) con una modalità alternativa di esperienza. Il bambino autistico deve fare un'esperienza a monte, quella di riconoscere come tali lo spazio e il tempo reali, prima di potersi confrontare con il dolore connesso alla separazione. Egli cancella tutto ciò che è connesso con i vissuti di spazio e di tempo, tende ad utilizzare la stanza come spazio inesistente o illimitato e la durata della seduta come parte di un continuum senza un prima e un dopo.

Diventa allora un elemento importante il fatto che la terapia si svolga in un luogo preciso, in una stanza a tre dimensioni con un suo spazio reale, ma non illimitato, e un succedersi di sedute con una durata reale e non infinita. E' quindi

possibile che l'aiuto offerto dal terapeuta ad un bambino autistico possa comprendere non solo l'uso che egli fa del proprio mondo interno, della sua capacità di sentire in modo tridimensionale, nel rapporto con il bambino, ma anche un'attenzione maggiore alla realtà tridimensionale spazio-temporale esterna dentro la quale si trova con il paziente e che quest'ultimo non è inizialmente in grado di vivere in quanto esperienza. Infatti il bambino opporrà a questa possibilità terrificante il suo modo di essere autistico e vorrà continuare a far sì che un luogo equivalga ad un altro luogo, che il movimento da un luogo all'altro non significhi lasciare qualcosa per trovare qualcos'altro, quindi non sia movimento significativo legato a degli spazi differenziati e non infiniti. In questo modo egli può forse conservare l'illusione di possedere la madre sempre e dappertutto, rendendola intercambiabile con il terapeuta ed evitando l'esperienza e il dolore della separazione. Ma il tentativo di averla sempre è un'illusione, non distinguendo tra lei e le altre persone, sembra portarlo a non averla mai, perché la madre reale è invece distinta da lui e non infinita.

Lo stesso si può dire dell'assenza di tempo nello stato autistico. Nel caso limite, il tempo della seduta e il tempo fuori di essa non si differenziano. Facendo scomparire il tempo, il bambino cancella il pericolo della separazione (legata sia la tempo che allo spazio) ed evita di vivere la sofferenza della mancanza e dell'attesa.

Il terapeuta dà quindi al bambino uno spazio/tempo reale, ma limitato, sia esternamente nel setting, sia internamente attraverso il proprio spazio mentale: uno spazio che ha la capacità di contenere (e quindi esiste realmente), ma limitato e non infinito.

Queste caratteristiche dello spazio esterno/interno offerto dal terapeuta, si contrappongono all'illusione del bambino di potersi sottrarre alla consapevolezza dolorosa della propria separatezza ritirandosi in un mondo tutto suo, dove niente incomincia e niente finisce.

4.4 La valutazione del bambino autistico e della sua famiglia

Il modello di osservazione per la valutazione utilizzato parte dalla considerazione che il bambino autistico non ha avuto o non è stato in grado di vivere una madre/ambiente ferma ma al tempo stessa recettiva ai suoi bisogni.

S. Reid (1994) suggerisce che nel corso di una valutazione, l'attenzione va dedicata sia al bambino che alla famiglia. E' infatti impossibile procedere alla valutazione di un bambino senza l'adeguato riconoscimento della sua appartenenza ad una famiglia, della sua dipendenza dalla famiglia sotto il profilo sia emotivo che fisico. L'aspetto che caratterizza fundamentalmente l'individuo autistico è la mancata consapevolezza del mondo dei rapporti personali e il mancato riconoscimento dei propri familiari come persone, dotate di sentimenti ed idee. Ciò che accomuna tutti i genitori e tutte le famiglie con un bambino autistico è l'esperienza di stare accanto ad un essere che vive in un mondo completamente suo e separato. Il vissuto di un genitore che sente di non potere esercitare alcuna influenza effettiva sul bambino è spesso di impotenza e disperazione.

Diventa quindi fondamentale occuparsi per prima cosa dello stato di disagio della famiglia che appare come prigioniera del bambino, come risucchiata nella sua condizione autistica. (Spesso la famiglia diminuisce le normali relazioni sociali, gli aspetti della vita quotidiana sono origine di persecuzione, il linguaggio strano del bambino può causare profondo imbarazzo. In mancanza di una consuetudine di rapporti quotidiani con altri, è facile perdere il senso di ciò che è normale e ordinario; di conseguenza il comportamento anormale di questi bambini diventa la norma).

Poiché l'obiettivo terapeutico primario della valutazione è instaurare un nuovo modo di comunicazione all'interno della famiglia, nel caso di bambini autistici è

controproducente procedere ad una valutazione individuale del bambino senza aver cercato una collaborazione con i genitori.

Il primo spazio di ascolto sarà quindi riservato alla famiglia, favorendo un modello di comunicazione significativa. L'obiettivo primario del lavoro con i genitori è ristabilire la loro fiducia nelle proprie capacità parentali: sono proprio queste ad essere continuamente insidiate da un bambino autistico (F. Tustin, 1991).

Bisogna cominciare dal raccogliere la storia della famiglia, tenendo in considerazione che il bambino autistico non ha avuto o non è stato in grado di vivere una madre/ambiente ferma ma al tempo stesso recettiva ai suoi bisogni.

Le fasi della valutazione si possono così suddividere:

Fasi della valutazione	Scopo
<p>Fase 1</p> <p>Segnalazione del bambino condizionamenti Nessuna lettura delle relazioni di altri specialisti</p>	<p>Mente aperta: osservazione priva di condizionamenti</p>
<p>Fase 2</p> <p>Osservazione Primo incontro con la famiglia</p>	<p>I) Stato recettivo facilitante nel terapeuta II) Non avere fretta III) Premunirsi contro le pressioni esercitate per ottenere certezze a fronte di una massiccia incertezza</p>
	<p>IV) Esplorazione della comunicazione</p>
	<p>V) Creare uno spazio che la famiglia possa riempire</p>
<p>Fase 3</p> <p>Occuparsi del trauma della famiglia</p>	<p>Si possono prendere in considerazione genitori e fratelli</p>
<p>Fase 4</p> <p>Pensare con i genitori sulla base delle osservazioni del bambino condotte dal terapeuta. Esplorare nuove strategie per occuparsi del bambino nella prospettiva di un miglioramento della</p>	<p>I) Tenere conto dell'attuale loro stato di disagio II) Creare lo spazio per i bisogni di ciascun membro della famiglia III) Aiutare i genitori ad avviare un contenimento del bambino.</p>

vita di tutta la famiglia	<p>IV) Dare valore alle osservazioni dei genitori per conferire loro maggiore senso di autorevolezza</p> <p>V) Nuovi punti di vista</p>
<p>Fase 5</p> <p>Raccogliere la storia della famiglia e la storia dei contatti con altri specialisti</p>	<p>I) Aggiungere altri elementi al quadro ottenuto tramite il contatto con la famiglia</p> <p>II) Preparare la famiglia a pensare agli avvenimenti della vita in modo significativo</p> <p>III) Liberarsi della paura che il terapeuta intenda attribuire una colpa</p> <p>IV) Favorire il modello di comunicazione significativa</p>
<p>Fase 6</p> <p>Preparazione della valutazione individuale del bambino, dei genitori e dei fratelli, spiegando le diverse funzioni e i contesti in cui eventualmente si svolgeranno</p>	<p>I) Fornire al terapeuta l'opportunità di chiarire il suo ruolo, le sue funzioni e quelle dei genitori</p> <p>II) Alleviare il senso di colpa che ai genitori può derivare dal pensare di dover essere in grado di fare ciò che fa un terapeuta</p> <p>III) Dare ai genitori l'idea di ciò che la terapia può comportare</p>
Fase 7	

<p>Sedute di valutazione individuale con il bambino (di solito un totale di tre)</p>	<p>I) Stabilire se al bambino interessi “unirsi al mondo quando è al centro dell’attenzione e quale sia la frequenza più opportuna di un’eventuale terapia</p> <p>II) Diagnosi</p>
<p>Fase 8</p> <p>Valutazione dei genitori come coppia e, se opportuno, come singoli individui</p>	<p>I) Stabilire se i genitori siano in grado di sostenere il cambiamento del bambino</p> <p>II) Fornire loro uno spazio per condividere le proprie preoccupazioni e pressioni individuali</p>
<p>Fase 9</p> <p>Incontri per esplorare le reazioni</p>	<p>I) Scambio di punti di vista</p> <p>II) I genitori valutano se il terapeuta parli del bambino che conoscono</p> <p>III) Il terapeuta valuta se i genitori siano in grado di rispondere al cambiamento</p>
<p>Fase 10</p> <p>Rivisitazione delle precedenti fasi di valutazione Ipotesi su come procedere</p>	<p>I) Chiarire quale debba essere il passo successivo</p> <p>II) Valutazione di bisogni e di risorse</p>
<p>Fase 11</p>	<p>I) Riunire tutte le fasi della</p>

<p>Piano terapeutico</p> <p>Stabilire un piano terapeutico alla luce del coinvolgimento e delle risorse esterne disponibili</p> <p>Comunicare l'idea di periodici incontri di valutazione della situazione</p>	<p>valutazione</p> <p>II) Creare la struttura per una valutazione e una comunicazione continuativa</p> <p>III) Garantire una serie di misure coerenti e gestibili</p>
<p>Fase 12</p> <p>Valutazioni continuative</p> <p>Periodici incontri condotti da chi ha fatto la valutazione per discutere il piano terapeutico con i genitori</p>	<p>I) Comunicare la valutazione del terapeuta riguardo all'esperienza terapeutica del bambino</p> <p>II) Comunicare la valutazione dei genitori riguardo alla risposta del bambino alla terapia e ad altri stimoli</p> <p>III) Valutare ogni necessità di modificare gli stimoli</p>

4.5 La valutazione del bambino

L'approccio psicoanalitico consente di scoprire l'unicità di ogni piccolo paziente: per questo motivo bisogna tenere presente che in alcuni casi è necessario apportare qualche piccola modifica alla tecnica precedentemente descritta. Con molti pazienti è possibile creare un setting, fornire loro alcuni giocattoli e lasciare che la situazione segua il suo corso. E' giusto ed opportuno che il terapeuta non esprima direttive.

Il problema specifico del lavoro di valutazione con i bambini autistici è che essi non hanno relazioni oggettuali; sembrano non instaurare alcun tipo di rapporto con noi, non dimostrano di riconoscere che esistiamo e se lo fanno,

apparentemente per loro siamo come un tavolo o una sedia. Possono spostarci o spingerci negli angoli della stanza, usare la nostra mano per aprire una porta, calpestarci un piede: tutto ciò senza nessuna preoccupazione o disagio.

