



CENTRO PSICOANALITICO DI ROMA

COLLANA MULTIVERSI

AUTISMI IN DIALOGO

CLINICA, PSICOANALISI E CULTURA



COLLANA MULTIVERSI

AUTISMI IN DIALOGO

Clinica, psicoanalisi e cultura

Centro Psicoanalitico di Roma

Multiversi

L'esperienza umana e il mondo contemporaneo. La psicoanalisi e i saperi "altri". Viviamo in un'epoca di mutazioni antropologiche, cambiamenti repentini che aprono scenari inauditi: stimolanti e perturbanti allo stesso tempo.

Multiversi è la nuova linea editoriale che Centro Psicoanalitico di Roma vuole mettere a disposizione di un pensiero aperto, sempre in movimento, costantemente attraversato da interrogativi.

Una collana che speriamo intrecci innumerevoli concatenamenti di percorsi. Senza che gli approdi siano dati in partenza, ma con la speranza di favorire sempre nuove esplorazioni.

Indice

Presentazione	6
<i>Martina Balbo di Vinadio e Alexandro Fortunato</i>	
L'autismo: spettro, galassia o arcipelago?	12
<i>Martina Balbo di Vinadio</i>	
Sentire l'affetto: il corpo all'origine dell'autismo fra forme vitali e intercorporeità	28
<i>Raffaella Tancredi</i>	
Dallo spettro all'oceano autistico: intervista a Marina Montagnini sulle autobiografie di persone con autismo	38
<i>Emiliano Alberigi Quaranta, Marina Montagnini</i>	
Le vie dell'autismo	58
<i>Ludovica Grassi</i>	
Imitazione, movimento e condivisione come strumenti di sviluppo: il ruolo del TNPEE nell'intervento riabilitativo del bambino con Disturbo dello Spettro Autistico	74
<i>Valeria Zancana</i>	
L'alleanza genitori-analista di fronte allo 'spettro autistico'	92
<i>Chiara Cattelan</i>	
Abitare il cambiamento: l'adolescenza nello spettro autistico. Processi di soggettivazione tra neurosviluppo e vita psichica	108
<i>Elvira Rigillo</i>	
Elogio del molteplice. Appunti per una lettura psicoanalitica dell'apprendimento in due adolescenti con autismo	124
<i>Alice Piacentini</i>	

Abitare la propria vita	138
<i>Silvia Santiccioli, con all'interno un'intervista a Stefania Ucelli Di Nemi</i>	
Autismo, sessualità e identità di genere: tra neurodiversità e costruzione dell'identità	154
<i>Michelangelo Vasta</i>	
Dal modello nevrotico al modello autistico. Mutazioni antropologiche, tecnologie intime e neurodivergenze	170
<i>Chiara Buoncristiani</i>	
Far sopravvivere la psicoanalisi nelle istituzioni, per dare fiducia nei futuri possibili. Un dialogo tra generazioni	180
<i>Filippo Maria Moscati intervista Flavia Capozzi</i>	
"I do not like metaphors". Figure dell'autismo nella letteratura: tra enigma e forma, un punto di vista psicoanalitico	194
<i>Valeria Condino e Leonardo Spanò</i>	
Dallo spettro alla scena cinematografica: tra rappresentazioni dell'alterità e stereotipi	202
<i>Valeria D'Angelo</i>	
Note biografiche	214

Presentazione

Martina Balbo di Vinadio, Alexandro Fortunato

When you are trying to think blue
And end up thinking black
You can be sure to be frustrated
Time and again it happens to me
And I get quite helpless
Otherwise why should I get up and spin myself
Spinning my body
Brings some sort of harmony to my thoughts
So that I can centrifuge away all the black thoughts
I realise that the faster I spin
The faster I drive away the black
When I am sure that even the last speck of black
Has gone away from me
Then I spin back in the opposite direction
And pull the blue thoughts into myself
It depends on how much blue I want
If I want more blue I have to spin faster
Otherwise not so fast
It's just like being a fan
The trouble is when I stop spinning
My body scatters
And it's so difficult to collect it together again

(T. Mukhopadhyay, 2003¹)

Questo volume nasce dal desiderio di dedicare uno spazio di pensiero all'autismo, integrando la psicoanalisi con altri saperi con i quali avere scambi di arricchimento e confronto, in linea con l'impostazione di Multiversi.

¹ Poesia tratta dal libro di Tito Rajarshi Mukhopadhyay: *The Mind Tree: A Miraculous Child Breaks the Silence of Autism* (pubblicato da Arcade Pub nel 2003).

Intendiamo includere diversi vertici di lettura dell'autismo, dando spazio a contributi clinici, teorici e utilizzando suggestioni provenienti dalla letteratura e dal cinema, come anche da diverse realtà sociali. Ulteriori spunti ci arrivano dalla riflessione sui complessi cambiamenti della società contemporanea che incidono sui modi in cui gli autismi vengono pensati, nominati e rappresentati.

Oggi quando parliamo di autismo siamo consapevoli di avere a che fare con una condizione eterogenea e composita: esiste tutta una gradazione, che va dall'autismo descritto da Kanner legato a importanti difficoltà che impattano sull'adattamento, a disturbi relazionali e identitari più sfumati; possiamo inoltre incontrare meccanismi 'autistici' in funzionamenti psichici diversi. Per questo ci sembra più appropriato parlare di *autismi*: una dimensione umana singolare, con una pluralità di forme espressive a cui approcciarsi evitando semplificazioni.

Abbiamo voluto aprire dei dialoghi con gli autismi sollecitati dall'esperienza clinica: osserviamo un importante incremento dei casi che apre a molti interrogativi; siamo consapevoli della complessità della diagnosi e del rischio di errori diagnostici; assistiamo a uno scontro tra modelli e trattamenti che ostacola la possibilità di ascoltare e accogliere l'unicità della persona nelle sue diverse esigenze.

Sentiamo per questo che c'è bisogno di continuare a testimoniare la possibilità di un pensiero e un lavoro con gli autismi che sia integrato e includa un vertice psicoanalitico.

Attraverso i diversi contributi ci siamo interrogati sulle peculiarità delle menti autistiche e abbiamo tentato di avvicinare il mondo complesso e profondamente emotivo di queste persone, dando attenzione al corpo e alla sensorialità. Si tratta di un mondo interno che spesso rimane poco visibile, non tanto perché manchi una vita psichica, quanto perché è pre-

sente una difficoltà nella sua espressione e condivisione. Per questo abbiamo inteso portare l'attenzione sui vissuti e le emozioni, favorendo un racconto dall'*interno* dell'esperienza delle persone con autismo. Abbiamo voluto dare spazio a cosa succede in età evolutiva, ma anche cosa accade nel passaggio dell'adolescenza e dell'età adulta, includendo aspetti che spesso rimangono ai margini (come il tema del rapporto con la sessualità, l'orientamento sessuale e l'identità di genere).

Riteniamo che la riflessione sui funzionamenti autistici ponga domande e offra stimoli per la comprensione del processo di soggettivazione, un processo complesso e ancora in parte misterioso. Avvicinarsi agli autismi ci conduce alle radici dell'umano, portandoci a riflettere sui precursori (corporei e interattivi) dello sviluppo psichico e sulle vie che può prendere la simbolizzazione, così come sui deragliamenti e i peculiari percorsi che può prendere.

Pensare gli autismi, ci riporta a alcuni inciampi della psicoanalisi, senza rinunciare alle sue intuizioni più feconde. Riprendere questo tema può evitare il rischio di buttare il bambino con l'acqua sporca, perdendo il contributo che la psicoanalisi può dare alla riflessione e alla cura delle persone che rientrano in questo quadro, bilanciando il peso che viene dato ai modelli 'comportamentali' che presentano criticità e rimettendo al centro la necessità di una cura incarnata.

La poesia di Mukhopadyay ci mostra un mondo interno ricco, che è sempre sul punto di sgretolarsi e frammentarsi. Tale aspetto del funzionamento autistico rischia di riproporsi anche nel funzionamento degli operatori, che finiscono spesso per trattare questo disturbo in modo 'autistico': la dimensione affettiva, relazionale, neurobiologica vengono separate e diversi aspetti della presa in carico risultano poco integrati. Speriamo che il volume favorisca un movimento nella direzione opposta: favorire dialo-

ghi grazie allo scambio tra operatori con diversa formazione, diversi modelli e discipline intorno agli autismi.

Desideriamo ringraziare coloro che hanno accettato il nostro invito e che ci hanno dedicato il loro tempo e il loro pensiero. Con loro, speriamo di continuare a dialogare per mantenere vive le tante domande sollecitate da un tema così vasto e complesso.

Ringraziamo l'esecutivo per la fiducia accordataci, Chiara Buoncristiani e tutta la redazione del sito del Cpdr per il supporto e la collaborazione.

L'autismo: spettro, galassia o arcipelago?

Martina Balbo di Vinadio

Passer un pont, traverser un fleuve, franchir une frontière, c'est quitter l'espace intime et familier où l'on est à sa place pour pénétrer dans un horizon différent, un espace étranger, inconnu, où l'on risque, confronté à ce qui est autre, de se découvrir sans lieu propre, sans identité....Pour être soi, il faut se projeter vers ce qui est étranger, se prolonger dans et par lui. Demeurer enclos dans son identité, c'est se perdre et cesser d'être. On se connaît, on se construit par le contact, l'échange, le commerce avec l'autre.
Entre les rives du même et de l'autre, l'homme est un pont¹.
(J.P. Vernant, 2017)

L'autismo: un territorio vasto e complesso

Quello dell'autismo è un campo variegato che comprende un insieme di situazioni molto diverse. Si tratta di un campo controverso in cui si sono create contrapposizioni e fratture tra modelli, sia per la comprensione del disturbo, che per il trattamento.

Nell'avvicinarmi a questo tema parto dalla mia esperienza clinica, legata all'incontro con bambini e ragazzi con autismo e con le loro famiglie, con la consapevolezza di muovermi su un terreno difficile e senza la pretesa di giungere a un quadro d'insieme esaustivo. Forse questo, oltre che con i miei limiti, ha a che fare con le caratteristiche di questo disturbo che sfugge ed è connaturato ad una difficoltà di presa e di sintesi.

¹ Passare un ponte, attraversare un fiume, oltrepassare una frontiera, significa lasciare lo spazio intimo e familiare dove si è al proprio posto per entrare in un orizzonte diverso, uno spazio estraneo, sconosciuto, dove si rischia, di fronte a ciò che è altro, di scoprirsi senza un posto proprio, senza identità... Per essere se stessi bisogna proiettarsi verso ciò che è estraneo, estendersi dentro e attraverso di esso. Rimanere racchiusi nella propria identità significa perdersi e smettere di essere. Ci conosciamo, ci costruiamo tramite contatto, scambio, commercio con l'altro. Tra le rive del proprio e dell'altro, l'uomo è un ponte.

Un concetto in evoluzione

Il termine autismo è stato introdotto da Bleuler (all'inizio del novecento) per riferirsi a un sintomo della schizofrenia e successivamente è stato ripreso da Kanner e Asperger, che indipendentemente, ma nello stesso periodo storico (negli anni '40), hanno descritto quadri clinici in cui lo sviluppo prendeva delle forme peculiari con specifiche difficoltà nell'area delle interazioni sociali, della comunicazione e del comportamento con presenza di stereotipie e ripetitività. Tale termine è entrato poi nel Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali (DSM), dove viene usato per far riferimento a quadri clinici legati a diversi funzionamenti (uno *spettro* appunto), con alcune caratteristiche comuni: un deficit nell'area dell'interazione e della comunicazione sociale, e la presenza di interessi ristretti, ripetitivi e stereotipati, che possono prendere forme diverse a seconda del livello di funzionamento (dalle stereotipie motorie, agli interessi sensoriali ripetitivi, alla presenza di interessi settoriali, anche di tipo complesso). Nel tempo si è passati dall'idea di una *fortezza vuota* a quella di una *debolezza piena* (Barale, 2006), per arrivare alla concezione di un *funzionamento neurodivergente*², ovvero di una soggettività che si organizza in modo singolare e ha una sua dimensione interiore tutta da capire e su cui dobbiamo ancora interrogarci.

Possiamo considerare il disturbo dello spettro dell'autismo come un disturbo del neurosviluppo multifattoriale, con eziologia complessa che coinvolge livelli diversi, con una base genetica e neurobiologica, su cui interviene una modulazione legata ad aspetti epigenetici e ambientali. Sul piano clinico osserviamo una variegata espressività, che va da quadri più compromessi (con funzionamento non verbale o scarsamente verbale, talvolta associato ad altri disturbi in comorbidità), a situazioni più lievi (in cui le difficoltà si inseriscono in una cornice di migliore adattamento, con competenze funzionali sul piano cognitivo e linguistico). In tutti i quadri si trovano spesso 'isole di abilità' che appaiono più sviluppate e che delineano una disarmonia nel profilo delle abilità della persona, che è complicata da un utilizzo incostante delle competenze acquisite.

² Per una revisione della storia del concetto di autismo si può far riferimento al testo di Ballerini, Barale, Gallese e Ucelli (2006) che ne ripercorre nel dettaglio la complessa evoluzione nel tempo, mettendo in discussione tra le altre cose la concezione di Bettelheim dell'autismo come difesa rispetto a contesti relazionali disfunzionali.

Le evidenze cliniche accumulate dimostrano che la presa in carico, soprattutto se precoce e prolungata, può portare a importanti miglioramenti nelle competenze, nell'adattamento, nelle condizioni di vita e nelle possibilità di autonomia. La prognosi appare favorevole soprattutto se anche il contesto si adatta alle necessità delle persone con funzionamento di tipo neurodivergente, divenendo rispettoso delle specifiche necessità di ciascuna persona (ad esempio ponendo attenzione alla sensibilità sensoriale, al bisogno di una prevedibilità nelle routine, ecc.).

La complessità del disturbo richiede un intervento articolato grazie al contributo di più discipline e modelli. In età evolutiva è spesso necessario il contributo della riabilitazione volto al sostegno e allo sviluppo di competenze specifiche (motorio-prassiche, comunicativo-linguistiche, ecc.), insieme ad interventi rivolti ai genitori e alla scuola. La presa in carico dovrebbe essere articolata per adattarsi alle specifiche fasi evolutive e dovrebbe essere pensata per lavorare in senso contrario a quello del disturbo, che tende a frammentare. Sappiamo bene che le competenze dei bambini spesso rimangono isole non comunicanti (sia tra loro, che con l'esterno), e che l'uso delle competenze in contesti ecologici non è affatto scontato. Gli studi longitudinali mostrano che servono interventi prolungati, che devono essere rimodulati nel tempo per adattarsi alle specifiche sfide evolutive e alle criticità delle singole situazioni personali, familiari e sociali al cui interno la persona è inserita.

L'esperienza delle persone con autismo

L'io è in definitiva derivato da sensazioni corporee,
soprattutto dalle sensazioni provenienti dalla superficie del corpo
(Freud, 1923)

Le persone con autismo a volte hanno problemi con i loro confini corporei.

Sono incapaci di giudicare, dalle sensazioni, dove termina il loro corpo
e dove inizia la sedia sulla quale sono seduti o l'oggetto che tengono in mano
(Grandin, 2001)

L'autismo viene descritto a partire da peculiarità nel comportamento. I criteri del DSM e le valutazioni delle competenze nelle diverse aree (come il livello cognitivo, le competenze linguistiche, le abilità adattive, ecc.) consentono di evidenziare l'eventuale presenza e il grado di gravità del disturbo, insieme alla presenza di eventuali ulteriori criticità (come la presenza di compromissione intellettiva, del linguaggio o di una condizione medica associata). Questi dati ci aiutano a capire chi abbiamo di fronte, grazie alla raccolta di informazioni relative alle peculiarità nel funzionamento e nel profilo di sviluppo; sono dati che saranno centrali per pensare ad un intervento cucito sulle specifiche caratteristiche del singolo.

Abbiamo allo stesso tempo bisogno di andare al di là del comportamento osservabile: interrogarci e tentare di immaginare l'esperienza interiore di queste persone, che spesso sentiamo così distante da noi. Si tratta di un vissuto che si lega ad una esperienza emotiva estrema, tra il troppo e il troppo poco, spesso radicata in una carenza nell'incorporeità originaria.

Sono stati per me preziosi a questo riguardo alcuni scritti psicoanalitici, insieme a studi sul primo sviluppo: sono campi che ci aiutano a avvicinare un funzionamento psichico peculiare e ci ricordano, a partire da vertici differenti, che il sé si sviluppa a partire dal corpo e dalla relazione con l'altro. Autori come Gaddini (1989) e Winnicott (1962), ci accompagnano a scoprire come il sé derivi dai bisogni di un io corporeo che gradualmente, attraverso l'elaborazione immaginativa dell'esperienza fisica nella relazione madre-bambino, diverrà un io psichico.

Gli studi sullo sviluppo (Stern, 1985) descrivono come i bambini dalla nascita sono al centro di sensazioni, percezioni, azioni, cognizioni, stati interni e stati di coscienza ancora non autoriflessivi, che possono essere descritte come esperienze di intensità, schemi temporali, affetti vitali e di piacere. Si tratta di forme di esperienza che continuano ad operare per tutta la vita in modo non consapevole, come matrice esperienziale di tutti i successivi stati della soggettività.

Le iniziali difficoltà dell'autismo riguardano proprio questi aspetti: i segni più precoci sono relativi a postura, tono, movimento, ad una dimensione sensoriale peculiare (ipo o iper-attivata)³. I processi percettivi subiscono una sorta di sbriciolamento (gli psicoanalisti ne hanno parlato in termini di

*smantellamento*⁴, mentre da un punto di vista neuropsicologico questo aspetto è stato descritto facendo riferimento ad una carenza di *coerenza centrale*⁵) che comporta una sensorialità disintegrata (i vari sensi non lavorano insieme in modo coordinato), e autoprodotta (le stereotipie e le ecolalie). Il bambino autistico si confronta con una sensazione di instabilità nella percezione dei propri confini o involucri somatopsichici, vive come in una continuità indefinita e evanescente tra se stesso e il mondo intorno a lui (che può prendere forma nella sensazione di liquefarsi, o sbriciolarsi).

I primi segni dell'autismo sono legati a difficoltà nel dialogo intercorporeo, precursore della comunicazione con l'altro: l'insieme dei meccanismi di sintonizzazione non procede come di consueto, per cui anche le normali abilità genitoriali sono messe in scacco. Non si avvia quella 'danza interattiva' (di cui ha parlato tra gli altri Stern) in cui madre e bambino si sintonizzano e avviano uno scambio in cui ciascuno influenza l'altro, in un rispecchiamento reciproco, all'interno di una cornice di piacere condiviso. Il bambino autistico è sovraccaricato da una sensorialità caotica che non riesce ad organizzare; si trova con l'ulteriore criticità di non poter utilizzare la presenza dell'altro come modulatore dell'eccitazione proveniente dal mondo, poiché la relazione funziona come ulteriore elemento di eccitazione eccedente.

Ci siamo (fortunatamente!) liberati dalle errate concezioni psicogenetiche (concezioni riduttive come quella delle madri frigorifero e dell'autismo visto come guscio difensivo e arresto a fasi pre-oggettuali dello sviluppo); ma questo sembra aver portato a mettere in ombra quanto importante sia lavorare insieme ai genitori: non perché da loro provenga la causa del disturbo, ma perché molto disagio rischia di esserci all'interno delle relazioni familiari (conseguenti alle caratteristiche del disturbo) e molte potenzialità ci sono se si interviene all'interno del contesto di vita più significativo per il bambino⁶.

³ Aspetti descritti da sempre dagli psicoanalisti e solo successivamente introdotti nei criteri nel DSM.

⁴ Vedi i lavori di Meltzer (1975).

⁵ Vedi la concettualizzazione di Uta Frith (1989).

⁶ Mi è anche capitato di seguire in analisi fratelli o sorelle di persone con autismo e verificare quanto forte possa essere l'impatto del disturbo su tutto il nucleo familiare.

Spesso purtroppo vedo che il lavoro con le persone con autismo viene delegato agli 'specialisti', mentre sia i bambini (poi adolescenti e adulti), che le famiglie hanno bisogno di essere accompagnati per capire come 'incontrarsi' e tentare di sintonizzarsi al meglio, facendo i conti con le possibilità del singolo caso e dello specifico momento evolutivo. Mi vengono in mente tante situazioni in cui i genitori soffrono, si sentono rifiutati dai comportamenti dei figli e si innesca un circolo vizioso di grande dolore. Tale andamento può essere rimodulato e evolvere verso forme più funzionali se è presente un interlocutore che sostiene la relazione, favorisce le condizioni perché lo scambio possa avviarsi e sostiene la creazione di uno spazio per elaborare e condividere vissuti ed emozioni legate al contatto con il funzionamento autistico⁷.

Il cammino verso il linguaggio: le immagini e la musica delle parole tra suono e senso

*Quando finisce l'infanzia(...) si entra nella 'società',
uno alla volta si chiudono i recettori sensoriali,
non impariamo più quasi niente,
usiamo solo la ragione e la parola
(Munari, 2002)*

*Io penso in immagini. Le parole sono come una seconda lingua per me.
Io traduco le parole, sia pronunciate che scritte, in filmati a colori,
completi di suoni che scorrono come una videocassetta nella mia mente
(Grandin, 2001)*

L'acquisizione e l'uso del linguaggio avviene grazie a quella trasformazione simbolica che richiede un allontanamento dal contatto con le sensazioni e un certo senso di separatezza corporea dal mondo esterno. Prima di giungere alla simbolizzazione secondaria basata sul linguaggio (che si fonda sull'assenza e il lutto) vi è un lento lavoro di preparazione. La simbolizzazione primaria si stabilisce in presenza dell'altro, nel 'dialogo' mimico-posturale e gestuale con l'adulto, che favorisce la costituzione di una prima organizzazione delle sensazioni primitive. Il piccolo via via inizia a non

⁷ Lo stesso piano regionale per l'autismo della Regione Lazio del 2025, seppur nelle criticità di alcuni aspetti, segnala la necessità di coinvolgere la famiglia e i caregiver nella presa in carico.

sentirsi sopraffatto da sensazioni violente e caotiche, grazie alla presenza di appoggio dell'adulto che ne abbassa l'intensità, le rende più prevedibili e modulate grazie al transito nella propria mente. Così a partire dal contatto con la dimensione corporea, tattile, sonora e visiva si sviluppano diversi tipi di codici (visivo -immagini-, musicale -suono-, verbale -parola-) grazie alla trasformazione delle sensazioni grezze in significanti e quindi segni.

Tutto questo, in relazione agli aspetti discussi in precedenza, risulta estremamente problematico nell'autismo e fa sì che si debba guardare al linguaggio come ad un orizzonte verso cui muoversi, con percorsi spesso accidentati e tortuosi.

È necessario un paziente lavoro di preparazione delle condizioni per l'emergere del linguaggio verbale, stando sullo scambio corporeo e i giochi sensomotori. È necessario tollerare un percorso discontinuo, caratterizzato da acquisizioni e apparenti retrocessioni, poiché le competenze acquisite rimangono fragili e sono elicetabili solo a certe condizioni (in certi contesti e a certe 'temperature' emotive, al di là delle quali invece tutto può essere apparentemente 'perso').

Talvolta il linguaggio verbale è assente a lungo; laddove emerge il rapporto con il linguaggio rimane peculiare e il suo uso insolito. A volte compare in modo improvviso, talvolta si inceppa su un uso sensoriale e autostimolatorio, invece che condiviso e comunicativo. In alcuni casi scopriamo a un tratto che il linguaggio viene acquisito passando attraverso la 'strada' della letto-scrittura, invece che a partire dallo scambio con l'altro.

Da un certo numero di anni osservo che bambini autistici iniziano a parlare usando l'inglese e mostrano come l'interesse verso il linguaggio non si orienti verso la lingua 'madre' appresa nello scambio intercorporeo, ma passi attraverso canali diversi, grazie al fascino per particolari elementi sensoriali (una certa sonorità) e facilitati dall'interesse per video e materiali digitali.

Nel lavoro clinico con bambini autistici dobbiamo adattarci a percorsi atipici, cercare di accostarci al loro modo di avvicinare il simbolo: possiamo iniziare a giocare insieme sulle parole usate in modo ecolalico o in piccole cantilene che proviamo a ripetere insieme; possiamo avviare giochi di imitazione vocale con variazioni di tono e ritmo, accompagnati da movimenti o dall'uso delle immagini⁸.

⁸ Le persone con autismo sono state definite pensatori per immagini. Molti bambini si esprimono attraverso i disegni, usano i fumetti per raccontare le loro esperienze e condividere vissuti. Nel lavoro riabilitativo le immagini stesse possono essere utilizzate come sostegno alla comunicazione (CAA) generando un grande sollievo per il bambino che riesce così a comprendere le attività, le routine e gli imprevisti (cosa che porta a una riduzione dei comportamenti problematici e dei momenti di crisi).

Quello che l'autismo ci ricorda e aiuta ad imparare

*...a volte capita di colludere con i pazienti per anni,
occupandoci delle loro comunicazioni verbali
senza vedere che ci stanno dicendo ben altro
con le comunicazioni non verbali*
(Winnicott, 1962)

La riflessione sul lavoro con l'autismo sul 'prima della parola' credo che sia stimolante anche per lavorare con pazienti con diverso funzionamento. La psicoanalisi è stata definita da una delle prime pazienti (descritte negli Studi sull'isteria- Freud 1892-95) come 'talking cure'⁹ e ha dato molta importanza alla parola. Parallelamente si è sviluppato un interesse per la dimensione pre-rappresentativa, in relazione alla necessità di trattare patologie e aree extra-nevrotiche della mente. Questo filone di studio ci ricorda che il fondo dell'esperienza rimane sensoriale per tutta la vita.

Accostarsi all'autismo, mi sembra ci stimoli a sintonizzarsi con le dimensioni preverbal e arcaiche anche di pazienti borderline, psicotici, o con aspetti traumatici. Nella cura delle patologie identitarie ci troviamo ad avere a che fare con i resti di elementi solo in piccola parte organizzati poiché legati ad esperienze avvenute 'prima della parola'. Tali elementi grezzi, prima di poter essere rappresentati in parole, devono ancora transitare in immagini visive o forme sonore, grazie ad un ascolto polimorfo e sensoriale (Bastianini, Ferruta, Guerrini Degl'Innocenti, 2021).

Mi torna in mente un caso presentato da Barale (2024) di un paziente adulto (non autistico e con ottima padronanza di diverse lingue) in cui emergeva che l'ascolto della dimensione musicale -ritmo, prosodia, andamento del parlare- da parte dell'analista, consentisse il recupero di tracce mnestiche depositate nella memoria implicita, che sfuggivano al legame tramite rappresentazioni di parola. Si tratta di tutte quelle tracce -inconscio non rimosso- che costituiscono la struttura portante della nostra vita e difficilmente emergono nelle comunicazioni verbali, ma più facilmente possono essere contattate grazie a un ascolto polifonico che permette l'elaborazione di forme e contenuti non ancora rappresentabili.

⁹ Anna O. Utilizzò questa espressione per riferirsi al metodo che portava alla attenuazione e superamento dei sintomi grazie alla verbalizzazione dei ricordi traumatici e delle emozioni legate ad essi.

Stereotipie e ripetitività: aspetti da contrastare o possibili abbozzi di comunicazione?

La ripetitività, la ricerca di schemi stabili e l'uso stereotipato di oggetti sono caratteristiche dell'autismo, che possono prendere forme diverse a seconda del livello di funzionamento. Spesso i bambini autistici manipolano il loro corpo per ricercare particolari sensazioni, in particolare tattili e cinestesiche. Tustin ha descritto questi fenomeni parlando di *oggetti e forme sensoriali autistiche*, legate al contatto con oggetti duri-rigidi o allo sfregare-strisciare superfici, che sembrano aiutare il bambino a percepire la propria continuità dell'esistenza, funzionando come una sorta di tranquillante di origine somatica.

Queste descrizioni sono di aiuto a immaginare la funzione di certi comportamenti atipici, a non pensarli come ad erbacce da estirpare, ma piuttosto tentativi di modulare un contatto con il proprio mondo interno e con l'altro che risulta caotico e debordante.

Mi torna in mente una scena del film 'Misericordia' diretto da Emma Dante (del 2023) in cui un ragazzo con disabilità gira su se stesso (come molto spesso fanno i bambini autistici) e la sua mamma 'adottiva' inizia a girare ridendo insieme a lui, contando il numero di giravolte.

Avvicinarci, mostrare curiosità e provare a condividere il comportamento ripetitivo può essere un primo passo per introdurre variazioni e aprire a qualche forma o momento di incontro. Spesso invece i genitori, e anche gli operatori (insegnanti, educatori, terapeuti, analisti) si sentono a disagio di fronte a tali comportamenti, poiché risultano bizzarri e sfuggono alla nostra comprensione. È difficile mantenere una spinta a osservare aspetti che generano inquietudine, metterci in gioco per tentare di comprendere e decodificare, piuttosto che allontanare con una modalità difensiva. In questo credo che la funzione analitica della mente possa fare la differenza, grazie alla possibilità di tollerare il contatto con la sofferenza e il non sapere, e rimanere in ascolto delle risonanze interne. Proprio l'ascolto del controtransfert può consentire l'accesso ad aree mute dell'altro, che così possono venire accolte, avere accesso a reti di possibile significato che creano aperture trasformative.

Ancora qualche riflessione verso un'integrazione dei trattamenti

Dalle prime descrizioni dell'autismo ad oggi, molta strada è stata fatta: dalla chiusura delle istituzioni totali con la legge Basaglia, si sono costituiti centri di igiene mentale e neuropsichiatria infantile, sono state chiuse le scuole speciali e i bambini con disabilità sono stati inseriti all'interno delle scuole normali, con l'affiancamento di insegnanti formati¹⁰. Abbiamo oggi più informazioni e un ampio ventaglio di modelli di intervento, anche molto precoci. Osserviamo un miglioramento della prognosi, con sviluppo di competenze nei diversi ambiti e riduzione dell'impatto delle difficoltà. A fianco a tutto questo, sappiamo anche che l'autismo è una modalità di funzionamento che tende a permanere per tutta la vita (sebbene la letteratura evidenzia una certa percentuale di casi che escono dallo spettro). Spostare lo sguardo a cosa succede nell'età adulta ci aiuta a riflettere sugli interventi, andando a vedere quale sia l'esito a lungo termine: anche nei funzionamenti più alti spesso troviamo un adattamento e un benessere ridotto, e comunque la correlazione tra interventi 'efficaci' in età evolutiva e buon esito in età adulta sono deboli.

Attualmente inizia a stabilirsi un equilibrio tra i diversi interventi e approcci, e a delinearsi l'importanza del ruolo dei clinici nella valutazione del trattamento. Le linee guida più recenti chiariscono come non sussista l'indicazione per un trattamento unico, ridimensionando l'entusiasmo per alcuni interventi (compresi ABA), che hanno avuto in una certa fase particolare credito. Uno sguardo complessivo indica che ciò che a lungo termine sembra funzionare non sia il 'marchio' dei singoli interventi, ma la coerenza, specificità e continuità del progetto oltre all'età evolutiva, e l'attenzione al sostegno e coinvolgimento dei contesti di vita¹¹.

Più che scoraggiare, questi dati portano ad una visione più bilanciata, che va oltre posizioni dogmatiche e semplicistiche. Se gli studi longitudinali mostrano che non c'è un modello di presa in carico e di trattamento 'predefinito' e 'migliore' per tutti i casi, ci sono però alcune indicazioni di cui tenere conto nel trattamento: la centralità di un intervento precoce, la necessità di intervento globale e intensivo nelle prime fasi gestito da una équipe di operatori, l'importanza di un lavoro oltre che sul bambino anche sui genitori e sull'intera famiglia. L'intervento deve essere prolungato nel

¹⁰ Interessante il racconto dal vivo di questi passaggi di Ammaniti (2022).

¹¹ Se ciò si realizza, vi sono anche lenti ma significativi spostamenti verso l'alto nelle autonomie e capacità adattive anche al di là dell'età evolutiva (Barale e al. 2009).

tempo e pensato per cicli (potendo includere a seconda delle necessità riabilitazione individuale di tipo neuropsicomotorio e logopedico, interventi congiunti con genitori, sostegno alla genitorialità, interventi in piccolo gruppo, psicoterapia).

È necessario lavorare con *interventi dal basso e dall'alto* (come sostiene Danon Boileau, 2015) integrando funzioni analitiche e educative-riabilitative. Ovvero da un lato è importante cercare di favorire il piacere dello scambio, tentando di decifrare gli abbozzi comunicativi e accogliere la persona come essere umano, rimandando l'immagine di soggetto significante anche laddove gli strumenti sono molto deficitari e l'apertura allo scambio è ridotta. Dall'altro serve insegnare le regole dello scambio e della vita sociale, favorendo lo sviluppo di competenze specifiche.

Un approccio di questo tipo, in cui diverse cose sono necessarie e nessuna sufficiente, è ancora lontano dalla realtà. Ciò che osservo spesso è la presenza di molti elementi frammentati, se non in conflitto tra loro (sia relativamente alle diverse necessità della persona, che ai servizi).

Nei servizi e nelle scelte politiche sono previste risorse per la riabilitazione (importanti e necessarie), mentre viene dato poco spazio alla psicoterapia (si aprirebbe poi tutto un discorso a parte su quale tipo di psicoterapia, quando e rivolta a chi); viene messo frequentemente l'accento sulla necessità di lavoro su alcune competenze, mentre viene data poca attenzione ai vissuti e al benessere della persona; molta attenzione viene data alla diagnosi e alla terapia precoce (peraltro importantissima), mentre c'è una perdita di attenzione all'evoluzione del disturbo nel tempo. Insomma si assiste spesso alla perdita del quadro d'insieme, questione particolarmente critica quando il disturbo con cui abbiamo a che fare ha per sua natura un aspetto dissociativo, legato allo smantellamento di cui abbiamo parlato in precedenza. Spesso sono i genitori a pagare il prezzo di questa frammentazione e a sobbarcarsi faticosamente del tentativo di integrare (o mettere una pezza o trovarsi a fare i conti con dei buchi, a seconda dei casi...).

Operatori, tecnici o compagni viventi?

Possiamo quindi dire che la presa in carico dell'autismo richiede la presenza di più persone, ciascuno con le proprie competenze specifiche e i propri modelli di riferimento, che dovrebbero lavorare in rete in modo da comporre i diversi tasselli per creare un insieme più ampio e integrato.

Lavorando in un centro di riabilitazione da tanti anni, ho cercato nel tempo di pensare e costruire (insieme a tanti colleghi) un progetto con interventi che comprendono diversi aspetti, tra cui un accompagnamento per i genitori, un lavoro individuale con i bambini (psicomotorio/ logopedico) con periodiche riunioni di equipe, cicli di terapia in piccolo gruppo, coordinamento con la scuola.

Nel tempo il tentativo è stato di includere nuovi tasselli, fino ad arrivare recentemente all'avvio di incontri di condivisione rivolti agli operatori del servizio che si prendono cura di questo tipo di bambini e ragazzi. Ho pensato fosse importante proporre un contenitore in cui mettere al centro non tanto i modelli di intervento, né le teorie e neanche la discussione dei singoli casi, ma uno spazio aperto di ascolto in gruppo. In modo naturale è emerso un desiderio di parlare di vissuti personali, momenti di disagio e anche di 'crisi' nel lavoro che fanno talvolta riemergere questioni personali. Più persone (per lo più terapeuti senza una specifica formazione analitica) hanno raccontato come i bambini e i ragazzi che hanno in carico entrino spesso nelle trame dei loro sogni. Da Freud in poi, sappiamo quanto il sogno sia prezioso non solo nel dar forma a desideri rimossi, ma più in generale come processo alla fonte del pensiero. Come Bion ha illustrato, il lavoro onirico è una funzione che può essere attiva sia di giorno che di notte, e consente di avviare un processo di elaborazione delle esperienze emotive grezze in pensieri grazie alla funzione alfa (Bion, 1962).

Mi ha colpito ritrovare come filo conduttore degli interventi del gruppo di condivisione il riferimento ai sogni e mi ha fatto pensare a quanto grande sia il lavoro degli operatori: un lavoro impegnativo per accogliere, tentare di agganciare e contenere bambini spesso difficili, un lavoro che prosegue in una elaborazione interna, in larga parte solitaria e che lascia molti resti. Sarebbe prezioso (direi necessario) il passaggio in uno spazio allargato in cui poter depositare tali resti e lasciar decantare l'importante carico emotivo legato al contatto con un funzionamento così complesso. Uno spazio in cui sperimentare davvero che 'nessun uomo è un'isola', anche se qualcuno sembra esserlo un po' di più.

Se è presente uno spazio di pensiero, sia personale che gruppale, trovo che il lavoro con l'autismo sia uno stimolo prezioso e una continua sfida a interrogarsi sulla complessità del funzionamento mentale. L'autismo ci conduce ai luoghi germinali dello sviluppo psichico, un'area al confine tra mente e corpo, legata alle esperienze primarie, che ci stimola a attivare una rêverie sensoriale per contattare contenuti disturbanti e ospitarli il tempo necessario per trasformarli, in modi e forme tutte da scoprire caso per caso.

Penso che la psicoanalisi potrebbe dare un contributo importante in questa direzione verso la costruzione di ponti e barche che consentano di muoversi tra le isole (o almeno mantenere vivo il desiderio di raggiungere aree al momento non raggiungibili!). Lo penso come un lavoro volto alla costruzione di una rete di 'compagni viventi' tra le persone che si prendono cura dell'autismo (genitori, operatori, insegnanti) per condividere emozioni e favorire processi di 'metabolizzazione', che poi i bambini possano gradualmente interiorizzare. Un lavoro che può proteggere al contempo gli operatori dal rischio di burnout e dalla perdita dell'energia necessaria a proseguire il lavoro in modo creativo e proficuo.

Come psicoanalisti sappiamo che il contatto con le patologie complesse convoca gli operatori su un piano personale e profondo: in questi casi è necessario un lavoro per trasformare noi stessi perché si avviino trasformazioni nel paziente. La presenza di elementi arcaici e poco organizzati deve transitare in una mente in cui tracce di diverso genere, affetti e rappresentazioni vengono lavorate, avviando un processo di elaborazione, piuttosto che di evacuazione. Tale processo necessita della presenza di un'altra mente, soprattutto quando si ha a che fare con aspetti complessi, o anche di più menti in un gruppo allargato.

L'autismo ci ricorda che la cura deve essere una pratica umana, e non disincarnata e adattativa. Una pratica umile, spesso incompleta e imprecisa, in cui ciascuno si confronta con il limite e con il non sapere. Cosa che se da un lato può apparire inquietante, e evocare una dimensione 'spettrale', dall'altro può essere stimolante e consentirci di stare in contatto con dimensioni generative. Non si tratta di osservare da lontano galassie affascinanti, ma di continuare a navigare tra tante isole: collegare, esplorare, tentare di toccare e attraversare luoghi al confine tra terra e acqua, provare ad abitarli insieme.

BIBLIOGRAFIA

- Ammaniti, M. (2022). *Passoscuro. I miei anni con i bambini del Padiglione 8*. Milano, Bompiani.
- Ballerini, A., Barale, F., Gallese, V., Ucelli, S. (2006). *Autismo. L'umanità nascosta*. Torino, Einaudi.
- Barale, F. Politi, P., Boso, M., Broglia, D., Orsi, P., Pace, A., Ucelli di Nemi, S. (2009). *L'autismo a partire dalla sua evoluzione nell'età adulta: nuove conoscenze, criticità, implicazioni abilitative*. *Nóos*, 3, 257-291.
- Barale, F. (2024). *Il rumore della vita. Pluralità degli inconsci, molteplici alterità*. All'interno del volume di *Multiversi: Attualità di Freud a cento anni dall'Io e l'Es*.
- Bastianini, T., Ferruta, A., Guerrini Degl'Innocenti, B. (2021). *Ascoltare con tutti i sensi. Estensioni del paradigma e dell'ascolto psicoanalitico*. Roma, Fioriti Editore.
- Bion, W.R. (1962). *Apprendere dall'esperienza*. Trad. it. 2019. Roma, Astrolabio Ubaldini.
- Danon-Boileau, L. (2015). *L'autismo, un altro modo di comunicare*. Milano, Franco Angeli.
- Freud, S. (1892-95). *Studi sull'isteria*. OSF vol 1.
- Freud, S. (1923). *L'io e l'Es*. OSF, 9.
- Frith, U. (1989). *L'autismo. Spiegazione di un enigma*. Trad. it. 1998. Roma-Bari, Laterza.
- Gaddini, E. (1989). *Scritti*. Milano, Raffaello Cortina.
- Grandin, T. (2001). *Pensare in immagini. E altre testimonianze della mia vita autistica*. Trento, Erickson.
- Meltzer, (1975). *Esplorazioni sull'autismo*. Trad. it. 1976. Torino, Bollati Boringhieri.
- Munari (2002) in Restelli, B. *Giocare con tatto. Per una educazione plurisensoriale secondo il metodo Bruno Munari*. Milano, Franco Angeli.
- Winnicott, D. W. (2016). *Il sentimento del reale*. Scritti inediti. Trad. it. 2025. Milano, Raffaello Cortina.
- Winnicott, D. W. (1962). *Dalla pediatria alla psicoanalisi*. Trad. it. 1975. Firenze, Martinelli.
- Stern, D. (1985). *Il mondo interpersonale del bambino*. Trad. it. 1987. Torino, Bollati Boringhieri.
- Tustin, F. (1990). *Protezioni autistiche nei bambini e negli adulti*. Trad. it. 1991. Milano, Raffaello Cortina.
- Vernant, J.P. (2017). *La traversée des frontières*. Le Seuil.

Sentire l'affetto: il corpo all'origine dell'autismo fra forme vitali e intercorporeità

Raffaella Tancredi

Come osserva recentemente Amedeo Falci, uno dei paradossi della psicoanalisi contemporanea è la mancanza di uno statuto teorico sufficientemente definito per il corpo, nonostante esso costituisca il fondamento ineludibile delle pulsioni e dell'unità corporente.

Lombardi (2016) sottolinea come il corpo sia spesso assunto prevalentemente nei suoi significati simbolici e quindi, di fatto, privato della sua consistenza di oggetto concreto, esistente nella realtà. Ne deriva il rischio che la psicoanalisi stessa finisca per trasformarsi in una delle molte declinazioni della dissociazione mente-corpo che caratterizzano il mondo contemporaneo.

Una analoga dissociazione attraversa anche la cultura scientifica, in particolare per quanto riguarda la conoscenza dell'autismo. Le teorie neurocognitive che hanno cercato di proporsi come ponte tra biologia e clinica nella spiegazione di questa condizione - Theory of Mind, Weak Central Coherence, funzioni esecutive - appaiono, sotto questo profilo, paradigmatiche: modelli esplicativi disincarnati e fondamentalmente individualisti. Con Sandra Maestro abbiamo parlato di "omino testone" (2016, pag. 667) per descrivere la rappresentazione implicita del bambino autistico in queste teorie, richiamando la forma rudimentale con cui i bambini iniziano a rappresentare la figura umana.

