

Presupposti psicoanalitici e metodologia della ricerca INSERM: l'esperienza del gruppo italiano

MARIO PRIORI

Introduzione

La ricerca INSERM nasce in Francia, promossa dalla Federazione Francese di Psichiatria che ha diffuso l'invito alla partecipazione. L'autorevole istituto Réseau INSERM (*Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale*) ha provveduto alla convalida della metodologia della ricerca, così come è stata progettata all'interno della CIPPA (*Coordination Internationale entre Psychothérapeutes Psychanalystes et membres associés s'occupant de personnes avec Autisme*) da J.-M.Thurin e M.Thurin, con il decisivo impulso di G. Haag. Partecipano alla ricerca prevalentemente psicoterapeuti di orientamento psicoanalitico con esperienza di diversi anni nel trattamento dei disturbi dello spettro autistico, i quali abbiano ricevuto una formazione psicoanalitica estesa e specifica. I gruppi più numerosi sono quello francese e quello italiano. Nel Polo Italiano della Ricerca (PIR)* confluiscano psicoterapeuti di diverse regioni che rispondono ai requisiti di formazione e di esperienza richiesti, appartenenti alle associazioni psicoanalitiche più accreditate. Consulente del PIR è Suzanne Maiello e le attività di questo gruppo italiano sono coordinate da Margherita Amenta e Susanna Messecia.

In definitiva, la domanda fondamentale alla quale questa ricerca vuole rispondere è se la psicoanalisi possa esercitare una efficace e rilevabile azione terapeutica sui disturbi dello spettro autistico.

Esistono ormai numerosi studi e pubblicazioni sull'efficacia delle psicoterapie (v. Roth, Fonagy, 1996), ma con questa ricerca INSERM ci misuriamo con un'area del

*Hanno partecipato a questa prima parte della Ricerca INSERM:

Margherita Amenta, Susanna Messecia, Anna Ancona, Attilia Lanteri, Angela Rossi, Annarosa Badioli, Barbara Amabili, Barbara Ferri, Chiara Cattelan, Cinzia Morselli, Dana Gatti, Elena Cetti, Ermenegilda Bertan, Federica Mastella, Rossana Jommi, Laura Pasero, Luisa Zancanella, Marco Mastella, Margherita Iezzi, Chiara Nanni, Paolo Vassallo, Mario Priori, Rosa Mattioli, Sonia Guerri, Susanna Ajmone Marsan, Susanna Majone, Sylvia Peroni, Vanda Ghedin.

disagio psichico che è da sempre un banco di prova durissimo per ogni tipo di approccio terapeutico. I disturbi dello spettro autistico sono una delle sfide più severe con cui la psicoanalisi si sia mai confrontata. L'aspetto paradossale di questa sfida è quello di una psicoanalisi che, semplicisticamente identificata col significato letterale della definizione freudiana di *talking cure*, "osa" misurarsi con un'area del disagio psichico in cui regnano più che altro il silenzio oppure manifestazioni vocali non-verbali, in cui molto spesso le parole sono bandite, nella pronuncia, nella comprensione e nella loro espressività affettiva.

Se da un lato l'esperienza di partecipazione a questa ricerca è stata davvero particolare in virtù di una tradizione che come psicoanalisti e psicoterapeuti ci vede poco inclini ad usare numeri, grafici e tabelle, è tuttavia innegabile che proprio questa "traduzione", che ci ha visti all'inizio riottosi, abbia finito invece per creare un linguaggio comune molto efficace per un confronto più preciso delle nostre esperienze cliniche e di alcuni passaggi decisivi del nostro lavoro. Infatti, mai come nella psicoterapia psicoanalitica con bambini autistici accade di dover utilizzare linguaggi assolutamente privati per poter tradurre in comunicazioni le profonde sensazioni connesse all'esperienza clinica, mai come nei protocolli di queste sedute facciamo appello a linguaggi lontani da un convenzionale *psicoanalese* per poter invece conservare la ricchezza delle intense esperienze controtransferali che si sprigionano nella relazione psicoterapeutica.

Ma c'è anche da dire che la ricerca INSERM cade in un periodo di aspri confronti per la psicoterapia psicoanalitica dell'autismo. Nell'ottobre 2011, in Italia vengono pubblicate le linee guida dell'Istituto Superiore di Sanità per il trattamento dei disturbi dello spettro autistico nei bambini e negli adolescenti, mentre in altri paesi europei la psicoterapia psicoanalitica deve rintuzzare pesanti attacchi che arrivano a dispiegarsi fin nelle aule dei tribunali francesi. L'elemento del contendere è ancora una volta il criterio di scientificità col quale possano essere valutati i risultati terapeutici.

Le linee guida dell'ISS indicano come unico intervento d'elezione quello riabilitativo, rispetto al quale – afferma il documento – si ritiene possibile misurare scientificamente l'entità dei risultati conseguiti. Le indicazioni dell'Istituto Superiore di Sanità finiscono per escludere qualsiasi altro approccio terapeutico o attività di ricerca rivolta alla comprensione dei fenomeni mentali autistici. Il discorso si chiude attraverso un presunto criterio di scientificità che si costituisce, di fatto, intorno all'assunto che sull'autismo si sappia tutto quello che c'è da sapere. Queste linee guida finiscono per creare, da un lato aspettative miracolistiche rispetto all'addestramento riabilitativo, dall'altro tentano di indurre ad una cupa, impotente rassegnazione nel riconoscere una lunga tradizione clinica e di ricerca rivolta alla comprensione degli stati mentali legati ai fenomeni autistici.