Il problema da porsi è: come riuscire a comunicare con qualcuno che non prende atto della nostra esistenza?

Se il terapeuta riesce a catturare, anche se brevemente, l'attenzione del bambino, si instaura l'idea di un "altro", un'idea che racchiude in sé la potenzialità della curiosità.

E' chiaro che il ruolo del terapeuta è più attivo quanto non sia comunemente con altri pazienti. Egli deve aiutare il bambino a scoprire la sua esistenza, ma prima di tutto deve scoprire in sé stesso la convinzione che il bambino esista: questo processo viene avviato dall'osservazione attenta del comportamento del paziente e la risposta e la risposta del controtrasfert, che permette di avere nella mente una vivida sensazione del bambino.

Non si tratta assolutamente di un compito facile: questi bambini sembrano appena sfiorare la superficie della nostra mente e la nostra reazione più spontanea e naturale non è quella di provare interesse nei loro confronti. Reid ritiene che al terapeuta viene richiesto un difficile compito: se riesce a vedere il mondo attraverso gli occhi del suo piccolo paziente, a vivere, anche se per un attimo, il mondo come lui lo vive, il terapeuta può provare un reale interesse per il bambino. Sarà poi possibile utilizzare questo interesse per creare le particolari condizioni di cui egli ha bisogno per sviluppare la consapevolezza dell'esistenza del terapeuta.

Nel corso di ogni seduta, il terapeuta deve cercare di suscitare nel bambino un senso di giocosità, curiosità e per fare questo dovrebbe cercare di alimentare ogni scintilla di interesse, costruire, sviluppare e amplificare ogni minimo tentativo di gioco. Deve cercare sempre di fornire una struttura che sia solida e flessibile, sufficientemente elastica per soddisfare i bisogni del bambino, momento dopo momento.

Nella stessa seduta, e tra una seduta e l'altra è possibile vedere se dalla totale assenza di significato cominci a nascere qualche significato. Per esempio, avendo idea di ciò che fa il bambino e dei motivi delle sue azioni, chiedersi: comincia a fare le cose come se prevedesse una mia reazione o un'altra concatenazione di eventi? Il suo comportamento apparentemente casuale va assumendo una struttura? E' possibile distinguere un elemento di intenzionalità in questo suo comportamento?

Chi lavora con questo tipo di pazienti spesso, nel corso delle sedute, non ha l'impressione della continuità di un processo, ma ricava un senso di profonda frammentazione. Lo sviluppo di questi bambini è irregolare, "a macchie", sia in termini generali, che durante le sedute. E' possibile, quindi, che in una determinata seduta ci troveremo accanto ad un bambino che sembra non essere nessuno e in nessun luogo, poi avvertire la presenza di un neonato, poi ancora, immediatamente, quella di un essere che si comporta in maniera congruente alla sua età.

Nel caso di bambini autistici, le fluttuazioni che il terapeuta osserva normalmente richiedono un continuo cambiamento di livello e di modalità di comunicazione: occorre scegliere continuamente se comunicare con il linguaggio. E, nell'ipotesi si scelga il linguaggio, quale dovrà essere, in che misura si userà in ogni particolare momento? Quale deve essere il modo giusto di parlare al paziente?

Tali questioni ci fanno vedere come all'inizio del lavoro, il terapeuta deve mettere in campo una mente per due, energia per due, immaginazione per due, speranza per due.

Per valutare la capacità del bambino di utilizzare la psicoterapia, il terapeuta deve vedere se il bambino possa cominciare a giocare e dimostrare qualche curiosità; se sviluppi un senso di intenzionalità e di previsione, se il suo interesse sia catturato dalla bellezza di un oggetto o di un aspetto del terapeuta, se il suo modo di essere vada acquistando maggiore flessibilità, se nel corso della seduta

si intraveda lo sviluppo di qualche struttura e come questo proceda nel corso del tempo. La differenza tecnica con il lavoro con altri pazienti sta nel fatto che il terapeuta deve assumersi la responsabilità di avviare un contatto e di conferirgli significato, in un contesto nel quale è chiaro che il paziente non è nelle condizioni mentali idonee a compiere questa operazione da solo.

Un'altra importante differenza è che nel lavoro con i bambini autistici è necessario essere più attivi di quanto non avvenga di solito in una terapia psicoanalitica. Riguardo a questo, Meltzer sostiene che, nel lavorare con questi bambini il terapeuta deve concedersi "un grado di permissività riguardo al contatto fisico che normalmente non verrebbe accordato con facilità nel contesto di un'analisi infantile" Questa sensibilità deve essere una qualità dell'ascolto terapeutico, usata in modo rigoroso rende il lavoro terapeutico quell'esperienza calda, personale viva di cui questi bambini hanno bisogno per potere disgelare i loro nuclei di terrore. Ovviamente, è importante non permettere un contatto fisico troppo indulgente che rinforza la sensazione delirante di fusione con il mondo esterno di questi bambini.

4.6 Impedimenti autistici allo sviluppo del gioco

Il bambino autistico ha compensato le perdite psicologiche precoci sopravvalutando i contatti fisici tattili e le sensazioni che derivano da essi. Solo ciò che può essere toccato e fisicamente presente, viene sentito esistente. I ricordi, le immagini, le fantasie, i pensieri sono intangibili. La sopravvalutazione dei contatti fisici sempre presenti significa che la vita mentale non si può sviluppare adeguatamente. Con ricordi ed immagini inadeguati, l'immaginazione rimane bloccata e l'immaginazione è essenziale per giocare.

Inoltre l'utilizzo degli oggetti e delle forme autistiche impediscono lo sviluppo normale della immaginazione. Lo sviluppo dell'immaginazione si basa anche

sulla capacità del soggetto di tollerare l'assenza degli oggetti, in modo da essere stimolati a ricordarli. Questa capacità ha inizio nell'infanzia quando il bambino progressivamente impara a tollerare le assenze della madre che lo allatta, a sopportare il fatto che sia fisicamente separata da lui.

Tustin (1991) sostiene che la mancanza di capacità di identificazione empatica è il grande ostacolo alla terapia psicoanalitica. I bambini di questo tipo non fanno nessuna distinzione tra cose animate ed inanimate: le persone vengono trattate come estensioni di parti del proprio corpo. Essi non hanno nessuna sensazione della loro esistenza all'interno perché hanno una consapevolezza solo bi-dimensionale, la loro esperienza si realizza a un livello concreto, tattile e di superficie.

In altre parole, questi bambini sono in prevalenza asimbolici, anche se non completamente: il loro funzionamento psicologico si è arrestato ad un livello primordiale a causa della consapevolezza della precoce separatezza corporea sperimentata come traumatica. Il rendersi conto che la madre fonte di sensazioni non faceva parte del loro corpo è una catastrofe. Ciò è accaduto in un periodo in cui essi non potevano sopportare questa realtà, perché le loro strutture interne non erano sufficientemente consolidate per arginare la tensione.

Nelle prime fasi della psicoterapia devono essere in grado di esprimere il loro senso di perdita.

La perdita insopportabile dell'illusione di una connessione corporea con la madre che nutre è accompagnata da una rabbia spaventosa per la delusione subita. Essa si è rivelata intollerabile proprio perché non è stata sufficientemente accettata e compresa.

E' come se sentissero questa rabbia implodergli dentro e rivolgersi contro di loro, tanto che le loro percezioni ne rimangono sconvolte.

In psicoterapia, quando i bambini vengono aiutati a sopportare questo sentimento di perdita e si sentono "tenuti" dentro la comprensione del terapeuta, cominciano a sviluppare la capacità di usare attività simboliche. La capacità di

simbolizzare, nella quale un oggetto o una situazione possono stare al posto di un altro oggetto o di un'altra situazione con la quale hanno un'altra analogia è un prerequisito della capacità di giocare.

L'uso costante da parte dei bambini autistici della "fusione imitativa" impedisce lo sviluppo della capacità di simbolizzare perchè quest'ultima dipende dalla capacità del soggetto di tollerare la separatezza dal mondo esterno e di usare analogie che, a loro volta, dipendono dalla possibilità di distinguere gli oggetti gli uni dagli altri. Questi bambini vivono in un mondo confuso, molto diverso dal nostro, con il quale è difficile stabilire un rapporto empatico.

Come si è detto, essi hanno reagito alla consapevolezza traumatizzante della separatezza impiegando parti del proprio corpo e, più tardi, oggetti del mondo esterno percepiti come parti del corpo per produrre sensazioni paraoggettuali di durezza e sensazioni paraformali di morbidezza.

Questa reazione li ha resi prigionieri in uno stato di indifferenziazione dagli oggetti esterni intesi come tali. Quindi questi bambini non posseggono sufficienti capacità di integrazione e di differenziazione per essere in grado di usare una cosa per rappresentarne un'altra. Ciò significa che i giocattoli che forniamo ai bambini autistici a-simbolici, all'inizio, non avranno per essi alcun significato, in termini di comunicazione e di fantasie, tranne quello legato alle sensazioni che possono produrre quando sono tenuti stretti o quando si allenta la presa. Almeno nel primo periodo del trattamento, è probabile che i bambini autistici usino molto più dei giocattoli, materiali che forniscono sensazioni elementari come la sabbia, l'acqua, la plastilina.

Nei bambini più normali, la perdita o il desiderio della madre che allatta stimolano l'impiego di sostituti, come il succhiare il pollice, le dita o una tettarella di gomma. Questi sostituti temporanei del seno, fanno in modo che il bambino sia in grado di attendere l'arrivo della madre che lo allatterà. Questi oggetti sensoriali sono molto diversi dagli oggetti sensoriali artistici peculiari del bambino soltanto. Inoltre, i normali oggetti sensoriali sono succhiati con piacere,

mentre gli oggetti sensoriali autistici sono afferrati o succhiati compulsivamente, aggrappandosi ad essi. Il bambino autistico può anche aderire agli oggetti duri tanto che essi sembrano parti del suo corpo. Questi oggetti sensoriali artistici duri sostituiscono il seno ed escludono la consapevolezza di una madre che nutre.

Come abbiamo già visto, molti bambini affetti da autismo psicogeno, presentano da piccoli difficoltà nell'alimentazione, non succhiavano bene al seno, né le dita o il pollice. Nel lavoro psicoterapeutico, si può considerare un progresso il fatto che essi comincino a succhiare parti delle mani o oggetti della stanza in modo normale.

