



Qualche riflessione su autismo e psicoanalisi

CHIARA CATTELAN

Premessa

L'esperienza clinica, che può ora trovare sostegno anche nella ricerca, ha messo in luce come i terapeuti, nel loro lavoro con i pazienti con autismo, restino fedeli ai principi del metodo psicoanalitico, pur con quegli aggiustamenti tecnici utili a raggiungere il paziente. Da questo punto di partenza vorrei sviluppare alcune riflessioni sul significato particolare che alcuni principi del metodo psicoanalitico vengono ad assumere quando lavoriamo con le aree autistiche.

Il processo terapeutico è inscindibile dal momento diagnostico in quanto, quest'ultimo ci permette di ipotizzare la maggiore o minore accessibilità del bambino al lavoro psicoanalitico e la sua risposta al trattamento. Questa ipotesi può essere formulata sulla base di assaggi, come piccole sonde esplorative che inviamo verso un pianeta lontano, nutrendo la speranza che ci riportino segni di vita. Prestando attenzione ai piccoli gesti, all'attenzione periferica, alle dimostrazioni dell'ipersensibilità del bambino nei confronti dell'ambiente che lo circonda, in contatto con il nostro contro-transfert, possiamo attribuire un significato contestualizzato a ciò che osserviamo e registrare segnali indicativi di risposte, sia pur deboli. Le ipotesi che hanno condotto alla scelta terapeutica, condivise con il bambino e con i suoi genitori durante l'accompagnamento alla diagnosi, saranno confermate dal processo, che permette formulazioni più allargate sull'utilità del trattamento psicoanalitico, considerato nello svolgimento longitudinale di un singolo caso o nel confronto tra più pazienti.

Nella mia esperienza, un aiuto alla comprensione del funzionamento autistico nella sua fase ancora non verbale, proviene dal tenere insieme nella mente le corrispondenze tra il bambino con autismo e l'adulto con tasche di autismo: i bambini mostrano con la forza dei gesti, con suoni e messe in scena l'intensità del vissuto mentre gli adulti danno parole a quei vissuti che più tardi anche i bambini metteranno in parole.

A proposito di autismi

Frances Tustin era convinta che il successo ottenuto con i suoi pazienti fosse dovuto a una loro accurata selezione. Ora che tutti siamo convinti che non esista un unico autismo, possiamo considerare questa affermazione un'utile indicazione per portare un po' di ordine nella Babele di offerte terapeutiche che disorienta i genitori, e raggiungere una maggiore chiarezza quando ci confrontiamo con discipline e approcci diversi dal nostro. È importante chiarire quale autismo abbiamo in mente quando parliamo di autismo. Mi pare importante anche il tentativo di Anne Alvarez (1992) di descrivere il funzionamento di alcuni sottogruppi di bambini con diagnosi di autismo, in modo da attuare quegli accorgimenti tecnici più adatti a ciascuno. Alvarez distingue i bambini che mostrano un'apatia vuota piuttosto che un ritiro attivo. Per i primi suggerisce un richiamo rivitalizzante e dunque una posizione più attiva del terapeuta.

Vorrei accennare qui al percorso che ha reso possibile distinguere l'autismo dalla psicosi, chiarificazione diagnostica ancora attuale e fondamentale perché i due quadri possono essere confusi, anche se, in certi particolari momenti, possono coesistere nel paziente. Infatti, la psicosi rappresenta uno dei rischi dell'uscita dall'autismo, spesso conseguenza di trattamenti inappropriati, non rispettosi della necessità della protezione autistica. Quando, nel 1930, M. Klein trattava Dick, un bambino che mostrava assenza di affettività e di angoscia, distacco dalla realtà e inaccessibilità, pur continuando a chiamare schizofrenia quel "quadro straordinario e insolito", dichiarò che il momento della fissazione era prenarcisistico e che si trattava non già di una regressione, bensì di un'inibizione intervenuta nello sviluppo. Disse inoltre che erano necessari studi più accurati e approfonditi su un numero maggiore di casi analoghi (Klein, 1930). Il lavoro di Leo Kanner, del 1943, pur limitandosi a una descrizione fenomenologica dei sintomi e del comportamento, fa riferimento a un gruppo omogeneo di bambini, tanto che F. Tustin si riferisce ai pazienti da lei trattati con successo come provenienti da "cultura kanneriana pura". Dice Tustin: "Trattavo casi di autismo tipo Kanner, casi chiaramente definiti, mentre sapevo che in altre cliniche si trattavano casi di autismo molto più confusi... Bisogna approfondire le ricerche per chiarire la differenza tra questi bambini che talvolta vengono chiamati autistici e quelli che sono veramente autistici; senza un tale chiarimento non si uscirà mai da queste dispute. Voglio dire che per alcuni bambini autistici l'origine della loro malattia sta in un danno cerebrale, una lesione notevole. Essi presentano manifestazioni autistiche, e a prima vista assomigliano molto a quei bambini che hanno subito danni emotivi. Quindi fintanto che non si lavora con loro, non si può riuscire a distinguerli». (Messeca, 1998, 62).

