

Babele

Laboratorio editoriale di Scienze dell'Età Evolutiva

Quaderni dell'Istituto di Ortofonia

IdO 
Istituto di Ortofonia

Ferdinando Benedetti

Psicologo clinico, Psicoterapeuta,
Psicoanalista SPI-IPA

Gabriella Gentile

Psicoterapeuta dell'infanzia e dell'adolescenza,
Psicoanalista SPI-IPA membro ordinario

Valentina Lo Presti

Psicoterapeuta dell'infanzia e dell'adolescenza
Modello Tavistock

Luana Ragni

Psicologa, Psicoterapeuta, membro ordinario AIPPI

Bambini con “alterazione globale dello sviluppo psicologico nas”. Quale ruolo per la riabilitazione e per la psicoterapia psicoanalitica?

ISBN: 979-12-81267-07-7

Riassunto

Si riscontra un vasto fenomeno sociale: ai bambini diagnosticati con tratti autistici vengono di norma prescritti trattamenti di tipo riabilitativo. Un gruppo di Psicoterapeuti dell'Infanzia e di Psicoanalisti ha osservato l'andamento delle cure di 30 bambini nell'arco di molti anni riscontrando l'inadeguatezza dei trattamenti riabilitativi e invece i notevoli risultati dei trattamenti con Psicoterapia Psicoanalitica. Gli Autori argomentano il proprio punto di vista: l'inappropriatezza – per bambini con tratti autistici – di un primo approccio con riabilitazione; sostengono inoltre che il trattamento d'elezione, assieme ad un contesto sociale facilitante, sia la psicoterapia psicoanalitica.

Parole chiave: Bambini con tratti autistici, Prime Relazioni, Riabilitazione, Psicoterapia Psicoanalitica

1



Edizioni MITE

1. Premessa¹

“Sindrome da alterazione globale dello sviluppo psicologico”, mutuata dal Manuale ICD-10, riguarda il cosiddetto “spettro autistico” ed è evocativa per rappresentare quei bambini candidati, nella nostra società, a diventare utenti di Servizi Riabilitativi. Il fenomeno ha assunto rilevanza sociale: una tendenza del mondo degli adulti ad orientarsi ed orientare bambine e bambini che si esprimono attraverso sintomi corporei, verso la riabilitazione.

Le dimensioni dei fatti fanno pensare ad una cultura prevalente, in ambito sanitario, scolastico e tra le famiglie, incardinata – così sembra – sulla scomparsa del sintomo. Le diagnosi sono incentrate su singole funzioni difettose in cui corpo e mente risultano scissi e in modo speculare le discipline riabilitative sono rivolte alla eliminazione del sintomo, cosa che tra l’altro spesso non accade. Perfino i Pediatri sono pronti a prescrivere, nei casi di disabilità più o meno grave, l’intervento riabilitativo come unico e prioritario rimedio: il bambino parla male? C’è l’invio alla logopedista; è scoordinato a livello motorio? C’è lo psicomotricista; ha disturbi dell’attenzione? Ecco la riabilitazione neuropsicologica. Parte della letteratura specialistica tende a mettere al centro un rapporto integrato e collaborativo tra riabilitazione e psicoterapia. Ad esempio Rebecca (1991) propone l’intervento dei riabilitatori supervisionati dai clinici dell’infanzia. Moretti (2007) propone un intervento combinato di terapia sistemico relazionale affiancato dalla logopedista cui viene affidata la cura del bambino.

Mastella e Pinotti (2018) propongono l’azione della logopedista con il bambino supervisionata dallo psicoanalista. Beschi e Curone (2018) propongono sedute in comune, psicoterapeuti, riabilitatori e famiglie con bambino, per favorire una cultura grupale attorno a ciascun caso clinico ed evitare così la frammentazione degli interventi. Alterio (2022) e Ferraro (2018) mettono in evidenza l’utilità di un intervento integrato di équipe multidisciplinare all’interno del quale la psicoanalisi svolge un ruolo di ascolto delle esigenze del bambino e di orientamento dell’intervento riabilitativo. Ma questi ed altri casi virtuosi non rappresentano la prassi dominante tra i Pediatri e nei Servizi Pubblici e Privati. Le Linee Guida del 2006 della SINPIA così recitano: “Circa le caratteristiche dell’operatore che deve essere direttamente impegnato nell’effettuazione del programma, la figura del Terapista della Neuro Psicomotricità dell’Età Evolutiva, in accordo ai più recenti profili professionali, risulta la più idonea” (p. 61). Ricontriamo una convinzione sociale diffusa e maggioritaria in virtù della quale l’intervento riabilitativo è intervento preminente, prioritario ed esclusivo. In molti casi la prescrizione di riabilitazione appare come un automatismo, quasi un destino, come se non vi fossero altre modalità di intervento possibili. Quanto è appropriato questo tipo di approccio generalizzato e indiscriminato, per fronteggiare i disturbi nell’infanzia? Si tiene conto delle esigenze dei bambini?

2. Distinzioni

Fino a 20 anni fa l’attenzione degli studiosi era concentrata sul funzionamento psicotico dei bambini con difficoltà di sviluppo: autistici solo nei casi estremi. Il dilagare dei modelli cognitivo-comportamentali ha spostato l’attenzione dalle modalità di funzionamento interno del bambino (struttura) al computo delle abilità adattive osservate nel comportamento, attivate o da attivare attraverso procedimenti stimolo-risposta concepiti come avulsi dalla dimensione emozionale e relazionale.

Avanziamo qui il nostro sospetto basato su una seppur ristretta casistica: nei casi di bambini classificabili con “alterazione globale dello sviluppo psicologico non specificata” (F84.9, F88, F89, ICD-10 p. 267) i trattamenti riabilitativi – nelle fasi iniziali della cura – **sono non solo inappropriati ma iatrogeni.**

¹ Questo scritto è frutto della collaborazione tra Psicoanalisti e Psicoterapeuti dell’infanzia che operano, nel pubblico e nel privato, in territori dell’Italia Centrale (Fabriano, Osimo, Castelfidardo, Teramo) e che hanno esperienza anche istituzionale nella cura dell’handicap. Ringraziamo le Dott.sse Federica Bussolotti e Valentina Canalini per l’insostituibile contributo clinico al presente lavoro.

Nella nostra casistica i bambini sono stati diagnosticati da équipes multidisciplinari di Servizio Pubblico con le classi del Manuale ICD-10. Il paragrafo “F84 Sindromi da Alterazione Globale dello Sviluppo Psicologico” comprende 10 classi diagnostiche di cui solo la prima è autismo vero e proprio. Le altre classi si riferiscono a bambini con tratti autistici e con un ritardo generalizzato dello sviluppo. *Nel nostro lavoro quindi non ci riferiremo a bambini “autistici F84.0”, ma a bambini con tratti autistici.*

3. Uno studio preliminare propedeutico ad una ricerca su base empirica

Abbiamo esaminato in modo longitudinale le vicissitudini di una trentina di bambini arrivati all'osservazione dei clinici che operano all'interno di Servizi Territoriali per l'infanzia di alcune ASL, laddove il lavoro d'équipe prevede una valutazione multidisciplinare da parte del Neuropsichiatra infantile, dello Psicologo-Psicoterapeuta, dei Riabilitatori e dell'Assistente Sociale.² Ad Osimo in particolare, dal 2013 al 2021 la collaborazione tra l'équipe di Servizio Pubblico (UMEE) e un gruppo di Psicoterapeuti dell'infanzia Tavistock ha favorito una esperienza di intervizione che è durata otto anni della quale restano i resoconti dei casi presentati e le osservazioni del gruppo. Abbiamo concentrato l'attenzione su bambini tra i 3 e gli 8 anni con diagnosi di “alterazione globale dello sviluppo psicologico” (ICD-10 1994, F84.9; F88; F89; DSM5 2013, Livelli 1-2 dello spettro autistico), bambini caratterizzati da scarso investimento nelle relazioni sociali, marcata tendenza ad isolarsi, manifestazioni di rabbia e di opposizione verso qualsiasi regola, scarsa tolleranza alla frustrazione alternata a iperadattamento alle richieste ambientali, ritardo/disturbo del linguaggio, mancato investimento sulle attività scolastiche, agire impulsivo e incontrollato.

Tra di essi ne abbiamo selezionati 5, trattati con riabilitazione e/o con psicoterapia psicoanalitica che presenteremo in questo scritto.

Sono situazioni che danno corpo alle nostre perplessità su una cultura diagnostico/terapeutica imperante che non tiene pienamente conto dei bisogni originari dei bambini. Non abbiamo la pretesa di validare una tesi con la ricerca empirica poiché abbiamo a disposizione una casistica limitata; tuttavia, l'esperienza clinica evidenzia il sospetto che in alcuni casi di bambini con “alterazione globale dello sviluppo psicologico” la riabilitazione non costituisca il trattamento prioritario ed elettivo, mentre si rivela indispensabile il trattamento psicoterapeutico psicoanalitico come intervento iniziale preminente.

4. Il mercato della cura e l'autodiagnosi

Cercando su internet è possibile notare la grande quantità di pronunciamenti di associazioni di categoria e di importanti centri medici a carattere nazionale che si esprimono in questo modo: “Bambini, quando rivolgersi al logopedista? [...] è utile portare il bambino dal logopedista quando a 2 anni non ha ancora cominciato a parlare, dai 3 anni in poi non si esprime in maniera comprensibile, il numero di suoni che produce è limitato... ecc. [...] Quando si nota che il proprio bambino non segue i parametri normali dello sviluppo del linguaggio potrebbe essere utile rivolgersi al logopedista” (Magazine Santagostino Milano 1/1/2023).

Oppure: “Logopedia per bambini quando serve? [...] il logopedista interviene in tutte le fasi dell'apprendimento del linguaggio, a partire dalla lallazione [...] condizioni che richiedono l'intervento certo di un logopedista [...] condizioni che riguardano sia i disturbi di espressione che di comprensione possono essere: disturbi del linguaggio di origine neurologica, autismo, ritardo cognitivo, iperattività”. “Se avete realizzato che il vostro bambino ha bisogno di seguire un percorso di logopedia, quando iniziare? La risposta è: subito! Correte a consultare un logopedista ecc.” (www.pianetamamma.it; 1/1/2023). Sono solo due degli innumerevoli esempi di come molte organizzazioni sanitarie trattano pubblicamente i ritardi o disturbi di sviluppo. Risalta la logica della scomposizione della persona

² I casi in trattamento di cui abbiamo esperienza diretta sono stati seguiti con un setting “classico”, cioè con una psicoterapeuta per il trattamento del bambino e l'équipe del Servizio Pubblico per la cura dei genitori e dei rapporti tra Famiglia e Scuola.

(in questo caso il bambino) in abilità psicocorporee l'una separata dall'altra, la cui valutazione di normalità viene riferita a degli standard rigidi (stadi o fasi di sviluppo) e viene considerato sintomo di anormalità quando non ci si uniforma a quegli standard. Nella "Consensus Conference sui Disturbi Primari di Linguaggio" del 2019 promossa da Clasta e Fli, il documento più importante prodotto all'interno del mondo dei logopedisti italiani, i disturbi di linguaggio vengono trattati come difetti del soggetto indipendentemente dalle sue caratteristiche di personalità e dalle vicissitudini delle sue prime relazioni umane, viene dato per scontato che è necessario un intervento logopedico urgente ed i risultati del trattamento, peraltro discutibili, sono valutati unicamente nell'ordine della scomparsa del sintomo e dell'acquisizione dell'abilità mancante.

5. Funzionamento della mente e bisogni fondamentali della prima infanzia

"Tra la vita intrauterina e la prima infanzia vi è molta più continuità di quel che non ci lasci credere l'impressionante cesura dell'atto della nascita" (Freud, 1925). Mai concetto fu più lungimirante tanto che, partendo da discipline diverse ma armonizzate tra loro, la scienza sta supportando l'ipotesi che il feto possa sperimentare una vitalità psichica. Nel neonato i sensi si sviluppano proprio per entrare in relazione con il primo ambiente con il quale il nascituro viene a contatto cioè l'utero materno. Il tatto si sviluppa per primo e permette il contatto con la parete uterina, quindi con la madre; ma è anche quello che inizialmente avrà contatto con l'esterno.