Poiché gli oggetti sono vissuti come parti del corpo, sono considerati immediatamente disponibili e non aiutano il bambino a imparare ad attendere, né a sopportare la tensione e dilazionare l'azione. Queste operazioni sono fondamentali per le attività simboliche. Questi oggetti producono anche un altro effetto molto negativo, in quanto non sono sostituti temporanei della madre che allatta, ma ne prendono il posto in modo permanente: in questo modo, le sue cure sono rese nulle e senza significato. L'esperienza di questo annichilimento è molto più devastante del "diniego". Esso significa che questi bambini vengono assaliti dal nulla.

L'esperienza del nulla ha un effetto inibitorio sullo sviluppo del gioco. Quando escono dall'autismo, questi bambini ci dimostrano, in fugaci momenti di consapevolezza, di sentirsi "nulla" circondato da "nulla" (Tustin, 1981). Questi bambini hanno bisogno dell'elasticità, ma anche della fermezza di un essere umano, le cui risposte appropriate e partecipative consentano il realizzarsi delle appropriate trasformazioni. Inoltre, per essere capaci di giocare, i bambini hanno bisogno di qualcuno che giochi con loro. Il gioco con altri esseri umani favorisce l'elaborazione dell'esperienza, come per esempio il gioco del "Bau-settete", che contribuisce ad alleviare la pena per perdita. I bambini cominciano a rendersi conto che questi sentimenti possono essere collocati *da qualche parte*; che c'è

qualcuno che può tenerli e comprenderli, affinché possano essere elaborati e assimilati come parte della propria esperienza di esseri umani.

Il lavoro clinico indica che la “fiducia di base” descritta da Erikson è associata alla possibilità di sentire che i sentimenti impulsivi sono tenuti e ben gestiti; di conseguenza, lo stato d’animo dello psicoterapeuta e l’atmosfera emotiva del setting sono i fattori fondamentali nel trattamento dei bambini autistici.

Nel corso del trattamento dobbiamo aiutare il bambino a sviluppare la capacità di aggiustamento e di adattamento. Questo si ottiene incoraggiandolo pazientemente ad eseguire quei semplici atti che assicurano funzionalità al setting terapeutico, quali il mettere ordine la stanza alla fine della seduta e il dire “ciao” prima di andarsene.

Questi bambini tendono a precipitarsi nella stanza all’inizio della seduta e a correre fuori alla fine e trattano il terapeuta come se fosse un elemento dell’arredamento. Far presente al bambino il fatto che il terapeuta è diverso dagli “oggetti” e che ci sono dei comportamenti gentili che ne prendono atto, permettendo di tenere a bada l’estraneità altrui con frasi consuete del tipo “ciao, come stai” o l’ “arrivederci” è di grande aiuto per questi bambini.

In generale l’autismo è uno stato relativamente libero da conflitti e il bambino deve arrivare a sperimentare ferme limitazioni alle sue normali attività idiosincroniche perché emergano il conflitto e la rimozione caratteristiche di una nascita sana e normale. Ciò favorisce inoltre il senso del Sé (derivante dal contatto del Sè-corporeo con le limitazioni del mondo all’esterno del proprio corpo) a cui consegue la consapevolezza che esiste in cui il corpo finisce ed inizia il “non-Sé” e da cui deriva anche la possibilità di sviluppare i concetti di tempo e di spazio con le loro inevitabili frustrazioni. Il bambino acquisisce la consapevolezza degli altri.

Alvarez (1993) sostiene che questo modo di entrare relazione da parte del terapeuta ha a che vedere con la “preoccupazione materna primaria” descritta da Winnicott. Interpretazioni esplicative del passato non sono di nessun aiuto per

bambini così gravemente impediti dall'assenza mentale. Risulta più efficace una minore attenzione al passato e una maggiore al presente, con sollecita attenzione alla qualità della relazione nel qui ed ora: ciò permette di riparare al deficit sociale sia nel sé sia nell'oggetto interno.

4.7 Problemi tecnici nel lavoro psicoterapeutico

Alvarez afferma che esiste un possibile legame tra le attività di “recupero”, dirette ai pazienti autistici e le più normali attività di “richiamo” e “risveglio” compiute da madri normali dei neonati normali. A questo proposito, Brazelton descrive il comportamento della madre in interazione con il figlio nelle prime settimane di vita. I comportamenti messi in atto dalla madre per ottenere all'inizio l'attenzione sono molto diversi da quelli utilizzati dopo averla ottenuta, quando deve sostenerla e mantenerla. Dapprima riduce le interferenze interne ed esterne, mettendo il bambino a suo agio e contenendo le reazioni di spavento. Quindi cerca di allineare la sua testa allo sguardo del bambino per stabilire il contatto oculare. Nelle fasi successive inizia in modo più rapido ad attirare la sua attenzione e vivacizza, amplifica, accelera il suo discorso per tenerne vivo l'interesse; quando l'interesse cade, cambia un'attività con un'altra o alterna il sollecitare con il calmare, sempre improvvisando: questo è il “compagno vivo” (Trevarthen, 1978). Per il suo sviluppo emotivo e cognitivo, il bambino deve percepire ed interagire con una figura umana stabile, “un oggetto animato”.

Un problema tecnico importante per il terapeuta è come fornire tale esperienza a bambini che hanno difficoltà in generale ad assimilare l'esperienza di un oggetto umano vivente.

Dawson suppone che i bambini autistici hanno dei rituali perché non sono in grado di modulare gli stati di eccitazione e sbagliano nell'abituarsi ad essi, cioè non si annoiano quando dovrebbero.

Lo studio di Brazelton sembra confermare il punto di vista clinico sostenuto da un gruppo di lavoro con i bambini autistici della Tavistock e cioè che i bambini, le cui funzioni mentali operano a livelli primitivi di sviluppo emotivo e cognitivo, sviluppano la capacità di provare noia e il desiderio di nuove esperienze nel contesto di una relazione viva. A livelli estremamente precoci e deficitari questi bambini hanno bisogno di molto aiuto da parte di un'altra persona per apprendere come modulare e canalizzare l'esperienza. Alvarez afferma che bisogna stare molto attenti ai momenti di noia del bambino autistico, anche se visibilmente coinvolto nel suo rituale, perché, o egli non sa che è annoiato o, anche se lo sa, non è in grado di farci niente. In entrambi i casi, è necessario aiutare il bambino a trovare nuovi oggetti di interesse e non lasciarlo andare alla deriva. Come il neonato normale di Brazelton, potrebbe aver bisogno di aiuto per liberarsi dalle interferenze, essere richiamato e risvegliato alla vita mentale e quindi gradualmente imparare che la comunicazione non è soltanto interessante, ma interessante in modo sostenibile (Dawson, 1989; Brazelton, 1974; Reid, 1988). Il terapeuta che si trova di fronte ad un bambino autistico cerca -con il tono, il ritmo, la qualità dell'attenzione- di entrare in contatto con l'angoscia di relazione che il paziente però tiene sotto controllo con le proprie difese.

*Rispettando il paziente, il terapeuta tenta di mettersi alla giusta distanza, evitando contemporaneamente di farsi inglobare nel territorio autistico. Come presenza che sa aspettare, non minacciosa, può avvicinarsi gradualmente al mondo del paziente, fornendo una capacità osservativa, un Io sussidiario che tenta di dar significato, denominare, cogliere dei ritmi, dei movimenti minimi. Il terapeuta è come se fosse in presenza di un bambino molto piccolo e sente molto sollecitata la propria funzione materna di *reverie* viva ed attenta a promuovere*

un processo di abbozzo di pensiero contro lo sgretolamento e la persistenza di difese sensoriali (S. Nissim, M. Pagliarani, 2004).

4.8 Tranfert e controtranfert con i bambini autistici

Il transfert in senso psicoanalitico rappresenta una rievocazione nel presente di sentimenti provati nel passato verso i genitori. Esso è un importante elemento trasformativo nella situazione analitica con i bambini, in quanto la relazione con il terapeuta viene utilizzata per modificare gli elementi patologici del loro rapporto con i genitori.

I bambini autistici non hanno sperimentato un attaccamento primario alla madre o se l'hanno fatto, questo si è interrotto in uno stadio precoce; non si è sviluppato un “qualcosa di integrante al proprio interno”, mentre nel processo normale di crescita il senso di integrazione interna diventa un elemento regolatore nella vita emotiva del bambino, costituendo la base da cui si sviluppano i rapporti umani e promuovendo l'evoluzione della vita psichica. Affinché tale importante relazione si stabilisca come costruzione attiva nell'esperienza del bambino, è necessario che quest'ultimo impari a tollerare che la madre non è una parte del suo corpo pronta ad offrirgli piacere sensuale precisamente quando e come egli lo desidera, ma che è separata e diversa dalle sue sensazioni corporee e ha legami con altre persone (Tustin, 1993).

Il bambino autistico ha sperimentato precocemente la separatezza corporea dalla madre, non ha sperimentato la necessità di uno sforzo comune con un essere che dia aiuto e sostegno e sia separato e distinto dal suo corpo. L'esperienza traumatica di separatezza corporea lo ha costretto a ritirarsi da questa consapevolezza, inibendo massicciamente tutte le sfere dello sviluppo.

Per questi motivi, la terapia psicoanalitica degli stati autistici deve fornire al bambino le esperienze “di legame” che sono la struttura di base dei rapporti con gli altri.

Il transfert, come l’ha definito Freud (1922) si basa sulla capacità di stabilire rapporti umani e sulla capacità di “richiamare alla mente”. Secondo Freud (1915), gli elementi patologici di un rapporto passato con i genitori possono essere trasformati attraverso il loro ripetersi con il terapeuta, in modo che “la ripetizione” possa essere trasformata in ricordo.

Ma il bambino autistico rivive con il terapeuta situazioni precoci elementari e pre-verbali che normalmente rimangono inconsce e non vengono ricordate: deve “ricordare” quello che non fa parte dei normali ricordi e, soprattutto, deve sviluppare la capacità di ricordare.

La situazione di transfert con questi pazienti differisce da quella che si riscontra nel trattamento psicoanalitico di altri disturbi emozionali dato che la vita emotiva di questi bambini è primitiva ed elementare ed essi sperimentano stati emotivi estremi di rabbia ed angoscia.