I contributi alla comprensione di questo *nuovo livello di patologia* non sono pervenuti solo da chi ne ha parlato come di una sindrome definita, come Meltzer e Tustin, ma anche da Altri che si sono occupati di psicopatologia precoce. Winnicott an-



tipica un elemento di fondamentale distinzione delle conseguenze della separazione a seconda del livello di sviluppo al quale interviene. Egli dice infatti: “Certi aspetti della sua bocca scompaiono dal punto di vista del lattante, vengono a mancare insieme alla madre e al seno quando la separazione avviene prima che egli abbia raggiunto lo stadio di sviluppo emotivo in grado di fornirgli l’equipaggiamento per affrontare la perdita. La stessa perdita della madre, qualche mese più tardi, rappresenterebbe la perdita dell’oggetto, ma senza l’aggiunta di una parte del sé del soggetto”. (Winnicott, 1958, in Tustin 1986) Si tratta quindi di un’esperienza depressiva che interviene quando il seno e la bocca non sono ancora differenziati. In seguito Winnicott aggiungerà la distinzione fondamentale tra stati di non integrazione e disintegrazione (1970).

Tustin, che scoprirà la descrizione di Winnicott più tardi e la troverà in sintonia con le proprie osservazioni, usa le parole di John per descrivere quel tipo di esperienza: “il buco nero col pungiglione cattivo”. Questo tipo di esperienza depressiva contiene un elemento persecutorio di origine sensoriale.

Nel 1981 Tustin distingue più chiaramente l’autismo confusionale, ritenuto affine alla schizofrenia, dall’autismo incapsulato o a conchiglia, protezione che risale a un periodo più precoce dello sviluppo quando l’embrione del sé che ha a sua disposizione la sensorialità come primo strumento di conoscenza e classificazione della realtà esterna, inizia ad utilizzare una parte di essa in modo perverso, per avvolgersi in una pelle impenetrabile e impermeabile allo scambio. Il fine di questa peculiare protezione, come Tustin ribadisce in modo sempre più chiaro fino all’ultimo lavoro del 1994, è di evitare il ripetersi del trauma di divenire prematuramente e improvvisamente consapevole dello iato che separa il corpo proprio da quello dell’altro. Di conseguenza, l’adesività diventa il funzionamento prevalente in questo autismo. L’autismo che Tustin ha efficacemente trattato, senza mai negare l’influenza di una base costituzionale e la concomitanza di più fattori nella sua genesi, è una condizione post traumatica¹ nella quale persiste una mancata integrazione a più livelli, ma primariamente delle sensazioni. Il duro “non me” chiuso fuori dal “me” non entra a far parte di una personalità adattabile e resiliente. Il paziente è incapace di difendersi, manca di energia vitale, talvolta manca anche di istinto di autoconservazione, quest’ultimo aspetto fa riferimento anche ad una forma di distruttività tipica di questo autismo, che riguarda adulti e bambini. Questa ‘distruttività’ descritta e agita dai pazienti adulti con tasche autistiche, corrisponde ai gesti dei bambini che buttano tutto all’aria spargendo pezzi in giro, spesso proprio quando hanno svolto un compito in modo, per così dire, soddisfacente. Sembra che la ‘realizzazione’ li confronti con un

¹Tustin definisce i due tempi del trauma: uno stato fusionale iniziale piuttosto che una relazione ritmica dove separazione e fusione si alternano e un’improvvisa realizzazione dello stato di separazione col terrore che ne consegue. Il trauma può intervenire anche nel periodo prenatale (Maiello, 1998).

problema d'individuazione in modo cruciale e traumatico, talvolta con una prematura possibilità di diventare 'Io agente'. Li confronta anche con un grande sforzo d'integrazione che, se possibile in alcuni momenti, è tuttavia difficile per loro da mantenere. Una distruttività che coinvolge il risultato del proprio lavoro, come se ciò che di solido è costruito da un 'sé agente nel mondo', corresse lo stesso rischio della materia che entra nell'orbita del buco nero galattico, cioè di essere risucchiato e frammentato (Cattelan, 2013).

L'involuzione psicotica del paziente con autismo non deve essere confusa tuttavia con quell'evoluzione nel corso del trattamento che si manifesta quando il paziente con autismo diventa capace di proiettare. Tustin scrive che John, alla 194a seduta, lo dimostrava nel modo seguente: *"Talvolta si liberava della sensazione di sentirsi stupido chiamando stupido e cattivo il padre mentre a me e a sua sorella venivano attribuite tutte le esperienze negative che non voleva vivere"* (Tustin, 1986, 70) Allo stesso modo è possibile che si manifestino fenomeni transitori di tipo allucinatorio come quando lo stesso John vede degli uccelli nella stanza e ne è terrorizzato (ibid.). Si tratta, in questi casi, di un'evoluzione che va riconosciuta al paziente.