A fronte di questo stato di cose, Il Polo Italiano della Ricerca INSERM ha redatto e diffuso una petizione per la riapertura di un tavolo di confronto per la discussione delle Linee Guida presso l'ISS, un documento che ha visto l'adesione delle maggiori associazioni italiane di orientamento psicoanalitico.

Alcune considerazioni sulla questione della scientificità

Sembra un destino inevitabile che la psicoanalisi debba continuare a confrontarsi con le ragioni della scienza “ufficiale” ed a difendersi dalle accuse di non essere un metodo scientifico. Il paradigma popperiano sulla infalsificabilità della psicoanalisi sembra reggere anche alla prova dell'evidenza contenuta nelle evoluzioni della psicoanalisi freudiana, allorché la teoria degli oggetti interni (Klein, 1932), quella della funzione alfa (Bion, 1965) e gli studi winnicottiani hanno presentato nuovi paradigmi della vita mentale, radicalmente diversi da quelli originariamente proposti da Freud. Una concezione di scientificità che, oscillando ora verso un criterio di coerenza assoluta, ora verso una prova di scientificità legata alla contraddizione, già agli inizi del 1900 faceva dire ad un Freud sconsolato: “...nel corso dei miei lavori ho modificato, mutato, sostituito i miei punti di vista su alcuni aspetti importanti, cosa di cui ho dato ogni volta pubbliche comunicazioni. E il risultato? Gli uni non hanno preso coscienza dei miei ripensamenti gli altri mi rinfacciano proprio quei mutamenti e mi dichiarano per conseguenza indegno di fiducia”. (Freud, 1915-1917, 409).

E cosa dire della fondamentale questione della diagnosi dell'autismo... anche qui c'è ancora molto lavoro da fare per evitare fatali fraintendimenti e imprecise generalizzazioni. Anche qui la psicoanalisi rischia un'accusa di scarsa scientificità allorché, accanto ai metodi oggettivanti di tests diagnostici sempre più elaborati (ADOS, CHAT, STAT, ADI-R, SCQ, ecc...), introduce come criterio valutativo quello dell'esperienza dell'osservazione psicoanalitica, secondo il metodo di Esther Bick (1964). Un metodo che non è un'indagine sulle tappe evolutive del bambino, né un tentativo di validare nuove teorie evolutive della mente, quanto piuttosto un percorso esperienziale che valorizza la capacità di comprensione dell'osservatore, secondo le linee bio-niane di una identificazione proiettiva quale fenomeno comunicativo nella relazione.

Gli studi sull'autismo hanno avuto uno sviluppo relativamente recente. Per passare dalla sommaria descrizione degli 'Atypical Children' alle osservazioni ed alla classificazione di Kanner (1943) è stato necessario aspettare la metà del novecento e per i primi approcci terapeutici in psicoanalisi qualche decennio ancora. A parte qualche sporadico tentativo pionieristico, si può datare l'inizio delle prime esperienze di psicoterapia psicoanalitica intorno all'inizio degli anni '70. Con il lavoro di Frances Tustin (1972) si passa da un approccio all'autismo prevalentemente descrittivo ad un deciso orientamento di studio verso la natura dell'autismo e, soprattutto, verso la possibilità di una terapia.

Chiunque di noi si occupi di psicoterapia psicoanalitica dell'autismo si è nutrito più o meno direttamente del suo insegnamento. Molti di noi hanno avuto la fortuna di lavorare con F. Tustin in occasione delle sue numerose visite in Italia, ma anche chi semplicemente l'ha conosciuta, ascoltata in qualche conferenza o letto i suoi libri ha avuto modo di apprezzarne le qualità che hanno conferito al suo lavoro un valore molto più grande di quella che potrebbe essere l'importanza dei modelli clinici, teorici o della tecnica.

Il suo ultimo scritto del 1994, pubblicato pochi mesi prima della sua morte, è stato tradotto in italiano con il titolo “Il perpetuarsi di un errore”. L’errore di cui Tustin fa menzione nel titolo dell’articolo consiste nell’aver ritenuto per un lungo tratto del suo percorso professionale che l’autismo infantile fosse una regressione ad uno stadio di ‘autismo primario normale’. Sostanzialmente In accordo con le posizioni di Margaret Mahler. Senza entrare nel merito delle particolari condizioni in cui questa convinzione aveva attecchito, quello che intendo sottolineare di tutto questo è la capacità della Tustin di soffermarsi su ciò che può ostacolare o deviare il flusso della comprensione, attraverso la capacità di spendere pensieri proprio lì da dove vorremmo venire via in fretta, dal nostro errore, che da ferita narcisistica diventa così crocevia per nuovi pensieri. L’articolo stesso, ben lungi dall’essere una semplice espiazione per un errore riconosciuto, diventa occasione per riflessioni e puntualizzazioni molto importanti, alla luce di un pensiero liberato che può prendere nuove direzioni. Possiamo ritenere questo un vero insegnamento scientifico. E possiamo pensare come questa capacità sia uno strumento essenziale per tutti coloro che si occupano di autismo. La capacità di ripristinare una modalità di pensiero proprio in quelle aree che la Tustin definirebbe più “appiccicose”, in cui si rimane impantanati non tanto nell’errore vero e proprio quanto nell’impasse del lavoro che ci sospinge verso un’affezione eccessiva alle teorie ed ai modelli esplicativi. Quando rischiamo di erigere barriere (forse anche un po’ autistiche...) per proteggere la perfezione formale di un illusorio sapere saturo. Una capacità di pensiero che ci sostenga quando siamo costretti a restare per così tanto tempo dinanzi a quelle che S. Resnik (1986), usando una metafora giuridica tratta dal diritto marittimo, ha definito come “linee di rispetto”, confini sommersi che delimitano spazi sommersi ancora da esplorare... o quando ci devono guidare le nostre esperienze controtransferali e dobbiamo poter sperimentare ed esplorare le nostre/loro solitudini. Una capacità, in fin dei conti, di essere quel “compagno vivo” di cui ci parla A. Alvarez (1992), pronto ad accogliere la nascita della speranza di un incontro, pronto a cogliere quelle aperture marginali che possono rivelarsi nella situazione autistica. E cosa ce ne facciamo delle parole? In barba al significato letterale della “talking cure”, le parole hanno una tonalità, un ritmo e sono accompagnate dalla nostra mimica, dal nostro sguardo... E. Tustin ci diceva che dobbiamo parlare al bambino autistico come se egli capisse ciò che diciamo, un’affermazione che sembra un paradosso ma che racchiude invece l’essenza di un lavoro rivolto agli aspetti più profondi della nascita della mente: nessuna madre si preoccupa se il proprio neonato capisca il significato delle parole che ella pronuncia, eppure il suono delle sue parole è un abbraccio sonoro ed un contenimento insostituibili per la crescita del bambino. Una traccia sonora che rimanda ad una continuità con esperienze ancestrali nella vita prenatale, lì ove inizia già un dialogo, ove nel bambino si forma quell’*oggetto sonoro* di cui ha scritto S. Maiello (1993).