Non meno disincarnate risultano talvolta anche alcune teorie psicoanalitiche dell'autismo, quando cercano di ricondurne la genesi esclusivamente a fattori psicogeni, finendo per negare il peso dei dati neurobiologici e, in ultima analisi, del corpo.

E tuttavia, proprio a partire dall'autismo, il corpo torna con forza a imporsi come luogo originario dell'esperienza psichica.

L'autismo nasce nel corpo: occhi, volto, voce, mani. Pelle, ma anche muscoli, articolazioni, organi dell'equilibrio, visceri.

L'intersoggettività, che tradizionalmente si ritiene compromessa nell'autismo, è innanzitutto intercorporeità, dialogo tra corpi. Njiokiktjien (2012) parla di una "teoria del corpo" come processo esperienziale dinamico e relazionale, fondato sul riconoscimento diretto e affettivo del comportamento corporeo materno: una comprensione del corpo vivente, affettivamente connotato. L'investimento libidico del corpo del bambino da parte della madre si esprime attraverso le caratteristiche emozionali e sensoriali dei gesti materni, dotati di una qualità prosodica - ritmo, velocità, durata, forza, prevedibilità - in risonanza con la voce e la mimica.

La risposta corporea della madre ai segnali di disagio del neonato non si esaurisce nella soddisfazione di un bisogno, ma costituisce una soddisfazione pulsionale, fonte di piacere. Su questa base il bambino sviluppa aspettative che eccedono i bisogni primari. Si struttura così precocemente una diade corporea affettiva, in cui madre e neonato sperimentano alternanze di piacere e dispiacere, osservabili nel tono muscolare e nella postura.

È stato osservato, nello studio dei filmati familiari di lattanti che avrebbero successivamente ricevuto diagnosi di autismo, che con un lattante autistico il genitore tende a essere più attivo, come se inconsapevolmente cercasse di compensare la scarsità dei segnali affettivi del bambino.

Ma possiamo andare oltre: possiamo ipotizzare nell'autismo, una difficoltà primaria non solo nel segnalare l'affetto, ma ancor prima nel sentirlo? E cosa significa, in questo contesto, "sentire l'affetto"? Rimanda forse a una difficoltà di base nel processare e integrare gli stimoli che sostengono l'esperienza affettiva e l'interazione?

La clinica mostra come i bambini autistici possano essere ipo- o ipersensibili agli stimoli sensoriali, con configurazioni estremamente variabili. L'elaborazione può essere più lenta; sono state descritte difficoltà nell'integrazione di stimoli uditivi e visivi multipli e connessioni atipiche tra aree sensoriali, motorie e integrative. Tutto ciò può ostacolare la formazione di relazioni significative tra stimoli congruenti e rendere più difficile beneficiare delle informazioni ridondanti che sostengono, tra l'altro, lo sviluppo del linguaggio.

Numerosi studi indicano inoltre una peculiare percezione del movimento. Il mondo può essere esperito come troppo rapido; emergono difficoltà nel riconoscere il movimento biologico e nell'interpretarne la direzione. In alcune prospettive, l'attenzione si concentra anche sulla percezione del movimento proprio, in linea con concezioni incarnate della cognizione sociale.

L'importanza di queste dimensioni emerge con particolare forza dalle testimonianze dirette dei soggetti autistici in grado di autorappresentarsi. Tito Mukhopadhyay (2003), per esempio, scrive di come lo sfarfallamento delle mani gli sia necessario per sentire di avere un corpo e non sentirsi sparpagliato e ansioso.

Che ne è di queste esperienze percettive nella vita psichica, soprattutto nei suoi momenti aurorali? In che modo le anomalie dell'elaborazione sensoriale incidono sulla formazione del Sé e sull'intercorporeità primaria?

Bion (1972) sottolinea come l'esperienza si fondi sulla possibilità di stabilire correlazioni tra dati provenienti da diversi sensi, dando luogo a quello che egli definisce "common sense", inteso come ciò che è "comune a più sensi". La realtà si costituisce nella misura in cui le diverse modalità percettive convergono nel confermare un oggetto: è questa coerenza che fonda un "senso di verità". Quando tale integrazione fallisce, l'esperienza perde consistenza.

In continuità con il pensiero di Bion, Hautmann (2009) ipotizza una precoce unificazione delle afferenze sensoriali in una sorta di "visione interna", fondativa del sentimento di esistere già nella vita fetale. Si tratta di una modalità originaria di organizzazione dell'esperienza, analoga per certi versi al funzionamento onirico: una "proiezione" che rende rappresentabile, in forma globale, l'insieme degli stimoli provenienti dai diversi canali sensoriali "primo modo di organizzarsi di una pellicola di pensiero che potrà acquistare consistenza sviluppandosi in elaborazione tematica" (pag. 334).

Altre prospettive, in parte convergenti, valorizzano il ruolo di specifiche modalità sensoriali nella costruzione precoce della coesione psichica. Geneviève Haag (2000) attribuisce un ruolo fondamentale alle sensazioni cutanee, in particolare a quelle provenienti dal dorso, zona del corpo che nella vita prenatale è in relazione più continua con il corpo materno. In questa prospettiva, la pelle non è soltanto un organo di percezione, ma una vera e propria superficie di organizzazione del Sé.

Danon-Boileau (2012) mette in evidenza l'importanza della propriocezione e degli schemi motori, introducendo il concetto di rappresentazioni primarie fondate sull'esperienza del movimento. Ciò che viene rappresentato non è un oggetto, ma uno schema d'azione associato alle sensazioni che lo accompagnano: il succhiare, ad esempio, non è soltanto un atto motorio, ma un'esperienza complessa che integra sensazioni tattili, gustative, olfattive, uditive e propriocettive.

In tutte queste prospettive emerge un punto comune: l'esperienza originaria non è frammentata, ma tende a organizzarsi in forme globali, in cui i diversi registri sensoriali e motori sono intrecciati.

Stern (2010) mostra come, fin dalle prime fasi della vita, tale organizzazione non avvenga all'interno di singole modalità sensoriali, ma attraverso configurazioni sopramodali, strutturate in termini di intensità, forma e temporalità. Il neonato non esperisce stimoli isolati, ma profili dinamici che attraversano diversi canali sensoriali, le cosiddette "forme vitali".

Si potrebbe allora ipotizzare che il "senso di realtà" di cui parla Bion e il "senso di Sé emergente" descritto da Stern condividano una stessa matrice: la possibilità che l'esperienza si organizzi come totalità coerente, prima ancora che come rappresentazione differenziata.

Se questa integrazione è compromessa, come alcune ricerche suggeriscono nell'autismo, non viene meno soltanto una capacità percettiva specifica, ma la possibilità stessa di costruire una esperienza condivisibile.

A questo punto la questione del "sentire l'affetto" si ripropone in termini nuovi.

Se seguiamo la linea che va da Bion a Stern, l'affetto non può essere pensato come uno stato interno già costituito. Esso emerge come qualità dell'esperienza, come esito dell'organizzazione tra diversi registri sensoriali e motori: una configurazione dinamica fatta di ritmo, intensità, direzione e andamento temporale.

In altri termini, l'affetto è inseparabile dalle forme vitali che lo veicolano.

"Sentire un affetto" significherebbe allora poter riconoscere e abitare queste configurazioni, viverle come proprie e sufficientemente stabili da poter essere condivise. Non si tratta soltanto di avere una risposta emotiva, ma di poterla organizzare in una forma esperibile come appartenente a un Sé.

Quando questo processo è compromesso, gli stimoli possono essere presenti - anche intensamente - ma non organizzarsi in un'esperienza affettiva riconoscibile. In termini bioniani, potremmo dire che manca la possibilità di trasformazione degli elementi beta in elementi alfa.

Si potrebbe allora ipotizzare che in alcune forme di autismo il problema non sia primariamente una assenza di affetti, ma una difficoltà a costituirli come tali.

È all'interno della relazione precoce che queste configurazioni trovano la loro prima organizzazione. Il neonato non costruisce da solo l'unità della propria esperienza: essa si costituisce nel dialogo tra corpi.

La "teoria del corpo" di Njiokiktjien può essere letta in questa prospettiva: i gesti materni, con la loro qualità prosodica, non si limitano a rispondere, ma organizzano l'esperienza del bambino in forme riconoscibili. La madre, attraverso il proprio corpo, contribuisce a dare forma all'affetto del bambino.

La sintonizzazione affettiva, come descritta da Stern, consiste in una corrispondenza tra forme vitali resa possibile da modalità transmodali: la madre coglie la qualità dinamica dell'esperienza del bambino e la restituisce attraverso un altro canale.

Spesso è la voce tale canale, e nella prima infanzia questo può essere in qualche misura obiettivato attraverso lo studio delle caratteristiche del motherese, la particolare forma di linguaggio con cui gli adulti si rivolgono ai lattanti. Gli studi che dimostrano la mancanza di risposta dei bambini autistici ai particolari picchi prosodici del motherese coglierebbero la difficoltà di cogliere la vitalità presente nella voce. Tuttavia qui la questione è più complessa (Tancredi, 2025) in quanto le esperienze in ambito clinico e terapeutico dimostrano una risposta sorprendente perlomeno di alcuni bambini autistici alle modulazioni della voce.

Perché ci sia una effettiva sintonizzazione è necessario che il bambino possa percepire una continuità tra le diverse modalità sensoriali: che ciò che è vissuto nel corpo possa essere ritrovato nella voce, nello sguardo, nel gesto dell'altro.

Se questa integrazione è fragile, l'interazione perde coerenza e la sintonizzazione diventa intermittente. Le difficoltà intersoggettive nell'autismo possono allora essere lette non tanto come un deficit primario della relazione, quanto come l'esito di una difficoltà più originaria nell'organizzazione dell'esperienza.

In questa luce, anche la variabilità dei profili sensoriali acquista un significato particolare. Il fatto che uno stesso bambino possa essere ipersensibile in un canale e iposensibile in un altro suggerisce non tanto una disfunzione localizzata, quanto una instabilità nei processi di integrazione.

Questa difficoltà emerge con particolare evidenza nella percezione e nell'organizzazione del movimento. Non si tratta soltanto di un problema motorio, ma di una compromissione nella possibilità di cogliere e produrre quelle qualità dinamiche, direi musicali, attraverso cui si veicolano gli stati affettivi.

Le anomalie motorie precoci - la ridotta iniziativa, la scarsa variabilità dei movimenti, le difficoltà di coordinazione - limitano la possibilità di entrare in una relazione ritmica con l'altro, riducendo le occasioni di sintonizzazione.

Il comportamento del bambino può così diventare meno leggibile per l'altro, e l'interazione perdere progressivamente quella qualità di reciprocità che caratterizza le prime proto-conversazioni.

In questo quadro, anche fenomeni come lo sfarfallio delle mani o altri movimenti ripetitivi possono essere considerati come tentativi di auto-organizzazione: modalità attraverso cui il bambino cerca di produrre una continuità dell'esperienza.

Le testimonianze dirette vanno in questa direzione. Quando Tito Mukhopadhyay (2003) descrive la necessità del movimento per "sentire di avere un corpo", mette in evidenza come, in assenza di una integrazione spontanea, sia necessario costruire attivamente un senso di unità.

In questa prospettiva, la clinica dell'autismo appare attraversata da un filo comune: la difficoltà a costituire forme sufficientemente coerenti da sostenere l'emergere dell'affetto e della relazione.

A conclusione di questo breve e incompleto excursus, mi sembra di poter dire che rimettere il corpo al centro - tanto nel pensiero psicoanalitico quanto nelle interpretazioni dell'autismo provenienti da altri ambiti - consente una sorta di riallineamento dello sguardo: una riconquista, per quanto sempre precaria, di una visione binoculare, capace di tenere insieme prospettive differenti.

L'autismo sembra così spingerci verso la ricerca continua di un vertice integrativo. L'ampiezza degli elementi in gioco richiederebbe uno sguardo teorico forse mai del tutto raggiungibile; ciò che appare essenziale è non assolutizzare gli scorci parziali che ciascuno di noi può cogliere.

In fondo, interrogarsi sull'autismo non è molto diverso dall'interrogarsi sul senso della vita umana. Pensare l'autismo significa interrogare le condizioni stesse del nostro essere umani.

BIBLIOGRAFIA

- Bion, W. (1972). *Apprendere dall'esperienza*. Roma, Armando.
- Danon-Boileau, L. (2012) *Voir l'autisme autrement*. Paris, Odile Jacob.
- Falci, A. (2025). *Körper, Seele, Leib. Riflessioni sul corpore e sulla corporeità in psicoanalisi*. Rivista di psicoanalisi 2025/4.
- Haag, G. (2000). *Le moi corporel*. In: Geissmann, C. e Houzel, D. (sous la direction de). *L'enfant, ses parents et le psychanalyste*. Paris, Bayar.
- Hautmann, G. (2009). *Il processo analitico della nascita psichica. Pellicola di pensiero, gruppaltà, simbolizzazione iconica, gemellarità, anche ripensando Richard*. Rivista di Psicoanalisi 55 (325-340).
- Lombardi, R. (2016). *Metà prigioniero, metà alato. La dissociazione corpo-mente in psicoanalisi*. Milano, Bollati Boringhieri.
- Maestro, S., Tancredi, R. (2016). *Psicoanalisi e autismo: dialoghi fra mente e corpo*. Rivista di Psicoanalisi 2016/3.
- Mukhopadhyay, T.R. (2003). *The Mind Tree: A Miraculous Child Breaks the Silence of Autism*. New York, Arcade.
- Njikiktjen, C., Verschoor, A., Leo de Sonnevile (2012). *Understanding of Its Caretaker's Affective Gestures by the Young Infant Is the Basis of a Theory of Body*. Neuropsychoanalysis, 2012, 14 (1).
- Stern, D. (1987). *Il mondo interpersonale del bambino*. Milano, Bollati Boringhieri.
- Stern, D. (2010). *Le forme vitali*, Raffaello Cortina, Milano.
- Tancredi, R. (2025). *Musica e linguaggio nella tessitura della relazione, agli albori della vita*. in Di Frenna, R., Gentile, R., Pappa, M.G. (a cura di) *Inizi difficili*. Roma, Alpes.

Dallo spettro all'oceano autistico: intervista a Marina Montagnini sulle autobiografie di persone con autismo

Emiliano Alberigi Quaranta, Marina Montagnini

Le ricerche della dottoressa Marina Montagnini sull'autismo attingono da almeno tre fonti fondamentali: l'esperienza clinica diretta con pazienti autistici adolescenti o adulti in trattamento psicoanalitico; i contributi clinici, teorici e tecnici di psicoanalisti come Frances Tustin e gli Ahumada nell'ambito dei trattamenti analitici precoci; le autobiografie di autori con diagnosi di spettro autistico (Temple Grandin, Donna Williams, Daniel Tammet, Birger Sellin, Carly Fleischmann, John Elder Robison, Tito Rajarshi Mukhopadhyay).

La Dr.ssa ha inoltre articolato questo materiale con le ipotesi neurocognitive, in particolare quelle relative alla teoria della mente (Baron-Cohen), ai talenti savant (Snyder) e alla neurocognizione affettiva degli animali e degli autistici (Panksepp).

Dopo aver approfondito il tema partendo da queste fonti così disparate, ci si rende conto che l'autismo non può essere ridotto né ad una diagnosi, né ad uno spettro in cui alcuni tratti sono presenti in modo più o meno marcato. Grazie soprattutto alle autobiografie, emerge un *oceano autistico*, dove si ritrova la stessa sfida di ogni essere umano: quella di contenere moltitudini, affrontata con regole proprie e peculiari.

Emiliano Alberigi Quaranta (EAQ): *Quasi tutti gli autori delle autobiografie che hai esaminato sono stati diagnosticati nell'infanzia come autistici a basso funzionamento perché non parlavano. Donna Williams arriva ad affermare paradossalmente che spesso gli autistici a basso rendimento sono nascostamente molto intelligenti e più vicini a sé stessi, alla propria vera identità autistica, di quanto non lo siano gli autistici ad alto rendimento, semplicemente più compiacenti e più falsi. Alla luce delle conoscenze attuali, quanto ha ancora senso la distinzione tra un autismo ad alto e basso funzionamento?*

Marina Montagnini (MM): Questa distinzione non ha nessun senso ed è una vera forzatura. È molto diffusa nel senso comune, ma se leggiamo le autobiografie scopriamo che molti degli autori -come Donna Williams stessa- hanno ricevuto inizialmente una diagnosi di basso funzionamento, soprattutto legata all'incapacità di accedere al linguaggio. Temple Grandin era considerata una bambina autistica molto grave, 'come un piccolo animale selvatico', priva di linguaggio fino a tre anni e mezzo. Carly Fleischmann fino a 10 anni appariva come un'autistica gravissima, poi ha sconvolto tutti digitando 'aiutomaldidenti' e rivelando un'intelligenza straordinaria. Birger Sellin ancor oggi ha l'aspetto e il comportamento di un ritardato grave, ma scrive come un poeta.

Fin dall'inizio, i pionieri Kanner e Asperger avevano delineato quadri molto simili nella fisionomia, nel comportamento e nella cognizione, con la tipica compresenza di deficit e talenti. Confrontando i casi descritti da Kanner nel 1943 e quelli di Asperger nel 1944, si nota che sono simili in

tutto. Entrambi sottolineano ascendenti molto intelligenti e difficoltà di nutrizione precoci. A questo proposito alcuni studiosi hanno supposto che una precoce sovra produzione di oppioidi endogeni (Panksepp) riduca la sensazione della fame e l'importanza del primo oggetto relazionale. Ridurre la distinzione tra alto e basso funzionamento al solo accesso al linguaggio è un criterio inadeguato. Nella pratica clinica vediamo bambini che parlano, ma hanno difficoltà a intraprendere un percorso di miglioramento, e altri che non parlano per niente, ma riescono a beneficiare enormemente di un trattamento terapeutico. Birger Sellin (considerato fortemente ritardato) sfogliava meccanicamente i libri di cui strappava le pagine nella biblioteca familiare e quando riuscì ad avere accesso al linguaggio scritto, si scoprì che quei libri li leggeva veramente. Tito Mukhopadhyay sembrava un autistico a basso funzionamento mentre appare ad alto funzionamento nel suo libro - la sua esperienza autentica è molto più intelligente e sensibile di quanto non sembri dall'osservazione del comportamento.

EAQ: *Tutti gli autori di autobiografie descrivono l'esperienza di essere esposti a un'ipersensibilità sensoriale. Baron-Cohen considera questo aspetto alla base di ciò che costringe questi individui a divenire degli iperistematizzatori. Donna Williams sembra proporre un punto di vista leggermente diverso, preferendo parlare di un sovraccarico di informazioni, suggerendo che l'origine dell'ipersensibilità non sia necessariamente in un funzionamento diverso degli organi sensoriali, ma nella difficoltà di elaborare le informazioni. Frances Tustin non riconosce un ruolo primario alla ipersensibilità sensoriale. Quale è secondo te il ruolo della ipersensibilità sensoriale in questi disturbi?*

MM: Penso che la ipersensibilità sensoriale periferica sia sempre presente e che gli organi sensoriali funzionino effettivamente in modo diverso. L'iperacuità visiva e tattile sono state accertate sperimentalmente. La vista degli autistici è acuta quanto quella degli uccelli da preda, molto superiore alla media, come ha dimostrato Baron-Cohen. È possibile che l'iperacuità riguardi tutti i sensi, anche se questo non è stato accertato sperimentalmente per tutti.

L'iporeattività sensoriale -molti bambini autistici sembrano sordi, per esempio- è in realtà una conseguenza della ipersensibilità. I bambini iporeattivi sono i più ipersensibili e quindi i più esposti al sovraccarico. In questi casi il cervello va in off, si spegne, del tutto o temporaneamente, come automatismo protettivo. Daniel Tammet descrive come fosse costretto a 'spegnere' la mente quando disturbato dai rumori esterni. Questo meccanismo neurologico è stato spiegato da Panksepp come una disfunzione del sistema degli oppioidi: quando il bambino è in sovraccarico si ha una specie di scarica di oppioidi endogeni, e questo potrebbe spiegare anche gli sbalzi improvvisi.

Il sovraccarico di informazioni di cui parla Donna Williams è dunque la conseguenza della ipersensibilità sensoriale periferica e della iperemotività, che generano iperelaborazione mentale, che a sua volta genera iperintelligenza. La sequenza ipersensibilità → iperemotività → iperintelligenza/deficit rappresenta la caratteristica comune della particolare cognizione autistica.

Il deficit è ugualmente conseguenza del sovraccarico: talenti e deficit hanno una origine comune e obbligata. Queste caratteristiche neurodivergenti sono ancora più spiccate nei Savant, dove il deficit è complicato da talenti estremi.

Gli psicoanalisti, compresi Tustin e Ahumada, sbagliano a non tener conto della ipersensibilità sensoriale. Gli autistici non possono avvertire i loro terapeuti di questo perché non sanno di essere diversi, devono ancora rendersene conto.

EAQ: *Carly Fleischman fa riferimento al ruolo delle stereotipie come a un modo per filtrare le informazioni. Questo ci aiuta a considerare queste manifestazioni non come semplici reazioni a qualcosa di disturbante, ma a vederle in un ruolo attivo per fronteggiare ed elaborare la realtà esterna ed interna. A tuo parere questo ci può aiutare a rileggere il concetto di ipersensibilità sensoriale?*

MM: È molto interessante questa lettura di Carly, che vede le stereotipie come un filtro. Questo suggerisce un'attitudine attiva, piuttosto che passiva, rispetto all'effetto della realtà esterna. Le stereotipie sono spesso viste, a prima impressione, come un semplice reagire, anche auto-cal-

mante. Invece è interessante questa lettura che le vede come strumenti per schermarsi, per filtrare gli stimoli. Carly spiega: 'Non sono stereotipie... Le stereotipie sono quando ci concentriamo su un output sensoriale per escludere un input sensoriale'. Poi precisa: 'È un filtraggio audio... assimiliamo oltre 100 suoni al minuto. Ci costa fatica processare tutti i suoni allo stesso tempo'.

Credo però che Carly ci arrivi per passaggi logici, mentre nella maggior parte dei casi la stereotipia è un meccanismo automatico di difesa da un eccesso di stimolazione. Temple Grandin da bambina si calmava osservando i granelli di sabbia scorrere tra le dita e poi girava senza fine su sé stessa in estasi -quella parcellizzazione in minuscoli bit di informazione sembra fornire una via di accesso controllabile al mondo. Daniel Tammet da bambino faceva lunghe pile di libri e si sedeva nel mezzo, creando un ambiente prevedibile. Le stereotipie possono essere dei filtri automatici. La loro prevedibilità incrementa la sameness, promuove l'hypersystemising e aumenta il livello degli oppioidi endogeni, come hanno dimostrato Panksepp e Scifo. L'ipersensibilità sensoriale e l'iperemotività le scatenano, oppure scatenano altre scariche d'emergenza come il panico, i tantrum o l'epilessia.

In queste situazioni si mette in moto anche l'intelligenza ipersistematizzante perché costituisce una ricompensa immediata: si è trovato qualcosa di prevedibile. Tito Mukhopadhyay sviluppava tossicodipendenze per scale da salire e scendere, interruttori da accendere e spegnere, altalene - ogni situazione che diventava confortevole attraverso la ripetizione.

EAQ: *Donna Williams si riferisce alle 'personalità di facciata' cui ricorre quando capisce di dover fingere di essere in un certo modo per poter ottenere qualcosa o cavarsela in qualche situazione. Quanto e come le personalità di facciata costituiscono un ostacolo, piuttosto che una risorsa nella vita di questi individui?*

MM: Nei blog online gli autistici insegnano a sviluppare personalità di facciata per adattarsi al mondo normale: 'mask!' è il termine che usano. John Elder Robinson racconta di aver comprato 'Etiquette' di Emily Post, un tomo di 800 pagine, a 25 anni per imparare le regole sociali, e consiglia di osservare attentamente cosa fanno gli altri in qualunque situazione

per imitarli con profitto -*masking* appunto. In generale penso che siano ostacoli per raggiungere un'autoconsapevolezza identitaria autentica.

Donna Williams, per esempio distingue la sua vera identità autistica da due 'facciate': Willie, la facciata logica e impersonale, capace di ottime prestazioni automatiche, e Carol, sorridente, buffa, chiacchierona, socialmente accettabile, ma costruita su imitazione. Può sembrare che anche Temple Grandin, in una forma diversa, usi un meccanismo simile attraverso l'identificazione con gli animali: questa visione di sé come preda con visione periferica potrebbe essere un modo per tollerare un senso di sé mediato da un'identificazione con qualcuno che non è lei. Tuttavia, oltre all'identificazione vi è il contatto emotivo: Temple accarezzando una mucca capisce se è agitata, tranquilla, ecc. In contrasto con la teoria della mente si immedesima totalmente con lo stato d'animo dell'animale.

Il problema è che il bambino autistico non vuole essere autoconsapevole. L'autistico ha tanta paura, quindi preferisce gli oggetti che sono più prevedibili, mentre le relazioni con gli umani, oltre ad essere altamente imprevedibili, comportano anche la consapevolezza di sé, che per loro è un lusso impossibile da un punto di vista emotivo. Quando Donna Williams nell'autobiografia si avvicina decisamente a un senso di sé e di autoconsapevolezza entra nel panico (e questo è legato al senso di imprevedibilità profonda quando questa riguarda se stessi). Non sappiamo perché, forse perché l'emozione della autoconsapevolezza di sé è eccessiva, un ulteriore sovraccarico.

La cultura iperinclusiva o le terapie comportamentali eccessive costituiscono altri ostacoli alla costruzione di un'identità autentica.

EAQ: *Dall'autismo si può guarire? Tutti gli autori delle autobiografie sostengono una lettura organogenetica rispetto a una psicogenetica. Temple Grandin si è sottoposta a diversi studi di risonanza magnetica riscontrando specificità neurologiche. Dalle osservazioni cliniche vediamo invece come interventi efficaci e precoci possano ottenere miglioramenti significativi. Cosa possiamo dedurre?*

MM: È un grande problema. Non ho motivo di dubitare degli Ahumada, con i quali ho parlato recentemente. Ribadiscono che i loro cinque casi

sono guariti, non si tratta solo di miglioramento o addestramento. Secondo loro ci sono grandi pregiudizi in tema di guarigione.

All'origine non si può ipotizzare nient'altro che la neurodivergenza sia geneticamente determinata, allo stato attuale della ricerca in campo neuro cognitivista: i gemelli omozigoti nel 60% dei casi e più sono entrambi autistici; da un anno ho in trattamento una donna molto intelligente, ADHD, sposata con un uomo molto intelligente Asperger e ADHD che hanno tre figli: la maggiore è certificata Asperger e ADHD, gli altri due sono molto intelligenti e con tratti Asperger. Temple Grandin afferma chiaramente: 'L'autismo è nella vostra mente? No. È nel vostro cervello'. Nelle sue scansioni cerebrali il fascicolo fronto-occipitale è iperconnesso, le fibre visive sono il 400% superiori al soggetto di controllo, mentre quelle tra udito e linguaggio sono l'1%. Io vedo l'autismo come un problema organico, ma la guarigione è possibile se i bambini vengono trattati quando il cervello è ancora molto plastico, quando l'interruzione del dialogo primario (Spitz) è recente (per esempio una depressione o un allontanamento della madre) e non si è ancora cristallizzata un'identità autistica.

Anche Tustin nota che alcuni bambini escono dal guscio, illesi, come se avessero aspettato condizioni ambientali favorevoli: quando le condizioni glielo permettono, mostrano doti eccellenti di intelligenza ed empatia.

Lo sviluppo tecnologico gioca un ruolo nella disconnessione, perché l'autistico predilige la relazione con gli oggetti piuttosto che con gli umani, troppo imprevedibili. Allo stesso tempo la tecnologia seleziona l'intelligenza ipersistematizzante e produce l'attuale epidemia di autismo.

Secondo il ragionamento ex adiuvantibus degli Ahumada: se la terapia psicoanalitica guarisce, se ne deduce che la causa della malattia è psicologica. Non lo credo. Secondo me l'autismo ha un'origine organica, ma questa condizione può essere corretta se si interviene molto presto con modalità corrette -bisogna intervenire prima che si cristallizzi un'identità autistica, quando il cervello può ancora ritornare a funzionare normalmente attraverso la 'ripresa del dialogo primario' (Tustin, 1990).

EAQ: *In alcuni ambiti degli studi e dei trattamenti dell'autismo, la psicoanalisi non gode di buona stampa. Possiamo ricostruire come mai? Alcune critiche si sono rivelate ben fondate, come imputare a una madre fredda o intellettuale l'origine del disturbo autistico. Cosa rimane oggi di queste critiche?*

MM: Non decostruisco le critiche perché sono in gran parte giustificate. La colpevolizzazione delle madri è sempre in agguato, anche nelle forme politicamente correct. Bettelheim e la scuola Kleiniana, Meltzer e compagnia, hanno sbagliato, hanno ostacolato la guarigione e screditato il metodo psicoanalitico all'interno della comunità autistica, sia tra i genitori che tra i figli. Temple Grandin ricorda amaramente che Bettelheim avrebbe visto in lei una 'fortezza vuota' e sua madre avrebbe ricevuto l'etichetta di 'madre frigorifero'. Scrive: 'mia madre... alla fine sarebbe diventata vulnerabile al senso di colpa della madre frigorifero. ...Un medico la informò che la causa del mio comportamento era un trauma psichico e che finché io non fossi arrivata a identificarlo ero condannata ad abitare il mio piccolo mondo di isolamento'.

Naturalmente è giusto sottolineare che qui si può subito cadere nella colpevolizzazione della madre. Ma dobbiamo pensare che la madre in questo periodo storico abbia particolari difficoltà. Come scrivono gli Ahumada, se il terapeuta riesce a far recuperare al bambino la sensazione di avere a che fare con un individuo umano, il bambino è disposto a riconoscere l'umanità del terapeuta e quindi anche la propria.

Nelle autobiografie emergono ritratti commoventi di genitori teneramente devoti ai loro figli autistici. Mi ha particolarmente colpito il racconto di come la madre di Tito M. riesce ad insegnargli a scrivere, per esempio. Carly ha una sorella gemella monozigote che si è sviluppata normalmente - tutto lascia supporre che i genitori abbiano seguito le due sorelline con amore e attenzione, entrambe nello stesso modo. Eppure, Carly fin dall'inizio, come dice il padre: 'pareva venuta da un altro pianeta'.

EAQ: *Il tentativo della psicoanalisi di cercare un senso nel funzionamento autistico viene spesso confuso con l'indicazione di una causa. Ipotizzare che per un soggetto autistico sia importante ricostruire un dialogo primario relazionale, che Stern chiama la danza innamorata tra*

madre e neonato, viene confuso con l'indicare nel rapporto primario con la madre la causa del disturbo. Non ti sembra che cercare di dare senso alle esperienze venga confuso con il tentativo di attribuire colpe?

MM: Assolutamente sì. È una confusione molto dannosa. Cercare di comprendere il senso di un'esperienza, di un comportamento, di un modo di funzionare non significa necessariamente individuare una causa o, peggio ancora, un colpevole.

Il bambino autistico ha un problema di disconnessione dal mondo umano, ma non è affatto lontano dalle capacità simboliche (in generale gli autistici sono troppo sottovalutati). Nutrire questa disconnessione comporta problemi rispetto alla propria identità autistica. Questo è un grosso problema che compare nell'intera terapia, perché le esperienze sono talmente faticose che alcuni autistici esprimono nostalgia di 'normalità', si sentono imprigionati, come dice Birger Sellin nel titolo stesso del suo libro: 'Prigioniero di me stesso'.

L'odio verso se stessi è un elemento clinicamente molto rilevante. In effetti è una cosa che si riscontra anche nelle autobiografie, quella di Sellin stesso che scrive di non sentirsi degno di usare il linguaggio, non abbastanza meritevole. Ci sono aspetti di grande distruttività. Prova a pensare all'odio di una minoranza razziale: la prova della sua diversità 'razziale' è la stessa cosa. L'autistico vede che gli altri sono normali e capisce perché lui è diverso. John Elder Robinson da bambino si sentiva 'come un cervo solitario in una foresta di lupi': un'esperienza di diversità radicale e dolorosa.

EAQ: *Vi sono errori propri di alcuni approcci psicoanalitici, basati sul mancato riconoscimento della specificità dei soggetti autistici, che è possibile reperire dai rilievi della Tustin e degli Ahumada. Quanto possiamo imparare dagli scritti autobiografici sul modo migliore per avvicinarci a un soggetto autistico?*

MM: Gli psicoanalisti dovrebbero diventare degli esperti di autismo leggendo le autobiografie autistiche, guardando le numerose serie televisive che ormai fioriscono ad ogni stagione (Avvocata Woo, The good Doctor, Detective Monk, Dr House, etc), frequentando i blog e magari anche giocando molto ai videogiochi (li hanno inventati gli autistici!). Dagli autistici gli psicoanalisti possono imparare moltissimo, se rinunciano alla supponenza.

Donna Williams dà almeno due esempi del modo giusto di contattare l'autistico: il caso di Robbie e il caso della bambina della spazzola. Con Robbie, insaccato in un pannolone nella casa di cura, Donna gli porge uno ad uno oggetti insignificanti (una forchetta di plastica, una pallina), non lo guarda e non dà alcun accento significativo ai suoi movimenti. Guarda lontano, oltre, come fa lui. Con stupore lo staff vede Robbie tenere in mano gli oggetti. 'Era possibile che il mio 'non esserci' permettesse a *lui* di esserci?' riflette Donna. Con la bambina in panico al campeggio, butta via la bambola che il personale le aveva dato e porta una spazzola, ci passa sopra una mano per il fruscio, accompagna con una melodia lasciando spazi vuoti che la bimba riempie, finché la bambina si calma.

Come dice Carly Fleischman, molti si avvicinano all'autistico con l'arroganza di chi vuole curare i denti con gli attrezzi da giardinaggio.

Il terapeuta deve accettare di essere assente, di non esserci. Come dice Donna Williams: 'Guarda che io non ci sono, attento, io non ci sono'. Se il terapeuta è assente, allora l'autistico può forse essere presente, magari per pochi istanti. Perché se il terapeuta è presente, l'autistico scompare dal mondo.

Carly fornisce suggerimenti interessanti sugli accorgimenti da avere in mente per interagire con un soggetto autistico: l'uso dello sguardo, i tempi di elaborazione delle informazioni. Spiega che è sbagliato incoraggiare i pazienti a guardare negli occhi le persone: 'scattiamo immagini nella testa come una macchina fotografica. È come riempire una macchina fotografica con troppe foto. Diventa insostenibile'. Ci sono elementi che ritornano nei diversi casi clinici: il rafforzamento propriocettivo della identità fisica attraverso l'utilizzo di oggetti duri inanimati, l'esigenza e il valore terapeutico di sentirsi riconosciuti, il fatto che questo possa avvenire in un rapporto in cui il terapeuta accetta quasi di scomparire.

Queste osservazioni ci fanno capire che le interpretazioni precoci di matrice kleiniana o il ricorso alla tecnica della 'reclamation' della Alvarez possono essere errori gravi. Le interpretazioni sono intrusioni traumatiche, almeno nelle fasi precoci del trattamento.

EAQ: *Quali ritieni che siano le specifiche opportunità che un approccio psicoanalitico può offrire alla cura e conoscenza dell'autismo?*

MM: I terapeuti dovrebbero ripristinare il dialogo primario e restituire all'autistico la consapevolezza di esistere come essere umano, non come cosa, e che gli altri esistono come esseri umani e non come cose. Gli oggetti sono infinitamente più prevedibili e gli autistici sono tormentati dalla paura dell'imprevedibile: sono prede in un mondo di predatori. Temple Grandin lo dice esplicitamente con la sua teoria del sistema nervoso paleomammaliano, antipredatorio. John Elder Robinson si descrive come 'un cervo solitario in una foresta di lupi'.

Il terapeuta deve essere devoto, stabile, calmo, oggettivo, senza intenzioni o aspettative. È un lavoro ingrato che richiede un ottimo setting interno. Possibilmente deve accettare di essere una cosa, deve non esserci¹. Donna Williams racconta che con il marito Jan (Asperger), ciascuno dei due 'conversasse' parlando a sé stesso in lunghi soliloqui, evitando la consapevolezza dell'altro per conservare quella di sé stessi, e il loro abbraccio si limitava ad un reciproco appoggio del tronco, braccia penzoloni. Anche Temple progettò la 'macchina degli abbracci' per ottenere il conforto della pressione, senza il contatto umano intollerabile.

Gli psicoanalisti che trattano i bambini con un setting interno ed esterno privo di risonanze emotive eccessive, con molta devozione e speranza, possono fare molto.

Molti psicoanalisti d'istinto adottano un metodo appropriato, ma l'apparato teorico è vecchio e non si confrontano con le nuove acquisizioni neuroscientifiche di Panksepp, Snyder, Baron-Cohen. Bisogna lasciar cadere la supponenza e essere molto attenti ad imparare. Occorre predisporre a una lunga attesa, ma anche qualcosa di più: devozione e speranza. Di solito non sono elementi che vengono analizzati nel percorso formativo, ma sono fondamentali.

Penso che la lettura delle autobiografie contribuisca molto a questo senso di devozione e speranza, perché veramente veicola un senso di umanità profondissima, al di là di tutte le manifestazioni più evidenti del disturbo.

¹ Affianco all'atteggiamento di apparente non esserci vi è contemporaneamente una profonda fiducia che dietro quell'apparente non esistere vi è un profondo coinvolgimento emotivo verso l'altro.

EAQ: *Dallo studio dell'autismo possiamo apprendere nuove vie della simbolizzazione? E qual è il ruolo del linguaggio?*

MM: Gli autistici non sono affatto lontani dalle capacità simboliche, in generale sono troppo sottovalutati. Il simbolo è acquisito con relativa facilità dall'autistico mentre il suo mimetismo è una identità di facciata che gli permette ancora una volta di fuggire a sé stesso, come nel caso di Sofia. Parafrasando Gaddini alla rovescia, si potrebbe dire che 'imita per non essere'.

Il rapporto tra sinestesia e iperassociatività visiva o sensoriale può essere un percorso per recuperare vie simboliche altrimenti non percorse, come nei casi di Tammet, Sellin e Donna Williams. Temple Grandin utilizza prevalentemente il senso visivo, ricostruendo scenari visivi completi: proietta nella mente il suo progetto come un film tridimensionale, lo osserva dall'alto, dal basso, di lato, fa scorrere il film avanti o indietro. Tito Mukhopadhyay è più orientato verso il sensoriale-uditivo-olfattivo-gustativo: dice che ascolta i suoi sogni, non li vede. O anche se prendiamo il modo in cui ricorda e dice che 'un giardino mi ricorda il giardino di Minnesore il giorno in cui la mamma compiva gli anni e io ascoltavo il gocciolio della fontana e assaggiando la zucca ho sentito un gusto amaro e gli steli delle piante erano altrettanto amari e verdi come il pallone verde del giorno che ho giocato con mio cugino che aveva un berretto verde'. Tito a questo punto parlerebbe di tutti gli oggetti verdi che ricorda da quando è nato. In questo flusso associativo si inseriscono delle sinestesie: 'le parole erano dei nastri gialli di silenzio che vibravano tra le gambe delle sedie'. Ogni giardino gli ricorda i giardini visitati con sua mamma: quello dove c'era una fontana che gocciolava, una zucca che aveva un gusto molto amaro: una serie di elementi sensoriali che a volte costruiscono delle sinestesie, come 'il silenzio blu', utilizzando contemporaneamente sensazioni attinenti a due sensi diversi (udito e vista). Lo specchio gli raccontava 'storie in verde e rosso': verde come le tende, rosso come il pavimento.

Mi ha molto colpito anche il dotare di caratteristiche vivide e sensoriali elementi così astratti come i numeri in Tammet: 'Sono nato il 31 gennaio 1979: un mercoledì. Lo so perché nella mia testa i mercoledì sono sempre azzurri'. Questi paesaggi numerici suggeriscono una sinestesia anche nel

vedere il pensiero. Quando recitò 22514 decimali del pi greco, visualizzava mentalmente un grafico: 'il numero sale, poi si scurisce e diventa irregolare nel mezzo, per poi scendere serpeggiando'. L'applicazione di questi schemi sensoriali di base dei Savant non viene inibita nelle persone autistiche, come invece accade nei neurotipici.

Il caso di Birger Sellin, a cui accennavo precedentemente, è commuovente: era considerato ritardato e sfogliava meccanicamente i libri in biblioteca, e quando riuscì ad avere accesso al linguaggio scritto si scoprì che quei libri li leggeva veramente. Era come se archiviasse nella memoria tutto, sensazioni e pensieri, e poi in un secondo tempo riuscisse ad elaborare gli stimoli. Una memoria non selettiva, perché proprio nella selettività c'è il contributo di un io, di un senso di sé che gli autistici hanno difficoltà a tollerare.

Sul sollievo che dà il linguaggio sono d'accordo. Soprattutto leggendo la Tustin, ma anche studiando le autobiografie, non si può sottostimare il ruolo che l'accesso al linguaggio costituisce per un soggetto autistico per permettergli di appropriarsi del proprio mondo in un modo più mediato, protetto e creativo. La cura analitica si basa anche sulla possibilità, una volta che si riesce a tollerare e recuperare il dialogo primario con l'altro, di accedere al linguaggio. Nelle autobiografie possiamo riconoscere momenti di autocura fondamentali, raggiunti proprio attraverso l'accesso al linguaggio. Donna Williams scrive: 'A 25 anni arrivai a Londra e comprai una macchina da scrivere. Le parole cominciarono a riversarsi da me, raccontando la storia della mia vita... quando accadde, mi fu consegnata la proprietà della mia stessa vita, perché non sapevo solo teoricamente chi fossi e chi fossi stata, ma riuscivo anche a *sentirlo*'.

EAQ: *Come consideri la teoria della mente in relazione all'autismo?*

MM: Questa è una domanda importantissima anche nella cura dei soggetti autistici. Alcuni approcci si fondano sull'assunto sbagliato che gli autistici siano privi di una teoria della mente, cioè non riescano ad immedesimarsi nel mondo interno di un altro per un'assenza o incapacità di empatia. Ma Baron-Cohen e Frith probabilmente si sbagliano. La prova sperimentale degli sperimentatori è la seguente: ci sono due scatole con due oggetti diversi (palla e dolcetto per esempio). Il bambino autistico

guarda cosa succede. Lo sperimentatore scambia il posto degli oggetti nelle due scatole. Entra il bambino che fa da soggetto di controllo e si chiede al bambino autistico: 'dove deve guardare questo bambino per trovare la palla?'. Il bimbo autistico risponde come se non avesse visto che la palla ora si trova in una scatola diversa, o come se il bambino che non ha visto nulla avesse visto lo scambio di scatola. Critiche: 1) il bambino autistico è così poco interessato a tutta questa faccenda che risponde a casaccio, 2) il bambino autistico che volesse essere collaborativo sarebbe comunque incapace di dire qualcosa che denunci la sua esistenza e la sua consapevolezza e la sua competenza.

