

Confrontarsi con la patologia autistica, permette al clinico un contatto diretto con la pervasività di tale disturbo e la comprensione delle dinamiche di azione e reazione a vari livelli (emotivo, verbale, comportamentale e difensivo) consente di realizzare la posizione e la distanza terapeutica assunte nell'interazione, conferendoci il dono di un realismo clinico che ci tutela tanto da un allontanamento rigido, quanto da una collusione fusionale con il paziente. La classificazione, il riconoscimento e la comprensione dinamica dei meccanismi di difesa, rappresentano l'elemento centrale per una riflessione sulla complessa rete delle strategie difensive, inquadrata nel sistema di classificazione concretizzato da Perry nella *Defense Mechanism Rating Scale (DMRS)*, integrato con i contributi di autori quali Meltzer e P. Kernberg, i cui studi hanno condotto alla concettualizzazione di meccanismi difensivi propri dell'autismo e funzionali alla comprensione della fenomenologia psichica degli stati autistici e dei significati che questi veicolano. Concetti quali *identificazione adesiva*, *smontaggio* e le difese autistiche classificate da P. Kernberg, rappresentano contributi grazie ai quali siamo in grado di dare significato a comportamenti che il bambino autistico agisce in risposta a tali meccanismi di difesa adottati.

*Corso Quadriennale di Specializzazione in Psicoterapia
dell' Età Evolutiva a Indirizzo Psicodinamico*

Un' emozione tra le difese

Relatore :
Prof. Carlo Valitutti

Specializzando :
Dott. Massimiliano Petrillo

INDICE

- Introduzionep. 1
- Il Progetto Tartarugap. 7
- L' Home-Carep. 9
- Anamnesip. 14
- La terapia domiciliare con Marco
 - Introduzionep. 34
 - Il primo incontrop. 36
 - Il percorso di Marco : una terapia durata 3 annip. 39
- I meccanismi di difesa
 - Introduzionep. 52
 - L' incontro con l' ex terapeuta
 - Proiezione e annullamento retroattivop. 54
 - Il primo incontro con Marco
 - Acting-out, anticipazione e razionalizzazionep. 59
 - Maturazione biologica e acting-outp. 66
 - Aggressione passivap. 68
 - Il contributo di Meltzer
 - Identificazione adesiva e smontaggiop. 72
 - Il contributo di P. Kernbergp. 80
- Conclusionip. 86
- Bibliografiap. 96

INTRODUZIONE

Sono ormai cinque anni che l' Istituto di Ortofonologia rappresenta la struttura di diagnosi e terapia presso la quale va delineandosi il mio percorso formativo e professionale, a partire dalle esperienze di tirocinio, effettuate sotto supervisione, fino a giungere agli ultimi tre anni, durante i quali ho potuto affrontare quella concretezza il cui impatto si infrange nell' abisso che separa la conoscenza teorica dall' applicazione pratica della stessa e dalle modalità con cui questa deve essere effettuata.

Confrontarmi con la patologia autistica, all' interno del *Progetto Tartaruga*, mi ha fatto vivere in prima persona l' esperienza di un contatto diretto con la pervasività di tale disturbo e tutte le implicazioni cliniche che esso comporta.

Il caso clinico incorniciato nelle pagine di questo elaborato, rappresenta il punto di arrivo di un percorso clinico che risulta dalla chiusura di un ciclo terapeutico durato circa tre anni con il piccolo paziente.

La scelta del caso è indubbiamente la risultante decisionale di un mosaico i cui tasselli definiscono l' aspetto multifattoriale che contribuisce a dare significato allo spazio terapeutico, ai vissuti che accompagnano il terapeuta e all' impatto emotivo che questi determinano.

Questi aspetti procedono accompagnando il terapeuta nel cammino terapeutico insieme al bambino, motivandolo e spesso generando quella confusione dove elementi diffusi e amorfi, ma influenti, possono trovare una giusta collocazione significativa grazie al bagliore incantevole della riflessione e dell' auto-osservazione, che racchiudono in sé il potenziale della chiarificazione. Comprendere le ragioni esplicative delle dinamiche di azione e reazione a vari livelli (emotivo, verbale, comportamentale e difensivo) consente di realizzare la posizione e la distanza terapeutica che abbiamo assunto nell' interazione, conferendoci il dono di un realismo clinico che ci tutela tanto da un allontanamento rigido, quanto da una collusione fusionale con il paziente.

Comprendere “dove siamo” in quel momento della terapia, quali dinamiche difensive sono state attivate in noi e nel bambino e quali direzioni seguono tali strategie, aumenta la nostra dignità terapeutica e la percezione di essere soggetti agenti.

La classificazione, il riconoscimento e soprattutto la comprensione dinamica dei meccanismi di difesa, rappresentano l' elemento centrale di questo elaborato. La mia impostazione teorica per una riflessione sulla complessa rete delle strategie difensive, segue il modello proposto da Perry nel suo sistema di classificazione, concretizzato nella *Defense Mechanism Rating Scale (DMRS)*. Ovviamente non ho potuto trascurare

i contributi di autori quali Meltzer e P. Kernberg, i cui studi hanno condotto alla concettualizzazione di meccanismi difensivi propri dell'autismo e funzionali alla comprensione della fenomenologia psichica degli stati autistici e dei significati che questi veicolano.

Concetti quali *identificazione adesiva*, *smontaggio* e le difese autistiche classificate da P. Kernberg, rappresentano contributi grazie ai quali siamo in grado di dare significato a comportamenti che il bambino autistico agisce in risposta a tali meccanismi di difesa adottati.

La prima parte del mio elaborato sarà dedicata all'anamnesi di Marco per presentare gli aspetti che hanno caratterizzato la sua storia clinica in un percorso, diagnostico e terapeutico, presso l'Istituto di Ortofonologia, durato ben dodici anni. Dal momento che ho seguito Marco in terapia domiciliare (*home-care*) per un ciclo di tre anni e che tale intervento si iscrive all'interno del *Progetto Tartaruga*, mi è sembrato opportuno delineare le caratteristiche essenziali di tale progetto, che prevede un approccio intensivo, integrato e psicomotorio all'autismo, coinvolgendo il bambino, la famiglia e la scuola in una serie diversificata di interventi.

Ho voluto inoltre riservare alcune pagine a una presentazione dell'*home-care*, alle sue caratteristiche e alla descrizione di quegli aspetti che ne definiscono potenzialità e difficoltà intrinseche, in quanto la psicoterapia nel contesto domiciliare, porta il terapeuta a operare

all' interno di un setting non ortodosso. L' ingresso nella casa del bambino e della sua famiglia, fa entrare il terapeuta in diretto contatto con gli spazi, i tempi, gli odori, i rumori, quella realtà domiciliare i cui elementi quotidiani tessono la trama dell' esistenza di quel bambino in quella famiglia. Tale aspetto, rappresenta già di per sé un' esperienza così intensa da attivare strategie difensive sia nel terapeuta che nella famiglia in generale.

Seguirà una descrizione di quegli aspetti di cornice che hanno influenzato la terapia con Marco prima ancora di iniziarla, determinando vissuti emotivi e controtransferali che rimarcano quella confluenza multifattoriale che dà vita alla terapia.

La descrizione del primo incontro con Marco e le caratteristiche principali emerse nei tre anni di terapia domiciliare, rappresentano lo spunto per riflettere sui meccanismi di difesa attivati nelle situazioni considerate. Viene messa in rilievo la capacità del terapeuta di riconoscere quali processi difensivi entrano in gioco nell' interazione con l' altro e la comprensione di quali affetti e emozioni abbiamo determinato l' attivazione delle difese, in chi e per quale motivo.

La parte dedicata ai meccanismi di difesa, ha l' obiettivo di integrare le teorie dei vari autori, al riscontro pratico dello scenario terapeutico con Marco, in modo da combinare le concettualizzazioni teoriche sulle difese alla loro evidenza clinica.

Dalla teoria alla classificazione del modello teorico, fino al riconoscimento clinico e alla corretta definizione di una difesa, valorizzandone gli aspetti distintivi che la legittimano nella sua collocazione nel contesto terapeutico. E' in questo senso che assume significato la capacità di valutazione differenziale dei meccanismi di difesa, affinché non si generino confusioni e sovrapposizioni fuorvianti.

Un ruolo importante, nella storia clinica di Marco e all' interno della nostra relazione terapeutica, viene riconosciuto all' *acting-out* e alle difese di acting in generale. Questo perché il bambino, generalmente, tende a rispondere al terapeuta prevalentemente attraverso l' azione, e questo aspetto è intensificato dalle limitazioni comunicative specifiche dell' autismo. In alcuni casi, gli agiti del bambino, hanno chiaramente lo scopo di ostacolare il processo terapeutico e neutralizzarne l' impatto e quindi l' efficacia, sconvolgere la cornice in cui si svolge il trattamento e/o distruggere quanto siamo riusciti a costruire o condividere con il bambino. Sebbene l' area difensiva di livello acting, includa generalmente azioni violente e distruttive, bisogna riconoscere tuttavia, che può essere un efficace canale di comunicazione.

L' acting-out non deve essere quindi interpretato semplicemente come una comunicazione estremamente negativa, anche se dobbiamo riconoscere che può comportare la priorità del contenimento e/o della

gestione del comportamento agito, che, in ogni caso, ha in sé un valore terapeutico non indifferente.

Quando Winnicott parla di perdita di capacità di relazionarsi con gli oggetti, come espressione di una difesa quale *stati autistici con relazione limitata a fenomeni interni*, ci regala le seguenti parole :

“E’ mia intenzione dimostrare che quanto possiamo vedere a livello clinico è sempre un’ organizzazione difensiva, perfino nell’ autismo della schizofrenia infantile. L’ agonia sottostante è impensabile. E’ sbagliato pensare alla psicosi come a un crollo : si tratta invece di un’ organizzazione difensiva relativa a un’ agonia primitiva, che solitamente è efficace (a meno che l’ ambiente facilitante non sia stato deficitario, ma alternativamente eccitante e frustrante : forse la cosa peggiore che possa succedere a un bambino).” (Winnicott, 1963, p.108)

Pensare l’ aspetto relazionale delle difese, il valore che ne possiamo riconoscere in campo terapeutico, proprio perché nell’ interazione con il bambino esprimono il loro significato, contribuisce a quella speranza di creare un legame, trovare spiragli per la comunicazione e la condivisione, soprattutto quando, tra le rigide mura delle difese più arcaiche, può fiorire un’ emozione.

IL PROGETTO TARTARUGA

Le sindromi da alterazione globale dello sviluppo psicologico, sono caratterizzate da anomalie qualitative delle interazioni sociali e delle modalità di comunicazione e da un repertorio limitato, stereotipato e ripetitivo di interessi e attività.

L' autismo è un disturbo di cui attualmente l' eziologia non è nota. I sintomi sono rilevabili entro il secondo/terzo anno di vita e si manifestano con gravi alterazioni nelle aree della comunicazione verbale e non verbale, dell' interazione sociale e dell' immaginazione.

Il progetto terapeutico nasce con l' obiettivo primario di coinvolgere il bambino in una serie di esperienze volte a favorire maggiore stabilità emotiva, disponibilità e intenzionalità nella relazione e negli scambi comunicativi, e a facilitare la comunicazione tra famiglia, bambino e mondo esterno.

Il *Progetto Tartaruga* prevede un approccio intensivo, integrato e psicodinamico all' autismo, coinvolgendo il bambino, la famiglia e la scuola in una serie diversificata di interventi :

- osservazione e valutazione diagnostica attenta agli aspetti neuropsicologici, neurobiologici, cognitivi e relazionali;

- intervento psicologico, individuale e/o di gruppo, per offrire al bambino un contesto in cui contattare ed esperire i propri vissuti emotivi in modo creativo e condivisibile;
- logopedia;
- musicoterapia;
- massaggio pediatrico;
- gruppi di intervento psicomotorio;
- lavoro pedagogico specificatamente indirizzato agli aspetti cognitivi;
- osteopatia;
- nuoto terapia e pet therapy;
- terapia domiciliare : incontri con frequenza settimanale o bisettimanale;
- servizio scuola : osservazione del bambino nell' ambiente scolastico
- GLH - seminari di formazione per gli insegnanti;
- seminari informativi per genitori e per insegnanti su tematiche attinenti la patologia autistica;
- gruppi esperienziali e terapeutici per i genitori al fine di aumentare le loro competenze sull' autismo, consentire un' elaborazione dei vissuti personali e favorire un processo di confronto proprio a partire dal problema comune;
- counseling individuale per i genitori.

L' HOME-CARE

La psicoterapia nel contesto domiciliare, porta il terapeuta a operare all' interno di un setting non ortodosso, nel quale la prospettiva psicodinamica si integra con altri ambiti terapeutici.

Il progetto di ricerca e intervento avviato dall' Istituto di Ortofonia, prevede un approccio integrato e psicodinamico all' autismo, mosaico terapeutico che si realizza in una serie diversificata di interventi che coinvolgono il bambino, la famiglia e la scuola.

La terapia domiciliare (*Home-Care*) con frequenza settimanale o bisettimanale, rappresenta uno di questi tasselli, che in un' armonica composizione con gli altri, definisce il senso di tale intervento. Accanto all' intervento centrato sul bambino, si delineano le risorse interne e le potenzialità che una famiglia può attivare, coadiuvate dalle possibilità di osservazione e valutazione dell' ambiente esterno, offerte dal terapeuta.

Intraprendere un percorso terapeutico con il bambino, significa anche aiutare i genitori a comprendere il significato relazionale dei comportamenti enigmatici del proprio figlio, e accompagnarli nella comprensione dei suoi stati emotivi. Depauperata di questi aspetti maturativi di attribuzione di significato per la famiglia, che acquisiscono rilevanza nell' integrazione del duplice punto focale,

inscritto sullo sfondo della doppia alleanza con il bambino e la famiglia, l' intervento terapeutico rischia di indebolirsi notevolmente.

Quando è il terapeuta a bussare alla porta del paziente, l' ingresso nella casa del bambino e della sua famiglia, definisce un' esperienza molto intensa. In questo senso si entra in contatto diretto con gli spazi, i tempi, gli odori, i rumori, quella realtà domiciliare figlia di una quotidianità familiare fatta di elementi che tessono la trama dell' esistenza di quel bambino in quella famiglia.

Osservare in modo partecipante l' ambiente domestico, ci fornisce preziose indicazioni su quali possono essere le risorse a cui attingere per sostenere e potenziare il processo terapeutico e il sostegno alla famiglia. In questo contesto è opportuno che il terapeuta sia cauto, affinché possa tutelarsi dal rischio di una attualizzazione esasperata dei fattori ambientali che potrebbe offuscare la comprensione della realtà intrapsichica e la capacità terapeutica di pensare simbolicamente.

La confusione psichica può nascere dall' ossimoro di condurre una relazione terapeutica nella sensazione di fondo di essere un ospite che viene accolto. Decisamente risulta difficile definire spazi e regole in un ambiente che non è il proprio, così come lasciare libero il bambino di esprimersi e osservare i suoi agiti vocali e motori, quando nella stanza accanto ci sono genitori che ascoltano e che potrebbero entrare da un momento all' altro. Proprio la vicinanza fisica dei genitori,

le loro richieste e le loro interferenze, possono attivare processi controtransferali che possono compromettere il valore terapeutico, in una distorsione di ruolo che provoca lo spostamento di attenzione dal transfert del bambino, ad altri fattori esterni. E' dunque fondamentale riconoscere e gestire tali processi nella consapevolezza controtransferale. Sicuramente, nella terapia domiciliare, i confini sono più diffusi rispetto all' impostazione più stabile dello studio privato o della stanza di un centro, in cui le regole spazio-temporali definiscono un setting più sicuro, che ci protegge dalle interferenze che provengono dall' esterno, e legittima una presa di distanza dal mondo concreto che rimane al di fuori dalla stanza chiusa. In casa del bambino, invece, questo mondo entra concretamente nello spazio terapeutico, un terzo reale che invade la relazione con il piccolo paziente e suscita in noi emozioni così intense da attivare in noi meccanismi difensivi. Bloccata nella sottile ragnatela difensiva e controtransferale, la funzione mentalizzante del terapeuta rischia di vacillare per le continue sollecitazioni dell' ambiente familiare. Il vorace intreccio di richieste e lamentele dei genitori può indirizzarci verso l' assunzione di ruoli più tranquillizzanti e rispondenti alle aspettative dei genitori di avere un figlio gestibile nel quotidiano, anziché rispettare un intervento finalizzato a una maggiore comprensione, da parte del bambino, dei suoi sentimenti e del fatto che questi possono essere compresi e

comunicati, così come l' esplorazione e la condivisione dello stato della sua mente e quello dell' altro in relazione con lui.