Uno scambio sempre più profondo con la neuropsicologia (Trevvarthen, 1993), con l’*Infant Research* e con la psicologia dello sviluppo (Stern, 2000), con gli studi del-

le neuroscienze (Damasio, 1995; Gallese, 2007) ed una valorizzazione sempre più profonda delle esperienze controtransferali dell'osservazione psicoanalitica, tutto questo ci ha permesso di vedere con emozione come quella che Kanner (1943) definiva 'grave solitudine del bambino autistico', quello che altri hanno definito come un vuoto, avesse invece la consistenza di proto-esperienze legate ad un troppo pieno indifferenziato. Attraverso questi percorsi, i fenomeni osservabili nell'area dello spettro autistico assumono una sempre maggiore identità e connotazione. Con una messa a fuoco che li differenzia decisamente da un'area genericamente psicotica, permettendo interventi sempre più mirati, sulla base delle particolari modalità espressive del bambino autistico e sulla possibile valorizzazione di specifiche e peculiari articolazioni della dinamica transfert/controtransfert.

Stiamo parlando di ricerca... e a questo punto direi che la ricerca è il *metodo* per il nostro desiderio di capire. Non credo ci siano dubbi sul fatto che in quest'area del disagio psichico ci sia ancora molto da capire e non so bene quale altra garanzia di scientificità possa esistere oltre questa spinta verso la comprensione, che non escluda alcuna risorsa. Il rischio che si corre è quello di rifugiarsi nel fortino della scienza, confondendo la scienza con la certezza assoluta, incontrovertibile ed eterna. In realtà la scienza è una strada lastricata con i resti delle teorie superate, smentite, una strada che avanza proprio in virtù di tutte le contraddizioni di cui il pensiero libero è capace.

L'evidenza ci autorizza a considerarci come gli esponenti del sapere massimo, al confronto delle precedenti generazioni, ma la tragica illusione potrebbe essere quella di fermarci credendo di essere giunti alla meta. L'esperienza ci insegna che il traguardo è spesso beffardamente spostato un po' più in là ogni qualvolta ci illudiamo di averlo raggiunto.

Pensiamo alla questione del Genoma. Subito dopo l'entusiasmo per questa importante acquisizione, a lungo attesa e vagheggiata come una sorta di traguardo finale della biologia, lo scienziato Philip Ball (2000) scriveva mestamente sulla rivista *Nature*: "...la biologia avrà bisogno di un nuovo pensiero poiché questo studio non ci permette di capire cosa significhi essere degli umani, ma piuttosto enfatizza l'enormità di questa aspirazione al volerlo comprendere".

E che dire dell'enigma della coscienza, di quella struttura cervello-mente che oggi sembra essere al centro di tutte le riflessioni più urgenti ma che fatalmente finisce per diventare un irrisolvibile percorso circolare di approccio scientifico e di riflessione umanistica. Non sappiamo ancora se la scienza riuscirà mai a spiegare il mistero della coscienza, possiamo solo pragmaticamente constatare che finora la scienza non solo non riesce a dirci dove andiamo o da dove veniamo, ma ha ancora serie difficoltà a definire chi siamo. Ma a nessuno, per fortuna, viene in mente di mettere in discussione la "scientificità" della scienza...

L'attributo di scientificità sembra allora avere a che fare non tanto con illusorie certezze assolute e definitive, quanto piuttosto con la nostra capacità psichica di saper rinunciare ad esse per poter continuare a pensare.

Metodologia e primi risultati della ricerca INSERM

La raccolta del materiale per la ricerca avviene attraverso una metodologia basata essenzialmente sulla compilazione da parte degli psicoterapeuti di scale di valutazione espresse in forma di questionario (ECAR, Griglia HAAG, CPQ). Oggetto delle valutazioni è il materiale clinico relativo a ciascun paziente, presentato in sequenze di tre sedute all'interno del gruppo di pari composto da tre unità. Di solito, per ogni item ciascuno dei tre terapeuti assegna inizialmente una propria personale valutazione per poi giungere, dopo un confronto con i colleghi, ad una valutazione condivisa ed alla compilazione definitiva del questionario. A questo si aggiunge una formulazione iniziale del caso contenente elementi anamnestici del bambino, notizie sull'ambiente familiare, fattori favorevoli e sfavorevoli, notizie sulla diagnosi, eventuali eventi traumatici o comunque significativi per la vita del bambino, notizie sulla psicoterapia psicoanalitica all'inizio della ricerca, notizie di altri interventi terapeutici in atto contemporaneamente alla psicoterapia.