Durante la psicoterapia emergono attività che possono rappresentare equivalenti di esperienze “di legame”: per esempio, il contenitore dei giochi del bambino diventa spesso una fonte da cui provengono cose buone. In queste attività, il bambino viene aiutato con fermezza a cooperare con un altro essere umano dotato di una mente ordinata, ma flessibile e capace di manifestare un comportamento attivo ed impegnato nei suoi confronti, insistendo sulla necessità di uno sforzo da parte del bambino stesso. Nello stesso tempo vengono scoraggiate tutte le manovre elusive della realtà messe in atto dal bambino, mostrandogli quanto il suo crescere ne sia stato impedito.

E’ davvero interessante scoprire che anche in questi bambini estremamente isolati esiste una parte che aspetta di essere aiutata a “crescere nel modo giusto” ed attende di affidarsi all’attaccamento nei confronti di una figura parentale.

Il transfert è un importante elemento trasformativo e di mutamento. Mentre nelle terapie con i bambini nevrotici vengono rievocate esperienze reali con il seno della prima infanzia, il bambino autistico deve provare con il terapeuta questo tipo di esperienze in un periodo successivo. Quando tali sentimenti vengono diretti sulla figura del terapeuta, si svilupperà anche il rapporto del bambino con la madre. In un certo senso, la consueta situazione di transfert è ribaltata: il terapeuta dà l'avvio ai rapporti infantili elementari, stabilendone il nucleo centrale primario in modo che possa essere traslato nella situazione familiare. Egli lavora con gli elementi infantili nel bambino in modo congruo alle sue capacità e la madre a sua volta stabilisce un rapporto con il bambino reale.

Goldberg (1979) ha dimostrato come, nel lavoro con pazienti psicotici, il transfert è diretto all'interno del corpo del terapeuta. Parla così di sensazioni corporee sperimentate dal terapeuta messe in rapporto alle esperienze del paziente: queste esperienze, comunemente considerate di controtransfert, dovrebbero piuttosto essere considerate come forme molto precoci di relazioni d'oggetto. Tustin afferma che l'evacuazione all'interno del corpo del terapeuta di esperienze che superano la possibilità di organizzazione del bambino è considerata come parte del "transfert infantile", in quanto questa evacuazione riproduce situazioni della prima infanzia in cui la madre, tramite un processo analogo, è a sua volta chiamata in causa per aiutare il piccolo a gestire queste esperienze. Questo "contenimento" (come lo definisce Bion) costituisce una parte importante delle cure materne e quindi dell'impegno del terapeuta.

Il transfert infantile realizza una condizione di cooperazione e mette in moto trasformazioni dinamiche, come la possibilità di usare giocattoli e i simboli per elaborare esperienze penose. Perché tutto questo possa aver luogo, il terapeuta deve fare in modo che la sua presenza venga chiaramente avvertita. È necessario essere perseveranti e non permettere che la sua fiducia venga

intaccata dal rifiuto che questi bambini oppongono al tentativo di stabilire un rapporto con loro.

Lentamente, attraverso il transfert infantile, il bambino comincia ad essere in grado di tollerare l'assenza dell'oggetto e il desiderio di esso. Quando il terrore di non-esistenza è mitigato dalla fermezza e dalla attenzione appropriate alla loro distruttività primitiva, possono finalmente essere stabiliti dei rapporti di collaborazione con esseri umani premurosi, ma separati, che non possono essere "cancellati". La coerenza e la fermezza del terapeuta li aiuta a sviluppare fiducia nella continuità dell'esistenza, cosicché le assenze cominciano a stimolare rappresentazioni mentali, fantasie, memorie funzionali e pensieri.

Deve essere chiaro di non essere eccessivamente indulgenti con loro: essi infatti si sentono molto potenti. Il lavoro con questi bambini deve garantire che i confini della seduta siano chiari e inequivocabili, per cui si dovrà, per quanto è possibile, cominciare e concludere la seduta, al momento stabilito. A poco a poco il bambino verrà incoraggiato a non portare giocattoli da casa, così come a non portare a casa disegni o giocattoli. Questo aiuta il bambino a stabilire una chiara distinzione fra casa e stanza della terapia. I bambini diventano progressivamente consapevoli dei confini del proprio corpo e hanno la sensazione di essere racchiusi in una "*pelle*" che li protegge.

La situazione terapeutica acquisisce la connotazione di *holding*, fermo, ma gentile, che aiuta i bambini a sentire di non correre pericolo se rinunciano alle proprie rigide modalità di controllo. Esso li aiuta anche ad affrontare lo sviluppo dei sentimenti di "perdita" provocati dalle vacanze, dai weekend e dalle altre assenze del terapeuta, che possono essere utilizzate come opportunità invece che come minacce. Utilizzando le parole di Tustin possiamo dire che "i bambini cominciano a sentire di essere tenuti al sicuro nelle braccia mentali di un terapeuta che conosce la loro mente".

Quando si lavora con pazienti che hanno un funzionamento a questi livelli elementari, transfert e controtrasfert non possono essere chiaramente delimitati. Goldberg aggiunge che l'interpretazione verbali per pazienti di questo tipo rappresenta un'elaborazione del transfert che può però anche essere vista come controtrasfert in quanto basata sulle emozioni e i sentimenti suscitati nell'analista, come se fossero stati evacuati dal paziente.

Alvarez (1993) sostiene che, nel lavoro con il paziente autistico, il terapeuta studia non soltanto le risposte del bambino a lui nel transfert, ma anche le proprie risposte al bambino nel controtrasfert e poi le risposte del bambino alle sue risposte. Studia le risposte *nel contesto della loro relazione e in sequenza*, e studia anche come il variare del contesto influenzi le risposte momento per momento.

Quello che viene studiato, dice Alvarez, è una relazione, un duetto, non un assolo.

Il terapeuta deve affidarsi ai suoi vissuti controtransferali, che sono spesso difficile da tradurre in parole, a volte impossibili da rappresentare per la contraddittorietà e la frammentazione dei sentimenti evocati, o perché il vissuto significativo si manifesta più come sensazione corporea che come realtà mentale (S. Nissim, M. Pagliarani, 2004). L'attenzione al controtransfer è, in ogni caso, un'operazione complessa. Anche se ciò che possiamo fare di più valido per il paziente è l'aiuto che gli offriamo nel capire quello che- sulla base dei nostri vissuti- lo fa agire e comportare in un certo modo, non è facile cogliere nell'*hic et nunc* la capacità di simbolizzazione conservata dall'Io del paziente e l'importanza che egli può dare al nostro linguaggio.

4.9 L'essere riconosciuto

Sappiamo in generale che lo psicotico si difende strenuamente dal *vivere l'esperienza emotiva* in quanto egli- per sottrarsi ad un'insopportabile sofferenza- tende a disanimare la relazione e a rendere meccanici i rapporti umani. Tale sofferenza è tanto più intollerabile quanto più egli si sente solo nell'esperirla. Possiamo quindi sperare di indurlo a rinunciare alle sue rigide difese solo se siamo capaci di *farlo sentire al sicuro*. Il sentimento di sicurezza può essere trasmesso solo se siamo in grado di vivere la sua angoscia e di *essergli compagni* nella sua sofferenza. Utilizzare un atteggiamento che infonda nel bambino sicurezza non è dato solo dalla nostra comprensione, ma anche dalla ripetizione pacata di parole che rassicurano e descrivono quanto sta succedendo nel momento della crisi. Se *l'esplosione emotiva viene condivisa, testimoniata e contenuta* dal terapeuta, invece che terrorizzare il bambino, potrà trasformarsi in una reale sofferenza umana, condivisa e tollerabile.

Diaktine sostiene- un po' paradossalmente- che l'interpretazione in psicoanalisi svolge una funzione importante soprattutto per il terapeuta, che ha bisogno di capire per costituirsi come contenitore più capace. Ma, contemporaneamente, egli non deve illudersi sull'efficacia della sua interpretazione, se ha a che fare con un paziente che tema di *confrontarsi con il proprio comportamento* e sia ancora *incapace di accedere ad una dimensione simbolica*. Il passo per avvicinare un paziente psicotico non può che essere...paziente: va pazientemente fondata in lui l'esperienza di poter *vivere le parole non come cose concrete, pericolose, penetranti*.

In questo modo, il paziente può scoprire via via che non siamo distrutti dal suo terrore o dai suoi attacchi, ritrovando in noi un'immagine meno catastrofica di sé. Ciò che risulta problematica per lui è la possibilità di sganciarsi dalla modalità sensoriale in cui il bambino ci accetta soltanto se veniamo inglobati nel suo Sé. Quando, invece, tentiamo di aiutarlo a differenziare un non-Me meno minaccioso, *non possiamo fare a meno di rivisitare il trauma, lo scontro catastrofico con il mondo persecutorio del bambino* (S. Nissim).

Nel trattamento dobbiamo a volte adottare un *atteggiamento attivo* per impedire l'instaurarsi di una stereotipia destrutturante, dei rituali. L'oggetto autistico, secondo quanto suggerito da Tustin, va allontanato con prudenza: *interpretando cioè il significato delle difese e delle angosce* e ricorrendo contemporaneamente anche all' *offerta rassicurante di una presenza che tiene, di una voce che parla, di un corpo animato che non svanisce*. Tutto questo, però, non garantisce al terapeuta un cammino sicuro: le difese autistiche sono tenaci e la *tentazione di evitare l'ansia della caduta senza fine nel vuoto* è sempre in agguato, imposta dallo stato di separatezza, ma contraria al sorgere della fiducia nell'altro. Il bambino autistico si aggrappa alle esperienze sensoriali per sentirsi esistente, riducendo anche il terapeuta ad una sensazione del tipo: vibrazione, calore, fusionalità, vortice.

Lo psicoterapeuta ha l'impressione di essere posto di fronte ad un blocco, ad un Io completamente congelato che cerca costantemente di sottrarsi all'incontro degli sguardi, mettendo in atto una serie di comportamenti di esitamento. Si può essere così molto a contatto con il bambino nel calore, nell'eccitazione, nella confusione che egli prova, ma sentirsi privi di strumenti per comunicare.

Impotenza, senso di morte, rabbia, e noia dominano nel controtransfert. La sensazione più intollerabile è il sentirsi *non esistenti come Altro*.

Il bambino impara a non lasciarsi sorprendere dai cambiamenti, inglobando il nuovo per sfuggire all'esperienza della separatezza. Le difese diventano rigide per cui è difficile distogliere il paziente autistico da questo suo mondo ben corazzato contro l'angoscia dell'incontro. Il compito richiesto al terapeuta è quello di saper sfruttare le limitatissime possibilità di intervento.