Alcuni esperimenti hanno mostrato che il feto è recettivo se qualcuno tocca il ventre materno e reagisce in modo diverso se il contatto è piacevole o meno. Oltre alla percezione del dolore anche le capacità olfattive sono presenti a partire dalla terza settimana e sarà tale memoria che permetterà di riconoscere la madre percependo un odore simile al liquido amniotico ed il latte della propria madre e non di altre. Abbinato all'olfatto c'è il gusto.

Il feto è in grado di discriminare tra le sostanze dolci ed amare. Anche l'alimentazione materna lascerà tracce nel neonato e influenzerà le esperienze successive con il cibo. Il nascituro inoltre è avvolto dai suoni interni ma anche esterni della madre già nei primi 3 mesi di vita. Il suono del battito cardiaco e la voce materna costituiscono le basi sensoriali su cui si fonda il rapporto madre-bambino. La voce materna potrebbe essere vista come la materia prima utilizzabile per la formazione di un proto-oggetto, un oggetto sonoro (Maiello, 1993). Può inoltre incoraggiare l'attaccamento del bambino e facilitare la comprensione e lo sviluppo del linguaggio. Accanto a ciò c'è una continua interazione biochimica ed immuno-endocrinologica. Quindi subito dopo il concepimento esiste un livello di coscienza nell'embrione. "Perfino il temperamento non è innato ma formato epigeneticamente [...] È l'incontro dei due sistemi corpo-mente-cervello in continuo scambio e modulazione reciproca che è responsabile a tutti i livelli dello sviluppo, sia ottimale sia insufficiente o problematico" (Mucci, 2020). Goleman (1995) sostiene che anche un gene non può operare isolato dal suo ambiente, anzi si regola proprio sui segnali che riceve dallo stesso.

Il biologo cellulare e neuroscienziato Lipton (2005) sostiene che i pensieri della madre prima della nascita permettono di ottimizzare lo sviluppo genetico e fisiologico e possono influenzare durante la gestazione l'espressione fenotipica dei cromosomi fetali. L'imaging cerebrale ci ha mostrato che nasciamo con una predisposizione innata a comunicare, a costruire un linguaggio orale preciso e strutturato, a memorizzare, a ragionare in modo ordinato e logico, a creare, immaginare e sperimentare una vasta gamma di emozioni e a controllarle in caso di bisogno, e nasciamo con capacità empatiche e con un'intuizione morale e un marcato senso di giustizia.

Nonostante ciò la nostra programmazione è immatura. Sarà quindi la qualità dell'ambiente a determinare l'esito di tale ricchezza. Non esiste una fatalità genetica. L'esistenza di un bambino non parte dal giorno in cui esce dal ventre materno: aveva già preso posto come oggetto del desiderio dei suoi genitori. La nascita è in primo luogo un evento biologico che ha implicazioni sociali. Dare un nome e un cognome è dichiarare che un nuovo essere fa parte del mondo. È un atto simbolico che sancisce anche la nascita dei genitori a cui è richiesto un adattamento interno per fare spazio ad un altro. Ma è anche un atto giuridico che rende il neonato titolare di diritti e doveri per sempre. La "trama che madre e figlio hanno cominciato a tessere nell'utero prosegue subito dopo la nascita: madre e bambino [...] continuano a conoscersi [...] il neonato è dipendente dalla madre non solo per essere nutrito e accudito,

ma anche per dare senso al nuovo mondo nel quale si trova e affrontarlo” (Quagliata, 2014). La vita umana si sviluppa grazie ad una delicatissima interazione tra natura e cultura, una crasi tra potenzialità ereditarie e influenze culturali, sociali e personali degli adulti presenti nella vita del bambino. La teoria dell’attaccamento sottolineava l’importanza per i bambini della vicinanza ad una base sicura offerta da una o più figure. Bowlby (1976) dimostrò che i legami affettivi nascono in un contesto di cure costanti e di una vicinanza che dura nel tempo. La scoperta della plasticità del cervello ha rivoluzionato il campo delle neuroscienze: il cervello è capace di cambiare sé stesso, di ristrutturarsi e rimodellarsi continuamente.

Il piccolo d’uomo quindi transita al momento della nascita da un caos primigenio verso la soggettivazione, se è sostenuto da una buona relazione con l’oggetto. È infatti da quei primi scambi, dall’esperienza di essere capito, consolato e nutrito, che il neonato prende fiducia nella sua capacità di esplorare. Ma se il mondo non gli verrà presentato a piccole dosi, così che egli possa assorbire con gradualità ciò che è in grado di reggere, se qualcosa di incomprensibile e doloroso gli verrà spinto dentro, verrà pervaso dallo spavento e potrà chiudersi difensivamente, spegnere la sua curiosità e trovarsi inibita la sua capacità di esplorare e di apprendere. Le ricerche sul cervello confermano che la maturazione celebrale nella prima infanzia è facilitata dai neurotrasmettitori come gli oppioidi e la dopamina “attivati a loro volta dal sorriso, dallo sguardo e dalla voce della madre” (Alvarez, 2012).

Questi studi superano la concezione di un cervello isolato a favore di un modello di funzionamento celebrale integrato interattivo e mostrano che la corteccia orbitofrontale destra, anche in età adulta, ha una capacità plastica. All’inizio è la relazione, ricorda Martin Buber nella sua filosofia dialogica. “Non c’è nulla che non si costituisca; la relazione è costitutiva per l’essenza” (Agosta, 2015). Noi siamo le nostre relazioni. La relazione è la costruzione di legami tra le persone che hanno a che fare con esperienze di vita vissute insieme, con il sentirsi accolti e rispecchiati, ascoltati e rispettati nella nostra unicità. Tutti abbiamo bisogno di riconoscimento, di essere visti, considerati, di vivere negli occhi e nell’attenzione degli altri. Ripetuti fallimenti di questi primi rispecchiamenti possono essere all’origine di ritardi o arresti evolutivi e di sintomi somatici. Se tali sintomi saranno trascurati o trattati solo su un piano comportamentale, c’è il rischio che il già fragile senso di sé si aggravi con riduzione della spinta verso la crescita. Grazie a Meltzer abbiamo imparato a distinguere il funzionamento tridimensionale da quello bidimensionale della mente come estrema difesa dal dolore mentale.

Un bambino deprivato, traumatizzato, fatto oggetto di identificazioni proiettive, produrrà un apparato per pensare bidimensionale e nei casi più gravi una tendenza allo svuotamento, all’emorragia del pensiero e al vomito delle emozioni.

6. Un fenomeno sociale: la prescrizione indiscriminata di trattamenti riabilitativi nella prima infanzia

Ma torniamo al fenomeno sociale che ci ha motivato a scrivere: che cosa giustifica questa tendenza ad orientare le famiglie di bambini con “ritardo globale” verso la riabilitazione come intervento di elezione? Gioca a favore la presenza sul territorio di istituzioni private convenzionate che con la loro sfera di influenza inducono bisogni riabilitativi anche laddove la riabilitazione risulterebbe inappropriata; incide la debolezza cronica dei Servizi Pubblici Territoriali, depauperati da politiche incentrate sull’offerta ospedaliera e dai continui tagli lineari di bilancio che si sono susseguiti negli ultimi 20 anni.

Ma concentrandoci sugli aspetti culturali della vicenda, notiamo come alcuni interessi economici e di visione sociale si sono sposati con una sottocultura clinico teorica che a partire dagli anni 2000 ha trascurato l’interesse della realtà “bambino”, per abbassarsi, dietro la suggestione della ricerca neuroscientifica oggettivante, a classificare i bambini sulla base della stima di singole abilità (la diagnosi funzionale): un tipo di diagnosi che mette al centro la produttività scolastica piuttosto che lo sviluppo delle potenzialità di ogni singolo bambino. Inoltre la spinta verso la riabilitazione come cura d’elezione si sposa con due fattori: la tendenza della medicina occidentale ad interessarsi prevalentemente ai sintomi e alla loro scomparsa; l’acconimento sul sintomo che fa del bambino il “paziente designato” del gruppo familiare producendo una sostanziale deresponsabilizzazione dei genitori rispetto allo stile nell’esercizio della responsabilità genitoriale.

DIEGO

Nasce da parto eutocico, è allattato al seno fino a tre mesi per il rientro al lavoro della mamma. A 4 mesi è inserito all'asilo nido e nei pomeriggi sta con il padre ed i nonni materni. La mamma si tirava il latte che veniva surgelato ed in sua assenza utilizzato con il biberon dal papà o dai nonni, mentre lei era dedita al lavoro. Non viene notata alcuna anomalia fino all'ingresso a scuola materna. Le maestre, preoccupate, invitano la famiglia ad attivarsi. Nel frattempo i genitori si sono separati e Diego abita con la mamma. A 4 anni il bambino viene visitato da un logopedista che scrive: "fatica a mantenere lo sguardo agganciato a quello dell'educatore; il linguaggio non è comunicativo (frequenti ecolalie, oralizzazioni non pertinenti alle domande), fatica nel gioco condiviso, non rispetta le regole, tendenza al gioco solitario, attenzione labile; rappresentazione grafica non organizzata".

Quest'ultimo invita ad approfondimenti presso il Centro Regionale per l'Autismo, che conclude con una diagnosi ICD-9 codice V 401 e 315.3 "disturbo del linguaggio associato a disturbo della comunicazione prevalentemente in area espressiva". Prescrive inoltre di rivolgersi ad un Centro Riabilitativo. Con il riconoscimento di invalidità civile viene avviato un programma di riabilitazione con frequenza di cinque sedute a settimana: due in gruppo di bambini con TNPEE e tre di logopedia. Il trattamento prosegue per anni. Quando Diego frequenta la terza primaria ha un insegnante di sostegno per 12 ore ed una educatrice comunale per 12 ore settimanali. I due genitori hanno ora un nuovo partner. In quella primavera dei suoi 8 anni accade un fatto nuovo, imprevisto e traumatico: il bimbo perde la madre in un incidente che lo coinvolge, ma lui si salva nonostante varie fratture.

Il Tribunale lo affida in modo esclusivo al padre; in 4ª primaria il padre può ora prendere decisioni e constatando che il figlio, dopo anni di riabilitazione, non migliorava, si rivolge al Servizio Pubblico (UMEE). Viene redatta una nuova diagnosi: da V315.3 a F89. In quarta il bambino ha come insegnante di sostegno una maestra che ritenendolo autistico adotta i protocolli ABA. L'UMEE invece, scommettendo su un significativo salto evolutivo, prescrive una psicoterapia psicoanalitica ed offre al padre ed alla sua compagna colloqui di sostegno. Il padre è motivato a riscattarsi come genitore dopo anni in cui si è sentito marginalizzato dalla ex moglie. All'inizio della psicoterapia Diego si presentava con un volto ligneo, imperturbabile, inquietante. Non rideva alle battute. Frasi fatte dissociate da ogni emotività; faceva quel che ci si aspettava da lui ma con distanza emotiva. Praticava giochi "chiusi a me – dice la psicoterapeuta – come se Diego vivesse in mondi immaginari dove tutto è possibile. Se chiedo, rispondeva seccato 'non vedi che sto giocando?'. "Dimmi meglio, quel personaggio che ti sei inventato?" Rispondeva a monosillabi, come dire: "Ti dico di sì, così mi lasci in pace"; compiacente, si accodava passivamente a qualsiasi richiesta degli adulti senza alcun senso critico, con un linguaggio stereotipato... oppure si sottraeva silenziosamente. La WISC confermava un livello intellettuale oltre 100, con una buona comprensione del senso comune; Diego viveva in un mondo immaginario chiamato Magilandia. Fantasticava di essere un adulto con una famiglia e dei figli. Magilandia è formata da nove mondi separati, pianeti che non devono mai incontrarsi altrimenti è il caos: c'è il mondo con la mamma, il mondo con il papà, la scuola, la terapia. Tutto è separato e lui in ogni mondo non parla degli altri mondi, non può mescolare le cose. Le sedute sono scandite in tre fasi: all'inizio Diego si siede, gioca da solo e immagina storie: si muove all'interno della stanza rappresentando le parti di tutti i personaggi coinvolti. Sono storie che inizialmente riproducono episodi di cartoni. Momenti lenti, in cui la psicoterapeuta ascolta i dialoghi e a tratti chiede come è andata a finire, come stanno i personaggi, cercando di individuare continuità e coerenza nel racconto e soprattutto cercando la relazione con lui, tentando di portarlo nel presente della stanza e del contatto con lei, visto che Diego tende ad isolarsi nella sua confort zone.