Bisogna in ogni caso riconoscere, che il nostro ingresso fa sentire i genitori esposti al giudizio e questo può alimentare ansie persecutorie, vissuti di inadeguatezza e anche di rivalità nei nostri confronti. Possiamo vederli come genitori seduttivi, manipolatori, insensibili o inadeguati, garanti di critiche e attacchi che svalorizzano le nostre competenze e il lavoro svolto. Rispondendo alla proiezione di una figura inetta e svalorizzata, agendo il ruolo di una figura svalorizzante, accusatoria e onnipotente, rischiamo di colludere con il vissuto di fallimento di cui questi genitori sono portatori, ostacolando la trasformazione verso una modalità più matura di funzionamento mentale, loro e del figlio.

La terapia domiciliare, dunque, consente una relazione continuativa del terapeuta con tutto il contesto familiare, nell' obiettivo di aiutare il bambino ad arricchire il suo patrimonio comunicativo, limitare gli interessi sensoriali insoliti e l' utilizzo di oggetti autistici, e favorire un maggior adattamento agli elementi del suo ambiente, così come la generalizzazione degli schemi d' azione, e delle modalità relazionali acquisite, anche in altri contesti. La terapia domiciliare esprime e valorizza l' obiettivo di favorire nella famiglia un' apertura verso l' esterno, orizzonte difficilmente raggiungibile in quanto l' autismo del

bambino cristallizza nella famiglia un atteggiamento di chiusura e diffidenza nei confronti dell' esterno.

Questa chiusura relazionale con l' esterno è dettata dalla difficoltà di trovare i luoghi giusti per il figlio e dall' impossibilità e/o preoccupazione di farlo incontrare con altri bambini.

La terapia domiciliare permette quindi l' ingresso del mondo esterno e la possibilità di un confronto con esso.

ANAMNESI

Marco è nato il 25.03.1995, a termine da taglio cesareo (per precedente cesareo dovuto a distocia feto-pelvica), dopo gravidanza normodecorsa. Peso alla nascita di Kg 3,540, con lunghezza di 50 cm e circonferenza cranica di 35 cm. L' indice di APGAR presenta valori nella norma e non viene riferita sofferenza pre-peri-post-natale.

Al momento della nascita di Marco, la madre e il padre avevano, rispettivamente, 34 e 30 anni.

Marco è secondogenito, due anni più piccolo del fratello Andrea.

Allattamento materno fino a 12 mesi, e svezzamento in epoca riferito non problematico, all' età di 5 mesi.

Marco ha iniziato a camminare all' età di 13 mesi e i genitori riferiscono che dorme da sempre in camera con il fratello.

All' età di 2 anni e 10 mesi, viene inviato, dalla pediatra, all' Istituto di Ortofonologia, per diagnosi di assenza di linguaggio.

La pediatra riferisce che Marco non parla, emette solo dei suoni privi di significato. Quando si vergogna diventa un po' aggressivo nei confronti della madre, mentre quando vuole qualcosa, utilizza indicazione proto-richiestiva.

Marco non gioca molto con il fratello e i genitori ribadiscono questa difficoltà ludica in termini di differenza di età.

A Dicembre 1997, non è stata rilasciata refertazione per esame audiometrico, in quanto il bambino non ha mostrato alcuna collaborazione. La madre è però convinta che non ci sia alcun tipo di problema uditivo, e riferisce che Marco, se vuole, ascolta e reagisce ai rumori e agli stimoli esterni. Questo aspetto sembra convincere i genitori che il problema sia di natura psicologica e che il comportamento del figlio venga messo in atto in modo volontario. In quel periodo Marco non andava ancora all' asilo e trascorrevano le sue giornate a casa con la madre. Questa riferisce che gli piacciono molto i video animati della Disney, e quando si eccita, Marco presenta gesti stereotipati.

Verso i 18 mesi, ha ripetuto la parola "mamma", per poi ripeterla spontaneamente all' età di 2 anni.

È un problema far tagliare i capelli a Marco perché tale situazione lo spaventa, e il padre è costretto a portarlo dal barbiere quando dorme.

A 17 mesi Marco si è accorto che sul biberon c' era la ghiera del fratello e l' ha rifiutato finché questa non è stata cambiata.

Marco si spaventa molto anche quando gli vengono fatte le fotografie.

Con i coetanei tende a non avere rapporti, mentre con la madre riesce a collaborare di più e in generale non presenta problema nelle autonomie.

Sembra molto sicuro di sé. Durante il periodo estivo, in spiaggia, si

allontana dai genitori e si volta in dietro per guardarli, aspettando che qualcuno lo raggiunga.

È ben organizzato, a casa prende la sedia e la sposta per raggiungere i tasti della TV.

Non sembra siano presenti problemi di carattere neuro-cognitivo.

Marco strumentalizza gli altri, ma non mostra volontà, né capacità di socializzazione. Il padre definisce Marco come un bambino “insofferente”, mentre per la madre è “ansioso”. Di comune accordo riconoscono come sia Marco a stabilire le regole e che “le sue decisioni sono leggi”, che non ammettono contestazioni.

La prima visita presso l’ Istituto di Ortofonia avviene il 27.01.1998, periodo in cui Marco non aveva ancora 3 anni.

In questa prima situazione di valutazione, che definisce l’ inizio di un percorso terapeutico ancora in corso dopo dodici anni e mezzo, Marco entra nella stanza insieme alla madre, e non accetta alcun tipo di interazione o proposta. Ignora diversi giochi e vaga di continuo per la stanza senza soffermarsi su nulla, seguendo un andamento afinalistico e dispersivo. Dopo alcuni minuti, il terapeuta riesce ad aprire spiragli che delineano strascichi di interazione e una frammentaria condivisione. Marco si ferma infatti dinanzi ai colori, e quando gli viene offerto un foglio bianco e viene invitato a colorare con i pastelli, accetta e produce uno scarabocchio scarsamente controllato.

In questa sua azione non c'è guida visiva, né una chiara intenzionalità, per cui ne consegue una rapida dispersione seguita dal distacco dal compito ludico.

Marco si avvicina successivamente al pallone, in prossimità del quale, però, perde interesse.

Per brevi momenti sembra interessato al tunnel di cuscini morbidi, all'interno del quale si è infilato il terapeuta, nell'intento di attirare la sua attenzione. Marco si sofferma brevemente sull'oblò, attraverso il quale nota il viso dell'adulto, e dopo averlo toccato per un solo istante, si allontana di nuovo.

Dopo alcuni minuti, si avvicina al televisore, sposta una sedia verso di questo, e controlla per vedere se c'è la videocassetta inserita.

Marco sembra molto autonomo e sicuro nei movimenti e ben organizzato.

Non sembra reagire nel momento in cui viene chiamato, anche se non sembrano esserci problemi di carattere uditivo, e spesso cammina sulle punte dei piedi.

Si possono osservare gesti stereotipati che riguardano principalmente gli arti superiori.

A livello espressivo, sono presenti sporadici suoni scarsamente articolati e l'indicazione proto-richiestiva, mentre la qualità e la

tonalità della voce, appaiono discretamente adeguate, senza intonazioni di carattere esagerato e/o bizzarro.

Il giorno del terzo compleanno di Marco, viene effettuata una visita neuro-pediatrica, in cui emerge dal colloquio con i genitori un' aspetto regressivo riguardo il ritmo sonno-veglia del bambino. Durante la notte, Marco ha infatti iniziato ad alzarsi per andare nel letto dei genitori, con una frequenza riferita "variabile" : tali episodi si possono presentare fino a tre/quattro volte a settimana.

La risposta all' esame audiometrico è stata discontinua, e vengono richiesti ulteriori approfondimenti.

In questo periodo Marco è riuscito a pronunciare le parole "mamma" e "papà" in alcune rare occasioni, ma in ogni caso in modo privo di finalità.

La madre riferisce che Marco ha iniziato a chiamare anche il fratello "Dia", che sta per "Andrea".

In questa sede di valutazione, è impossibile effettuare l' esame obiettivo, perché Marco non vuole farsi toccare, rifiuta categoricamente il contatto corporeo, piangendo in modo intenso a ogni tentativo del medico. A livello diagnostico, continua dunque la difficoltà con Marco di verificare la presenza o assenza di segni o sintomi obiettivi, indicativi di una deviazione dalla condizione di normalità fisiologica.

Nonostante l' energica oppositività di Marco all' esame neurologico, è in ogni caso possibile escludere la presenza di disturbi sensoriali e motori. Infatti lo sviluppo psico-motorio, osservato nelle attività ludiche che il bambino svolge isolandosi, appare adeguato all' età.

Il linguaggio espressivo è assente, mentre la comprensione è presente anche se non è stato possibile verificarne il grado di adeguatezza.

Gli elementi di chiusura sono molto evidenti.

Il controllo degli sfinteri ancora non è stato raggiunto, Marco indossa il pannolino sia di giorno che di notte e non cerca mai di comunicare alla madre urgenze di bisogni fisiologici, mentre riesce a farsi comprendere in maniera efficace, con i gesti, per richieste di altro genere.

La sintesi diagnostica si inquadra nell' ottica di un disturbo del linguaggio, con sospetto di disfunzione cerebrale minima e di dubbio ritardo mentale.

Il 22.12.1999 la situazione non sembra essere cambiata : Marco rifiuta categoricamente la visita.

Durante il controllo viene riscontrata la presenza dei riflessi osteo-tendinei agli arti inferiori.

Marco si mostra nuovamente molto dispersivo, l' interesse e l' attenzione verso l' ambiente e l' altro sono estremamente limitati, e il contatto visivo è pressoché assente.

In questa situazione Marco non si sottrae completamente al contatto corporeo, anche se molto breve e limitato.

Il linguaggio è completamente assente e solo in presenza della madre, e dietro una sua insistita richiesta, Marco imita alcuni versi di animali.

La madre riferisce che Marco in quel periodo ha iniziato a verbalizzare alcune semplici parole (“mamma”, “papà” e “Andrea”) in modo meno occasionale e che ripete ciò che sente. A casa sembra essere più tranquillo, ha un buon rapporto con il fratello, lo coccola e vuole essere consolato da lui quando viene rimproverato dai genitori, mentre a scuola non riesce a relazionarsi con gli altri bambini.

Marco ancora cammina sulle punte, e all’ esame obiettivo è presente piede piatto-valgo bilaterale.

E’ il 16.05.2001 quando è finalmente possibile effettuare il controllo neuro-pediatrico attraverso una visita almeno parziale e sempre in presenza della madre.

Marco ha compiuto 6 anni da due mesi e all’ esame obiettivo risulta che le sue condizioni generali sono buone e che l’ accrescimento staturo-ponderale procede in modo armonico.

Costante ed evidente la sua dispersione, Marco non sofferma l’ attenzione su niente. L’ interazione con l’ altro e con l’ ambiente è praticamente assente, e il suo vagare per la stanza acquisisce valenza di comportamento stereotipato.

La comprensione è limitata a richieste molto semplici inerenti la propria persona (es : “siediti”), mentre l’ espressione è limitata a suoni articolati non decodificabili e privi di reali fini comunicativi.

A distanza di dodici mesi, l’ esito del controllo sottolinea che Marco finalmente è entrato da solo nella stanza, è apparso molto tranquillo e ha collaborato senza problemi.

Anche la deambulazione è migliorata, tuttavia rimangono molto carenti le aree comunicative e relazionali. Viene dunque valutata l’ opportunità di una visita neuropsichiatrica specialistica.

Marco inizia il progetto terapeutico presso l’ Istituto di Ortofonologia il 10.09.2001 e le sue difficoltà relazionali inquadrano la diagnosi nello spettro dell’ autismo infantile. L’ intervento terapeutico prevede procedure applicate sul piano individuale, di gruppo e familiare, con l’ obiettivo di affrontare le sue difficoltà relazionali e migliorare gli aspetti legati a stereotipie e perseverazioni motorie, alla gestione, al controllo e all’ organizzazione dell’ attività psicomotoria, alla regolazione delle emozioni funzionale a una maggiore e più matura stabilità emotiva, e all’ interazione/condivisione con l’ altro.

Le procedure indicate riguardano :

- psicomotricità;
- sostegno psicologico;
- attività psicopedagogica;

- atelier grafo-pittorica;
- laboratorio ritmico-musicale;
- educazione uditiva;
- counseling psicologico per i genitori.

E' l' 1° Ottobre del 2003 quando Marco, a 8 anni e mezzo, si presenta a un ulteriore controllo neuropsicologico, con diagnosi di ritardo del linguaggio e disturbo relazionale severo.

Sono presenti entrambi i genitori e riferiscono che Marco è diventato molto bravo nel farsi comprendere, qualora sia interessato decisamente a qualcosa. Le problematiche rimangono su tutto il resto, la sua incapacità ad accettare le regole, le limitazioni e le imposizioni, alimentano la sua oppositività. Con il fratello la relazione sembra migliorata, e nel gioco iniziano a manifestarsi alcune aree ludiche che condivide con lui in modo piacevole. Marco continua a mostrare comportamenti oppositivi nei confronti della scuola e delle terapie in Istituto, anche se qui sembra recarsi volentieri. Vengono inoltre riferiti ulteriori progressi relativi al linguaggio e alle autonomie quotidiane, mentre non ci sono problemi da segnalare dal punto di vista neurologico.

Riguardo al profilo comportamentale, l' interazione, prima dell' ingresso dei genitori, è pressoché nulla e i livelli di oppositività molto alti. La presenza dei genitori lo tranquillizza, Marco si mostra più

sereno e pronuncia vane parole, concentrandosi esclusivamente sul gioco, che completa con successo.

Per la prima volta viene considerata l' ipotesi di un' intervento a livello farmacologico, ma è difficile identificare un farmaco adeguato per Marco. La successiva scelta del Fluoxeren (3 ml al giorno), si basa sul tentativo di enfatizzare le gratificazioni ludiche e stimolarlo nella partecipazione e condivisione delle attività, migliorare l' interesse per l' ambiente e conseguire una diminuzione dei comportamenti oppositivi, considerando però l' eventualità di un possibile aumento dell' agitazione e della sudorazione.

Nel corso dei successivi sei mesi, si riscontrano progressi costanti, nonostante i limiti dettati dalla sempre presente difficoltà ad accettare le regole. Marco è consapevole dell' assunzione del farmaco e dopo cena chiede sempre "la medicina". I genitori non sanno dire se i miglioramenti siano legati essenzialmente alla terapia farmacologica, ma Marco è decisamente più responsivo alle richieste e appare più concentrato durante lo svolgimento delle attività ludiche.

La dose giornaliera di Fluoxeren viene aumentata a 15 ml al giorno.

Di ritorno dalle vacanze estive del 2004, i genitori di Marco riferiscono che l' estate "non è andata benissimo". Le relazioni interpersonali sono state scarse, e anche se Marco si è fatto avvicinare da alcuni bambini, non è mai stato propositivo.

Ora ha 9 anni e 8 mesi e continua a fare “quello che vuole e quando vuole”. Ci sono stati miglioramenti nella lettura e nella scrittura.

Marco dorme solo ed esclusivamente la notte e si alza autonomamente per i bisogni fisiologici. L’ autonomia raggiunta viene definita “più costruttiva”.

Molto migliorato il contatto oculare, così come la comprensione.

A casa sono frequenti le esplosioni di rabbia qualora qualcuno gli tolga la cassetta dal videoregistratore, e questi episodi dimostrano quanto Marco sia ancora immaturo nella gestione e organizzazione delle sue emozioni.

Gennaio 2006, Marco ha quasi 11 anni e ora accetta di più di stare seduto in classe insieme ai compagni. Mangia a scuola una volta a settimana e la madre lo definisce “più scolarizzato”, ritenendo che le difficoltà di contenimento e le sue distrazioni e disattenzioni durante lo svolgimento di lezioni e compiti, sarebbero “volontari”.

Anche in questa sede, la prima metà dell’ incontro si svolge all’ insegna dell’ ormai usuale oppositività di Marco, che successivamente lascia però spazio a maggiori aperture anche dialogiche.

Si notano importanti progressi nella comunicazione sia verbale che gestuale, e il contatto oculare appare nella norma. Permane la sua incapacità di modulare rapidamente le sue risposte emotive in situazioni e luoghi nuovi, ma nel complesso Marco è molto migliorato.

Nel 2006 la diagnosi di Marco presso l' Istituto di Ortofonia è di Disturbo Autistico. Nel corso dei due anni successivi, quindi fino al 2008, Marco, ormai tredicenne, è stato osservato in diversi contesti di interazione nei quali è stata analizzata la sua modalità di risposta in relazione ad attività strutturate e non strutturate.