L'attività della ricerca è compresa nell'arco di un anno con vertici di valutazione (condivisione del materiale clinico, compilazione dei questionari ed invio dei dati) all'inizio della ricerca, ai due, ai sei ed ai dodici mesi. Alla fine dell'anno di ricerca è prevista una formulazione finale del caso, con notizie su sintomi e problemi attuali del bambino, eventi stressanti o positivi nella vita attuale, livello di sviluppo, qualità dei rapporti interpersonali, autonomie e difficoltà, capacità di espressione emotiva, meccanismi di difesa, analisi degli elementi della psicoterapia che possono aver contribuito ad un miglioramento della situazione, discrepanza tra risultato della terapia ed obiettivi iniziali.

Gli strumenti principali messi a disposizione degli psicoterapeuti per raccogliere i dati della ricerca sono le scale di valutazione ECA-R (*Evaluation des Comportements Autistiques-version Révisée*), Griglia HAAG (*Grille de repérage clinique des étapes évolutives de l'autisme infantile traité*) e CPQ (*the Child Psychotherapy Q-set*). Come supporto valutativo è stato usato il CARS (*Childhood Autism Rating Scale*) (Schopler et al., 1980).

ECA-R (Barthelemy & Lelord, 1991) è un sistema di valutazione dei comportamenti autistici basato sulla siglatura in scala 1-4 di 29 item contenenti la descrizione di alcune caratteristiche comportamentali tipiche dei soggetti autistici. Più alto risulta il punteggio totale e più accentuati risulteranno i comportamenti autistici. Due sottoscale che raggruppano particolari item valutano le difficoltà relazionali e l'insufficienza di modulazione dei comportamenti. Il questionario della valutazione è compilato all'inizio della ricerca, ai due, ai sei e ai dodici mesi.

Griglia HAAG (Haag et al., 1995) è una scala di valutazione che comprende 138 item a ciascuno dei quali attribuire un punteggio da 1 a 3. A differenza dell'ECAR ha un taglio affatto comportamentale, è invece più che altro centrato sulla ricerca della componente affettiva e dello stato mentale connessi alle situazioni della relazione te-

rapeutica. Nel percorso evolutivo verso la costruzione di un IO corporeo vengono individuate cinque tappe fondamentali che vanno dalla totale assenza della rappresentazione di un contenimento corporeo, alla esperienza separativa connessa alla rappresentazione di una totalità corporea ben integrata. Per ciascuna tappa vengono proposti item relativi a sette aree:

- manifestazioni emozionali nella relazione
- situazione dello sguardo
- situazione dell'immagine corporea
- esplorazione dello spazio e degli oggetti
- situazione del linguaggio
- situazione del grafismo
- orientamento temporale

I presupposti sui quali si basano i vari item contenuti nella griglia Haag riguardano la capacità del terapeuta di decifrare il linguaggio corporeo e l'uso dello spazio che viene fatto dal paziente autistico, con la consapevolezza che nell'autismo risulti particolarmente danneggiata la costruzione di un IO corporeo che si manifesta nell'assenza del sentimento di un involucro e dell'ancoraggio interno del corpo intorno ai grandi assi. Tutti questi elementi vanno considerati come espressione di un linguaggio pre-verbale da decifrare. Nel lavoro clinico, viene utilizzata una nozione di transfert allargato all'espressione delle angosce e delle difese arcaiche, sia di tipo adesivo (adesività corporea e aggrappamento sensoriale), sia di tipo proiettivo (tentativi di penetrazione corporee e psichiche dell'altro). Nel controtransfert, il terapeuta vive modificazioni toniche, stati di fatica estrema o di vertigine per una sorta di contaminazione del malessere corporeo, prima che siano possibili proiezioni di affetti.

La scala Haag è siglata all'inizio della ricerca, ai due, ai sei ed ai dodici mesi. A differenza dell'ECA-R, non contiene sommatorie di punteggi, valori conclusivi o risultati a disposizione dello psicoterapeuta, ma fornisce piuttosto indicatori che confluiscono e verranno elaborati nella raccolta dati della ricerca INSERM.

CPQ (Schneider, 2004) è una estensione del *Psychotherapy Process Q-set* (Jones et al., 1985) ed è lo strumento di valutazione del processo psicoterapeutico. Composto da 100 item, ha una siglatura che può oscillare da -3 a +3. Quindi, una scala di valutazione molto articolata, orientata psicodinamicamente sulla relazione terapeuta-bambino. Il questionario comprende tre tipi di item:

- elementi che descrivono gli atteggiamenti, i sentimenti, i comportamenti e le esperienze del bambino;
- elementi che descrivono le azioni e gli atteggiamenti del terapeuta;
- elementi che verificano la natura dell'interazione diadica, il clima o l'atmosfera della seduta.

Anche in questo caso non sono a disposizione del terapeuta risultati conclusivi delle valutazioni. Il CPQ viene compilato sulla base delle sedute di psicoterapia al secondo mese, al sesto ed al dodicesimo.

I risultati della ricerca INSERM, esposti a Parigi nel febbraio 2013 in occasione del Congresso organizzato dalla CIPPA (*“Autisme(s) et Psychanalyse(s)”*), si basano su un campione di 50 casi di bambini autistici, con una finestra d’osservazione della durata di un anno. Nella stragrande maggioranza dei casi, in 41 situazioni, la psicoterapia è stata condotta da terapisti di orientamento psicoanalitico. Per l’analisi dei dati, la popolazione del campione osservato è suddivisa in tre sottogruppi: 3-6 anni (25 bambini), 7-11 anni (17 bambini) e 12-15 anni (8 bambini).