Con pazienza, perché Diego non tollera interferenze, interruzioni. Nella seconda fase, Diego gioca con la casetta e con i personaggi al suo interno. Le storie si assomigliano; i genitori non sono presenti, i bambini sono soli in casa e combinano guai o inventano cose magiche. La psicoterapeuta interviene con delicatezza per fargli sentire che anche se in silenzio lei è presente e in sintonia. Questo tipo di giochi ha termine quando Diego si emoziona troppo e deve andare in bagno. Tornato, nella terza fase della seduta, inizia a disegnare. Il disegno diventerà per lungo tempo l'attività prevalente. Finché un giorno, all'ennesimo tentativo della psicoterapeuta di interloquire mostrando cu-

riosità per i vari personaggi disegnati, Diego sorprendentemente esclama: “Ma a te davvero interessa ciò che faccio?”. La psicoterapeuta, stupita, gli risponde: “Sì, certamente! Perché me lo chiedi?”. E lui: “Perché i grandi di solito non sono interessati!”. E lei: “A me te mi interessi, mi interessa conoscerti, sapere cosa ti piace, cosa fai, cosa pensi”. È un momento di svolta perché i suoi disegni nei mesi successivi prendono vita. La lunga e paziente attesa della psicoterapeuta e le numerose microesperienze di “unisono” hanno dato frutti.

A distanza di un anno sono comparse le prime figure umane: facce di personaggi che modulano le espressioni a seconda delle situazioni (ridono, piangono, urlano ecc.). Prima erano cartoni animati fissi nello spazio vuoto del foglio, supereroi con l'armatura per difendersi. Ma soprattutto si mostra interessato alla persona della psicoterapeuta. In 5^a primaria, in seduta, sta disegnando un personaggio che si disintegra assieme al suo mondo e la psicoterapeuta gli chiede: “Cosa senti ora?” e lui: “Mi sento perso!”. Quanto è lontano il tempo in cui si immergeva con i videogiochi in mondi virtuali; e quando, arrabbiato, invece di esprimersi si ritirava in sé stesso, o scappava. Oggi con i personaggi dei cartoni comincia a costruire delle storie in cui sono in relazione tra loro secondo dinamiche coerenti. In casa ha cominciato a dire “no” quando qualcosa non gli garba, soprattutto con la compagna del padre che è in grado di permetterglielo.

Ma quali fattori terapeutici hanno contribuito ai cambiamenti di questi anni? La psicoterapia è stata centrale e lo stile relazionale della psicoterapeuta, in grado di cogliere gli stati d'animo del fanciullo, di stabilire una sintonia continua e paziente, di autorizzare movimenti evolutivi che prima sembrava non potersi permettere. Ma anche altro: il papà e la sua nuova compagna, la cura dei rapporti con la Scuola. A seguito di una nuova diagnosi dell'UMEE, il padre in 5^a primaria rinuncia all'assistente comunale. Con l'ingresso alla scuola media, segue una riduzione delle ore di sostegno scolastico. Diego ora ha iniziato a parlare in seduta della mamma, con nostalgia e iniziando a piangere. Ora riesce a raccontare di sé recuperando ricordi di quando era piccolo, le emozioni di quelle esperienze ed anche attribuendo loro dei significati. Ricorda ad esempio con rammarico le azioni da monello a Scuola materna. Ora, lui che era taciturno, parla per tutto il tempo e si rammarica della fine della seduta, del nonno materno e di suo padre e ne coglie somiglianze e differenze. E ogni volta che nel gioco compare un personaggio senza madre avverte il montare di una grande emozione e le lacrime: un salto quantico rispetto a quando mostrava una inquietante imperturbabilità. Al termine della 1^a media il colpo di scena: l'insegnante di sostegno, molto esperta, si dice stupita per la certificazione di handicap che Diego si porta dalla Scuola Materna; dice che non vede l'handicap e che il ragazzino è in grado di seguire il programma scolastico al pari degli altri compagni. I risultati scolastici sono brillanti. In accordo con il padre l'UMEE procede ad una nuova diagnosi.

Dalle prove emerge un ragazzo abbastanza equilibrato sia sul piano intellettuale che affettivo e relazionale. All'inizio della seconda media, per riconoscimento generale, cade la certificazione di handicap e l'insegnante di sostegno. Il padre concorda con la psicoterapeuta il termine del trattamento.

7. Psicomotricità e logopedia

È opportuna a questo punto una riflessione sui vari orientamenti in riabilitazione; negli anni '70 e '80 l'iniziale concezione psicomotoria partiva da un corpo organico e meccanico composto di ossa, muscoli, leve ossee, al quale si chiedeva soltanto un funzionamento corretto e un rendimento fisico ottimale. Era il concetto di base dell'educazione fisica e sportiva e della concezione medica: il corpo anatomico; su questa meccanica corporea si agiva con mezzi altrettanto meccanici. Questo modo di pensare veniva spinto al limite da certe costruzioni razionali della ginnastica correttiva e ortopedica. Ancora oggi in molti contesti anche scolastici la psicomotricità opera come disciplina pedagogica che dà importanza primaria al gesto ripetuto, da cui dipenderebbe lo sviluppo di un determinato circuito neuronale e di una specifica abilità psicomotoria. Per la Psicoanalisi il gesto, fin dall'inizio, non è affinalistico ma è orientato alla relazione con la madre e sostituiti.

Per esempio: un bambino getta a terra un oggetto dal seggiolone. Perché lo fa? E ripete in continuazione quel gesto per mesi? Per la psicomotricità pedagogica sembra sia in gioco la scoperta dello spazio, cioè il fatto che l'oggetto senza un sostegno cade a terra per forza di gravità. In quest'ottica il bambino attraverso movimenti casua-

li acquisisce il senso dello spazio e delle abilità motorie. Di conseguenza si crede che il bambino con ritardo di sviluppo abbia vissuto un ambiente che non gli ha permesso di sperimentare lo spazio. La riabilitazione quindi avrebbe l'obiettivo di attivare i domini senso-motori inerti attraverso appositi esercizi corporei.

In psicoanalisi invece, il bambino ripete il gioco ad oltranza per dialogare con la madre inducendo in lei il movimento di raccogliere l'oggetto gettato a terra vivendo così una doppia esperienza: della vicinanza e del distacco dalla madre e di quanto lui può condizionarla. Quindi in caso di ritardo di sviluppo, occorre favorire quell'esperienza originaria di relazione umana sintonica ed affidabile che si suppone sia stata deficitaria. Esistono orientamenti per i quali gli affetti nella relazione sono fondamentali; ricordiamo l'opera di Aucouturier (1976), di Baldini (2015), dell'Istituto per la Formazione e la Ricerca Applicata (IFRA) di Bologna (Roccalbegni, 2019).

Ma si tratta di orientamenti minoritari nel panorama nazionale. La maggioranza dei riabilitatori sembra ancora formata per attuare procedure di azioni secondo sperimentati protocolli in chiave pedagogica. Le riabilitatrici conosciute nei Servizi raccontano di successi raggiunti con i loro pazienti. Nella nostra casistica, invece, la riabilitazione si è mostrata inefficace, ma ciò non significa che sempre lo sia. Cosa accade con bambini con tratti autistici? Quale fattore terapeutico agisce quando una riabilitatrice ha successo? Per noi ciò che favorisce la ripresa del processo di sviluppo non sono gli esercizi riabilitativi di per sé, ma la capacità della terapeuta di sentire lo stato d'animo del bambino e di andargli incontro al momento giusto. Ciò che connota terapeutamente il loro incontro è l'instaurarsi di una relazione sintonica, fatto molto diverso da atteggiamenti seduttivi o manipolatori della terapeuta per ottenere la compliance del paziente.

Ci sono riabilitatori con particolari doti umane, che in virtù delle loro caratteristiche di personalità ottengono, oltre alla compliance del piccolo, anche la magia di momenti "all'unisono" (Bion, 1962). Ma queste caratteristiche non fanno parte del bagaglio di sapere ed essere, insegnato nel corso degli studi. Non risulta sia previsto un training specifico teso a sviluppare le capacità del riabilitatore di sintonizzarsi con gli stati emotivi del paziente.

8. Inappropriatezza della logopedia come intervento di elezione nei casi di bambini con "Alterazione Globale"

In quali circostanze le famiglie arrivano a chiedere aiuto per il loro bambino? È raro che venga notato uno scoordinamento motorio. È più frequente che la richiesta di aiuto arrivi per un ritardo nella comparsa e nell'uso del linguaggio. Per questo motivo abbiamo rivolto la nostra attenzione alla logopedia in quanto metodo riabilitativo maggiormente in voga, richiesto dalle famiglie e dalla Scuola, probabilmente perché il sintomo "ritardo/disturbo del linguaggio" è più disturbante e intollerabile nella Scuola dell'Infanzia. Scrive Di Renzo (2017): "L'espansione del linguaggio avviene come esigenza del bambino allo scambio e non per imposizione dall'esterno per cui anche il modellamento che il terapeuta mette in atto per migliorare l'espressione linguistica viene accettato [dal bambino n.d.r.] come elemento propulsore della relazione e non come incomprensibile richiesta di prestazione [...]. La rigidità di alcuni metodi collude in senso profondo con l'ostinazione del bambino a proteggersi dall'esterno e amplifica le sue condotte ossessive dando vita a una infruttuosa escalation che può essere trasformata solo da una profonda elaborazione emotiva da parte del terapeuta di ciò che è stato messo in campo" (pp. 7-8). I riabilitatori invece, sembrano privilegiare interventi basati su protocolli dettagliati e schede complete di esercizi per lavorare sugli aspetti fono-articolatori e pragmatici del linguaggio. È decisivo che il caregiver si sintonizzi con lo stato affettivo del bambino. Altrimenti non gli sarà possibile favorire la ripresa del processo di sviluppo. Ripensando alle logiche dominanti in campo riabilitativo, Bion (1962) ci mette di fronte ad una verità contro-intuitiva. Il mondo della riabilitazione studia sequenze di azioni/stimolo nell'intento di attivare o riattivare collegamenti neuronali che non si sono instaurati in origine ed a cui viene attribuito, in virtù di questa carenza, l'handicap. In questa ottica ciò che sembrerebbe messo in atto dunque è una sequenza di stimoli aggiuntivi di cui il bambino sarebbe carente. Bion attira la nostra attenzione sul fatto che lo sviluppo della mente non è correlato alla quantità di stimoli ma alla capacità di elaborarli: solo se è acquisita una funzione di contenimento, gli stimoli esterni (sensazioni corporee) e interni (proto emozioni) potranno essere trasformati per sviluppare la capacità di pensare e apprendere dall'esperienza. In caso

contrario, l'eccesso di stimoli rispetto alla capacità di elaborazione del soggetto può produrre la necessità di espellere ciò che non può essere metabolizzato indipendentemente dalla loro qualità; l'eccesso di stimoli può così determinare un'acquisizione di automatismi dissociati dalla dimensione emotiva o indurre confusione o alimentare meccanismi psicotici. Ne deriva che la questione centrale non è la quantità degli stimoli quanto favorire nella relazione terapeutica lo sviluppo delle funzioni che nella relazione primaria sono risultate insufficienti e che sono deputate a favorire la capacità di utilizzare gli stimoli interni ed esterni al fine di far crescere la capacità di pensare: in termini bioniani, si tratta di sviluppare i contenitori piuttosto che eccedere pericolosamente con i contenuti.

Scriviamo "logopedia inappropriata e a volte iatrogena". Iatrogeno è l'intervento che si prefigge di curare e che invece sortisce in un danno per il paziente. Il primo tipo di danno consiste nell'avallare nei genitori (in una età della vita particolarmente feconda per lo sviluppo del soggetto) l'idea semplicistica che i problemi di linguaggio dipendano da deficit organici o da misteriose incapacità ad apprendere: deficit correggibili attraverso la riabilitazione. Portando l'attenzione sul sintomo e sul bambino "paziente designato", i genitori vengono in questo modo deresponsabilizzati. Altro danno consiste nell'avallare nel bambino un tipo di difesa intrapsichica dall'angoscia, sotterranea e particolarmente insidiosa, fino a favorirne il suo consolidamento. Si tratta di una difesa molto ben descritta dalla Deutsch (personalità 'come sé, 1942), da Gaddini (sull'imitazione, 1968), da Meltzer (personalità adesiva, 1975).