Dall' osservazione clinica dei comportamenti messi in atto da Marco, continua ad emergere la presenza di un pattern comportamentale tendenzialmente disomogeneo e fortemente vincolato al contesto in cui si espleta. E' presente un disturbo della sfera emotiva e relazionale, che appare in positiva evoluzione considerando la qualità mostrata da Marco nelle aperture sociali e nell' attenzione verso l' altro, a cui si alternano tuttavia ancora momenti di isolamento dall' ambiente dove diventa necessario un importante intervento per poterlo coinvolgere. A volte, infatti, non risponde quando viene chiamato per nome oppure persevera nei suoi giochi e nelle sue attività senza permettere all' altro di entrare in relazione con lui. Marco mostra comunque un certo interesse soprattutto verso gli adulti e in contesti fortemente motivanti, si dimostra disponibile alle attività proposte e all' interazione con l' interlocutore. In queste situazioni sono state rilevate produzioni vocali dirette all' interlocutore sociale, composte per la maggior parte da frasi utilizzate in modo sempre più appropriato, sebbene ancora prevalentemente per il soddisfacimento dei propri scopi. L' aspetto

comunicativo e verbale appare quindi meno deficitario, considerando l' assenza di frasi idiosincrasiche e stereotipate e la presenza di gesti deittici, come l' indicare, utilizzato sia per richiedere che per condividere, così come l' uso di altri gesti descrittivi, referenziali ed emotivi, che Marco utilizza in maniera abbastanza flessibile e generalizzata. La comprensione del linguaggio verbale è buona, anche se va opportunamente sollecitata ; in questo senso è da sottolineare come la sua capacità ricettiva sia di gran lunga superiore, quando è motivato, a quella che invece riesce a manifestare in altre situazioni.

Non sono stati osservati comportamenti autolesivi, mentre permangono comportamenti eteroaggressivi, sempre chiaramente finalizzati a uno scopo, che possono essere contenuti e modificati in forme socialmente più accettabili.

Osservati, ma diminuiti in frequenza e intensità, manierismi motori stereotipati e ripetitivi, come lo sfarfallamento delle mani, e interessi sensoriali insoliti, mentre persiste la tendenza a volersi cimentare in attività, come lettura di particolari libri, che risultano fortemente ripetitive.

Nel mese di Giugno del 2008, Marco ha ricevuto una seconda somministrazione dell' ADOS, a distanza di circa due anni dalla precedente. Questa procedura di osservazione standardizzata semi-strutturata, permette di valutare le risposte del bambino a situazioni

stimolo, e determinare le sue competenze nelle aree dell' interazione sociale e della comunicazione, al fine di classificare il bambino come affetto da deficit sociali e comunicativi propri dell' autismo o di un disturbo dello spettro autistico, con sintomatologia meno severa. Nell' ultima somministrazione dell' ADOS, Marco ha raggiunto la soglia per l' autismo solo nell' area *Interazione sociale reciproca*, dove ottiene un punteggio di 10 (soglia per l' autismo 7), mentre nell' area *Linguaggio e comunicazione* ottiene un punteggio di 3 (soglia per l' autismo 4 ; soglia per lo spettro autistico 2). Il punteggio totale di 13 è dunque sufficiente per una diagnosi di autismo (soglia per l' autismo 12), ma lascia spazio ad alcune considerazioni cliniche. Innanzitutto è da sottolineare il miglioramento, seppur lieve, rispetto al punteggio ottenuto nella precedente somministrazione dell' ADOS, effettuata nel 2006, dove Marco aveva ottenuto un punteggio totale pari a 14. Inoltre bisogna evidenziare la discrepanza di punteggio nelle due aree che descrivono la sintomatologia dell' autismo, ovvero l' area del linguaggio e della comunicazione e l' area dell' interazione sociale. Il fatto che nella prima di tali aree, il punteggio relativo ai comportamenti di Marco non sia sufficiente per rientrare in una diagnosi di autismo, mentre nella seconda il punteggio ne superi ampiamente la soglia, è un dato di estremo interesse clinico. Questo indica una certa consapevolezza di Marco del modo appropriato di

entrare in relazione con l' altro, considerazione supportata dall' uso che fa del linguaggio e della comunicazione in generale, ma una certa inadeguatezza, più o meno intenzionale, nel generalizzare tale capacità a tutti i contesti relazionali. Questi elementi ci riportano l' immagine di un ragazzo con più competenze socio-cognitive di quelle che quotidianamente riesce a dimostrare, e di un adolescente che, qualora fosse messo in condizione di esprimere al meglio le sue potenzialità, risulterebbe più adeguato nei suoi comportamenti sociali e con una sintomatologia autistica meno severa.

Indicazioni positive arrivano anche dal resoconto dell' osservazione attraverso il CARS (Childhood Autism Rating Scale), sempre sulla sintomatologia relativa all' autismo, compiuta dal terapeuta che lavora domiciliariamente con Marco. Il punteggio ottenuto in questa scala, pari a 34.5, si colloca in un area di autismo lieve, evidenziando ulteriormente come Marco sia estremamente sensibile alla modalità relazionale e al contesto in cui tale relazione si espleta. Nella precedente somministrazione della stessa scala, effettuata nel 2006, il punteggio era risultato di 46, corrispondente a un profilo di autismo severo. Tale ulteriore dato, sottolinea il sensibile miglioramento della sintomatologia autistica, ottenuto inoltre in un periodo dello sviluppo, quello della pubertà, particolarmente difficile per ragazzi che presentano tali difficoltà, e soprattutto dopo anni di terapia, senza che si sia mostrato

alcun effetto di stanchezza terapeutica, come una sorta di fase di stasi che risulta difficile da superare.

Altre evidenze cliniche testimoniano i sensibili progressi di Marco.

Il punteggio ottenuto nella LEITER, scala di valutazione cognitiva non verbale, che permette la misura del Quoziente Intellettivo (QI) come risultato della valutazione dell'abilità intellettiva non verbale e delle competenze cognitive relative a visualizzazione, ragionamento deduttivo e induttivo e alle abilità spaziali, è stato pari a 58. Tale punteggio si colloca, in base al DSM-IV, in una fascia di ritardo mentale lieve, ma ciò che è importante sottolineare è che nel 2006, due anni prima, tale rilevazione era risultata impossibile da effettuare proprio per le marcate difficoltà attentive e relazionali che Marco aveva mostrato. Questo indica come una maggiore capacità di adattamento, dovuta a nuove competenze comunicativo-linguistiche e di interazione sociale, possano lasciare spazio a importanti sviluppi anche dal punto di vista cognitivo.

Al controllo neurologico relativo allo stesso periodo (2008), il padre riferisce che a scuola Marco procede bene, anche perché l' AEC e l' insegnante di sostegno sono valide, e non si sono fatte "sopraffare" dal ragazzo, come lui stesso aveva raccomandato. Il padre sostiene che Marco sia "troppo autonomo" ed è questa la ragione per cui è così complicato imporgli delle regole. A scuola lo fanno lavorare e

fortunatamente ha ritrovato numerosi compagni delle elementari. All' esame obiettivo Marco si mostra molto isolato e per nulla propenso allo scambio verbale, finché non entra in stanza il padre, l' ingresso del quale segna l' inizio di una serie di richieste effettuate tramite il linguaggio, tuttavia ancora destrutturato sia sul profilo fonologico che prosodico. Sostanziali progressi si riscontrano nella coordinazione dei movimenti.

30 Giugno 2009, Marco ha 14 anni compiuti da 3 mesi e al controllo la madre riferisce che se piange o si risente in modo intenso lo fa sempre per un motivo ben preciso. Sembra che la terapia domiciliare abbia determinato in lui un buon salto di qualità, specialmente nell' apertura alla relazione. Non si riscontrano problemi nel ritmo sonno-veglia ; al risveglio mattutino fa colazione da solo e ha l' abitudine di ascoltare musica in mp3 con le cuffiette. E' molto attento su tutto, sono le situazioni non abituali a destabilizzarlo.

L' iper-autonomia che lo caratterizza si manifesta durante il controllo, nel momento in cui Marco esce dalla stanza con un guizzo, e si dirige in un'altra sala, dove si sta svolgendo una terapia, per cercare una palla luminosa con cui aveva giocato durante il controllo precedente. Il Dottore lo riprende e questo determina una forte reazione, caratterizzata da stereotipie, intensi vocalizzi e chiusura delle orecchie con le mani. Sembra chiaro che Marco ha compreso il senso del suo

sbaglio, si avvicina al Dottore e cerca il suo braccio per accarezzarlo, ma subito dopo afferra il suo collo e dopo averlo avvolto con l' intero braccio, inizia a stringerlo con forza. Dinanzi alla reazione fisica e verbale dell' adulto, conseguente alla forte stretta al collo, Marco si arrabbia, ma per la prima volta è possibile placarlo e contenerlo, e diviene più docile. Il linguaggio è caratterizzato dalla nota destrutturazione formale e prosodica, con numerosi vocalizzi privi di significato, intervallati, nella situazione specifica, da pianto.

A Gennaio 2010, il controllo neurologico prevede una valutazione particolare definita dalla registrazione del tracciato encefalografico durante l' ascolto della voce materna. In questa situazione, strutturata e completamente nuova e sconosciuta per Marco, la sua mancata collaborazione non permette di effettuare la registrazione.

Nello stesso periodo, viene effettuata a Marco, ormai 15enne, la valutazione dei pre-requisiti, un' osservazione che ha il fine di valutare le competenze raggiunte negli apprendimenti, in particolar modo l' organizzazione visuo-spaziale, la coordinazione oculo-manuale, l' organizzazione temporale e la letto-scrittura. In questa sede vengono presentate attività strutturate quali disegno libero, collage, test Santucci-Bender, puzzle, lettura, dettato e la prova degli indovinelli. Marco entra nella stanza di osservazione senza mostrare particolare difficoltà di separazione. Appena entrato, chiede di poter prendere un

gioco, riuscendo poi ad accettare la condizione di prenderlo solo dopo aver terminato le attività previste. Marco rimane seduto per l'intera durata dell'osservazione, e accetta la maggior parte delle prove previste. Rifiuta verbalmente di fare il disegno libero e il puzzle, alternando momenti di disponibilità a momenti di chiusura relazionale. Durante lo svolgimento delle prove, mette in atto stereotipie vocali accompagnate da manierismi.

I tempi attentivi risultano alterati e subordinati alle sue atipie emotive-relazionali e al grado di motivazione.

La comprensione delle consegne delle prove è risultata sufficientemente adeguata, mentre le competenze in ambito visuo-percettivo sono risultate non del tutto in linea con l'età.

In particolare, sono risultate alterate le aree relative all'analisi e sintesi di stimoli grafici complessi. L'uso dello spazio-foglio, l'orientamento spaziale e anche l'analisi e la sintesi di stimoli grafici, semplici e articolati, sono apparsi adeguati.

Nel test Santucci è risultata appropriata la capacità di sintesi di figure semplici e articolate. Nel test Bender si sono osservate difficoltà nel rispettare i parametri di convergenza di punti o di forma e nella riproduzione di alcune figure complesse, in rapporto di secanza.

La coordinazione oculo-manuale e la motricità fine sono risultate adeguate, mentre la prensione della penna risulta poco funzionale.

I processi di letto-scrittura appaiono interiorizzati, ma non in linea con il livello di scolarizzazione.

Nella lettura si evidenzia una capacità tecnica esitante sia nella correttezza che nella rapidità, e la comprensione del testo risulta parziale.

Nella scrittura Marco riesce a comprendere sia la corrispondenza grafema/fonema, che le sillabe semplici, ma non quelle complesse. Riesce a codificare parole sotto dettato sillabico e del singolo grafema, ma non sembra in grado di scrivere in modo corretto delle parole spontaneamente. Si sono osservati errori di codifica, in termini di omissione e sostituzione, insieme a quelli ortografici. Nelle prove di scrittura Marco ha chiesto continuamente conferme all' adulto.

La conoscenza dei concetti temporali, semplici e complessi, è apparsa adeguata all' età, così come il riordino di storie in sequenza.

Rispetto alla precedente osservazione, in cui era stato impossibile somministrare alcuna prova, Marco si è mostrato maggiormente disponibile e meno oppositivo.

LA TERAPIA DOMICILIARE CON MARCO

Introduzione

Il primo incontro con Marco, è avvenuto nel Settembre del 2007, quando i primissimi giorni del mese hanno di fatto ufficializzato l' inizio di un percorso terapeutico destinato a proseguire per un ciclo di tre anni. Al di là della terapia domiciliare in sé, è importante considerare alcuni elementi di cornice, la cui influenza, però, non si iscrive a un livello periferico, ma rimarca la confluenza di un' intensa rete multifattoriale che dà vita alla terapia.

Primo aspetto rilevante, era la mia inesperienza. In quel periodo infatti, il mio percorso formativo e lavorativo, annoverava solo ed esclusivamente esperienze di tirocinio svolte presso l' Istituto di Ortofonia, effettuate sempre sotto supervisione, e relative ad aree estranee all' autismo. Per la prima volta, mi ritrovavo da solo a confrontarmi con una patologia della quale non avevo avuto nessuna esperienza pratica. Da giovane laureato, reduce universitario e da poco iniziato all' abilitazione conseguita dall' esame di stato, mi trovavo finalmente ad affrontare quella concretezza il cui impatto si infrange nell' abisso che separa la conoscenza teorica dall' applicazione pratica della stessa e dalle modalità con cui questa deve essere effettuata. Il primo incontro terapeutico con Marco, ha dunque rappresentato la prima terapia della mia vita, con tutte le implicazioni che derivano da

una tale situazione, in cui inesperienza, ansie e paure, riflettono l'insicurezza e il timore di sbagliare.

Un altro aspetto rilevante, riguarda i temi di distanza e tempo. L'home-care, infatti, presenta tale aspetto caratterizzante, per cui i viaggi per raggiungere le case dei pazienti possono variare in base alle locazioni geografiche. Arrivare a casa di Marco, significava per me affrontare un viaggio di circa due ore e mezzo a tragitto, per un totale di cinque ore tra andata e ritorno. Una sintesi di attese, orari da rispettare e distanze da percorrere, all'insegna di una preparazione mentale alla terapia, così come il viaggio di ritorno rappresentava un percorso di riflessione, gestione ed elaborazione di vissuti controtransferali derivati da emozioni più o meno intense vissute nella stanza di terapia.

L'ultimo elemento che ha caratterizzato la fase di preparazione alla terapia con Marco, è stato sicuramente l'incontro con la sua ex terapeuta domiciliare. In questo spazio di confronto e scambio di informazioni utili, la collega cercò di presentarmi il caso, ma credo che in quella sede si attivarono in lei delle dinamiche che la portarono a scaricare su di me tutta la rabbia che Marco le aveva proiettato nel corso dei precedenti tre anni di terapia domiciliare : «Marco? Sì...ho ancora i segni dei suoi morsi sulle gambe...sono contenta che ora ci vai tu...però per me non è stato facile...sono molto affezionata a lui». Quello fu il primo contatto con l'aggressività di Marco, sebbene non

direttamente esperita, ma consegnata, in modo quasi liberatorio dalla collega. Accettai la funzione di contenitore e iniziai a gestire quel groviglio di emozioni negative che mi erano state consegnate.

Il giorno dopo cominciai il lungo viaggio terapeutico, che mi portò per la prima volta a casa di Marco definendo il primo incontro, la prima seduta delle oltre 200 che sarebbero seguite negli ultimi tre anni.

Il primo incontro

Quel giorno arrivai sotto casa di Marco con oltre un' ora di anticipo, pioveva e mi riparai tra gli edifici dopo aver letto il cognome e l' interno sul citofono. Dopo il primo estenuante viaggio di oltre due ore, sembrava proprio che avessi vinto la gara contro il tempo, sedando così almeno le ansie legate alla paura di arrivare in ritardo. Anche il tempo di attesa sotto casa passò rapidamente con l' aiuto della musica. Affidai il mio primo approccio alla spontaneità e all' improvvisazione, senza prepararmi azioni o frasi anticipate, per non sembrare rigido e teso.