Per verificare se la psicoanalisi sia efficace nei casi di autismo, la metodologia nel trattamento dei dati della ricerca passa attraverso tre fasi:

- la dimostrazione del cambiamento,
- l’individuazione delle cause del cambiamento,
- descrizione dell’azione del processo psicoanalitico tenendo in considerazione le variabili ambientali.

Per il primo punto, la dimostrazione del cambiamento avviene a partire dagli indicatori forniti da strumenti validati che prendono in considerazione i comportamenti autistici. In questo caso lo strumento usato è la scala di valutazione ECA-R che fissa, in sostanza, il punto di partenza, due tappe intermedie ed il punto di arrivo della situazione durante l’anno di ricerca.

Durante il congresso del CIPPA in Febbraio 2013, sono stati presentati da J.-M.Thurin i risultati rilevati secondo questa scala. Per tutte e tre le fasce d’età, è stata mostrata una variazione in diminuzione dei comportamenti autistici, in media del 49,8%. Dobbiamo considerare questa variazione come molto importante e particolarmente significativa.

Gli elementi dello sviluppo durante il periodo di osservazione sono stati invece valutati con la griglia Haag ed il funzionamento psicodinamico del processo terapeutico sono stati fissati attraverso il CPQ di Schneider.

A partire dalla griglia Haag, è stato creato lo strumento di valutazione EPCA (*Evaluation Psychodynamique des Changements dans l’Autisme*, Haag, 2012) che raccoglie un gruppo di attitudini la cui acquisizione è da considerarsi come trasformazione significativa per il bambino autistico e la sua famiglia. Sono state individuate quattordici attitudini: ricerca di veri scambi relazionali, sguardo con buone tonalità di scambio, ricerca del contatto oculare per l’attenzione congiunta, sviluppo del ‘pointing’ proto dichiarativo, controllo sfinterico acquisito o migliorato, stadio dello specchio acquisito, esistenza del linguaggio verbale, apparizione del nome, perfezionamento della prosodia, della melodia, dell’intonazione e dell’accento, apparizione di un lin-

guaggio gestuale socialmente condiviso ('bravo', 'arrivederci'), esistenza del grafismo, chiusura del cerchio, scomparsa quasi totale delle stereotipie e apparizione del gioco simbolico, comparsa della temporalità, tolleranza alla separazione. Nella valutazione dei risultati, relativamente alla acquisizione di queste attitudini, si sono potute notare progressioni particolarmente rapide (69%) nella prima fascia d'età (3-6 anni), e questo dato è risultato particolarmente significativo poiché alcuni di questi bambini hanno acquisito la totalità delle attitudini nell'arco di due o tre anni di psicoterapia, mentre bambini che avevano iniziato la terapia più tardi hanno acquisito un numero significativamente minore di attitudini. Si può dire, in generale, che le potenzialità del processo psicoterapeutico sono significative in ogni fascia d'età, anche se con un decremento man mano che l'età del bambino aumenta. Questo ci fornisce un dato particolarmente rilevante per quanto riguarda l'importanza della precocità dell'intervento psicoterapeutico.

Per verificare l'origine di queste significative variazioni e quanta parte di esse sia da ascrivere all'approccio psicoanalitico, J. M. Thurin si pone alcune domande speculative.

La prima vuole fugare il dubbio che la riduzione dei comportamenti autistici ed il numero delle attitudini acquisite possano essere attribuiti semplicemente all'effetto della variabile età. In risposta a questo quesito è possibile constatare come esista una significativa correlazione fra data d'inizio della psicoterapia e risultati (diminuzione dei comportamenti autistici e numero delle attitudini acquisite). Inoltre, si è potuto verificare durante la ricerca una progressiva accelerazione nei risultati, col procedere del lavoro di psicoterapia.

Un altro quesito riguarda la possibilità di descrivere una configurazione dinamica così complessa come è quella della psicoterapia psicoanalitica, che comprende il bambino, il terapeuta e la qualità delle loro interazioni. Descrivere il processo psicoterapeutico è diventato possibile attraverso l'uso del CPQ che viene definito come strumento pluri-teorico, costruito a partire da 100 item che misurano il processo interno della psicoterapia. Nel caso di questa ricerca INSERM il CPQ è stato applicato ai 2, 6 e 12 mesi della finestra di osservazione. L'uso di questo strumento permette di ottenere un'istantanea dinamica del funzionamento del bambino e della sua posizione nella psicoterapia, degli atteggiamenti e delle azioni del terapeuta, della qualità delle loro interazioni.

Tre esempi di item del CPQ:

- il bambino comunica in maniera anaffettiva/le comunicazioni del bambino hanno una valenza affettiva.
- il bambino è in competizione o rivalità con il terapeuta/il bambino evita o sembra incapace di immaginare di essere in competizione con il terapeuta.
- il terapeuta si comporta in maniera direttiva/il terapeuta emette formulazioni ipotetiche metaforiche.

Ogni item può avere uno score positivo o negativo, con la possibilità – quindi – che possa cambiare completamente di senso, offrendo una gamma molto precisa di valutazioni relative nel periodo di osservazione.

Va notato, a proposito del terzo item, come questo si presti a distinguere un approccio psicoanalitico da un approccio, ad esempio, cognitivo-comportamentale.