Lussana (1990), nell'espone il suo pensiero sulla disponibilità terapeutica del bambino molto disturbato, afferma come “ la struttura della personalità è tenuta al minimo” nell'autismo. C'è un primo stadio nel quale *il terapeuta si pone come oggetto “attraente”* per il bambino, nel tentativo di “vincere lo spazio infinito, amorfo, e potenzialmente esplosivo in cui vive il bambino”. *Diventare*

da oggetto attraente a *oggetto interessante*, passare da “un’esperienza più passiva e sensoriale di tropismo verso l’oggetto (per esempio la musica della voce) ad un movimento più attivo di aggrappamento- adesione verso di esso” è un passaggio che si fa a volte rapidamente, a volte con estrema difficoltà ed oscillazione. Un tale passaggio, caratterizzato dall’ ”interesse” per l’oggetto, porta il bambino autistico ad abbandonare il guscio delle sue difese per *adottare un comportamento simbiotico (Malher)* primo gradino verso il recupero dell’adattamento alla realtà.

Il bambino che soffre di una psicosi su base psicogena ha bisogno di arrivare ad essere consapevole del suo Sé infantile e ha bisogno che qualcuno si prenda cura di esso nel modo appropriato: deve imparare a riconoscere il valore dell’emozione dell’incontro con il terapeuta. Il lavoro con i bambini psicotici deve essere particolarmente ordinato o si rischia di venire sopraffatti, così come lo è stato il bambino dalla necessità di dover elaborare e organizzare più materiale di quanto sia umanamente possibile.

4.10 L’insorgere delle emozioni

Quando la psicoterapia comincia a funzionare, cominciano ad attuarsi le differenziazioni e le classificazioni normali, le attività stereotipate ripetitive diminuiscono e comincia ad operare un nucleo interiore integrante. Il bambino comincia a sentire di essere un “Io” e comincia ad usare il pronome personale per designare sé stesso e le proprie attività; inizia quindi a svilupparsi un’idea del Sé. Tustin sostiene che in tutti i tipi di psicosi infantile in cui predominano gli elementi psicogeni, il paziente ha la necessità di poter essere aiutato a selezionare le disposizioni sensuali incastrate, poiché solo quando si sono stabilite le distinzioni sensuali di base (per esempio, tra caldo e freddo, duro e morbido, buono e cattivo, spesso e sottile, pieno e vuoto), possono cominciare a

svilupparsi le integrazioni sensuali di base. Al bambino psicotico durante la prima infanzia è mancato proprio questo stadio che, quando viene raggiunto nel corso del trattamento, è sperimentato in modo molto intenso. Nel corso del trattamento, se il setting è semplice ed è tenuto in maniera ferma, esse possono attuarsi; quando poi sono avviate, la personalità comincia ad acquisire una vita dinamica propria e non si deve fare altro che facilitare ed incoraggiare quanto si va svolgendo.

Solo quando il bambino nel corso della psicoterapia comincia a diventare consapevole della sua separatezza dal terapeuta e a rendersi conto delle vacanze e dei fine settimana, comincia a parlare di “buchi”: è infatti questa la sua esperienza di quel senso di “abbandono” provato in epoca precoce.

Nei primi tempi del trattamento egli ha evitato questa consapevolezza utilizzando varie manovre come il prendere i giochi dalla stanza di terapia portandoseli a casa o il portarsi i giocattoli da casa nella stanza di terapia. In questo modo il bambino può sentire che ogni posto può essere qualsiasi altro posto e che ogni persona può essere qualsiasi altra persona. Un altro modo in cui il bambino riesce ad evitare la consapevolezza della sua separatezza corporea consiste nello sperimentare qualsiasi cosa come se si trattasse di una parte del corpo e non ne fosse separata.

Nel corso del trattamento arriva comunque il momento in cui, nonostante ogni manovra autistica tesa ad evitarlo, il dato di fatto che il terapeuta non fa parte del proprio corpo non può essere evitato più a lungo. E' questa un'esperienza lacerante per il bambino psicotico nel suo stato di ipersensibilità in quanto sente di aver perduto un “membro” importante del corpo e ciò rievoca la “frattura” traumatica originaria. Il bambino sente di avere un buco e la sensazione di avere un buco si propaga a tutto il corpo che egli sperimenta come pieno di buchi attraverso i quali possono entrare le cose dure “cattive” e dai quali le “belle” cose morbide sono destinate ad uscire fuori.

Un aiuto a lungo termine nei confronti dell'esperienza morbosa che il bambino psicotico ha dei buchi corporei può derivare dalla predisposizione di un setting stabile e ordinato, nel quale può confrontarsi con una frustrazione tollerabile, ricevendo contemporaneamente dalle persone vicine assistenza nel confrontarsi con la frustrazione e nel tollerarla, aiuta il bambino a sviluppare il senso di una regolazione adeguata degli orifizi del corpo. Sembra che nel caso dei bambini psicotici, le modalità con le quali si attuano l'alimentazione e il controllo degli sfinteri avranno effetti importanti sulle sensazioni relative ai propri buchi corporei. Appena il bambino diventa consapevole di avere degli orifizi nel corpo che posseggono un apparato muscolare capace di regolare, con un certo grado di adeguatezza, quel che entra ed esce, comincia pure a sentire di essere un essere umano vivo e non un oggetto inerte. Comincia ad entrare in contatto e a confrontarsi efficacemente con l' "interno" e l' "esterno"; comincia a poter tollerare sensazioni di bisogno, invece di avere la sensazione di buchi pieni di "cattiveria" e di "vuoto". Contemporaneamente allo sviluppo del senso dell'esistenza di una regolazione disciplinata di ciò che viene rilasciato e assunto, emergono la motivazione e la capacità di compiere attività mentali di discriminazione, selezione e classificazione, inizialmente basate su esperienze sensuali con il corpo. La sensorialità, come dice Gaddini, crea una modalità psicologica di sentirsi vivi, in contatto con il mondo. In questa fase dello sviluppo diveniamo consapevoli degli stretti legami esistenti tra le sensazioni corporee, il funzionamento cognitivo e le risposte affettive. E' importante sostenere il bambino nel suo muoversi in direzione di una classificazione di queste esperienze.

Durante una psicoterapia, la capacità di stabilire ed integrare le disposizioni sensuali di base come "bello" e "brutto", "duro" e "morbido", apre la strada alla crisi di integrazione chiamata da Melanie Klein "posizione depressiva" e da Winnicott "stadio della preoccupazione": tale crisi è relativa al periodo in cui il bambino raggiunge la consapevolezza del fatto che frustrazione e soddisfazione

possono provenire dalla stessa persona e che entrambe vengono sperimentate da lui. Egli fa la sua prima esperienza in questo senso quando si rende conto che la persona “soddisfacente” che ha sperimentato come “madre buona” è anche la “madre cattiva” che lo frustra, si rende conto che la “madre cattiva” che vuole distruggere è la stessa “madre buona” che desidera preservare.

Tustin afferma che molti bambini psicotici hanno sperimentato un vissuto precoce e traumatico del senso di separatezza corporea. Sono incorsi in sensazioni di annichilimento verso una madre-seno che desideravano preservare prima di poter affrontare questa crisi.

Possiamo chiederci se, quando il bambino autistico si trova a confronto con le emozioni, la sua sia una incapacità ad usare una sensorialità integrata, continuamente smantellata che lo fa ricorrere all'autosensorialità eccitata per gestire l'impatto con l'emozione: cioè, *conosce soltanto una modalità improntata all'autosensorialità per reagire allo stimolo affettivo?* Oppure, intuendo la pericolosità dell'emozione perché connessa al vissuto di separazione dall'altro, il ricorso all'autosensorialità diventa estrema difesa dall'angoscia?

S. Nissim e M pagliarani, riflettendo sull'angoscia dell'emozione per il paziente, affermano che, quando il paziente finalmente si lascia avvicinare, scopra tutta la bellezza di una relazione idealizzata, come se –essendo stato per tanto tempo al freddo- sentisse il calore dell'altro in maniera struggente.

Si è in presenza, per dirla con Meltzer, di *un'emozione estetica, un sentimento troppo intenso che contiene tutta l'angoscia del bello, della sua intensità e caducità*, del non sentirsi all'altezza e del timore della delusione.

Il bambino prova difficoltà a confrontarsi con le emozioni, a permanere nella relazione, ma anche sollievo nel condividere con il terapeuta la propria angoscia.

Si tratta soprattutto di tollerare il movimento, l'emozione che il sentirsi in relazione comporta, trasformando la passività e l'apatia che caratterizzano il vissuto autistico.

Per questo motivo – in una fase avanzata del trattamento- vediamo il paziente rinunciare e ritentare più volte tale avvicinamento difficilmente tollerabile, in quanto il bambino sperimenta una forte ambivalenza-timore-attrazione verso un cambiamento interno.

Il terapeuta, da parte sua, deve avere una capacità di intensa risonanza di fronte all'emozione, preparando e modulando il cammino dell'emozione e la tolleranza della tensione che questa provoca. Potranno così essere cercati nuovi significati, pensate nuove emozioni, dando vita a quei movimenti che, nella prospettiva di un più sano sviluppo, accompagnano l'incerta trasformazione della dinamica autistica in una dinamica relazionale.

Capitolo Quinto

Presentazione di un caso clinico: Marco

Quello che segue è un breve resoconto del lavoro analitico realizzato con Marco (il nome è ovviamente di fantasia), un bambino che presenta un disturbo generalizzato dello sviluppo di tipo autistico.

Ho cominciato a seguire Marco in trattamento intensivo a tre sedute settimanali nell'ottobre 2004; il trattamento è ancora in corso.

Marco viene portato dai genitori al servizio di N.P.I. perché preoccupati per il fatto che parla "poco e male" (quando viene per la prima volta ha 3 anni e 7 mesi).

Ha difficoltà a separarsi dai genitori, piange quando questi vanno al lavoro. I genitori lamentano un mancato interesse per i giocattoli: Marco sembra preferire gli oggetti in movimento: resta per molto tempo fermo a guardare la lavatrice in funzione oppure fa girare vorticosamente gli oggetti o si ferma incantato a guardare le pale del ventilatore che girano. Emerge subito la difficoltà dei genitori nell'entrare in contatto con il bambino.

Il papà, all'inizio della terapia mi diceva: "E' come se Marco vivesse in un altro mondo; se gli chiediamo cosa hai fatto all'asilo, lui non risponde mai, sembra quasi perso nei suoi pensieri". Proprio per questi motivi, il bambino è stato sottoposto ad una serie di indagini per valutare la sua capacità uditiva.