Birger Sellin racconta di una signora in autobus: 'una volta in questa metropolitana mi è successo che una donna mi abbia guardato con affetto; era bello ci penso spesso con fiducia e non lo dimenticherò'. In questo caso si sente che lo sguardo della signora non è come i soliti sguardi pietosi che riceve, e ogni tanto richiama alla memoria questo sguardo perché è consolatorio, gli ha fatto bene. Allora qui la teoria della mente funziona benissimo: è riuscito a entrare nella mente di qualcuno. E ha capito che lo sguardo della signora era pieno di bontà per lui.

Ci sono tanti autistici che non riescono a tollerare l'imbarazzo del personaggio neanche in un film, neanche in un cartone animato. Non è che siano incapaci di empatizzare, semplicemente questa capacità li travolge emotivamente, quindi preferiscono non esercitarla. L'empatia per loro è insopportabile. Carly Fleischmann, pur non potendo parlare, è descritta come ironica, empatica, altruista, capace di forti slanci di affetto verso i suoi fan online.

EAQ: *Come è nato il tuo interesse per le autobiografie autistiche²?*

MM: È nato dall'incontro con i pazienti. Uno dei miei pazienti è venuto da me al raggiungimento della maggiore età. Nel servizio di neuropsichiatria infantile non sapevano che diagnosi fare: il servizio si era diviso tra alcuni che pensavano ad una forma di psicosi atipica e altri che ipotizzavano una grave nevrosi ossessiva. Essendo molto intelligente, lui ha fatto ricerche approfondite, che condivideva con me; poi ha trovato in rete un blog di ragazzi Asperger e ha capito che quella era la sua diagnosi. È stato lui a propormi la lettura di alcune autobiografie.

Ho capito che gli autistici capivano di se stessi molte più cose di quanto non capissero gli esperti di materia.

² A questo link le recensioni delle autobiografie autistiche a cura della Dr.ssa Montagnini: www.centrovenetodipsicoanalisi.it/biografie-di-persone-autistiche/

Nella diversità delle singole storie ritroviamo tuttavia uno stile iperassociativo. In Temple Grandin è legato al ricostruire scenari visivi completi. In Tito e in altri assume caratteristiche diverse a seconda del senso su cui sono più orientati. Questo li rende estremamente vicini alla poesia. Birger Sellin scrive: 'canto la canzone dalla profondità dell'inferno / e chiamo tutti i muti di questo mondo / fate di questo canto la vostra canzone': una prosa poetica straziante e bellissima.

EAQ: *Come affrontano gli autistici l'adolescenza e la vita affettiva?*

MM: Quando arrivano all'adolescenza si riproduce uno scontro terribile. Ci sono da un lato le pulsioni vitali che spingono verso l'incontro con l'altro, dall'altro l'autismo che richiede isolamento. Un mio paziente Asperger si è innamorato e ha avuto dei tentativi di dialogo con una ragazza, niente di più, ma era già troppo. Purtroppo, la storia è morta lì. Donna Williams si è sposata. Nei libri racconta la fase dell'innamoramento con lo *sconosciuto gallese*: seduti uno di fronte all'altra sul treno, sapevano come scherzare con il cuore in gola, fronteggiando la paura di morire, tremando entrambi, controllando a stento la voglia di scappare. John Elder Robinson racconta dei suoi fallimenti con le ragazze. Quando Amy lo invitò a cena, fece il bucato di una intera vita in un giorno solo, si lavò e si tagliò i capelli: voleva fare colpo! Davanti agli asparagi procedette spedito nella veloce triturazione del gambo, poteva mangiarne un chilo in un attimo... Quando rialzò gli occhi su Amy, rimase atterrito e stupefatto. Non fu in grado di render conto e la perse.

EAQ: *Molti autistici sono attivamente impegnati per la comunità autistica. Come interpreti questo?*

MM: Prova a pensare all'odio di cui è oggetto una minoranza razziale: la prova della diversità è la stessa cosa. L'autistico vede che gli altri sono normali e capisce di essere diverso e incomprensibile. Questo genera un senso di ingiustizia.

A volte però la cultura iperinclusiva nega le differenze, nega i talenti speciali, e porta a un'ulteriore iperstimolazione. L'ingiustizia viene seguita a volte anche da forme di terapie comportamentiste eccessive. Questo fa sì che molti autistici sentano il dovere di impegnarsi per la propria comunità.

Tra tutti, Robinson è quello che forse in modo meno conflittuale ha accettato questa posizione. Lui ha una storia diversa, più capacità adattive, e sottolinea l'orgoglio della diversità: è praticamente l'unico. Scrive: 'Sono fermamente convinto che noi [...] siamo qui per un motivo preciso e abbiamo molto da offrire'. Carly Fleischmann è diventata una celebrità in televisione come portavoce dell'autismo, capace di rispondere ai fan online con ironia ed empatia.

Per concludere con le parole di Birger Sellin, l'obiettivo è 'sciogliere i gelidi muri e rifiutare di essere emarginati': un obiettivo che richiede devozione, speranza e la disponibilità ad imparare da chi vive questa esperienza dall'interno.

BIBLIOGRAFIA

Alvarez, A. (2012). *The thinking heart: Three levels of psychoanalytic therapy with disturbed children*. London, Routledge.

Asperger, H. (1944). Autistic Psychopathy in Childhood in *Autism and Asperger Syndrome*, a cura di U. Frith, Cambridge, Cambridge University Press.

Asperger, H. (1944). Die "Psychopathen" im Kindesalter in *Bizzarri, isolati, intelligenti*, a cura di F. Nardocci. Trento, Erikson, 2012.

Baron-Cohen, S. (1995). *L'autismo e la lettura della mente*. Roma, Astrolabio, 1997.

Baron-Cohen, S. (2020). *I geni della creatività. Come l'autismo guida l'invenzione umana*. Milano, Raffaello Cortina, 2021.

Busch de Ahumada, L.C., Ahumada, J.I. (2012). Formen autistische und autistoid Dynamic: Das Zeiffenster fureinegunstige Wendung [Autistic and autistoid dynamics: The window of opportunity]. In: Reiser-Mumme et al., editors. *Spaltung. Entwicklung und Stillstand*, 342-56. Deutsche Psychoanalytische Vereinigung Frühjahrstagung. Frankfurt: Geber & Reusch.

Busch de Ahumada, L.C., Ahumada, J.L. (2014). Contactinga19 month-old mute autistic girl: a clinical narrative. *IJP* 96, 11-38.

Busch de Ahumada, L.C., Ahumada, J.I. (2024). *Entrare in contatto con il bambino autistico. 5 interventi psicoanalitici precoci risolutivi*. Roma, Alpes.

Frith, U. (1996). *L'autismo: spiegazione di un enigma*. Bari, Laterza.

- Grandin, T. (1995). *Pensare in immagini*. Trento, Edizioni Erikson, 2011.
- Grandin, T. (2005). *La macchina degli abbracci. Parlare con gli animali*. Milano, Adelphi, 2007.
- Grandin, T. (2013). *Il cervello autistico*. Milano, Adelphi, 2014.
- Kanner, L. (1943). Autistic disturbances and affective contact. *The nervous child* 2, 3, 217-250.
- Kanner, L. (1943). Disturbi autistici e contatto affettivo, *Psicoterapia e scienze umane*, 1989, XXIII, 2-3.
- Lelord e Sauvage (1990). *Filtrazione e modulazione sensoriale L'autismo infantile*. 1994 Milano, Masson.
- Lane, A.E. et al. (2010). Sensory Processing Subtypes in Autism: Association with Adaptive Behavior. *Journal of Autism Developmental Disorders*, 40, 1, 112-122.
- Meltzer, D., Hoxter, S., Weddel, D., Wittenberg, I. (1975). *Exploration in autism: A psychoanalytical study*. Strath Tay, Clunie.
- Montagnini, M. (2010). *Croce e delizia. Per uno studio dei luoghi comuni*. Roma, Albatros. Il filo.
- Montagnini, M. (2014). La sabbia. Cenni sul caso di un Asperger adulto. *Riv. Psicoanal.*, 60, 3, 575-596.
- Montagnini, M. (in corso di stampa). Per una teoria generale dei talenti autistici. Roma, Alpes Edizioni.
- Mukhopadhyay, R.T. (2008). *How can I talk if my lips don't move? Inside my autistic mind*. New York, Arcade Publishing, 2011.
- Panksepp, J., Bean NJ, Bishop P, Vilberg, T., Sahley, T.L. (1980). Opioid blockade and social comfort in chicks. *Pharmacology biochemistry and behaviour*, XIII, 673-83.
- Robison, J.E. (2013). *Siate diversi. Storie di una vita con l'Asperger*. Roma, Armando Editore.
- Sacks, O. (1998). *Un antropologo su Marte*. Milano, Adelphi.
- Sellin, B. (1993). *Prigioniero di me stesso. Viaggio dentro l'autismo*. Milano, Bollati Boringhieri, 1995.
- Snyder, A.W., Mitchell, D.J. (1999). Is integer arithmetic fundamental to mental processing? *The mind's secret arithmetic. Proceedings of the Royal Society*, B 266, 587-92.
- Snyder, A.W. et al (2003). Savant-like skills exposed in normal people by suppressing the left fronto-temporal lobe. *F. Integr. Neurosc.* 2, 149-158.
- Snyder, A. W. et al (2006). Savant like numerosity skills revealed in normal people by magnetic pulses. *Perception* 35, 837-845.

- Snyder, A. W. (2009). Explaining and inducing savant skills: privileged access to lower level, less-processed information. *Philosophical transaction of the Royal Society B*, 364, 1399-1405.
- Snyder, A. W. et al (2006). Savant like numerosity skills revealed in normal people by magnetic pulses. *Perception* 35, 837-845.
- Tustin, F. (1981). *Stati autistici nei bambini*. Roma, Armando Editore, 2000.
- Tustin, F. (1990). *Protezioni autistiche nei bambini e negli adulti*. Milano, Raffaello Cortina, 1991.
- Williams, D. (1994). *Qualcuno in qualche luogo*. Roma, Armando Editore, 2005.
- Williams, D. (1999). *Nessuno in nessun luogo*. Roma, Armando Editore, 2006.
- Williams, D. (2004). *Il mio e loro autismo. Itinerario tra le ombre e i colori dell'ultima-frontiera*. Roma, Armando Editore.
- www.centrovenetodipsicoanalisi.it/biografie-di-persone-autistiche/

Le vie dell'autismo

Ludovica Grassi



Infant sorrow di William Blake

*My mother groand! my father wept.
 Into the dangerous world I leapt:
 Helpless, naked, piping loud;
 Like a fiend hid in a cloud.*

*Struggling in my fathers hands:
 Striving against my swaddling bands:
 Bound and weary I thought best*

To sulk upon my mothers breast¹.

¹ *Mia madre gemette! Mio padre pianse. /Nel mondo pericoloso mi lanciai:/Indifeso, nudo, piangendo forte; /Come un demone nascosto in una nuvola. Lottando tra le braccia di mio padre: /Lottando contro le mie fasce: /Legato e stanco pensai fosse meglio/Tenere il broncio sul seno di mia madre. Con questa poesia Frances Tustin introduce il tema delle barriere autistiche nei pazienti nevrotici.*

“In quella risata mancava qualcosa. Che cosa fosse trovo difficoltà a dire. Credo si trattasse di quella particolare sfumatura che contiene in sé la possibilità del dolore... morbidezza forse. Non sorrideva mai la principessa” (MacDonald, 1864, pag. 22).

È un passaggio tratto dalla favola *La principessa leggera*, di George MacDonald, in cui si narra di una principessa affetta da una particolare forma di *infermità*, che comporta assenza della forza di gravità e il mancato riconoscimento di sentimenti quali il dolore e la rabbia, sostituiti da una costante disposizione al ridere: per lei era buffa la faccia del padre arrabbiato, e strana quella della madre che spremeva acqua dalle guance quando piangeva. Una condizione che sembra alludere ad alcune delle manifestazioni dell'autismo, quali l'assenza di empatia e di manifestazioni affettive congrue, il camminare sulle punte, come galleggiando in uno stato fluido, in assenza della forza di attrazione della realtà del mondo esterno, specialmente umano. Il piacere scoperto dalla principessa nell'immergersi nell'acqua del lago, come dissolvendosi in essa, e l'immagine del lago che si svuota progressivamente risucchiato da un buco sono altre immagini evocative: “le pareva che quello specchio d'acqua fosse l'essenza stessa della sua anima, che svaporava dentro di lei, tramutandosi in fango prima, in pazzia e morte poi”.

Proprio per far fronte all'angoscia di dissolversi, i pazienti di cui parlerò si costruiscono un'armatura o vanno incontro a un congelamento, una pietrificazione, una desertificazione che permettono loro di restare ancorati a terra. Il tempo è immobile, prevale l'attualizzazione, “la realtà psichica è collassata su un identico passato che si ripete, sull'immobilizzazione, sulla desertificazione”. E l'analista si sente insensibile, morto, inutile di fronte a una coriacea autosufficienza (Oliva De Cesarei, 2025, pag. 69-70).

Le vie dell'autismo

Che percorsi segue il nucleo psicopatologico individuato da Melanie Klein nel suo piccolo paziente Dick - che le girava intorno senza considerarla

più di un mobile - nelle diverse fasi evolutive, nei legami familiari e nelle strutture psichiche adulte? Quali diverse forme può assumere, ponendo enigmi smisurati a chi cerca di affrontare la cura delle persone che ne sono affette? È proprio dall'impatto degli affetti, in quanto movimenti che toccano e modificano, che questi individui cercano di proteggersi costruendosi rigide armature difensive; e smisurata è la sofferenza che provano, se per sopravvivere devono mettere in atto difese tanto drastiche e mutilanti. Per evitare tensioni ed eccitamenti vissuti come intrusioni esplosive, l'autistico si arrocca al di qua del principio di piacere, in un regime omeostatico minimale che eviti qualsiasi increspatura o discontinuità. E fin dai primi mesi di vita si nota una peculiare povertà, disarmonia e rigidità dei movimenti spontanei globali tipici dei neonati (Laznik, 2012).

Francis Tustin ha descritto anche in adulti nevrotici, denominandole *barriere autistiche*, queste difese erette a protezione di un nucleo fragile e indifeso, gravato da un destino di morte: lo stesso destino di morte cui soccombevano i bambini descritti da René Spitz che, ospedalizzati e privati delle cure materne, andavano incontro a depressione anaclitica e spesso a morte per marasma; e i bambini dell'esperimento di Federico II di Svevia, che morirono quasi tutti per l'assenza della parola materna nelle cure che ricevevano.

Nel 1911 Bleuler (*Il pensiero autistico*) conì il termine *autismo* per definire una caratteristica del funzionamento mentale degli adulti schizofrenici, in cui c'è una concentrazione esclusiva sulla vita interiore e un'evasione dalla realtà esterna, con apatia, indifferenza e isolamento; il pensiero appare bizzarro e ripetitivo, con una sua logica particolare. Il termine usato da Bleuler deriva dal greco *autòs*, se stesso, ma anche dal termine freudiano di *autoerotismo*, privato dell'erotismo (per sottolineare il distacco affettivo di questi pazienti).

Il primo a individuare una specifica forma di psicopatologia infantile, che qualificò come *autismo infantile precoce*, fu Leo Kanner nel 1943. Distinguendola dai quadri di insufficienza mentale, sordomutismo, afasia e danno cerebrale, in cui questi bambini venivano spesso classificati, descrisse come sintomi specifici di questa sindrome la difficoltà nella comunicazione

e interazione sociale, la limitatezza e ripetitività dei comportamenti, interessi e attività, e l'assenza di linguaggio comunicativo verbale, o la sua distorsione da parte di sintomi quali ecolalia immediata e/o differita e inversione pronominale. L'anno dopo Hans Asperger descrisse in Germania un insieme sintomatologico analogo, ma il fatto che fra i casi da lui osservati ci fossero molti bambini con un livello intellettuale adeguato o superiore alla media, fece sì che in seguito fosse separata dall'autismo precoce una sindrome con sintomi analoghi ma buon funzionamento intellettuale, la *sindrome di Asperger*.

A partire dal quadro dell'autismo infantile, scoperto, descritto e definito da Leo Kanner più di dieci anni dopo la pubblicazione del caso di Dick, oggi si è arrivati all'inquadramento nosografico di 'spettro autistico', una categoria più ampia che include persone in cui un funzionamento di tipo autistico può esprimersi con diversa intensità ed estensione. In questo ambito dobbiamo anche distinguere la sindrome post-autistica, evoluzione di una patologia autistica spesso favorita dagli interventi terapeutici e dominata da gravi sintomi ossessivo-compulsivi, dal permanere sottotraccia fino all'età adulta di un nucleo autistico originario rimasto latente e attivo malgrado un adattamento apparentemente adeguato del soggetto.

Non possiamo d'altronde escludere che alcune forme estreme di sofferenza psichica che si manifestano in adolescenza possano derivare dall'innesto di pulsioni autodistruttive, o francamente di morte, su un nucleo autistico sottostante, come nella proposta di Gianna Polacco Williams di considerare l'anoressia un'espressione della stessa 'no entry syndrome' che, in forma radicale, caratterizza l'autismo infantile. La persistenza o la ricomparsa di nuclei autistici in adolescenza può rimettere in gioco esperienze traumatiche precoci non elaborate, portando a una deformazione o a un arresto dei processi evolutivi, ma talvolta anche a nuovi impulsi evolutivi o creativi. La presenza di corpi estranei nella psiche, derivati dalla proiezione di elementi traumatici da parte delle figure di accudimento, (Polacco Williams, 1997) può dare origine a massicce difese che impediscono l'entrata non solo di cibo (nelle anoressie), ma anche di qualsiasi tipo di stimolo sensoriale proveniente dal mondo esterno (nelle forme più propriamente autistiche,

schizoidi, o in alcune organizzazioni narcisistiche). L'adolescente può anche ricorrere al ritiro in fantasticherie che ne usurpano la vita, alla creazione di un'identità segreta (ad esempio sui social), all'esternalizzazione attraverso il legame con l'altro, fino al legame passionale, all'incapsulamento di angosce psicotiche in particolari parti del corpo e infine a soluzioni perverse che gli permettono di conservare un certo rapporto con una realtà non completamente tollerabile (Nicolò, 2015).

Bambini...

Rosenfeld ipotizza che processi proiettivi patogeni possano operare già in utero, alterando fin dall'inizio la relazione madre-bambino che viene a caratterizzarsi per atteggiamenti fobici, ritiro relazionale e rifiuto dell'alimentazione da parte del neonato. Inoltre, dato che la nascita e lo sviluppo somatopsichici del soggetto avvengono all'interno di una rete di relazioni umane, costituita dalla matrice familiare e dall'insieme di appartenenza (Aulagnier, 1975), potremmo anche assumere una prospettiva plurisoggettiva per scoprire i complicati intrecci e riverberi con cui il funzionamento autistico si manifesta all'interno della famiglia, senza risparmiare alcun membro.

Ad esempio, un bambino di otto anni è presentato dai genitori al terapeuta come plus dotato, attributo spesso usato anche da lui stesso per autodefinirsi, accanto all'incapacità di contenere le sue esplosioni di rabbia: presenta un ritiro di qualità autistica di cui non è chiaro l'esordio. Mostra di avere una percezione dei propri confini come estremamente carenti e poco protettivi, esprimendo l'angoscia di disperdersi nello spazio infinito, e di essere risucchiato e sparire nell'esplosione di una supernova. L'essere plus dotato svolge la funzione di una barriera autistica condivisa con i genitori e da loro valorizzata, che la usano anche come aspetto consolatorio e protettivo rispetto a un figlio radicalmente altro e incomprensibile. A fronte dei discorsi complessi su temi scientifici portati dal bambino, i genitori mostrano un linguaggio povero e concreto, privo di emozioni, espressione di un pensiero operatorio. La madre accompagna regolarmente il figlio alle sedute, senza mai interagire con il terapeuta, ma affrettandosi

a rinchiudersi in una piccola stanza utilizzata come sala d'attesa, mentre il bambino entra ed esce dalla stanza di terapia senza saluti o gesti particolari, come annullando ogni momento di passaggio e di cambiamento. Il padre, molto spaventato dalla propria rabbia e distruttività, presenta un analogo ritiro e cerca di evitare ogni contatto con il terapeuta. Madre e figlio sono manifestamente accomunati da atteggiamenti evitanti e difensivi nei confronti del terapeuta come oggetto altro, estraneo e per questo minaccioso, malgrado la terapia vada avanti producendo anche buoni risultati.

Il caso di Eliana² può esemplificare quello che intendo per autismo familiare.

Si tratta di una bambina di quattro anni che all'età di un anno e mezzo, in concomitanza con un importante intervento chirurgico della madre che ne ha comportato l'assenza da casa per oltre un mese, ha presentato una regressione del linguaggio e isolamento sociale. Fin dal primo colloquio valutativo i genitori appaiono molto taciturni, come se, analogamente alla figlia, non avessero parole per esprimere il loro dolore; la loro sottolineata preferenza per i professionisti privati allude a un'opposizione fra pubblico e privato, fra l'aprirsi al mondo esterno o il ripiegarsi sul proprio ristretto mondo familiare con i segreti che lo abitano. Se Eliana evita lo sguardo, anche i genitori hanno distolto il loro dalla figlia, del cui cambiamento vengono avvertiti dalle maestre. Viene da chiedersi se ci sia posto in famiglia per questa bambina, spesso dislocata dalla nonna, unica bambina nella famiglia allargata, quasi un eccesso non previsto, senza un posto che sia davvero per lei. Già la gravidanza era stata vissuta dai genitori con una tonalità autistica, che li aveva visti ritirarsi in isolamento un po' per il COVID, un po' per una riferita prescrizione del ginecologo, pur in assenza di elementi di rischio. C'è stato nella madre, fin dai primi giorni, un vissuto di rifiuto da parte di questa neonata che davanti al seno si voltava dall'altra parte, e che è stata quindi affidata alle cure totalizzanti della nonna paterna, isolandola dalla famiglia materna in cui aleggia un pesante fantasma di disabilità: una grave malattia neurologica del fratello della signora costituisce un segreto che tutti conoscono ma di cui non si

² Si tratta di un caso condotto dalla drssa Floriana Vecchione in setting familiare, che ho seguito in supervisione.

può parlare. Così anche i genitori di Eliana possono regredire alla condizione di bambini della mamma-suocera che si occupa di tutto escludendoli dai compiti adulti. È una storia di rotture: la scomparsa della madre, che Eliana cercava di rappresentare sollevando le braccia quando rientrando a casa non la trovava (un gesto che fa pensare a una sparizione definitiva, come se Eliana fosse già nella fase della disperazione), ripetuti cambiamenti di scuola, di cui non è chiara la motivazione, uno sguardo genitoriale carico di identificazioni proiettive e di aspettative rispetto a funzioni da acquisire (deambulazione, linguaggio...) come rassicurazione rispetto a un temuto destino di disabilità. Fra la bambina e gli adulti che se ne prendono cura manca una sintonia, un ritmo comune, mentre prevale un andamento intermittente e imprevedibile. L'inizio e la fine delle sedute non vengono celebrate dagli adulti come momenti di ritrovamento e di separazione, e la bambina può affrontarli soltanto infilandosi, quasi scivolando nelle sedute e poi uscendone nello stesso modo. Eliana rappresenta e si fa portavoce della disperazione e delle angosce di malattia e di morte di tutto il gruppo familiare, che sottraggono loro la parola e la possibilità di affrontare le perdite e i cambiamenti con lo strumento del pensiero e con il lavoro del lutto.

“L'autismo ci chiede un cambio di prospettiva. Non si tratta di rendere conscio l'inconscio ma di creare condizioni perché nasca una mente che non c'è ancora, che rendano possibile a un non-ancora-soggetto di esistere accanto a un altro soggetto, di colmare il profondo divario che esiste tra la nascita fisica e la nascita psichica. Non ci sono i meccanismi di difesa che conosciamo, bensì protezioni autosensuali da stati di non integrazione intollerabili, non c'è capacità di rappresentazione, manca l'idea di uno spazio nel mondo interno e tra sé-altro, il corpo non è abitato, mancano le funzioni dell'Io e il senso di esistere come un soggetto. Le angosce sono di qualità e intensità diversa da quelle che troviamo in altre condizioni, sono minacce al senso di esistere. Le emozioni, non trasformate nella relazione, sono estreme e polarizzate. Queste mancanze e conseguenti eccessi traumatizzanti creano una situazione di isolamento dal contesto umano”. Così Chiara Cattelan introduceva la giornata sull'Autismo organizzata dalla SPI nel febbraio 2025, e mi sembra che le sue parole ci possano aiutare a comprendere le forme di funzionamento che caratteriz-

zano il campo esteso che ho appena definito, in cui un apparente adattamento può proteggere dalla percezione di un sé fragile e lacunoso con un'inadeguata integrazione corpo-mente, cui si associano gravi difficoltà nel comprendere la mente dell'altro, nell'andare oltre il contenuto concreto del linguaggio e nell'esprimere le proprie emozioni.

Bernard Golse (2023) ha proposto un approccio evolutivo all'autismo infantile, che collega al perdurare di nuclei autistici nelle fasi successive della vita, inquadrandolo come malattia epigenetica in cui l'ambiente ha un'influenza fondamentale sull'espressione del genoma. La potenzialità autistica sarebbe dunque inscritta nel divenire psichico, implicando la presenza di nuclei autistici in ogni essere umano. Patologia dell'accesso al pensiero simbolico, in questa prospettiva l'autismo è ritenuto conseguenza del fallimento dello strutturarsi dell'involucro psichico che si costituisce a partire dalla ritmica e armoniosa articolazione dei flussi sensoriali che investono il corpo e la psiche nascenti: il soggetto rimane così in balia della sensorialità e incapace di gestire la pulsionalità. Più specificamente, Marie-Christine Laznik ha parlato di un fallimento dell'attivazione del circuito pulsionale. Sulla funzione della pelle come necessario involucro, contenitore e confine delle diverse parti della personalità, non ancora differenziate dalle parti del corpo, ha scritto Esther Bick nel 1968: il passaggio da uno stato di non integrazione, come esperienza passiva di totale impotenza, alla disintegrazione ad opera della scissione, quale operazione difensiva al servizio dello sviluppo, può essere disturbato da un'inadeguata funzione contenitiva della pelle e portare alla formazione di una *seconda pelle*³: in tal modo la dipendenza dall'oggetto è sostituita da una pseudo-indipendenza in cui spesso funzioni mentali o talenti innati sono utilizzati impropriamente per sostituire la funzione contenitiva della pelle.

Quando i processi di differenziazione e di separazione sono deficitari, manca la percezione dello spazio fra sé e l'oggetto, quindi il riconoscimento dell'altro da sé e la possibilità di costruire legami. La naturale oscillazione fra momenti di indifferenziazione ed esperienze di legame con l'altro si blocca, impedendo l'integrazione sensoriale; l'impossibilità di costruire

³ Questa *seconda pelle* può essere di natura muscolare, verbale, intellettuale, oppure concreta (vestiti, coperte...) o basata su una prevalenza dei meccanismi di identificazione proiettiva.

una rappresentazione mentale di sé e dell'oggetto ostacola i processi di soggettualizzazione e soggettivazione, e impedisce lo sviluppo dell'inter-soggettività.

...e adulti

Il primo a parlare di fenomeni autistici in pazienti nevrotici adulti è stato Sidney Klein nel 1980. Egli ha segnalato l'importanza di individuarli e affrontarli in pazienti apparentemente non gravi, la cui analisi sembrava procedere malgrado alcuni aspetti del loro mondo interno non fossero contattabili dall'analista: si trattava cioè dell'incapsulamento di una parte del sé del paziente, che risultava impenetrabile al paziente stesso, oltre che all'analista, producendo un appiattimento e una scarsa consistenza degli affetti. Klein descrive un attaccamento tenace e disperato di questi pazienti all'analista, di cui tuttavia non riescono a utilizzare le interpretazioni, sia perché la loro attenzione è diretta esclusivamente sugli aspetti infra-verbali delle comunicazioni dell'analista, sia perché, proprio come i bambini autistici non riescono a giocare con il materiale preparato per loro nella stanza di terapia, non riescono a fare proprie e ad elaborare le interpretazioni dell'analista, ma vi aderiscono in maniera ripetitiva e compulsiva. Le difese autistiche usate da questi pazienti hanno la funzione primaria di evitare il dolore causato dal terrore della morte e della disintegrazione suscitato da ogni movimento verso la separatezza (quali le separazioni per weekend e vacanze, o i movimenti in avanti dovuti al lavoro analitico).

Frances Tustin, nel suo libro sulle barriere autistiche nei pazienti nevrotici (1986), dedica molto spazio alla sua esperienza con i bambini autistici, riprendendo anche l'accurata descrizione che ne fa, ancora inconsapevolmente, Melanie Klein, a proposito del suo piccolo paziente Dick. La Klein aveva individuato, quale nucleo della sofferenza di Dick, un'inibizione dello sviluppo, diversa dalla regressione che era ipotizzata nella patogenesi della schizofrenia. Pertanto, conclude la Tustin, mentre il bambino schizofrenico è disintegrato, il bambino autistico è non integrato.

Il bambino autistico vive in un mondo bidimensionale, fatto di forme,

figure e modelli, e dominato dalle sensazioni; i suoi rapporti non sono con le persone, ma con le sensazioni che esse generano in lui. Attraverso una modalità di identificazione o fusione imitativa, in cui non c'è distinzione fra oggetti inanimati ed esseri umani, esperisce ogni cosa come un flusso di sensazioni corporee, tutt'uno con il suo sé. Gli affetti si manifestano soltanto attraverso manifestazioni di rabbia o terrore, il linguaggio è assente o povero, ecolalico, atipico. Dietro l'impenetrabilità autistica descritta come un guscio o una conchiglia c'è un bambino terribilmente vulnerabile, che avverte costantemente la minaccia di non esistere: le radici dell'autismo psicogeno risiederebbero in uno stadio pre-narcisistico di autosenualità indifferenziata, precedente l'azione psichica che Freud ha posto al passaggio dall'autoerotismo al narcisismo.

Non potendo rinunciare all'oggetto perduto né trasformarlo in una rappresentazione mentale, la capacità di simbolizzazione di questi soggetti non si sviluppa o rimane lacerata da profonde lacune. La separazione dalla madre lascia un buco nero, che porta a un diniego della dipendenza e all'affermazione di un'autosufficienza patologica basata sulla paura.

Di qui la Tustin arriva ai pazienti adulti, in cui la perdita dell'unione felice con la madre può aver causato una disillusione insopportabile che ha prodotto una reazione autistica incapsulante finalizzata a proteggere la parte danneggiata, con il congelamento del funzionamento psichico. Quando con questi pazienti si passa a lavorare dai livelli di funzionamento nevrotico ai livelli più profondi, ci si avvicina alle ferite aperte della separazione primaria, che sono state difensivamente avvolte e immobilizzate in un incapsulamento autistico: quest'ultimo ha la funzione di proteggerli dall'angoscia di straripamento e dissoluzione, o meglio di non-essere, che risulta da una inconsistenza dei confini del sé. L'uso di forme e oggetti autistici per tamponare le ferite originarie impedisce il passaggio all'esperienza transizionale che potrebbe aprire la strada ai processi di lutto e alle espressioni creative. Ne consegue che anche l'emotività di questi pazienti è piatta e sottile, protetta da un'autosufficienza nutrita da elevate aspettative nei propri confronti, che può portarli a importanti realizzazioni nel campo intellettuale o a devastanti delusioni. A volte questi pazienti possono richiedere un'analisi cercando

un rifugio dal contatto con se stessi e con le loro parti ferite a morte. Quando poi le protezioni autistiche vengono meno, si sviluppa una dolorosa dipendenza che subordina la loro esistenza dalla presenza concreta dell'altro, di cui non tollerano alcuna assenza. Un interessante commento della Tustin estende la presenza di una quota di autismo psicogeno a molti di noi, come protezione o fuga dal dolore suscitato dalle relazioni e separazioni: erigendo delle barriere autistiche cerchiamo di dimenticarlo e di evitare che questa terribile sofferenza ci invada.

Dorian è un giovane paziente con una storia familiare punteggiata da suicidi e dalla depressione, etichetta con cui qualifica la sofferenza, sia pur di qualità diversa, di sua madre, suo padre e altri membri della famiglia: in suo padre essa si manifesta in un destino di fallimento sia come compagno desiderabile nella coppia coniugale, sia come titolare dell'azienda di famiglia di cui è incapace di evitare l'inesorabile rovina; in sua madre, numerosi sintomi psicosomatici esprimono una grave sofferenza depressiva che trova sollievo soltanto nel mantenere una relazione intima e seduttiva con quest'unico figlio, che fin da piccolo è stato ricettacolo dei suoi sfoghi anche sugli aspetti più intimi della sua vita sessuale. Dorian collega la sua nascita al suicidio del nonno materno, sottolineando ripetutamente che è accaduto soltanto due anni prima del suo concepimento. A questo suicidio si erano poi aggiunti quello del padre del suo migliore amico, che egli cercò in qualche modo di sostituire assumendo un ruolo protettivo verso il figlio; e la morte del migliore amico di un giovane da lui molto ammirato, evento che gli aprì la speranza di prenderne il posto. Dorian è abitato e posseduto da questi morti, che costituiscono un nucleo devitalizzato che lo minaccia costantemente dall'interno; riesce a darsi una parvenza identitaria di superficie soltanto tramite l'imitazione e la specularità: "rubo pezzi dalle persone, faccio copia e incolla per farli miei". È un attore, ma si impegna molto di più nell'attività di influencer, sicuramente più redditizia. È molto sensibile alle espressioni esteriori del lusso e del bello, oscillando continuamente, nelle relazioni con gli altri, fra l'idealizzazione e il disprezzo. Si presenta nel mio studio guardandosi intorno e commentando che l'analisi con il precedente terapeuta non poteva continuare: aveva uno studio piccolo e brutto, a

differenza del mio, e una macchina vecchia e sgangherata. La sua vita è piena di attività, legami, eventi, che tuttavia non riescono ad assumere pienamente il valore di esperienze da cui poter uscire arricchito.

Come nei pazienti descritti da S. Klein e da F. Tustin, ci troviamo di fronte a un nucleo autistico protetto da una struttura narcisistica, con una "dis-sociazione mente-psichesoma, un Io precoce e brillante in una struttura di carattere congelata o pietrificata, o una corazza dura e metallica" (Oliva De Cesarei, 1924, pag. 57). Ciò comporta l'impossibilità di apprendere e lasciarsi trasformare dall'esperienza, mentre prevalgono l'anestesia e l'immobilità che caratterizza la pulsione di morte. Con questi pazienti è necessario "far abitare in noi 'il morto vivente' come senso di non esistenza, ciò che appare morto, asettico, senza vita, ma anche le deboli tracce di vita che il paziente ha potuto salvare" (*ivi*, pag. 70).

In un clima oscillante vertiginosamente fra l'esaltazione grandiosa e lo sconforto e l'autodenigrazione, sottese da un'emoività piatta e inconsistente, il lavoro analitico ha richiesto di percorrere con il paziente i margini di un abisso, sospesi in un malessere senza identità né nome, che in qualsiasi momento poteva prenderlo alle spalle e risucchiarlo in un vortice fatto di nulla cancellandolo per sempre. Malgrado Dorian esprimesse il desiderio di capire da che cosa stesse fuggendo, ogni suo movimento sembrava determinato, piuttosto che da una meta davanti a sé, da una costante minaccia dietro di sé, caratterizzandosi in un movimento ripetitivo piuttosto che trasformativo. Ci sono voluti diversi anni di faticoso percorso comune per ritornare infine all'auto sgangherata e all'ambiente squallido e ristretto che fin dalla prima seduta evocavano un ambiente primario carente e mortifero. Malgrado il paziente avesse cercato per tutta la vita di cancellarne le riemergenze attraverso ambizioni e idealizzazioni grandiose, il dolore, il vuoto e il senso di non esistenza primari venivano costantemente evocati nelle lunghe ore passate in solitarie attività autoerotiche assistite dai social o in fuggevoli e ripetitivamente monotoni incontri sessuali, attività autosensuali delle quali mi informava escludendomene al tempo stesso: "dottorressa, lei non si scandalizza, vero?" A lungo ho dovuto accogliere dentro di me questo

funzionamento autistico, mortifero e segregante prima che diventasse possibile riammettere, integrare e vivere gli affetti temuti e annichilenti, trasformandoli in modo che la vita di Dorian potesse arricchirsi e recuperare un nuovo senso di autenticità.

Dorian è un paziente che forse Steiner (1993) avrebbe incluso fra coloro che si costruiscono un *rifugio psichico* per proteggersi dall'angoscia e dal dolore, cercando di legare, neutralizzare e controllare la distruttività primitiva. In analisi, dopo una prima fase di apparenti progressi, l'analista comincia a sentire di non riuscire a raggiungere il paziente, e che il lavoro analitico è diventato ripetitivo, statico e sterile. Il paziente tende a idealizzare il rifugio e cerca di utilizzare l'analista come parte della sua organizzazione difensiva, che ne ostacola il contatto con la realtà e i processi di crescita e cambiamento: spesso la realtà è contemporaneamente ripudiata e riconosciuta, per cui si viene a creare una configurazione psichica di tipo perverso o, come afferma Steiner una posizione borderline, a metà fra le posizioni kleiniane paranoide e depressiva, dalle cui angosce costituisce una difesa. Steiner precisa che in questi casi anche la scissione s'indebolisce, minando la possibilità di differenziare chiaramente visioni contraddittorie della realtà: in tal modo possono coesistere una pseudo-accettazione della realtà falsamente conciliata a un suo travisamento sostenuto da giustificazioni perverse.

È un quadro che evoca la teorizzazione di Bleger, secondo cui ogni soggetto conserva nel suo inconscio un nucleo di indifferenziazione primaria (*nucleo agglutinato*) che ha origine nella condizione di dipendenza assoluta in cui il neonato è tutt'uno con l'ambiente circostante e l'Io non è differenziato dal mondo esterno, né dagli altri. Per proteggerci dalle angosce arcaiche di annientamento, abbiamo bisogno di creare dei legami simbiotici con dei depositari (persone, contesti, istituzioni), in cui pensieri, affetti e valori opposti possano coesistere senza conflitto, con una qualità indeterminata e ambigua. In situazioni particolarmente difficili e traumatiche, in cui i suddetti depositari vengono a mancare, può aversi una regressione allo stato di indifferenziazione e non discriminazione pre-soggettive: il bisogno di sicurezza ci spinge ad assumere un'attitudine accomodante e ambigua, basata su una dipendenza automatica e inconscia dall'ambiente che, tra-

sformando in familiare ciò che è inquietante e disorganizzante, ci permette di “adattarci a qualsiasi cosa” (Amati Sas, 2019) e conservare la sopravvivenza psichica e la capacità di resistere a traumi estremi, al prezzo di perdere la *funzione discriminatoria* dell'Io (Amati Sas), oltre a indebolire le capacità rappresentative e simboliche.

Steiner ritiene che, per aiutare il paziente a rinunciare al suo rifugio, l'analista debba riconoscere l'organizzazione onnipotente in cui il paziente è prigioniero, senza aggredirla o arrendersi ad essa. È importante capire che tipo di angosce tema il paziente se abbandona la sua posizione nel rifugio: quelle che caratterizzano la posizione schizoparanoide (frammentazione, persecuzione, spersonalizzazione...) o quelle implicate nella posizione depressiva (colpa, perdita...). In ogni caso, l'uso massiccio dell'identificazione proiettiva impoverisce l'Io, e soltanto l'avvio di un lavoro del lutto può rendere reversibile tale meccanismo, portando al recupero di parti di sé che erano state proiettate nell'oggetto. Con le *interpretazioni centrate sull'analista* si offre al paziente un contenimento alternativo a quello dato dal rifugio, mentre con le *interpretazioni centrate sul paziente* si avviano processi introiettivi e discriminativi.

Anna Oliva De Cesarei (2025) riporta come in *Crisi e controtransfert* (1992) Pierre Fédida abbia sottolineato che la sfida più radicale è nel ricostruire lì dove si è distrutto, dove la rimozione primaria è fallita, creando un deficit di rappresentazione per mancanza di uno schermo o di una scena in cui collocare il trauma (*ivi*, p. 58). Nella cura dei “buchi di esperienza”, solo attraverso il suo ‘essere’ l'analista può recuperare o aiutare a costruire l'essere nel paziente (Green, 2016), dunque attraverso la modulazione della voce, il respiro, il suono della parola, lo sguardo, la presenza corporea... (Oliva De Cesarei, *ivi*, pag. 71). È necessario costruire un luogo perché “ciò che si ripete, ciò che insiste, è ciò che non ha avuto luogo, non ha trovato il suo luogo, ... non è esistito come evento psichico” per un *infans* in stato di disaiuto e dis-essere che non può tradurre sensazioni e movimenti in segni (Pontalis, 1997) significativi per un altro ricettivo.

BIBLIOGRAFIA

- Amati Sas, S. (2019). *Ambiguità, conformismo e adattamento alla violenza sociale*. Milano, Franco Angeli
- Asperger, H. (1944). Die 'Autistischen Psychopathen' im Kindersalter [Psicopatie autistiche nell'infanzia]. *Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten*. 117: 76–136.
- Aulagnier, P. (1975). *La violenza dell'interpretazione. Dal pittogramma all'enunciato*. Roma, Borla, 2005.
- Bick, E. (1968). The Experience of the Skin in Early Object-Relations. *Int. J. Psychoanal.*, (49): 484-486.
- Bleger, J. (1967). *Simbiosi e ambiguità. Studio psicoanalitico*. Roma, Armando, 2010.
- Bleuler, E. (1911). *Il Pensiero autistico*. Pisa, ETS, 2015.
- Golse, B. (2023). The polyfactorial model of autism and question of causality. *Frontiers in Psychiatry*. 14: 1117807.
- Kanner, L. (1943). Autistic disturbances of affective contact. *The Nervous Child*. 2 (4): 217-50.
- Klein, S. (1980). Autistic Phenomena in Neurotic Patients. *Int. J. Psychoanal.*, (61): 395-402.
- Laznik, M.C. (2012). *Con voce di sirena. Storie di bimbi autistici, di bimbi troppo sensibili e dei loro genitori*. Roma, Ed. Intern. Riuniti.
- MacDonald, G. (1864). *La principessa leggera*. Torino, Einaudi, 1990.
- Nicolò, A. (2015). Psychotic functioning in adolescence: the perverse solution to survive. *IJP* 2015:1335-5.
- Oliva De Cesarei, A. (2025). *"Umano, troppo umano" nella clinica psicoanalitica*. Milano, Franco Angeli.
- Polacco-Williams, G. (1997). Reflections on some dynamics of eating disorders: 'No Entry' defences and foreign bodies. *Int. J Psycho-anal.*, 78:927-941.
- Rosenfeld (1987). *Impasse and interpretation. Therapeutic and Anti-Therapeutic Factors in the Psychoanalytic Treatment of Psychotic, Borderline, and Neurotic Patients*. London, Routledge.
- Steiner, J. (1993). *I rifugi della mente*. Torino, Bollati Boringhieri, 1996.
- Tustin, F. (1986). *Barriere autistiche nei pazienti nevrotici*. Roma, Borla, 1990.