Sembra quindi possibile una prima trasformazione di afferenze sensoriali in elementi visivi comunicabili che danno forma ai terrori, insieme a una ripresa del movimento psichico indicativa del costituirsi di un rapporto *contenitore/contenuto*. Se una parte della sensorialità del paziente è trasformabile, un'altra non sembra essere accessibile alla trasformazione e dev'essere semplicemente rimossa. Secondo Bion, la funzione alfa introduce il movimento nel proto-mentale ed agisce sugli elementi beta che sono predisposti ad essere trasformati. Nell'autismo sembrano essere presenti anche elementi caratterizzati dall'immobilità: elementi gamma (Hautmann 1999) o elementi autistici (Fix Korbivcher, 2009), accanto ad altri mobilizzabili.

Sembra dunque importante incontrare 'l'attesa' di quella parte della sensorialità del bambino ancora disponibile ad essere trasformata nell'incontro con la nostra rêverie.

Da quando la comprensione dell'autismo è progredita, siamo in grado di utilizzare *strumenti adattati*, soprattutto agli inizi del trattamento, perché nelle fasi più avanzate le cose diventano più simili a ciò che avviene con i pazienti nevrotici o psicotici. È nelle fasi iniziali del trattamento che dubitiamo della presenza, in questi bambini, di fantasie inconsce, di oggetti interni e della capacità di proiettare ciò che non tollerano e non digeriscono perché, nella modalità di funzionamento adesiva, il tatto cancella ogni discontinuità, e quindi anche l'idea di uno spazio dentro e fuori di sé.

Non possedendo ancora questo bambino una storia internalizzata da riattualizzare, ci chiediamo con quale transfert abbiamo a che fare.



I paradossi del transfert

Uno degli aspetti più interessanti del lavoro di Tustin che lo attraversa come un filo rosso, è rappresentato dal suo mettere in luce le potenzialità ancora disponibili per la ripresa dello sviluppo. Sembra infatti che l'autismo preservi lo stato di attesa col quale gli esseri umani vengono al mondo e in qualche modo garantisca, per un certo tempo, la possibilità di trovare corrispondenza alle attese. Il paziente si trova in uno stato simile a quello di Biancaneve nella bara di vetro, in attesa del principe che la risvegli col bacio². Così il 'transfert infantile', cioè quella predisposizione innata a cercare la fonte del nutrimento, riattivata dalla situazione terapeutica, quando si manifesta in un paziente con autismo, può essere visto come il segnale del risveglio da uno stato di addormentamento psichico in cui egli si trova, un segnale a partire dal quale potrà sciogliersi ciò che è stato congelato "sotto la calotta di ghiaccio dell'autismo" (1986). Dice Tustin: "Il bambino attende il terapeuta per orientarsi nel transfert, come quei neonati che, per resistere nell'attesa, possono rallentare i processi fisiologici, restando a lungo vivi sotto le macerie di un terremoto. Il terapeuta si fa strada sotto le macerie per riportare il paziente alla vita, cioè rimuove le macerie degli artefatti vuoti autoprodotti, per lasciar emergere il transfert". (Tustin, 1986, 274-86).

Nel transfert quindi, non solo l'esperienza traumatica conservata nella ibernazione autistica potrà essere riattivata e digerita, ma potranno essere risvegliate anche quelle pre - concezioni (Bion 1962) congelate dall'assenza di corrispondenze. È tipica la difficoltà di attaccarsi al seno del neonato che svilupperà questa forma di autismo.³

La nascita del transfert sarebbe dunque l'indicatore del riaccendersi di nuove possibilità di sviluppo di un embrione vitale, a partire dal risveglio di quella predisposizione innata a cercare il seno.

Questo transfert mostra a mio avviso tutta la forza intrinseca alla situazione analitica che riesce a raggiungere la psiche originaria e, evocando quella pre-concezione che vi è ancora inscritta, permette di trasferirla, rimettendo in moto un processo. È qualcosa che sostiene la speranza di poter lavorare almeno con una parte di questi bambini e ci sollecita a cogliere tempestivamente i segnali di questo transfert originario, che, se trascurati, rischiano di regredire e atrofizzarsi per sempre. Ho visto affidarmi o anche nascondere dietro o sotto di me, a volte già durante la consultazione, personaggi giocattolo che hanno a che fare con l'allattamento:

²Nei bambini con autismo questa immagine suscita spesso interesse.