La madre di Marco mi accolse e mi presentai con una decisa stretta di mano. Marco arrivò pochi secondi dopo uscendo dalla stanza e la madre gli disse che doveva essere contento perché « Hai visto? E' un ragazzo...è giovane...», e inevitabilmente, la signora mi chiese l' età e da quanto tempo lavoravo. La signora mi disse che nell' ultimo incontro domiciliare con l' ex terapeuta, questa aveva anticipato a Marco che gli

avrei portato i disegni di robot-boy, uno dei cartoni animati preferiti da Marco. Di questa cosa la collega mi aveva informato in parte, o meglio mi aveva semplicemente chiesto se avevo la possibilità di scaricare da Internet qualche immagine di questo personaggio, senza accennare al fatto, che pochi giorni prima, aveva rimandato a me di esaudire un'attesa che Marco ora voleva risolta e soddisfatta. In realtà avevo trovato solo una piccola immagine e a Marco non sembrò piacere. La lasciai sul tavolo in salotto ed entrammo in camera. In quel momento mi accorsi subito di quanto Marco fosse completamente assorbito dal computer, dall'iperstimolazione e dalla ricerca vorace di immagini, video e attività simultanee. Provai con timidi tentativi di interazione che fallirono, così come in questa situazione mi accorsi che la mia percezione del tempo trascorso era completamente erronea, e tale senso da me percepito aveva subito un notevole rallentamento. Ancora mancava circa un'ora, e osservando Marco così assorbito dalle solitarie stimolazioni del Pc, pensai che dovevo provare a fare qualcosa, più che altro per rifugiarmi nella sensazione/percezione di essere un terapeuta agente e non un semplice osservatore passivo di una passiva chiusura all'altro. Spensi il Pc! Marco si alzò in piedi e lì mi resi conto effettivamente della sua stazza fisica e della robustezza della sua ossatura. In preda a vocalizzi di protesta mi assestò un energico calcio che mi colpì tra ginocchio e polpaccio. Non sentii dolore, e a farsi male

fu proprio Marco che iniziò a strillare. Gli dissi che non volevo che si facesse male, che ero stato semplicemente fermo e che il calcio in fondo me lo aveva sferrato lui. Dopo qualche minuto si tranquillizzò e si mise di nuovo al Pc a giocare a uno dei tanti giochi di combattimento, dove proprio l' aggressività era l' elemento costante, così come in quei video in cui i dettagli spesso evidenziavano ferite e mutilazioni di parti del corpo amplificate da ingenti perdite di sangue. Mi alzai per camminare un po' per la stanza, anche perché l' entità del calcio era stata notevole e immaginavo potesse esserci del dolore retroattivo, ma sembrava che non accusassi alcun fastidio. In questo primo frammento terapeutico, dominato dallo sfondo aggressivo e dall' attacco, mi accorsi che il tempo era quasi completamente trascorso, e che quindi la percezione di scansione temporale si era compensata. Dissi a Marco che ci saremmo rivisti dopo qualche giorno e che sarei tornato, ma non ci furono reazioni o risposte di alcun tipo, a nessun livello. Uscimmo dalla stanza e gli chiesi se quel disegno di robot-boy dovesse rimanere lì oppure dovevo riportarlo via. Lo presi e lui me lo tolse dalle mani riponendolo sul tavolo. Gli dissi che era il suo e che lui poteva decidere se tenerlo o buttarlo, visto che aveva espresso in modo evidente il suo dissenso verso un' immagine che non gli piaceva, pur rappresentando il suo cartone animato preferito in quel periodo. Mi congedai e intrapresi il viaggio di ritorno consapevole che di certo non sarebbe mancato il

tempo di gestire e confrontarmi con quelle emozioni accese dal lume della rabbia e condensate dalla necessità di scaricare le tensioni accumulate. Quest' ultimo aspetto mi avrebbe accompagnato per molti mesi.

Il percorso di Marco: una terapia durata 3 anni

Ho proseguito il percorso di terapia domiciliare con Marco per i seguenti tre anni. Gli incontri con Marco sono sempre avvenuti con frequenza bisettimanale, definendo nel corso di settimane, mesi e anni, un ciclo terapeutico i cui elementi strutturanti rientravano nel qui ed ora, così come nelle anticipazioni e nelle attese che antecedevano i nostri incontri, e nelle elaborazioni di vissuti emotivi che significavano il mio controtransfert nei viaggi di ritorno.

I principali obiettivi nel lavoro con Marco, sono stati la ricerca di condivisione e la stimolazione della comunicazione a livello verbale e non verbale, cercando un' integrazione tra i due livelli. Lo strumento di interazione principale è stato quasi esclusivamente il Pc e la ricerca di programmi, applicazioni, filmati e immagini attraverso youtube, al fine di utilizzare tale canale per la descrizione e la verbalizzazione anche a livello emotivo, sfruttando gli input offerti dai video. Inizialmente considerato elemento di ostacolo e barriera per la relazione, è stato opportuno ridefinire il computer e le sue applicazioni come strumento

funzionale alla relazione stessa e capace di aprire spazi di potenziale interazione. Lo sfondo terapeutico è sempre stato dominato dalla gestione della sua tendenza all' *acting-out*, quindi dall' esplosione impulsiva e dall' imminenza di agiti e comportamenti aggressivi che nella rabbia espressa indicavano la sua incapacità di differire l' impulso dall' azione, alla minima frustrazione successiva a limitazioni o divieti da parte mia.

Data l' età di Marco, conosciuto a 12 anni, mentre il percorso terapeutico si è concluso che già ne aveva compiuti 15, è stato importante concentrarsi sui cambiamenti che stava vivendo nel suo scenario evolutivo e adolescenziale, sulla trasformazione corporea, e sull' acquisizione di una crescente consapevolezza riguardo la maturazione biologica, gli impulsi che determina e la capacità di gestirli.

Durante la terapia sono solitamente stati presenti la madre di Marco, in alcune rare occasioni anche il padre, e suo fratello maggiore, che, nonostante mostrasse un atteggiamento di rispetto nei confronti dello spazio terapeutico confinato in camera di Marco, spesso entrava in stanza, senza bussare, per cercare delle cose personali.

Volendo presentare un quadro indicativo delle capacità comunicative e relazionali di Marco, nell' area del linguaggio espressivo spontaneo, non ecolalico, ha sempre mostrato indubbie potenzialità.

Quando realmente intenzionato a comunicare verbalmente qualcosa, è infatti in grado di esprimersi in maniera generalmente comprensibile, dimostrando discrete capacità a livello linguistico-espressivo. Marco ha mostrato gradualmente progressi in tale area, soprattutto nella chiarezza dell'esposizione verbale, anche grazie alla logopedia svolta presso l'Istituto. Le sue frasi sono spesso telegrafiche e quasi sempre prive di articoli e nel corso dell'interazione è sempre stata necessaria una costante stimolazione che sollecitasse in lui espressioni linguistiche. Qualora non ci sia da parte sua una reale intenzionalità e spontaneità comunicativa, le sue espressioni linguistiche non sono così chiare come nelle situazioni in cui lui stesso, sua sponte, sente il bisogno di esprimersi verbalmente. Marco presenta ecolalia nella forma immediata.

E' sempre difficile che le produzioni vocali/verbali di Marco siano dirette all'altro con l'obiettivo di proporre attività nell'interazione. Nel contesto domiciliare, quanto scritto è complicato dal suo attaccamento al computer, quale attività preferenziale che lo distoglie dalla relazione, catalizzando complicazioni nei tentativi di condivisione. L'intonazione delle vocalizzazioni e delle verbalizzazioni di Marco è molto migliorata dopo il primo anno di terapia, ed è sicuramente diventata più appropriata. Non si sono più riscontrate risposte esagerate e bizzarre a un numero limitato di parole a cui Marco rispondeva

urlando la parola pronunciata e trasformandola nella forma al femminile.

Marco utilizza il corpo dell' altro afferrandomi la mano per portarla sui tasti del Pc per inserire parole chiave nei motori di ricerca. Quando è deciso a esprimere intenzioni o richieste, utilizza il canale verbale o il gesto di indicare, senza generalmente accompagnare a quest' ultimo alcuna espressione verbale se non dietro esplicita, e spesso ripetuta, richiesta dell' altro. Il gesto di indicare viene utilizzato prevalentemente per esprimere l' intenzione di uscire dalla stanza, indicando la porta, oppure indicando l' orologio per sottolineare il trascorrere del tempo che scandisce la fine della seduta. La sua mimica facciale è carente, spesso inespressiva e fredda, nonostante lavorando sulle emozioni egli abbia dimostrato di saperle riconoscere, denominarle correttamente, e riprodurle nel gioco di imitare l' espressione emotiva osservata sul volto dei personaggi dei cartoni e dei video visti insieme. E' presente ogni tanto un sorriso stereotipato, avulso dal contesto.

Il contatto oculare è presente e Marco è capace di sostenerlo durante i momenti di interazione.

La condivisione con Marco è un compito sempre molto difficile, ma possibile qualora sia lui stesso a voler coinvolgere l' altro in alcune delle sue ristrette attività. E' praticamente impossibile imporgli attività verso cui non mostri un intenso interesse. I suoi livelli di attenzione e

concentrazione possono essere buoni e sostenuti per periodi anche molto lunghi.

Nel gioco funzionale con oggetti Marco preferisce giocare esclusivamente con oggetti duri.

Le sue capacità creative e immaginative sono difficilmente valutabili a causa del suo ristretto range di attività preferenziali, in cui il compito da svolgere si basa esclusivamente sul seguire un numero di istruzioni che portano al completamento del compito, senza che siano necessarie modifiche, iniziative soggettive o di cambiamento (es: costruzioni).

Nel corso del secondo anno di terapia, Marco è riuscito a mostrare flessibilità ed espressione di inventiva nel costruire alcuni oggetti senza che questi fossero il risultato di prefissati steps di istruzioni e a mostrare alcuni aspetti delle capacità creative attraverso l' utilizzo del programma informatico "paint", che permette di modificare le immagini visualizzate apportando cambiamenti nelle forme, nei colori e nelle caratteristiche fisiche di personaggi e oggetti riprodotti nell' immagine.

Marco gioca quasi esclusivamente con il Pc, e la navigazione del sito "youtube" ormai lo tiene impegnato costantemente tutti i pomeriggi alla ricerca di video e immagini. Rispetto al primo anno di terapia, il materiale ricercato da Marco è molto più variegato e meno ripetitivo. Altra attività preferenziale è la costruzione/montaggio dei "bionicle",

robot composti da componenti a incastro di un certo livello di complessità.

Relativo alla prima metà del terzo anno di terapia, è il suo interesse per la musica e le canzoni tratte da alcuni frammenti di video ricercati su youtube. In alcune occasioni, durante l' ascolto, Marco mi ha coinvolto in una sorta di danza, momento interattivo in cui elementi di condivisione, movimento e divertimento sembravano essere ben integrati tra loro.

Nella seconda metà del terzo anno, Marco ha proposto l' ascolto di alcune canzoni di Gianna Nannini e di altri cantanti stranieri, accettando l' idea di scegliere una canzone ciascuno nel corso dell' interazione e dimostrandosi capace di rispettare il turno. Con il trascorrere del tempo questa attività è diventata una costante parte finale dei nostri incontri.

Attraverso l' utilizzo dell' applicazione "google maps", Marco si interessa alla navigazione di carte geografiche dell' Italia e di altri paesi europei, una sorta di viaggio virtuale che ci porta a esplorare città e nazioni, per vederne strade e immagini.

Dall' inizio del terzo anno, Marco mostra un intenso interesse per i motorini, di cui ha imparato a riconoscere marche e modelli e di cui cerca e colleziona immagini, classificate in base a modello, marca e colore.

L' unico modo per coinvolgere Marco in qualche attività diversa da quelle descritte precedentemente, è quello di "inserire" alcune proposte nei momenti di pausa, soprattutto quando sta cercando e vedendo video su youtube. In questi frammenti di tempo, si possono avviare altre attività a cui Marco "risponde", come per esempio il disegno da colorare o la visione di immagini rappresentate su carta (disegni e/o libri). Marco si rilassa spesso con il contatto corporeo, e mostra un buon indice di gradimento per i massaggi. Nelle attività di costruzione/ricostruzione, come i puzzle, i disegni da ricomporre, i ritagli e le costruzioni, si riscontra generalmente una sua partecipazione, anche se non senza difficoltà nell' attirare la sua attenzione, così come nel dover sempre costantemente orientare la sua concentrazione sul compito.

Durante il secondo anno di terapia, sono state introdotte in seduta, attività di costruzione di forme geometriche bi e tridimensionali attraverso l' utilizzo di tasselli magnetici costituiti da elementi dalle forme sia sferiche che allungate.

Data l' età di Marco, ho lavorato molto sull' area della maturazione biologica, con l' ausilio di immagini tratte dai libri di biologia, per favorire in lui una maggiore consapevolezza della crescita e dello sviluppo corporeo e ormonale.

Nel periodo successivo al primo anno di terapia, in alcune occasioni Marco ha svolto nel corso dell' ora e mezza anche i compiti scolastici che gli erano stati assegnati, tra cui esercizi di geometria, in cui riconoscere e colorare figure da differenziare dalle altre, compiti di associazione tra termini italiani e inglesi, ed esercizi di matematica come le espressioni. Per quanto riguarda materie come storia e lettere, siamo riusciti a vedere delle slides preparate in power-point dai suoi insegnanti, schede di presentazione in cui le informazioni scritte su eventi e personaggi sono integrate con la presentazione di immagini.

Nell' area degli interessi sensoriali insoliti, verso persone o materiali, Marco ricerca sensazioni tattili premendo con forza con la pianta del suo piede sul mio, oppure dopo essersi appoggiato/sdraiato su di me, preme con forza il gomito sul mio braccio o sui miei fianchi. Spesso si avvicina al monitor del Pc per soffermarsi visivamente su alcune immagini o colori accesi e molto intensi.

Le stereotipie di Marco si sono attenuate notevolmente rispetto ai primi due anni, complice una sua maggiore tranquillità che gli permette di rimanere seduto sulla sedia (ovviamente davanti al Pc) per quasi l' intero lasso di tempo della seduta. Nel corso dell' ultimo anno, almeno nel contesto di terapia domiciliare, Marco non ha quasi mai mostrato la stereotipia di darsi gli schiaffi sulle gambe, che spesso agiva in modo accentuato ed energico nei momenti di intensa agitazione.

Anche il comportamento di alzarsi e saltare per la stanza a piedi uniti con le mani giunte dietro la schiena, emettendo vocalizzi, ha subito un decremento abbastanza rilevante. Quest' ultimo comportamento è stato più facilmente gestibile e contenibile da parte mia. Quando Marco si alzava dalla sedia lasciando intendere che stava per saltare, la mia presenza accanto a lui, ad una distanza che comunque gli avrebbe lasciato la possibilità di iniziare a muoversi per la stanza secondo le sue modalità stereotipate, è stata sufficiente per un contenimento che lo ha di nuovo orientato a sedersi e riprendere il compito interrotto. La madre di Marco ha inoltre riferito il riscontro di miglioramenti di capacità di auto-contenimento in situazioni in cui Marco sa rimanere calmo e in silenzio, senza agire comportamenti di movimento stereotipati come quelli descritti, né emettere vocalizzi che spesso si accompagnano a tali azioni (es: il sabato mattina mentre il fratello ancora dorme, mentre lui gioca al PC nella stessa stanza, evitando qualsiasi rumore e/o disturbo per non svegliarlo).

E' evidente che distogliere Marco dal Pc è sempre stato molto difficile. L' attaccamento a youtube, impedisce qualsiasi tentativo di escludere la presenza del Pc. Dinanzi a tale divieto infatti, Marco ha sempre reagito con intense crisi di rabbia e pianto che possono prolungarsi per decine di minuti in cui non smette di piangere e urlare e in cui agisce condotte etero-aggressive in cui tenta di mordere e graffiare. Successivamente è

molto difficile calmarlo e il divieto del Pc impedisce qualsiasi altra possibile attività.

Intorno alla metà del percorso terapeutico, Marco ha iniziato a mostrare, in terapia, momenti di intensa eccitazione sessuale e comportamenti di masturbazione, accentuati dalla visione di immagini e disegni in cui egli si focalizza chiaramente sulle mani (in alcune occasioni anche sulle gambe), la cui visione lo porta a toccarsi in zone intime e a massaggiarsi energicamente attraverso i pantaloni. Alcune volte tale comportamento di stimolazione determina la fuoriuscita di liquido pre-eiaculatorio, in seguito alla quale Marco richiede di poter andare in bagno per cambiarsi gli slip e, come dice lui, “asciugare l’acquetta”.

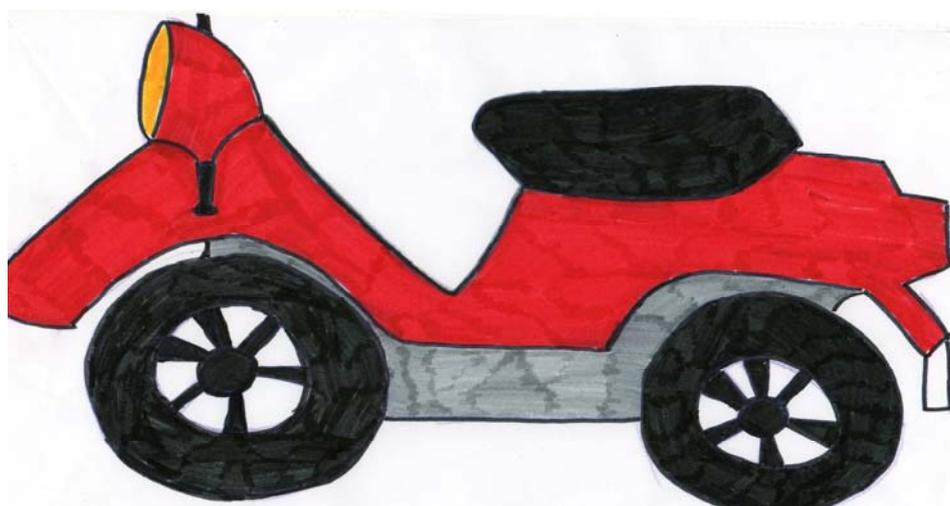
Una delle caratteristiche principali di Marco, che sin dai primi incontri ho potuto riscontrare in modo evidente, è la sua precisione analitica verso i dettagli e le sfumature che determinano il corretto svolgimento e completamento di compiti a livello grafico. Tale rigosità nelle sfumature e nei dettagli, si ritrovava spesso al confine con un’ossessività verso i particolari, la cui mancata cura e definizione, poteva comportare sia l’abbandono del compito, ormai svalorizzato, sia l’espressione di agitazione e rabbia come risultato per non aver raggiunto lo standard di analitica precisione. Questo aspetto relativo al livello delle performance grafiche di Marco può essere chiaramente visibile nei disegni riportati in seguito, siano essi liberi, semplici

immagini stampate e colorate o composizioni ottenute attraverso il programma di videoscrittura “paint”.