Imitazione, movimento e condivisione come strumenti di sviluppo: il ruolo del TNPEE nell'intervento riabilitativo del bambino con Disturbo dello Spettro Autistico

Valeria Zancana

Premessa

Il trattamento dei soggetti con Disturbo dello Spettro Autistico (ASD), in particolare in età evolutiva, rappresenta un tema di grande rilevanza sia nella pratica clinica (che comprende la programmazione dei servizi assistenziali), sia nell'ambito della ricerca scientifica, soprattutto in relazione alla valutazione dell'evidenza scientifica a supporto dei diversi modelli di intervento.

Nonostante le carenze in letteratura rispetto alla presenza di studi che usino confronti rigorosi tra gruppi, gli interventi precoci (quindi quelli che coinvolgono in particolare soggetti tra 0-3 anni) sono indicati per ogni bambino che presenti ritardi o differenze nello sviluppo, così come nel caso dei bambini ASD.

Il panorama italiano, tuttavia, si distingue rispetto ad altri paesi, per la modalità di presa in carico e gestione degli interventi, non soltanto dei bambini ASD, ma di tutti i soggetti con disturbi del neurosviluppo in età evolutiva.

Ciò è riconducibile ad un patrimonio culturale e clinico peculiare del contesto italiano, che affonda le proprie radici nella nascita della Neuropsichiatria Infantile come disciplina medica autonoma, sviluppatasi a partire dagli anni Cinquanta. Giovanni Bollea, insieme ad altre figure pionieristiche, è riconosciuto come fondatore della Neuropsichiatria Infantile e dell'Adolescenza in Italia, nonché delle professionalità a essa associate (Purpura e Coratti, 2024).

In tale contesto nasce il Terapista della Neuro e Psicomotricità dell'Età Evolutiva (TNPEE), figura totalmente dedicata alla cura di soggetti con patologie neuropsichiatriche infantili, che negli anni è diventata a tutti gli effetti Professione sanitaria. Il percorso formativo, infatti, prevede il conseguimento del titolo di Laurea di Primo Livello (affidente alla C.d.L. delle Professioni Sanitarie della Riabilitazione), nonché la possibilità di proseguire il percorso di studi con il conseguimento di Laurea di Secondo Livello, Master, Corsi di Alta formazione, oltre ai numerosi Corsi di formazione e specializzazione per garantire l'aggiornamento (ECM).

Il presente contributo intende approfondire il ruolo specifico del TNPEE nel trattamento precoce dell'autismo, ponendo l'accento sull'importanza della dimensione corporea, del contatto socio-sensoriale e del piacere condiviso come prerequisiti fondamentali per l'emergere della relazione, della consapevolezza di sé e dei successivi processi di simbolizzazione.

A partire dalla presentazione di un caso clinico, si cercherà di porre in parallelo strumenti e strategie proprie dell'Intervento Neuropsicomotorio (NPM) con uno studio bibliografico ad esso connesso, rispetto all'argomento del trattamento dei bambini ASD.

La figura del Terapista della Neuro e Psicomotricità dell'Età Evolutiva

La cornice teorica all'interno della quale il TNPEE svolge la propria professione è rappresentata dal modello bio-psico-sociale della disabilità suggerito dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS). Pertanto, si fa riferimento a un intervento globale, che considera il bambino nella sua integrità e complessità evolutiva, che integra le dimensioni corporee, affettive, relazionali e cognitive, evitando una frammentazione degli obiettivi terapeutici.

La specificità del TNPEE, l'esperienza di osservazione e trattamento di bambini con diverse caratteristiche e bisogni, l'individuazione, selezione e personalizzazione di strumenti e strategie terapeutiche, a seconda della finestra evolutiva e delle peculiarità del bambino, rendono tale professionista la figura elettiva per il trattamento dei disturbi del neurosviluppo, nelle diverse fasce d'età tra i 0-18 anni, ma con una particolare attenzione e impegno nella prima infanzia, 0-3 anni.

Il TNPEE, quindi, in collaborazione con l'équipe multiprofessionale di neuropsichiatria infantile e in collaborazione con le altre discipline dell'area pediatrica, svolge gli interventi di prevenzione, terapia e riabilitazione delle malattie neuropsichiatriche infantili, nelle aree della neuropsicomotricità, della neuropsicologia e della psicopatologia dello sviluppo (D.M. 17 gennaio 1997, n. 56).

L'Intervento Neuropsicomotorio richiede conoscenze e competenze tecniche specifiche per tutte le aree neuromotorie e psicobiologiche, neuropsensoriali, fisiopatologiche e dell'assistenza/cura in età evolutiva, nonché la conoscenza teorica e pratica specifica dello sviluppo del bambino nella norma e del ruolo che gioca la motricità in tale sviluppo (Core Competence del Terapista della Neuro e psicomotricità dell'età evolutiva, 2015).

Il TNPEE struttura gli interventi seguendo l'iniziativa e il gioco spontaneo dei bambini, coinvolgendo le famiglie nell'apprendimento precoce e tenendo conto delle caratteristiche di sviluppo del bambino, dell'ambiente e del ruolo di chi si prende cura di lui. L'approccio è flessibile ed ecologico, integrando la ricerca neuroscientifica all'avanguardia sulla plasticità cerebrale e sul neurosviluppo (Purpura e Coratti, 2024).

La terapia neuropsicomotoria interviene sullo sviluppo delle capacità inte-

grative e rappresentative delle funzioni, sostenendo il piacere, l'intenzionalità e le abilità esecutive del movimento, all'interno di sistemi dinamici complessi che permettono al bambino di prevedere, fare ipotesi e rappresentarsi gli effetti delle proprie azioni, favorendo così una progressiva padronanza del corpo, della motricità e delle proprie azioni (Core Competence del Terapista della Neuro e psicomotricità dell'età evolutiva, 2015).

A tal proposito, nei suoi testi clinici, Bollea evidenzia che il comportamento motorio, il gioco spontaneo e la qualità della relazione con l'adulto rappresentano strumenti privilegiati di osservazione e intervento nella prima infanzia (Bollea, 1983).

Presentazione del caso clinico

M. ha 3,7 anni.

Il bambino entra in stanza con i genitori che rimangono presenti nel corso degli incontri valutativi.

L'esplorazione dell'ambiente avviene con discreta integrazione del canale visivo e motorio, ma non sempre finalizzata: in particolare M. è alla ricerca di oggetti e materiali che prende e manipola in modo superficiale, talvolta portandoli alla bocca, non sempre attivando schemi d'azione funzionali.

Si mostra divertito dal fare cadere a terra oggetti multipli (cubetti) e in questa circostanza ride e ripete l'azione, oppure sceglie i birilli che mette sul pavimento in piedi vicini, per poi buttarli a terra con le mani.

È osservabile la capacità imitativa per alcune semplici azioni che attirano il suo interesse, per es. imita il lancio della pallina da tennis nel cesto e quindi ripete tale azione da solo più volte, in modo ripetitivo e non condividendo con l'altro.

Il contatto visivo è fugace, instabile, scarsamente utilizzato, ma elicetabile con tecniche di facilitazione socio-sensoriale e proponendo materiali accattivanti (bolle di sapone). In tali circostanze M. attiva il contatto oculare con l'altro, consegna spontaneamente l'oggetto per richiedere di attivarlo, si osserva un'emergente capacità di triangolazione (2 tempi) e un'approssimazione di indicazione dell'oggetto fuori portata a mano estesa.

Col gioco delle bolle, dopo diversi tentativi, il bambino imita lo scoppiare delle bolle col dito indice, dopo modello della terapeuta.

M. si diverte anche con giochi di movimento come solletico, acchiapparella, girotondo, durante i quali sorride, manifesta piacere condiviso e associa il contatto oculare.

Sono osservabili stereotipi motorie, spesso da sovraccitamento, come flapping e accenno di saltelli.

I tempi attentivi sono ridotti per l'età, può passare frequentemente da un gioco all'altro, o viceversa presentare iperfocus per un materiale in particolare.

Dalla valutazione è emerso un profilo globale di sviluppo estremamente al di sotto della norma rispetto all'età cronologica (QSG <20 alle Scale Griffiths-III), con cadute particolarmente significative nell'area di linguaggio-comunicazione e nell'area personale-sociale-emotiva.

Si osserva inoltre impaccio motorio.

Non si osserva una produzione verbale funzionale; infatti il bambino comunica prevalentemente attraverso atti comportamentali scarsamente direzionati con ridotta intenzionalità comunicativa, attraverso il sorriso o il canale corporeo.

Dalla raccolta di dati tramite domande rivolte ai genitori, emerge selettività alimentare e probabile ipersensibilità endorale e periorale.

Esegue in un secondo momento approfondimento diagnostico per sospetto Disturbo dello Spettro Autistico, a seguito del quale viene posta Diagnosi di ASD di Livello 3.

Sensorialità e regolazione emotiva

Il primo incontro di terapia neuropsicomotoria (NPM).

La terapeuta si pone in una situazione di osservazione del comportamento spontaneo. Durante il primo incontro si sceglie di lasciare più spazio al centro di una stanza grande (palestra), alcuni materiali di gioco fuori portata, ma visibili, per osservare l'esplorazione dell'ambiente da parte

del bambino e un'eventuale modalità richiestiva.

M. entra in stanza accompagnato da entrambi i genitori, i quali rimangono presenti durante la seduta ma si posizionano ad un'estremità della stanza, seduti. Il bambino liberamente si muove, esplora l'ambiente e si dirige verso i giochi che più gradisce, tenta di prenderli da solo, se non riesce prende la mano dell'adulto.

Sceglie gli incastri con le forme, mostra piacere nel ripetere il compito più volte, ma poi lo mette a posto per prenderne altri di tipologia diversa. L'attività viene svolta correttamente, ma in solitaria, non condividendola con l'adulto, che tuttavia accetta che rimanga in prossimità e che qualche volta gli rubi qualche pezzo. Accetta parzialmente che la terapeuta si inserisca nella sua attività, inserendo talvolta lei qualche pezzo.

Se vengono proposti altri giochi può incuriosirsi temporaneamente (palloncino, palla), ma poi torna a prendere gli incastri.

M. si arrabbia se la terapeuta tenta di nascondere gli incastri, materiale che sta utilizzando da molto tempo, piange e reagisce con comportamenti aggressivi nei confronti del padre, il quale lo aiuta nella regolazione emotiva attraverso l'abbraccio e il contenimento affettivo, con discreto successo. Sembra avvalersi positivamente, ma non definitivamente, di una riduzione degli stimoli sensoriali, quali la riduzione delle fonti luminose e la proposta di togliere scarpe e calzini. I genitori confermano che generalmente preferisce stare a piedi scalzi. Gradisce le proposte delle bolle, ma tale attività non è sufficiente a portarlo ad uno stato di attivazione tranquillo e di disponibilità. M. piange, tira il padre o la madre in direzione della porta. Interpretata e accolta la sua richiesta, il bambino accetta di mettersi seduto per rimettere calzini e scarpe con la terapeuta, prima di andare via.

In linea con le attuali argomentazioni sulla concettualizzazione del funzionamento autistico come espressione di neurodivergenza, si ritiene che seguire la naturale evoluzione e crescita del bambino ASD, considerando il profilo sensoriale, le preferenze e le caratteristiche personali, permetterà un orientamento della traiettoria evolutiva non verso la risoluzione della patologia, bensì verso la crescita, lo sviluppo di competenze funzionali, una maggiore capacità di adattamento e, più in generale, una migliore

qualità della vita. “L’obiettivo non è quello di rendere il bambino non autistico, ma di dargli accesso alla cultura e ai diritti umani universali, secondo le sue modalità” (Mottron, 2016). Questo dovrebbe essere sempre l’obiettivo degli interventi abilitativi¹.

Nei bambini con disturbo dello spettro dell’autismo, le difficoltà nella modulazione sensoriale e nella regolazione emotiva possono causare alterazioni nella percezione ed elaborazione delle proprie esperienze. L’alterata integrazione delle informazioni sensoriali può rendere il corpo fonte di disorganizzazione o di evitamento, ostacolando l’accesso alla relazione e al piacere condiviso.

Ciò determina ripercussioni sul modo in cui il cervello e il comportamento si organizzano durante lo sviluppo precoce, alterando, quindi, l’acquisizione delle abilità che facilitano l’apprendimento sociale (Vivanti, Rogers, Dwyer e Rivera, 2022).

Coerentemente con quanto detto riscontriamo nei soggetti ASD un’alterazione delle infrastrutture all’apprendimento sociale, ovvero: imitazione, attenzione congiunta, comunicazione verbale e non verbale.

Il lavoro del TNPEE si colloca precisamente in questo spazio: attraverso un setting strutturato ma flessibile, il terapeuta utilizza il corpo, il movimento e il gioco come strumenti per favorire esperienze di condivisione significative e quindi opportunità di apprendimento, ma anche contenimento e regolazione emotiva.

Dinnanzi ad un episodio di disregolazione emotiva, quindi, il terapeuta potrà attivare strategie per modulare il livello di arousal del bambino, seguendo sempre il suo interesse, ma anche modulando i proprio gesti e il tono della voce (abbassandolo), per rispondere ai bisogni del bambino. Ancora sarà utile valutare di intervenire sulla riduzione di stimoli ambientali che potrebbero essere percepiti come troppo forti dal bambino, quindi per es. abbassare le luci, ridurre i rumori, ecc. (Williams, Campi, Baranek, 2021; Divya et al, 2023).

¹ In età evolutiva, infatti, sarebbe improprio parlare di riabilitazione di competenze non ancora acquisite, fatta eccezione per i quadri di disabilità acquisita.

Al quarto incontro M. arriva accompagnato da entrambi i genitori, ma su richiesta degli stessi si condivide la scelta di fare entrare il bambino da solo in stanza, per uniformare la modalità di intervento che il bambino esegue presso altra struttura, dopo aver effettuato comunque i primi tre incontri in presenza dei genitori (di uno solo al terzo incontro). Tuttavia si ritiene utile e necessario programmare degli spazi dedicati alla partecipazione attiva delle figure genitoriali e alla condivisione di obiettivi di intervento.

M. in sala d'attesa mostra di riconoscere la terapeuta, attiva il contatto di sguardo associato al sorriso sociale, si avvicina a lei e le dà la mano, dirigendosi verso la stanza di terapia. L'ambiente prevede un tavolino con delle sedie ad altezza del bambino, la possibilità di mettere sul pavimento un tappetone (poggiato alla parete), la presenza di materiali all'interno di scatole (non trasparenti) da poter prendere per le attività. Il bambino mostra di ricordare la routine di ingresso (e quindi di uscita) di togliere le scarpe e indossare i calzini antiscivolo, si mette spontaneamente seduto sulla sedia e allunga il piede per far togliere alla terapeuta le scarpe. Già da questa prime proposte la terapeuta guida il bambino con aiuto parziale nell'aprire gli strap delle scarpe e nel tirare via il calzino da cambiare.

Rispetto al Setting la terapeuta sceglie, quando possibile, la tipologia di ambiente (grande come una palestra, oppure più contenuto come una stanza), come disporre il mobilio (se lasciare per es. più spazio al centro disponendolo lungo le pareti o se creare delle "zone" dedicate, quali ad es. un angolo con tavolo e sedioline, un altro angolo con tappeto e/o cuscini/pouf), disponibilità o meno di accesso a materiali in una libreria (aperta o chiusa a chiave). I materiali possono essere lasciati a disposizione, oppure posizionati dentro scatole chiuse (trasparenti per permettere la visibilità dei giochi all'interno, oppure no): la scelta e il numero viene stabilita dalla terapeuta.

Fondamentale la costruzione, col tempo e con la stabilizzazione delle routine, del rapporto terapeuta-bambino, nonché con la famiglia. Un bambino contento di entrare in stanza di terapia, sereno, disponibile, interessato all'ambiente e ai materiali, avrà l'occasione di rispondere ad un maggior numero di opportunità di apprendimento.

Saper leggere e interpretare i comportamenti e le manifestazioni del bambino ASD, cogliere i suoi interessi, osservare quali sono le sue preferenze, consentirà alla terapeuta di impostare il lavoro, quindi obiettivi e strategie, in modo calzante rispetto alle sue esigenze e caratteristiche.

Dimensione corporea e imitazione, contatto socio-sensoriale e relazione

A questo punto la terapeuta seleziona due giochi da porre davanti al bambino per sollecitare una scelta. Il bambino sceglie il palloncino, lo lancia in aria e ride, non lo dirige verso la terapeuta. Quando l'attenzione verso l'oggetto si affievolisce la terapeuta sostituisce il palloncino con la palla, più facile da dirigere. Il bambino accetta di condividere il gioco e si riesce ad attivare una breve sequenza di scambi (3-4) tra i due partecipanti. Il bambino spontaneamente si mette seduto sulla sedia e la terapeuta si pone a una certa distanza, ma sempre di fronte a lui e alla sua altezza. Per sostenere il coinvolgimento emotivo e l'attenzione sul volto della terapeuta si utilizzano enfattizzazioni di mimica, gesti e tono di voce, sollecitando il contatto di sguardo prolungato. Terminata l'attenzione e la motivazione del bambino rispetto all'attività, la terapeuta di nuovo seleziona due giochi e supporta la capacità di scelta del bambino (attendendo una modalità richiastiva, quale la triangolazione). Così si va avanti nella scelta delle macchinine da utilizzare col garage e lo scivolo (in questo caso è sempre utile avere oggetti multipli in modo da poter attivare un gioco "parallelo" senza forzare un gioco di turnazione o di scambio), attività durante la quale il bambino ripropone alcune azioni effettuate dall'adulto nell'incontro precedente (far scivolare la macchinina che rimane bloccata, tirare su l'asta, far passare la macchinina, riabbassare l'asta).

Stabilito un rapporto di fiducia con il bambino sarà, quindi, possibile proporre una variazione e incremento degli schemi di azione con gli oggetti e delle attività, proponendo azioni via via più complesse a partire da attività gradite e stabili.

Come sottolineato da Kasari et al. in "Il Modello Jasper – Intervento per bambini con autismo" (ed. italiana 2025), l'espansione è uno dei modi

principali con i cui bambini imparano nuove competenze di gioco, condividono idee e mettono in pratica abilità diversificate e complesse. Si distingue, a tal proposito, l'espansione orizzontale, che migliora la varietà di gioco, e l'espansione verticale, che ne aumenta la complessità.

Sempre nell'ottica di intervento globale e personalizzato, la terapeuta avrà cura, inoltre, di sostenere la comunicazione del bambino creando situazioni in cui il bambino sarà motivato ad effettuare richieste, guidandolo nell'acquisizione di maggiore competenza comunicativa e sostenendone l'intenzionalità. Il linguaggio dell'adulto sarà adeguato alle competenze linguistiche del bambino e ciascuna azione prevederà l'integrazione prassico-linguistica, attraverso il commento da parte della terapeuta, nel caso di bambini non verbali o poco verbali, oppure attraverso la sollecitazione e/o facilitazione dell'espansione delle produzioni verbali del bambino, nel caso di bambini verbali. Rispetto al linguaggio il terapeuta, in condivisione con l'equipe multidisciplinare, valuterà la possibilità di introdurre materiali di supporto, quali ad esempio strumenti di comunicazione aumentativa alternativa.

L'Intervento NPM dedica inoltre ampio spazio e particolare attenzione allo sviluppo delle competenze imitative del bambino.

Nei suoi studi sull'argomento, Jacqueline Nadel identifica diverse tipologie di imitazione, offrendo una cornice interpretativa particolarmente utile ai fini della comprensione e della riabilitazione.

Nadel distingue l'imitazione di gesti, azioni e suoni (ma anche parole) e propone, inoltre, una distinzione tra imitazione immediata, differita e ritardata, in base al tempo di esecuzione.

Imitazione immediata: l'imitazione viene identificata dagli altri, l'imitatore ha un effetto su chi lo circonda, mettendosi quindi in relazione con colui che imita; in questa prospettiva l'imitazione assume una funzione comunicativa, poco importa che l'imitatore apprenda qualcosa di nuovo, l'obiettivo è quello di rivolgersi all'altro.

Imitazione differita: non ha l'attenzione di colui che è imitato, poiché avviene più tardi o altrove, non in sincronia col modello. In questo caso l'imitazione non ha la funzione di interazione con l'altro. L'azione è solitaria e richiede la memoria dell'azione osservata. Richiede, però, la comprensione della relazione tra azione ed effetto. In questo caso l'obiettivo è produrre

qualcosa di nuovo o un effetto nuovo (apprendimento mentale).

Imitazione ritardata: riguarda l'apprendimento, risponde alla richiesta "fai come me". Riguarda l'apprendere sotto il controllo di un modello. Il mezzo è sociale ma lo scopo non è quello di comunicare. Necessario osservare con attenzione quello che fa l'altro per poi riprodurlo.

L'imitazione di azioni è, inoltre, un indicatore delle capacità motorie che si stanno sviluppando (Piaget, 1945). A tal proposito sempre Nadel ricorda che non si possono imitare azioni che implicano movimenti che non siano nel repertorio motorio del soggetto, in quanto è possibile rispondere a delle azioni se abbiamo i mezzi per eseguirle. "È con il vecchio che si costruisce il nuovo", quindi è grazie al repertorio di azioni familiari che si possono apprendere azioni nuove.

Rispetto all'imitazione, inoltre, le autrici Laicardi, Picone e Mancinelli nel loro articolo 'Sviluppo dello schema corporeo in funzione della rappresentazione mentale' (1985) sottolineano come attraverso l'imitazione differita il bambino è in grado di rappresentarsi il proprio corpo in analogia con quello degli altri.

Tra le tecniche di facilitazione imitativa, avente prioritariamente uno scopo interattivo-relazionale, troviamo l'uso degli 'oggetti doppi', strategia comune a diverse pratiche di intervento.

L'uso di oggetti doppi consente di identificare facilmente la capacità imitativa e di compiere la stessa azione contemporaneamente (sincronia sociale). Lo studio di Nadel su coppie o triplete di bambini in setting sperimentale con materiali doppi, hanno riscontrato che la scelta di usare oggetti identici era 4 volte maggiore rispetto all'uso solitario di oggetti, ciò che accadeva era che i bambini guardavano il compagno e non l'oggetto che avevano in mano. Sincronizzarsi con l'altro era più forte dell'attrazione per l'oggetto stesso. Nei bambini più grandi, i gruppi che usavano di più il linguaggio erano quelli meno imitativi (in favore della padronanza del linguaggio).

L'imitazione permette di agire in sincronia, ma anche di alternarsi nel turno e condividere uno scopo/tema; combinata con l'esperienza di essere imitato, contribuisce a esercitare la distinzione tra le percezioni di cui si è la causa diretta e le percezioni causate dal mondo esterno: essere imitati permette al modello di sperimentare il suo potere di influenzare l'altro.

La strategia dell'utilizzo di oggetti doppi può risultare utile per attivare un gioco di tipo parallelo, in particolare con bambini che si mostrano maggiormente diffidenti o poco interessati alle azioni dell'altro. A partire da un gioco parallelo avviato attraverso l'imitazione del bambino, il terapeuta può gradualmente unirsi all'attività ludica (ad esempio aggiungendo cubi alla torre del bambino, oppure prendendo una macchinina e facendola scontrare con la sua, qualora il bambino stia già svolgendo autonomamente tale azione). Questo processo favorisce lo sviluppo della consapevolezza del partner sociale e contribuisce a costruire la cornice per un gioco interattivo e reciproco.

Altre proposte di attività, sempre a partire dal seguire l'interesse del bambino, hanno previsto l'uso di bolle di sapone, foulard colorati, ma trasparenti, (da far volare o da usare per il cucù), la molla (una da usare in un gioco cooperativo, simile al gioco del far girare la corda, durante il quale il bambino ha iniziato a imitare il gesto di rotazione proposto dalla terapeuta), guardare e sfogliare un libro insieme (attraente dal punto di vista sensoriale, in quando gommato e morbido), solletico, corsa. Durante queste attività M. attiva maggiormente il contatto di sguardo in frequenza e durata, manifesta piacere condiviso e sorriso sociale, ricerca la terapeuta avvicinandosi per proseguire l'attività gradita e fa un maggiore uso dello spazio della stanza.

Molti bambini mostrano una particolare predilezione per attività sociali che implicano il contatto fisico o giochi di tipo grosso-motorio (come il solletico, la lotta con i cuscini, il saltare, ecc.). È proprio a partire da queste spinte motivazionali che si generano l'energia e l'attenzione necessarie all'apprendimento. Una motivazione intensa sostiene infatti un apprendimento attivo, piuttosto che passivo, stimolando l'iniziativa e la spontaneità.

Il movimento rappresenta uno dei primi canali di comunicazione del bambino: attraverso il gesto, la postura e l'azione, egli esprime intenzioni, emozioni e stati interni ancor prima di disporre di strumenti simbolici o linguistici.

Al di là delle attività proposte, ciò che la terapeuta fa è seguire l'interesse del bambino, ricercarne il piacere e il divertimento, coinvolgerlo quindi nella relazione con l'altro. Si ritiene utile, inoltre, alternare proposte più calme, che sostengono la capacità di aumentare i tempi attentivi e l'impegno cognitivo, ad attività più movimentati ed energiche, che sostengono la motivazione e il piacere condiviso e che sono in linea col profilo sensoriale del bambino. In particolare nella routine socio-sensoriale del solletico si osserva di nuovo la capacità del bambino di riproporre sequenze ludiche sperimentate nelle sedute precedenti e, attraverso la tecnica dell'attesa da parte della terapeuta (ovvero interrompendo il ciclo di gioco fino ad un segnale intenzionale da parte del bambino), di effettuare richieste funzionali, anche se non del tutto chiare e direzionate (ad es. allungare la mano verso l'adulto per richiedere il solletico proprio sul palmo della mano). In più occasioni il bambino nel corso della seduta, specialmente durante attività a più alta attivazione motoria, si avvicina all'adulto agganciando con lo sguardo e associando il sorriso sociale, in ricerca del contatto fisico (solletico e abbraccio). Le attività senso-motorie sembrano per M., in questo momento, sollecitare una maggiore condivisione con l'altro e iniziativa relazionale.

L'evidente modalità differente di risposta di M. tra la prima e la quarta seduta è spiegabile con una maggiore serenità dello stato psico-fisico del bambino, in quanto infatti i genitori riportavano che il bambino era reduce da giorni di influenza e raffreddore, ma, probabilmente, è anche spiegabile dalla necessità di M. di adattarsi progressivamente al nuovo contesto e alla nuova figura.

Per fare in modo che il bambino passi dall'attenzione esclusiva per l'oggetto alla persona che lo utilizza è necessario che l'adulto (il suo volto, il suo sguardo, il suo corpo e linguaggio) entri nel focus attentivo del bambino. In accordo con quanto ripreso da diversi modelli di intervento, si ritiene fondamentale prestare attenzione alle interazioni sociali face to face in quanto la maggior parte delle comunicazioni sociali vengono veicolate dai mediatori non verbali della comunicazione (sguardo, mimica, gesti ecc). Un altro aspetto importante riguarda la stabilizzazione delle routine di

gioco. Con il termine *routines socio-sensoriale* si indica un insieme di attività condivise, in cui l'attenzione del partecipante è centrata sull'altra persona, piuttosto che sugli oggetti. Si tratta di un'interazione diadica nella quale due persone sono impegnate nella stessa attività in modo reciproco: alternanza di turni, imitazione reciproca, comunicazione verbale e non verbale, divertimento condiviso.

Prevedono un inizio, l'esecuzione e una chiusura: tali caratteristiche ne determinano, quindi, una prevedibilità di facile riconoscimento da parte del bambino (Rogers e Dawson, 2010; Rogers, Dawson, Vismara, 2015).

Discussione e Conclusioni

Le scelte cliniche che caratterizzano la pratica professionale del TNPEE si fondano sulla capacità di tracciare il profilo di funzionamento, attraverso la selezione di strumenti quantitativi e qualitativi adeguati, indipendentemente dall'inquadramento diagnostico, al fine di individuare le sue peculiarità e preferenze individuali.

L'approccio di Giovanni Bollea, non a caso, di fronte a un bambino, era quello di considerare, innanzitutto, che fosse un bambino, a prescindere da quale disturbo avesse: sfuggiva il rischio di identificare il bambino con la sua malattia (dall'intervista a Leuzzi V. in 'Italiani - Giovanni Bollea' di Rai Storia, 2021).

È fondamentale tenere presente che la persona con disturbo dello spettro dell'autismo non coincide con il proprio quadro clinico. Il funzionamento neurodivergente non è modificabile, ma rappresenta una modalità peculiare di organizzazione neuropsicologica. I soggetti con ASD costituiscono un gruppo estremamente eterogeneo, con manifestazioni cliniche variabili e con la possibile presenza, o meno, di condizioni in comorbidità (Pizzano e Kasari 'Interventi precoci per bambini con disturbi dello spettro autistico', in Chawarska & Volkmar, 2018). Analogamente a quanto avviene per altre condizioni del neurosviluppo, come la paralisi cerebrale infantile, non ci si attende una 'risoluzione' della condizione in età adulta; l'intervento mira piuttosto a sostenere lo sviluppo, il funzionamento e la qualità della vita della persona e della sua famiglia.

Ancora Pizzano e Kasari sostengono che, date le ampie esigenze di sviluppo dei bambini ASD, appare coerente che i programmi di intervento globali siano quelli più indicati, specialmente rispetto all'intervento precoce (sebbene gli effetti sui sintomi core si presentino ancora sconosciuto o limitati). Le autrici sostengono, quindi, che l'innovazione rispetto agli interventi può essere raggiunta attraverso un approccio modulare e personalizzato all'intervento precoce.

In questa prospettiva, il lavoro del TNPEE assume un ruolo importante nel trattamento dei bambini con Disturbo dello Spettro Autistico, in quanto, a partire da una Valutazione Neuropsicomotoria 'globale' (Comportamento, Livello Motorio-Prassico, Gioco, Livello Comunicativo-Linguistico), combinando Osservazione e uso di Strumenti standardizzati (tra cui, ad es. strumenti che permettono di ricavare un Quoziente di Sviluppo, questionari per i genitori sul funzionamento adattivo e sul profilo sensoriale, nonché strumenti di misurazione di competenze specifiche delle diverse aree di funzionamento), consente di ricavare il Profilo di funzionamento del bambino, individuare i punti di forza e i punti di debolezza, e quindi sviluppare il Programma riabilitativo (parte integrante del Progetto riabilitativo che verrà discusso e condiviso con l'intera equipe multidisciplinare). Il Programma riabilitativo traccia obiettivi prioritari e a medio-lungo termine nelle diverse aree di sviluppo, definendo materiali e strategie di intervento individualizzati per il singolo bambino. La verifica e l'aggiornamento dello stesso avviene periodicamente (generalmente ogni 6 mesi), così come la condivisione con Equipe clinica, Famiglia e Scuola.

In conclusione, in accordo con gli studi sugli interventi sviluppati per il trattamento dei bambini ASD (Gibson JL, Pritchard E, de Lemos C., 2021; O'Keeffe C, McNally S, 2023), la costruzione di una relazione significativa e la stabilizzazione di routine di gioco come strumenti di intervento, fanno parte anche del bagaglio di strumenti professionali del TNPEE.

Questa dimensione ludica e relazionale appare particolarmente importante nei primi anni di vita, come sottolineato anche dai modelli contemporanei di intervento precoce. Nel volume *L'autismo nei primi anni di vita*, curato da Chawarska e Volkmar (tradotto in Italia da D'Ardia e Giovannone), viene evidenziata l'importanza di interventi che tengano conto non solo

delle abilità emergenti, ma anche della qualità delle interazioni precoci e delle esperienze condivise (Chawarska & Volkmar, 2018).

All'interno di un'équipe multidisciplinare, il TNPEE porta uno sguardo globale, specifico e complementare. Il suo intervento non si pone in alternativa agli altri approcci, ma come elemento integrativo, capace di sostenere le basi dello sviluppo di competenze cognitive, linguistiche e simboliche.

BIBLIOGRAFIA

- Bollea, G. (1983). *La psichiatria infantile. Psicopatologia dello sviluppo*. Roma, Borla.
- Bollea, G. (1997). *Le madri non sbagliano mai*. Milano, Feltrinelli.
- Chawarska, K., Volkmar, FR. (2024). *L'autismo nei primi anni di vita. Ricerca, valutazione e trattamento* (trad. it. D'Ardia C, Giovannone F). Firenze, Hogrefe.
- Commissione Nazionale del Corso di Laurea in Terapia della Neuro e Psicomotricità dell'Età Evolutiva. Competence Core del Terapista della Neuro e Psicomotricità dell'Età Evolutiva (2015). <https://www.aitne.it/wp-content/uploads/2022/04/Core-Competence-TNPEE.pdf>
- Cottini, L., Vivanti, G. (2013). *Autismo Come e Cosa Fare*. Firenze, Giunti.
- Divya, KY., Begum, F., John, SE., Francis, F. *DIR/Floor Time in Engaging Autism: A Systematic Review*. Iran J Nurs Midwifery Res. 2023 Apr 14;28(2):132-138.
- Gibson JL, Pritchard E, de Lemos C. *Play-based interventions to support social and communication development in autistic children aged 2-8 years: A scoping review*. Autism Dev Lang Impair. 2021 Jun 8;6.
- Kasari, C., Gulsrud A.C., Shire S.Y., Strawbridge, C. (2025). *Il Modello Jasper – Intervento per bambini con autismo* (ed. italiana a cura di Paloscia, C., Palopoli, D., Marotta, L.). Erickson.
- Laicardi, C., Picone, L., Mancinelli, MR. *Sviluppo dello schema corporeo in funzione della rappresentazione mentale*, Psichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza, 52, 1, 1985, pp.53-63.
- Ministero della Salute italiano. Regolamento concernente l'individuazione della figura e relativo profilo professionale del Terapista della neuro e psicomotricità, In: Evolutiva, Gazzetta Ufficiale. <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/1997/03/14/097G0084/sg>
- Mottron, L. (2023). *L'intervento precoce per i bambini autistici in età prescolare. Nuovi principi per sostenere un'intelligenza diversa*. Firenze, Hogrefe.
- Nadel, J. (2011). *Imitare per crescere. Nello sviluppo infantile e nel bambino con autismo*. Roma, Giovanni Fioriti Editore.
- O'Keeffe C, McNally S. *A Systematic Review of Play-Based Interventions Targeting the Social Communication Skills of Children with Autism Spectrum Disorder in Educational Contexts*. Rev J Autism Dev Disord 10, 51–81 (2023).

Organizzazione Mondiale della Sanità. Classificazione Internazionale del Funzionamento, della Disabilità e della Salute per i Bambini e i Giovani (ICF-CY) Organizzazione Mondiale della Sanità; Germania: 2007.

Piaget, J. (1979). *La formazione del simbolo nel bambino*. La Nuova Italia.

Purpura G, Coratti G. *Neuro and Psychomotor Therapist of Developmental Age Professional in Italy: An Anomaly or an Opportunity?* Arch Rehabil Res Clin Transl. 2024 Sep 26;6(4).

Rogers, S.J., Dawson, G. (2010). *Esdm. Intervento precoce per autismo* (ed. italiana a cura di Vivanti G).

Rogers, S.J., Dawson, G., Vismara, L.A. (2015). *Un intervento precoce per il tuo bambino con autismo. Come utilizzare l'Early Start Denver Model in famiglia* (ed. italiana a cura di Colombi C. et al.).

Valente, D. (a cura di). (2009). *Fondamenti di riabilitazione in età evolutiva*. Roma, Carocci.

Vivanti G, Rogers S, Dwyer P, Rivera S. (2022). *Early Learning in Autism as an Atypical Balance between Assimilation and Accommodation Processes*. Human Development. 66.

Williams KL, Campi E, Baranek GT (2021), *Associations among sensory hyperresponsiveness, restricted and repetitive behaviors, and anxiety in autism: An integrated systematic review*. Research in Autism Spectrum Disorders, Volume 83, 2021, 101763, ISSN 1750-9467.

L'alleanza genitori-analista di fronte allo 'spettro autistico'

Chiara Cattelan

Il mio contributo al tema che mi è stato proposto per questo numero della collana si compone di due parti: la descrizione di un'esperienza di consultazione per i disturbi dello spettro autistico che si è svolta, in anni passati, presso il Dipartimento di Pediatria di Padova e un incontro di riflessione con i genitori di un bambino autistico che fa seguito, come consuetudine, alla seduta con loro e il bambino.

La familiarità col modello della consultazione, praticato per molti anni, ha avuto una funzione facilitante nella scelta di affidarmi al lavoro congiunto bambino-genitori anche in un contesto terapeutico.

Un'esperienza di consultazione per disturbi dello spettro autistico

All'ambulatorio, organizzato da me e da altri colleghi in Pediatria, afferrivano anche bambini, in particolare della fascia 0-3 anni, che non ricevevano alla fine quella diagnosi. La diagnosi non era comunque lo scopo principale del nostro lavoro. A partire da angosce dei genitori su un presunto o reale problema di autismo veniva proposto un percorso condiviso di osservazione con il bambino e di riflessione successiva con loro. Il primo incontro di accoglienza avveniva con i genitori da soli e serviva proprio per dare uno spazio di ascolto e un contenimento alle loro angosce. Il metodo dell'osservazione di Ester Bick e quello della consultazione partecipata (Vallino, 2009) ispiravano e sostenevano l'approccio del gruppo di lavoro. Descriverò il significato di quel percorso condiviso, riproponendo un testo presentato alla giornata di studi dedicata a Dina Vallino dal Centro Milanese di Psicoanalisi il 14 Novembre 2015.

Ho potuto osservare un alto rischio di fraintendimento nella relazione con un bambino che non parla e non risponde. Si tratta di un bambino col quale i genitori non riescono a intrattenere uno scambio fluido e spontaneo, che può risultare per loro enigmatico, suscitando, talvolta, un sentimento di estraneità. Di conseguenza, essi rischiano di essere più in contatto con le informazioni che ricevono da varie fonti (dai media, dai siti internet, dalle associazioni, etc.), le quali, talvolta, ne amplificano le angosce, piuttosto che col bambino. I genitori ricevono spesso notizie di un'incurabilità della condizione autistica senza un accompagnamento adeguato, dopo brevi percorsi diagnostici che prescindono dalla storia del nuovo nato nel contesto della famiglia. Chi era il bambino nella mente dei genitori prima di nascere? Quale è stata la sua esperienza in utero e durante il parto? Quali i primi contatti con lo sguardo materno, col seno, quale il suo contributo a instaurare ritmi condivisi con la madre? Etc.

Quando incontriamo una nuova famiglia per una consultazione, abbiamo a che fare con un''angoscia amplificata' dal sommarsi di malintesi tra genitori e comunità scientifica e tra genitori e bambino, che rischia così di non essere visto e di restare sempre più solo. Si tratta, quindi, di creare condizioni per l'ascolto di due solitudini: quella dei genitori e quella del bambino. La consultazione partecipata, condotta in situazioni dove è presente un sospetto autismo, crea le condizioni affinché emerga dal piccolo paziente qualcosa di 'vivo', se pur embrionale, in grado di risuonare con l'ambiente. Per i genitori prendere contatto con 'la persona bambino' nella complessità dei suoi vari aspetti può riaccendere la speranza che è stata spenta, schiacciata tra un presente invivibile e un futuro impensabile. Nell'incontro il bambino, insieme alle emozioni che suscita la relazione con lui, è al centro dell'interesse condiviso. Il clima, in questo caso, è influenzato dall'equidistanza dell'osservatore, dall'attenzione che egli presta agli squilibri delle proprie identificazioni con ciascun membro della famiglia. Quest'attenzione e la sua partecipazione emotiva contribuiscono a creare un'atmosfera sulla quale non grava l'aspettativa della diagnosi come finalità ultima. Viceversa, può generarsi, proprio in questo contesto, il vissuto di lavorare per uno scopo comune, che sta alla base di un'alleanza terapeutica duratura con i genitori (Cattelan, 1995; 2011). Quando siamo concentrati sulla cooperazione, l'ambiente è bonificato e il circuito angoscia/depressione – colpa/proiezione, può essere interrotto. Quando l'attenzione di tutti è tesa alla percezione di micro-segnali che provengono dal bambino possiamo avvertire un diverso scorrere del tempo, il presente si dilata, l'urgenza si placa. In questo tipo di consultazione entrano in gioco due ingredienti che favoriscono lo svelarsi di antenne sensibili alle risposte dell'ambiente: tempo e silenzio. Il bambino 'toccato' da segnali di intensità e timing adeguati può inviare qualche segnale di ricevuto. Si può allora creare un sistema di feedback (Haag, 1999) tra uno sfondo sintonizzato sulla giusta lunghezza d'onda e un debole apparato ricevente. Di conseguenza, possiamo percepire insieme ai genitori che, dietro l'appiattimento relazionale, quel nucleo ancora vivo lotta per sopravvivere ed essere riconosciuto, nonostante gli artefatti sensoriali e la ripetitività in cui è avvolto.

Un altro elemento che ci viene in aiuto per capire il tipo di sintonizzazione

richiesta in questo contesto è la “consapevolezza del dolore totale e assoluto del neonato” (Vallino, 2004). Avere in mente il punto di partenza dell’essere umano ci aiuta a prendere contatto con la fragilità e l’impotenza (Freud, 1895; 1926) espresse da questi bambini al massimo grado e con la loro intenzionalità germinale, che ha bisogno di condizioni adatte per esprimersi.

Compito della consultazione è, quindi, nei casi di sospetto autismo, aiutare i genitori a vedere quello che da soli non riescono più a vedere nel ‘frastuono’ che si è creato dentro e fuori di loro. La consultazione cerca di cogliere e dare senso a quelle aperture che il bambino può esprimere attraverso comportamenti in precedenza ritenuti incomprensibili e privi di significato. Penso al tentativo che facciamo di creare una narrazione emotiva delle sequenze di comportamenti messi in scena dal bambino di fronte ad un osservatore-testimone, non ancora riconosciuto come oggetto esterno. La familiarità col microcosmo del neonato e l’attenzione al microclima dell’incontro forniscono indicazioni su come possiamo osservare quelle micro-trasformazioni che si verificano con bambini dello spettro autistico. Il percorso di consultazione, così inteso, si propone di arrivare, insieme ai genitori, alla comprensione del bambino nella sua complessità e alla definizione di un progetto d’intervento condiviso che tenga conto in particolar modo delle risorse.