³Questa difficoltà non è da imputare ad attitudine materna inadeguata, se mai ad un'influenza delle caratteristiche del bambino sulla rêverie materna o al contributo di circostanze paralizzanti momentanee, come ad es. un lutto in concomitanza della nascita.

cuccioli che leccano il latte, maialini attaccati alle mammelle della scrofa, neonati col biberon. Altre volte è il seno stesso del terapeuta ad essere cercato. Spesso è un pezzetto di stoffa, il becco di un uccellino giocattolo che sporge, un pomolo della tenda ad attrarre l'attenzione del bambino, come se una *forma innata* fosse stata riconosciuta. Il ruolo centrale del transfert infantile per gli stati autistici si comprende meglio pensando che il bambino non farà un'esperienza di allattamento concreto, ma inizierà a ricevere un nutrimento psichico, cosa che è destinata a spostare gradualmente il suo interesse dal tangibile all'intangibile, dal visibile all'invisibile, verso la formazione di un legame mentale. Infatti, lo scopo ultimo del lavoro analitico è il lutto di qualcosa di concreto-corporeo ritenuto una parte di sé, perduto e trattenuto solo nell'illusione creata dagli artefatti autoprodotti con la sensorialità. Solo a partire da questo momento potrà ripartire lo sviluppo della simbolizzazione. Questo *transfert infantile*, dimostra che il bambino è in uno stato di ricerca sospesa e potrà orientarsi via via anche verso altre funzioni dell'analista, come quelle di contenitore e di cura (inizialmente verso i loro precursori concreti).⁴ Questo avviene prima ancora che l'analista sia stato riconosciuto come essere intero 'altro da sé', quando egli è ancora tutt'uno con l'ambiente e l'atmosfera analitica è cioè quello *sfondo* che assiste, testimonia e manda segnali non disturbanti (Cattelan 2012a).

Più avanti potrà trattarsi, anche per il bambino con autismo, della riattualizzazione nel transfert di una storia internalizzata.

Un contro-transfert ingombrante

È interessante riflettere sulla particolarità del contro-transfert negli stati autistici, caratterizzato da lunghi momenti di solitudine, da assenza di segnali per l'apparato ricevente dell'analista, da una pregnante presenza della dimensione corporea. Già durante la consultazione, possiamo sperare in qualche momento di sintonizzazione, se la nostra osservazione è guidata anche dal controtransfert corporeo.

Questa dimensione corporea può essere disturbante, evocativa di ricordi anche molto lontani e apparentemente sepolti dell'analista ma, se utilizzata, aiuta ad orientarsi come un faro nella nebbia, prima che emerga la parola.

Luigi è un bambino con diagnosi di autismo in analisi a 4 sedute dall'età di tre anni; nei primi mesi, disteso in posizione fetale tasta il muro coi piedi come fosse la parete uterina ed evoca in me ricordi della mia prima infanzia che non sapevo di avere. Nei ricordi percepisco l'ambiente nelle sue componenti

⁴Possiamo vedere che all'inizio il bambino chiede all'analista di curare le sue ferite fisiche.



sensoriali: penombra, calore, una voce ritmata, la sensazione di essere avvolta e tenuta; questi ricordi mi forniscono indicazioni sul clima più adatto per favorire la sua nascita psichica.

In questo genere di messe in scena sembrano manifestarsi condensazioni ‘nel corpo’ di esperienze che permangono nelle tracce mnestiche delle sensazioni. Sono tracce che possono risalire al periodo fetale o alla nascita, come aspetti scissi conservati in una memoria traumatica.

A partire dalle messe in scena del paziente, i ricordi dell’analista incominciano a dare una forma alle *memorie nelle sensazioni*, a ri-significarle attraverso una ri-sperimentazione personale di affetti, apparentemente sepolti. Infatti è grazie a un coinvolgimento profondo dell’*empatia sensoriale* (Cattelan, 2013) che la trasmissione di sensazioni paziente–analista mette in moto immagini, ricordi, pensieri nell’analista e fornisce così indicazioni sulla loro trasformabilità.⁵

Forse è proprio per la persistenza di questi elementi ‘in attesa’ di trasformazione che il bambino deve incontrare la rêverie dell’analista quando è ancora abbastanza piccolo, prima cioè che le pre-concezioni e gli elementi sensoriali modificabili, presenti alla nascita, siano atrofizzati (sappiamo che l’inizio tempestivo ha anche il senso di prevenire un deterioramento cognitivo).

Esplorando altre funzioni del controtransfert nel delicato lavoro di una coppia formata da un soggetto e un “non ancora soggetto”, vediamo che ci permette di regolare ‘quanti’ di vicinanza /distanza, di richiamo/astensione, ci suggerisce quando ritirare la nostra intenzionalità, per fare spazio al paziente, prima che egli sia capace di esprimere il bisogno di un vuoto della presenza dell’Altro, come fa Luigi dopo tre anni di analisi, dicendo: “*stai zitta*” con tono forte e deciso, mentre Ambra, adulta con tasche di autismo, già durante il primo anno, può dare con le parole un’utile indicazione: “*è come scrivere note a margine di un libro che ti riguarda*”... Mi pare che queste parole, quelle dell’adulto come quelle del bambino, dimostrino in fieri la capacità di *usare* (Winnicott, 1971) l’analista, compresi i suoi eventuali errori *che egli deve riconoscere e comprendere nel loro significato per il paziente* (Winnicott, 1956).