Per ulteriore precisione nel rispondere al quesito iniziale sulla efficacia della psicoterapia psicoanalitica nei casi di autismo, è stata esposta la metodologia per distinguere i risultati dell'approccio psicoanalitico da quello di altri interventi terapeutici (sui cinquanta casi della ricerca, nove erano trattati con terapia non psicoanalitiche). Lo strumento della ricerca, infatti, permetteva di includere qualsiasi tipo di approccio terapeutico. La prima metodologia è basata sulla scelta delle risposte a particolari item selezionati, considerati come "prototipi" in quanto specifici di un approccio terapeutico rispetto ad uno di altro tipo (vedi il terzo item citato sopra come esempio tratto dal CPQ). La seconda metodologia, complementare alla prima, è stata quella di utilizzare l'analisi fattoriale per distinguere con chiarezza i punteggi ottenuti da ciascun paziente nei vari item.

Sono stati individuati quattro fattori attraverso i quali si ricostruiscono gli aspetti comuni e gli aspetti specifici che sono significativi nelle cinquanta psicoterapie di bambini autistici.

Il primo è il fattore comune che si ritrova in tutte le terapie condotte ed è importante perché mostra in modo diretto in che modo lavorano i terapeuti con i bambini autistici, qualunque sia la loro provenienza teorica. Questo fattore comune è costituito da 18 item.

Il secondo fattore è particolarmente interessante perché consente di distinguere con chiarezza l'approccio analitico da quello cognitivo-comportamentale. Nell'approccio psicodinamico, ad esempio, il terapeuta non esercita un controllo sull'interazione, non è direttamente rassicurante, non cerca di ricompensare o sottolineare i cambiamenti nel comportamento, verbalizza gli stati interni e affettivi, ecc.

Il terzo fattore è suddiviso in due mediatori (da intendersi come elementi in grado di condizionare i risultati):

- un mediatore del bambino che sta bene/che sta male
- un mediatore che corrisponde all'orientamento del terapeuta psicodinamico/cognitivo comportamentale.

Il quarto fattore è relativo al bambino simbiotico/collaborativo.

Un ultimo punto importante da prendere in considerazione per l'elaborazione dei dati della ricerca riguarda il ruolo dei moderatori, da intendersi come quegli elementi relativi al contesto ambientale in cui il bambino vive che possono condizionare l'andamento della terapia. Ciò risulta particolarmente importante perché nei bambini che hanno un blocco l'influenza dei moderatori è risultata particolarmente significativa, rilevan-

do un profilo del contesto esterno che disturba la terapia ed il loro stato generale. Per tutto ciò, è fondamentale valutare questi aspetti ambientali all'inizio (v. formulazione iniziale del caso), mettendo subito in luce le vulnerabilità ed i punti di forza del bambino, cercando di scoprire le cause del blocco del bambino. Ma anche con la possibilità di intervenire nel corso della terapia seguendo il decorso di tutti i moderatori segnalati, che siano le difficoltà familiari, le difficoltà con i coetanei, comorbilità psichica o somatica.

Esaminati i vari aspetti metodologici e procedurali della elaborazione dei dati raccolti nell'anno di ricerca, di cui ho riportato solo una sintesi, le conclusioni generali esposte da J. M. Thurin nel congresso CIPPA tenutosi a Parigi nel Febbraio 2013 sono:

“possiamo affermare che nella popolazione che abbiamo seguito le terapie di tipo psicoanalitico sono efficaci, che evolvono a ritmi un po' diversi a seconda delle età, e i casi rari in cui si registra un blocco devono essere oggetto di una rivalutazione generale che includa i moderatori; le principali caratteristiche delle terapie psicoanalitiche possono essere descritte in modo fine e dettagliato, con tre mediatori principali:

- il setting e l'adeguamento del terapeuta (inteso come capacità del terapeuta di adattare i suoi interventi al quadro clinico del bambino)
- la sua funzione di contenimento e di verbalizzazione
- un bambino attivo, partecipe, che abbia una comprensione condivisa con il terapeuta

Tali elementi comuni della psicoterapia sono completati da elementi più specifici relativi alla tecnica propria dei vari approcci e al bambino, descritti dai fattori 2, 3 e 4, che consentono una visione prospettica e reciproca della tecnica e del bambino. Esiste evidentemente una grande variabilità all'interno delle terapie psicoanalitiche. Le terapie non psicoanalitiche risultano molto più omogenee, ma offrono probabilmente delle possibilità di adeguamento meno estese rispetto alle terapie psicoanalitiche.

La portata dei mediatori, sia nel caso in cui ostacolino il processo terapeutico sia che lo facilitino, induce a valutarli e a prenderli in considerazione durante tutto il corso della terapia. Nella maggioranza dei casi questa valutazione ha condotto ad una apertura verso il bambino e la famiglia e ad un nuovo spazio di sviluppo.”

I risultati di questa prima parte della ricerca INSERM, relativi ad un campione significativo di 50 casi, risponde *affermativamente* alla domanda se la psicoanalisi risulti efficace nella terapia dei disturbi dello spettro autistico.

Oltre ai dati puramente numerici, è per noi di notevole importanza cogliere la correlazione evidenziata tra durata del trattamento e miglioramento del quadro autistico. Non meno importante è il dato relativo all'utilità di interventi precoci.

L'obiettivo della ricerca è quello di raggiungere un campione definitivo pari a 100 casi.

L'esperienza del Polo Italiano della Ricerca

L'occasione di partecipare a questa ricerca è giunta in un momento particolarmente difficile per la psicoterapia psicoanalitica dell'autismo. Non solo per le già citate vicende legate alla emanazione delle Linee Guida da parte dell'ISS, ma anche per una situazione di progressivo ostracismo che si è andata consolidando nel corso degli anni nei confronti della terapia psicoanalitica dell'autismo. A questa situazione siamo giunti per una serie di ragioni che verosimilmente hanno come punto di partenza proprio la scarsa attitudine da parte degli psicoanalisti dell'età evolutiva per la verifica e la condivisione delle proprie esperienze cliniche. Una situazione che sembra aver disperso le notevoli energie che tanti di noi hanno continuato a spendere in un lavoro profondamente coinvolgente e faticoso.