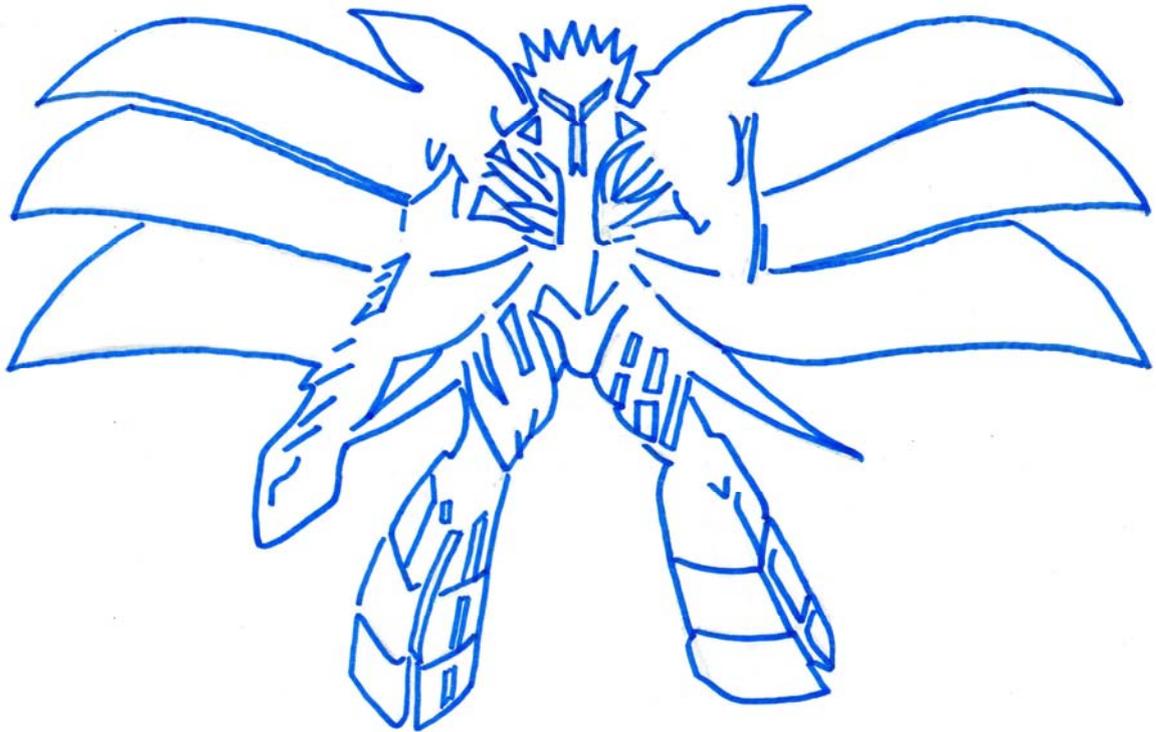
Disegno 1 : mandala colorato



Disegno 2 : motorino disegnato a mano



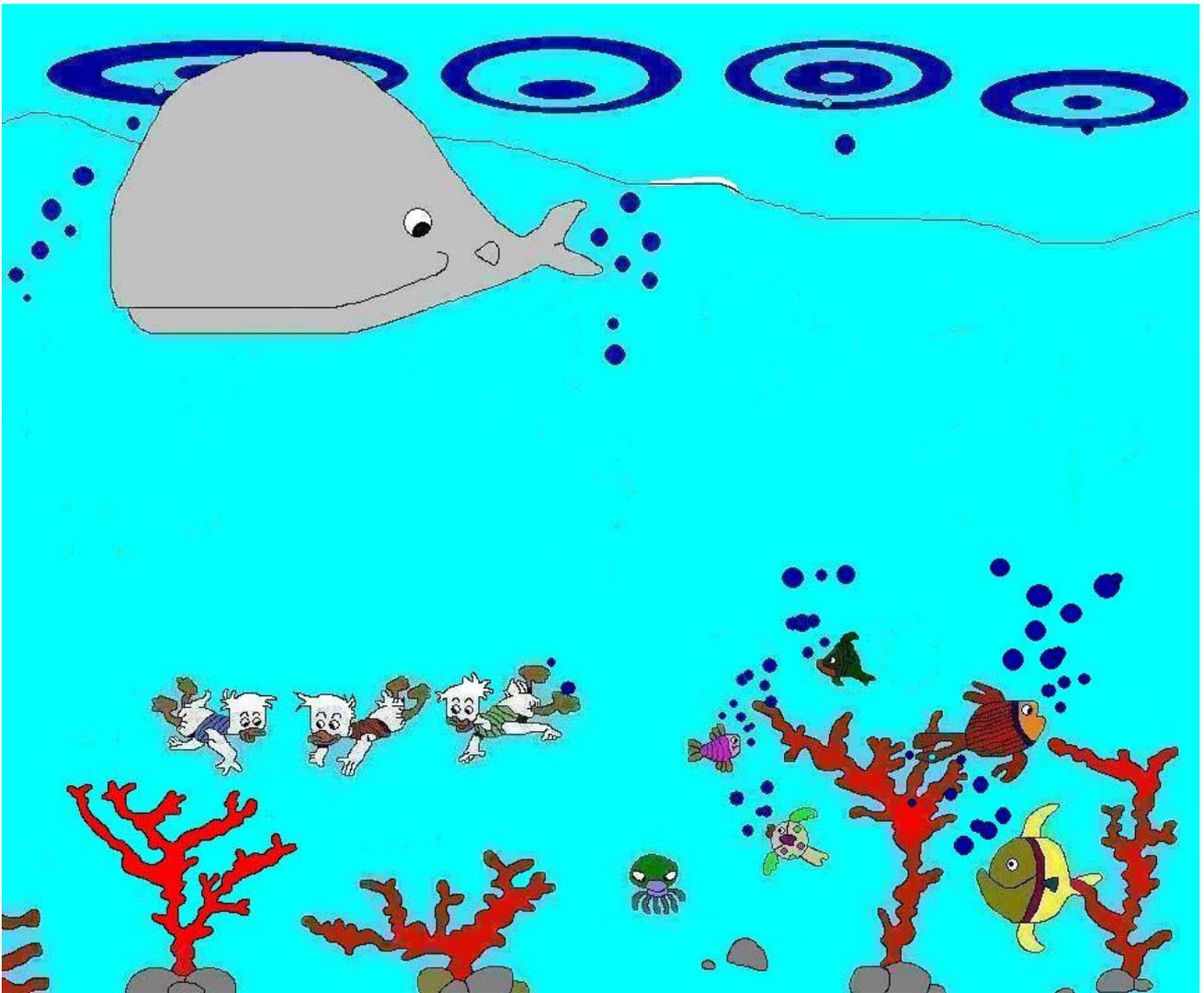
Disegno 3 : gormito ricalcato contro luce



Disegno 4 : drago colorato



Disegno 5 : fondo del mare disegnato e colorato con paint



I MECCANISMI DI DIFESA

Introduzione

I meccanismi di difesa si definiscono come sentimenti, pensieri o comportamenti tendenzialmente involontari, che sorgono in risposta a percezioni di pericolo per il soggetto e sono finalizzati, in modo più o meno adattivo, a nascondere o alleviare i conflitti o gli agenti stressanti che danno origine ad ansietà o angoscia. Ricordiamo che l'adattività di una difesa è in funzione del suo livello di maturità, della sua rigidità, intensità e del contesto in cui questa si esprime.

Le difese rappresentano dunque una risposta individuale sviluppata per eliminare o alleviare le situazioni di conflitto o di stress, a livello sia del mondo interno che della realtà esterna. Generalmente, ma non necessariamente (soprattutto nel caso di meccanismi di difesa più adattivi e quindi maturi), sono automatici e funzionano senza sforzo conscio e spesso senza la consapevolezza del soggetto, in quanto strategie preferenziali con cui il soggetto gestisce gli istinti e gli affetti. Le difese caratterizzano i quadri psicopatologici, ma in modo variato e reversibile e possono essere classificate in modo gerarchico, vale a dire lungo un continuum di adattamento/disadattamento che ne significa il grado di maturità/im maturità. I meccanismi di difesa tendono a

specializzarsi nei diversi individui, con l' utilizzazione caratteristica delle stesse strategie difensive nelle stesse situazioni.

In questa parte dell' elaborato, le digressioni sui processi difensivi considerati faranno riferimento al modello di definizione e classificazione proposto da Perry (vedi Tabella 1) nella sua *Defense Mechanism Rating Scale (DMRS)*, senza ovviamente tralasciare i contributi di altri autori quali Paulina Kernberg e Meltzer (vedi Tabella 2).

Tabella 1. Classificazione dei meccanismi di difesa secondo la DMRS (Perry, 1990)

| | |
|------------------|--|
| Livello 7 | Difese Mature : <i>affiliazione, altruismo, anticipazione, umorismo, autoaffermazione, autoservazione, sublimazione, repressione.</i> |
| Livello 6 | Difese Ossessive : <i>isolamento affettivo, intellettualizzazione, annullamento retroattivo.</i> |
| Livello 5 | Altre Difese Nevrotiche : <i>rimozione, dissociazione, formazione reattiva, spostamento.</i> |
| Livello 4 | Difese Narcisistiche : <i>onnipotenza, idealizzazione, svalutazione.</i> |
| Livello 3 | Difese di Diniego : <i>negazione, proiezione, razionalizzazione.</i> |
| Livello 2 | Difese Borderline : <i>scissione (immagine dell' oggetto), scissione (immagine del sé), identificazione proiettiva.</i> |
| Livello 1 | Difese di Acting : <i>acting-out, aggressione passiva, ipocondriasi.</i> |

Tabella 2. Meccanismi di difesa nell' autismo secondo P. Kernberg e Meltzer

| | |
|--------------------|--|
| P. Kernberg (2000) | <ul style="list-style-type: none"> Indifferenziazione Coartazione Deanimazione Frammentazione Smontaggio Incapsulamento autistico Fusione Ipocondriasi |
|--------------------|--|

| | |
|----------------|--|
| Meltzer (1975) | Identificazione adesiva Smontaggio sensoriale |
|----------------|--|

L' incontro con l' ex terapeuta Proiezione e Annullamento Retroattivo

Come spesso riscontrato nella pratica clinica, l' inizio della terapia e delle fantasie ed emozioni ad essa associate, non coincide con il concreto momento iniziale, ma lo precede iniziando a caratterizzarne lo sfondo determinato da attese e momenti di preparazione. Questa fase della terapia, in assenza del giovane paziente, catalizza un processo di emozioni e reazioni, soprattutto quando si ha la possibilità di ottenere informazioni utili in uno spazio di confronto con la collega che ci ha preceduto nello spazio terapeutico.

La terapeuta domiciliare uscente, cercò di presentarmi il caso, ma credo che in quella sede si attivarono in lei delle dinamiche che la portarono a scaricare su di me tutta la rabbia che Marco le aveva proiettato nel corso dei precedenti tre anni di terapia domiciliare : «Marco? Sì...ho ancora i segni dei suoi morsi sulle gambe...sono contenta che ora ci vai tu...però per me non è stato facile...sono molto affezionata a lui». Credo proprio che questo fu il primo contatto con l' aggressività di Marco, non direttamente esperita, ma consegnata, in modo quasi liberatorio dalla collega, con un tono deciso e secco.

In quel momento la collega, ha probabilmente “scaricato” una tensione di rabbia e aggressività, un’ evacuazione di emozioni negative accumulate durante tre anni di terapia domiciliare con Marco. In altre parole, potremmo dire che ha affrontato un conflitto emotivo, una fonte di stress sia interno che esterno, attribuendomi e consegnandomi i suoi sentimenti, gli impulsi e i pensieri non accettati. In questa sua *proiezione* difensiva, ci fu sicuramente un momento di intenso diniego, in cui rinnegare sentimenti così intensamente negativi, così come le proprie intenzioni, in particolar modo quella di trasmettermi il suo stato emotivo accumulato o la sua esperienza triennale, sintetizzata esclusivamente negli episodi di un’ aggressività concreta e direttamente visibile. La proiezione di norma viene agita nei confronti di chi si sente in un certo modo affine, o da chi ci si sente minacciati. Onestamente preferisco accettare la prima ipotesi, che testimonia in questo caso più la dinamica di un passaggio terapeutico, piuttosto che l’ essenza di una contrapposizione, forse anche tra il maschile e il femminile, inscritta nell’ area dell’ affermazione e della sostituzione di ruolo.

Un’ altra strategia difensiva messa in atto dalla collega in questo frangente, è sicuramente l’ *annullamento retroattivo* seguito alla proiezione. L’ annullamento retroattivo, rientra tra le difese ossessive, a un livello quindi decisamente più maturo rispetto alle difese di diniego, e definisce una modalità per affrontare conflitti emotivi attraverso un

comportamento destinato a riparare simbolicamente o a negare precedenti pensieri, sentimenti o azioni.

In questa difesa il soggetto esprime un affetto, un impulso o commette un' azione che induce sentimenti di colpa o ansia, per minimizzare in seguito il disagio, esprimendo l' affetto, l' impulso o l' azione opposti.

L' atto della riparazione libera l' individuo dall' esperienza del conflitto. Nella conversazione con la collega, infatti, le sue affermazioni sono state immediatamente seguite da precisazioni dal significato opposto a quello dell' affermazione originale, sostenendo che in ogni caso per lei non sarebbe stato semplice interrompere la terapia con Marco, dal momento che era molto affezionata a lui, nonostante non avesse nascosto la liberazione da un' interazione connotata da risvolti aggressivi. La giustapposizione di affermazioni contraddittorie, di cui la successiva risolve gli aspetti conflittuali legittimati in quella precedente, può rendere difficile all' osservatore capire quale sia realmente il sentimento o l' intenzione primaria del soggetto, in quanto l' azione o la verbalizzazione riparativa nei confronti dell' oggetto designato, inducono a pensare che la persona sembra costretta a cancellare o ad annullare la propria azione o verbalizzazione originale.

Ripensare a questo momento di incontro, mi ha offerto la possibilità di avviare alcune riflessioni affinché non si generasse confusione nella reticolare area della comprensione dei meccanismi di difesa in gioco.

E' importante riconoscere quali aspetti difensivi entrano in gioco nell' interazione con l' altro soprattutto per comprendere con esattezza quali affetti e emozioni abbiamo determinato l' attivazione delle difese e soprattutto in chi e per quale motivo, così come riconoscere a che livello possiamo essere stati noi stessi a generarla nell' altro o a prostrarla, o abbiamo fornito terreno fertile affinché si attivasse.

Mi sono domandato, dunque, se la proiezione agita dalla collega, non fosse in realtà un' *identificazione proiettiva*, dal momento che è abbastanza frequente confondere queste due difese, entrambe relazionali. Nell' identificazione proiettiva, il soggetto proietta su qualcun altro un affetto o un impulso inaccettabili, come se fosse realmente l' altro ad aver dato vita a questo affetto o impulso. Il soggetto, non disconosce ciò che ha proiettato, a differenza della proiezione semplice, ma ne rimane consapevole, semplicemente lo interpreta erroneamente come reazione giustificabile nei confronti dell' altro. Quindi alla fine ammette il proprio affetto o impulso, ma lo crede una reazione a quegli stessi sentimenti che ritiene presenti nell' altro e misconosce il fatto di aver dato egli stesso origine al materiale proiettato. Il soggetto può avere così un' iniziale emozione che attribuisce erroneamente all' altro (per esempio la rabbia), successivamente sperimenta egli stesso la medesima emozione, ma non la disconosce, perché il fulcro di origine viene collocato nell' altro.

Ciò si svolge di solito molto rapidamente e senza passaggi chiari. I tentativi della persona di chiarire l' interazione rendono le cose più confuse e di fatto l' oggetto sperimenta proprio quel sentimento che il soggetto proietta. Nella proiezione le cose sono meno confuse perché il soggetto disconosce a un certo livello ciò che proietta.

Nella situazione relazionale considerata, elementi che ci potrebbero trarre in inganno, risalgono principalmente al livello di consapevolezza della collega : il fatto che successivamente lei compensi con l' annullamento retroattivo, probabilmente implica una almeno parziale consapevolezza successiva, da cui scaturisce la difesa di compensazione. Elemento determinante, è però il mio essere oggetto passivo, ricettivo, senza che ci sia quindi un' interazione attiva, tipica dell' identificazione proiettiva, in cui il mio attivarmi avrebbe potuto dare l' elemento di aggancio per tale difesa. Possiamo dunque accertare e definire il campo della proiezione, nonostante le sottili sovrapposizioni tra le due strategie.