Attraverso il controtransfert sentiamo quando siamo utilizzati come cose inanimate e possiamo così resistere alla manipolazione (messa in atto in modi diversi da bambini e da adulti), difendere la nostra realtà di oggetti vivi, dotati di movimento e quindi imprevedibili e caduchi e al tempo stesso aiutare il paziente a tollerare questa realtà. Fidandoci del controtransfert possiamo drammatizzare, personificare le paure e gli stati d’animo del paziente, enfatizzando, amplificando, incarnando, dando vo-

⁵Ricordo che, a proposito di trasformabilità, Hautmann descrive “esperienze all’unisono che attivano raffigurazioni visive di proto-emozioni ignote che si attualizzano in emozioni”. (Hautmann, 2005 p. 18).

ce a un vissuto che egli non ascolta dentro se stesso, ad es. piangendo al suo posto (anche tramite un personaggio). Possiamo amplificare una debole proiezione, rendendo talvolta esplicito come il paziente ci fa sentire: esclusi, isolati, lontani, invisibili, inutili etc. Questa esplicitazione, non solo rimanda al paziente l'idea di essere riconosciuto come *io agente*, ma può essere utile all'analista che, comunicando ciò che gli è dato provare, si alleggerisce (naturalmente l'analista sceglierà il momento opportuno per una tale comunicazione).

Nelle prime fasi del trattamento, che possono durare anche a lungo, l'analista si trova solo con il controtransfert, nella necessità di fidarsi delle indicazioni che ne riceve, facendo un passo nel buio quando non riceve conferme.

È illuminante a questo proposito la griglia che ci permette di seguire le vicende del controtransfert in *Stati autistici dei bambini* (Tustin, 1981-1992). Si tratta del lavoro con Peter (bambino con autismo di 6 anni). La griglia è divisa in due colonne parallele: una per le osservazioni sull'interazione con il bambino e una per annotazioni sul controtransfert. Mentre il dialogo con Peter procede e diventa più fluido, la digestione di ciò che paziente e analista si scambiano avviene sempre più in tempo reale e la colonna del controtransfert si assottiglia, quasi scompare. Il lavoro che l'analista deve fare con se stesso diminuisce: "*due persone parlano in una stanza*" (Nissim Momigliano, 1984). Entriamo insomma in un clima di scambio, analogo a quello che possiamo vivere con altri pazienti. A questo punto, crescita e guarigione, processi naturali bloccati dall'autismo, riprendono e il processo analitico scorre (Cattelan, 2013).

Il setting come paracadute

Il terrore di *cadere senza fine* (Winnicott, 1965) è radicato nella psiche biologica, se pensiamo ai riflessi arcaici dei neonati, che si risolvono grazie alla maturazione neurologica, ma necessitano di un'esperienza contenitiva. Questo ed altri terrori arcaici non trasformati, persistono nella memoria sensoriale dei bambini con autismo e nelle aree autistiche dei pazienti adulti.

Nei bambini con autismo osserviamo spesso gesti come gettare o far cadere oggetti o gettarsi sul pavimento, che possono essere letti come messe in scena di questi terrori, concretizzazioni di elementi inaccessibili alla psiche, ma talvolta loro precursori significabili.

Le prime ripetizioni di Luigi sembrano un tentativo ansioso di mettere in scena una tragica caduta: rotola fuori dal tavolo basso cadendo come al rallentatore sul pavimento. La messa in scena prende forma anche con personaggi: il neonato, in bilico sul bordo dell'abisso, rappresentato da un grande vaso di plastica, vi precipita dentro. La mamma e il neonato avvinghia-



ti precipitano dopo essere stati in bilico sul bordo del vaso. Compare il personaggio papà e incomincia a cadere anche lui. Le scene che si ripetono molte volte senza sviluppo mi trasmettono l'angoscia di non poter trovare nessuno che sia in grado di fermare la caduta, (ma forse la tenue speranza che questo avvenga).

Ecco invece come il terrore di cadere può apparire nei sogni di una paziente adulta: *In un sogno ricorrente Ambra, la giovane donna con marcato funzionamento autistico, cade come una nota dal pentagramma, di rigo in rigo senza riuscire a fermarsi.*

È il ritmo delle esperienze condivise che stabilisce il fondo e, creando il senso di *continuare ad esistere*, impedisce che quell'esperienza normale si trasformi in un terrore senza fine. Un setting intensivo, come intelaiatura ritmica degli scambi inizialmente difficili tra paziente e analista, sembra rispondere a questa esigenza. Esso ricrea, in modo percepibile psico-somaticamente, quella struttura ritmica, nell'alternanza di separatezza e fusione, che è mancata nell'esperienza precoce. Nel lavoro sul transfert del 1956 Winnicott si chiede quali siano le situazioni nelle quali il setting diventa più importante dell'interpretazione. Il lavoro con i pazienti con autismo è senz'altro una di queste. Per setting Winnicott intende tutto il comportamento dell'analista, cioè in primo luogo la sua capacità di adattarsi ai bisogni del paziente in modo *sufficientemente buono* tanto da generare quella speranza che può indurre il vero sé a prendere il rischio di vivere. In questi casi, dice, non si tratta di far arrivare il passato nella stanza d'analisi con il transfert, ma al contrario è *il presente che torna al passato o meglio è il passato* (Winnicott, 1956) In questo senso, nel caso dell'autismo, possiamo parlare di nuove esperienze nel transfert.