In etologia è rappresentata dal Camaleonte, in cinematografia dal personaggio di Woody Allen: Zelig. Quale è l'obiettivo inconscio di questa difesa dall'angoscia? Evitare la presa d'atto delle differenze tra persone. Se si riesce ad andare incontro all'altro evitando qualsiasi contrasto si ottiene il risultato inconscio di non vivere la separatezza, di restare in ambito fusionale o simbiotico. Ad una osservazione attenta questi bambini possono diventare abili nel ripetere le parole del riabilitatore, ma con uno stile estremamente compiacente. Scrive Gaddini (1968): "[...] in tutti i casi in cui riconosciamo un disturbo di identità, troveremo, con tutta probabilità, delle pseudo-identificazioni di tipo imitativo [...] il desiderio di essere l'oggetto si realizza magicamente attraverso la sua imitazione [...] la regressione alla imitazione tende a ridurre e possibilmente eliminare il conflitto, realizzando magicamente l'unione con l'oggetto, e in questo modo diventando come l'oggetto, onnipotente, ma a scapito del senso di identità, di quello della realtà e del rapporto oggettuale. [...] il comportamento imitativo può raggiungere tale grado di perfezionamento da essere scambiato per reale rapporto oggettuale, non solo dall'imitatore, ma da chi gli sta intorno. In tal modo certe abilità particolari possono essere scambiate dagli altri come vera arte, vera capacità di pensiero, vera capacità di azione, vera competenza tecnica o professionale" (pp. 253-5).

In questi casi la parola non viene utilizzata per veicolare un desiderio rivolto all'oggetto, ma per colmare il senso di separatezza dall'oggetto attraverso una incessante azione tesa a denegare l'esistenza di un soggetto e di un oggetto. In questi casi l'attività riabilitativa (logopedia) può risolversi in un rinforzo di questa modalità di approccio al mondo, una modalità in cui paradossalmente ci si esprime con il linguaggio proprio per neutralizzare la comunicazione con gli altri umani.

MOSÈ

La mamma conduce Mosè al primo appuntamento al Servizio Pubblico trascinandolo: lei scattosa e logorroica, lui lento, passivo, disorientato, mutacico. Ha tre anni e due mesi ed è ancora allattato al seno. Dorme nel lettone con la mamma, mentre il padre dorme nella cameretta del figlio. La mamma si mostra estremamente ansiosa, tiene il bimbo appiccicato ad una gamba, lo anticipa sistematicamente nelle sue richieste e aggiunge che lei sa di che cosa lui ha bisogno. Il padre tace e resta passivo in un angolo. Al primo anno di scuola materna ha subito allarmato le maestre per la sua scarsa reattività in classe. È un bambino mansueto che dove lo metti sta: non parla e non risponde alle sollecitazioni delle maestre. I genitori, la mamma in particolare, seguono l'iter suggerito dal pediatra e dalle maestre: portano il bimbo presso un centro privato che ipotizza una forma di autismo, cosa che fa arrabbiare i due genitori che rompono il rapporto con quegli specialisti.

Si rivolgono poi al Centro Regionale per l'Autismo che rileva le difficoltà di comunicazione nel bambino e prescrive logopedia e psicomotricità, inviandoli ad un Centro Privato Riabilitativo convenzionato; lì per un trattamento gratuito occorre aspettare un anno. Infine approdano al Servizio Pubblico Territoriale confidando nella gratuità. L'UMEE diagnostica il ritardo di linguaggio ma anche i tratti autistici; tuttavia cedendo alle pressioni della madre che chiede logopedia (suoi parenti ne hanno usufruito), pianifica un intervento combinato multidisciplinare: per il bambino logopedia e psicoterapia psicoanalitica, per i genitori colloqui periodici a sostegno della funzione genitoriale. La logopedia inizia a tre anni e mezzo del bambino; a quattro anni l'UMEE è in grado di offrire in contemporanea una psicoterapia a una seduta settimanale. La logopedista, in origine, aveva riscontrato difficoltà in comprensione lessicale (non conosce i nomi dei colori, delle parti del corpo, di aggettivi e sostantivi); buona la comprensione contestuale; in produzione ha un inventario fonetico molto ridotto, con importante ricaduta sul vocabolario e sulle competenze morfosintattiche. La comunicazione avveniva solo per richiedere qualcosa di immediato interesse e solo tramite il gesto di indicazione e un vocalizzo. Predilige il gioco solitario.

Per tutto il primo anno la logopedista fatica ad ottenere la collaborazione del bambino; la mamma è invadente e vuole entrare in stanza: in quei casi Mosè sta tutto il tempo seduto senza fare nulla e non accetta alcuna proposta, neanche di gioco. Solo quando la mamma esce, Mosè si tranquillizza e si permette di giocare. Il bimbo arriva sempre con qualcosa in mano e ci tiene a portarlo in stanza. Sono oggetti (es. trombetta di carnevale o zainetto) ma spesso sono cibi (viene all'ora di pranzo). Una parte del tempo della seduta logopedica se ne va per la consumazione del pasto, a volte in sala d'attesa a volte in ambulatorio. Anche se ha finito di mangiare vuole comunque portare in stanza la busta con gli avanzi. Il gioco iniziale è stato un gioco di comprensione lessicale. La logopedista gli metteva davanti 4 immagini e lui doveva prendere quella richiesta e metterla da una parte formando un mazzo. Inizialmente il lavoro è a tavolino: il quaderno di Mosè, costruito assieme di volta in volta, e in cui viene messo il materiale usato. Ad ogni incontro il materiale viene visionato e questo piace molto a Mosè.

Poi gli viene fatto scegliere un gioco tra quelli preparati da fare insieme. Prendono il tappeto e lo aprono a terra. Nel gioco la logopedista propone nuove azioni o nuovi modi di usare gli oggetti per ampliare gli schemi di gioco; nel gioco sono inserite parole o frasi già usate nel quaderno o che si è certi che sia in grado di comprendere o riprodurre (es. "pronti via", "ape", "dai la mela alla bambina"). Il lavoro sul linguaggio ha riguardato l'impostazione di suoni (dato l'inventario fonetico ridotto). Al suono è stato associato inizialmente il gesto motorio.

Sono state poi proposte parole contenenti i suoni trattati ed alcune semplici frasi soggetto-verbo di uso quotidiano (es. "mamma butta", "papà beve") che inizialmente sono ripetute assieme alla logopedista e successivamente riprodotte da solo. Inizialmente Mosè tendeva ad associare due parole con scarso uso dei verbi. La logopedista ha incentrato il suo intervento sulla reiterazione delle parole e dei suoni ritenendo che l'apprendimento e la memorizzazione potessero essere il risultato della reiterazione. A distanza di un anno dall'inizio del suo intervento (cioè a quattro anni e mezzo) è in grado di ripetere le parole in presenza della logopedista ma non di utilizzare il linguaggio per relazionarsi con gli adulti. Uscito dalla stanza della logopedista tornava quasi mutacico e non riusciva ad utilizzare nel rapporto con la mamma e con le maestre e con gli altri bambini quanto sembrava dover avere imparato.

La psicoterapeuta (Mosè ha quattro anni) dice di lui: "È un bambino in grado di capire il senso comune, usa perfettamente le forbici ma fa giochi tipici di un bambino di due anni: esplora la scatola della lego e impila i pezzi come a formare una torre che poi si diverte a far cadere. Per comunicare usa il linguaggio del corpo e il gesto indicativo accompagnato da vocalizzi. Gioca con la casetta: è concentrato a far entrare gli animali nelle apposite sagome, fa il gioco del cucù. Si trastulla a terra e muove la lingua dentro la bocca come se avesse il ciuccio. Entra in stanza con la colazione e rimane con la bocca piena. Nella sua immobilità appare come un bambino non ancora nato; non sa nulla di sé, del suo corpo, è come fuso/confuso con la mamma". In una seduta si guarda allo specchio mentre è intento a prendere una casetta e improvvisamente inciampa, la casetta si ribalta sopra di lui che rimane immobile, paralizzato, come se lo specchiarsi lo avesse spaventato; conoscersi nel corpo si impone come una prima fase del lavoro, guardarsi e vedere la sua immagine riflessa allo specchio e pian piano riconoscere la differenza tra sé e l'altro da sé. Quando gioca con il pongo lo divide in piccoli pezzetti che poi non riesce ad unire, quasi fosse frammentato mentalmente. Dopo sei mesi di psicoterapia si fa strada un nuovo gioco e un nuovo modo di entrare in re-

lazione: impila i grandi cuscini presenti in stanza sopra la psicoterapeuta per salirci sopra; sembra cercare una mamma morbida, silenziosa, che non dà ordini né compiti, che attende le richieste del bambino per accoglierle. Una esperienza diversa da quella con una mamma che l'ha allattato oltre tre anni forse per fronteggiare l'autonomia nascente del bambino ed i suoi movimenti esplorativi per lei intollerabili.

Oggi Mosè si comporta come un bambino intruso, che si è poco cimentato con la frustrazione, che si sente onnipotente e che rifiuta qualsiasi tipo di aiuto da parte dell'adulto. Quando la mamma lo lascia alla psicoterapeuta, sulla porta trova il modo di rimproverarlo per qualche suo comportamento giudicato inaccettabile e aggiunge che se la mamma si arrabbia poi non torna più a prenderlo. In questi frangenti il bambino inizia la seduta paralizzato dall'angoscia e piange silenziosamente. Appare ora una nuova parola, Mosè saluta con un "ciao" e non più solo con il movimento della manina. Ora che comincia a percepirsi come differente dalla madre e non più fuso con lei, il timore di essere abbandonato è sentito fortemente e intere sedute sono dedicate a rassicurarlo.

Nei disegni compare una capanna con mamma, papà e bambino, una prima forma di contenitore, di posto sicuro dove stare e un primo abbozzo di percezione di sé distinto dai genitori. In quel periodo inizia a manifestare comportamenti oppositivi sia all'ingresso che in uscita nei confronti di una madre intrusiva e controllante; anche nei confronti della psicoterapeuta inizia ad usare il "no" in modo pregiudiziale ogni volta che riceve risposte che tendono a limitarlo (il "no" che Spitz – 1965 – colloca nel secondo anno di vita). Nei mesi successivi Mosè si cimenta con il linguaggio per comunicare con la psicoterapeuta ma tende ad arrendersi facilmente e va continuamente incoraggiato ad utilizzare lo spazio della seduta per attivarsi. A cinque anni e mezzo inizia a giocare a "far finta di"; prende i pupazzetti e li fa andare in macchina al parco; sistema la casa mettendo in ordine tutti i mobili come a creare un ambiente ordinato e sicuro in cui vivere; alcuni mesi più tardi anche la casa potrà essere abitata da pupazzetti, figure umane e animali.

Il processo di sviluppo di Mosè, che a tre anni risultava incagliato, si è rimesso in moto ma il ritardo accumulato è consistente. Il trattamento della coppia dei genitori ha ottenuto qualche risultato parziale: il contenimento dell'intrusività materna e il sostegno al padre per una sua più attiva presenza nel rapporto con il figlio. Purtroppo alle soglie della 1^a elementare la famiglia si trasferisce in altro comune e la psicoterapia e la logopedia si interrompono. Il bambino ha ora sei anni e alla WPPSY III consegue i seguenti risultati: Verbale 68; Performance 120; Velocità di Processamento 82; Scala Totale 88. In effetti il bambino sembra stia mettendo a punto una buona identificazione con il padre che ha una ottima manualità e lo coinvolge nella cura dell'orto e in piccole riparazioni di cui è cultore.