Questa sorta di silenzio della psicoanalisi ha lasciato spazio libero al proliferare di terapie rieducative, focalizzate sul comportamento sintomatico e totalmente disinteressate agli aspetti del mondo interno dei pazienti. Terapie rieducative che hanno finito per appropriarsi di un arbitrario "imprimatur" di scientificità.

La relativa brevità della formazione degli operatori della rieducazione ed il miraggio di presunti trattamenti brevi e poco costosi hanno fatto il resto. La psicoanalisi per l'autismo è stata così bollata, nel migliore dei casi, come obsoleta, in quanto gravosa per le famiglie ed i pazienti, al punto che la lunghezza del trattamento è arbitrariamente diventata sinonimo di inefficacia. Questo nel migliore dei casi, perché in molte altre situazioni la psicoanalisi è stata dichiarata addirittura nociva per i pazienti autistici, sebbene non vi sia traccia in alcuna ricerca di una situazione del genere. Anche in Francia l'autismo è stato classificato come "handicap cognitivo" e sottoposto a protocolli rieducativi che escludono ogni approccio psicodinamico.

Sicuramente non siamo stati molto aiutati dalla colpevolizzante definizione di "madre frigorifero", né dalla estremizzazione di alcune teorizzazioni di Bettelheim (1967), questioni che hanno promosso vere e proprie campagne contro la psicoanalisi da parte di associazioni di genitori di bambini autistici.

In questo panorama, risulta chiaro come questa ricerca rivoltasse sostanzialmente alla validazione "scientifica" dell'efficacia della psicoterapia psicoanalitica dei disturbi dello spettro autistico sia anche da considerarsi come un'occasione molto importante per promuovere una attitudine alla verifica dei risultati terapeutici ed una cultura di condivisione delle esperienze. Oltre, naturalmente, a costituire un'occasione per una reazione documentata agli attacchi che la psicoanalisi dell'autismo ha subito negli ultimi anni.

Il primo nucleo italiano di psicoterapeuti e psicoanalisti partecipanti alla ricerca ha portato a compimento nell'arco del primo periodo di osservazione previsto (un anno) i dati completi richiesti per venti casi di autismo. I pazienti che hanno fatto parte di questo primo ciclo della ricerca hanno età comprese tra i tre ed i quindici anni, con psicoterapie di due/tre sedute settimanali. Nella gran parte dei casi, le psicoterapie erano già in corso prima della finestra annuale della ricerca INSERM.

Il gruppo dei ricercatori si è articolato in sottogruppi di tre unità, formati a seconda delle appartenenze geografiche. All'interno di questi sottogruppi si sono svolte le operazioni di siglatura dei vari questionari previsti dal protocollo dalla ricerca INSERM, a partire dal materiale clinico che, a scadenze periodiche, era condiviso dai partecipanti attraverso la presentazione di gruppi di sedute in sequenza.

Le difficoltà maggiori inizialmente hanno riguardato i criteri di siglatura e la chiarificazione degli item proposti dai questionari, mettendo subito a nudo la nostra scarsa consuetudine per questo genere di cose. I quesiti posti dalla ricerca, focalizzati su peculiari aspetti della relazione terapeutica, sull'uso degli oggetti da parte dei pazienti, sulle posture corporee, sugli aspetti sensoriali, sulle competenze espressive (linguistiche e non), ecc., si sono rivelati come una lente di ingrandimento che ci ha avvicinati progressivamente ad osservazioni sempre più precise di ciò che accadeva durante le sedute. All'interno del gruppo, la condivisione del materiale clinico di ciascuno dei terapeuti ed i confronti per le valutazioni che ciascuno formulava al riguardo della medesima sequenza clinica, hanno realizzato un clima di confronto e di scambio proficui. Un confronto che ha riguardato, oltre agli aspetti clinici e metodologici del lavoro terapeutico, anche l'interessante esperienza di vedere all'opera la creatività dello "stile" personale di ciascuno. Nelle riunioni periodiche – itineranti – del gruppo italiano (a Roma, a Firenze, a Bologna), siamo entrati in contatto con realtà delle varie aree geografiche condividendo spesso le difficoltà a condurre le psicoterapie, ma anche scoprendo con quanta passione gli psicoterapeuti lavorino anche nelle realtà più disagiate. A dispetto del clima di antagonismo che generalmente contrappone l'intervento psicoanalitico ad altri interventi, riabilitativi o educativi, abbiamo potuto constatare come non poche psicoterapie siano state condotte parallelamente ad altri interventi (logopedia, psicomotricità, musicoterapia, ecc.), in un clima di collaborazione e reciproco vantaggio. Uno spazio importante ha occupato un confronto sul lavoro con le famiglie dei bambini autistici, un'area spesso un po' troppo trascurata, la cui valorizzazione attraverso l'accoglienza ed il contenimento delle angosce dei familiari ha creato un clima di fiducia e significative facilitazioni al lavoro di psicoterapia, oltre a garantirne la continuità.

Con lo spirito di non disperdere un patrimonio di scambi e di esperienze, di allargare una rete di comunicazioni e per ridare spazio alla psicoterapia psicoanalitica che negli ultimi anni è stata pressoché bandita dai convegni sull'autismo, sono stati organizzati due convegni internazionali – *"Disturbi dello Spettro Autistico – La sfida dell'Autismo e la Ricerca Internazionale INSERM"* –, a Roma nell'aprile 2011 ed a Genova nel settembre 2012.