Al secondo anno di analisi avevo accordato ad Ambra uno spostamento di seduta, sulla base di una richiesta apparentemente ben motivata. Nei giorni che seguono la paziente mi comunica di essersi sentita incoerente, come se si fosse innescata una disorganizzazione a cascata "non riuscivo ad alzarmi, a far nulla, avevo perso completamente il ritmo, ho chiamato per riprendere quella seduta perché, anche se non vengo, ma la seduta resta al suo posto, riesco a conservare il ritmo". Parlare del suo disorientamento ci aiuta a comprendere quale rischio rappresenti per lei la rottura di quella continuità di fondo che, non ancora interiorizzata, è rappresentata dalla stabilità del setting, la struttura ritmica che le impedisce di "cadere dal pentagramma".⁶

⁶Questo può essere considerato un esempio di errore che, se riconosciuto dall'analista nel significato che riveste per il paziente, può favorire la trasformazione del suo vissuto.

C'è un pianto sepolto dentro la corazza autistica, di natura particolare. Può sembrare inarrestabile, quasi avesse un rapporto con la paura di cadere senza fine, per la mancanza di quel fondo interiorizzato. Sembra che la disperazione debba toccare proprio quel fondo per sperimentare la fine del pianto e la fine della caduta.

Al secondo anno di analisi quando Luigi inizia a guardarmi negli occhi con uno sguardo pieno, piange per la prima volta in seduta. La scena è drammatica. La madre lo accompagna con il fratellino. Luigi ha portato una tartaruga di legno.

Guarda la madre che esce, poi guarda me e quando la madre ha chiuso la porta, scoppia in un pianto disperato.

Dice "no" scuotendo la testa, la bocca aperta, il viso coperto di lacrime.

È come dicesse "mai più" con tutto se stesso. È una disperazione assoluta che mi fa pensare a un neonato. Tra i singhiozzi prende lo scotch e lo srotola.

Dico che si è sentito staccato, capisco che mi chiede di riattaccarlo e di curare le sue ferite. Crede che la mamma se ne sia andata per sempre. Mi abbraccia mentre do voce al suo dolore e gli parlo dell'illusione che la mamma e io fossimo tutt'uno con lui. Non guardare lo aveva tenuto avvolto nell'illusione di poter evitare il distacco.

Essendo cresciuta la fiducia che non l'avrei lasciato cadere, Luigi poteva manifestare la disperazione insieme alla capacità di rivolgersi a me come essere umano che lo poteva capire; ma era come se si fosse trovato al bivio tra accettare il dolore o ritirarsi di nuovo nella difesa autistica rappresentata dalla tartaruga. Sentivo di essere per Luigi sia la madre che si stacca nelle pause e lo fa disperare, sia quella che accoglie il bambino disperato e può dare un limite alla sua disperazione. In questa evoluzione, all'interno di un setting sicuro, ha avuto un ruolo la ripresa dell'interazione visiva perché si trattava di guardare l'uscita della madre, affrontare la disperazione, sapendo che guardando i miei occhi non l'avrei lasciato cadere.

Quando il paziente acquista la capacità di conservare l'esperienza e le interruzioni vengono a far parte del ritmo, possiamo osservare una trasformazione:

All'ultima seduta prima delle vacanze del terzo anno, Luigi apre il libro sulla pagina dove zio Gastone scende dolcemente dal cielo con il paracadute e, alla ripresa, riapre il libro alla stessa pagina, guardando la stessa immagine.

Luigi sembra essere riuscito a conservare l'esperienza che ritrova dopo un'attesa ormai prevedibile. Un setting sicuro favorisce l'instaurarsi di una funzione contenitiva (che implica l'idea di tempo e spazio) e crea le condizioni perché il paziente possa esprimere, nella relazione, e senza sentirsi precipitare, quella disperazione senza fondo che troviamo negli stati autistici.



Essere e non essere

Come abbiamo visto, per raggiungere la dimensione psico-somatica propria degli stati autistici l'analista è costretto a utilizzare anche il suo corpo, deve ricorrere a tutto se stesso. Deve anche utilizzare tutto ciò che proviene dal paziente, gesti, espressioni, distanze, messe in scena per cercare di raggiungerlo nel suo isolamento e per risvegliare il suo interesse alla vita. Il vissuto di essere tagliato fuori dagli scambi umani è ubiquitario nell'autismo e il terrore della discontinuità e della separatezza può condurre il paziente ad agire lo stato di 'frattura relazionale' nel quale si sente vivere. (Cattelan 2012b).