Una breve presentazione della consultazione¹

Dopo aver incontrato i genitori da soli, li accogliamo insieme al bambino. La presenza del padre, in certe situazioni non scontata, è importante per stabilire che ogni componente della famiglia è ugualmente coinvolto nel problema da affrontare e che esiste un luogo per le angosce di tutti. Distribuiamo la nostra attenzione in modo da creare, come già detto, un campo di osservazione neutrale, nel quale siamo, tuttavia, consapevoli di apportare con la nostra presenza una modificazione. Salutiamo il bambino con il suo nome, guardiamo la sua espressione mentre entra nella stanza, osserviamo come si muove, il suo interesse o disinteresse per noi come elemento umano o per le ‘cose’, i mobili, la finestra, i giocattoli preparati per lui, che possono sembrargli invisibili; osserviamo la sua even-

tuale distanza di sicurezza, se aderisce a qualche cosa-qualcuno come prolungamento di sé. Diventiamo testimoni dell'incomunicabilità riferita dai genitori con un bambino autosufficiente, che non può essere 'richiamato' e/o che loro hanno rinunciato a richiamare. Possiamo, così, provare empatia nel con-vivere con i genitori un momento angosciante, mentre sperimentiamo noi stessi qualcosa di dolorosamente simile. Tuttavia, non appesantiti dalla frustrazione cronica che grava su di loro, ci rivolgiamo al bambino 'come se ci capisse' (Tustin, 1986) considerandolo da subito soggetto di un'esperienza. In tal modo gettiamo il sasso lontano, esercitiamo una 'speranza attiva'. Ricordo qui che tutto il lavoro di Dina Vallino è attraversato dalla preoccupazione di non mettere in ombra l'intenzionalità del bambino fin da neonato, di evitare che egli venga offuscato, cosa che troviamo riassunta così: 'non dobbiamo parlare di lui ma con lui' (Vallino, 2009). Il bambino può occupare il posto accanto ai genitori o potrà muoversi nella stanza attratto da luci, colori, forme, alla ricerca di un 'contenitore momentaneo' (Ciccone e Mellier, 2007) per il suo stato di non integrazione o senza apparente direzione, con o senza evidente inquietudine; può usare angoli della stanza o contenitori come rifugi o raggomitolarsi sul divanetto. I giocattoli a disposizione saranno usati 'a suo modo', di solito diverso da quello simbolico, talvolta 'quasi simbolico', oppure per creare forme sensoriali, per mettere in scena stati del sé non rappresentati o angosce esistenziali come quella di precipitare. Ecco che i pennarelli sono gettati per terra, le macchinine fatte scorrere per guardare il movimento interminabilmente circolare delle ruote, il cibo di plastica introdotto nella bocca 'per davvero', il riflesso della luce sul tavolo guardato tangenzialmente, etc. È in questo contesto, nel quale 'l'impressione è di non essere notati come persone vive, ma di essere attraversati dallo sguardo, dal movimento, dalle parole come se non si esistesse' (Vallino, 1990), che possiamo cogliere dei segnali indiretti di come il bambino risuona a ciò che gli diciamo, a come glielo diciamo e a come ci muoviamo. Condivido pienamente questa affermazione di Dina Vallino: 'Sono venuta osservando nel corso del tempo che a dispetto dell'indifferenza, ritiro, non scambio di sguardi, non vicinanza e in generale inaccessibilità che un bambino può rivelare a una superficiale osservazione, egli è comunque attento e sensibilissimo alla qualità delle risposte emotive dell'analista'. Un cambiamento di direzione, un fugace incrocio di sguar-

di, una pausa nel movimento, qualcosa che ci fa pensare a percezioni sub-liminari e a risposte psico-corporee alla presenza di un elemento nuovo quale noi siamo, insieme a uno sguardo nuovo dei genitori su di lui. Possiamo amplificare quei segnali perché raggiungano i genitori quando loro da soli non sono più in grado di coglierli; è, infatti, difficile per loro osare attribuire significati in mancanza di conferme provenienti dal bambino. Possiamo così stupirci di nuove straordinarie capacità dei genitori di entrare in contatto, di rêverie che si accendono (Vallino, 2004) e trasformano gesti del bambino in comunicazioni significative. La ripetitività dei gesti e l'uso peculiare degli oggetti, come il buttarli a terra o il lanciarli, osservati insieme, possono aprire a significati precedentemente preclusi ai genitori. Quei comportamenti ripetuti, spesso così disturbanti, possono acquistare un senso relazionale. Negli atteggiamenti oppositivi ('non accetta le nostre proposte ma le stesse cose le fa quando è lui a decidere') possiamo riconoscere un'iniziativa del bambino, spesso misconosciuta perché vissuta nella sola dimensione disadattiva.

Inoltre, è possibile notare accenni di gioco pre-simbolico che, se accolti insieme ai genitori, diventano testimonianza condivisa di potenzialità di crescita. Lo stesso comportamento può essere visto in un senso più o meno autoreferenziale o più o meno relazionale, ad es. usare la mano dell'altro come un proprio prolungamento al fine di realizzare un desiderio; avere crisi di tantrum per esprimere un'angoscia che potrebbe richiedere l'intervento di un altro. Movimenti in senso evolutivo possono aver luogo quando s'inizia a descrivere e a risignificare ciò che avviene nello spazio condiviso, dando voce al bambino.

Nell'esperienza clinica con questi bambini è possibile intuire un'intenzionalità legata alla parte non autistica della personalità. L'attenzione 'marginale' del bambino alle parole pronunciate dai genitori, alla variazione del loro tono di voce o al loro pianto, può rivelarsi col cambio di direzione del movimento, con l'avvicinarsi o allontanarsi.

Talvolta, nella consultazione sembra che si riattivi qualcosa che richiama quello che Bion definisce 'tropismo', la ricerca di oggetto che accolga le proiezioni². In questi casi la ricerca non è ancora indirizzata verso la persona, genitore o analista, ma piuttosto verso la funzione contenitiva e

² In *Cogitations* (1992) Bion parla della ricerca di un oggetto che tolleri l'identificazione proiettiva. Definisce i tropismi la matrice da cui scaturisce la vita mentale: "perché sia possibile la maturazione devono essere vinti dal vuoto e comunicati. Dopo essere stati depositati nel seno i tropismi che il neonato non può né controllare, né modificare, né sviluppare, possono venire ben controllati e modificati dall'oggetto, in caso contrario il contatto con la realtà, i legami di ogni tipo subiscono un destino significativo (56).

ricettiva percepita in quel contesto. Il bambino si ferma, può emettere un suono che allude a una parola, che accenna a un significato. Alcuni comportamenti-segnale possono testimoniare intenzionalità, misconosciuta o fraintesa: la ricerca di interazione attraverso il contatto fisico; la disponibilità a farsi consolare; le forme di attaccamento preferenziale all'uno o all'altro genitore; le reazioni emotive di qualsiasi tipo alla separazione. La speranza può rinascere dai segnali di qualcosa che si sta modificando davanti ai nostri occhi. Quando le scene ripetitive prendono senso, quel che era alieno, inavvicinabile, incomprensibile, sigillato, acquista interesse e, da quel momento, può cambiare la vita della famiglia. I genitori potranno rilassarsi, qualche forma di 'normalità' farà di nuovo ingresso nelle loro vite: con quel bambino si potrà passeggiare, mangiare la pizza, fare le vacanze. Il percorso di consultazione può condurre, quindi, a nuove forme di convivenza, che contengono momenti di piacere condiviso. Se possono includere il bambino in qualche attività piacevole, i genitori possono permettersi di nuovo una vita di coppia, meno angosciata, meno vicendevolmente colpevolizzati. Da quel momento, anche se strano e ancora incomprensibile, il comportamento del bambino sarà sentito come portatore di senso, degno perciò di suscitare interesse e, di conseguenza, anche il bambino con quelle profonde difficoltà a comunicare, potrà 'sentire di esistere per qualcuno' (Vallino, 2009).

L'accompagnamento per il primo tratto di strada, che intraprendiamo in questi casi, porta i genitori ad avvicinarsi al bambino, diventando più consapevoli delle sue deboli richieste e delle sue risorse. Lo sguardo all'interno della consultazione si focalizza sui dettagli di ciò che, seppur in minima parte, sembra funzionare: si realizza così un 'lavoro del positivo' sulle potenzialità e sulle competenze di entrambi, bambino e genitori. Pertanto, possiamo dire che il punto di arrivo della consultazione è la trasformazione di un momento diagnostico in un altro, terapeutico.

Il lavoro con le aree autistiche, ancor più rispetto ad altre patologie, evoca quanto diceva Dina: *'Non è opportuno immaginare la famiglia fissata in una patologia insuperabile, ma occorre considerare genitori e figli come persone desiderose di capirsi e volersi bene'* (ibidem). È importante che

nella consultazione questa esperienza dell'essere insieme, spesso dimenticata, possa essere ritrovata, che l'«essere in relazione» diventi più necessario che capire i sintomi, più che etichettare e definire. Nella consultazione così condotta si crea uno spazio nel quale i genitori possono incominciare a raccontare «la storia dell'incontro» col proprio figlio: come è stato concepito nel desiderio, come han vissuto la gravidanza, i primi momenti della sua vita. Il bambino può mostrare di essere sintonizzato col racconto e i genitori possono sentirsi liberi di dire cose che non hanno osato dire prima di allora. È importante trovare elementi di continuità nella storia della relazione con lui che stemperino il vissuto di estraneità e permettano di vederlo, pur dolorosamente, nella sua individualità. Bisogna aiutare i genitori a riconoscere in lui lo stesso bambino che, forse già da tempo, ha mandato segnali di alcune difficoltà relazionali. Spesso i genitori riferiscono di essersi accorti di segni allarmanti in qualche momento iniziale della sua vita, ma di essersi ritratti spaventati da questa consapevolezza e di aver soltanto in seguito osservato un cambiamento radicale. Nei loro racconti ritorna la sensazione che siano rimasti aggrappati all'immagine di un bambino ideale, ma costantemente esposti al contatto con un bambino che, invece, frustra tutte le loro aspettative (Cattelan et al., 2011). Mentre raccontano, talvolta, assistiamo a un primo sciogliersi di emozioni congelate che, se accolte, possono diventare un punto di partenza per un nuovo percorso. Se nella situazione di assaggio, che la consultazione rappresenta, emergerà la speranza, questa a sua volta genererà la pazienza necessaria per convivere a lungo con il problema, concentrandosi sui piccoli cambiamenti del presente, ridimensionando le aspettative, avvicinando un po' alla volta ideale e reale. Non è facile decidere quando terminare con la consultazione o se proseguire più a lungo prima di un percorso individuale, oppure se adottare la consultazione come modello d'intervento, facendola rientrare nelle scelte terapeutiche.

Una diagnosi, per essere accettabile, non può prescindere da un accompagnamento partecipe che deve permettere l'emergere delle risorse presenti. L'esperienza ci dimostra che quando lasciati soli con questa diagnosi i genitori tendono a non fermarsi e a cercare nuovi pareri per evitare di affrontare l'angoscia. Durante la consultazione possono fare una breve prima esperienza del processo terapeutico osservando i piccoli cambia-

menti che si mettono in moto in un certo arco di tempo che non dovrebbe essere né troppo lungo - per iniziare il prima possibile la cura - né non troppo breve - per lasciare spazio alle minime, ma significative trasformazioni indispensabili perché possano accettare il problema. Per cogliere questi elementi dinamici, che risuonano con uno sfondo che ci accomuna al bambino, indispensabili per progettare un intervento adatto a ciascuno, è necessario che le persone coinvolte nel processo di consultazione siano capaci di non offuscare l'emergere dell'intenzionalità embrionale del bambino e di non toccare maldestramente le corde della sensibilità già ferita dei genitori.

Il momento della riflessione con i genitori, una parte importante del lavoro congiunto

Luca è un bambino di sei anni che incontro una volta alla settimana con i suoi genitori. Un incontro online con i genitori, che fa seguito regolarmente alle sedute, ha la funzione di amplificare gli effetti del lavoro congiunto, stimolando la loro capacità di osservare e riflettere. Questo potenziamento del lavoro terapeutico mi ha permesso di superare l'iniziale perplessità a intraprendere un lavoro a bassa frequenza³.

Riporto uno degli incontri con i genitori che ha fatto seguito ad una seduta dal forte impatto emotivo su di me e su di loro quando, per la prima volta, Luca ha disegnato sul foglio un bambino intero.

³ Non è stato possibile organizzare un lavoro intensivo a causa della distanza della famiglia dal mio studio. Luca segue anche un programma di riabilitazione logopedica e psicomotoria.

Disegno⁴

I nostri sguardi si erano allora incrociati pieni di sorpresa e di meraviglia, contenendo l'emozione provata in un breve commento, consapevoli, come eravamo, della possibile evanescenza di quel sé che aveva osato mostrarsi. Più volte, infatti, Luca aveva manifestato il bisogno di restare nascosto. Il suo io, espresso come parola scritta o come un cerchio con due puntini per gli occhi e uno per la bocca, non appena notato da noi, veniva subito cancellato (i precedenti segni sul foglio erano puntini dispersi, in seguito qualche forma geometrica). Era, quindi, apparso e sparito più volte, mostrato e nascosto, come faceva anche ritirandosi nel suo rifugio sotto i cuscini. Nell'incontro con i genitori riprendiamo questo

⁴ Potete notare che il bambino pare sospeso, così come nella realtà Luca cammina ancora a momenti sulle punte dei piedi. Il corpo non è solido e pieno, né circoscritto ancora. C'è tuttavia un piccolo segno di collegamento tra corpo e testa e qualcosa che pare spuntare sul capo, forse un abbozzo di capelli-pensieri. Inoltre, l'ambiente intorno è abitato e animato. L'arcobaleno, il sole, le figure geometriche, come primo segno di organizzazione dello spazio se-altro. Tutto questo meriterebbe una riflessione a parte.

episodio quasi in sordina, come temessimo che ogni progresso fosse destinato a dileguarsi rapidamente.

I genitori mi comunicano poi che ha dormito nel suo lettino, cosa che collego al sentire confini del sé più chiari, ora che un bambino intero è stato rappresentato. Questa novità fa seguito ad un'altra e non la smentisce. Luca era andato spontaneamente nel letto dei genitori, cercandone la vicinanza. La sua iniziativa ci era apparsa come il segnale di un nuovo bisogno di contatto affettivo, accompagnato da una ricerca attiva per soddisfarlo. Ora non tiene più i genitori a distanza, possono abbracciarlo e tenerlo accanto.

Spostandosi su un terreno più neutro, i genitori parlano della scuola, dove Luca va volentieri. Osservano come i concetti astratti siano difficili per lui da comprendere. Notano che non riesce ad abbandonare le sequenze così come le ha imparate, non riesce a partire dal sette, deve sempre ripartire da uno o da zero, non tollera di interrompere la continuità. Ricordo loro come anche i numeri rimandino ad altri significati. Abbiamo visto in varie occasioni che 'uno' può, per Luca, stare al posto di 'lo'. I genitori proseguono dicendo che, per lui, è difficile dare inizio a qualcosa, è insicuro, cancella, va via se qualcosa non lo soddisfa, è riluttante a rifare più volte la stessa cosa, pretende che tutto gli riesca subito, al primo colpo. Va di fretta, come se volesse eliminare il problema. Si chiedono se non sia il suo modo di evitare quel che per lui è difficile e incontrollabile, perché non inserito in uno schema già noto. La mamma afferma che appartiene anche a lei questo 'perfezionismo' di Luca.

Non è infrequente che la mamma riconosca aspetti di lui in sé stessa, ripensando talvolta anche alla propria infanzia. L'impressione è che la sua comprensione e vicinanza a Luca si costruisca attraverso un unisono profondo quando qualcosa del bambino risuona in lei; in quei momenti, emerge la speranza di averlo capito davvero. Così, a partire da una distanza che pareva incolmabile, si è costruita a poco a poco una vicinanza tra loro; Luca era un bambino che evitava ogni contatto quando l'ho conosciuto.

Mentre la conversazione procede, noto come la mamma sia più animata

e partecipe rispetto a un tempo. Penso, ricordando i loro inizi difficili, che senta finalmente 'suo' il bambino, che ora per lei Luca sia veramente 'nato'.

Vengo a sapere che Luca e la mamma scrivono un breve racconto sulle attività svolte nel fine settimana, che poi lui legge a scuola. Sottolineo come questa iniziativa dia sostegno al bisogno di collegamento tra diversi contesti e come debba aver contribuito a costruire quel bambino intero che ha disegnato. Ora è lui che chiede ai genitori di raccontare, non solo le cose già fatte, ma anche quello che succederà dopo-ogni giorno della settimana. Vuole anche sapere le tappe dei percorsi che fa per recarsi nei luoghi, ma non si limita a nominarli, vuole conoscere i dettagli di cosa avviene quando si è là. Quando è lui a 'raccontare' parla sottovoce, come se non fosse sicuro di poter immaginare ciò che non vede e non percepisce coi sensi. Sottolineo come questo manifesto bisogno di essere preparato e il tentativo di immaginare qualcosa che non c'è più o non c'è ancora deponga per un progresso verso la costruzione della sua mente. La prossima tappa potrebbe essere quella di collegare le emozioni che ha provato mentre faceva le cose che sta nominando. Quanto detto stimola i genitori a collegare altri progressi come quello di essere più flessibile di fronte ai limiti imposti dal tempo, chiede 'ancora un minuto', è più tollerante rispetto all'attesa se può immaginarne la durata, il tempo pare sia diventato qualcosa di più rappresentabile per lui.

Indubbiamente coesistono ancora molti problemi che non sono negati, ma osservati in un contesto integrato con i progressi: i genitori dicono che a volte sembra 'scollegato', ad esempio quando non partecipa a infilare i piedi nelle sue scarpe. L'alimentazione, che è sempre stata un problema, non mostra progressi: mangia le solite cose, osservano che non affonda mai la forchetta nel cibo, pretende che sia già pronta col cibo da mettere in bocca. È come, dicono, se progredisce in alcuni ambiti, ma in altri, come il nutrirsi, restasse bebè. Infatti, la sera vuole ancora il latte col biberon. Mi pare di dover aiutare i genitori a distinguere quelli che sono comportamenti normali, anche se un po' regressivi, da altri che parlano di un

problema più generale di integrazione: il duro della forchetta non può incontrare il morbido del cibo, un po' come accade quando i bambini si rifiutano di masticare⁵.

Compagno a questo punto immagini di Luca con gli altri bambini che a scuola lo cercano, chiedono di lui se non c'è, lo invitano a casa. Luca è diventato parte del gruppo classe. Una bambina ipovedente pare abbia detto: 'Luca è proprio bello!'. Altri bambini lo accompagnano alla porta dicendo: 'Noi siamo i paggetti di Luca'. I genitori mi rendono partecipe di scene vive e animate in cui Luca appare come bambino un po' speciale, ma interessante per i compagni. D'altra parte, il suo essere in pari con i programmi è fonte di soddisfazione per loro.

Ora la mamma, pensando di nuovo a sé stessa, ricorda quanto fosse difficile per lei stare in classe: 'Non capivo niente, soprattutto i concetti di fisica e matematica, mi distraevo in continuazione e per capire avevo bisogno di pensarci dopo, per conto mio. Perdevo il filo facilmente'. Il padre interviene sottolineando quanto la moglie, che all'università era la più brava di tutti, sia al contrario estremamente capace proprio in quegli ambiti, affini al lavoro che svolgono entrambi i genitori. Riconosce che poteva agitarsi e apparentemente non capire quando si trovava a lezione.

Quanto detto da loro mi pare confermi l'importanza di ripensare tra noi a quello che abbiamo vissuto con Luca. Osservo tra me e me che le descrizioni dei genitori provano a cogliere lo stato d'animo del bambino cercando in sé stessi ciò che può metterli in contatto più intimo e profondo con lui. È questo ritrovarlo dentro di loro che genera la speranza necessaria a sostenere la fatica e la pazienza che sono richieste per costruire la relazione con lui. Alcune loro osservazioni contengono qualcosa che ci riguarda tutti, come il rapporto tra sovraccarico emozionale, capacità di ricezione emotiva e apprendimento.

Parliamo allora di come, per imparare, sia necessario, prima di tutto, raggiungere uno stato di sufficiente rilassamento. Ripenso a Marta Badoni che aveva lavorato con Julian de Ajuraguerra e alla sua idea di una tra-

⁵ Questi bambini si sono ritirati da ogni forma di aggressività.

sformazione della tensione nel dialogo tonico tra paziente e analista. I genitori dicono che Luca ha trovato un modo di regolare il proprio stato di tensione, è capace di dire all'insegnante 'torniamo in classe' quando si sente pronto.

Concludiamo l'incontro; ho ancora in mente il bambino intero disegnato da Luca, un bambino rispecchiato da fuori e da dentro – da tanti punti di vista, dai genitori, dai compagni, dalle insegnanti e da me.

Per i genitori l'unico modo per poter stabilire un dialogo con il bambino è che siano aiutati a entrare in risonanza con quelle emozioni, stati e funzionamenti che ritrovano anche dentro sé stessi.

BIBLIOGRAFIA

Badoni, M. (2023). *Prendersi in gioco. Una psicoanalista racconta*. Milano, Raffaello Cortina.

Bion, W. R. (1992). *Cogitations*. Roma, Armando. 1996.

Cattelan, C. e Scotto di Fasano, D. (2011). *Al Crocevia della consultazione partecipata*. *Rivista di Psicoanalisi*, 2011, LVII, 4.

Cattelan C., Busato A., Pozziani G., Lucidi A., Ricca M. (2011). *Un bambino, i genitori e una diagnosi. Questioni aperte sull'autismo*. In Busato Barbaglio C., Mondello M.L. (a cura di), *Nuovi assetti della clinica psicoanalitica in età evolutiva*. Roma, Borla.

Cattelan, C., (2025). *Risvegli e legami all'inizio di un percorso di cura in Inizi difficili. Rischi prevenzione e cura in età evolutiva*. A cura di R. Di Frenna, R. Gentile, M.G. Pappa. Alpes, Roma.

Cattelan, C., (2025) *Co-construction of a common language: from shared silence to psychoanalytic dialogue with a patient on the autism spectrum*. *Journal of Child Psychotherapy*, 1–15.

Ciccone, A., Mellier, D. (2007). *Le bébé et le temps*. Dunod, Coll. « Inconscient et Culture », Paris, 2007.

Freud, S. (1895). *Progetto di una Psicologia*. O.S.F., 2. Torino, Bollati Boringhieri.

Freud, S. (1926). *Inibizione, sintomo e angoscia*. O.S.F., 10. Torino, Bollati Boringhieri.

Haag, G. (1993). *Hypothèse d'une structure radiaire de contenance et ses transformations*, 41- 59 in *Les contenants de pensée* Dunod, Coll. «Inconscient et Culture», Paris, 1993.

Haag, G. (2018). *Le Moi corporel. Autisme et développement*. Paris, Puf.

- Tustin, F. (1986). *Barriere autistiche nei pazienti nevrotici*. Roma, Borla. 1990.
- Vallino, D. (1998). *Raccontami una storia*. Roma, Borla.
- Vallino, D., Macciò, M. (2004). *Essere neonati. Osservazioni psicoanalitiche*. Roma, Borla.
- Vallino, D. (2009). *Fare psicoanalisi con genitori e bambini*. Roma, Borla.

Abitare il cambiamento: l'adolescenza nello spettro autistico

**Processi di soggettivazione tra
neurosviluppo e vita psichica**

Il tema affrontato in questo articolo si propone di aprire un dialogo intorno alla psicoterapia psicoanalitica con i pazienti affetti da una diagnosi di disturbo dello spettro dell'autismo. L'intento è quello di parlarne attraverso la mia personale esperienza e portare alcune riflessioni consolidate negli ultimi 15 anni di attività clinica. La mia formazione ad orientamento psicoanalitico unitamente ad un Master ed una formazione continua sui disturbi dello spettro dell'autismo mi consentono di mantenere uno sguardo ampio e integrato nella pratica clinica con i pazienti autistici e le loro famiglie sia in ambito diagnostico che terapeutico.

Il disturbo dello spettro dell'autismo, inteso come disturbo del neurosviluppo secondo il DSM-5, ha orientato il mio lavoro clinico verso una lettura evolutiva e relazionale delle manifestazioni del funzionamento autistico; una lettura attenta al significato affettivo. La mia pratica clinica si è sviluppata attraverso collaborazioni in contesti differenti ed in costante sinergia con altri organismi (famiglia, scuola, servizi educativi, ambienti ricreativi e di socializzazione, altri professionisti), in un'ottica di continuità e coerenza degli interventi. L'esperienza mi ha consentito di riconoscere l'importanza di un approccio multidisciplinare e di un'integrazione flessibile dei diversi trattamenti necessari per i bambini e gli adolescenti con disturbo dello spettro dell'autismo ed ha confermato il valore della mia formazione teorico-clinica psicoanalitica, rivelatasi fondamentale per offrire una cornice di senso più profonda a quanto avviene in terapia. Negli anni, ho dedicato un tempo ed un ascolto profondo nel tentativo di integrare all'interno della mia pratica clinica altri approcci teorici per il trattamento dei disturbi dello spettro dell'autismo, in particolare quelli di matrice cognitivo-comportamentale fondati su evidenze empiriche (*evidence-based*) secondo l'ISS, Linee guida, 2021.

Si è trattato di un percorso di integrazione complesso, segnato da una conflittualità interna non sempre lineare, in cui hanno convissuto teorie diverse, un'identità professionale in trasformazione, desideri di coerenza e vissuti emotivi talvolta contrastanti. È stato proprio il sostare in questa ambivalenza a rendere possibile, nel tempo, un lavoro di integrazione che oggi ritengo autentico.

Le neuroscienze ci offrono contributi significativi alla comprensione dei processi del neurosviluppo implicati nelle dinamiche intersoggettive, in dialogo con la lettura clinica psicoanalitica.

D'altro canto i contributi della psicoanalisi infantile contemporanea propongono una cornice teorica fondata prevalentemente su modelli osservativi dello sviluppo (Stern, 1985; Fonagy et al., 2002), che consentono di rileggere la vita psichica come un insieme unitario di processi emotivi, affettivi e cognitivi. Seguendo il pensiero di Donald W. Winnicott, è possibile immaginare come, nei quadri di autismo, il compito centrale dell'ambiente non consista unicamente nello stimolare o strutturare, quanto piuttosto nell'offrire una presenza sufficientemente affidabile, capace di

svolgere una funzione di *holding* e di *handling*, contenendo l'esperienza e sostenendo la possibilità stessa di essere (Winnicott, 1965). Quante volte, nella stanza di terapia, ci troviamo di fronte a un bambino che sembra non poter riconoscere gli stati interni dell'altro; un bambino che appare isolato o che progressivamente si ritira dal mondo circostante, rendendo difficile sia la comprensione di ciò che prova sia il reciproco sentirsi compresi. Lo sviluppo psichico nell'autismo appare spesso atipico, disarmonico o non lineare, con profili di funzionamento eterogenei. È possibile, dunque, che all'interno della stessa seduta il terapeuta si trovi accanto ad un bambino che sembra distante, come se fosse altrove, per poi percepirne gradualmente la presenza e, a tratti, incontrare modalità di funzionamento apparentemente congrue all'età cronologica. Questa oscillazione rende l'incontro clinico particolarmente delicato, complesso e richiede una costante capacità di adattamento da parte del terapeuta. In questa prospettiva, lo sviluppo psichico del bambino autistico richiede un contatto intenso e continuativo con una mente del terapeuta *sufficientemente sintonizzata* capace di offrire, attraverso uno scambio attivo di percezioni, sensazioni e significati, una prima esperienza condivisa del Sé e dell'Altro. Attraverso la molteplicità delle situazioni cliniche incontrate, ho imparato che non è sempre possibile attendere che sia il bambino ad avviare spontaneamente il contatto relazionale o a dare senso all'incontro, come avviene più frequentemente con i pazienti che hanno uno sviluppo tipico. A causa delle specifiche difficoltà del neurosviluppo, il bambino autistico può infatti non riconoscere l'altro come interlocutore, non disporre di un'intenzionalità relazionale sufficientemente organizzata, non riuscire ad iniziare uno scambio o non attribuire un significato relazionale a ciò che accade nella stanza di terapia. Per questo motivo il più delle volte siamo noi terapeuti a doverci assumere la responsabilità di avviare il contatto e di conferirgli un primo significato, offrendo una presenza capace di rendere l'incontro progressivamente riconoscibile, tollerabile e condivisibile.

In questo senso, il terapeuta si trova spesso nella posizione di avere davanti a sé un bambino molto piccolo, e deve mantenere una funzione di *rêverie* viva e attenta, simile a quella materna, orientata a favorire l'emergere di un primo abbozzo di pensiero e di rappresentazione (Bion, 1962).

Questo pensiero teorico-clinico prende forma nel mio lavoro clinico con

bambini, adolescenti e genitori, a partire dall'incontro tra la psicoterapia psicoanalitica ed il trattamento per l'autismo Early Start Denver Model (ESDM) che ha rappresentato per me un punto di svolta nella possibilità di pensare ad una integrazione possibile tra diversi modelli teorici (Rogers, Dawson, 2010).

Per motivi editoriali non mi sarà possibile approfondire le tante riflessioni, tuttavia mi sembra importante offrire una descrizione sintetica del modello. L'ESDM è un modello di intervento precoce per bambini piccoli nello spettro dell'autismo, generalmente tra i 12 e i 48 mesi, basato su principi evidence-based e integrati tra approccio evolutivo, relazionale e comportamentale. Il modello si fonda sull'idea che lo sviluppo del bambino avvenga all'interno di interazioni sociali significative. L'intervento utilizza il gioco condiviso e le routine quotidiane come contesto per promuovere competenze comunicative, sociali, cognitive e di autoregolazione, integrando strategie cognitivo-comportamentali in una cornice relazionale e naturalistica. In una prospettiva integrata, l'ESDM è in grado di offrire una struttura operativa che può essere arricchita da una lettura psicoanalitica dei processi affettivi e relazionali che si attivano nella diade bambino-caregiver.

Nel pensiero di Daniel Stern l'intersoggettività primaria è la capacità innata del neonato di partecipare a una condivisione affettiva preverbale e corporea con l'altro. Le interazioni precoci tra il bambino e la madre sono organizzate nel tempo e strutturate come sequenze di azione e risposta: il neonato è dotato fin dall'inizio della capacità di entrare in una relazione interpersonale. Egli è sensibile agli stati affettivi dell'altro e tramite il movimento, lo sguardo, il gesto e la voce può partecipare a forme di condivisione emotiva che avvengono prima del linguaggio e prima di qualsiasi rappresentazione simbolica. Sappiamo che essa si realizza mediante gli *affect attunement*, in cui il caregiver rispecchia la qualità emotiva dell'esperienza del bambino, non il comportamento in sé (Stern, 2004).

Le sintonizzazioni affettive sono intese come processi relazionali precoci e prevalentemente inconsci, attraverso i quali l'altro accoglie, modula e restituisce gli stati affettivi del bambino in una forma trasformata e condivisibile, rendendo l'esperienza emotiva pensabile e favorendo l'integrazione del Sé nascente o emergente e pone le basi per la regolazione affettiva.

Nell'autismo, l'intersoggettività primaria risulta spesso assente, compromessa o frammentata, a causa di atipie del neurosviluppo nei processi precoci legati all'intenzionalità ed alla sintonizzazione affettiva e di risonanza corporea, ciò non significa però che vi sia un'assenza di desiderio relazionale da parte del bambino (Gallese, 2010). Come sottolinea Tony Attwood, le persone nello spettro autistico possiedono un mondo interno complesso e profondamente emotivo, che spesso rimane poco visibile non per assenza di vita psichica, ma per difficoltà nella sua espressione e condivisione interpersonale (Attwood, 2007). Diventa dunque importante offrire un contesto terapeutico capace di ricreare le condizioni affettive originarie della reciprocità. L'ESDM, nasce come modello evolutivo-comportamentale e lavora in modo sorprendentemente coerente con questa visione. In una prospettiva ipotetica, la cornice neuroscientifica proposta da Vittorio Gallese e il modello ESDM possono essere letti come potenzialmente convergenti nel riconoscere come l'intersoggettività si costituisca a partire da esperienze corporee e affettive condivise, che precedono e sostengono l'organizzazione dei processi comunicativi e simbolici (Gallese, 2014). Nella pratica clinica integrare un modello evidence-based all'interno di un contesto psicoanalitico non significa dunque *insegnare* al bambino ed al genitore a relazionarsi, ma consente di ricreare le condizioni affettive e di offrire un'esperienza relazionale sufficientemente sintonizzata, capace di sostenere quella reciprocità originaria che non si è potuta strutturare in maniera spontanea e continuativa. Attraverso il tono della voce, il ritmo corporeo e la regolazione dello sguardo i genitori restituiscono al bambino l'esperienza di essere riconosciuto come soggetto dotato di intenzionalità e valore affettivo. Mi piace pensarlo come la costruzione di un nuovo campo intersoggettivo, in cui la reciprocità può essere progressivamente ri-esperita, all'interno del qui e ora relazionale.

In adolescenza, durante la fase di separazione-individuazione, si riattivano le competenze precoci di sintonizzazione emotiva, a sostegno della costruzione dell'identità e della ridefinizione dei legami affettivi. In tale contesto, l'adolescente manifesta un bisogno prioritario di essere affettivamente percepito, contenuto e riconosciuto nuovamente. Diventa allora a mio avviso centrale esplorare le possibilità di incontro tra psicoanalisi e neuro-

scienze, al fine di disporre di strumenti di lettura plurimi capaci di cogliere come le trasformazioni del neurosviluppo e la vita psichica si influenzino reciprocamente, concorrendo alla costruzione di modalità singolari di soggettivazione. Le trasformazioni puberali del corpo, l'intensificazione degli stati affettivi e l'aumento della complessità relazionale introducono nell'adolescente autistico elementi di discontinuità talvolta più marcati rispetto ai coetanei neurotipici. Questi cambiamenti non sempre possono essere integrati attraverso le modalità regolative precedentemente disponibili, rendendo l'adolescenza un periodo particolarmente sfidante e differente per esperienza emotiva, relazionale e identitaria.

Ciò che nel corso dell'infanzia aveva svolto una funzione di sostegno e organizzazione dell'esperienza può progressivamente perdere efficacia, favorendo l'emergere di nuove fatiche evolutive o la riattivazione di modalità più precoci di funzionamento psichico, secondo quanto descritto da Peter Blos (1962). Questa fase di transizione solleva importanti interrogativi clinici, invitando a considerare l'autismo non come una condizione fissa e immutabile, ma come una traiettoria di sviluppo dinamica, caratterizzata da momenti di riorganizzazione soggettiva in risposta alle trasformazioni maturative e ai cambiamenti ambientali.

La letteratura scientifica ci propone un numero crescente di studi sugli interventi evidence-based e questo interroga la psicoanalisi sul rischio che il trattamento si concentri sul funzionamento a scapito dell'esperienza soggettiva. E allora quale altro spazio di pensiero è possibile aprire per sostenere lo sviluppo della soggettività del bambino o dell'adolescente all'interno di dispositivi di intervento che privilegiano l'adattamento e la valutazione degli esiti? La risposta resta aperta ed in fase di esplorazione.

In età adolescenziale non esiste un unico trattamento per l'autismo, basato sull'evidenza in quanto tale, ma una pluralità di interventi rivolti a specifici domini di funzionamento e a quadri psicopatologici frequentemente associati, quali ad esempio depressione, ansia, disturbi del comportamento alimentare o condotte oppostive (ISS, Linee guida 2021).

I trattamenti evidence-based in questa fase evolutiva, infatti, hanno dimostrato una solida efficacia nel migliorare aree quali l'ansia, la regolazione emotiva e le abilità sociali, come riconosciuto anche dalle principali linee guida internazionali NICE (*National Institute for Health and Care Excellence*).

Tuttavia, come già detto, tali interventi non affrontano direttamente i processi di soggettivazione e di costruzione dell'identità, che risultano particolarmente centrali e sollecitati durante l'adolescenza.

In questo quadro si pone la questione clinica di come sostenere l'adolescente affinché tali processi possano trovare continuità e integrazione. L'adolescenza è una fase di grandi cambiamenti e instabilità e in questo passaggio evolutivo, già complesso in sé, l'autismo introduce un'ulteriore sfida clinica: il modo in cui l'adolescente entra in relazione con gli altri, utilizza il linguaggio e dà significato alle proprie esperienze, può risultare più fragile o meno stabile. Ancora, nell'adolescenza dello spettro autistico, lo sviluppo psichico può configurarsi spesso in modo disarmonico, con una marcata asincronia tra competenze cognitive formalmente evolute e processi di integrazione affettiva e relazionale più fragili (Fonagy et al., 2002). Ne derivano traiettorie evolutive complesse e non lineari, in cui i sistemi di regolazione affettiva e di previsione degli eventi risultano particolarmente sensibili alle discontinuità ambientali e relazionali (Schore, 2012).

Si riattivano inoltre bisogni molto precoci, legati alla necessità di sentirsi maggiormente contenuti, sostenuti e riconosciuti dall'ambiente. In chiave winnicottiana, nei momenti di cambiamento evolutivo il soggetto ha bisogno di una funzione ambientale sufficientemente affidabile, capace di offrire continuità e holding, affinché l'esperienza di Sé non venga frammentata (Winnicott, 1965).

Il processo di soggettivazione non può essere così dato per acquisito, ma necessita di essere sostenuto attraverso dispositivi clinici capaci di integrare strutturazione, regolazione e mantenimento di una continuità della costruzione di senso.

Come sottolinea Anne Alvarez, nei funzionamenti autistici il lavoro terapeutico deve spesso precedere la simbolizzazione, sostenendo forme elementari di presenza, attenzione condivisa e continuità relazionale, affinché possa emergere un senso di sé sufficientemente stabile. In adolescenza, questo significa mantenere aperta la possibilità di una soggettivazione che non coincide con l'adattamento normativo, ma con la costruzione di modalità personali e tollerabili di stare in relazione. (Alvarez, 2019). Ci si può allora interrogare se, nel paziente autistico, il processo di soggettivazione si sviluppi meno attraverso il conflitto esplicito, spesso utilizzato dai

coetanei per negoziare un'autonomia, e maggiormente mediante micro-processi di integrazione, che riguardano il riconoscimento progressivo delle proprie modalità di funzionamento e la possibilità di attribuire senso all'esperienza corporea e relazionale. In adolescenza inoltre la complessità della clinica nello spettro autistico tende ad accentuarsi, con l'emergere di comorbidità psichiatriche che rendono il quadro diagnostico e terapeutico più articolato e instabile. In questa prospettiva, i sintomi possono essere letti non come entità nosografiche fisse, ma come espressioni di configurazioni del funzionamento mentale in trasformazione, all'interno di traiettorie evolutive complesse, in cui vulnerabilità, risorse e significati soggettivi si ridefiniscono nel tempo (Barale, 2009).

Parlare di autismo come una condizione *lifelong* significa allora riconoscere una continuità di funzionamento che, in adolescenza, pur mantenendo i suoi *tratti* fondamentali, viene profondamente riorganizzata sul piano corporeo, relazionale e sociale.

In questo passaggio, le competenze acquisite nel corso dell'infanzia, anche attraverso interventi cognitivo-comportamentali, training sulle abilità sociali o a sostegno della regolazione emotiva, necessitano di una ri-significazione soggettiva.

La diagnosi stessa è chiamata a trovare un posto nel senso di un Sé emergente: può diventare un elemento integrabile e pensabile della propria identità, oppure essere vissuta come una definizione rigida e totalizzante. Ecco che allora la psicoterapia in adolescenza si pone come luogo che consente di trasformare la diagnosi da etichetta esterna a riferimento simbolicamente tollerabile, sostenendo un processo di soggettivazione che tenga insieme continuità e trasformazione (Lingiardi, 2018).

Con l'esperienza, ho potuto osservare come le modalità con cui la diagnosi viene accolta ed elaborata risultino decisive all'interno del processo terapeutico. Quando può essere utilizzata come linguaggio di comprensione del proprio funzionamento, la diagnosi può sostenere il processo di soggettivazione, permettendo al paziente di distinguere le proprie modalità di funzionamento dalla propria identità.

Al contrario, quando la diagnosi non viene compresa, accettata o viene vissuta come definizione rigida, il rischio è di una cristallizzazione identitaria o il ricorso a modalità difensive di ritiro che tendono ad ostacolare l'apertura

evolutiva. Nel lavoro clinico con gli adolescenti nello spettro autistico, mi sono inoltre spesso confrontata con il concetto di "*funzione contenitiva*" descritta da Bion e di come essa possa assumere varie forme, in quanto permette di pensare ad uno spazio relazionale in cui il paziente può sentirsi riconosciuto nella propria esperienza emotiva, nella sua unicità, senza essere chiamato a rispondere a richieste adattive, uno spazio che precede l'interpretazione (Bion, 1997).

L'esperienza terapeutica che segue intende offrire una possibile declinazione clinica di questo processo, non dimostra una teoria ma mostra cosa succede quando una funzione contenitiva è sufficientemente operante.

Vignetta clinica

L'esperienza grupale con adolescenti nello spettro dell'autismo ha posto immediatamente la questione di come favorire l'emergere di uno spazio soggettivo condivisibile, entro cui potessero prendere forma processi identitari e di soggettivazione.

Il gruppo che si è venuto a creare ha progressivamente assunto la funzione di uno spazio entro cui l'esperienza dell'autismo poteva essere condivisa, rielaborata e trasformarsi in nuove possibilità di incontro e comunicazione con i pari. Inoltre la proposta del gruppo nasce anche dall'esigenza di offrire ad alcuni adolescenti la possibilità di sperimentare forme nuove, o talvolta iniziali, di relazione, a partire da un progressivo lavoro di comprensione e accettazione di sé.

Il gruppo terapeutico avviato comprende quattro adolescenti, tre ragazzi e una ragazza, tra i 13 e i 16 anni, con diagnosi di disturbo dello spettro autistico ad alto funzionamento. Pur nelle differenze individuali, emergevano vissuti condivisi di solitudine, estraneità e fatica nel costruire relazioni significative con i pari.

I partecipanti presentano inoltre modalità relazionali eterogenee: un ragazzo e una ragazza mostrano un marcato ritiro sociale, un altro ragazzo tende ad un'interazione iper-verbale e controllante, mentre l'ultimo ragazzo manifesta una modalità di isolamento silenzioso alternata ad improvvisi scatti di rabbia. Ognuno di loro porta con sé una storia terapeutica. Per tre adolescenti il

percorso clinico aveva incluso interventi orientati al sostegno delle competenze sociali e pragmatico-comunicative; per la ragazza, invece, il confronto con la diagnosi era ancora relativamente recente, pura vendo vissuto a lungo una sensazione di estraneità, di "*stranezza*" e "*diversità*".