La numerosa partecipazione a questi due convegni ci fa ben sperare in un ritorno ad una situazione che ripristini una più chiara, salda – ed a questo punto, *scientifica* – valorizzazione dell'efficacia del lavoro psicoanalitico nei disturbi dello spettro autistico.



Riassunto

La ricerca INSERM costituisce una valida risposta a quell'accusa di non scientificità con cui la psicoterapia psicoanalitica dell'autismo è stata esclusa dai trattamenti terapeutici previsti dalle linee guida dell'Istituto Superiore di Sanità. I primi risultati della ricerca dimostrano con chiarezza – e con un criterio di scientificità convalidato dall'autorevole Istituto INSERM – l'efficacia dei trattamenti psicoanalitici per l'autismo infantile. L'esperienza del Polo Italiano della Ricerca rimarca l'importanza del confronto e della diffusione dei risultati dei trattamenti, un'attitudine che, poco diffusa nella tradizione psicoanalitica italiana, è stata una delle cause della progressiva emarginazione della psicoterapia psicoanalitica dell'autismo nel nostro paese.

Parole chiave

Psicoterapia psicoanalitica, disturbi dello spettro autistico, osservazione psicoanalitica, linee, guida ISS, criterio scientifico, ricerca INSERM.

Bibliografia

- Alvarez A (1992). *Il compagno vivo*. Trad it., Roma: Astrolabio, 1996.
- Barthelemy C, Lelord G (1991). *Les échelles d'évaluation clinique en psychiatrie de l'enfant*. Paris: Expansion Scientifique Française.
- Ball P (2000). *Genes can't tell us everything*. 18 dec 2000. *Nature News*. Trad. it, La Repubblica, Culture&Scienze, 11 febb. 2001.
- Bick E (1964). Note sull'osservazione del lattante nell'addestramento psicoanalitico. Trad., it., In: Bonaminio V, Iaccarino B (a cura di), *L'osservazione diretta del bambino*. Torino: Boringhieri, 1984.
- Bion WR (1962). *Apprendere dall'esperienza*. Trad.it., Roma: Armando, 1972.
- Damasio AR (1994). *L'errore di Cartesio*. Trad. it., Milano: Adelphi, 1995.
- Freud S (1915-1917). *Introduzione alla psicoanalisi*. OSF: 8. Torino: Boringhieri, 1976.
- Gallese V (2007). *Dai neuroni specchio alla consonanza intenzionale-meccanismi neurofisiologici dell'intersoggettività*. Riv. Psicoanalisi, LIII, 1:197-208.
- Haag G, Tordjman S, Clément M-C, Cukierman A, Druon C, Duprat A, Jardin F, Maufras du Châtellier A, Tricaud J, Urwand S (1995). Grille de repérage clinique des étapes évolutives de l'autisme infantile traité. *Psychiatrie de l'enfant*, XXXVIII,2:495-527.
- Haag G (2012). *Contributo della clinica psicoanalitica dell'autismo alla conoscenza della strutturazione dell'io corporeo. Creazione dello strumento EPCA*. Relazione al 2° Convegno Internazionale "Disturbi dello spettro autistico. La sfida dell'autismo e la Ricerca Internazionale INSERM" Genova, 29 settembre 2012.
- Kanner L (1943). *Autistic disturbances of affective contact*. *Nervous Child*. 1943;2:217-50.
- Klein M (1932). *La psicoanalisi dei bambini*. Trad. it., Firenze: Martinelli, 1969.
- Jones EE (1985). *Manual for the Psychotherapy Process Q-set*. Unpublished manuscript. University of California. Berkeley. (v. applicazione in: Jones E.E., Windholz M. – 1990 – *The psychoanalytic Case Study: Toward a Method for systematic inquiry*. Journal of the American Psychoanalytic Association, 38(4):985-1016).
- Maiello S (1993). L'oggetto sonoro. *Richard e Piggle*, 1: 31-47.
- Popper KR (1956-1983). *Poscritto alla logica della scoperta scientifica. I Il realismo e lo scopo della scienza*. Trad. it., Milano: Il Saggiatore, 1984.
- Resnik S (1986). *L'esperienza psicotica*. Torino: Bollati Boringhieri.
- Roth A, Fonagy P (1996). *Psicoterapie e prove di efficacia*. Trad. it., Roma: Il Pensiero Scientifico, 1997.

- Schneidr C (2004). *The development of Child Psychotherapy Q-set*. Doctoral dissertation, University of California, Berkeley, 2004 – Dissertations Abstracts International, 65(2-B):10-39.
- Schopler E, Reichler RJ, De Vellis RF, Daly K (1980). Toward objective classification of childhood autism: Childhood Autism Rating Scale (CARS). *J Autism Dev Disord* 10(1):91-103.
- Stern DN (2000). *Il mondo interpersonale del bambino*. Torino: Bollati Boringhieri, 2000.
- Trevarthen C (1993). Giocare con la realtà: conversazioni con un comunicatore che non parla. Trad. it., In: *Empatia e biologia: psicologia, cultura, neuroscienza*. Milano: Cortina, 1998.
- Tustin F (1972). *Autism and Childhood Psychosis*. Londra: Hogarth.
- Tustin F (1994). Il perpetuarsi di un errore. Trad. it., *Richard e Piggie*, 1995:4-22.

MARIO PRIORI
Psicoterapeuta AIPPI
Psicoanalista Ord. SPI/IPA
Child/Adolescent Psychoan./IPA

Indirizzo per la corrispondenza/
Address for correspondence:
Via della Cisa, 8
00141 Roma