Per quanto riguarda la compensazione retroattiva dell' annullamento, credo sia opportuno chiarire le affinità confusive insite nella *formazione reattiva*, dove pensieri e sentimenti inaccettati vengono sostituiti con comportamenti, pensieri o sentimenti diametralmente opposti. Si potrebbe ipotizzare tale difesa nel momento in cui l' ex terapeuta sostituisce il vissuto di rabbia e liberazione da questa con affermazioni

e verbalizzati slanci di affetto nei confronti di Marco, ma la formazione reattiva, differisce dall' annullamento retroattivo proprio perché viene manifestato solo l' affetto sostituito, mentre quello originale deve essere inferito. Nell' annullamento compensatorio il soggetto mostra entrambi gli affetti opposti senza soluzioni di continuo e giustapposti nella contrapposizione bipolare, e questo è proprio quello che la collega ha espresso.

Riconosciuto dunque che tali affetti negativi, non provenivano da me, né credo di aver fornito un attivo elemento di aggancio, se non il mio essere fisicamente presente per ricevere informazioni utili, non mi rimase che accettare la funzione di contenitore e iniziai a gestire quel groviglio di emozioni negative che mi erano state consegnate.

Il giorno dopo cominciai il lungo viaggio terapeutico, che mi portò per la prima volta a casa di Marco definendo il primo incontro, la prima seduta delle oltre 200 che sarebbero seguite negli ultimi tre anni.

Il primo incontro con Marco Acting-out, Anticipazione e Razionalizzazione

Già ho accennato all' influenza di fattori relativi ai temi di distanza e tempo, che hanno fatto da cornice alla terapia domiciliare con Marco. Tali elementi, hanno declinato una sintesi di attese, orari da rispettare e distanze da percorrere, all' insegna di una preparazione mentale alla terapia, così come il viaggio di ritorno rappresentava un percorso di

riflessione, gestione ed elaborazione di vissuti controtransferali derivati da emozioni più o meno intense vissute nella stanza di terapia.

Una volta in stanza con Marco, realizzai quanto fosse assorbito dalle solitarie stimolazioni del Pc, e pensai che dovevo provare a fare qualcosa, più che altro per rifugiarmi nella sensazione/percezione di essere un terapeuta agente e non un semplice osservatore passivo di una passiva chiusura all' altro. Spensi il Pc! Marco si alzò in piedi e dall' alto della sua stazza fisica e della robustezza della sua ossatura mi assestò un energico calcio che mi colpì tra ginocchio e polpaccio. Non sentii dolore, e a farsi male fu proprio Marco che iniziò a strillare.

I miei iniziali e timidi tentativi di interazione non avevano determinato reazioni o conseguenze, la mia percezione del tempo trascorso era completamente erronea, e tale senso da me percepito aveva subito un notevole rallentamento. Tutte queste componenti, corroborate dall' attesa e dalla preparazione mentale durante il viaggio e dalla gestione di quanto avevo accolto nel colloquio con l' ex terapeuta, alimentarono il mio senso di frustrazione per non essere influente nella relazione, e determinarono l' attivazione dell' arcaica difesa dell' *acting-out*.

Avvalendosi di tale strategia difensiva, l' individuo affronta conflitti emotivi e fonti interne o esterne di stress, agendo senza riflettere o senza preoccuparsi delle possibili conseguenze negative. L' *acting-out* comporta l' espressione diretta di sentimenti, desideri o impulsi,

attraverso un comportamento incontrollato con apparente noncuranza delle possibili conseguenze a livello personale o sociale. Solitamente si verifica in risposta a eventi interpersonali che coinvolgono persone o situazioni significative della nostra vita. Bisogna precisare, che acting-out, non è sinonimo di cattivo comportamento o di qualsivoglia sintomo in sé, sebbene implichi spesso un comportamento socialmente dannoso o auto-etero-distruttivo. Comportamenti associati all' acting-out, come scontri e/o aggressioni fisiche o l' abuso di farmaci e sostanze, sono espressioni di questo meccanismo di difesa in quanto sono in rapporto con emozioni o impulsi che la persona non può tollerare.

Durante il primo incontro con Marco, potrebbe risaltare essenzialmente il suo gesto aggressivo quale espressione della sua difesa arcaica di acting, ma considerando la definizione in DMRS, possiamo riconoscere come il mio gesto di spegnere il Pc, rientri in tale strategia difensiva tanto quanto il suo comportamento di attacco. Il primo acting-out della storia terapeutica con Marco, fu dunque il mio. Questa difesa mi ha permesso di scaricare ed esprimere il sentimento di impotenza e l' impulso ad agire, anziché sopportarli e dover riflettere sugli avvenimenti ed altri elementi che li hanno provocati. Non potevo esprimere sentimenti e impulsi a livello verbale perché non sarebbero stati accolti, né avrebbero generato una reazione in Marco, così come continuare a vivere e sperimentare l' impulso originario all' azione

avrebbe determinato un rapido aumento del senso di frustrazione per non sentirmi un terapeuta agente. Sicuramente ho evitato la consapevolezza (siamo al livello più basso in assoluto), e ho abbandonato ogni tentativo di prendere tempo (un tempo già distorto e lento nella mia percezione), di riflettere o di elaborare una strategia più matura per affrontare impulsi e sentimenti che mi influenzavano. Ho così direttamente espresso il mio sentimento/impulso attraverso un comportamento non preceduto da pensiero, senza tener conto delle conseguenze che il mio agito liberatorio poteva generare.

L' acting-out è un comportamento non adattivo proprio perché non mitiga gli effetti del conflitto interno e spesso procura al soggetto conseguenze negative. Il mio gesto, mi procurò un calcio, Marco rispose all' acting-out con un agito della stessa classe, ma più energetico e aggressivo ; in ogni caso, eravamo allo stesso livello di azione difensiva, abbiamo usato lo stesso "linguaggio difensivo" in una dinamica di azione e risposta. Finalmente eravamo in relazione !

Dopo l' agito, impulsivo come quello di reazione, si riacquisisce la capacità di riflettere e si può sperimentare senso di colpa, a meno che non entri in gioco un' ulteriore difesa di diniego. In seguito all' azione/reazione di acting, dissi a Marco che non era mia intenzione che si facesse male, che ero stato semplicemente fermo e che il calcio in fondo me lo aveva sferrato lui.

Questa fu la mia strategia per arginare il senso di colpa, questa fu la verbalizzazione che racchiude l' essenza della mia *razionalizzazione*, difesa che permette di escogitare spiegazioni rassicuranti, ma inesatte, per confermare la logica del comportamento nostro e altrui. Nella razionalizzazione il soggetto fornisce infatti una ragione fittizia, ma plausibile, per una data azione o impulso, anche se una motivazione più egoistica o difficile da ammettere è evidente a un osservatore esterno.

Si ritiene in genere che il soggetto sia inconsapevole o minimamente consapevole della vera motivazione sottostante ; dell' azione egli percepisce soltanto la motivazione fittizia perché più accettabile, e comunemente le ragioni fornite non hanno nulla a che fare con la sua soddisfazione personale, ma dissimulano in tal modo l' impulso o la motivazione reali.

Dire a Marco che non era mia intenzione che si facesse male, che io ero stato fermo e che il calcio, in fondo, me lo aveva sferrato lui, era solo una parziale e plausibile architettura razionalizzata, che spostò la mia attenzione verso il suo acting-out piuttosto che sul mio. In linea con la mia razionalizzazione, realizzai in ogni caso che avevo almeno una parziale consapevolezza della dinamica di azione e reazione che indubbiamente era scaturita dal mio agito, e che doveva soddisfare la mia necessità di una reazione, anche aggressiva, per compensare e alleviare il mio senso di impotenza terapeutica.

In questo frangente utilizzai due strategie difensive, una di livello molto basso (di acting) e una di diniego (medio-bassa) in risposta all' agito aggressivo di Marco. Un ulteriore spunto di riflessione risiede nel fatto che non provai alcun dolore in seguito al calcio ricevuto, che tra l' altro mi colpì in modo energico in una zona molto delicata, tra le giunture tra ginocchio e polpaccio in modo trasversale. A lungo pensai che l' assenza di dolore fosse dovuta al fatto che Marco mi colpì in modo pulito con il collo del piede, ma con molta probabilità questa non fu altro che un' altra modalità razionalizzante per darmi una spiegazione dell' accaduto, o meglio dell' assenza di dolore fisico in risposta al acting-out. Oggi credo con assoluta certezza, che a proteggermi da quel dolore fu un meccanismo di difesa di alto livello, che tra quelli assolutamente più maturi, si annovera con il termine di *anticipazione*.

L' anticipazione, infatti, consente all' individuo di mitigare conflitti emotivi e fonti di stress interne o esterne, non soltanto prendendo in considerazione soluzioni alternative realistiche e prevedendo le reazioni emotive a problemi futuri, ma anche sperimentando realmente l' angoscia futura attraverso la rappresentazione mentale sia delle idee che degli affetti angoscianti. Questa prova, permette all' individuo di preparare e maturare una migliore risposta adattiva al conflitto e alla tensione previsti. La funzione difensiva dell' anticipazione, permette all' individuo di mitigare gli effetti delle tensioni e delle azioni legate a

conflitti futuri. Essa implica la capacità di tollerare l' ansia che si manifesta quando il soggetto immagina quanto possa essere angosciante una situazione futura, così come le conseguenze che questa potrebbe comportare. Attraverso tale prova affettiva (per esempio : “come mi sentirò, cosa proverò quando capiterà ciò?”) e la pianificazione delle risposte future, il soggetto diminuisce gli aspetti angoscianti del futuro fattore stressante a livello psico-fisico. L' anticipazione accresce anche la probabilità di risultati esterni positivi e di risposte emotive e fisiche più positive.

Il primo incontro con Marco, ha sicuramente rappresentato un episodio emotivamente significativo, e di importanza centrale nella mia vita professionale. Da giovane laureato, reduce universitario e da poco iniziato all' abilitazione conseguita dall' esame di stato, mi ritrovavo da solo a confrontarmi con una patologia della quale non avevo avuto nessuna esperienza pratica, dinanzi a quella concretezza il cui impatto si infrange nell' abisso che separa la conoscenza teorica dall' applicazione pratica della stessa e dalle modalità con cui questa deve essere effettuata. L' incontro con l' ex terapeuta, mi aveva indubbiamente consegnato un' intensa dose di emozione negative, dominate da un' aggressività tangibile. La proiezione di queste esacerbò le ansie e le insicurezze relative a quella che sarebbe stata la prima terapia della mia vita, in cui mi sarei confrontato, senza la protezione della supervisione,

con la pervasività di tale patologia. Tutto ciò, ebbe sicuramente l'effetto di catalizzare in me il processo difensivo dell'anticipazione che da subito si attivò per mitigare i miei conflitti emotivi e gli stressor agenti. L'aggressività proiettata dalla collega, attivò in me la valutazione di possibili soluzioni di risposta ad essa, prevedendo le reazioni emotive a situazioni che si sarebbero probabilmente presentate in tal senso, vivendo in ogni caso l'angoscia futura attraverso la rappresentazione mentale di situazioni plausibili che avrebbero potuto verificarsi con Marco. Attraverso tale prova affettiva, in funzione di rappresentazioni di interazioni anticipate, riuscii a preparare e maturare una migliore risposta adattiva, pianificando una reazione anticipatoria e anestetizzante a livello psico-fisico.

Maturazione biologica e Acting-out

Ho precedentemente accennato al fatto che lo sfondo terapeutico con Marco è sempre stato dominato dalla gestione della sua tendenza all'acting-out, quindi dall'esplosione impulsiva e dall'imminenza di agiti e comportamenti aggressivi che nella rabbia espressa indicavano la sua incapacità di differire l'impulso dall'azione, alla minima frustrazione successiva a limitazioni o divieti da parte mia.

L'espressione diretta degli impulsi, appagati attraverso un agito immediato, ha coinvolto anche l'area della maturazione biologica.

Momenti di intensa eccitazione sessuale, generavano in Marco comportamenti di masturbazione, accentuati dalla visione di immagini e disegni in cui egli si focalizza chiaramente sulle mani, quali oggetto erotico isolato, la cui visione lo portava a toccarsi in zone intime e a massaggiarsi energicamente attraverso i pantaloni. E' stato importante, dunque, concentrarsi sui cambiamenti che stava vivendo nel suo scenario evolutivo e adolescenziale, sulla trasformazione corporea, e sull' acquisizione di una crescente consapevolezza riguardo la maturazione biologica, gli impulsi che determina e la capacità di gestirli. Con il trascorrere del tempo lo spazio terapeutico si è configurato come un luogo protetto in cui gradualmente dilazionare le gratificazioni erotiche, riconoscendone il risvolto di un' intimità gestita in modo solitario e in assenza dell' altro. Il contenimento, anche a livello fisico, ha permesso di volta in volta di inserire un lasso di tempo, per quanto, a volte, molto breve, che si inseriva tra la dinamica impulso-acting, differendoli l' uno dall' altro, e permettendo così uno spazio intermedio nel quale esprimere comunicazioni, emozioni e intenzioni, che credo garantissero a Marco anche un maggior senso di sentirsi agente attivo di azioni comunicate, piuttosto che scaricate in modo istintivo attraverso l' acting-out.

Aggressione Passiva

Nel corso del nostro lavoro, ci confrontiamo spesso con la rabbia e con slanci di attacco che possono essere sferrati con una precisione quasi chirurgica. Alcune volte, possiamo ritrovarci dinanzi a situazioni in cui tale rabbia o altri sentimenti negativi, vengono espressi nei nostri confronti attraverso modalità subdole e/o alleviati da atteggiamenti di compiacenza e gentilezza, delineando così un meccanismo di difesa che sembra essere l' esatta trasposizione difensiva della figura retorica dell' ossimoro, in cui convivono elementi incompatibili, in antitesi tra di loro.

Questi aspetti contraddittori, convivono nell' *aggressione passiva*, altra difesa di acting, con la quale l' individuo affronta conflitti emotivi e fonti di stress, sia interne che esterne, esprimendo aggressività verso gli altri in modo indiretto e passivo. Succede dunque, che una facciata di apparente disponibilità, accondiscendenza e gentilezza, maschera una resistenza nascosta nei confronti degli altri.

L' aggressione passiva è caratterizzata dal modo indiretto, velato e passivo, con il quale vengono espressi l' ostilità e i sentimenti di rancore nei confronti degli altri. La persona che si avvale dell' aggressione passiva, ha imparato ad attendersi una punizione, una frustrazione o un rifiuto, qualora esprimesse bisogni o sentimenti direttamente a qualcuno che ha potere, autorità o svolge un ruolo

importante nei suoi confronti. Il risentimento viene espresso attraverso un atteggiamento passivo, il soggetto ritiene di aver diritto proprio alle cose che non chiede apertamente e riconosce di meritare ciò che è sotteso alla comunicazione esplicita. Il disagio che il comportamento passivo aggressivo causa a chi lo subisce, suscita anche un certo piacere nel soggetto. L' apparire ben intenzionato superficialmente, ovvero esteriormente disponibile, fa sì che vengano evitate ritorsioni o contestazioni per la diretta espressione di affetti, bisogni o risentimenti, anche perché la gradevole facciata esterna, confonde e rende difficile l' immediata percezione del comportamento aggressivo. Tale percezione non avviene a livello cognitivo, ma ne viene subito l' influenza a livello emotivo, su un piano meno consapevole.

Nel corso del primo incontro con Marco, ho potuto osservare questa dinamica difensiva, che la madre ha agito su di me, pochi secondi dopo avermi visto per la prima volta. Subito dopo l' accoglienza, infatti, la signora si rivolse a me dicendo che ero un ragazzo giovane, e sottolineando questo aspetto alla presenza di Marco, assunse tono e atteggiamento gentile e delicato, di chi indubbiamente sta facendo un complimento. Mi chiese poi l' età e da quanto tempo lavoravo presso l' Istituto, sempre con un fare dai modi accoglienti.

Nel corso degli ultimi tre anni, ho potuto osservare come spesso il cambiamento di terapeuta domiciliare, in seguito alla chiusura di un

ciclo, possa essere vissuto dal genitore in modo abbandonico e pervaso dalla preoccupazione per il figlio che deve cominciare ex novo un percorso e una nuova relazione terapeutica. Lasciarsi alle spalle il conosciuto, soprattutto se buono o percepito come tale, per avventurarsi nell' incognita di una nuova prospettiva terapeutica.

La madre di Marco ha così comunicato e trasmesso il suo risentimento e la sua opposizione, mascherando una resistenza nascosta nei miei confronti.