Solo due di loro erano a conoscenza della diagnosi di disturbo dello spettro dell'autismo ma non avevano mai avuto l'opportunità di esplorarne in modo approfondito il significato soggettivo.

Come già sperimentato in precedenti gruppi terapeutici, avviati con bambini in età di latenza ed orientati al sostegno delle abilità sociali, attraverso la *Lego-Therapy* (D. Le Goff, 2016), mi sono interrogata sull'opportunità di introdurre all'interno dello spazio terapeutico un oggetto mediatore, al fine di ridurre la pressione del contatto diretto con l'altro e facilitare la condivisione dell'esperienza.

Tuttavia, considerata l'età dei partecipanti e la composizione del gruppo, ho scelto di accogliere l'iniziativa spontanea dei ragazzi, che fin dall'avvio hanno individuato nel linguaggio il principale strumento di scambio e di partecipazione. Con il progredire del lavoro gruppale, sono stati poi gli stessi ragazzi ad introdurre spontaneamente oggetti personali e temi legati ai propri interessi ristretti. Gli oggetti e gli interessi hanno progressivamente assunto una funzione di mediazione relazionale, rendendo il dialogo più accessibile e reciproco. Questi che fino a quel momento erano vissuti unicamente come spazio o momento di piacere individuale, di autoregolazione emotiva di fronte ad un sovraccarico sensoriale, o ancora come modalità difensiva nei momenti di maggiore stress, sono andati via via trasformandosi in contenuti condivisibili, aprendo alla possibilità di incontro e di riconoscimento reciproco all'interno del gruppo.

Il gruppo si ritrova settimanalmente ed il setting è strutturato in tre momenti principali: una fase iniziale di accoglienza e di parola, una parte centrale dedicata alla discussione e allo scambio, ed una fase conclusiva di condivisione dello stato emotivo del qui e ora.

Quest'ultima parte si è rivelata particolarmente funzionale nel facilitare l'associazione tra l'esperienza vissuta nel gruppo e le esperienze personali dei partecipanti, favorendo una maggiore comprensione ed integrazione emotiva. La prevedibilità del setting, attraverso i tempi, i ruoli dei partecipanti e i rituali di apertura e chiusura, costituisce una prima tecnica di

lavoro, in quanto offre una cornice stabile entro cui gli oggetti, gli interessi e gli stati emotivi possono essere accolti e compresi dall'Altro. Nelle prime sedute il gruppo appare frammentato, con scambi limitati e comunicazioni prevalentemente rivolti alla terapeuta. La difficoltà ad utilizzare il linguaggio in senso pragmatico e relazionale emerge fin dall'inizio: i ragazzi infatti sembrano parlare davanti agli altri più che con gli altri, faticando a cogliere i tempi dello scambio comunicativo, i comportamenti impliciti come, la postura, lo sguardo, e gli stati mentali altrui.

Progressivamente, emergono domande rispetto al sentirsi *"esclusi"* o *"non capiti"* dai coetanei nel contesto scolastico. Un ragazzo afferma: *"Appena mi avvicino agli altri tutti si allontanano, come se avessi una malattia"*. Un altro risponde: *"Io invece parlo sempre, ma poi si arrabiano e non so perché"*.

Queste comunicazioni offrono alla terapeuta la possibilità di restituire come entrambi stiano descrivendo difficoltà differenti, ma riconducibili ad un comune problema di sintonizzazione relazionale e comunicativa.

La restituzione non assume una forma interpretativa, ma utilizza un linguaggio semplice e condivisibile, attento alle difficoltà di comprensione reciproca e ai diversi modi di *"stare nella relazione"*. Questo intervento apre inoltre uno spazio di riflessione sul funzionamento di ciascuno, dentro e fuori dal gruppo, riducendo il vissuto di inadeguatezza e di colpa.

In una delle sedute successive, la ragazza chiede se alcuni suoi comportamenti poco empatici *"non so cosa fare quando qualcuno è triste, ma neanche mi dispiace"* siano difficoltà legate al fatto che *"mi dicono che sono autistica. Io però mi comporto sempre allo stesso modo, quindi non capisco cosa dovrei fare"*. La terapeuta accoglie la domanda come possibilità di pensare insieme a come il funzionamento autistico possa influenzare i tempi, i modi e le aspettative nella relazione con l'altro.

La diagnosi inizia così ad essere utilizzata come linguaggio comune per nominare esperienze fino a quel momento vissute come esclusivamente personali, confusive o di cui vergognarsi.

Le difficoltà pragmatiche, i fraintendimenti relazionali e le reazioni emotive che emergono nel qui-e-ora delle dinamiche di gruppo, consentono di assumere una forma simbolica ed intrapsichica a ciò che, negli interventi strutturati e prevalentemente psicoeducativi, rischia di rimanere un ap-

prendimento procedurale. L'utilizzo di un linguaggio clinico sintonizzato sui processi di mentalizzazione emergenti favorisce inoltre la trasformazione dell'esperienza relazionale in un'esperienza soggettiva, che può essere riconosciuta, nominata e progressivamente integrata. In tal senso, nel tempo mi è sembrato di cogliere come la psicoterapia psicoanalitica permetta di passare dal *sapere cosa fare al sentire ciò che accade* nella relazione.

Nel corso della terapia si osserva una progressiva riduzione dei vissuti di inadeguatezza generale di tutti i partecipanti, accompagnata da una maggiore tolleranza delle differenze individuali.

Il gruppo diventa gradualmente uno spazio all'interno del quale i partecipanti possono sperimentare, forse per la prima volta, una forma di condivisione dell'esperienza e di benessere relazionale e sociale.

Dunque non solo il racconto dell'esclusione, ma anche momenti di riconoscimento reciproco, di appartenenza, di risonanza emotiva e di *"stare bene insieme. Ora forse ho degli amici"*.

Per questi adolescenti che hanno spesso conosciuto unicamente il rifiuto, l'isolamento e la difficoltà a mettersi nei panni dell'altro o a comprenderne pensieri e stati emotivi, il gruppo, seppur ancora in fase sperimentale, rappresenta una prima esperienza intersoggettiva sufficientemente sicura, in cui il funzionamento autistico può essere pensato e condiviso senza essere immediatamente vissuto come strano, sbagliato o come sensazione di fallimento.

Il dispositivo gruppale si costruisce nel tempo come uno spazio relazionale condivisibile, reso possibile dalla prevedibilità del setting e da una funzione contenitiva progressivamente sostenuta dalla terapeuta insieme ai partecipanti. A differenza dei contesti relazionali spontanei, esso richiede una mediazione clinica capace di rendere tollerabile la presenza dell'altro, evitando vissuti di invasività o di ritiro. Ho potuto inoltre osservare come il rispecchiamento gruppale, quando è sufficientemente contenuto, offra all'adolescente la possibilità di guardare l'altro e, allo stesso tempo, di riconoscersi nelle sue reazioni, nei suoi racconti e nei suoi modi di essere. Questo avvicinamento può avvenire senza la richiesta immediata di un coinvolgimento reciproco, lasciando spazio all'osservazione e all'ascolto. In tal modo, l'esperienza di essere *visto e riconosciuto* sostiene gradualmente l'emergere di una capacità di pensare gli stati mentali propri e

altrui, nel rispetto dei tempi e delle modalità soggettive ed interpersonali di ciascun partecipante.

All'interno di tale processo terapeutico, la diagnosi perde la sua funzione stigmatizzante e diventa uno strumento di appoggio e di pensiero, capace di sostenere un senso di Sé più continuo e riconoscibile, favorendo un'integrazione identitaria non riducibile alla sola etichetta diagnostica (T. Attwood, 2014). Si delinea così una traiettoria clinica attenta ai processi di identificazione propri dell'adolescenza, fase in cui le trasformazioni puberali conducono l'adolescente ad un nuovo confronto con il corpo, con l'altro e con il desiderio.

Conclusioni

Il confronto tra la clinica e i processi evolutivi evidenzia i limiti dei modelli teorici nel cogliere pienamente l'esperienza dei pazienti autistici. All'interno del disturbo dello spettro dell'autismo le osservazioni cliniche mi hanno progressivamente portata a interrogarmi sui limiti e le possibilità dei modelli teorici con cui mi confrontavo giungendo alla conclusione che il dialogo tra neuroscienze e psicoanalisi non sia oggi una scelta, ma una necessità: come comprendere ed integrare insieme il funzionamento neuroevolutivo e l'esperienza soggettiva, senza ridurre l'uno all'altro?

È in questo dialogo ancora aperto che ho percepito la necessità di volgere uno sguardo più ampio, capace di accogliere la complessità dell'esperienza soggettiva e delle traiettorie evolutive degli adolescenti nello spettro autistico, uno sguardo clinicamente indispensabile per comprendere senza ridurre.

Il disturbo dello spettro dell'autismo, infatti, interroga simultaneamente il funzionamento neuroevolutivo, la regolazione affettiva, l'intersoggettività e i processi di costruzione del Sé, rendendo insufficiente ogni approccio che si collochi esclusivamente su un unico piano esplicativo.

Favorire un dialogo, inoltre, non significa perseguire una sintesi teorica forzata, né rinunciare alla specificità epistemologica e clinica dei rispettivi linguaggi. Significa, per me, accettare una pluralità di livelli di lettura del funzionamento umano, in cui i processi neuroevolutivi possano essere riconosciuti nella loro dimensione biologica e temporale, mentre l'esperienza

psichica soggettiva possa trovare uno spazio di ascolto e di pensabilità. In questo orizzonte di senso, la psicoterapia psicoanalitica può diventare uno spazio in cui le conoscenze neuroscientifiche trovano applicazione clinica, traducendosi in strumenti relazionali che sostengono la regolazione affettiva, favoriscono la consapevolezza del proprio funzionamento psichico e promuovono l'integrazione identitaria. Abbandonando l'immagine della fortezza vuota, la persona autistica può essere pensata come una dimora psichica abitabile: uno spazio potenziale che, nella relazione terapeutica, può essere progressivamente riconosciuto, reso sicuro e aperto alla condivisione.

Nel lavoro con i miei pazienti, ho osservato come sia proprio nell'incontro tra la comprensione del funzionamento neuroevolutivo e un ascolto profondo, capace di accogliere la singolarità dell'esperienza, che prende forma una trama relazionale unica: fatta di micro-movimenti, tempi sospesi e risonanze che lentamente si consolidano e assumono significato affettivo. È in questo spazio che il lavoro clinico si rinnova come processo vivo, accompagnando nel tempo le diverse traiettorie di vita. Da qui può emergere l'ascolto di una storia diversa: una storia in cui la vita psichica dell'adolescente autistico, inizialmente solo abitata e a volte silenziosa, può essere progressivamente riconosciuta, condivisa nella relazione terapeutica e, infine, espressa e narrata.

BIBLIOGRAFIA

Alvarez, A. (2019). *Un cuore che pensa. Tre livelli di terapia psicoanalitica con i bambini*. Roma, Astrolabio.

Ammaniti, M., Gallese V. (2014). *La nascita della intersoggettività. Lo sviluppo del Sé tra psicodinamica e neurobiologia*. Milano, Raffaello Cortina.

Attwood, T. (2007). *La sindrome di Asperger: guida completa*. Londra, Jessica Kingsley Publishers.

Attwood, T., Gray. C. (2014). *Gli devo dire che è Asperger? Strategie e consigli per spiegare la diagnosi di spettro autistico alla persona, alla famiglia e alla scuola*. Roma, Armando Editore.

Barale, F. (2009). *Psicopatologia e complessità*. Milano, Raffaello Cortina.

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

Bion, W.R. (1997) *Esperienze nei gruppi*. Roma, Armando Editore.

- Blos, P. (2000). *L'adolescenza come fase di transizione. Aspetti e problemi del suo sviluppo*. Roma, Armando Editore.
- Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E., Target M. (2005). *Regolazione affettiva, mentalizzazione e sviluppo del sé*. Milano, Raffaello Cortina.
- Istituto Superiore di Sanità, Linee guida (2021) *Raccomandazioni della linea guida sulla diagnosi e sul trattamento del disturbo dello spettro autistico in bambini e adolescenti*. Formato PDF online.
- Le Goff D.B, Gomez de la Cuesta G., Krauss G.W., Baron-Cohen S. (2016). *La terapia basata sul LEGO. Come sviluppare le competenze sociali attraverso i Club LEGO per bambini con autismo e disturbi correlati*. Roma, Giovanni Fioriti Editore.
- Lingiardi, V. (2018). *Diagnosi e destino*. Torino, Einaudi.
- Oliveira Dias, E. (2022). *La teoria dei processi maturativi di Winnicott*. Milano, Franco Angeli.
- Rogers, S. J., Dawson, G. (2010). *L'Early Start Denver Model. Intervento precoce per l'autismo. Linguaggio, apprendimento e reciprocità sociale*. Torino, Omega Edizioni.
- Schore, A.N. (2008). *La regolazione degli affetti e la riparazione del Sé*. Roma, Astrolabio.
- Stern, D.N. (1992). *Il mondo interpersonale del bambino*. Torino, Bollati Boringhieri.
- Tancredi, R. (2021). *Solo. Essere adolescenti nello spettro autistico*. Milano, Raffaello Cortina.
- Winnicott, D.W. (1979). *Sviluppo affettivo e ambiente*. Armando Editore.

Elogio del molteplice. Appunti per una lettura psicoanalitica dell'apprendimento in due adolescenti con autismo

Alice Piacentini

Mi appresto a scrivere queste pagine e ripenso a una poesia di Pablo Neruda dedicata alla cipolla. Se "cipolla" è termine prosaico, parola di uso quotidiano, che subito rimanda alla buona cucina e a intrugli odorosi, essa d'altra parte è un oggetto poetico ed evocativo: ha molti strati, ha un odore pungente, porta con sé le lacrime. Il poeta cileno la rende protagonista e ne parla come di qualcosa di *luminoso e molteplice*, che, petalo su petalo, ha fatto della multiformità il suo elemento più prezioso e che, proprio traendo forza da questa, ha potuto germogliare.

Ho pensato che forse il testo poetico mi è tornato alla mente perché non mi allontani dalla *cifra della molteplicità* che sempre mi è utile come vertice d'osservazione e che considero una delle sorgenti del pensiero e dell'attitudine psicoanalitica.

Per quello che la mia esperienza può dirmi, il molteplice è sempre vivamente presente nella stanza d'analisi, nella forma di quella che Freud definiva *sovradeterminazione* (Freud, 1899), nella forma delle molteplici stratificazioni del soggetto nella sua irriducibile singolarità e in quella, ancora, delle voci-oggetti che abitano lo spazio analitico. Esplorando le tessiture che si vanno disegnando nella stanza d'analisi, ci si chiede: chi parla adesso (Heimann, 1956)? Quale polifonia di voci o silenzi ci sorprende ad ascoltare? Quali e quanti tempi sono simultaneamente attivi in un singolare momento nello scorrere della seduta?

Una cosa simile (anche se diversa!) accade quando il contesto non è lo studio dove lavoriamo con i nostri pazienti ma una scuola: anche in questo caso aver presente la cifra del molteplice è un antidoto potente alle ipersemplificazioni e permette di prestare orecchio alla complessità dei fenomeni e delle esperienze psichiche.

Proprio a partire da un vertice che consideri il molteplice, mi propongo di pensare al contributo che una lettura psicoanalitica può dare alla comprensione dell'apprendimento e a tutti quei disturbi, oggi così spesso invocati e iper-diagnosticati, con cui la mente di un adolescente si trova a confrontarsi lungo la strada del processo di soggettivazione. Non racconto dunque di pazienti nella stanza d'analisi, ma di adolescenti in un contesto-scuola, a testimoniare la possibile estensione del metodo psicoanalitico come vertice di osservazione, ma anche, credo, di comprensione e intervento in contesti istituzionali che hanno a che vedere con l'apprendimento.

Lavorare nel mondo della scuola in una prospettiva analitica ha significato, per anni, avere il privilegio di una finestra sempre aperta sull'universo dell'adolescenza e sulle sue correnti affettive, che attraversano potenti il campo dell'istituzione mentre, anche, transitano e si depositano nella mente dei soggetti chiedendo di essere accolte e decifrate. Negli anni ho giocato forza acquisito dimestichezza con il linguaggio diagnostico che circola nelle classi e nei corridoi delle scuole e che abita la realtà adolescente, al punto che le ragazze e i ragazzi usano con strana disinvoltura le diagnosi che gli vengono

attribuite. Talvolta le indossano come abiti che sembrano poter dare nome e forma a un disagio altrimenti inesprimibile: sembrano utilizzare la categoria diagnostica come un puntello identitario, un elemento di sollievo che li definisce e, talvolta, placa illusoriamente le loro angosce a fronte dei complessi e tortuosi compiti della soggettivazione.

Parto dal presupposto ovvio che i disturbi che più si incontrano a scuola abbiano una componente neurobiologica ormai accertata. Per fare solo un esempio, i Disturbi Specifici dell'Apprendimento, che interessano le abilità di lettura, scrittura e calcolo, hanno origine, in estrema sintesi, in un'alterazione dello sviluppo neurale che si ripercuote poi sulla compromissione di alcune funzioni cognitive. La costante e reciproca interazione tra fattori genetici e ambientali determina il funzionamento alterato di alcune capacità percettive e di processamento delle informazioni. D'altro canto, le questioni non possono che ampliarsi quando ci chiediamo quale possa essere l'effetto di queste alterazioni sul *sentimento di sé* di un soggetto in cerca di modi per sapere chi è o se ci interroghiamo sull'uso singolare e articolato che gli adolescenti possono fare della diagnosi all'interno della propria storia.

Allo stesso modo, l'altrettanto famoso e super diagnosticato Disturbo dell'attenzione e dell'iperattività ha certamente a che vedere con aspetti complessi, quali l'interazione tra una sensibilità peculiare del soggetto e l'impatto delle vicissitudini dei legami con gli oggetti interni/esterni, e se è vero che per procedere nel percorso di apprendimento a scuola è utile conoscere strategie di suddivisione del compito e di alleggerimento del carico cognitivo, non è altrettanto utile interrogarsi sulla profonda angoscia scatenata nei soggetti con ADHD dalla *percezione di non essere tenuti nella mente* dell'altro (dell'adulto di riferimento, anche, perché no, di un insegnante)? Non potremmo chiederci quale sia l'impatto, in uno studente con disturbo dell'attenzione, della difficoltà a reperire un oggetto interno in grado di aiutarlo a scandire e a modulare il ritmo dei propri bisogni e dei propri affetti? O ancora, sulla difficoltà ad accedere alla simbolizzazione e a differire la scarica nell'agito impulsivo?

Se da un lato una lettura di matrice cognitivista prende in esame l'apprendere come fenomeno connesso al processamento e all'elaborazione dell'informazione, vorrei qui sostenere che l'apprendimento, da un vertice psicoanalitico, ha a che vedere con le modalità con cui si percorrono territori psichici

mossi da forti correnti affettive e con cui ci si arrischia nell'attraversamento di aree di confine che possono essere tanto barriere rigide, quanto membrane attraversabili. Apprendere, lo diceva bene il pensiero greco antico, richiede il costituirsi di un legame o di una molteplicità di legami che consentano l'inscrivere di tracce psichiche e l'esplorazione di ciò che è inedito, estraneo, sconosciuto: qualcosa che desta stupore.

Osservando alcuni studenti dal vertice congiunto di insegnante e di psicoanalista in formazione, mi sono più volte chiesta: cosa accade, in termini psicoanalitici, a una mente che apprende?

Per apprendere è certo necessario che una mente emerga, che prenda vita un apparato per pensare i pensieri e, anche, che la mente in divenire sia capace di sperimentare l'assenza (Bion, 1964): solo a partire da questa, è possibile tessere legami di senso fra sé e mondo e tra oggetti di conoscenza affettivamente investiti. Si apprende nel dischiudersi di un vuoto germinativo nel quale può aver luogo un lento lavoro di iscrizione di significati personali e densi di affettività, che hanno a che vedere con una zona di confine e di permeabilità in cui, in sicurezza, alcuni contenuti possano transitare dal "dentro" al "fuori" e dal "fuori" al "dentro".

I movimenti psichici legati alla possibilità di apprendere, o, al contrario, di andare incontro a inibizioni potenti in quest'area possono essere legati all'oscillazione tra aree simbiotiche della mente, ancora indifferenziate, nelle quali predomina un registro di tipo imitativo (Gaddini, 1968) e aree in cui può dischiudersi una breccia per il pensiero, inteso come *elemento terzo* che istituisce prime forme di separatezza psichica. Tra le due polarità, sviluppo da un lato e possibile vuoto dall'altro, si fa spazio un'area intermedia d'esperienza, costituita di transiti, aggiustamenti e regolazioni, che è precisamente la zona nella quale è possibile iniziare ad apprendere (nel senso anche semplicemente etimologico, di poter prendere dentro sé, attraverso una membrana di confine, esperienze buone in grado di nutrire). Se l'apprendimento, come credo, è connesso all'esplorazione dell'ignoto, là dove si sosta tra precarie acquisizioni e banchi di nebbia mai completamente dissolvibili, tanto il *troppo pieno*, quanto il *troppo vuoto* possono rendere arduo sperimentare territori di confine e legare tra loro affetti e rappresentazioni.

A tal proposito racconto qui l'incontro con due adolescenti con diagnosi dello Spettro Autistico a scuola e descrivo un tratto del loro percorso di apprendimento, nel quale è stato centrale, per me, tenere a mente un vertice analitico e uno specifico "setting interno".

I Disturbi dello Spettro Autistico (DSM 5, 2013) hanno una storia estremamente complessa all'interno dell'universo psicoanalitico e non è questo il contesto in cui approfondire un lungo percorso. L'impalcatura teorica che fa da sfondo a queste vignette cliniche è il lavoro di decenni portato avanti coraggiosamente da Francis Tustin (1986, 1990) la quale, pur sostenendo l'intreccio inscindibile, nelle molteplici forme dell'autismo, di componenti genetiche e ambientali, ha individuato, come sappiamo, una questione essenziale: ciò che nella storia personale dei soggetti con autismo psicogeno è stato determinante è l'incontro, troppo precoce, con un brusco e traumatico vuoto, con l'esperienza del sentirsi strappati via da parti dell'altro percepite ancora come profondamente fuse e confuse con sé, in una condizione di indifferenziazione. Si spalancherebbe così, nell'esistenza psichica del soggetto, un abisso impensabile, un vuoto siderale, un buco nero che rende impossibile qualsiasi forma di elaborazione della separatezza, la quale favorirebbe il disegnersi progressivo di una alternanza più felice tra continuità e discontinuità nella vita psichica.

Per narrare i due adolescenti ha senso soffermarsi su ciò che accade dopo, cioè sulle conseguenze del traumatico strappo e della caduta nel buco: lì, seguendo Tustin, compare una spasmodica necessità di rimanere adesivamente ancorati a oggetti e forme sensoriali, vissuti come parti del proprio corpo.

Per Tustin l'insistenza sulla dimensione sensoriale -forme e oggetti autistici- è totalmente difensiva e contribuisce ad avvolgere il soggetto in un "bozzolo sensoriale" da cui è necessario distoglierlo. Mi sono però chiesta se tali modalità non funzionino talvolta come precursori e tracce di transizionalità, come segni embrionali che possono condurre tanto a ripiegarsi all'interno e a permanere nell'identico, quanto, potenzialmente, a evolvere in altro mediante piccolissimi scarti o differenze minime, ma essenziali.

In entrambi gli adolescenti di cui racconto, il legame con una specifica modalità sensoriale diviene essenziale come modo peculiare di contatto col

mondo. Mi sono domandata se l'identificazione adesiva, che passa per le forme della psico-sensorialità, non possa darsi come registro prevalente che poi, in una logica et/et, si sovrapponga e transiti verso forme di identificazione più complesse o evolute.

È cruciale, a mio parere, non inscrivere tali questioni solamente nel dramma di un corpo "che non può fare", poiché, anche là dove questo esiste, ancor di più diventa essenziale dare legittimità a un percorso di soggettivazione seguendone le difficili peripezie.

Sottolineo di nuovo come non si tratti, naturalmente, in questo caso, di portare avanti un lavoro analitico, ma di istituire una relazione di scambio vitale, reciproco e asimmetrico, che costituisca un ambiente sufficientemente propizio a creare uno spazio di elaborazione, a sostenere i passaggi, i dubbi, il profondo spaesamento psichico necessari perché una qualche forma di apprendimento dall'esperienza sia possibile.

In entrambi i casi i tentativi di istituire uno spazio per il pensiero prendono forma a partire da una modalità percettiva specifica che apre all'esplorazione di un possibile confine sé/altro e di una delimitazione/emergenza del sé a partire dal corpo.

Francesco e il sé sonoro

Francesco ha una diagnosi di autismo, con un iper-funzionamento nell'area dell'udito. Ha grandissimi occhi color cielo, una corporatura snella e piuttosto atletica, un modo bizzarro di reclinare la testa da un lato. Spesso ti sorride, e hai la sensazione che comprenda quasi magicamente ogni lieve espressione del tuo volto e che tenti di dedurre quale emozione tu stia provando. Non sembra presentare aree emotive blindate o impenetrabili e anzi, si intuisce molto presto una sorta di ipersensibilità: Francesco "sente tutto", e non soltanto attraverso il suo udito iperfunzionante, ma, sembra, attraverso tutta la superficie del suo sé corporeo.

Si potrebbe dire, comunque, che il suono e la voce, siano tra gli elementi centrali del suo stare al mondo: quando però il suono si fa frastuono, superando una certa soglia di intrusività, Francesco si protegge le orecchie, come a riparare un sé nascente dalla pressione troppo forte del mondo fuori. La

sua voce esce a fatica, è estremamente fiavole, ma ha in sé una densità particolare, una specie di tessitura affettiva o di pasta vocale che in alcuni momenti ha qualcosa di ipnotico per l'interlocutore attento.

In un testo intitolato *A nuda Voce. Vocalità, inconscio, sessualità* (Pigozzi, 2016), l'autrice scrive come la voce sia la cifra insostituibile della singolarità e insieme, nel suo essere onda sonora, sia generatrice di uno spazio intorno al soggetto, di una prima area di delimitazione del Sé. La voce è una delle prime forme di alterità sperimentate, estranea e familiare al tempo stesso, nonché già recepita all'interno del corpo materno; è la prima emergenza di un *proprium* che si diffonde per il mondo e si articola, si modula, si separa. Questo mi sembrava essere la voce per Francesco.

Da subito, infatti, la nostra relazione si è basata su una *danza di voci*: per comunicare con lui dovevo tendere l'orecchio e sfidare le distanze. Inizialmente, Francesco ripeteva in modo ecolico le mie parole, quasi cullandosi nel loro suono. La ripetizione, tuttavia, appariva tutt'altro che meccanica: al contrario, ascoltandolo bene, si potevano registrare leggeri mutamenti di intonazione e di sonorità, come se, nel ripetere le mie parole, egli stesse permettendo loro di scivolare nella sua mente, di muoversi in essa, di ritornare più volte su circuiti invisibili per poi lasciarvi impressa una leggera traccia.

Nel suo caso era evidente come l'udito fosse il canale privilegiato di appercezione del mondo, ma, prima ancora, di delimitazione di un registro emotivo nel quale andavano a delinearsi percorsi transitabili. Attraversare questo registro di sonorità affettive ha significato poter sviluppare tra noi un'area di vitale scambio reciproco: la danza di voci è stata una modalità di essere insieme che, soltanto a partire da una ripetizione imitativa, legata al gaddiniano "imitare per essere", ha potuto poi trovare una stabilizzazione, delineando lo sviluppo di una prima forma di separatezza tra lui e me.

Penso che la separatezza sia stata inaugurata da una forma di scambio più evoluta, nella quale Francesco si informava sul mio stato di salute, mi chiedeva più volte: "Come stai" e sembrava in apprensione se per qualche motivo davo segni di stanchezza, anche, ad esempio, poggiando la fronte sul palmo della mano per un breve istante.

Dopo qualche mese, poi, ha cominciato a raccontarmi, in frammenti, qualcosa della sua vita quotidiana: del tragitto tra casa e scuola, delle sue relazioni

con i genitori e con una amica. Allo stesso tempo emergeva, con mio grande stupore, una sotterranea vita fantastica, in cui esplorava un suo universo di immagini, allo stesso tempo attraenti e spaventose: tutto, sempre, attraversato e permeato dall'elemento sonoro. La voce di un professore lo incuriosiva, gli faceva paura e insieme lo faceva sorridere: quando questo professore parlava, lo immaginava simile a un pagliaccio; mi descriveva le voci delle persone come fossero paesaggi, mi rendeva partecipe, sempre attraverso il suo timbro silenzioso, di questa fervida attività immaginativa e delle potenti emozioni che la accompagnavano. Ho vissuto questi racconti come tentativi di andare insieme a spasso nella sua mente e mi sono resa conto di farmi "cassa di risonanza" di tutto ciò che emergeva.

La mia sensazione era quella di avere a che fare con delle variazioni sul tema, con una partitura che, a partire da brevi scarti rispetto alla produzione ecolalica o a scambi molto elementari, stesse diventando più complessa, articolata e personale, fino a far emergere molto lentamente la qualità dei suoi vissuti rispetto ai suoi oggetti interni.

Fin da subito mi ero resa conto che Francesco avrebbe potuto dire di più, che aveva la possibilità di raccontare brani della sua vita e dei suoi pensieri, ma è stato fondamentale disporsi ad attendere che la sua partitura potesse delinearsi.

Sorprendentemente, nel corso di questo tragitto, Francesco ha raccontato persino un sogno: "Ho sognato la tua risata, quella che sento sempre nel corridoio, quella che mi fa capire che ci sei. Il tuo modo di ridere". E poco più oltre ho sentito attivarsi un movimento transferale nel quale io ero, per Francesco, una matrice sonora, una madre-suono con cui era importante mantenere un contatto anche quando non mi vedeva ed ero "nel corridoio", a garanzia di una continuità psichica ancora intermittente.

Parimenti allo sviluppo di correnti affettive profonde e di uno "spazio tra noi" intessuto di suoni, anche le informazioni del mondo "là fuori", che è poi il dischiudersi di un "mondo dentro", non gli piovevano più addosso, ma sembravano iscriversi in una dimensione psichica più personale e affettiva, migliorando notevolmente la qualità dell'apprendimento.

In Francesco i suoni ecolalici, sperimentazioni di un mondo interno sonoro, con le variazioni che li accompagnavano e con i conseguenti scarti e dissimmetrie, sono in seguito diventati canto e desiderio di cantare. Durante uno

degli ultimi giorni di scuola, infatti, Francesco mi dice: “Ho deciso che voglio iscrivermi a un corso di canto: io amo cantare e ho una bellissima voce, vero? Per poi aggiungere: “Quest’anno ho scoperto parti di me “che non ci posso ancora credere”.

Miriam e il sé tattile

Anche Miriam ha 17 anni. Il suo caso mi ha fatto incontrare un’apparente impermeabilità, molto diversa dalla recettività ipersensibile di Francesco. Dire che nessuna persona con autismo è uguale a un’altra è una frase ovvia, che però nella mia breve esperienza ha preso una forma lampante. Così anche i movimenti del nostro legame sono stati talvolta impercettibili, con tutto il valore che l’impercettibile può avere. L’aspetto di Miriam è quello di una bambina non cresciuta o forse di una donna anziana, china su sé stessa. La sua diagnosi parla di una forma di autismo più severa di quella di Francesco. Movenze, postura, gesti, sguardo: tutto appare bloccato in un “senza tempo”. Il suo modo di vestire e di portare i capelli fa pensare a una bambina pettinata e acconciata da qualcun altro, che nulla può dire di sé nel suo modo di mostrarsi. Tiene spesso lo sguardo basso e sembra sperimentare un forte senso di vergogna: solo a volte i suoi occhi si aprono in un sorriso e ti fissano, come a interpellarti.

La scuola la “classifica” principalmente per la sua disabilità cognitiva e per un disturbo del linguaggio: in questi casi, spesso, in ambiente scolastico si dà per scontato che il “danno organico” renda molto difficile ipotizzare un percorso di apprendimento vitale.

Miriam non si separa mai dalla madre, salvo nei momenti che trascorre a scuola. Le descrizioni frammentarie che arrivano da lei mi fanno immaginare scenari familiari estremamente disturbati, hitchcockiani, una sorta di “casa orrificata” dove tutto è bloccato e avviluppato, mentre nulla può trasformarsi.

Miriam ha, come Francesco, una voce flebile, ma il suo timbro è molto diverso: in esso non percepisco le potenzialità di un suono che può cantare, ma sento fortemente l’“angoscia di dire” e il terrore di trovare una propria voce. Mentre attendo di trovare un modo per entrare in contatto con lei, mi

accorgo che Miriam si affida principalmente al tatto per cercare l'altro: ha bisogno di starmi vicino, quasi sulla mia scia. Quando camminiamo insieme lungo il corridoio della scuola mi vengono in mente le papere di Konrad Lorenz quando, per imprinting, lo seguivano passo per passo. Miriam mi tocca spessissimo, poggia le sue mani sulla mia spalla, ne percorre più volte il confine: ho la sensazione che esplori la parete delle cose per sentire che davvero esistono. E che esiste anche lei.

A volte, quando le sono vicina, mi sembra di poter visualizzare, nella mia mente, un sé embrionale, ancora completamente fuso con un troppo pieno materno, che tenta di trovare, nel tatto, un primo contatto possibile: non barriera che ostacola, bensì membrana che fornisce una possibile esplorazione dei confini e, forse, la speranza di un attraversamento mai avvenuto. Penso a quel "bambino, che deve staccarsi dal fantasma di una pelle comune con la madre o con l'oggetto materno per acquisire la propria pelle, il proprio io, il proprio pensiero" (Anzieu, 1996, pag. 50).

Spesso io e Miriam facciamo dei disegni. Rimango colpita dal fatto che, quando tratteggia un essere umano, non ne rappresenta mai il corpo: c'è solo la testa. Il corpo, con le sue sensazioni, è tagliato fuori, non esiste. Eppure Miriam lo cerca, e sembra voler dire a sé stessa, attraverso il tatto: qui ci sei tu, qui ci sono io.

Con lei il percorso è più arduo, forse a testimoniare anche l'importanza della tempestività della diagnosi (che nel suo caso è arrivata più tardi) e il ruolo dell'ambiente familiare. Comincio a pensare che in lei tanto il corpo quanto il linguaggio siano sbarrati da una colonizzazione ad opera di un Altro molto intrusivo che non le lascia tempo e modo di crescere: parla molto poco principalmente perché il parlare è un atto separativo, che può essere percepito come dirompente o sovversivo rispetto a un ordine intoccabile. Green (1991) citato da Balsamo (2019), fa riferimento al ruolo dell'assenza come *conditio sine qua non* per la formazione del pensiero; ma non è soltanto il registro del pensabile ad aver bisogno dell'assenza: la parola stessa, ci dice il linguista francese François Rastier, nasce proprio da quell'assenza, dal poter dire "ciò che non è là" e che rimanda, perciò, ad un altrove, ad altri tempi e luoghi.

Nel caso di Miriam non si può apprendere non tanto e non solo per il livello di disabilità, ma perché non si può dire nulla di proprio e perché un proprio

ancora non esiste. C'è, io sento, un'interdizione dell'assenza e dunque un fermo impedimento a muoversi verso un "altrove" in cui guardarsi attorno ed esplorare eventualmente nuovi scenari.

La situazione si è potuta gradualmente movimentare, più che evolvere. Anche qui, come per Francesco, è stato fondamentale potersi affidare a una dimensione sensoriale, in questo caso l'esperienza tattile, per cominciare poi a costruire possibili aree di attraversamento e articolare uno "spazio potenziale" che si opponesse al troppo pieno familiare.

Nel caso di Miriam lo "spazio tra" noi ha avuto la sua matrice nel tatto per poi evolvere gradualmente verso uno scambio più articolato che ha incluso, molto lentamente, una autolegittimazione del linguaggio e alcune parole, usate in modo più vivo, acceso, persino ironico. L'ironia, a suo modo, può essere uno spazio che scardina il troppo pieno, una dissimmetria che apre un varco, proprio come le variazioni sul tema di Francesco.

Poter accedere alla dimensione ironica, nella quale io e Miriam potevamo scherzare, osservare altri, riferirci a terzi che ci stavano intorno usando parole specifiche per definirli e descriverli, è stato un modo di cominciare a giocare che ha poi permesso prime forme (embrionali) di apprendimento. Con lei l'area di un possibile apprendere si è declinata come apertura a un terzo, come quando una madre e un bambino molto piccolo cominciano a usare il proprio dialogo (corporeo e linguistico) per riferirsi a un oggetto altro e terzo che non fa parte della loro diade. L'esperienza dell'apprendimento ha preso vita, inoltre, dalla nostra possibilità di "fare cose con le parole", ancorare il linguaggio, nel modo di parole per lei significative, a una possibile realtà interna da decifrare. Nominare e dischiudere, per ogni parola, un mondo di significati personali, mai scoperti prima.

Miriam nel tempo si è vergognata di meno, è riuscita a dirmi "no" se faceva fatica o se un compito le sembrava troppo oneroso, eppure tanta strada è ancora da fare. Tuttavia, nei suoi disegni ora compare anche il corpo, seppure poco connotato. Miriam prova grande gusto nello scegliere colori vivaci per dare più vita alle sue immagini. Sceglie lei come dare colore, con grande gusto.

Conclusioni

Sia in Francesco che in Miriam, con modalità diverse e per differenti ragioni, ho intravisto un funzionamento basato su quella che Gaddini chiama "imitazione per essere" (1968). Il lavoro di contenimento e di supporto con loro è stato improntato alla possibilità di transitare da una dimensione imitativa ad una più propriamente identificativa, senza dimenticare che i due registri, in parte, possono procedere insieme: da un'impronta lasciata da un oggetto ancora magicamente fuso con il sé, a possibili tracce psichiche che dischiudessero uno spazio e un tempo per poter pensare; da un'area di sovrapposizione confusiva sé-oggetto a una possibile spinta integrativa a creare legami e significazioni.

È stato un lavoro intorno al limite, perché le zone di tatto e suono potessero diventare di contatto e di melodia. Un lavoro che necessita di sostare, per molto tempo, su quelle aree di confine intese come delicato e sempre mobile equilibrio "tra esposizione e riparo" (La Scala, 2017).

L'apprendimento, come tutte le esperienze vive, prende vita dallo scambio dialogico tra due menti in relazione profonda tra loro. Per apprendere, "prendere dentro", il soggetto deve poter tollerare l'assenza, sostenere forme transizionali di relazione in cui dar vita a movimenti di avvicinamento e disgiunzione. Così la separatezza, lungi dall'essere gorgo nero che cattura qualsiasi esperienza, diviene luogo di nascita della trama di un pensiero, il quale si dà, anch'esso, come movimento di disgiunzione e possibile ricongiungimento (tra memorie differenti, tra affetti e rappresentazioni...). In quest'area aperta e respirante, si crea spazio per il libero gioco di percezione, immaginazione e pensiero che costituisce la trama di una soggettività vitale. C'è bisogno di molte trame e di molti tempi diversi, di un passaggio, nella mente che apprende, *dall'uno ai molti*.

Ecco allora la cipolla, prosaica e poetica:

"Cipolla
luminosa ampolla,
petalo su petalo
s'è formata la tua bellezza
squame di cristallo t'hanno accresciuta
e nel segreto della terra buia
s'è arrotondato il tuo ventre di rugiada."
Pablo Neruda (1954)

BIBLIOGRAFIA

- Anzieu, D. (1996). *Il pensare. Dall'io-pelle all'io pensante*. Roma, Borla.
- Balsamo, M. (2019). *André Green*. Milano, Feltrinelli.
- Freud, S. (1900). *L'interpretazione dei sogni*. Torino, Bollati Boringhieri.
- Gaddini, E. (2002). *Scritti (1953-1985)*. Milano, Raffaello Cortina Editore.
- Green, A. (1991). *La follia privata*. Milano, Raffaello Cortina.
- La Scala, M. (2017). *Percepire, allucinare, immaginare. Il rispecchiamento, il simbolo, il soggetto*. Milano, Franco Angeli.
- Lombardozi, A., Meterangelis, G. (a cura di) (2021). *Forme della fusionalità. Attualità del concetto*. Milano, Franco Angeli.
- Napolitano, F. (2006). *Sete. Appunti di filosofia e psicoanalisi sulla passione di conoscere*. Macerata, Quodlibet Studio,.
- Neri C., Pallier L., Petacchi G., Soavi G.C., Tagliacozzo R. (1990). *Fusionalità. Scritti di psicoanalisi clinica*. Roma, Borla.
- Neruda, P. (2009). *Ode al vino e altre odi elementari*. Firenze, Passigli Poesia.
- Pigozzi, L. (2016). *A nuda voce. Vocalità, inconscio, sessualità*. Bari, Poiesis Editrice.
- Tustin, F. (2012). *Barriere autistiche nei pazienti nevrotici*. Roma, Borla.

Abitare la propria vita

Silvia Santiccioli, con intervista a Stefania Ucelli Di Nemi

Ogni incontro e ogni storia all'interno di una dimensione di cura dovrebbe poter mantenere una sua peculiarità, specificità e singolarità. Ogni progetto di presa in carico nei servizi territoriali di cura dovrebbe riuscire a tutelare la storia di vita di ciascun individuo, favorendo una traiettoria evolutiva possibile, nel rispetto dei tempi e delle possibilità trasformative e di cambiamento non immediatamente visibili, lasciando altresì che il lavoro clinico e la relazione si mantengano vive.

Spesso si tenta di favorire e valorizzare la tutela di aspetti distintivi di ognuno. Rimane purtroppo il rischio che corrono le grandi istituzioni di cura, ovvero quello di restringere la propria visuale, di chiudere orizzonti progettuali, piegati da politiche sanitarie ed economiche in continuo cambiamento. È il rischio di rimanere affossati, di costringere i progetti entro scenari preordinati, risposte protocollari senza volto e spesso svuotati di significati autentici. Destini chiusi.

È nei servizi di salute mentale e in quelli dei disabili adulti che avviene perlopiù l'incontro con le persone che giungono in continuità dalla neuropsichiatria infantile, con diagnosi di disturbo dello spettro autistico. Si tratta dell'incontro con le loro storie: la possibilità di mantenere vivo il pensiero e lo sguardo in avanti, rappresenta un terreno di sfida per i servizi e la comunità scientifica in genere.