A posteriori si può notare: dopo il primo anno di intervento con logopedia a due sedute settimanali il bambino era in grado di pronunciare un buon numero di vocaboli e di costruire frasi semplici. La logopedista riusciva ad ottenere in seduta la ripetizione ecolalica delle parole e delle frasi, ma al di fuori di quel setting il bambino restava annichilito e non era in grado di utilizzare il linguaggio come comunicazione. Era come se le parole venissero appiccicate sul bambino senza che lui riuscisse a trasformarle in un proprio bagaglio culturale (Gaddini, 1969). Cosa accade quando il bambino, per deficit di soggettivazione, non è in grado di apprendere, cioè di identificarsi con le esperienze sensoriali frutto di imitazione degli input del riabilitatore? L'aspettativa dell'adulto, invece di promuovere l'identificazione e l'identità personale, stimola il consolidamento dell'imitazione come modalità difensiva dalla soggettivazione.

La psicoterapeuta che a quattro anni inizia la psicoterapia a una seduta a settimana descrive il bambino come annichilito, passivo, iperadattato.

L'uso del linguaggio migliora di pari passo con la definizione dei confini del sé, con la capacità di opporsi e di preservare suoi spazi dalle continue intrusioni della madre, con l'utilizzo delle sedute di psicoterapia per nascere come persona; a sei anni il bambino ha sperimentato una iniziale differenziazione dalla madre, una maggiore capacità di attivarsi e anche di opporsi alle invasioni degli adulti anche se con il linguaggio è indietro di due anni. Anche la parziale identificazione con il padre contribuisce alla definizione dei confini del sé.

Si evidenzia l'inappropriatezza dell'inizio del trattamento con logopedia a tre anni e mezzo.

La psicoterapeuta ritiene svantaggioso l'intervento concomitante di psicoterapia e di logopedia: il bimbo non riuscendo a distinguere l'altro da sé, confonde le figure della psicoterapeuta e del riabilitatore, e resta confuso. In questo caso il lavoro della logopedista può ostacolare il lavoro della psicoterapeuta teso a favorire la nascita del sé e quindi il riconoscimento dell'altro da sé, come elementi prioritari e propedeutici al linguaggio.

ANNA

Quando Anna arriva alla prima seduta di psicoterapia ha 9 anni e frequenta la classe IV elementare. La incontro per il corridoio dell'ambulatorio. Guarda a terra, non risponde al saluto, se chiamata non si volta, si muove in modo rigido quasi fosse ingessata, ha una espressione del viso assente, sembra una portatrice di handicap fisico. Quando finalmente reagisce alle mie parole, trascina i piedi, evita l'aggancio visivo ma soprattutto si esprime con suoni incomprensibili e con una vocina flebile e stridula, alternata a sussurri articolati in una sorta di cantilena. Tuttavia dopo le prime sedute, prestandole una attenzione esclusiva, il suo tono di voce diventa squillante e anche il linguaggio sembra essere maggiormente articolato. A scuola la bambina ha un insegnante di sostegno per 16 ore la settimana e segue un programma per "obiettivi minimi".

Non si hanno notizie sulla gravidanza e parto; la mamma è tornata al lavoro dopo pochi mesi dal parto ed ha lasciato la figlia a tempo pieno con degli anziani zii, salvo sostare a casa loro al ritorno dal lavoro e fino a dopocena, per poi lasciarla sistematicamente a dormire in casa di questi parenti. Solo il fine settimana, venerdì e sabato notte, la bambina dorme a casa con i genitori ma in questa circostanza Anna non ha uno spazio suo poiché tutte le sue cose, i suoi giochi, i libri, i mobili della sua cameretta sono a casa degli zii. Quando la bambina ha nove anni e mezzo la mamma resta incinta e nasce un'altra figlia. Solo allora, e dietro alle sue vivaci proteste, i genitori la fanno rientrare a casa con loro in modo continuativo. La bambina viene segnalata all'inizio del primo anno di scuola materna dalle insegnanti che orientano i genitori verso un centro riabilitativo convenzionato con la regione ed abilitato alla diagnosi clinica e funzionale. La diagnosi a 4 anni è: "Grave ritardo nell'acquisizione del linguaggio, severe difficoltà relazionali – ICD-10 F89". Segue la certificazione di handicap, il riconoscimento dei benefici ex Legge 104/92 e insegnante di sostegno a scuola.

Viene avviato un trattamento con logopedia e psicomotricità a 4 sedute la settimana. Il Centro affida gli interventi ai vari riabilitatori secondo una logica parcellizzata e non integrata; le azioni programmate sono svolte da persone spesso diverse, in virtù di un turn over considerato fisiologico cosicché i piccoli pazienti sono costretti nel tempo ad investire e disinvestire nei confronti di un personale che cambia riproponendo al bambino una discontinuità di cure traumatica. In seconda elementare viene confermata la diagnosi F89 con la precisazione "forte inibizione nell'eloquio e nelle modalità relazionali, qualità espressive modeste, profilo cognitivo border ai limiti del ritardo mentale, difficoltà di attenzione e disturbo negli apprendimenti, esposizione non congrua all'età". Preoccupano gli insegnanti certi atteggiamenti della bambina che richiamano ad atti sessuali espliciti con i quali la stessa coinvolge altre bambine, l'azione impulsiva di uscire dalla classe senza autorizzazione per recarsi in bagno dove tende a passare lunghi periodi di tempo, la frequenza con cui si bagna i capelli, i vestiti, la tendenza a giocare con l'acqua del water.

A 9 anni un contrasto tra i genitori ed il centro privato provoca l'interruzione dei trattamenti riabilitativi. La famiglia si rivolge al Servizio Pubblico che questa volta prescrive una psicoterapia psicoanalitica. La reiterazione della diagnosi originaria e le immutate difficoltà scolastiche fanno pensare che il massiccio intervento riabilitativo non sia stato efficace. La regolarità del setting psicoanalitico e l'assetto accogliente e sintonico della psicoterapeuta produce dei risultati dopo alcuni mesi: Anna in stanza ha cambiato voce, il tono è squillante, armonico, niente più cantilena, la postura ed i movimenti sono fluidi, è impaziente di ritrovare i suoi giochi, mostra curiosità, ma soprattutto comincia a sorridere e a guardare negli occhi la terapeuta; in corridoio è ancora disorientata, intimorita, fatica a trovare la stanza di terapia, si muove incerta.

Il suo bisogno di controllo è palese, protesta ogni volta che qualche elemento della stanza è fuori posto rispetto a come l'ha lasciato, riprova del suo bisogno di certezze e di ripetitività che la psicoterapeuta assicura con la sua

presenza costante ogni settimana e che con ciò cura l'insicurezza della bambina che fin da piccola ha sperimentato una continua altalenante transumanza tra la casa degli zii e quella dei genitori. Con la nascita della sorellina, attorno ai 10 anni, Anna comincia ad interrogarsi sul perché a lei tocchi la sorte di vivere fuori casa. La paziente porta in seduta il suo smarrimento ma anche la rabbia per la situazione incerta che vive, protesta e riesce sempre più a tradurre in parole i suoi sentimenti ed i suoi vissuti. A distanza di un anno dall'inizio del trattamento è ora in grado di distinguere nel corridoio la stanza di terapia e all'interno la scatola dei giochi e gli oggetti che ha lasciato la volta precedente che riapre con slancio desiderante. Gioca in questo periodo con un diario che immagina rubato dalla sorellina che lei riesce a recuperare. Sempre più può emergere l'irritazione per questa sorella, ma soprattutto i segreti dietro ai quali si intravede l'incuria con cui i genitori l'hanno delegata agli zii senza rendersi conto del danno prodotto. La regolarità del setting e la dedizione della terapeuta hanno tanta parte nella creazione di un clima di fiducia che ora si percepisce nella stanza di terapia.

Nel passaggio dalla quinta elementare alla prima media l'UMEE effettua una nuova valutazione della bambina: i miglioramenti inducono ad abbandonare la classe diagnostica dello spettro autistico e adottare invece la classe ICD-10 F81.9 ("Disturbi evolutivi delle abilità scolastiche non specificati") associata a F93.0 ("Sindrome ansiosa da separazione dell'infanzia"). Vengono confermate le 16 ore di insegnante di sostegno e i benefici della legge 104/92. In questo momento si può parlare apertamente delle vicende familiari, la bambina appare più vitale e questo fatto rincuora i genitori rendendoli disponibili ad ascoltare la terapeuta che, nel corso dei regolari incontri svolti una volta al mese per un anno e mezzo, pone la questione di riprendere in casa la figlia che vive ancora con gli zii. Ed è così che a metà della quinta elementare, la bambina trasloca e ottiene una sua stanza e suoi spazi nella casa dei genitori per la prima volta dalla sua nascita.

La rissosità di Anna diminuisce ed i genitori, inizialmente ignari delle esigenze della bambina ma ora ben disposti, accettano di portarla in terapia per due sedute alla settimana. La paziente scopre in questo periodo il piacere della scrittura; le piace molto inventare storie sia a casa che in seduta. Ed è in questo periodo che la psicoterapeuta registra in seduta un fatto che considera uno spartiacque per una sua soggettivazione e per la formazione dei confini del sé. Accadeva spesso che la bambina iniziasse a scrivere una composizione di fantasia e non riuscisse a terminare il suo intento entro i limiti della seduta. Accadeva dunque che si rifiutasse di uscire, irritata per l'imposizione di questo limite, svelando così il bisogno primitivo di una presenza concreta dell'oggetto e la sfiducia riguardo alla possibilità di ritrovarlo.

La cesura costituita dal termine della seduta e dalla separazione dalla psicoterapeuta era vissuta come assoluta e definitiva. Ma al termine di una seduta, intorno agli 11 anni, nella quale di nuovo non aveva terminato uno scritto cui si era affezionata, all'invito di interrompere esclamava: "Va bene esco. Tanto abbiamo la prossima volta per vederci e continuare". Anna, ora ragazzina, può permettersi di rinunciare alla soddisfazione immediata data dalla presenza concreta della psicoterapeuta; da questo momento le testimonianze di una fiducia neonata si sono moltiplicate, fiducia che la psicoterapeuta sarebbe tornata e che ci sarebbe stato un domani. Nei tre anni della Scuola Media emerge sempre più la possibilità di Anna di mantenere una memoria relativa alla sua storia ed ai rapporti con l'Altro; in seduta mostra una maggiore capacità di ritessere fili rispetto alla volta precedente ed il desiderio che anche la terapeuta non perda la memoria delle sue cose.

Si prende finalmente cura della sua scatola e del materiale che riesce a tenere in ordine, ritrovando così ciò di cui ha bisogno di volta in volta. È in questo periodo che intreccia una buona e continuativa relazione con una vicina di casa ed anche compagna di classe. Le due si ritrovano spesso di pomeriggio per studiare insieme, ma soprattutto condividono interessi e confidenze. Anna è molto emozionata ed esplicita alla terapeuta di non aver mai avuto un'amica, prima d'ora nessun bambino le aveva mai mostrato interesse o affetto. Durante una riunione con gli insegnanti, a cui partecipa anche la terapeuta insieme alla psicologa dell'UMEE, l'insegnante di Italiano si dice entusiasta dello slancio che Anna mostra nei confronti della materia. Parla di un'aumentata capacità di creare racconti coerenti e ricchi, sia da un punto di vista descrittivo che di contenuti. Anche sul piano più strettamente grammaticale sembrano scomparire gli errori: la ragazzina utilizza correttamente il verbo avere ma soprattutto utilizza ora più tempi verbali. L'insegnante spiega come inizialmente Anna si esprimesse solo ed unicamente al presente, ora inve-

ce utilizza in modo coerente ed appropriato sia il passato prossimo che l'imperfetto, spesso compare anche il futuro a dimostrazione di come nella sua mente ci sia una maggior chiarezza ed una distinzione possibile tra ciò che è stato e ciò che vive attualmente o potrà essere. Per la terapeuta questo significa che Anna sta acquisendo la capacità di discriminare tra un prima ed un dopo che possono essere ora, raccontati, dispiegati ed anche collegati da ponti di significato. Permane invece un'importante difficoltà in matematica, nel calcolo ed in geometria in genere. In seconda e terza media, Anna vive la grande emozione della gita scolastica di tre giorni; lei non si è mai spostata dal paese in cui risiede, non ha mai dormito in un albergo. Se questa novità genera allarme e preoccupazione nella madre, è accolta con grande entusiasmo dalla ragazzina che è molto desiderosa e per nulla preoccupata di poter partecipare, come tutti i suoi compagni, alla gita.