Sento dalle loro parole un profondo scoraggiamento: a volte la sfiducia, la fatica e l'ambivalenza li ha portati a proiettare colpe verso l'esterno, la scuola, gli insegnanti, i familiari che non comprendono. Inoltre la mamma ha avuto ripetuti

aborti spontanei ed è angosciata dalla paura di avere un figlio handicappato perché ha una sorella down.

M. viene trattato come un neonato, la sera si addormenta nel lettone, poi viene trasferito nel suo letto.

E' primogenito; ad ottobre, dopo poche settimane dall'inizio della sua terapia, nasce la sorellina Francesca. Marco è anche unico nipote, accudito e viziato da tutti .

Molto spesso si è notato come il disturbo di tipo autistico si manifesti quando interviene un evento di tipo affettivo importante, in questo caso la nascita della sorellina.

Nel nostro I incontro entra con difficoltà nella stanza, insieme alla mamma alla quale resta attaccato per buona parte dell'osservazione. E' un bambino gracile, piccolino di statura, sembra ancora più piccolo della sua età. Anche i vestiti che indossa, per quanto ben tenuti, sembrano non adeguati come taglia, o troppo piccoli o troppo grandi, quasi che i genitori avessero difficoltà ad "individuare" la giusta misura per lui.

Dal momento in cui è iniziato il trattamento, che è stato affiancato da un sostegno genitoriale per loro stessi, i genitori di Marco sono stati molto assidui e attenti. Soprattutto il padre si è fatto carico di rispettare gli orari delle sedute, accompagnando quasi sempre il bambino.

Entrambi i genitori hanno mostrato un eccessivo interesse per il versante cognitivo, mal adattandosi o negando le difficoltà emotive del bambino: Marco mi è spesso sembrato un bambino da una parte "tenuto" troppo come un bambino piccolo (per esempio, fino ai 6 anni, aveva ancora bisogno dei genitori per andare al bagno); dall'altra, c'era un tentativo costante di "portarlo oltre", riempiendo ogni spazio della sua giornata con ogni sorta di attività che potesse stimolarlo cognitivamente: la piscina, l'equitazione, la ludoteca, l'inserimento in un gruppo di boy scout.

All'inizio il linguaggio del bambino si presentava molto povero: le parole venivano usate per nominare gli oggetti, ma sembravano non avere nessuna qualità emozionale. Con il passare del tempo, comincia a costruire delle frasi che spesso ripete monotonamente.

M. ha solitamente una modalità di separazione particolare. Quando arriva in anticamera, lo sento

parlare in modo concitato oppure fa delle domande (per es. di che colore sono gli oggetti o vuole portare dentro qualcosa, come caramelle, giocchini)

Mi sembra che sia il tentativo di portare nella stanza anche parti dei genitori, un volere negare la separazione.

Non appena apro la porta, si lancia verso di me e mi segue senza salutare mamma o papà: anche questa modalità è sintomatica di una difficoltà nel lasciare i genitori.

Spesso, entrato in stanza, Marco tira fuori dalla scatola il camioncino-grù. Si mette seduto sul pavimento e fa scivolare il camioncino avanti ed indietro, in silenzio.

Questa è una modalità che non rientra in un gioco finalizzato, ma è una caratteristica del bambino autistico.

M. sembra piccolo, più piccolo della sua età. Cerca di salire in braccio, di guardare dentro le mie orecchie, di strofinarsi su di me, tenta continuamente di toccarmi, prende le mie mani e le tocca con insistenza, come a volere sentirmi.

Si accorge di ogni piccolo cambiamento, se magari ho una maglia nuova o una collana colorata e ne è attratto e spaventato (la difficoltà a tollerare le cose nuove).

Questa modalità sembra in relazione con quanto dice Meltzer riguardo a come i bambini più piccoli vivono il rapporto con il corpo del terapeuta. C'è in lui un aspetto di adesività, come se volesse stabilire sempre un continuum.

La sequenza delle sedute era caratterizzata da una noiosa ripetitività, un gioco ripetuto ossessivamente o le stesse domande di tipo cognitivo sui colori o sui versi degli animali.

Tutto sembrava immobile e non sentivo nessun progresso nel bambino (anche sul piano fisico, lo vedevo sempre uguale).

Il voler ripetere sempre gli stessi gesti e giochi era vissuto da M. come un qualcosa di rassicurante, una continuità, forse era anche un modo per “tenersi”. Forse Marco non ha sperimentato un buon contenitore materno.

A causa degli aborti della mamma, anche il parto può essere stato difficile per i genitori che hanno proiettato ansia nel loro bambino per il terrore, da una parte di sgretolarsi, dall'altra di perdere il loro bambino. Forse per difendersi dalla paura della perdita la mamma ha creato una distanza che le ha impedito di avere una vera relazione con il bambino. Probabilmente il bambino ha dovuto fare molta fatica per scavarsi una strada dentro la mente di una madre non disponibile ad accoglierlo. La mamma, da parte sua, potrebbe non aver sentito il sostegno da parte della figura paterna.

Marco spesso mi fa sentire come ci sente quando si deve fare tanta fatica ad entrare dentro una mamma non disponibile: per questo motivo, è così intrusivo nei confronti della terapeuta.

Marco spesso si dimostra un bambino onnipotente che controlla la seduta. Sembra esserci in lui una polarizzazione: da una parte è un bambino piccolo che ha bisogno di aspetti tattili e primitivi; dall'altra, si comporta da adulto e fa la parte di quello autonomo, autosufficiente.

In lui c'è un continuo agire tra due stati mentali contrapposti: sembra essere un neonato per come si comporta, ma nello stesso tempo è molto controllante (penso per esempio, alle continue domande, quando il suo linguaggio ha cominciato a svilupparsi). Nel bambino c'è un terrore del cambiamento, della separazione: la difficoltà di liberarsi del pannolino può essere connessa a questo.

Il lavoro iniziale è stato quello di rendere stabile il setting, mantenendo ferme alcune regole: per esempio la durata della seduta, l'orario nel quale terminava (che Marco ha identificato con le "meno un quarto": "Dottoressa, sono le meno un quarto, ora vado a casa!"); il restare dentro la stanza di terapia, contrapponendosi al suo voler "dilagare" nelle altre stanze; il cercare di controllare il suo voler portare con sé oggetti, giochi e libri vari; la curiosità riguardo le scatole dei giochi degli altri pazienti. In questo modo, il terapeuta si offre al bambino come "presenza che tiene" ai suoi attacchi, senza il pericolo che si rompa; pur tuttavia è desiderabile accettare qualche richiesta del bambino, accogliendone gli elementi e potendoli ridare in una forma che può mantenere dentro di sé.

Poi mi chiede: "Dottoressa, accendi ventilatore!" Spesso, come è usuale, attraverso queste richieste, i bambini ripropongono una modalità di funzionamento interno che non prevede spazi vuoti: il ventilatore che gira, la centrifuga della lavatrice, il bambino che gira su sé stesso diventano tutte manifestazioni di un sentire circolare in cui non è identificabile un inizio ed una fine.

Come sostiene Tustin, nel lavoro terapeutico con i bambini autistici non bisogna essere eccessivamente indulgenti, proprio perché è necessario contenere la loro onnipotenza.

Durante il lungo periodo che ha seguito l'episodio in cui M. è rimasto chiuso dentro l'ascensore del Servizio di N.P.I. Marco ha mostrato per alcuni mesi un'angoscia claustrofobica che non riusciva a tradurre in parole, si aggirava senza sosta per la stanza, chiedendomi continuamente di uscire ed io, vedendolo terrorizzato, lo rassicuravo dicendogli che ormai era tutto passato. Quando finalmente riesco a parlare con lui della paura che ha provato, avviene un vero e proprio viraggio.

M. può cominciare parlare della sua paura e ricomincia a restare nella stanza senza chiedermi continuamente di andare in bagno.

Marco ama molto giocare con l'acqua, utilizza molto il lavandino che c'è dentro la stanza di

terapia: nei primi tempi della terapia, impiega quasi tutta la seduta a giocare con il

lavandino-pancia nel quale forse vorrebbe tornare proprio come un neonato. La sensazione di essere

fluidi, fuori dal corpo è probabilmente una reazione di panico di fronte alla consapevolezza di

separatezza corporea dalla madre che rappresenta la minaccia di perdere la sensazione di esistere.

E' possibile che in uno stato acuto di terrore fisico la sensazione psichica dell'esistere possa essere

salvaguardata dalla sensazione di essere separati dal corpo. Questa protegge l'essere contro la

minaccia del non essere (Tustin)

I suoi giochi erano spesso vuoti, ripetitivi, privi di vitalità. Marco giocava alla lavatrice (gioco nel quale io tengo un capo di un lungo spago che lui fa girare velocemente, fra risa eccitate) o mi chiede di accendere il ventilatore che spesso accende anche d'inverno accompagnando il movimento delle pale con grida sempre più eccitate. Marco passa da un gioco ad un altro, è come se l'uso degli oggetti non avesse nessuna valenza simbolica. Usa un piccolo colino: tenendolo

per il manico, lo agita, vi infila dentro le dita. Spesso io mi sentivo come se fossi stata trasparente e i miei tentativi di stimolarlo, di agganciare la sua attenzione cadono nel vuoto. Quando arriva in seduta, al citofono comincia per la I volta a dire: "Sono Marco!" Io devo essere pronta a rispondere e ad aprirgli la porta. Questa modalità non è però indicativa di un legame con la terapeuta, quanto piuttosto è una sorta di rituale che lo rassicura.

In una seduta arriva piangendo portando con sé due piccole margherite che aveva raccolto di mattina e che si sono appassite. Marco dice che si sono rotte, non sono più splendide, sembra davvero non potere accettare questo cambiamento, Il papà commenta l'episodio dicendo che Marco non sa accettare che i fiori hanno un ciclo, sbocciano e poi muoiono. Nel raccontare quello che è successo, Marco si muove freneticamente per la stanza, sembra davvero disperato. Allora gli suggerisco di metterle in acqua: Marco riempie la ciotola ed io metto dentro i fiori. Il bambino commenta che i fiori, di sera si chiudono e la mattina si aprono; poi dice che lui di sera chiude gli occhi e poi la mattina li apre. Le margherite sembrano rappresentare lui; la parte che si è rotta può restare nella stanza. In una seduta successiva, Marco dice che ora farà una splendida lumaca: la realizza con la plastilina, mentre io commento che la lumaca è un animaletto simpatico che cammina piano, piano, ma cammina tanto.