La sua comunicazione aggressiva, espressa in modo indiretto, velato e passivo, si accompagnava probabilmente a sentimenti di rancore per l' abbandono terapeutico della collega. Tramite l' aggressione passiva, la signora ha potuto esprimere i suoi sentimenti di natura aggressiva, senza che l' espressione diretta degli stessi potesse portare a un rifiuto da parte mia che da quel momento svolgevo un ruolo importante nei confronti del figlio. Il risentimento espresso attraverso il suo atteggiamento passivo e rivestito da gentile delicatezza, permise alla madre di Marco di rivendicare indirettamente il diritto che non poteva chiedere apertamente, riconoscendo di meritare quanto sotteso alla comunicazione esplicita. L' impatto immediato con una figura giovane, probabilmente destò nella signora la riflessione equazionale per cui essere giovani vuol dire non aver esperienza e non aver avuto esperienza è sinonimo di mancanza di capacità o qualità ancora da

raffinare. Questo aspetto, credo fosse ancora più rimarcato dal fatto che la terapeuta uscente avesse 5-6 anni più di me, oltre ad essere indubbiamente più qualificata ed esperta. La comunicazione della signora nascondeva dunque la contestazione per una linearità terapeutica che non sembrava fondarsi su una progressione logica di esperienza funzionale al miglioramento del figlio. In fondo credo di aver accettato la sua aggressione passiva, senza che questa mi destabilizzasse più di tanto, soprattutto alla luce di un dato di realtà che giustifica nel genitore un atteggiamento legato alla preoccupazione. Non si poteva di certo negare, infatti, la mia giovane età e l' impossibilità, a quel tempo, di aver maturato esperienza, e sarebbe un paradosso ben più patologico, voler ammettere che al genitore arrivasse l' impatto diametralmente opposto, vittima di difese di diniego piuttosto che risultato di un adeguato esame di realtà.

L' aggressività passiva, inoltre, compare spesso quando vengono richieste azioni o prestazioni autonome, e quando qualcuno ha deluso il desiderio del soggetto di ricevere cure (ancor di più se per il figlio), o la sua sensazione di averne diritto in un certo modo e a un certo livello.

Proprio questo è ciò che è successo durante il primo incontro e scambio verbale con la madre di Marco.

Il contributo di Meltzer Identificazione Adesiva e Smontaggio

Meltzer ritiene che esistano meccanismi di difesa propri al bambino autistico, processi che chiama *identificazione adesiva* e *smontaggio*. L' identificazione adesiva, sostiene l' autore, sembra produrre una dipendenza del tipo "aggrapparsi", in cui l' esistenza separata dell' oggetto non viene riconosciuta. Il ruolo fondamentale dell' identificazione adesiva è quello di eliminare qualsiasi scarto, qualsiasi distanza fra ciò che dal punto di vista dell' osservatore è il soggetto e l' oggetto. Per il bambino autistico non esiste questa distinzione fra sé e l' oggetto a cui si lega nel rapporto di identificazione adesiva. Si tratta di un processo difensivo estremamente arcaico che permette di evitare l' angoscia di perdita e/o di separazione, nella misura in cui opera tale identificazione. L' identificazione adesiva cerca di evitare qualsiasi disordine sulla superficie dell' oggetto, il bambino si confonde con l' oggetto, diventa l' oggetto, limitatamente all' aspetto esterno di esso. Il processo di identificazione adesiva infatti, conduce più in direzione della mimica dell' apparenza superficiale e del comportamento dei loro oggetti che non dei loro stati mentali o attributi. La dipendenza, tende così a prodursi in superficie, e questo spiegherebbe la necessità del bambino autistico che la superficie delle cose e il loro aspetto non cambi, affinché la dipendenza sia avvolgente. Un cambiamento anche minimo equivale alla perdita e all'annientamento e provoca di

conseguenza smarrimento e panico. Possiamo affermare che l' identificazione adesiva riguarda la sensorialità rivolta all' esterno, in quanto legata alle vie sensoriali e caratterizzata dalla mancanza di soluzioni di continuità tra funzionamento neurofisiologico e neuropsicologico da un lato e l' oggetto che attiva tale funzionamento dall' altro.

Nel continuum dei meccanismi di difesa, l' identificazione adesiva si colloca prima dell' identificazione proiettiva. Quest' ultima implica il riconoscimento di una differenza tra io e oggetto, anche se l' oggetto ha alcuni attributi dell' io e l' io alcuni attributi dell' oggetto, l' io e l' oggetto sono intercambiabili, ma non indistinti. Nell' identificazione adesiva, invece, tra io e oggetto non si tollerano scarti, fratture, né la minima soluzione di continuità, l' uno e l' altro si confondono, si amalgamano completamente. In tale processo, per il bambino autistico l' oggetto non ha alcuna realtà propria, egli lo include nel suo io attraverso l' identificazione adesiva.

Il secondo concetto proposto da Meltzer è quello di smontaggio. Secondo l' autore, tale processo difensivo si verifica soprattutto nei bambini autistici, che attivano un particolare processo di scissione in cui smontano il loro io nelle sue facoltà di vedere, toccare, sentire, odorare..., e riducono in questo modo l' oggetto a una molteplicità di eventi unisensoriali in cui animato e inanimato diventano

indistinguibili. Il processo dello smontaggio trasforma dunque l' oggetto in piccole porzioni semplificate secondo segmenti di esperienza sensoriale, anziché scisso lungo linee di esperienza emotiva. L' oggetto si trova così frammentato in una quantità di piccoli pezzi, ciascuno portatore di una qualità sensoriale particolare come il colore, l' odore, o un determinato ritmo. Allo stesso modo, nell' area dell' elaborazione cognitiva, i pensieri sono smontati, ridotti a una qualità percettiva monosensoriale, sulla base della quale è impossibile formulare i pensieri. Esplicativo e affascinante nelle sue digressioni, Meltzer sostiene che questa primitiva modalità di pensiero sia paragonabile a un pensiero che si serve esclusivamente di successioni per sineddoche, piuttosto che per metonimia. La sineddoche è infatti una figura retorica che consiste nel prendere il più per il meno, la materia per l' oggetto, la parte per il tutto, il singolare per il plurale, usando una parola al posto di un' altra, mediante l' ampliamento o la restrizione del senso, procedendo per inclusione e dissoluzione del particolare nel generale.

E' importante sottolineare che lo smontaggio è un processo passivo in cui il bambino si lascia andare a percezioni sensoriali isolate le une dalle altre senza che la sua capacità di attenzione le unifichi e le coordini. Il processo attivo consiste nella capacità di attenzione che permette al bambino di stabilire dei legami con le percezioni sensoriali,

di coordinarle e gerarchizzarle per giungere alla percezione di un oggetto completo nella sua forma tridimensionale e nelle sue qualità intrinseche. La capacità di attenzione lascia il posto a questo processo passivo, in cui i vari sensi si lasciano attrarre dall' oggetto che sembra più stimolante in quel momento. Quando l' io e l' oggetto si disperdono nei loro frammenti costitutivi, cessano di esistere, e questi frammenti si distinguono per il loro carattere unisensoriale (smontaggio) e per il loro aspetto di superficie (identificazione adesiva).

Lo smontaggio, inoltre, essendo un processo passivo che consiste semplicemente in questo "lasciarsi andare", è privo di angoscia e dolore e appare addirittura come qualcosa che produce distensione e rilassamento. Questo spiega l' assenza di angoscia di dispersione che comparirà solo dopo aver vissuto le prime esperienze di unità e coerenza dell' io. Dopo che l' io avrà sperimentato questi momenti di unità, sarà allora invaso dalla terribile paura di perdere tale unità, dalla minaccia di questo crollo (*breakdown*), come lo chiama Winnicott.

Il concetto di smontaggio, delinea un processo difensivo che differisce in modo radicale dalla scissione descritta da M. Klein. L' autrice infatti suppone la presenza, fin dalla nascita, di un io completo e unificato, e la separazione è un processo attivo, realizzato dall' io sugli oggetti, e la scissione, successivamente, colpirà anche l' io. In questa visione,

dunque, la scissione dell' io è un processo decisamente attivo, successivo alla scissione dell' oggetto, anch' essa di qualità attiva.

La distinzione avviene dunque su questo piano, lungo l' asse attività/passività del processo difensivo : da un lato la scissione attiva operata dall' io e dall' altro lo smontaggio passivo secondo le linee della sensorialità. Da tale precisazione deriva un' ulteriore chiarificazione : l' oggetto scisso, a cui si lega un meccanismo costantemente attivo, destinato a proteggere il sé e prodotto dall' io del soggetto, mentre nell' oggetto parziale, la frantumazione è subita dal soggetto che non ha mai conosciuto altri stati oggettuali.

Secondo la Tustin, il ruolo essenziale dell' oggetto autistico è di coprire il buco nero che costituisce la spaventosa minaccia contro la quale si costruisce la sintomatologia autistica. L' oggetto autistico è, secondo l' autrice, un oggetto sperimentato come se fosse un "me" totale, a differenza dell' oggetto transazionale che possiede invece una mescolanza di "me" e "non-me". Fra gli oggetti autistici, la Tustin descrive la mano dell' altro, che i bambini autistici usano come se non avesse alcuna vita o volizione sua propria, come se fosse un' estensione del proprio corpo capace di realizzare i loro desideri.

Nel corso della terapia con Marco, prendere la mia mano per avvicinarla ai tasti del Pc, per scrivere le parole nel motore di ricerca, in assenza di verbalizzazioni richiestive, costituiva il suo rifiuto di

percepire il limite del proprio io, la volontà o il bisogno di includere l' altro in un prolungamento ameboide di questo stesso io. Questo particolare comportamento, atteggiamento difensivo contro quel buco nero in cui si riflette la depressione psicotica, rappresenta il meccanismo dell' identificazione adesiva di Meltzer, attraverso la quale Marco produceva la sua dipendenza del tipo "aggrapparsi", in cui l' esistenza dell' oggetto non veniva riconosciuta, in un esempio estremo ed emblematico di tale processo difensivo. Marco si legava a me grazie a tale processo, mi includeva in un io senza confini, utilizzando la mia mano come un' appendice di estensione del suo braccio. Lo smontaggio della sensorialità fissa l' attenzione del bambino autistico sulla mano, mentre attraverso l' identificazione adesiva egli si include nel corpo dell' altro, non riconoscendosi alcun limite.

Marco ricercava spesso sensazioni tattili premendo con forza con la pianta del suo piede sul mio, oppure dopo essersi appoggiato/sdraiato su di me in modo adesivo, premeva con forza il gomito sul mio braccio o sui miei fianchi. La necessità di procedere per contiguità, lo portava a privilegiare l' uso dei sensi prossimali e a non investire su quelli distali, trascurandoli. Il contatto di contiguità, dunque, giocava un ruolo fondamentale a livello corporeo. Prendere al mia mano e aderire al mio corpo o a parti di esso, significava per Marco utilizzare il senso del tatto

per un rapporto di contiguità in cui veniva abolito ogni confine, ogni possibilità di percepire un limite, una distanza, avvalendosi di un utilizzo della sensorialità modificato dai meccanismi difensivi descritti da Meltzer, che alterano anche la capacità di organizzare il pensiero cognitivo. L' identificazione adesiva, fa intervenire la pelle in una funzione molto più arcaica e sensorializzata, dalla quale il lavoro di raffigurazione, di rappresentazione e di metonimia, che appartiene al registro simbolico, è in gran parte escluso.

Identificazione adesiva e smontaggio, sono dunque due processi difensivi che procedono di pari passo. Il campo di azione dell' identificazione adesiva è generalmente rivolto verso il mondo esterno, mentre lo smontaggio opera principalmente sulle sensazioni, con l' obiettivo di arrestare lo sviluppo di un io in embrione, minandone alla base il senso di coerenza e agendo su due piani : provocando le abitudini motorie e le stereotipie e determinando la scelta di particolari oggetti autistici. Ogni comportamento la cui realizzazione porterebbe il bambino a riconoscere i propri confini, viene così ridotto alla funzione di pura scarica motoria.

E' evidente come tali strategie difensive, hanno esercitato la loro influenza su Marco anche nell' area dei vissuti e delle esperienze erotiche, e nelle modalità di gestione degli impulsi sessuali. Ho descritto come Marco presentava momenti di intensa eccitazione

sessuale, accentuati dalla visione di immagini in cui la sua attenzione si focalizzava esclusivamente sulla mano quale oggetto erotico stimolante. Nella sua elaborazione cognitiva di immagini e rappresentazioni erotizzate, i pensieri smontati e la loro riduzione in qualità percettive monosensoriali, non gli permettevano di formare un' immagine erotica intera e completa, mutilando così una rappresentazione che rimaneva arginata nella parcellizzazione. E' qui che il suo pensiero procedeva esclusivamente con successioni per sineddoche, è qui che la parte stava per il tutto, una mano aveva la valenza sinuosa e erotizzante di un intero corpo femminile, mediante l' estensione di senso, procedendo per inclusione/dissoluzione del generale nel particolare : la mano include e sta per l' intero corpo, la cui immagine o rappresentazione si dissolve nel significato stesso del suo singolo particolare.

Sembra chiaro quindi come l' influenza di identificazione adesiva e smontaggio sia pervasiva nella strutturazione della posizione autistica, all' insegna delle loro caratteristiche che li definiscono tra i più arcaici meccanismi di difesa psichici. L' identificazione adesiva opera per mantenere e rafforzare uno spazio piano, senza confini e con oggetti ridotti a rapporti di contiguità e il comportamento di “prendere la mano” ne illustra in modo esauriente la funzione e il significato di come viene utilizzato un oggetto autistico funzionale al rifiuto/incapacità di percepire una distanza tra io e non-io. L' identificazione adesiva

ostacola lo sviluppo del pensiero cognitivo e la capacità di utilizzo dei simboli, e lo smontaggio ne completa l'azione introducendo un'interruzione dell'attenzione che impedisce coordinamento, concatenazione e gerarchizzazione di messaggi, sia a livello cognitivo che affettivo, e facilita la disorganizzazione di schemi comportamentali.

Il contributo di P. Kernberg

Paulina Kernberg, ha concentrato i suoi lavori sullo studio, sulla valutazione e sulla classificazione delle varie strutture di personalità, nei bambini e negli adolescenti, considerando quali meccanismi di difesa caratterizzano le strutture organizzative di un individuo, in particolar modo quelle indicative dei vari quadri psicopatologici.

Tra le difese autistiche, l'autrice annovera dei meccanismi che contribuiscono a definire un quadro patologico caratterizzato dai seguenti elementi :

- disfunzioni cognitive legate a cambiamenti idiosincrasici dal concreto all'astratto;
- rigidità e confusione tra animato e inanimato;
- affetti indifferenziati e diffusi, in un quadro di sé rigido, coartato e caotico;
- l'esperienza di sé è elusiva e mutevole con tratti parziali di altri vissuti come se appartenessero a sé stesso;

- la rappresentazione di sé non può essere definita in modo chiaro e distinto dalle rappresentazioni degli oggetti o di altre persone;
- gli oggetti sono fusi l' uno con l' altro, così come il simbolico e il concreto;
- assenza di empatia, capacità di auto-osservazione e consapevolezza dell' altro.

I meccanismi di difesa che appartengono a tale quadro strutturato di modalità relazionali, cognitive e affettive sono :

- indifferenziazione;
- coartazione;
- deanimazione;
- frammentazione;
- smontaggio;
- incapsulamento autistico;
- fusione;
- ipocondriasi.

Nell' *indifferenziazione*, molti elementi tra loro diversi, perdono le loro identità separate e diventano omogenei. Viene dunque rimosso l' ordine di un' organizzazione, rendendola caotica, e le cose vengono mescolate assieme senza considerazione per le loro funzioni specifiche originarie.

Questo meccanismo difensivo, era evidente, nel corso della terapia con Marco, quando il contenuto delle scatole di giocattoli veniva scaricato

in un mucchio disorganizzato, costruzioni di diverso tipo, macchinine e pupazzetti, si disperdevano in modo confusivo in un groviglio diffuso di oggetti dove mancavano riferimenti di ordine e classificazione in categorie diverse.

La *coartazione*, implicava in Marco una ripetizione persistente, conservativa e rigida, di pensieri cognitivi, affetti e comportamenti. Questo implicava un significativo restringimento del sé e della percezione dell' altro da parte sua. Ogni cosa doveva stare in un' unica area, limitata alla stessa azione, seguendo le stesse procedure di inizio, svolgimento e fine. Questo era evidente nelle sue modalità di giocare con le costruzioni, dove l' assemblaggio dei bionicle prevedeva gli stessi steps di istruzioni ripetuti in modo rigido, senza apportare modifiche, e spesso imparati a memoria, in cui qualsiasi mio intervento di modifica veniva puntualmente cancellato o corretto secondo gli standard prefissati dalla rigidità di esecuzione riconosciuta.

Ugualmente, la scelta delle canzoni su youtube, ha seguito costantemente lo stesso ordine generale, permettendo al massimo delle leggere modifiche che alteravano tale monotonia di ripetizione.

La *deanimazione*, invece, rende senza vita un oggetto animato. Questo processo difensivo era evidente durante i primi mesi di terapia con Marco, nel momento in cui poggiava oggetti come forbici o pezzi di costruzione, sulla mia gamba così come poteva poggiarli sulla

scrivania, senza confermare in me l' elemento vitale di una presenza relazionale e senza alcun riconoscimento attraverso emozioni, richieste e/o contatto visivo.