“È come se fossi all'interno di una navicella spaziale, dice Ambra, con la certezza che fuori non ci sono condizioni adatte alla sopravvivenza. Ci sono altre navicelle abitate e distribuite nello stesso territorio ma sono irraggiungibili, non vi è alcuna forma di comunicazione tra navicelle. Lo spazio in mezzo (che le separa) non si può attraversare. Ho del cibo a disposizione che mi garantisce la sopravvivenza, ma solo per poco tempo. È impensabile quel che accadrà nel futuro. Mi concentro sul presente, ascolto i rumori che provengono dall'interno, annuso gli odori. La navicella è divisa in stanze, mi concentro sulle sensazioni che mi rimanda il contatto del corpo con le superfici interne di quell'ambiente. Questo mi fa in qualche modo sentire di esistere.

Lo spazio esterno non è pericoloso perché temo conflitti. No, è uno spazio di distruzione e annientamento, di non-vita. Sento il bisogno di raggiungere un'altra navicella, ma questo comporta un tale pericolo che ci rinuncio”.

Attraversare quello spazio, prima che il paziente osi attraversarlo, comporta dei rischi. Finché non è tollerabile una distinzione io-tu, bisogna prevedere un rinforzo preliminare dell'Io che permetta un avvicinamento meno minaccioso per il paziente. Se l'altro non è distinto da sé, anche 'ricevere' rappresenta un pericolo, come mi spiega Ambra che vive sentendosi isolata dagli altri: *“È come ricevere la vita da mia madre che mi ha dato alla luce e può quindi, se vuole, riportarmi nel buio”*. Il suo sentirsi indifferenziata sembra dare all'altro un potere attrattivo assoluto. Curiosamente la prima parola di Dick, come riferisce M. Klein, è stata “Buio”, cosa che venne interpretata al paziente come: *“È buio dentro la mamma. Dick è dentro il buio della mamma”*. Come se, prima di nascere soggettivamente, il paziente si trovasse ancora dentro quel buio originario di un altro.⁷

⁷Ad un altro livello ciò pare evocare il *continente nero* con cui Freud, nel 1926, designa la sessualità femminile.

Quindi l'attenzione a non offuscare la debole intenzionalità del paziente con la nostra, più forte e minacciosa, è una condizione fondamentale per trattare gli stati autistici. Quanto già facciamo con tutti i pazienti dovrebbe essere enfatizzato in questi casi, ad esempio prestando attenzione a utilizzare le parole del paziente anche quando sono isolate (senza necessariamente colmare con parole nostre la distanza che separa le sue parole o le sue frasi spezzate), ma cercando di costruire un linguaggio condiviso dalla coppia al lavoro. E. Gaddini (1969) ha parlato del ruolo dell'imitazione nello sviluppo. Anche da autori ad orientamento non analitico è stato messo in luce l'effetto dell'imitazione del terapeuta nei confronti del paziente.⁸ Imitare il paziente può contribuire a rinforzarne l'intenzionalità, il suo senso di essere un *io agente*, ma in un contesto relazionale.

Luigi si avvicina alla porta a vetri del bagno e appoggia le mani sul vetro. Io appoggio le mie mani sulle sue dall'altra parte del vetro. Incomincia a muovere le mani su e giù aspettando che le mie mani seguano le sue. Mette alla prova la mia capacità di seguirlo, la mia attenzione. Seguo i suoi movimenti con piccole variazioni. Lui introduce altre variazioni: batte con le nocche e va su e giù con le mani veloce, poi fa scivolare due dita sul vetro. In altri momenti, le nostre mani si sovrappongono. Poi il gioco ricomincia e diventa sempre più vario. Siamo all'unisono nell'alternare il nostro essere due, alla condizione di coincidere perfettamente in tutt'uno, come le nostre mani. C'è un ritmo nel quale Luigi ha un ruolo attivo, è promotore.

Pensieri conclusivi

Per chi lavora con gli strumenti della psicoanalisi è importante comprendere quale ruolo questi strumenti giochino nel lavoro con gli stati autistici, come essi contribuiscano a rimettere le potenzialità del paziente al servizio dello sviluppo. È importante definire dettagliatamente il ruolo della psicoanalisi negli stati autistici per rispondere in modo circostanziato anche a chi è scettico o mostra preconcetti verso questo tipo di cura. Per far questo mi pare necessario ridisegnare dei confini dell'intervento psicoanalitico a partire dalle caratteristiche dei pazienti che più rispondono a questo approccio, troppo spesso omologati nel mare grande dello spettro autistico. In questo modo possiamo confrontarci in modo più efficace con altre discipline.