Particolare attenzione deve essere posta alla fase di passaggio tra servizi dell'età evolutiva e servizi che accolgono a partire dai 18 anni. Questo investimento è necessario in ogni passaggio tra servizi, per ogni individuo, indipendentemente dalla condizione psicopatologica. A "passare" non è la diagnosi ma sempre la persona. Relativamente ai bambini autistici, che diventano giovani adulti autistici, tale transito rappresenta una articolazione differente di reti, strutture, operatori, luoghi, linguaggi e traiettorie evolutive. Sono tutte caratteristiche che rischiano di incidere profondamente nello sviluppo di una relazionalità successiva, tanto più difficoltosa nello spettro autistico, se non adeguatamente pensate, se non viene posta attenzione, delicatezza, preparazione adeguata e appropriatezza da parte di tutte le figure coinvolte (curanti e non), impegnate a costruire insieme progetti personalizzati, specifici e sensati. Vuoti progettuali, scarse risorse, interventi aspecifici determinano gravi ripercussioni sui progetti di vita di ogni utente coinvolto, delle loro famiglie, nonché elevati livelli di frustrazione e burn out anche negli operatori coinvolti che assistono spesso senza strumenti, impotenti, a drop out, regressioni e crisi psicopatologiche gravi. O peggio ancora a una sorta di sparizione della persona, di cui si possono perdere le tracce tra protocolli e grandi spazi preposti ad una riabilitazione aspecifica.

Credo sia importante ribadire che l'isolamento e la cronicità sono rischi e derive gravi per gli utenti e per il personale. Relativamente alle persone che in età evolutiva hanno ricevuto una diagnosi all'interno dello spettro autistico è importante pensare alla possibilità di immaginare e contemplare percorsi che procedano e accompagnino nello sviluppo della vita adulta. Adulti con bisogni e necessità e possibilità di autonomizzazione che vanno pensati.

Non tutti i percorsi di cura e progetti riabilitativi proposti dai servizi del territorio richiedono interventi legati alla residenzialità ma nell'area adulti, sicuramente si è chiamati, come clinici, sanitari e componenti di equipe di lavoro multidisciplinari, a domandarsi più e più volte, in ogni storia di vita, con lo stesso utente, con la sua famiglia e con le figure di riferimento significative, se il progetto che si propone sia co-costruito, se tenga conto delle specifiche esigenze evolutive di vita, se sia pensato sulla persona e per la persona nella sua unicità. Lavoro faticoso che ancora oggi inciampa sulla inappropriata progettualità dettata spesso da grandi buchi nella rete assistenziale, politiche sanitarie castranti che a volte hanno inevitabilmente portato nella nascita, e storicamente direi anche nella rinascita, di grandi contenitori aspecifici (semi-residenziali o residenziali) che coprono e chiudono l'orizzonte delle prospettive possibili. Sicuramente investire sulla formazione del personale e sulla ricerca rimangono grandi antidoti utili a tutti gli operatori coinvolti nei progetti territoriali.

Se da una parte la ricerca e la letteratura hanno da tempo inquadrato il disturbo come sempre presente nell'intero arco di vita di un individuo (Billstedt et al., 2007), long life appunto, (non superabile ma non statico e quindi con variazioni ed evoluzioni osservabili), dall'altro le possibilità assistenziali e abitative, necessarie ai reali bisogni, in trasformazione nell'arco della vita, sono rimaste più imbrigliate e non sempre calibrate. Come sottolineavano Barale e colleghi (Barale et al. 2009) *“La scarsità di risorse, come è noto, di per sé induce all'omologazione in definizioni e in contenitori generici. Ma, nel caso dell'autismo, a ciò si aggiunge che la lentezza con cui le nuove conoscenze vengono recepite tende ad appiattire interventi e contesti per l'autismo da un lato su quelli generici*

per il ritardo mentale dall'altro su quelli per le "psicosi" (a seconda le singole evoluzioni autistiche siano prevalentemente ad espressione deficiaria o nel registro della bizzarria-isolamento)".

L'articolazione dei servizi per gli adulti ancora oggi non riesce sempre a incidere efficacemente in questo passaggio che diviene stazionario più che in transito, in divenire. Laddove un tempo il destino, nel corso della vita, delle persone con diagnosi di autismo era l'ingresso in reparti diversi degli ospedali psichiatrici, oggi si rischia comunque di "ripetere destini" inserendo persone in progetti istituzionalizzanti. E questo è tanto più allarmante se si pensa all'attenzione che anche culturalmente viene posta sulla de-istituzionalizzazione nei processi di cura e nei contesti di vita (Convenzione ONU, Ig18/2009).

Si assiste così ad isolamento, interventi generici legati alla disabilità in senso ampio, si incontrano soluzioni non direzionate a percorsi di vita autonomi e che non tengono conto di bisogni evolutivi, emancipativi e con caratteristiche ambientali specifiche e pensate.

In qualche modo spesso nei servizi territoriali che offrono luoghi e percorsi di cura, la frammentarietà delle proposte, la disomogeneità del territorio, delle proposte riabilitative, sono elementi che generano essi stessi dipendenza dai servizi. Si perde un po' il filo delle narrazioni personali e si orbita attorno ai luoghi della riabilitazione. Le linee progettuali tendono a interrompere il dialogo, l'attesa, e perciò ad incasellare gli interventi nei grandi contenitori disponibili. Casa, lavoro, socialità minima, sembrano non solo rappresentare una triade riabilitativa verso cui tendere in assoluto, ma anche la forzatura entro cui muoversi. Non necessariamente questa triade restituisce benessere o rappresenta un indice di buona qualità della vita, se quest'ultima, nella sua singolarità, non viene più posta al centro. Soprattutto non possiamo limitare la conoscenza dell'altro al limite in cui arriva il nostro pacchetto di interventi. È in questa linea che più avanti, attraverso un dialogo con la dr.ssa Ucelli Di Nemi, si descriverà il coraggioso e pionieristico progetto di Community farm di Cascina Rossago, esperienza non presente prima nel nostro territorio che ha posto al centro del proprio intervento la soggettività delle persone.

Un percorso che lavori sulla autonomia, abitativa, lavorativa, di inclusio-

ne, sugli aspetti esistenziali di tutto questo, dovrebbe poter comprendere al suo interno tutte le difficoltà di interazione e integrazione sociale che risultano spesso permanenti seppur non come condizioni statiche. Sono perciò passibili di cambiamento e trasformazioni se adeguatamente sostenute in contesti idonei. Come ci ricordano Barale e Ucelli Di Nemi (Barale & Ucelli di Nemi, 2006) *"L'autismo non è globale né statico. La sua evoluzione mantiene un margine importante di imprevedibilità"*. Gli stili relazionali, i contesti ambientali, le esperienze, la comorbidità, sono tutti fattori incidenti su possibili variazioni dell'espressione del disturbo, osservabili nell'arco della vita. Stimolare una capacità clinica e una preparazione in grado di cogliere tali variazioni, lavorare in sinergia con gli altri servizi quando necessari, dovrebbe essere compito di tutte le proposte multidisciplinari. Mantenendo una buona tensione dinamica, che consenta di non sprofondare in appiattimenti generici del pensiero, si evita anche l'esposizione a logiche frustranti, delusioni, mortificazioni e stress di ritorno. Una persona autistica, anche con un alto funzionamento, difficilmente potrebbe trarre beneficio da progetti comunitari o ambulatoriali non calibrati su una più specifica conoscenza delle difficoltà nucleari dell'autismo.

Gli spazi comunitari, residenziali e ambulatoriali propri, ad esempio, della rete dei servizi territoriali della salute mentale o del terzo settore, spesso risultano confusivi e dispersivi. Se si pensa agli stimoli emotivi e relazionali proposti (gruppi, riunioni, confronti, laboratori, tirocini, inserimento lavorativo, turn over abbastanza elevato di operatori) si può immaginare la difficoltà a cui si espone una persona con autismo per la quale non sarebbero modulate proposte specifiche, ambientali e relazionali.

In molti contesti di cura si assiste alla formulazione di progetti abitativi all'interno del contesto urbano come fonte di sicurezza e garanzia per una maggiore rete di socialità e colleganza con il mondo esterno e la realtà in genere. Questo intento spesso, lungi dall'essere uno slogan, non tiene conto però delle peculiari e spesso permanenti difficoltà proprio nell'interazione sociale per le persone con disturbo dello spettro autistico, che rischiano invece maggiore isolamento e chiusura.

Anche le attuali Linee Guida dell'ISS (2023/2024) segnalano come le persone con disturbo dello spettro autistico *"possono avere particolari diffi-*

coltà ad adattarsi alle regole della vita in comunità necessariamente esistenti nelle strutture residenziali protette e alle attività di gruppo che vengono proposte a causa delle loro difficoltà a comunicare, a intessere relazioni sociali o per la presenza di comportamenti disadattivi; questo può comportare disagio emotivo, con tendenza a isolarsi, a manifestare comportamenti problematici, o esacerbare comportamenti ritualistici. Poiché questi aspetti emotivi e comportamentali possono limitare significativamente la capacità di un individuo di condurre attività quotidiane e partecipare alla vita sociale in modo soddisfacente, si rende necessaria l'individuazione di soluzioni che siano adattate alle necessità del singolo".

Nel nostro paese alcuni provvedimenti legislativi sono sorti con il preciso scopo di sostenere la nascita di percorsi di autonomia per persone con gravi disabilità, scarsamente autonomi e probabilmente legati ai servizi e alle erogazioni delle prestazioni sanitarie per la vita. In questa linea la Legge 112/2016, conosciuta come "Dopo di Noi", nasce con l'obiettivo di tutelare le persone con disabilità, prive del sostegno familiare o in previsione della sua perdita, sostenendo capacità e possibilità di autodeterminarsi. L'evitamento della istituzionalizzazione e il sostegno a percorsi di autonomia sono i principali obiettivi che la legge persegue. Questa normativa, seppur arrivata nel 2012, ha segnato un importante punto di svolta nel tentativo di superare logiche assistenzialistiche, puntando su diversificazione, individualità e specificità dei progetti.

Tra gli strumenti previsti dalla legge sono presentati infatti tutele giuridiche per le risorse economiche (attraverso cui le famiglie possono garantire i propri familiari nel tempo), agevolazioni fiscali, sostegno a progetti di co-housing, progetti personalizzati di vita (in accordo tra asl e comuni) sempre finalizzati a percorsi di autonomia, sostegno alla socialità e esperienze lavorative protette e non.

Il progetto Pizzaut, divenuta ora esperienza consolidata e in crescita, è un esempio di intervento volto all'inclusione sociale e lavorativa di persone con disturbo dello spettro autistico che si sperimentano nel mondo del lavoro in un ambiente pensato, inclusivo, costruendo un vero progetto

professionale che parte da lì e porta altrove. Il progetto, partito da un truck food di pizza, è nato da una idea e dalle risorse dei familiari di pazienti con autismo, riuscendo a scuotere e sensibilizzare le istituzioni sul tema dell'occupabilità delle persone autistiche. Oggi Pizzaut ha aperto più di un ristorante, ha creato una Accademy per l'avviamento al lavoro con formazione in aula e tirocinio dentro e fuori dall'associazione. Più di recente, attraverso i fondi della legge 112, anche Pizzaut sta lavorando alla creazione di spazi abitativi in cui costruire autonomia ed emancipazione (le palestre abitative).

Ben prima della legge 112, da più parti era ravvisata la necessità di sviluppare contesti di vita alternativi alle proposte dei servizi. In Italia Cascina Rossago ha rappresentato un esempio pilota nato, nel maggio del 2002, come struttura residenziale, centro agricolo residenziale ad alta intensità abilitativa, per persone autistiche adulte e con ritardo mentale. La strutturazione del progetto, che si è ispirata ad altre esperienze internazionali, è stata quella della farm community. Cascina Rossago, è stata voluta e realizzata dalla Fondazione Genitori per l'Autismo ONLUS in collaborazione con il Laboratorio Autismo del Dipartimento di Scienze Sanitarie Applicate e Psicocomportamentali dell'Università di Pavia. Oggi, oltre ad essere struttura accreditata con la Regione Lombardia, è anche sede didattica e di tirocinio per gli studenti del corso di Laurea in tecniche della riabilitazione psichiatrica.

Il progetto, ormai esperienza più che ventennale, ha anticipato i tempi delle politiche sanitarie, lavorando seriamente con l'idea del Durante Noi, più che sul Dopo. Oggi la Cascina, circondata da 18 ettari di terreno, è formata da tre moduli abitativi ognuna pensata per accogliere 8 persone. Tutti gli ospiti della struttura sono affetti da disabilità intellettiva grave, due terzi di loro da epilessia e sono presenti quadri di comorbidità, sia psichiatriche che internistiche. Sono presenti maestri d'opera e educatori che aiutano nelle attività, sempre monitorate e pensate, che possono andare dalle attività agricole proprie delle cascine, alla cura degli Alpaca presenti in Cascina, ai laboratori di tessitura della lana, laboratori di falegnameria, o espressivi.

Il percorso ha fin da subito focalizzato l'attenzione sulla necessità di immaginare contesti di vita dotati di coerenza, prevedibilità, presenza di stimoli adeguati che potessero accogliere attività psicoeducative. Non il contrario. Promuovendo integrazione e una visione ecologica degli interventi di abilitazione e riabilitazione, il gruppo di ricerca di Pavia ha più volte riconosciuto come *"nulla è più assurdo, per un adulto autistico, di interventi tecnici, psicoeducativi o altro, condotti al di fuori di una coerenza e di una integrazione tra l'intervento stesso, il contesto di vita e le prospettive esistenziali. O peggio, condotti in contesti esistenziali di per sé demotivanti. Sviluppo di metodologie psicoeducative, cura dei contesti perché siano adatti alla vita di persone adulte ed integrazione di tutto ciò in un orizzonte esistenziale diventano sempre più, progressivamente, facce inseparabili della stessa medaglia. L'alternativa non-urbana, il modello delle farm communities per adulti con autismo, nasce da queste considerazioni, nonché dalla oggettiva evidenza delle difficoltà a sviluppare questa coerenza in contesti diversi, come le group homes o i contesti familiari o, peggio ancora, i grandi istituti tradizionali."* (Giddan Jane & Ucelli Di Nemi, 2003). La storia dei modelli non urbani nasce con i Camphill Villages sorti nel lavoro pedagogico di R. Steiner in Inghilterra, insieme alla tradizione delle comunità terapeutiche psichiatriche nate tra la prima e la Seconda guerra mondiale sempre nel mondo anglosassone. È negli anni '70 che in Europa e non solo si diffondono più esperienze di communities (a partire dalla Somerest Court di Sybil Elgar nata nel 1974 in Inghilterra) con alcune caratteristiche comuni, aldilà della prevalenza di precisi modelli teorici. Tra le componenti comuni vi è la ricerca di un contesto rurale, extraurbano, aperto e intimo allo stesso tempo. Vengono strutturate attività nel contesto ecologico, naturale e proprio del contesto di vita. Si propongono attività ludiche, espressive ma anche lavorative mai in veste meccanica, seriale o decontestualizzata. Le attività psicoeducative vengono pensate e rivalutate spesso per mantenere una strutturazione coerente, organizzata, pensata e sempre calata nelle vite e necessità delle persone. In tutte le forme di farm community rimane un costante dialogo e scambio aperto con il territorio, coinvolgendo familiari e attività esterne.

Sempre Giddan e Ucelli Di Nemi (2003) affermano che *“Nell’ottica “globale” delle farm community, ad esempio, la mera considerazione del profilo delle abilità/disabilità, si rivela un punto di vista certo utile ma troppo ristretto come guida per la strutturazione degli interventi, per le programmazioni individuali e collettive, per le valutazioni stesse. Lavorare con “persone” e modulare sulla loro esperienza (che è ben più complessa dell’insieme delle loro abilità e disabilità) gli stili di intervento significa tener conto certo dei profili di abilità/disabilità, ma anche degli aspetti personologici, motivazionali, della soggettività, dell’impotenza appresa, delle difficoltà nei meccanismi di personal agency e del continuo intrecciarsi di tutti questi aspetti con le dinamiche contestuali.”*

L'ESPERIENZA DI CASCINA ROSSAGO

Dialogando con la dr.ssa Ucelli Di Nemi (psicoanalista, ricercatrice, direttrice Laboratorio Autismo all’Università di Pavia e fondatrice del progetto Cascina Rossago) emerge la storia e l’evoluzione della community farm dell’Oltrepò pavese. La sua esperienza si è mossa prima dal confronto e dalla conoscenza delle esperienze di communities presenti in altri paesi. La dottoressa ha infatti visitato alcune comunità per adulti autistici in Europa (Hof Meyerwiede, vicino a Brema, La Pradelle e Le Grand Réal in Francia) e si è confrontata a lungo con la fondatrice della Bittersweet Farms nell’Ohio Jane Giddan.

Silvia Santiccioli (SS): *Tra forme di libera iniziativa e di dialogo il più possibile costruttivo con le istituzioni, quali sono stati i primi passi verso la Cascina?*

Stefania Ucelli Di Nemi (SUDN): L’iniziativa è stata presa da cinque famiglie, che prima, nel 1996, hanno formato un’associazione e successivamente, nel 1998, la Fondazione Genitori per l’Autismo, con lo scopo di progettare e fondare una struttura per il “dopo di noi” per adulti autistici. In un secondo momento il progetto si è esteso all’idea di una comunità, che costituisse un vero e proprio progetto di vita, anche “durante noi”.

I primi passi ne hanno comportato non solo la progettualità relativa alle caratteristiche e ai bisogni delle persone autistiche cui era destinata, ma anche lo studio degli aspetti attuativi, del finanziamento, della relazione con l'orientamento politico regionale, in termini di disabilità e residenzialità per la disabilità. L'iniziativa ha preso corpo in un momento fortunato: in quegli anni in Lombardia il "privato-sociale" era incoraggiato e il bisogno sociale era avvertito. Il progetto veniva a colmare un vuoto, e gli aspetti apparentemente utopistici che conteneva erano mitigati dalla credibilità e dal prestigio di Francesco Barale, in quel momento Professore Ordinario di Psichiatria all'Università di Pavia, dove aveva fondato il Laboratorio Autismo, che io ho a lungo diretto, e organizzato la Scuola di Laurea per Terapeuti in Riabilitazione Psichiatrica, in cui erano previste materie come "Psicologia dell'Handicap" e in particolare approfondimenti sull'autismo e sull'autismo in età adulta.

SS: *Ci si è mossi quindi anche a partire da un vuoto istituzionale, nel nostro territorio almeno, in cui mancavano esperienze volte a sostenere in modo non generalista il passaggio all'età adulta nella vita delle persone con disturbo dello spettro autistico. Crede che in quel vuoto avessero trovato spazio anche resistenze culturali o stereotipi predominanti?*

SUDN: All'inizio degli anni 2000 di autismo negli adulti non si parlava proprio: l'autismo era ritenuto una "malattia infantile", che poteva esitare in "oligofrenia", "stati psicotici", o altro, o, anche scomparire in una (miracolosa) guarigione.

SS: *Nei lavori proposti si è parlato molto di alcuni principi cardine che hanno orientato la riflessione e poi l'azione intorno all'avvio della Cascina: "il non intrattenimento" nei contesti di vita e nelle proposte verso l'autonomia, possiamo ritenerlo un elemento fondante qualsiasi progetto che voglia occuparsi di linee evolutive ed emancipative?*

SUDN: Certamente. L'idea di "lavoro significativo" è fondamentale per ottenere la massima emancipazione possibile. All'interno della Cascina, anche il più compromesso dei suoi abitanti autistici fa il suo lavoro, che gli dà un ruolo attivo all'interno della comunità e con esso un senso. Il lavoro viene scelto sulla base delle motivazioni (che emergono chiare,

anche per chi non riesce a parlare, dato che si fa un grande lavoro per implementare la comunicazione) e tenendo conto delle “abilità emergenti”. Inoltre, il lavoro si svolge in piccoli gruppi, formati da autistici e da operatori. È un “fare insieme”, che favorisce l’imitazione, la comunicazione e l’apprendimento. Con risultati a volte sorprendenti.

SS: *Quali ostacoli e resistenze si sono presentati nell'incontro con le famiglie e quali supporti inaspettati dagli stessi nuclei? La legge “Dopo di noi” basta?*

SUDN: Per quasi tutte le famiglie separarsi dal membro autistico è stato difficile. Dare la delega per prendersi cura di un figlio che è in tal modo dipendente e bisognoso è un passo difficilissimo. Tanto più difficile in quei casi in cui la mancanza di aiuti o di assistenza ha creato inevitabilmente un intrico di dipendenze reciproche, in alcuni casi anche disfunzionali. Ci sono voluti tempo e pazienza. Ma in molti casi è stata l’emancipazione del figlio (per quanto sembri paradossale) a precedere quella dei genitori e ad aiutarli nel cammino del distacco.

La “legge dopo di noi” non può bastare, per vari motivi. Ma innanzi tutto perché il bisogno di emancipazione precede la morte dei genitori: emanciparsi dalla famiglia è un passo necessario per diventare adulti.

SS: *Spesso le proposte riabilitative insistono sul territorio urbano, come garanzia di orientamento all'integrazione e lotta all'isolamento. Con le persone autistiche questo rischia di diventare un dramma dell'ipocrisia urbana, come è stato definito, che anziché contrastare, alimenta disfunzionalità e ritiro. La Cascina è un territorio che contrasta questa ipocrisia proponendo aspetti integrativi?*

SUDN: La generica immissione delle persone autistiche nella comunità allargata non solo non ha effetti terapeutici o riabilitativi, spesso ha effetti devastanti. La graduale integrazione all’interno del contesto ecologico della Cascina crea gradualmente capacità di “stare insieme” che possono preludere a inserimenti in contesti più allargati (che comunque necessiteranno di un lavoro di preparazione a questo scopo).

SS: *Nei vari lavori vengono passati in rassegna i modelli che hanno orientato le esperienze internazionali di farm community. Sembra che la riflessione continua e attenta abbia portato ad una sintonizzazione più calda e non ideologica che ha sostenuto l'attuale ossatura della Cascina. Quale ritmo ha la vita in cascina?*

SUDN: Sì. Potrei dire che il modello di Cascina è il prodotto "integrato" di vari approcci: la nostra formazione psicoanalitica ci fa mettere in primo piano l'attenzione al contesto e alle persone, all'espressione della soggettività in tutte le sue forme (anche, ad esempio attraverso la pittura, la musica), ci porta a essere il più possibile in risonanza con le emozioni degli autistici che abitano nella comunità, e a curare costantemente la relazione con loro e con gli operatori.

Tuttavia, alcuni semplici procedimenti del comportamentismo sono stati utili nella formazione degli operatori, che sono in maggioranza operatori sociosanitari, sprovvisti di qualunque preparazione psicologica, e, in numero minore riabilitatori psichiatrici e educatori.

Abbiamo ad esempio utilizzato molto l'analisi funzionale, che fa parte dello strumentario del comportamentismo, per insegnare ai membri dell'équipe a collocare i comportamenti problema all'interno di un contesto comunicativo e, quando possibile, a prevenirli. Creandone in questo modo un'interpretazione condivisa.

La vita in Cascina è organizzata in modo strutturato, perché di questo gli autistici hanno bisogno, e risulta così prevedibile. Il ritmo è il più possibile vicino a quello suggerito dalla natura circostante, gli stimoli ci sono, e sono necessari, ma si evita che ce ne siano di fastidiosi. Potrei dire che siamo lontani da certi modelli di riabilitazione psichiatrica, che andavano per la maggiore alcuni decenni fa e che letteralmente non davano tregua a chi si voleva riabilitare, ma altrettanto lontani dalle cosiddette "terapie ambientali", che lasciavano i pazienti nullafacenti seduti sui divani tutto il giorno. A Cascina ogni residente ha un suo programma ed è impegnato in modo attivo.

SS: *Quale è stato l'incontro con la comunità preesistente? Il luogo e il tessuto sociale presente.*

Fin dall'inizio si sono tessuti i rapporti col territorio circostante. Molti OSS e il personale addetto ai servizi sono del posto. La Cascina ha fornito lavoro, ha creato un indotto. Da subito ci sono stati rapporti con la popolazione locale e con gli enti territoriali. I "ragazzi" (così vengono chiamati anche se ormai molti sono uomini fatti) hanno molte occasioni di interazione con la gente del territorio circostante, sono conosciuti e benvenuti.

SS: *Gli abitanti della Cascina sono anche immersi in una esperienza estetica credo e nell'incontro con l'Alpaca. Sembrerebbe che i luoghi e gli orizzonti siano aperti al contrario della chiusura e dell'isolamento spesso associati alla dimensione autistica dell'esperienza. Sono aspetti dicotomici che hanno trovato nuove forme nella vivibilità della cascina? Aspetti trasformativi?*

SUDN: La Cascina si trova in un luogo bellissimo: una conca da cui si ammirano le colline dell'Oltrepò, in un isolamento solo apparente, perché il borgo di San Ponzo è a pochi minuti di strada. Ma l'atmosfera di pace e la bellezza sono ingredienti fondamentali per il benessere dei "ragazzi". Ci sono i campi, l'orto, il frutteto e la stalla degli alpaca, che alcuni "ragazzi", gli stallieri, curano con amore e competenza acquisita negli anni. Perché gli alpaca? Sono io la responsabile della scelta di questi animali, arrivati un po' per caso ma anche perché ero stata colpita dalle loro capacità empatiche. Inoltre, la loro eccentricità, il loro essere "speciali" è subito piaciuto ai ragazzi. La loro lana viene cardata, trattata e poi tessuta nel laboratorio di tessitura, dove vengono create sciarpe, scialli e borse. Questa filiera è chiara a stallieri e tessitori. E l'alpaca è diventato un po' il simbolo di Cascina Rossago, e il logo su dépliant e pubblicazioni.

SS: *Ritengo che la frammentazione e la disarticolazione degli interventi, a tutti i livelli di ogni percorso riabilitativo, generi angoscia, confusione e conduca ripetutamente a fallimenti terapeutici, mortificanti e faticosi per tutti. Insistere sulla ricerca di coerenza nelle proposte progettuali sembra aver favorito e sostenuto il pensiero e l'organizzazione della vita in cascina. Un macro-movimento nel contesto di vita, fatto di tante piccole azioni, individuali e condivise, pensieri calibrati, misurati, tollerabili. Queste sono condizioni che rendono possibile un lavoro continuo di trasformazione di oggetti autistici in oggetti umani?*

SUDN: È così. Abbiamo chiamato **ecologico** il contesto in cui attività professionali, lavoro dei “ragazzi”, spazi e tempi del vivere si integrano in maniera armonica. È il contesto ecologico a consentire la trasformazione. Un contesto di questo tipo può divenire un valido contenitore e si può sostituire gradualmente agli oggetti autistici, ai “gusci”, alle squeezing machine che ogni autistico si è fabbricato, contribuendo, così, per quanto possibile, alla trasformazione degli oggetti autistici in oggetti umani. Naturalmente si parla di una continua tensione: ci sono i limiti posti dalla complessità della condizione autistica, e dalle comorbidità, numerose e spesso importanti. E si verificano anche regressioni. Per chi lavora con queste persone sono necessarie oltre alla passione, la pazienza e la tolleranza alle frustrazioni. La capacità di dovere, spesso, ricominciare da capo, senza attese, ma mantenendo la fiducia, nell'altro e nel proprio intervento.

SS: *Quale lavoro di manutenzione psichica ritiene necessario per l'équipe di professionisti e maestri d'opera che lavorano insieme alla Cascina? ci sono momenti di impasse?*

SUDN: Ho già detto che l'équipe è formata da riabilitatori, educatori, OSS e infermieri. È quindi assolutamente necessario innanzitutto un lavoro di formazione, sia con incontri e gruppi di lavoro che on the job. Si fanno anche incontri di supervisione di gruppo.

Il lavoro, come ho detto prima, è faticoso e talora frustrante. Sarebbe auspicabile fornire agli operatori un sostegno ancora maggiore. Ma bisogna fare anche i conti con le risorse che abbiamo. Si fa quel che si può. Posso però affermare che, nonostante tutto, gli operatori amano il loro lavoro, sono dichiaratamente soddisfatti, partecipi, e direi anche orgogliosi di fare parte del gruppo di lavoro di Cascina Rossago.

Sempre Barale e Ucelli, ripercorrendo il pensiero portante, presente fin dall'avvio della Cascina, ricordano che: *“la struttura è stata ideata come totalmente e intenzionalmente aperta. La sua capacità contenitiva era programmaticamente affidata in toto alla qualità e alla capacità, in senso letterale, del contenitore istituzionale, che saremmo riusciti a far crescere, alla sua organizzazione, alla sua flessibilità di adattamento ai momenti di crisi, trovando risorse e articolazioni adatte per essi”*.

L'esperienza delle farm communities, e di Cascina Rossago in particolare, sembra superare una nota critica che veniva mossa contro la presenza di "contesti speciali", considerati fattori isolanti e ghettizzanti. La Cascina sembra veicolare soprattutto possibilità di reale integrazione ed emancipazione senza mai perdere il filo della soggettività di ognuno.

BIBLIOGRAFIA

Acampora N. & Soglio E. (2024). Vietato calpestare i sogni. *La straordinaria storia di PizzAut e dei suoi ragazzi*. Milano, Solferino.

Barale F., Politi P., Boso M., Broglia D., Orsi P., Pace A., Ucelli Di Nemi S. (2009). L'autismo a partire dalla sua evoluzione nell'età adulta: nuove conoscenze, criticità, implicazioni abilitative. *Noos* 3:2009, 273.

Barale, F. & Ucelli di Nemi, S. (2006). La debolezza piena - Il disturbo autistico dall'infanzia all'età adulta. In S. Mistura (ed.), *Autismo - L'umanità nascosta*. Torino, Einaudi, p. 118-193.

Billstedt, E., Gillberg, C. & Gillberg, C. (2007). Autism in adults: symptom patterns and early childhood predictors. Use of the DISCO in a community sample followed from childhood. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 48, pp. 1102-1110.

Convenzione sui diritti delle persone con disabilità. Adottata il 13 dicembre 2006 dall'Assemblea Generale delle Nazioni Unite. Ratificata dall'Italia con LG 18/2009.

Istituto Superiore di Sanità. (2024). Raccomandazioni da "*Linea guida sulla diagnosi e sul trattamento di adulti con disturbo dello spettro autistico*".

Giddan Jane J., Ucelli Di Nemi S. (2203). L'alternativa non urbana: le farm communities per adulti con autismo. *Noos*, p. 343.

Autismo, sessualità e identità di genere: tra neurodiversità e costruzione dell'identità

Michelangelo Vasta

Negli ultimi due decenni il Disturbo dello Spettro Autistico (ASD) è passato dall'essere considerato una condizione relativamente rara dell'infanzia a rappresentare una delle più diffuse condizioni del neurosviluppo. Le stime epidemiologiche più recenti indicano una prevalenza del Disturbo dello Spettro Autistico compresa tra l'1% e il 2% nella popolazione generale (Lord et al., 2020; Zeidan et al., 2022).

Studi condotti in diversi contesti geografici riportano valori comparabili, con stime specifiche nella popolazione pediatrica: in Italia è stata osservata una prevalenza di circa 1 bambino su 77 (Scattoni et al., 2018), mentre dati più recenti provenienti dal sistema di sorveglianza statunitense indicano valori più elevati, pari a circa 1 bambino su 31 (CDC, 2025). Questo cambiamento è probabilmente il risultato dell'interazione di diversi fattori, tra cui l'ampliamento dei criteri diagnostici, una maggiore sensibilità clinica e sociale verso le manifestazioni dello spettro autistico, il progressivo miglioramento degli strumenti diagnostici e dei sistemi di sorveglianza epidemiologica, nonché una maggiore attenzione da parte di pediatri, insegnanti e famiglie nel riconoscimento precoce dei segnali di sviluppo atipico. Alcuni autori hanno inoltre ipotizzato il possibile ruolo di fattori demografici e ambientali, come l'aumento dell'età genitoriale o l'esposizione a determinati agenti ambientali, sebbene le evidenze a riguardo rimangano ancora oggetto di discussione (Moddabbernia et al., 2017).

Parallelamente alla crescita delle conoscenze scientifiche si è sviluppato un ampio dibattito culturale e clinico sul modo di interpretare l'autismo. Accanto ai modelli tradizionali di tipo medico, negli ultimi anni si sono affermate prospettive che sottolineano il concetto di neurodiversità, ovvero l'idea che alcune modalità di funzionamento cognitivo e percettivo rappresentino varianti della diversità umana piuttosto che semplici deficit da correggere. Questa prospettiva ha contribuito a spostare l'attenzione dalla sola dimensione diagnostica verso l'esperienza soggettiva delle persone autistiche, includendo aspetti della vita che per lungo tempo sono rimasti ai margini della ricerca clinica.

Tra gli aspetti della vita delle persone autistiche che per lungo tempo sono rimasti ai margini della ricerca clinica, la sessualità, l'orientamento sessuale e l'identità di genere rappresentano ambiti particolarmente complessi e solo relativamente di recente oggetto di attenzione scientifica. Storicamente, la letteratura sull'autismo ha privilegiato l'analisi delle difficoltà comunicative, cognitive e comportamentali che caratterizzano lo spettro, mentre le dimensioni affettive, corporee e sessuali sono state spesso considerate secondarie o implicitamente trascurate. Negli ultimi anni, tuttavia, un numero crescente di studi ha iniziato a esplorare in

modo più sistematico il modo in cui le persone autistiche vivono la sessualità, mostrando come il desiderio di relazioni affettive e di intimità rappresenti una componente significativa dell'esperienza umana anche nelle persone nello spettro, sebbene tale dimensione possa essere vissuta e espressa attraverso modalità talvolta differenti rispetto alle aspettative sociali dominanti (Dewinter et al., 2015; Pecora et al., 2016).

L'intersezione tra autismo, sessualità e identità di genere rappresenta oggi un campo di ricerca in rapida espansione. Da un lato, diversi studi hanno evidenziato come le persone autistiche possano incontrare specifiche difficoltà nel vivere e nel negoziare le dimensioni relazionali e corporee della sessualità. Dall'altro lato, una crescente quantità di dati suggerisce una maggiore variabilità nell'orientamento sessuale e una più elevata prevalenza di esperienze di incongruenza di genere nelle popolazioni autistiche rispetto alla popolazione generale. Comprendere queste intersezioni richiede un approccio capace di integrare prospettive provenienti da diversi ambiti disciplinari, dalla psichiatria dello sviluppo alla psicologia e alle scienze sociali, evitando sia la patologizzazione delle identità sessuali e di genere, sia la semplificazione delle complessità cliniche che emergono nell'incontro tra queste dimensioni.

La letteratura più recente suggerisce inoltre che la sessualità nelle persone autistiche non possa essere compresa attraverso una prospettiva unica, ma richieda di considerare l'interazione tra molteplici fattori biologici, psicologici e sociali. Alcuni modelli interpretativi hanno infatti proposto una lettura integrata delle esperienze affettive e sessuali nello spettro autistico, sottolineando il ruolo congiunto delle caratteristiche neurocognitive, delle specificità sensoriali, delle opportunità relazionali e del contesto culturale nel modellare il modo in cui le persone autistiche vivono il proprio corpo e le relazioni intime (Motamed et al., 2025).

In questo quadro, le sfide e le vulnerabilità legate alla sfera sessuale possono assumere configurazioni differenti nei soggetti con maggiore necessità di supporto rispetto a quelli con livelli più elevati di autonomia cognitiva e comunicativa. Nei soggetti autistici con elevato livello di supporto (precedentemente definiti a "basso funzionamento"), la letteratura descrive talvolta la presenza di comportamenti sessuali che possono risultare difficili da comprendere o da gestire nei contesti sociali, come com-

portamenti di autoerotismo in contesti pubblici, difficoltà nel riconoscere i limiti interpersonali o nell'interpretare correttamente i segnali sociali relativi all'intimità e al consenso. È importante sottolineare come tali manifestazioni non rappresentino necessariamente un aumento dell'impulsività sessuale in senso stretto, ma siano spesso il risultato dell'interazione tra diversi fattori, tra cui difficoltà nella comprensione delle norme sociali implicite, limitate opportunità di educazione sessuale strutturata e difficoltà nella regolazione emotiva e comportamentale.

Nei soggetti autistici con minore necessità di supporto (precedentemente definiti ad "alto funzionamento"), invece, le difficoltà relative alla sessualità assumono spesso una configurazione differente. Numerosi studi evidenziano come molte persone autistiche con buone competenze linguistiche e cognitive esprimano un forte desiderio di relazioni intime e di esperienze romantiche, ma incontrino significative barriere nell'accesso a tali esperienze. Le difficoltà nella lettura dei segnali sociali, nella gestione della reciprocità emotiva e nella comprensione delle dinamiche implicite delle relazioni sentimentali possono rendere particolarmente complesso l'avvio e il mantenimento di relazioni affettive (Strunz et al., 2017).

A queste difficoltà relazionali si aggiungono talvolta aspetti legati alla dimensione sensoriale. L'ipersensibilità a stimoli tattili, olfattivi o uditivi, frequentemente descritta nelle persone autistiche, può influenzare il modo in cui vengono vissute le esperienze corporee e l'intimità fisica. Alcuni individui riportano infatti una particolare intensità nella percezione degli stimoli corporei, che può rendere l'esperienza del contatto fisico ambivalente o difficile da modulare.

Un ulteriore elemento rilevante riguarda le opportunità sociali di sperimentazione affettiva e sessuale. Molti adolescenti e giovani adulti autistici riferiscono una ridotta partecipazione ai contesti sociali informali come gruppi di pari, feste o esperienze relazionali spontanee, che spesso costituiscono, per la maggior parte dei coetanei, uno spazio privilegiato di apprendimento delle dinamiche sentimentali e sessuali. Questa minore esposizione a contesti di socializzazione può contribuire a creare un divario tra il desiderio di relazioni e le effettive opportunità di viverle.

Nel complesso, le ricerche più recenti suggeriscono che le difficoltà legate alla sessualità nelle persone autistiche non derivano necessariamente da

una riduzione dell'interesse o del desiderio, ma piuttosto dall'interazione tra caratteristiche neuropsicologiche individuali e barriere sociali e culturali. Comprendere queste dinamiche richiede quindi un approccio capace di integrare dimensioni biologiche, psicologiche e relazionali, riconoscendo al tempo stesso la legittimità del desiderio di intimità e di espressione sessuale nelle persone autistiche.

Negli ultimi anni la ricerca ha dedicato crescente attenzione al tema dell'orientamento sessuale nelle persone con Disturbo dello Spettro Autistico. Diversi studi hanno evidenziato come, nelle popolazioni autistiche, si osservi una maggiore variabilità negli orientamenti sessuali rispetto alla popolazione generale, con una più frequente identificazione con orientamenti non eterosessuali, tra cui orientamenti omosessuali, bisessuali e forme di attrazione più fluide (Pecora et al., 2016).

Queste evidenze emergono in modo particolarmente consistente negli studi condotti su adolescenti e adulti autistici con buone competenze linguistiche e cognitive. In tali campioni, è stata riscontrata una maggiore presenza di orientamento bisessuale e di modalità di attrazione meno rigidamente riconducibili alle tradizionali dicotomie dell'orientamento sessuale (George-Stokes, 2017). Accanto a questa maggiore variabilità, la letteratura segnala anche una più elevata frequenza di asessualità nelle popolazioni autistiche. In questi casi, la ridotta o assente attrazione sessuale viene generalmente interpretata come espressione di una più ampia diversità nelle modalità di vivere il desiderio e l'intimità, piuttosto che come indice di psicopatologia (Pecora et al., 2016).

La maggiore diversità osservata nell'orientamento sessuale all'interno delle popolazioni autistiche ha portato negli ultimi anni alla formulazione di diverse ipotesi interpretative. Una prima linea di ricerca ha esplorato possibili fattori di natura neurobiologica o endocrinologica, ipotizzando che alcune configurazioni dello sviluppo neurobiologico possano contribuire a modulare sia alcuni tratti cognitivi associati all'autismo sia alcune dimensioni dello sviluppo dell'orientamento sessuale. Tuttavia, tali ipotesi rimangono ancora oggetto di discussione e non consentono di stabilire relazioni causali semplici o univoche.

Un secondo filone interpretativo si concentra invece sugli aspetti cognitivi

e sociali. Secondo alcuni autori, le persone autistiche potrebbero mostrare una minore tendenza ad aderire rigidamente alle norme sociali implicite che regolano i comportamenti di genere e le aspettative relative all'orientamento sessuale. In questa prospettiva, la maggiore presenza di un orientamento non eterosessuale nello spettro autistico potrebbe riflettere una minore pressione normativa e una maggiore libertà nel riconoscere e nominare forme di attrazione che, in altri contesti sociali, potrebbero essere più fortemente condizionate dalle aspettative culturali (George-Stokes, 2017).

Una terza prospettiva, più attenta alle dimensioni relazionali e soggettive, suggerisce che la costruzione dell'orientamento sessuale nelle persone autistiche possa seguire percorsi meno lineari rispetto ai modelli normativi tradizionali. La minore esposizione alle dinamiche sociali tipiche dell'adolescenza, insieme alle specifiche modalità di elaborazione delle esperienze affettive e corporee, può contribuire a configurare traiettorie di sviluppo dell'orientamento sessuale più aperte o meno rigidamente definite.

È importante sottolineare che queste osservazioni non devono essere interpretate in termini patologizzanti. La maggiore presenza di orientamento sessuale non eterosessuale nelle popolazioni autistiche non rappresenta di per sé un indicatore di difficoltà psicologica o di disfunzione. Piuttosto, tali dati possono essere letti come espressione della più ampia variabilità con cui gli esseri umani costruiscono e vivono la propria dimensione affettiva e sessuale.

Allo stesso tempo, alcune ricerche suggeriscono che le persone autistiche appartenenti anche a minoranze sessuali possano essere esposte a specifiche forme di vulnerabilità. L'intersezione tra autismo e orientamenti sessuali minoritari può infatti associarsi a maggiore isolamento sociale, difficoltà di accesso a contesti relazionali sicuri e un aumento del rischio di discriminazione ed esclusione. In questo senso, l'esperienza di queste persone può essere letta alla luce di una condizione di "doppia minoranza", nella quale le difficoltà legate alle caratteristiche dello spettro autistico si intrecciano con quelle associate all'appartenenza a minoranze sessuali (De Winter et al. 2017).

Alcuni studi suggeriscono inoltre che gli individui autistici con orientamento non eterosessuale possano incontrare sfide specifiche nei processi di svilup-

po identitario, come il coming out, la costruzione di reti sociali di supporto e l'accesso a contesti relazionali inclusivi. Tali difficoltà possono essere ulteriormente amplificate da caratteristiche tipiche dello spettro autistico, come le difficoltà nella comunicazione sociale, nella lettura dei segnali interpersonali e nella partecipazione a contesti sociali informali, che spesso rappresentano spazi privilegiati di esplorazione affettiva e sessuale.

Inoltre, la letteratura evidenzia come le persone appartenenti a minoranze sessuali, nella popolazione generale, siano esposte a maggiori livelli di stress minoritario, con un aumentato rischio di esiti psicologici negativi. Quando tali fattori si combinano con le vulnerabilità già presenti nello spettro autistico, possono contribuire a configurare traiettorie di sviluppo caratterizzate da una maggiore complessità e da bisogni specifici di supporto.