Al suo ritorno racconterà con grande emozione di quella che sente come un'esperienza unica e molto appagante; i professori riferiranno alla madre di un'entusiasta e piena partecipazione della figlia a tutte le attività previste. La psicoterapeuta ha accompagnato Anna nel passaggio alla Scuola Superiore con sedute settimanali per altri 2 anni.

9. La psicoterapia psicoanalitica infantile ed i suoi sviluppi

Nella Psicoterapia Psicoanalitica il bambino è somatopsichico, cioè un tutto integrato mente-corpo, per cui i deficit corporei influiscono sullo sviluppo emozionale e quest'ultimo condiziona gli aspetti corporei, ivi compresi lo sviluppo dell'intelligenza, della memoria, dell'attenzione, delle abilità scolastiche. Lo psicoterapeuta psicoanalitico interviene stabilendo una relazione affettiva con il bambino in trattamento; il medium per la comunicazione all'interno della coppia al lavoro è il gioco. Il terapeuta ed il bambino si lasciano coinvolgere dall'attività di gioco, quindi anche motoria, attraverso la quale il terapeuta mira a favorire la ripresa dello sviluppo a partire dal momento in cui si è arrestato o in cui si sono create delle difficoltà parziali. Perciò il terapeuta deve essere capace di raggiungere il bambino laddove lui si è fermato o laddove lui ha iniziato a rallentare o inciampare nello sviluppo, e lo fa attivando un ascolto attento centrato sulle modalità di espressione, anche inibite o aggressive che il bambino propone nella relazione. La sua abilità consiste nel lasciarsi permeare dalle identificazioni proiettive del piccolo paziente e lasciarsi usare secondo i codici evolutivi che caratterizzano il livello di sviluppo cui il bambino è arrivato.

Poiché i nostri bambini si sono arenati ad un livello di funzionamento che Ogden (1989) definisce "contiguo-autistico", Winnicott (1971) dell'"oggetto soggettivamente percepito", Kohut (1971) dell'"oggetto-Sé", Meltzer (1975) del "funzionamento bidimensionale della mente", lo psicoterapeuta deve essere in grado di cogliere gli schemi con cui il bambino si relaziona con il mondo e con il terapeuta e dialogare con lui raggiungendolo sintonicamente laddove lui è. Questa attitudine del terapeuta è la base affinché si stabilisca una relazione funzionale al cambiamento. Cosa succede quando abbiamo a che fare con bambini che non sono capaci di giocare? Che non parlano o propongono giochi ripetitivi, che sono più interessati alle qualità tattili o sonore degli oggetti della stanza, oppure bambini in guardia, tesi, che non si fidano, per nulla coinvolti nella relazione? Tutti questi pazienti non sono in grado di giocare poiché impegnati a fronteggiare costantemente un'angoscia pervasiva che è impellente.

Questa angoscia trova le sue radici nel patrimonio genetico e nell'esperienza dei primissimi anni di vita; è accertato che si tratta di bambini, alla nascita, con una sensibilità diversa dalla media dei coetanei, che sentono troppo o troppo poco: nell'incontro con l'ambiente spesso si riscontra che hanno avuto a che fare con cure discontinue, con una vicinanza, un rispecchiamento, un riconoscimento che non si sono realizzati o si sono realizzati solo in parte. Bowlby (1988) direbbe che il neonato nel rapporto primario non ha fatto esperienza di una "base sicura". Questi pazienti potranno giocare nella stanza di terapia solamente dopo aver sperimentato che la relazione con il terapeuta è divenuta sufficientemente sicura. La qualità dell'interazione tra il paziente ed il terapeuta è infatti la matrice attraverso la quale la relazione stessa ha un effetto terapeutico. Se comportamenti non verbali come piccoli cambiamenti posturali, sottili differenze di intonazione o rituali di saluto hanno una forte influenza nella relazione con il paziente adulto, immaginiamo che peso possa avere nella relazione con un bambino quando il terapeuta si stende sul pavimento con lui, quando lo osserva paziente avvolgersi con una coperta o nascosto sotto un tappeto, quando lo guarda rovesciare per mesi una brocca d'acqua sul pavimento.

Come il terapeuta pone dei limiti, come reagisce quando questi limiti vengono forzati, come si annoia o si distende stando con il bambino, quale materiale di gioco mette a disposizione e cos'altro nella stanza potrebbe essere usato per giocare insieme? Tutto questo permette al bambino di avere delle informazioni su di lui come persona, consente che gradualmente si costruisca un rapporto, permette al paziente di sentirsi riconosciuto e a sua volta, con il tempo, di riconoscere il suo terapeuta come altro da sé. Fondamentale con questi bambini è poter accettare, anche per molto tempo, di sentirsi rifiutati ed essere usati solo per quanto di concreto e fisico si può dar loro; accettare cioè di accogliere un livello più nascosto e non verbalizzabile della mente del bambino e del rapporto che egli propone.

La difficoltà più grande è rappresentata dal fatto che non si tratta solo di accompagnarli nel ricordare quanto è stato "congelato" nel soma, ma di aiutarli a contattare ciò che non si è proprio costituito a livello della rappresentazione verbale. Un trauma che è avvenuto in un periodo della vita in cui l'Io era troppo immaturo per integrare l'esperienza nell'area della sua onnipotenza lascia una traccia che produce una deformazione dell'Io stesso; queste tracce non vengono incluse all'interno dell'inconscio dinamico e creano invece alterazioni nella strutturazione del pensiero. È per questo motivo che il terapeuta non può fare affidamento sulla ricerca di ciò che è stato "nascosto", ma dovrà accettare di trovarsi di fronte all'informe, a ciò che non ha ancora raggiunto una forma specifica tale da poter esistere ed essere conseguentemente celata. Esperienze non riconosciute, che non hanno potuto essere pensate si manifestano per altre vie che non appartengono al rimosso.

Nella psicoterapia psicoanalitica è necessario, perciò, prima dell'interpretazione, un ascolto attento al linguaggio del non verbale. Diviene inevitabile l'ascolto delle diverse qualità dei silenzi dei bambini; alcuni rimandano ad un vuoto, al nulla, altri ad un troppo pieno, ad un'esperienza emotiva violenta rintracciabile nel non incontro o in un incontro insoddisfacente con l'oggetto primario. Fondamentale diventa il terapeuta, con le sue caratteristiche, la sua disponibilità ad avventurarsi verso qualcosa di primitivo ed indifferenziato, nell'ascolto del silenzio. Quella disponibilità che permette la nascita di un legame iniziale, consente la trasformazione di vissuti corporei. Con questi bambini è il vissuto emotivo del terapeuta e la sua esperienza controtransferale il faro che consente di orientarsi nella loro complessa e sconosciuta trama comunicativa.

Con l'intenzione di raggiungere il paziente si va alla ricerca di quella prossimità che permette di ridurre la distanza, di piccole sintonizzazioni che costituiscono legami, spostando i confini dell'isolamento. Un lavoro siffatto espone il terapeuta a lunghe e complicate esperienze sensoriali, corporee e mentali, prima di poter scorgere i barlumi di una qualche identificazione proiettiva. Ma è proprio questa disponibilità del terapeuta, che non è l'applicazione di un protocollo o di un metodo che avanza per fasi successive preordinate, che permette di costruire una trama relazionale all'interno della quale possono realizzarsi le condizioni per lo sviluppo di una vita mentale. La Psicoterapia Psicoanalitica negli scorsi decenni si è trasformata. In origine la teoria della tecnica raccomandava la neutralità dello psicoterapeuta che doveva mantenere una distanza da osservatore rispetto al bambino in assetto di gioco, comprendere ed intervenire prevalentemente con interpretazioni verbali. Gradatamente si è compreso che sono coinvolti la personalità ed il corpo dello psicoterapeuta ed egli non può restare neutrale.

Si sono apprezzati i vantaggi di un coinvolgimento nel gioco del bambino fino a concepire un dialogo con lui attraverso un gioco condiviso. Arrivare al gioco è un compito fondamentale della psicoterapeuta poiché nei bambini è il corrispettivo del sogno nell'adulto e permette di entrare in contatto con le angosce più profonde. Nella fase attuale e soprattutto nei casi più gravi, si ritiene che oltre al linguaggio dei corpi abbia un ruolo decisivo per la riuscita del trattamento il coinvolgimento attivo dello psicoterapeuta con i genitori.

TOBIA

All'epoca della consultazione al Servizio Pubblico, Tobia ha 3 anni e frequenta la scuola materna. Le maestre lo descrivono come imprevedibile, fugge dalla classe, si isola, non parla. La mamma è una giovane, nubile, sola, fragile, aiutata con psicofarmaci, un lavoro precario e una dipendenza dalla propria madre, a sua volta sola. Il padre non ha riconosciuto il bambino. La madre ha vissuto la gravidanza nella disperazione. Tobia è nato a termine da

parto eutocico, sembra senza problematiche neonatali. A tre mesi la signora è tornata al lavoro ed ha interrotto l'allattamento. A 4 mesi è stato inserito all'asilo nido. Ha imparato a camminare a 15 mesi; a 3 anni non è ancora capace di formulare frasi semplici di due elementi; ha un vocabolario di 50 parole che pronuncia in modo incomprensibile. Si esprime prevalentemente a gesti. La sera utilizza il ciuccio per addormentarsi nel lettone con la mamma. Da qualche mese è senza pannolino, ma ancora non ha raggiunto il pieno controllo sfinterico: quando sente lo stimolo della pipì chiama, ma si rifiuta di fare la cacca; la mamma dice: "Si mette in un angolo, stringe le gambe e la trattiene, anche per diversi giorni". Nei primi mesi di scuola materna Tobia è stato valutato da un Centro privato. Gli specialisti rilevavano la scoordinazione motoria e consigliavano un ciclo di psicomotricità che Tobia sperimenterà per 6 mesi. *Al termine le maestre non notavano alcun cambiamento nel comportamento. Tobia morde, si oppone all'adulto, non interagisce con i suoi pari.*

Il Servizio Pubblico diagnostica "Alterazione globale dello sviluppo psicologico NAS" e propone una psicoterapia a tre sedute settimanali del bambino e una psicoterapia a una seduta settimanale per la madre, che accetta. Il Servizio Pubblico cura i contatti con gli altri familiari e con le maestre. La psicoterapeuta racconta di questo bambino accompagnato dalla zia, i suoi grandi occhi azzurri, il bavaglino tutto bagnato di saliva come i neonati che a 5-6 mesi mettono i primi dentini, e la sua indifferenza: "Entra in stanza e lascia la zia come se niente fosse". Da subito prende confidenza con i giochi della scatola, e si illumina quando scopre che ci sono le macchinine: le prende tutte commentando con dei versi sonori. Sembra un bambino di un anno e mezzo che esplora il mondo con la bocca, gioca sdraiato o seduto a terra muovendo le macchinine avanti e indietro davanti a sé.

Di fronte alla sua imperturbabilità emotiva, la terapeuta prova inquietudine. Esplora tutti i giochi della scatola restando quasi immobile sul tappeto. Quando è ora di salutarsi, invece, è molto chiaro nel dire un secco no! Che si ripeterà al termine di ogni seduta. Raramente gira per la stanza, inciampa, sembra non controllare i piedi che vanno da soli. Lo schema corporeo sembra poco definito, un bambino sensoriale, bruco, come lui dice, che si percepisce attraverso i sensi, senza scheletro, senza un sostegno che gli permetta di stare in piedi con le sue forze. Questi comportamenti mettono in crisi la mamma e le maestre. L'impegno della terapeuta nei primi mesi è cercare di vedere il mondo come lui lo vede. È smarrito, angosciato, si arrabbia facilmente oppure si chiude in sé stesso come un autistico: l'impresa è accogliere tutta questa confusione e agitazione senza farsi contagiare. La psicoterapeuta dice: "Ai suoi occhi ero come un arredo della stanza e spesso mi ritrovavo a chiedermi 'ma che ci faccio qui?' Tobia sembrava non ascoltare i miei commenti quando mi pronunciavo sul suo uso delle macchinine ed era indifferente ai miei movimenti... eppure, in qualche modo, le mie comunicazioni pian piano erano percepite. Con la modalità tipica dei lattanti ha cominciato ad esplorare il mio viso: con la bocca e con le mani toccava i miei occhi, le orecchie, la bocca ed io toccavo i suoi. Sperimentava l'esistenza di sé, con due occhi, due orecchie, una bocca, i Suoi, e di un Tu, i miei occhi, le mie orecchie e la mia bocca, differenti dalle sue".