Sembra essere lui una lumaca, che lascia una traccia.

Alla fine del primo anno di terapia, Marco comincia ad interrogarsi sulla nascita dei bambini, interesse stimolato dalla nascita di Francesca. Contemporaneamente si manifesta un grande interesse per l'identità, mostrando grande curiosità sulla differenza tra l'essere maschio e l'essere femmina, mostrando confusione sulla sua percezione maschile.

L'inizio del II anno di terapia coincide con la mia gravidanza: questo evento diventa l'occasione per rielaborare la nascita della sua sorellina.

Lentamente Marco comincia a mettere in scena dei giochi con gli animali: mette insieme dentro la casetta il coccodrillo e il rinoceronte che si mordono reciprocamente: metto in relazione il suo gioco con quello che Marco fa con la sorellina.

Cerco di spiegare a Marco che nella pancia della mamma c'è posto per tutti i bambini. Il bambino procede tra grandi oscillazioni. A volte mi sorprende perché riesce a rievocare la sua nascita e quella della sorellina prendendo spunto dalla mia pancia che cresce; altre volte mi mostra la sua parte piccola, da neonato, restando disteso sulla poltrona con il dito in bocca, come perso, lontano. Ritengo che la particolarità dell'evento gravidico del terapeuta sia stato per lui l'occasione per rielaborare il vissuto "drammatico" della nascita della sorellina, attraverso una elaborazione dolorosa, ma possibile.

Nel parlarmi di quando prendeva il latte dalla sua mamma e nella sua proposta di tenere acceso il ventilatore "così restiamo congelati", c'è il suo desiderio di restare fermo in una fase di massimo accudimento,, così come nel dire:" Voglio restare piccolo" In tali circostanze, si è reso opportuno

sostenere le sua capacità di "farcela da solo" nelle incombenze quotidiane (per esempio, l'andare in bagno, il mettersi il giubbotto) tenendo sempre presente che c'è una parte di Marco che vuole restare piccola. C'è in lui la paura di sparire: così, nell'ultima seduta prima delle vacanze estive, Marco inventa il gioco delle "impronte cicale" (le impronte che parlano)

Con le mani bagnate lascia i segni sul muro: io gli dico che in questo modo, Marco vuole lasciare una traccia di sé nella mia mente, così io non mi dimentico: ma la dottoressa lo tiene in mente.

Marco teme di non lasciare dietro di sé una traccia significativa.

Al rientro dopo la sospensione per la maternità, Marco mi propone il gioco del "Ti ricordi?" Mi parla delle impronte cicale, racconta dell'episodio dell'ascensore dicendo. "Io ero intrappolato e tu sei venuta a liberarmi, ti ricordi?" In questo modo, lui sta riportando dei momenti in cui era piccolo.

Questo è rimasto impresso nella sua mente: un po' come se dicesse: "Ci sono delle persone che, nel momento in cui ho avuto bisogno, si sono occupate di me".

Comincia ad imparare a leggere ed è entusiasta per questo. Rivolge la sua attenzione al calendario che è appeso nella stanza e comincia ad avere cognizione del tempo che passa, anche attraverso l'osservazione del tempo atmosferico. Lentamente, Marco nota il cambiamento delle stagioni, dalla primavera all'inverno, osservando anche come anche io e lui cambiamo abbigliamento in relazione alla diversa temperatura. E' proprio in questo periodo che impara a conoscere l'orologio: utilizzando il mio, chiede come si fanno le ore, si sta regolando con il tempo. Questi nuovi apprendimenti vanno insieme al suo desiderio di restare piccolo, non crescere. "Io vivo nel mondo dei piccoli! Io sono piccolo" dice Marco. Mette in atto una serie di comportamenti regressivi: quando arriva in seduta, vuole stare in braccio al papà, quasi aggrappato a lui come un neonato, chiede di essere aiutato a svestirsi. Mostra una grande angoscia rispetto al tollerare che la sua terapeuta possa farlo aspettare qualche minuto prima di farlo entrare in seduta: dentro di lui la dimensione della distanza (spazio) si deve pian piano costruire, ha a che fare con il diventare autonomo, in modo che possa essere aiutato a mettere il pensiero al posto dell'angoscia. Nella seconda seduta dopo il mio rientro, guardando i poster appesi alle pareti, dice: "I bambini sbocciano dai fiori, ora arriva primavera e sbocciano i fiori, i tulipani..." Poi mi ricorda l'episodio dell'ascensore, dice che ha avuto molta paura; mi ricorda i giochi che abbiamo fatto insieme: è come se riuscisse a fare in una seduta tutta la sua storia, sottolineando quanta paura ha avuto nel diventare grande, quanta fatica ha fatto nell'elaborare tutti questi temi.

Propone un'immagine suggestiva di sé: "Io lo che ci sono i globi dove ci sono le terre lontane e gli extraterrestri". Disegna così l'extraterrestre cattivo che si chiama BRUTO (Disegno 1), "con i capelli da femmina, la faccia cattiva, le

sopracciglia e le orecchie grandi; disegna anche l'extraterrestre buonissimo che si chiama IEDN (Disegno 2): Marco sembra essere pronto ad esplorare nuovi mondi. Contemporaneamente, il sentirsi extraterrestre può significare quanto per il bambino è difficile essere compreso.

Tra me e lui viene a crearsi uno scontro: il bambino prova una grande rabbia nel dover condividere il suo spazio con gli altri bambini, cosa che ripropone la rabbia nei confronti della mamma che gli ha dato una sorellina. Adesso però può mettere in scena la sua rabbia in modo più fisiologico, potendomi dire quanto lui sia arrabbiato con me per il fatto di non essere l'unico bambino della dottoressa.

Il nostro lavoro continua sul discorso del tempo. E' come se potesse farmi vedere che in tutto questo tempo sono successe tante cose, sono state acquisite delle competenze e questo anche in relazione al suo venire in terapia. Cerco insieme a lui di tenere presente tutta la fatica che fa nell'imparare tante cose nuove, mantenendo uno spazio privilegiato dove lui può riposare.

Marco inventa per la prima volta una storia:” io e lui siamo abbandonati nella foresta, è notte fonda, noi due dormiamo vicino al fuoco. Scoppia il temporale, ci sono i tuoni, ci sono i fulmini, ma poi spunta di nuovo il sole. Ci siamo perduti nella foresta incantata, cominciamo a camminare, camminiamo tanto, finchè non troviamo un cartello con la scritta “uscita”. Insieme usciamo dalla foresta perché troviamo l'uscita....”

Il nostro lavoro insieme continua, ma mi piace concludere con una bella immagine. “Marco guarda il suo orologio, dice che sono le 8 e 10, guarda il mio e dice che il mio fa la stessa ora del suo. Il mio orologio va lentamente; quello della mamma, invece, va sempre avanti di 10 minuti, non è giusto. Il mio e il suo vanno uguali....” Commento le sue parole dicendogli che forse Marco mi sta dicendo questa cosa perché lui sente che il tempo deve passare lentamente, pian piano, così come lui pian piano sta crescendo e sta imparando tante cose: ci vuole tempo per fare questo, per questo i nostri orologi segnano la stessa ora.



Disegno 1: BRUTO, L'extraterrestre cattivo.



Disegno 2: IEDN, l'extraterrestre buonissimo.

Capitolo Sesto

Conclusioni

Gli studi degli ultimi decenni relativi allo sviluppo infantile si sono indirizzati a comprendere più in dettaglio come funziona la coppia madre-bambino. Essa tende a funzionare come una diade che struttura, consolida e perfeziona ritmi e comportamenti sempre più complessi e sofisticati che si arricchiscono nel tempo (Sander, 1987).

Secondo il modello di sviluppo attuale, l'ambiente assume una grande importanza, in quanto è quello che permette al bambino di sviluppare molte sue potenzialità.

Questo punto di vista pone l'accento sul Sé, quale struttura che si organizza nel tempo ed è costituita da atteggiamenti, sentimenti, aspettative, significati ecc. che si sono costituiti all'interno della relazione primaria madre-bambino: l'acquisizione del senso del Sé può realizzarsi solo all'interno di una matrice relazionale.

Perché questo avvenga è necessaria una disponibilità ed una lunga e complessa preparazione anche nell'altro esponente della diade. Sappiamo, infatti, come sia complesso il processo di trasformazione della madre che si prepara all'arrivo del bambino. Quando il bambino nasce, lei ha di solito acquisito delle capacità che le consentono di cogliere comportamenti e comunicazioni del bambino in un modo che è solo parzialmente presente in ogni altra persona al di fuori di lei (questa sensibilità è così spiccata che Winnicott la definì "quasi una malattia).

La gran parte di ciò che la madre coglie non passa dalla coscienza, non comporta un processo razionale di conoscenza, ma scorre attraverso canali emozionali.

Viene così definito la specificità dell'apporto materno alla vita mentale del neonato.

Con il termine “reverie”, Bion ha sintetizzato la competenza materna nell'operare da parte della madre, una trasformazione del vissuto somatopsichico doloroso del neonato in uno stato mentale con qualità psichiche di sollievo e calma.

Sul versante psicopatologico, possiamo dire che “Il grado di gravità delle patologie infantili dipende dalla forza delle identificazioni nel tempo e nello spazio e dall'impossibilità di accedere ad una relazione con l'altro sentito capace di aiutare, capire, riconoscere” (D. Vallino)

Da questo punto di vista, nel lavoro psicoanalitico, il primo passo è cercare di cogliere quelle emozioni dei bambini che sono rimaste intatte, indipendentemente dal disturbo di cui sono depositari.

Il trattamento degli stati autistici deve essere inteso come una presa in carico globale del bambino, che non può prescindere dall'aspetto emotivo. Se è pur vero che l'autismo comporta un disturbo cognitivo che rallenta gli apprendimenti, dobbiamo tener presenti gli aspetti relativi alle difese dall'angoscia che i bambini mettono in atto (adesività, ossessività, ecolalia ecc). Il lavoro del terapeuta è quello di smontare le difese, rendendo l'angoscia tollerabile.

In questo senso la psicoterapia è un processo di “armonizzazione” a fronte di un disturbo, come l'autismo, che è una disarmonia evolutiva.