Nella *frammentazione*, aspetti pericolosi del sé e dell' altro vanno fatti a pezzi e sparpagliati. L' oggetto può essere un insieme di pezzi disparati, come i lego, e l' oggetto intero non deve necessariamente essere concretamente formato per essere sparpagliato. Aspetti del sé e dell' altro devono quindi essere fatti a pezzi e sparsi in giro per far sì che il bambino non viva la pericolosità e l' angoscia di una rappresentazione intera e integra, soprattutto se condivisa con l' altro.

Questo era essenzialmente il motivo per cui qualsiasi tentativo di costruzione di un' immagine diversa o di un oggetto, effettuata con una mia anche marginale partecipazione individuale, non poteva essere accettata da Marco, che smontava qualsiasi composizione che portava e rappresentava il risultato di una mia partecipazione a una forma intera e nuova, inventata al di là di regole e procedure memorizzate e per questo conosciute e tranquillizzanti.

Già ho descritto in modo approfondito il ruolo dello *smontaggio* nella posizione autistica secondo le teorie di Meltzer, che tra l' altro conferiscono a tale meccanismo di difesa un ruolo basilare nell' impostazione del funzionamento autistico sul piano sensoriale. Paulina

Kernberg sembra semplificarlo più che altro a un processo di riduzione in segmenti sconnessi, non correlati.

L' *incapsulamento autistico*, dimostra come il bambino riesce a veicolare, attraverso il gioco, un processo di isolamento rispetto all' ambiente e al terapeuta, definendo così una barriera totale, protettiva. La dipendenza autistica e assorbente di Marco dal Pc ha caratterizzato, soprattutto nei primi mesi di terapia, un autentico muro attorno a lui e nella sua mente. La ricerca di iperstimolazioni sensoriali, le auto-stimolazioni e i comportamenti stereotipati racchiudo l' essenza di tale meccanismo.

La concomitante confusione dei confini nell' area della differenziazione tra sé e non-sé entro uno stato di unicità, rappresenta invece il risultato del processo difensivo di *fusione*, in cui le singole cose si perdono in una sconfinatezza con il tutto. E' così che bambino e drago venivano mescolati e contaminati nei ritagli di immagini di personaggi dei cartoni, come una sorta di puzzle diversi, ma intercambiabili e confusi tra loro per essere deindividualizzati.

Strategie difensive di stile *ipocondriasi* non sono mai state agite da Marco, che non ha mai espresso lamentele, soprattutto a livello somatico, per richiedere un aiuto subito seguito da risposte di rifiuto. Nel ripensare ai momenti trascorsi con Marco, forse un suo comportamento abbastanza usuale, potrebbe avvicinarsi a tale dinamica

difensiva. Durante l' ascolto delle canzoni ricercate su internet, in alcune occasioni Marco mi permetteva di sceglierne alcune, verbalizzando in diverse occasioni tale richiesta. Quello che succedeva subito dopo, era che in primo luogo, accettava la canzone, per poi cambiarla o rifiutarla nell' immediato, oppure la mia possibilità di scelta decadeva in seguito a una mia indecisione di alcuni secondi sulla canzone da ricercare. Marco faceva dunque una richiesta per poi rifiutarla, a volte pretendeva il mio intervento nella decisione, e tale aspetto era poi annullato e svalutato. Probabilmente la sua disponibilità a darmi potere di decisione, veniva caratterizzata anche da una componente di aggressione passiva espressa tramite la condizione di un "timer di scelta", che se non rispettato, portava alla squalifica del mio ruolo in quel momento.

CONCLUSIONI

L' integrazione e la prospettiva psicodinamica, rappresentano i contorni di una *holding terapeutica* che fa sì che gli interventi siano frutto di progetti e non di sperimentazioni caotiche.

La funzione mentalizzante del terapeuta racchiude in sé il valore di sostenere bambino e genitori nel riconoscere e mantenere le rappresentazioni interne che vanno prendendo corpo. Il setting domiciliare introduce nella relazione terapeutica molti elementi-ambiente che rischiano di sommergere tale funzione, la cui salvaguardia è affidata alle capacità di un terapeuta capace di osservare l' implicito e l' esplicito, riflettere sui sentimenti che l' incontro suscita in lui e nella famiglia, metabolizzare e trasformare l' elemento sensoriale grezzo in una nuova creazione della mente, favorendo il trasferimento da una *rêverie terapeutica* a una *rêverie genitoriale*. Tracciare un orizzonte di senso, è la condizione essenziale affinché le diverse attività acquisiscano un loro preciso significato all' interno del campo di relazione che si sta formando. Riconoscere e riflettere sulla complessa rete dei meccanismi di difesa, tessitura che è in grado di combinare aspetti arcaici con quelli più adattivi, è uno dei processi terapeutici che ci aiuta a delineare elementi di chiarificazione, in particolar modo nei primi momenti di terapia con il bambino.

La comprensione dei vissuti emotivi, dei pensieri, dei comportamenti che hanno innescato o sono stati conseguenza di processi difensivi attivati, permette al terapeuta di capire dove si trova in quel momento nella relazione terapeutica, di comprendere la distanza reale che ci separa da quel bambino, e soprattutto di elevarsi dal caos di ambivalenze e diffuse confusioni che annebbiano la comprensione di connessioni logiche e di causa-effetto che hanno generato stati emotivi e reazioni controtransferali intense, spesso difficili da tollerare e da elaborare perché incerta è l'origine che li ha determinati. Riconoscere il proprio ruolo, e quello del bambino, a livello di attivazione dei meccanismi di difesa più arcaici, conferisce al terapeuta il senso di orientamento grazie al quale i moti emozionali attivanti si avvalgono finalmente di un significato chiaro, che restituisce dignità a un'azione, che diviene tale perché comprensibile.

Il potere esplicativo della comprensione delle difese nostre e altrui è funzionale al miglioramento della relazione terapeutica, tanto quanto il loro potenziale confusivo e difensivo sia ammaliante, in funzione delle loro caratteristiche intrinseche.

Confrontarsi con l'autismo vuol dire spesso confrontarsi con esperienze terapeutiche molto intense che necessariamente sostengono l'attivazione di posizioni difensive anche molto rigide.

Comprendere la metafora dello *smontaggio sensoriale* di Meltzer, ci aiuta a fare chiarezza sulla fenomenologia psichica degli stati autistici, sui significati che questi veicolano. La frammentazione dell' esperienza consente al bambino autistico di non avvertirla più come pericolosa grazie a una settorialità che impedisce forme di integrazione. Lo smontaggio si innesca sull' *identificazione adesiva*, meccanismo che permette al bambino di aderire completamente alla superficie degli oggetti evitando di sperimentare la tridimensionalità che conferisce profondità, ed elude l' esperienza del limite che prefigura il senso di separatezza, depotenziando inoltre l' utilizzo dei sensi distali, a favore di una preferenza per quelli prossimali.

Questi meccanismi offrono la possibilità al terapeuta di comprendere quei comportamenti attraverso i quali il bambino autistico ci strumentalizza ad oggetti inanimati, devitalizzati e funzionali esclusivamente al raggiungimento di uno scopo o all' appagamento di una richiesta.

La nostra armonia psichica è garantita e sostenuta dai meccanismi difensivi che si sono strutturati all' interno della nostra personalità, allo stesso modo di come nel bambino autistico la sua posizione strutturale è il risultato dei processi difensivi descritti da Meltzer, in una rappresentazione disarmonica di funzionamento sui vari livelli.

E' sempre opportuno ricordare che la diagnosi differenziale non riguarda esclusivamente l' evidenza sintomatologica dei quadri patologici, ma anche i meccanismi di difesa stessi, che di tali situazioni diagnostiche rappresentano spesso elementi sintomatici e discriminanti di comportamenti indicativi di un disturbo o di un pattern specifico.

Un buon terapeuta deve dunque maturare capacità diagnostiche differenziali, tanto nei sistemi di classificazione nosologici, quanto nella valutazione dei meccanismi difensivi, a un livello differenziale.

Confondere una difesa, significa compromettere la comprensione e la corretta individuazione del vissuto che vi si accompagna, e rendere la dinamica relazionale vittima di distorsione di significati.

Confondere difese affini, quali *proiezione* e *identificazione proiettiva*, *formazione reattiva* e *annullamento retroattivo*, *razionalizzazione* e *intellettualizzazione*, significa spostare il focus esplicativo, che finisce per nascondere o deviare la veridicità delle cose, così come la spiegazione che ne diamo a noi stessi e agli altri, impedendone la presa di coscienza. Le difese si intrecciano e si sovrappongono, spesso si possono combinare tra loro, addirittura si innescano l' una sull' altra una difesa matura con un' altra estremamente arcaica, e divenire buoni conoscitori delle difese a un livello teorico e di valutazione pratica, non sempre ha il riscontro concreto di saperle riconoscere in noi stessi.

Con Marco mi sono dovuto confrontare con meccanismi di difesa ancestrali, la rabbia ha dominato il mio vissuto ancora prima di conoscerlo in quanto trasmessa dalle proiezioni della sua ex terapeuta. Gli effetti dello smontaggio e dell' identificazione adesiva mi hanno causato sensi di impotenza e inattività esacerbati dalla percezione distorta di un tempo di terapia rallentato e infinito.

Ho incassato la sua rabbia, ho dovuto tollerarla, ma sono stato anche contaminato da una rabbia proiettata, che mi ha indotto reazioni di *acting-out* non diverse da quelle che lui stesso metteva in atto. Il mio primo *acting-out* di spegnergli il Pc, è stato forse il primo vero spiraglio di interazione, a testimonianza del fatto che anche una difesa di basso livello svolge la sua funzione, in questo caso determinante, probabilmente perché eravamo sullo stesso livello.

Tra *anticipazione* e *acting-out* (che accostamento difensivo!), *razionalizzazione* e *proiezione*, il setting domiciliare dal carattere non ortodosso, mi ha esposto inevitabilmente ad altri attacchi aggressivi, più velati e meno riconosciuti, da parte dei genitori, il tutto accompagnato dal quotidiano senso di essere controllato.

Il fatto che Marco, nella sua patologia, fosse inoltre molto viziato, ha rafforzato maggiormente la sua tendenza all' *acting* e la sua intolleranza a qualsiasi frustrazione seguita a divieti o limitazione da parte mia.

La strategia quasi sedativa di accontentarlo o lasciarlo assorbito dal Pc per ore intere in cambio della sua tranquillità, ha probabilmente rafforzato la sua strategia euristica di esplosione rabbiosa che ha sostituito qualsiasi tentativo di comunicazione di un' intenzione, di un dissenso o di una protesta, che veniva direttamente agita, anziché verbalizzata. Nei dati anamnestici si legge che sin da quando Marco non aveva ancora tre anni, i genitori riferivano che le sue richieste erano "leggi" che non ammettevano contestazioni e la sua oppositività lo caratterizzava già da quando, a quell' età, rifiutava in modo categorico le visite, così come avrebbe fatto per diversi anni.

Questa modalità non era cambiata. La dinamica richiesta/impulso-acting era ben strutturata e inserirsi gradualmente all' interno dell' area intermedia, per dilazionare le sue gratificazioni, ha richiesto un lavoro lungo e dispendioso. Differire l' impulso dall' azione, fin dove possibile e nelle situazioni in cui tale richiesta e contenimento non erano eccessivamente audaci, ha fatto sì che tra desiderio e azione immediata si potesse inserire la comunicazione, e che tra le comunicazioni potesse esserci un piccolo spazio da riservare alle emozioni.

"Mamma si arrabbia...dispiaciuto" fu la prima comunicazione emotiva dopo quasi un anno di incontri a frequenza bisettimale, un' emozione che rompe il freddo dell' automatismo e delle azioni rigide, stereotipate, che davano un senso di inanimato e meccanico a quello spazio dove la

condivisione era così difficile e la comunicazione bloccata nella sua chiusura e devozione al Pc.

Dopo tre anni trascorsi in terapia con Marco, quello che mi rimane più impresso nell' animo è il suo saluto da lontano, dal balcone di casa, quando ogni tanto, dal secondo anno in poi, aspettava quei pochi secondi che scendessi le scale e, una volta sul viale, voltandomi lo vedevo lì che mi salutava e in un' occasione mi strillò "torna presto".

La condivisione dei video musicali di youtube, credo abbia rappresentato un' ulteriore conferma e rinforzo alla sua capacità di ammettere e riconoscere le emozioni. Nell' ultimo periodo, che di fatto ha sancito la chiusura del suo ciclo terapeutico, le sue due canzoni preferite erano "sei nell' anima" e "suicidio d' amore" di Gianna Nannini. Le ultime settimane ci hanno accompagnato sulla scia di queste musiche e di queste parole, cornice melodica di un congedo terapeutico dall' eco di 200 incontri. Cantare insieme queste parole è stato un modo intenso per salutarci, un' *emozione tra le difese*, e allo stesso modo vorrei concludere queste pagine con le stesse parole, in omaggio a Marco, perché è quello che mi ha regalato nel corso degli ultimi incontri, perché è grazie a lui che ho scritto queste pagine, o meglio le ho scritte giorno dopo giorno, incontro dopo incontro, si formavano nella mia mente, forse in modo confuso, e quello che ho fatto in questi giorni è stato solo fare un po' di ordine per poterle

scrivere. Marco ha rappresentato la prima terapia della mia vita professionale, è stato un bambino in grado di resistere malgrado le mie migliori intenzioni e la mia costanza, uno di quelli che mette alla prova e vanifica a lungo gli enormi sforzi messi in campo e le energie investite, ma allo stesso tempo capace di sorprendermi, perché nonostante i suoi comportamenti e la lettura che ne possiamo dare, al di là delle nozioni e delle esperienze, alla fine di tutto correla solo con sé stesso. A un bambino che ridimensiona costantemente il nostro senso di onnipotenza e il nostro narcisismo, confondendo inoltre le nostre ipotesi di lavoro e le nostre valutazioni, vanno le nostre attenzioni e i nostri ringraziamenti per averci ricordato ogni giorno che, nella vita, l' esercizio dell' umiltà rappresenta la chiave di lettura per affrontare le situazioni complesse.

Sei nell' anima
(Gianna Nannini)

*Vado punto e a capo così
Spegnerò le luci e da qui
Sparirai
Pochi attimi
Oltre questa nebbia
Oltre il temporale
C'è una notte lunga e limpida
Finirà
Ma è la tenerezza
Che ci fa paura
Sei nell' anima
E lì ti lascio per sempre
Sospeso
Immobile
Fermo immagine
Un segno che non passa mai
(...)
Quanta tenerezza
Non fa più paura
Sei nell' anima
E lì ti lascio per sempre
Sei in ogni parte di me
Ti sento scendere
Fra respiro e battito
(...)
Goccia a goccia
Fianco a fianco*

Suicidio d' amore
(Gianna Nannini)

*Lascia che sia la sera
A spargersi nei viali
Mentre mi volto indietro e svuoto la valigia
Rimangono i capelli
Le punte fragili
E gli occhi rossi rossi contro vento
Angelo mio saltiamo
In fondo al buio andiamo
Cadendo giù
Per sempre liberi
Angelo mio saltiamo
Spaccami il cuore piano
Portami ovunque senza andare via
Basterà
Abbracciami
Niente ci può sciogliere
(...)
Solo uno sguardo prima di andar via
Basterà
(...)*

BIBLIOGRAFIA

DAVIES M., SIDOLI M. (a cura di), (1988), *La psicoterapia junghiana con i bambini. L'individuazione nell'infanzia*. Roma, Edizioni Magi, 2004.

DI RENZO M. (a cura di), *I significati dell'autismo. Integrazione della realtà emotiva e cognitiva nella realtà e nella clinica*, Roma, Edizioni Magi, 2007.

FORDHAM M. (1976), *Il Sé e l'autismo*, Roma, Edizioni Magi, 2003.

KERNBERG P.F., WEINER A.S., BARDENSTEIN K.K., *I disturbi di personalità nei bambini e negli adolescenti*, Roma, Giovanni Fioriti, 2000.

LINGIARDI V., MADDEDDU F., *I meccanismi di difesa*, Milano, Raffaello Cortina, 2002.

MARCELLI D. (1986), *Posizione autistica e nascita della psiche*, Roma, Armando, 1991.

MELTZER D., BREMNER J., HOXTER S., WEDDEL D., WITTENBERG I. (1975), *Esplorazioni sull'autismo*, Torino, Bollati Boringhieri, 1989.

PERRY, J.C. (1990), «Defense Mechanism Rating Scales. 5th edition.», in V. Lingiardi, F. Madeddu, *I meccanismi di difesa*, Milano, Raffaello Cortina, 2002.

WINNICOTT D.W. (1989), «La paura del crollo», in D.W. Winnicott, *Esplorazioni Psicoanalitiche*, Milano, Raffaello Cortina, 1995.