A 6 mesi dall'inizio della psicoterapia uno scatto evolutivo: lo sbocciare del linguaggio. Il bambino parlava, il suo vocabolario si era dilatato, iniziava a costruire frasi ma soprattutto usava le parole invece del gesto deittico per rivolgersi all'adulto. Occorreva partire da un livello somatico, dalla percezione tattile, per arrivare all'esperienza di sé corporeo. Intanto Tobia aveva rinunciato al pannolino e controllava gli sfinteri; il suo bagnare il bavaglino si era ridotto; il ciuccio era stato consegnato alla fatina che lo avrebbe conservato con molta cura. Anche le maestre notavano: riusciva a condividere brevi momenti con gli altri bambini, cantare una canzone o ascoltare una favola.

Pian piano emergeva un abbozzo di Super-Io quando riusciva a fermarsi da solo, prima di scarabocchiare i muri e a dirsi "non si colora sulle cose di tutti, voglio pulire". Nei mesi successivi, dopo il primo anno, un gioco lo impegnò per molte sedute: quello di travasare l'acqua da un contenitore all'altro. Un gioco nato per caso mentre si era in bagno: dopo aver fatto pipì, aveva chiesto di lavarsi le mani. Era attratto dall'acqua e voleva giocarci per ore. La psicoterapeuta escogitò un sistema: mettere dell'acqua in un recipiente, che quindi aveva un limite e non scorreva ininterrottamente dal rubinetto, e portarla in stanza di psicoterapia. Tobia arrivava, controllava la sua brocca d'acqua e iniziava a travasare da un contenitore all'altro. Acqua che però finiva sempre sparsa per la stanza. Come se non esistesse ancora un contenitore adatto per poterla contenere; come se dovesse fare delle prove per potersi fidare e credere all'esistenza di buoni contenitori. La stanza si trasformava in piscina/fontana, come lui la definiva.

L'acqua passava da un contenitore all'altro e spesso cadeva a terra; oppure il contenitore/fontana diventava la sua bocca nella quale l'acqua entrava per poi essere sputata fuori per rimetterla nel contenitore come una fontanella; spesso il suo intento falliva e l'acqua finiva sparsa dappertutto. Neanche dentro di sé percepiva esserci un buon contenitore che tiene e dalla bocca, l'acqua, doveva a tutti i costi uscire di nuovo. Questo liquido primordiale era per lui piacevole al tatto, ma si perdeva nella stanza, sfuggente, non trovando dei confini ed una forma. Un periodo magico, in cui Tobia si è sentito autorizzato a sperimentare di essere e fare cose da bambini più piccoli. Un ripartire da zero: l'acqua poteva essere sì sparsa per tutta la stanza, ma anche raccolta, con tanta carta, e che quello che faceva non creava allarme. In questi casi la psicoterapeuta si trovava ad impersonare un doppio ruolo: mamma accogliente e morbida, ma anche un babbo che impone limiti e divieti.

In quel periodo Tobia ha scoperto il suo corpo, guardandolo in ogni suo punto, quando si perdeva davanti allo specchio da parete, con smorfie ed espressioni mai sperimentate prima. Ha cominciato a scoprire le mimiche facciali: l'espressione di gioia, di tristezza, mentre per la rabbia ci vorrà più tempo: la negava o la confondeva con la tristezza e il dolore. A quattro anni e mezzo Tobia ha cessato l'ecolalia di frasi altrui ed ha cominciato a dire "voglio vedere la pancia", cioè quella della psicoterapeuta, alzarle la maglia, fare confronti con la sua, toccarla e dire: "Voglio entrarci dentro". Sono emerse fantasie sull'interno del corpo materno, come si sta dentro e come si sta fuori, che succede alle mamme con il pancione. Ora riesce a dire "Io", "per me", differente da "te". Ora si rivolge all'"altro" in modo adeguato, gira per la stanza senza inciampare, riesce a stare in piedi per tutta la seduta.

A due anni dall'inizio si sente ora autorizzato a vivere la piacevole sensazione di fusione con il terreno e constatare che nella psicoterapeuta non crea quell'allarme che vede negli altri. Può sdraiarsi e sciogliersi come una candela sul pavimento, sentire che è duro, oppure morbido se si accuccia tra un cuscino e l'altro. Fatto rifornimento di fiducia può cominciare ad interagire con la psicoterapeuta. In quel periodo gioca a fare... un pompiere, un poliziotto, un missile che vola per la stanza; con le lego costruisce case dove – lui dice – vive una famiglia di topolini che ogni tanto è costretta a traslocare, viene derubata dai ladri oppure il topolino rimane orfano oppure barbone. Ora è apparso il disegno. Le maestre riferiscono che in classe si rapporta ai compagni con cui riesce a condividere dei giochi, riesce a stare seduto e a non fuggire dalla stanza, ha imparato a contare e a riconoscere i numeri, il linguaggio verbale è al pari di quello dei suoi coetanei di 5 anni; sa strutturare le frasi, usa il congiuntivo, sa raccontare storie, ha un vocabolario di circa 1500 parole e usa in modo appropriato le regole grammaticali e sintattiche.

Ci sono cambiamenti anche a casa; la mamma non lo vede più come il bambino ingestibile ma con le sue risorse e peculiarità. In seduta ora si apre un altro capitolo, il lungo lavoro di elaborazione della perdita di un qualcosa che concretamente non c'è mai stato: la figura del padre.

GIULIO

I genitori di Giulio si rivolgono al Servizio Pubblico quando il bambino ha cinque anni, su pressione delle maestre di Scuola Materna. Già dalla fine del primo anno di scuola, a quattro anni, le insegnanti premevano sulla famiglia per interventi diagnostici e terapeutici poiché risultavano evidenti le difficoltà di sviluppo. A quattro anni e mezzo il bambino veniva portato in osservazione presso un rinomato centro privato: il logopedista/pedagogista rilevava: "Fatica di regolazione della condotta e importante difficoltà grafomotoria e rappresentativa. Disprassia ideomotoria con secondaria difficoltà di regolazione della condotta e decadimento attentivo [...] si consiglia terapia psicomotoria e potenziamento cognitivo". Al termine del secondo anno di Scuola materna le insegnanti scrivevano: "Non partecipa ai giochi in classe, prevarica gli altri bambini, perde il senso della realtà; si isola e cammina avanti e indietro riproducendo i suoni dei suoi cartoni animati preferiti; si oppone al rispetto delle regole, non riesce a stare seduto, se ripreso dall'insegnante perde il controllo, grida e piange urlando, si stende sul pavimento, rovescia le sedie, non vuole disegnare, lancia i colori per la classe, dal punto di vista grafico è fermo allo scarabocchio, rifiuta qualsiasi approccio al libro operativo o alle schede didattiche; riguardo alla capacità narrativa, è appiattito sul linguaggio dei cartoni animati e ripete le loro espressioni in modo corretto ma prolisso e ripetitivo. Si tratta di un linguaggio imitativo con la difficoltà poi a fare collegamenti e nessi sequenziali tra i fatti raccontati".

La mamma ha partorito Giulio alle soglie dei 40 anni. Figlio unico, allattato al seno fino a 8 mesi. A sette mesi inserito in asilo nido. Deambulazione autonoma attorno ai 20 mesi. Non si hanno notizie di complicanze durante la gravidanza, il parto e subito dopo la nascita (lieve ittero). L'allattamento al seno, dopo qualche incertezza, è partito in modo soddisfacente. Non sono stati diagnosticati aspetti organici o genetici che giustifichino il ritardo di sviluppo, per cui è lecito pensare a modalità di relazione madre-bambino e genitori-bambino disfunzionali. I nonni di entrambi i genitori non erano disponibili poiché abitavano in altra regione. Non sono state utilizzate altre persone di supporto oltre l'asilo nido. A sette mesi la mamma, turnista, è tornata al lavoro con turni di notte. In quel periodo era angosciata per la scoperta di una malattia degenerativa nella nonna materna.

La signora esclamava di frequente: "Faccio la badante a tutti. Quando sono stanca oltre un certo limite devo assentarmi dalla situazione altrimenti vado fuori di testa!". Lamentava inoltre un insufficiente appoggio da parte del marito; si può sospettare a ragione ad un investimento materno sul figlio ma a singhiozzo, dovendosi dividere tra figlio, marito, lavoro e sua mamma malata. Il marito periferico, spesso incapace di cogliere le ragioni della moglie e le esigenze del bimbo, tendeva ad accontentarlo rinunciando a svolgere la funzione paterna. Quando Giulio aveva due anni il padre, rimasto disoccupato, si occupava lui del bambino mentre la moglie accentuava la sua presenza al lavoro. A 36 mesi, nell'epoca in cui Lorenzo è entrato a scuola materna, il padre ha trovato lavoro al Nord e vi è rimasto per 14 mesi, per cui la moglie è rimasta sola con il figlio che ha continuato a dormire nel lettone. Il bambino era a scuola dalle 8,00 della mattina alle 18,00 del pomeriggio.

La mamma si lamentava che da allora, in casa, lei non riusciva a fare un passo che il figlio le stava sempre appiccicato pretendendo che gli fossero rivolte tutte le attenzioni. Non era in grado di giocare da solo. Nei mesi seguenti la situazione diventava preoccupante per cui il Pediatra orientava la famiglia verso l'UMEE. Il primo contatto è in estate, prima dell'inizio del terzo anno di scuola materna. L'UMEE predisponendo una prima osservazione diretta in classe: il bambino si rifiutava di partecipare alle attività di gruppo ed era in continuo movimento. Non risultavano danni organici o vulnus genetici: il bambino era stato seguito dal punto di vista medico dal Reparto dove è nato, dal Pediatra, dagli specialisti cui la mamma si era rivolta nel corso degli anni. Il Servizio Pubblico completava l'iter valutativo clinico e testistico e produceva una diagnosi ICD-10 F89 che permetteva alla famiglia di usufruire dei benefici della Legge 104/92 ivi compreso l'insegnante di sostegno, inizialmente per 24 ore settimanali. L'UMEE orientava la famiglia verso una psicoterapia psicoanalitica del bambino a tre sedute settimanali; contemporaneamente la coppia di genitori veniva seguita ambulatorialmente dapprima con una seduta settimanale, poi quindicennale e negli ultimi anni con incontri mensili.

La psicoterapeuta notava che circostanze lavorative e familiari avevano contribuito ad ostacolare una presenza continuativa della madre proprio nel periodo, il primo anno di vita, in cui i bambini hanno bisogno di coerenza e continuità di cure. Ipotizzava che nel primo anno di vita la mamma si sia sentita molto sola e possa aver vissuto crolli depressivi assicurando al figlio un rispecchiamento a singhiozzo. Che il padre, a sua volta poco empatico, non sia riuscito a subentrare in una funzione vicaria nei momenti di difficoltà. Che successivamente il bambino si sia trovato a fare da ansiolitico della madre e in questo senso sia stato trattenuto dallo sperimentare in autonomia l'impatto con l'ambiente. Notava inoltre che a 5 anni il bambino sembrava non percepire il proprio corpo quasi come se la sua attenzione fosse altrove. Nell'uso del linguaggio imitativo pronunciava parole sbagliate, il cui significato era incongruo rispetto alla situazione che il bambino voleva nominare; ma soprattutto le frasi che erano fuori posto non corrispondevano al contesto in cui venivano inserite. Una insalata di parole: con la testa altrove rispetto al contesto che stava vivendo e occorreva continuamente richiamarlo per riportarlo a quanto stava accadendo in quel momento. Sembrava vivere in un mondo suo da cui si risvegliava solo se sollecitato. A quel punto si arrabbiava quasi fosse stato disturbato da una dimensione in cui era immerso. Dal punto di vista motorio correva, inciampava, cadeva, come se il corpo non gli appartenesse.