Considerare il trattamento psicoanalitico come intervento elettivo per alcuni pazienti, che comunque dev'essere affiancato dagli interventi educativi e riabilitativi di

⁸Ricordo che D. Winnicott, in una lettera a M. Fordham, descrive i progressi di un bambino trattato dalla dottoressa Hall attraverso l'imitazione (1987).



volta in volta più adatti, non significa che non possano beneficiare dell'approccio psicoanalitico anche altri pazienti che presentano aspetti deficitari, alterazioni genetiche, danni neurologici, sui quali si sono innestati sintomi di tipo autistico. Anche questi pazienti, possono essere aiutati a raggiungere una migliore integrazione del sé in un'identità propria.

Riassunto

L'autrice fa una premessa su alcuni chiarimenti che ritiene necessari all'interno della diagnosi dei disturbi dello spettro autistico. Prosegue prendendo in considerazione gli strumenti del metodo psicoanalitico, nel significato particolare che essi vengono ad assumere nel lavoro con gli stati autistici. Il transfert, il contro-transfert, il setting, il dialogo analitico, vengono considerati sulla base delle specificità che acquistano per questi pazienti e degli adattamenti che si rendono talvolta necessari, ma che non alterano i riferimenti ai principi fondamentali del metodo. Si tratta di un tentativo di delineare e circoscrivere meglio l'utilizzo degli strumenti psicoanalitici nella cura dei pazienti con autismo.

Parole chiave

Autismi, strumenti psicoanalitici, adattamenti tecnici.

Bibliografia

- Alvarez A (1992). *Il compagno vivo*. Trad. it., Roma: Astrolabio, 1993.
- Bion W R (1962). *Apprendere dall'esperienza*. Trad.it., Roma: Armando, 1972.
- Cattelan C (2012a). Frances Tustin, 'il lato ombra'. In: Cupelloni P (a cura di), *Psicoanaliste, il piacere di pensare*. Roma: Franco Angeli.
- Cattelan C (2012b). Di cosa parliamo quando parliamo di autismo. *Rivista di Psicoanalisi*, LVIII, 4: 1001-15.
- Cattelan C (2013). Transformations dans les aires autistiques. In: Passone S M, Suarez Labat E (a cura di), *Après l'autisme*. Comment sortir de l'état autistique. Paris: Collection de la Sepea. In press.
- Fix Korbivcher C (2009). Bion, Tustin e le trasformazioni autistiche. *Quaderni di psicoterapia Infantile*, 56. Roma: Borla.
- Gaddini E (1969). Sulla imitazione. In: *Scritti*, 1953-1985. Milano: Raffaello Cortina.
- Hautmann G (1999). *Il mio debito con Bion*. Roma: Borla.
- Hautmann G (2005). Pensiero pellicolare e formazione del sé. In: Ferruta A (a cura di), *Pensare per immagini*. *Rivista di Psicoanalisi*, Monografie. Roma: Borla.
- Kanner L (1943). Autistic disturbances of affective contact. *Nerv. Child.*, 2: 217-50.
- Klein M (1930). L'importanza della formazione dei simboli nello sviluppo dell'Io. In: *Scritti*, 1921-1958. Trad.it., Torino: Boringhieri, 1978.
- Maiello S (1998). Trauma prenatale e autismo. *Richard e Piggie*, 6: 271-92.
- Messecia S, Mineo G, Oliva S (1994). *Frances Tustin - Intervista sull'Autismo. Una conversazione psicoanalitica*. Trad.it., Roma: Astrolabio, 1998.
- Nissim Momigliano L (1984). "...due persone che parlano in una stanza... una ricerca sul dialogo analitico". *Rivista di Psicoanalisi*, XXX, 1: 1-17.
- Tustin F (1981). *Autistic States in Children*. (Revised edition 1992). London: Routledge.
- Tustin F (1986). *Barriere autistiche nei pazienti nevrotici*. Trad.it., Roma: Borla, 1990.
- Tustin F (1994). Autistic children who are assessed as not brain damaged. *J. Child Psychotherapy*, 20: 103-31.

Winnicott D W (1956). On Transference. *Int. J. of Psycho-Anal.*, 37:386-8.

Winnicott D W (1965). L'integrazione dell'Io nello sviluppo del bambino. In: *Sviluppo affettivo e ambiente - studi sulla teoria dello sviluppo affettivo*. Trad.it., Roma: Armando, 1970.

Winnicott D W (1971). L'uso di un oggetto e l'entrare in rapporto attraverso identificazioni. In: *Gioco e realtà*. Trad. it., Roma: Armando, 1974.

Winnicott D W (1987). *Donald W. Winnicott. Lettere*. Trad.it., Milano: Cortina, 1988.

CHIARA CATTELAN
Membro Ordinario SPI e IPA,
Pediatra, Neuropsichiatria Infantile,
Dipartimento Salute Donna e Bambino,
Università di Padova

Indirizzo per la corrispondenza/
Address for correspondence:
S. Croce 914
30135 Venezia
E-mail: chiara.cattelan@iol.it