Marco, il bambino che è stato da me seguito in trattamento, nel corso dei mesi è riuscito a stabilire una relazione significativa con la terapeuta. Da un'iniziale difficoltà nell'accettare i limiti (sembrava dilagare nella stanza, senza nessun contenimento), ha imparato ad accettare le regole del setting. La sequenza delle

sedute in orari e giorni stabiliti lo ha aiutato a prendere consapevolezza dello spazio e del tempo.

Lentamente il bambino ha cominciato ad elaborare i propri vissuti di angoscia, sostituendo ai terrori senza nome, vissuti di angoscia dicibili e quindi identificabili. Il bambino comincia ad avere una modalità di approcciarsi all'oggetto meno adesiva, più attenta. Anche la qualità dei suoi comportamenti difensivi (adesività, ossessività, ecolalia) comincia a modificarsi.

Una parte del lavoro terapeutico è stato utilizzato per rendere comprensibile il linguaggio del bambino in tutte le sue componenti, dal linguaggio parlato al linguaggio gestuale. Marco utilizza un linguaggio più significativo, con una modalità comunicativa più chiara. Comincia ad interessarsi ai giochi ed inventa le storie, mostrando un'evoluzione nelle sue capacità simboliche. Può cominciare a sperimentare la separazione senza restarne annientato: così le interruzioni della terapia per le vacanze, vengono vissute dal bambino come momenti nei quali c'è la possibilità di "fare un vuoto" (vacanza) che non ha la caratteristica del "cadere senza fine", ma può essere riempito dal pensiero. L'oggetto non scompare va viene presentificato da una sua rappresentazione.

Lentamente l'esperienza emotiva può essere vissuta e non negata ed evacuata. In questo la mente del terapeuta deve funzionare da collante, aiutando il bambino a dare un senso ed un significato ai "pezzi sparsi" dei suoi vissuti, aiutandolo nell'elaborazione del pensiero.

Riferimenti Bibliografici

M. Albergamo (1985) *Sviluppo delle relazioni oggettuali*, in M. W. Battacchi, *Trattato enciclopedico di psicologia dell'età evolutiva*, Piccin, Padova

Alvarez (1993), *Il compagno vivo*, Astrolabio, Roma

Alvarez (1993), *Un approccio interazionale al trattamento dei bambini con autismo*, in Richard e Pagle, 1, 1, 1993

Alvarez, B. Copley, J. Magagna, L. Miller, G. Polacco, S. Reid, M. Tustin, M. Waddel (1994), *Un buon incontro La valutazione secondo il modello Tavistock*, Astrolabio, Roma

M. Ammaniti (a cura di) (1990), *La nascita del sé*, Laterza, Bari

M. W. Battacchi (1985), *Trattato enciclopedico di psicologia dell'età evolutiva*, Piccin, Padova

R. Bertolini, O. Caccia, M. G. Torrioni (2000), *Pensieri Prematuri Uno sguardo alla vita mentale del bambino nato pre-termine*, Borla, Roma

E. Bick, *The Experience of the skin in early object relations*, Int. J. Psychoanal., 1968, 49

W. R. Bion (1962), *Apprendere dall'esperienza*, Armando, Roma, 1972

W. R. Bion, *A Theory of thinking*, Int. J. Psychoanal., 1962, 43

J. Bowlby (1969), *Attaccamento e perdita, vol I*, Boringheri, Torino, 1972

F. Borgogno (1981) *Brevi cenni storico-epistemologici sul metodo dell'osservazione della relazione madre-bambino*, Giapichelli, Torino

G. Cafieri, P. A. Bertacchini, *Il bambino tra biologia e psicologia-nuovi sviluppi delle neuroscienze*, Atti del convegno "Bambini e non più bambini: dal biologico al mentale", Cosenza, 19 Febbraio 2005

G. Cafieri, P. A. Bertacchini, *Stili di attaccamento, teoria della mente, funzione riflessiva. Da Bowlby a Fonagy:trasformazioni della relazionalità madre-bambino*, Atti del convegno "Bambini e non più bambini: dal biologico al mentale", Cosenza, 19 Febbraio 2005

L.Camaioni (a cura di) 1995, *La teoria della mente- Origini, sviluppo e patologia*, Laterza, Bari

A. Damasio (2003) *Alla ricerca di Spinoza- emozioni, sentimenti e cervello*, Adelphi, Milano

A. Damasio (2000), *Emozioni e coscienza*, Adelphi, Milano

S. Deprez (1999), *Il cervello relazionale- neuroscienze e socio-antropologia*, Sciascia ed., Caltanissetta Roma

G. Edelman (1995), *Darwinismo neurale: la teoria della selezione dei gruppi neuronali*, Einaudi

G. Edelman (1993), *Sulla materia della mente*, Adelphi, Milano

S. Fano Cassese (2001), *Introduzione al pensiero di D. Meltzer*, Borla, Roma

P. Fonagy ., M. Target (2001), *Attaccamento e funzione riflessiva*, R. Cortina, Milano

P. Fonagy, M. Target (2005), *Psicopatologia Evolutiva-Le teorie psicoanalitiche*, Raffaello Cortina Editore, Milano

P. Fonagy, G. Gergely, E. L. Jurist, M.Target (2005), *Regolazione affettiva, mentalizzazione e sviluppo del sè*, Raffaello Cortina Editore, Milano

P. Fonagy ., H. Steele, G. Moran, A. Higgitt, (1991) *The Capacity for understanding mental states: The reflective self in parent and child and its significance for security of attachment*, in *Infant Mental Health Journal*, 13, 200-217

S. Freud (1905), *Tre saggi sulla teoria sessuale*, in *Opere*, vol IV, 1970

S. Freud (1914), *Introduzione al narcisismo*, in *Opere*, vol VII, 1976

S. Freud (1915), *Metapsicologia: pulsioni e loro destino*, in *Opere*, vol VIII, 1976

U.Frith et al. (1985), *Does the autistic child have a theory of mind?*, *Cognition*, 21: 37-46

E. Gaddini, *Il processo della nascita*, in *Scritti*, Raffaello Cortina, Milano, 1989

E. Gaddini, *L'invenzione mentale dello spazio*, in Scritti, Raffaello Cortina, Milano, 1989

E. Gaddini, *Sull'imitazione*, in Scritti, Raffaello Cortina, Milano, 1989

E. Gaddini, *Note sul problema mente-corpo*, in Scritti, Raffaello Cortina, Milano, 1989

Giannotti, G. De Astis (1979),: *Autismo infantile precoce considerazioni sulla psicopatologia e sul processo psicopatologico*, Neuropsichiatria Infantile, 219-220, 943-963

J. R. Greenberg, Stephen A. Mitchell (1986), *Le relazioni oggettuali nella teoria psicoanalitica*, Il Mulino, Bologna

M. Harris, *L'osservazione dell'interazione madre-bambino e il suo contributo al training psicoanalitico*, Internat. J. Psychoanal, 1962; 43, 328-337

P. Hobson (1986), *The autistic child's appraisal of expressions of emotion*, J. of Child Psychological psychiatry, 27: 321-342

S. Isaacs (1948), *Natura e funzione della fantasia*, in Richard e Pige, 2/95, Il pensiero Scientifico, Roma

K. Kaye (1989), *Verso le origini del dialogo* in Shaffer H. R., *L'interazione madre-bambino: oltre la teoria dell'attaccamento*, F. Angeli editore, Milano

M. Klein (1946) *Note su alcuni meccanismi schizoidi*, in Scritti 1921-1958, Boringheri, Torino, 1978

M. Klein (1959), *Il nostro mondo adulto e le sue radici nell'infanzia*, Martinelli, Firenze, 1972

M. Mancia (1980), *Neurofisiologia e vita mentale*, Zanichelli, Bologna

D. Marcelli (1984), *Psicopatologia del bambino*, Masson, Milano

J. Martin Maldonado-Duran (a cura di) (2005), *Infanzia e salute mentale Modelli di intervento clinico*, Raffaello Cortina Editore, Roma

D. Meltzer (1977), *Esplorazioni sull'autismo*, Bollati Boringheri, Torino

D. Meltzer, M. Harris, *Amore e timore della bellezza*, in Quaderni di psicoterapia infantile, 20, Borla, Roma, 1989

T. Ogden, *On Projective identification*, Internat. J. Psychoanal, 1978 ; 60, 357-373

T. Ogden (1994), *L'identificazione proiettiva e la tecnica psicoterapeutica*, Astrolabio, Roma

T. Ogden (1999), *Reverie e Interpretazione*, Astrolabio, Roma

Piontelli (1992), *Dal punto di vista del feto. Brevi appunti in uno studio osservativo della gravidanza e del periodo postatale* in M. Ammaniti, *La gravidanza tra fantasia e realtà*, Il Pensiero Scientifico, Roma

M. Pontecorvo (a cura di) (1986), *Esperienze di psicoterapia infantile: il modello Tavistock*, Martinelli, Firenze

S. Resnick, E. Levis, S. Nissim, M. Pagliarani (2004), *Abitare l'assenza Scritti sullo spazio-tempo nelle psicosi e nell'autismo infantile*, Franco Angeli, Milano

L. W. Sander, *Awareness of inner experience: a system perspective on self-regulatory process in early development*, *Child Abuse & Neglect*, 11, 339-346

D. J. Siegel (2001), *La mente relazionale Neurobiologia dell'esperienza interpersonale*, Raffaello Cortina Editore, Milano

L. Solano (2001), *Tra corpo e mente: Come si costruisce la salute*, Raffaello Cortina Editore, Milano

E. Spillius (1995), *Melanie Klein e il suo impatto sulla psicoanalisi oggi*, Astrolabio, Roma

D. Stern (1987), *Il mondo interpersonale del bambino*, Bollati Boringheri, Torino

F. Tustin (1983), *Stati autistici nei bambini*, Armando, Roma

F. Tustin (1991), *Protezioni autistiche nei bambini e negli adulti*, Raffaello Cortina Editore, Milano

D. Vallino, *Le storie e il luogo immaginario nella psicoanalisi dei bambini*, in Ferruta et al. (a cura di), *Il contributo della psicoanalisi nella cura delle patologie gravi dell'infanzia*, Armando, Roma, 2000

S. Vegetti Finzi (1986), *Storia della psicoanalisi*, Mondadori, Milano

M. Waddell (1998), *Mondi interni Psicoanalisi e sviluppo della personalità*, Mondadori, Milano

D. W. Winnicott (1958), *Dalla pediatria alla psicoanalisi*, Martinelli, Firenze, 1975

D.W. Winnicott (1971), *Gioco e realtà*, Armando, Roma, 1974