Al termine del terzo anno di scuola materna le maestre scrivevano: "[...] il bambino non è in grado di avvicinarsi alla lettura o alla scrittura o al calcolo in quanto ha iniziato da poco a colorare semplici figure su incoraggiamento dell'insegnante [...] i suoi tempi di attenzione sono molto brevi ed i suoi attacchi di collera sono gestibili solo se può disporre di un rapporto individuale con un adulto". Nella stanza di psicoterapia il bambino era in continuo

movimento, dal divano alla porta e dalla porta al divano e nel tragitto inciampava spesso mentre ad alta voce recitava la ripetizione di una qualche scena di cartoni animati che aveva precedentemente visto in TV: ricordava il movimento scomposto di una pallina nel flipper. Tutto quello che gli veniva in mente veniva espresso in modo indiscriminato, senza curare la forma linguistica e senza curarsi dell'interlocutrice, come una forma di evacuazione della tensione attraverso le parole. Nel corso delle sedute il bambino oscillava tra una attività completamente tra sé e sé e momenti in cui pretendeva un coinvolgimento della psicoterapeuta per impersonare ruoli inventati da lui e completamente sotto il suo controllo. Le attività erano inframmezzate da lamentele sul fatto che si annoiava. Per esempio, per tutto un periodo si portava i manga di Dragon Ball, all'inizio per leggerli in solitaria, poi coinvolgendo la psicoterapeuta con una copia anche per lei, purché non lo disturbasse nella sua lettura. Poi giochi in cui lui e la psicoterapeuta sono fratello e sorella e compare un suo fratello immaginario e in tre devono fare giochi tipo ad esempio giocare al rock and roll e tutti e tre devono mimare un concerto. E lui in modo tirannico dice ad ognuno, alla psicoterapeuta e al fratello immaginario, cosa devono fare e se la psicoterapeuta "sbaglia" un movimento lui si arrabbia moltissimo e urla e sbatte oggetti. In un altro tipo di giochi invece, bisogna combattere e lui non ha paura di prendere le botte perché si sente fortissimo. Questi giochi si ripetono spesso uguali a sé stessi e nessuno, tantomeno la psicoterapeuta, può introdurre nella trama del gioco delle varianti perché questo lo farebbe infuriare.

Sono passati due anni dall'inizio della cura, due anni di pazienza in cui la psicoterapeuta si è lasciata usare come oggetto soggettivamente percepito (Winnicott, 1971). Ora Giulio riesce a raccontare di ciò che gli accade in modo più ordinato: la sequenza degli accadimenti ha una coerenza sequenziale tra un prima e un dopo. L'uso dei vocaboli è più appropriato. In questo periodo si accorge che esiste l'aggressività e pensando agli scontri che ha avuto con gli adulti della sua vita riconosce di sentirsi un bambino cattivo. In questo clima relazionale e all'interno di un ritmo delle sedute volutamente ripetitivo (elemento di tecnica), verso gli otto anni arriva la svolta. Lui riproponeva sempre alla psicoterapeuta giochi ripetitivi, sempre uguali, in cui lei era asservita ai personaggi ed alle azioni che lui ordinava. Un giorno disse fingendo di impugnare un joystick e mimando il gesto del guidare: "Giochiamo a contro il muro!" e la psicoterapeuta, che si era prestata per anni a questo asservimento, quel giorno disse: "Ma io non vedo niente, non hai nulla in mano, eppoi uffa! Io mi annoio!". In precedenza, per anni, ogni volta che veniva interrotto o contrastato in questa sua esigenza di giochi autistici, si arrabbiava ferocemente e si chiudeva in sé stesso. Questa volta invece, non solo non si è arrabbiato ma ha cominciato a tenere in conto lo stato d'animo della psicoterapeuta. Ha esclamato: "Tu ti annoi? Allora facciamo un altro gioco!". E ne ha inventato uno in cui anche la psicoterapeuta era la protagonista assieme a lui.

Da allora, quando iniziavano un nuovo gioco lui guardava il volto della psicoterapeuta e chiedeva: "Ma tu ti stai divertendo?". In questo modo, cercando una verifica dello stato d'animo della sua interlocutrice, le mostrava interesse come persona e se ne preoccupava. Aveva fatto capolino "l'altro" e la capacità di leggere la mente dell'altro.

Verso i nove anni compare la fantasia di avere un fratello: seppur immaginario, forse la comparsa del "terzo". Giulio sia a casa che in classe è alle prese con dei dialoghi tra sé e sé. Quando la mamma gli chiede: "Con chi stai parlando?", Giulio risponde: "Sto parlando con il mio fratellino immaginario; lo so che non esiste ma io ci gioco lo stesso!". Il fatto avrebbe le caratteristiche di un fenomeno transizionale (Winnicott, 1971). A nove anni i genitori, sostenuti dalla psicoterapeuta, tentano, e con successo, di interrompere la prassi del lettone e di aiutare Giulio a dormire nel letto della sua camera. Ora non ha più paura del buio ed ha cominciato a dire "posso farcela da solo". Ha iniziato a praticare arti marziali con altri coetanei. In quinta elementare legge correntemente e scrive in corsivo anche se ancora con errori di ortografia. Riesce nelle quattro operazioni anche se ha ancora difficoltà con la divisione e con le tabelline. Le ore di sostegno scolastico, in accordo famiglia, scuola e UMEE, sono ridotte da 24 a 12 settimanali. Al termine dell'anno scolastico, alla rivalutazione testistica alla WISC-IV ha questo esito: CV 84; RP 100; ML 88; VE 68; Tot. QI 81. Non si hanno gli esiti di una WISC in prima elementare perché il bambino, oppositivo e in continuo movimento, non aveva collaborato al test. Alle soglie della prima media la famiglia si trasferisce in altro comune e viene concordato il termine del trattamento psicoterapeutico.

Considerazioni finali

Abbiamo preso in considerazione l'esperienza (diagnosi e cura) con alcune decine di bambini con "alterazione globale dello sviluppo psicologico" trattati con riabilitazione e/o con psicoterapia psicoanalitica. Abbiamo messo a confronto i principi di azione ed i risultati dei trattamenti riabilitativi e psicoterapeutici attuati con questi bambini. Che cosa, in origine, attiva e favorisce lo sviluppo somatopsichico di un bambino sano? Non è la ripetizione pura e semplice di movimenti e contatti corporei tra adulto e bambino, ma il dialogo da corpo a corpo all'interno di una relazione significativa e significativa tra quel bambino e una madre capace di calarsi a livello delle sue esigenze primitive. Le capacità di sintonia della madre (o dei suoi sostituti) sono ancora più decisive quando si tratta di aiutare un bambino che a pochi mesi dal parto è già in ritardo rispetto allo sviluppo medio degli altri bambini della sua età. I percorsi formativi dei riabilitatori appaiono prevalentemente incentrati sull'apprendimento di abilità motorie e linguistiche attraverso la ripetizione di esercizi stimolo per l'attivazione a livello sinaptico di quei domini che tardano a svilupparsi, sequenze di azioni da proporre al bambino per una attivazione di funzioni carenti; corpo-macchina scisso dagli affetti. In questi casi sembrerebbe che la relazione umana sia considerata funzionale ad ottenere la compliance del piccolo paziente. Nell'iter formativo dello psicoterapeuta a orientamento psicoanalitico la priorità è rovesciata: sono curate in particolar modo le caratteristiche personali del terapeuta che deve essere in grado di sintonizzarsi con la personalità del bambino per intrecciare con lui una relazione motivante alla vita. La nostra tesi dunque è che il trattamento di bambini con "alterazione globale dello sviluppo psicologico NAS" deve iniziare con una psicoterapia psicoanalitica e che i trattamenti abilitativi possono trovare una collocazione successiva.

Bibliografia

- Agosta E., *La dimora del viandante*, Diogene Multimedia, Bologna, 2015.
- Alterio S., “Esperienze di cura in ambito istituzionale dei Disturbi dello Spettro Autistico”, *Richard e Piggle*, 2022, 30, 2.
- Alvarez A. (2012), *Un cuore che pensa. Tre livelli di terapia psicoanalitica con i bambini*, trad. it.: Astrolabio, Roma, 2014.
- American Psychiatric Association (2013), *DSM5 Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali*, trad. it.: Cortina, Milano, 2014.
- Aucouturier B., Lapiere A. (1976), *Bruno. Psicomotricità e Terapia*, trad. it. Edizioni Scientifiche, Bologna, 2018.
- Baldini T. (2015), *Dal respiro al monto interno*, Edizioni Magi, Roma.
- Beschi C., Curone L., “L’osservazione psicoanalitica in Unità Operative di Neuropsichiatria Infantile: uno sguardo tridimensionale su bambini-adolescenti autistici, famiglie e operatori socio-sanitari”, *Polaris, Psicoanalisi e mondo contemporaneo*, 2018, n. 4, p. 45-56.
- Bion W.R. (1962), *Apprendere dall’esperienza*, trad. it.: Armando, Roma, 1988.
- Bowlby J. (1976), *Attaccamento e perdita, Vol. I*, trad. it.: Boringhieri, Torino, 1999.
- Bowlby J. (1988), *Una base sicura. Applicazioni cliniche della teoria dell’attaccamento*, trad. it.: Cortina, Milano, 1989.
- Clasta e Fli (2019). www.clasta.org/consensus-conference.
- Deutsch E., “Clinical and Theoretical Aspects of ‘As If’ Characters”, *Psychoanalytic Quarterly*, 1942, II, p. 301-321.
- Di Renzo M. (2017), “I principi teorici della terapia centrata sul corpo per promuovere la sintonizzazione affettiva nei bambini con disturbo dello spettro autistico”, *Journal of Behavioral and Brain Science*, 7, pp. 545-556.
- Ferraro R., “Il contributo della Psicoanalisi al lavoro riabilitativo”, *Richard e Piggle*, 2018, 26, 2.
- Freud S. (1925), “Inibizione, sintomo e angoscia”, *OSF*, 10, trad. it.: Boringhieri, Torino, 1989.
- Gaddini E., “Sull’imitazione”, *Riv. Psicoanal.*, 1968, XIV, 3.
- Goleman D. (1995), *Intelligenza emotiva*, trad. it.: Rizzoli, Milano, 1996.
- Kohut H. (1971), *Narcisismo e analisi del Sé*, trad. it.: Boringhieri, Torino, 1976.
- Lipton B. (2005), *La biologia delle credenze. Come il pensiero influenza il DNA e ogni cellula*, trad. it.: Macro Edizioni, Diegaro di Cesena, 2023.
- Magazine Santagostino. www.santagostino.it, Milano 1/1/2023.
- Maiello S., “L’oggetto sonoro: un’ipotesi sulle radici prenatali della memoria uditiva”, *Richard e Piggle*, 1993, 1, 1.
- Mastella M., Pinotti F., *Esperienze di valutazione e trattamento logopedico di soggetti diagnosticati autistici*. Letto al Centro Psicoanalitico di Bologna il 15/09/2018.
- Meltzer D. (1975), *Esplorazioni sull’autismo*, trad. it.: Boringhieri, Torino, 1977.
- Moretti G.M. et al., “Il setting riabilitativo come luogo di ingresso alla presa in carico familiare”, *Ecologia della Mente*, 2007, I, pp. 71-87.
- Mucci C., *Corpi borderline. Regolazione affettiva e clinica dei disturbi di personalità*, Cortina, Milano, 2020.
- Ogden T.H. (1989), *Il limite primigenio dell’esperienza*, trad. it.: Astrolabio, Roma, 1992.
- O.M.S. (1994), *ICD-10 Classificazione delle sindromi e dei disturbi psichici e comportamentali*, trad. it.: Masson, Milano, 2014.
- Pianeta mamma. www.pianetamamma.it, 1/1/2023.
- Quagliata E., *Il primo anno di vita. Dall’acqua all’aria*, in Spiweb, 2014.
- Rebecca L., *L’intervento riabilitativo e la relazione madre-bambino*, Atti del Convegno a cura del Comune di Mantova, 1991.
- Roccalbegni L.P., *Setting Psicomotorio e Setting Psicoanalitico*, in: www.ifra.it, 2019.
- SINPIA, *Linee guida per l’Autismo*, Roma, 2006.

Winnicott D.W. (1971), “L’uso dell’oggetto e l’entrare in rapporto attraverso identificazioni”, in *Gioco e realtà*, trad. it.: Armando, Roma, 1974.

Winnicott D.W. (1971), “Oggetti transazionali e fenomeni transazionali”, in: *Gioco e realtà*, trad. it.: Armando, Roma, 1974.