Per questi motivi, appare importante sviluppare modelli clinici, educativi e sociali capaci di riconoscere e sostenere questa complessità, adottando approcci sensibili sia alla neurodiversità sia alla diversità dell'orientamento sessuale. Ciò implica non solo evitare letture patologizzanti, ma anche promuovere contesti relazionali inclusivi, interventi psicoeducativi mirati e percorsi di supporto in grado di valorizzare l'esperienza soggettiva delle persone autistiche appartenenti a minoranze sessuali.

Accanto alla crescente attenzione verso la variabilità dell'orientamento sessuale nelle persone autistiche, negli ultimi anni la ricerca ha iniziato a interrogarsi con maggiore sistematicità anche sul rapporto tra Disturbo dello Spettro Autistico e identità di genere. Diversi studi hanno infatti evidenziato come le esperienze di incongruenza di genere risultino relativamente più frequenti nella popolazione con autismo rispetto alla popolazione generale. Questo ambito di ricerca ha progressivamente acquisito spazio nella letteratura scientifica, contribuendo a rimettere in discussione alcune rappresentazioni tradizionali dell'autismo che per lungo tempo hanno relegato in secondo piano le dimensioni legate all'identità corporea, affettiva e sessuale.

Uno dei primi lavori a richiamare l'attenzione su questa possibile associazione è stato pubblicato nel 2010 da Annelou de Vries e collaboratori. Gli autori hanno descritto una presenza significativamente elevata di tratti autistici in adolescenti seguiti presso una clinica specializzata

per giovani con varianza di genere. Pur trattandosi di un campione clinico relativamente piccolo e presentando limiti metodologici, questo studio del gruppo olandese ha rappresentato uno dei primi tentativi sistematici di documentare l'intersezione tra autismo e varianti di genere, aprendo una linea di ricerca che negli anni successivi si sarebbe progressivamente ampliata (De Vries et al., 2010).

Le ricerche successive hanno in larga parte confermato questa osservazione iniziale. Studi clinici, indagini di popolazione e analisi basate su grandi database sanitari indicano infatti che le persone autistiche presentano una probabilità significativamente maggiore di riportare esperienze di incongruenza di genere o di identificarsi come transgender o gender diverse rispetto ai coetanei neurotipici. Una recente metanalisi ha ulteriormente rafforzato questa evidenza, mostrando come la prevalenza di incongruenza di genere risulti significativamente più elevata nella popolazione con autismo rispetto alla popolazione generale (Kallitsounaki et al., 2022).

Se l'associazione epidemiologica appare oggi relativamente ben documentata, restano tuttavia aperte numerose questioni riguardo ai meccanismi che potrebbero contribuire a spiegare questa intersezione. Nel corso degli ultimi anni sono state avanzate diverse ipotesi interpretative. Alcuni autori hanno richiamato possibili fattori di tipo neurobiologico o legati allo sviluppo prenatale; altri hanno invece posto l'accento sulle caratteristiche cognitive tipiche dell'autismo, come una minore tendenza ad aderire automaticamente alle norme sociali implicite che regolano i ruoli di genere. In questa prospettiva, la maggiore presenza di incongruenza di genere nella popolazione autistica potrebbe riflettere, almeno in parte, una minore interiorizzazione delle aspettative sociali relative alla binarietà di genere.

Allo stesso tempo, è importante mantenere una certa cautela interpretativa. In una revisione critica della letteratura, Wattel e collaboratori hanno sottolineato come molte delle teorie proposte per spiegare questa associazione rimangano ancora parzialmente speculative. Secondo gli autori, numerosi modelli interpretativi si basano principalmente su osservazioni cliniche o su correlazioni epidemiologiche, mentre i dati empirici disponibili non consentono ancora di stabilire relazioni causali chiare tra le carat-

teristiche dello spettro autistico e lo sviluppo dell'identità di genere (Wattel et al., 2022).

Un ulteriore elemento emerso in diversi studi riguarda i percorsi diagnostici delle persone che presentano contemporaneamente autismo e incongruenza di genere. Alcune ricerche suggeriscono infatti che, nei soggetti che accedono ai servizi clinici per questioni legate all'identità di genere, la diagnosi di autismo venga spesso formulata più tardivamente rispetto ad altri individui nello spettro. In uno studio condotto su un ampio campione pediatrico, Hisle-Gorman e collaboratori hanno osservato che i bambini con autismo e disforia di genere ricevevano una diagnosi di autismo a un'età significativamente più avanzata rispetto ai bambini autistici senza disforia di genere. L'età mediana della diagnosi risultava infatti di circa 11 anni nei soggetti con disforia di genere, contro i circa 6 anni osservati nei soggetti autistici senza tale condizione (Hisle-Gorman et al., 2019).

Questo ritardo diagnostico può riflettere diversi fattori clinici. Da un lato, la sofferenza legata alla disforia di genere può orientare inizialmente l'attenzione dei servizi verso la dimensione dell'identità di genere, lasciando in secondo piano l'esplorazione di eventuali caratteristiche neuroevolutive. Dall'altro lato, alcune manifestazioni dell'autismo come le difficoltà relazionali, il ritiro sociale o alcune peculiarità nella costruzione dell'immagine corporea, possono essere interpretate alla luce delle difficoltà psicologiche associate al percorso di affermazione di genere, rendendo talvolta più complesso il riconoscimento del quadro autistico sottostante.

Un ulteriore livello di complessità riguarda alcune possibili sovrapposizioni fenomenologiche tra le esperienze associate all'autismo e le difficoltà che possono emergere nei percorsi di incongruenza di genere, soprattutto durante l'adolescenza. Tra queste vengono frequentemente riportate difficoltà relazionali, tendenze al ritiro sociale, una particolare sensibilità agli stimoli corporei e sensoriali, nonché una relazione talvolta problematica con il proprio corpo nel corso delle profonde trasformazioni puberali.

In questo contesto è stato recentemente introdotto il concetto di "sensory dysphoria", utilizzato per descrivere il disagio che può emergere quando l'esperienza sensoriale del proprio corpo entra in conflitto con l'identità di genere percepita. In uno studio qualitativo condotto su persone

autistiche transgender e gender diverse, Cooper e collaboratori hanno evidenziato come alcune caratteristiche sensoriali tipiche del Disturbo dello Spettro Autistico, tra cui l'ipersensibilità tattile, la difficoltà a tollerare determinati stimoli corporei e una percezione particolarmente intensa delle modificazioni somatiche, possano contribuire a rendere l'esperienza del corpo più complessa e talvolta più disturbante nei contesti di incongruenza di genere (Cooper et al., 2023).

Secondo gli autori, in alcuni individui autistici l'incongruenza di genere può intrecciarsi con esperienze di disagio sensoriale legate al corpo, dando luogo a vissuti corporei che risultano particolarmente difficili da decifrare e da integrare all'interno del processo di costruzione dell'identità. In questa prospettiva, la dimensione sensoriale può rappresentare uno dei possibili punti di incontro tra le specificità neurobiologiche dell'autismo e i processi psicologici attraverso cui l'individuo attribuisce significato al proprio corpo e alla propria identità di genere.

Queste osservazioni non implicano necessariamente l'esistenza di un rapporto causale diretto tra autismo e incongruenza di genere. Piuttosto, suggeriscono che l'esperienza corporea e in particolare la percezione sensoriale del corpo, possa costituire uno dei luoghi in cui le specificità neurocognitive dell'autismo e i processi di costruzione dell'identità di genere entrano in dialogo.

Nel complesso, le evidenze disponibili indicano che l'incontro tra autismo e incongruenza di genere rappresenta un'area di particolare complessità evolutiva e clinica. Più che indicare una relazione causale semplice tra le due condizioni, la letteratura sembra delineare una zona di intersezione tra differenti traiettorie dello sviluppo dell'identità, nella quale fattori neurocognitivi, esperienze relazionali e processi di costruzione dell'immagine corporea possono interagire in modi ancora non completamente compresi. In questa prospettiva, comprendere l'incontro tra autismo e identità di genere richiede modelli interpretativi capaci di integrare dimensioni biologiche, psicologiche e relazionali, evitando sia la patologizzazione delle identità di genere sia la semplificazione delle complessità cliniche che possono emergere nel loro intreccio con le caratteristiche dello spettro autistico.

La crescente attenzione verso l'intersezione tra Disturbo dello Spettro Autistico e incongruenza di genere ha progressivamente trovato spazio anche nelle principali linee guida internazionali per la presa in carico delle persone transgender e gender diverse. Gli Standards of Care for the Health of Transgender and Gender Diverse People, Version 8 (SOC-8) pubblicati dalla World Professional Association for Transgender Health (WPATH) riconoscono esplicitamente la presenza di condizioni neuroevolutive, tra cui l'autismo, come possibili fattori rilevanti nel percorso di valutazione e accompagnamento delle persone con incongruenza di genere (Coleman et al., 2022).

Le linee guida sottolineano come la presenza di un Disturbo dello Spettro Autistico non debba essere considerata di per sé un ostacolo all'accesso ai percorsi di affermazione di genere. Al contrario, viene evidenziata la necessità di sviluppare percorsi clinici sensibili alle caratteristiche neurocognitive e comunicative delle persone autistiche, evitando sia approcci eccessivamente restrittivi sia interpretazioni riduttive delle esperienze di genere.

Uno degli aspetti maggiormente sottolineati nelle SOC-8 riguarda l'importanza di una valutazione clinica accurata e individualizzata. Nel caso di persone autistiche, il processo di assessment può richiedere tempi più lunghi e modalità comunicative adattate, al fine di comprendere adeguatamente il significato soggettivo delle esperienze di genere e la loro evoluzione nel tempo. Le linee guida raccomandano che i professionisti coinvolti nella valutazione tengano conto delle specificità cognitive e relazionali associate allo spettro autistico, inclusi eventuali stili comunicativi letterali, difficoltà nella mentalizzazione o nella descrizione delle proprie esperienze interne.

Le SOC-8 sottolineano inoltre l'importanza di distinguere tra caratteristiche dell'autismo e aspetti direttamente legati all'incongruenza di genere, evitando che i tratti autistici vengano interpretati erroneamente come indicatori di confusione identitaria o come elementi che invalidano l'esperienza soggettiva della persona. Allo stesso tempo, le linee guida invitano i clinici a considerare come alcune caratteristiche dello spettro autistico, tra cui rigidità cognitiva, interessi intensi o particolari modalità di elaborazione delle informazioni sociali, possano influenzare il modo in cui l'iden-

tità di genere viene esplorata, compresa e comunicata.

Un ulteriore elemento rilevante riguarda la necessità di adottare un approccio multidisciplinare nella presa in carico di persone autistiche con incongruenza di genere. Le SOC-8 raccomandano la collaborazione tra professionisti con competenze diverse, tra cui specialisti della salute mentale, endocrinologi, pediatri o neuropsichiatri infantili, al fine di garantire una valutazione globale che integri le dimensioni psicologiche, mediche e sociali del percorso di affermazione di genere.

Le linee guida sottolineano inoltre l'importanza di fornire informazioni chiare, accessibili e adattate alle modalità cognitive delle persone autistiche, facilitando la comprensione delle diverse opzioni terapeutiche e dei possibili effetti degli interventi medici di affermazione di genere. In questo contesto, può essere utile utilizzare strumenti comunicativi visivi, spiegazioni strutturate e momenti di confronto ripetuti nel tempo, che permettano alla persona di elaborare progressivamente le informazioni e di prendere decisioni consapevoli.

Nel complesso, le indicazioni proposte dalle più recenti linee guida internazionali invitano i clinici a confrontarsi con una realtà sempre più complessa, nella quale le traiettorie dello sviluppo identitario non possono essere comprese attraverso modelli interpretativi rigidi o unidimensionali. L'incontro tra autismo e incongruenza di genere sollecita, infatti, la clinica contemporanea a interrogarsi sui modi in cui dimensioni biologiche, cognitive, corporee e relazionali contribuiscono alla costruzione dell'identità nel corso dello sviluppo.

In questo senso, l'autismo rappresenta non soltanto una condizione neuroevolutiva da descrivere o classificare, ma anche un osservatorio privilegiato per comprendere la pluralità dei percorsi attraverso cui gli individui costruiscono il rapporto con il proprio corpo, con l'altro e con le categorie culturali che organizzano l'esperienza di genere. L'attenzione alla neurodiversità invita quindi a considerare lo sviluppo dell'identità come un processo aperto, nel quale differenti modalità di percezione, di pensiero e di relazione possono dare origine a configurazioni soggettive molteplici.

Per la pratica clinica questo implica la necessità di mantenere uno spazio di ascolto capace di accogliere tale complessità, evitando sia interpreta-

zioni riduttive sia letture eccessivamente semplificanti delle esperienze individuali. Più che ricondurre queste traiettorie a spiegazioni univoche, il compito della clinica sembra essere quello di accompagnare i processi di costruzione dell'identità all'interno delle specifiche condizioni evolutive e relazionali in cui essi prendono forma.

BIBLIOGRAFIA

Centers for Disease Control and Prevention. (2025). Prevalence and characteristics of autism spectrum disorder among children aged 8 years — Autism and Developmental Disabilities Monitoring Network. *Morbidity and Mortality Weekly Report (MMWR)*.

Coleman, E., Radix, A. E., Bouman, W. P., Brown, G. R., de Vries, A. L. C., Deutsch, M. B., Ettner, R., Fraser, L., Goodman, M., Green, J., Hancock, A. B., Johnson, T. W., Karasic, D. H., Knudson, G., Leibowitz, S., Meyer-Bahlburg, H. F. L., Monstrey, S., Motmans, J., Nahata, L., Arcelus, J. (2022). Standards of care for the health of transgender and gender diverse people, version 8. *International Journal of Transgender Health*, 23(sup1), S1–S259.

Cooper, K., Smith, L. G. E., Russell, A. (2023). Exploring the experiences of autistic transgender and non-binary people: Sensory experiences and gender dysphoria. *Autism*, 27(1), 1–13. Dewinter J, De Graaf H, Begeer S. Sexual Orientation, Gender Identity, and Romantic Relationships in Adolescents and Adults with Autism Spectrum Disorder. *J Autism Dev Disord*. 2017 Sep;47(9):2927-2934.

de Vries, A. L. C., Noens, I. L. J., Cohen-Kettenis, P. T., van Berckelaer-Onnes, I. A., Doreleijers, T. A. H. (2010). Autism spectrum disorders in gender dysphoric children and adolescents. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 40(8), 930–936.

George, R., Stokes, M. A. (2017). Gender identity and sexual orientation in autism spectrum disorder. *Autism*, 22(8), 970–982.

Hisle-Gorman, E., Landis, C. A., Susi, A., Schvey, N., Gorman, G. H., Nylund, C. M., Klein, D. A. (2019). Gender dysphoria in children with autism spectrum disorder.

Kallitsounaki, A., Williams, D. M., Tchanturia, K. (2022). Autism spectrum disorder and gender dysphoria/incongruence: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 52, 3103–3117.

LGBT Health, 6(3), 95–100. <https://doi.org/10.1089/lgbt.2018.0252>

Lord, C., Brugha, T. S., Charman, T., Cusack, J., Dumas, G., Frazier, T., Jones, E. J., Jones, R. M., Pickles, A., State, M. W., Taylor, J. L., Veenstra-VanderWeele, J. (2020).

Autism spectrum disorder. *Nature Reviews Disease Primers*, 6(1), 5.

Modabbernia, A., Velthorst, E., Reichenberg, A. (2017). Environmental risk factors for autism: An evidence-based review of systematic reviews and meta-analyses. *Molecular Autism*, 8, 13.

Motamed, M., et al. (2025). Sexuality in autism spectrum disorder: A biopsychosocial review of current evidence. *Journal of Autism and Developmental Disorders*.

Pecora, L. A., Hancock, G. I., Hooley, M., Demmer, D. H., Attwood, T., Mesibov, G. (2016). The sexual health of people with autism spectrum disorder: A systematic review. *Autism*, 20(5), 543–556.

Scattoni, M. L., Narzisi, A., Vaccari, C., Di Bella, S., the ASDEU Study Group. (2018). Prevalence of autism spectrum disorder in a large Italian catchment area: A school-based population study within the ASDEU project. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 29, e5.

Strunz, S., Schermuck, C., Ballerstein, S., Ahlers, C. J., Dziobek, I., Roepke, S. (2017). Romantic relationships and relationship satisfaction among adults with autism spectrum disorder. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 47(7), 1917–1935.

Wattel, C., Vermeiren, R., Van der Miesen, A. I. R. (2022). Autism spectrum disorder and gender diversity: A critical review of the literature. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 27(1), 169–186.

Zeidan, J., Fombonne, E., Scorah, J., Ibrahim, A., Durkin, M. S., Saxena, S., Yusuf, A., Shih, A., Elsabbagh, M. (2022). Global prevalence of autism: A systematic review update. *Autism Research*, 15(5), 778–790.

Dal modello nevrotico al modello autistico

**Mutazioni antropologiche,
tecnologie intime e neurodivergenze**

Chiara Buoncristiani

C'è stato un tempo - non così lontano – in cui il sintomo “parlava” soprattutto con la grammatica della nevrosi: angoscia, rimozioni, ritorno del rimosso, formazione di compromesso, colpa e desiderio in lotta, un mondo interno e relazioni oggettuali. Quel paradigma non è scomparso; semplicemente, oggi non funziona più come *figura egemone* della sofferenza.

Dagli anni Ottanta in poi, la psicoanalisi ha dato nome ad altre configurazioni: la costellazione borderline, la zona dei casi limite (Kernberg, 1975; Green, 1990), le forme di angoscia che non si lasciano impastare in un racconto e affiorano come scissione, dissociazione, acting. In questo paesaggio, e dentro trasformazioni sociali che hanno modificato la stoffa stessa dell'esperienza, prende rilievo un'ulteriore modalità di organizzazione del disagio: un modo più silenzioso, più radicale, che assomiglia meno al conflitto e più alla gestione dell'intensità.

Il baricentro si sposta verso fenomeni di sovraccarico e ritiro, verso pratiche di regolazione che cercano prevedibilità, ripetizione, controllabilità. David Le Breton (2015), in un lessico antropologico, ha chiamato "biancore" questa forma di congedo da sé, una sottrazione parziale al mondo quando l'essere-sé diventa troppo oneroso. Ne *Il terzo inconscio*, Bifo (2021) ne offre una lettura a partire dal concetto di "psicosfera dell'era virale" parlando di "panorama autistico" come di una zona di "psico-deflazione preventiva". In questa prospettiva, "biancore" e "psico-deflazione" non descrivono una patologia, ma una manovra di sopravvivenza che diventa culturalmente disponibile. Le Breton nomina il gesto di sottrazione quando l'essere-sé, investito dalla richiesta di presenza e di prestazione, diventa troppo oneroso: la sparizione parziale funziona come tregua. Bifo, dal canto suo, legge il presente come una psicosfera in cui l'eccitazione è continua e virale, e in cui la difesa più economica consiste nel diminuire l'investimento.

L'impressione, clinicamente, è quella di una vita psichica che tende a proteggersi dall'imprevisto riducendo la densità dell'incontro, usando interfacce e schermi o costruendo procedure e corridoi di sicurezza. Chiamare questa configurazione "paradigma autistico" può essere utile in senso metapsicologico - come nome di un modo di trattare l'eccesso di stimolazione e di domanda - a condizione di mantenerne esplicita la cautela: si tratta di un **orizzonte culturale di funzionamento**, non di un modello dell'autismo, né tantomeno di un dispositivo esplicativo delle neurodivergenze.

Una formula come "siamo tutti autistici" diventerebbe rapidamente un abuso concettuale e politico. Più interessante è prendere sul serio un'ipotesi meno sloganistica: la cultura contemporanea, digitale e globalmente

connessa, può essere descritta come un'**ecologia dell'attenzione e della relazione** che rende più accessibili e spesso più premiate modalità operative, autarchiche, schermate, a intensità ridotta. Questa ecologia non produce automaticamente alcuna condizione clinica; introduce però una serie di **vincoli e incentivi** che, in maniera schematica, si può pensare incidano su tre livelli: il modo in cui i sintomi si presentano, il modo in cui vengono nominati e diagnosticati, il modo in cui i soggetti - neurodivergenti e non - imparano a stare nel legame.

Se il sintomo si presenta spesso con problema di *overload*, di frizione sensoriale, di ritiro difensivo, allora cambia anche ciò che la diagnosi cerca di nominare. La diagnosi finisce per funzionare come dispositivo che non fotografa soltanto un "disturbo" o uno "spettro", ma può intercettare – spesso senza dichiararlo – un'intera ecologia: affetti, ritmi, standard attentivi, norme conversazionali, aspettative di prestazione relazionale. In questa ecologia si apprende precocemente un certo modo di abitare il contatto: legami più regolabili, presenze meno rischiose, relazioni costruite su soglie e parametri più che su immersioni. Lo spettro, così, non coincide più solo con chi viene collocato "nello spettro"; diventa anche l'orizzonte comune entro cui lo spettro viene nominato, inteso, talvolta dilatato.

Per capire come la forma del legame si stia riconfigurando diventa allora rilevante guardare oltre le categorie cliniche, agli **oggetti che organizzano quotidianamente il modo di stare al mondo**, primi fra tutti quelli del nostro ambiente digitalmente connesso. Questi oggetti non sono soltanto strumenti: partecipano alla modulazione della presenza, alla micro-temporalità dell'attenzione, alla grammatica del contatto. Si potrebbe dire che, sempre più spesso, l'esperienza psichica viene co-costruita dentro un campo che include attanti non umani, dispositivi di previsione e di risposta rapida, rituali tecnici che riducono l'alea dell'incontro.

È così che la tecnologia e i *device* smettono di essere un semplice sfondo e diventano un problema metapsicologico. Non perché "influenzino" dall'esterno - in una modalità causa-effetto - il soggetto, ma perché lo ibridano entrando a far parte del suo modo di articolare identità, bisogni, desideri, fantasie e difese, modificando la qualità dell'Altro e il regime della presenza.

Come scrive Turkle, riprendendo Bollas, «le tecnologie non sono mai

“solo strumenti”. I diversi device (dispositivi) sono invece pensabili analiticamente come oggetti evocativi. Ci fanno vedere noi stessi e il nostro mondo in modo diverso» (Turkle, 2004, p. 18). Se prendiamo sul serio questa affermazione, allora l'interrogativo può cominciare da qui: che soggettività entra in una relazione evocativa con l'oggetto tecnologico nel campo della neurodivergenza? Quale immagine di sé promette il *device* (competenza, controllo, appartenenza, protezione dallo sguardo)? Quale Altro installa (un Altro ideale senza attrito), quale economia dell'eccitazione rende praticabile? E, di conseguenza, come cambia la forma del sintomo quando la via più accessibile non è il compromesso nevrotico, ma il ritiro regolato da un oggetto che – proprio perché evocativo – può diventare ponte o feticcio, spazio potenziale o tana?

Il digitale, in questa cornice, lavora come infrastruttura che rende più praticabili e socialmente efficienti alcune soluzioni difensive. Offre una presenza reversibile, parametrabile, “a controllo di intensità”: contatti che si possono interrompere senza spiegazioni, interazioni che non richiedono la negoziazione del corpo e dello sguardo, ritmi scanditi da notifiche e ricompense. In questo senso il dispositivo non sostituisce l'Altro e però ne ridisegna le condizioni: introduce un regime della presenza in cui l'esposizione può essere ridotta, mentre il ritiro può prendere la forma di una connessione senza incontro.

La decostruzione della diagnosi

Lo stesso movimento di trasformazioni socioculturali produce, e viene a sua volta letto da, un insieme di studi che mette in atto una vera e propria **decostruzione della diagnosi**. L'obiettivo non consiste nel negare la sofferenza; consiste nello spostare l'asse interpretativo dal “difetto dell'individuo” alle norme, alle barriere e alle infrastrutture che stabiliscono chi risulta leggibile come umano competente, desiderabile, adattato. È la strategia inaugurata dai *Disability Studies* (Oliver, 1990) il social model distingue tra *impairment* (una condizione del corpo/mente) e *disability* come svantaggio prodotto dall'organizzazione sociale, dalle aspettative e dagli ambienti che non tengono conto delle differenze.

In questa traiettoria si colloca il paradigma delle neurodivergenze. Storicamente associato alla riflessione di Judy Singer (199) e sviluppato in forme molteplici da comunità e studiosi, propone di trattare le differenze neurocognitive come parte della variabilità umana e come questione di diritti, linguaggi, accomodamenti. Dentro questo quadro, il concetto di **varianza**, così come lo chiarisce Leticia Glocher Fiorini (2004), offre uno snodo teorico particolarmente utile alla psicoanalisi. Varianza nomina una differenziazione che non chiede legittimazione a partire da un modello normativo implicito; consente di pensare configurazioni soggettive singolari senza trasformarle in deviazioni rispetto a uno standard tacito. In questo senso, la varianza non è un'etichetta identitaria e non è una parola-cuscinetto: è un operatore critico che obbliga la clinica a distinguere la sofferenza dalla differenza e a riconoscere quanto spesso la sofferenza venga prodotta dall'urto tra differenza e norma.

La torsione *neuroqueer* (Walker, 2021) radicalizza ulteriormente questa traiettoria di pensiero. *Neuroqueering* non coincide con una semplice somma tra neurodivergenza e queer; funziona come pratica critica che interroga insieme neuronormatività ed eteronormatività, cioè i codici che prescrivono quali menti e quali generi siano ammessi come normali. La posta in gioco riguarda la normalità come tecnologia di potere: una posizione non dichiarata che si presenta come "l'umano in generale" e che si regge sulla marcatura degli altri come eccessivi, inadeguati, incomprensibili. Le genealogie postumane (Braidotti, 2013) e decoloniali (Wynter, S. (2003) hanno mostrato a lungo quanto la figura dell'"Uomo" universale sia stata, storicamente, la maschera epistemica e politica del potere di alcuni.

Una parte della cultura contemporanea ristruttura dunque le categorie con cui chiamiamo "disturbo" ciò che spesso coincide con una frizione tra differenza e norma. Questa doppia dinamica – metapsicologica, perché muta le forme del sintomo e del legame; politico-epistemica, perché rimette in questione gli standard di leggibilità – è il terreno su cui il discorso psicoanalitico è chiamato a muoversi con precisione. La clinica perde consistenza quando scivola nel moralismo; perde altrettanto quando si lascia catturare dall'idealizzazione identitaria. Il lavoro, caso per caso, riguarda piuttosto le condizioni perché una varianza possa diventare forma vivibile, consentendo

una trasformazione possibile e un riconoscimento che non riduca la differenza a deficit e non la trasformi in bandiera.

Autismo, diagnosi e inflazione diagnostica: dal “disordine” alla differenza

Per quanto detto, se l'aumento delle diagnosi di autismo negli ultimi decenni è un dato reale sul piano epidemiologico, il suo significato resta clinicamente e politicamente controverso: non autorizza né la scorciatoia del “tutto è autismo”, né la reazione speculare del “è solo moda”. Una parte consistente della letteratura attribuisce l'incremento a **fattori di accertamento**: ampliamento dei criteri e delle pratiche diagnostiche, maggiore consapevolezza, migliore accesso ai servizi, *diagnostic substitution* (spostamento di diagnosi precedenti verso lo spettro) e accumulo di categorie e comorbidità che rendono più probabile l'etichetta ASD, la cosiddetta “accrezione diagnostica”. In parallelo, la discussione recente insiste sempre più su un punto: “autismo” non va trattato come un'unica entità con una sola causa, ma come uno spettro eterogeneo, ma proprio questo, a ben guardare, rende inevitabile che i confini diagnostici diventino mobili e sensibili al contesto clinico-culturale.

La svolta proposta dalla **neurodiversità** (Singer, 1999) diventa così decisiva per non trasformare l'inflazione diagnostica in una caccia alle streghe o in forma di autogiustificazione culturale. Singer propone di leggere le differenze neurocognitive in analogia alla biodiversità: non cancellare la sofferenza e i bisogni di supporto, ma smontare l'idea che la deviazione dalla norma coincida automaticamente con un difetto da correggere.

Per la psicoanalisi questo è un vincolo metodologico: evitare che la diagnosi diventi una **narrazione totalizzante** che copre il singolare (storia, fantasmi, difese, vergogna, affetti e tracce corporee, elementi traumatici), e insieme evitare l'errore opposto — “de-diagnosticare” — quando la diagnosi è ciò che finalmente rende leggibili bisogni, accomodamenti e diritti.

Il quadro si complica ulteriormente perché oggi la diagnosi non circola solo tra clinici e servizi: circola negli algoritmi dei social. Studi recenti (Foster, 2024) parlano di “**platformed diagnosis**”, cioè del modo in cui

piattaforme come TikTok possono funzionare, per alcuni, come spazio di esplorazione identitaria e accesso a linguaggi di sé, ma anche come meccanismo di targeting che spinge verso autoattribuzioni rapide, a volte imprecise, con effetti sulle decisioni sanitarie e sul rapporto con la cura. È qui che la critica psicoanalitica alla patologizzazione può diventare più fine: non si tratta di squalificare l'autodiagnosi in blocco (spesso nasce da un vuoto di riconoscimento), né di celebrarla come liberazione automatica. Si tratta di tenere ferma una distinzione clinicamente utile: diagnosi come strumento e processo (per orientare supporti e comprensione) versus **diagnosi come destino** (etichetta che chiude il lavoro psichico). In altre parole: l'inflazione diagnostica non è solo una questione di "numeri", ma il segno di una mutazione del campo in cui il soggetto cerca cornici di senso rapide per non restare solo con l'enigma della propria sofferenza — e proprio per questo il compito analitico diventa restituire tempo, terzietà e possibilità di simbolizzazione, senza sottrarre dignità politica alla differenza neurodivergente.

Proprio in quest'area la psicoanalisi può incontrare il suo compito più specifico: non scegliere tra l'etica del riconoscimento e la metapsicologia, ma farle lavorare insieme. Perché, se la diagnosi può diventare un destino quando viene usata come *risposta satura* alla sofferenza soggettiva, la mutazione contemporanea consiste anche nel fatto che le risposte — oggi — non arrivano solo dalle istituzioni cliniche o dai discorsi sociali, ma da un intero ecosistema di dispositivi e discorsi che si offrono come scorciatoie di senso, regolazione e appartenenza. In altre parole: la dignità della neurodivergenza si gioca anche nel modo in cui il soggetto viene "preso" (o lasciato) da questi oggetti culturali e sempre più spesso digitali, e nel tipo di legami che essi rendono possibili o impossibili.

Dana Amir (2018), leggendo *Orlando*, usa un'immagine. Riprendendo Britton (1998), parla dell'"altra stanza" come di uno spazio psichico che consente la coesistenza di più registri senza collassarli in un'unica verità: una stanza dove l'esperienza può restare in trasformazione, dove ciò che si è non coincide interamente con ciò che si pensa di essere, e dove la continuità non richiede rigidità. In questa prospettiva, la diagnosi diventa clinicamente feconda quando funziona come porta verso l'altra stanza —

un modo per rendere leggibili bisogni e accomodamenti — e diventa clinicamente povera quando pretende di essere destino.

Il rischio, oggi, è che la diagnosi “satura” si trasformi in una nuova forma di binarismo: dentro/fuori, neurotipico/neurodivergente, cura/negazione del problema. È un binarismo particolarmente seducente perché promette riconoscimento, ma come ogni soluzione binaria, riduce la complessità e alza il prezzo del legame, chiedendo al soggetto di esistere soprattutto come categoria. La clinica psicoanalitica, invece, prova a sostenere un movimento più delicato: tenere insieme il valore politico del nome e l'irriducibilità del singolare; mantenere accessibile il diritto al riconoscimento senza chiudere la domanda sulla sofferenza, sulle difese, sulla vergogna e sui modi incarnati della relazione.

Si tratta allora, per citare Bion di trasformare la diagnosi da cut, un taglio che stabilizza una certezza, in *caesura* (1977), un intervallo che permette trasformazione: lo spazio in cui la diagnosi può essere usata senza diventare un assoluto, e in cui la varianza può essere riconosciuta come forma di vita senza essere immediatamente convertita in norma alternativa. In una cultura che tende a premiare la chiarezza istantanea, la psicoanalisi può offrire qualcosa di contro-intuitivo e necessario: tempo, e quindi complessità, terzietà, e quindi gioco.

BIBLIOGRAFIA

Amir, D. (2018). The Two Sleeps of Orlando: Transsexuality as Caesura or Cut. In O. Gozlan (Ed.), *Current Critical Debates in the Field of Transsexual Studies: In Transition* (pp. 36–47). London & New York, Routledge.

Berardi, F. “Bifo”. (2021). *Il terzo inconscio. La psicosfera nell'era virale*. Milano, Nottetempo.

Bion, W. R. (1962). *Learning from Experience*. London, Heinemann.

Bion, W. R. (1977/1992). *Cesura*. In W. R. Bion, *Due saggi: La griglia e Cesura* (trad. it., pp. [pagine]). Roma, Astrolabio / Ubaldini.

Bollas, C. (2009). *Il mondo dell'oggetto evocativo* (trad. it. G. Noferi). Roma, Astrolabio. (Ed. orig.: *The Evocative Object World*. London, Routledge, 2009).

Botha, M., et al. (2024). The neurodiversity concept was developed collectively: An overdue correction on the origins of neurodiversity theory. *Autism*.

- Braidotti, R. (2013). *The Posthuman*. Cambridge, Polity.
- Britton, R. (1998). The other room and poetic space. In R. Britton, *Belief and imagination: Explorations in psychoanalysis* (pp. 120–127). London, Routledge.
- Garland-Thomson, R. (1997). *Extraordinary Bodies: Figuring Physical Disability in American Culture and Literature*. New York, Columbia University Press.
- Foster, A. (2024). *TikTok-inspired self-diagnosis and its implications*, Psychodynamic Practice, Taylor & Francis).
- Glocer Fiorini, L. (2004). *Lo femenino y el pensamiento complejo*. Buenos Aires, Lugar Editorial.
- Green, A. (1990). *La folie privée*. Paris, Gallimard.
- Kernberg, O. F. (1975). *Borderline Conditions and Pathological Narcissism*. New York, Jason Aronson.
- Le Breton, D. (2015). *Disparaître de soi. Une tentation contemporaine*. Paris, Métailié.
- Oliver, M. (1990). *The Politics of Disablement*. London, Macmillan.
- Singer, J. (1999). *NeuroDiversity: The Birth of an Idea*. (Origini nel lavoro accademico di fine anni '90).
- Walker, N. (2021). *Neuroqueer Heresies: Notes on the Neurodiversity Paradigm, Autistic Empowerment, and Postnormal Possibilities*. Fort Worth, TX, Autonomous Press.
- Wynter, S. (2003). Unsettling the Coloniality of Being/Power/Truth/Freedom. *CR: The New Centennial Review*, 3(3), 257–337.

**Far sopravvivere
la psicoanalisi
nelle istituzioni,
per dare fiducia
nei futuri possibili.
Un dialogo tra
generazioni**

Filippo Maria Moscati, Flavia Capozzi

Prendersi cura di persone con autismo e le loro famiglie è molto complesso, difficile e faticoso: *"la sfida per raggiungere l'umanità nascosta delle persone autistiche è racchiusa tutta nella possibilità che l'operatore si costituisca 'figura di riferimento', cioè, che nella sua mente si apra lo spazio per una relazione che tutto, ma proprio tutto, contribuisce a dichiarare improbabile"* (Mistura, 2006).

Cosa permette a un operatore di tenere aperto quello spazio, anno dopo

anno, dentro un'istituzione che spesso non lo sostiene? Flavia Capozzi ha lavorato per oltre trent'anni come dirigente medico in qualità di neuropsichiatria infantile presso il Dipartimento di Scienze Neurologiche, Psichiatriche e Riabilitative dell'età evolutiva, dell'Università Sapienza, nel Policlinico Umberto I a Roma, ricoprendo anche il ruolo di ricercatrice e dedicandosi al trattamento dei disturbi del neurosviluppo. Essendo psicoanalista e lavorando nelle istituzioni ha dovuto effettuare un faticoso e specifico lavoro psichico di continua integrazione del suo vertice con le linee guida e i mandati che l'istituzione (locale, regionale, nazionale) dispone. Ha inoltre attraversato sia gli anni d'oro della psicoanalisi nella neuropsichiatria infantile sia gli anni del suo declino, a favore di più "incoraggianti" e "pragmatici" interventi divenuti così il "Gold standard" per il trattamento; dinamiche analoghe a quanto successo tra la psichiatria e la psicoanalisi. Lavorare nelle istituzioni è soprattutto lavorare dentro e con un gruppo eterogeneo, composto da individui diversi per formazione, funzioni e responsabilità, ma anche per umanità, desiderio di impegnarsi e origini. Leggendo l'intervista il lettore potrà comprendere come il lavoro con l'autismo richieda ancor di più una capacità integrativa dell'équipe, per contrastare il rischio di frammentazione che la condizione autistica determina. Flavia Capozzi descrive inoltre come una personale esperienza analitica permetta un continuo dialogo con l'alterità, mantenendo l'ascolto di sé senza che questo comprometta l'ascolto degli altri, e viceversa. Mostra infine quanto sia possibile generare un dialogo non solo tra genitori e figli, ma anche tra generazioni di operatori, facendo sì che l'eredità non soffochi ma aiuti la generazione successiva ad accedere alla propria virtualità sana (Garcia Badaracco, 2000). Questo può mantenere gli operatori vivi e il loro intervento terapeutico vitale, a sostegno dello sviluppo potenziale presente anche nelle condizioni croniche come l'autismo.

Filippo Maria Moscati (FMM): *Cominciamo con una domanda difficile per poi entrare più nel dettaglio. Data la sua lunga esperienza nel campo dell'autismo, quale sono gli aspetti centrali da tenere a mente per il suo trattamento?*

Flavia Capozzi (FC): Ormai si parla di spettro autistico o di "autismi" al plurale, riconoscendo la complessità e la molteplicità di espressione di questo

disturbo, a cui non può essere data una sola risposta, una cura unica, uguale per tutte le fasi evolutive dall'infanzia all'età adulta. È ormai condiviso dalla comunità scientifica che l'autismo o disturbo dello spettro autistico è un disordine del neurosviluppo, che si manifesta nella prima infanzia come disturbo di relazione, caratterizzato da atipia/deficit nella comunicazione e nell'interazione sociale associato ad interessi ristretti e ripetitivi. Nell'ultima edizione del DSM V vengono aggiunti alcuni specificatori come la presenza o assenza di compromissione cognitiva, determinante nella qualità e grado di gravità del disturbo autistico. Quest'ultimo aspetto a mio avviso è stato sottovalutato in passato dalla psicoanalisi, nella mia esperienza clinica i bambini con autismo ad alto funzionamento cioè con un livello intellettuale nella norma, hanno un quadro sintomatologico caratterizzato da atipie comunicative più che da deficit, difficoltà interattive-sociali, da rituali e rigidità più che stereotipie, presentano anche forte ansia al minimo cambiamento e buoni apprendimenti accademici. Mentre i bambini a basso funzionamento appaiono più isolati e chiusi, la loro comunicazione assente o ecolalica, presentano intense stereotipie, difficoltà importanti di comprensione e rappresentazione. All'interno della stessa diagnosi abbiamo perciò quadri clinici molto diversi per sintomatologia, grado di gravità, fase evolutiva, contesto socio familiare, per questo non possiamo proporre a tutti la stessa terapia. Anche per l'autismo c'è ormai un approccio multimodale, in cui diversi tipi di interventi, riabilitazione, psicoterapia, farmacoterapia si integrano o si alternano, anche se ancora molti psicoanalisti B/A continuano a pensare che la psicoterapia sia l'unica terapia possibile, la via maestra per l'autismo e per tutti i disturbi dell'età evolutiva.

FMM: *Anche se lei non offriva una psicoterapia, aveva comunque un pensiero psicoanalitico ad accompagnarla nell'intervento.*

FC: Credo che la psicoanalisi si sia poco confrontata con certe realtà come la disabilità e la cronicità. L'autismo è una disabilità del neurosviluppo, da cui spesso non si guarisce, e va affrontata come tale. Questo significa che la diagnosi è solo il punto di partenza di una presa in carico a lungo termine, integrata e multidisciplinare, flessibile ai bisogni delle diverse fasi evolutive. Vuol dire confrontarsi con il limite e prendersi cura dei bambini, adolescenti, giovani adulti insieme alla famiglia, scuola, contesto sociale durante tutto il per-

corso di crescita. Come ripeteva Bollea "si cresce con il disturbo e nonostante il disturbo". Non c'è un'unica risposta terapeutica, adatta per tutte le stagioni, quello che per me è stato irrinunciabile nella cura dei disturbi in età evolutiva, non solo per l'autismo, è il lavoro con le famiglie, che vanno accompagnate e sostenute nella crescita loro e dei figli, con un approccio non educativo, come il parent training. Ho offerto un aiuto evolutivo, maturato all'interno del pensiero psicoanalitico, centrato non solo sulla disabilità/disturbo del bambino o solo sui genitori in difficoltà ma sulla dinamica della relazione genitori-figlio alterata dal disturbo durante lo sviluppo.

FMM: *Nella sua esperienza istituzionale come ha integrato la sua formazione analitica all'interno di un'istituzione che deve rispettare linee guida e mandati specifici, che possono indirizzare gli interventi anche in una direzione lontana dal pensiero psicoanalitico?*

FC: Allora, nel lavoro istituzionale ho da sempre avuto il bisogno di far dialogare in me la medicina/neuropsichiatria infantile e la psicoanalisi, non è stato difficile trovare un accordo su tre concetti base: l'unità corpo-mente; la relazione, cioè il fatto che ogni individuo si sviluppa all'interno di una relazione madre-bambino-ambiente; e lo sviluppo, le diverse fasi di vita infanzia, adolescenza, adulthood, vecchiaia. Questi tre concetti mi hanno guidato nel lavoro istituzionale ma anche nell'attività da psicoanalista con gli adulti e mi hanno permesso di interagire senza particolari contrasti e in modo reciprocamente arricchente con colleghi e operatori con formazioni diverse. Ho basato su questi principi anche l'insegnamento, che per molti anni ho tenuto al corso di laurea per Terapisti della Neuropsicomotricità dell'età evolutiva. L'intervento in riabilitazione si deve rivolgere non alla disabilità ma a quel bambino unico con quella disabilità, che ha la sua personalità, le sue emozioni, le sue relazioni e vive in quella determinata situazione familiare, scolastica, ambientale. Alle terapisti raccomandavo di occuparsi del recupero funzionale, senza mai dimenticare gli aspetti emotivi e relazionali presenti in ogni atto di cura. Sottolineavo anche la necessità di modulare l'intervento in rapporto alle diverse fasi evolutive sia in riabilitazione che in psicoterapia: con un bambino piccolo ci giochi, ci si muove molto; con un bambino più grande fai attività più strutturate, giochi di regole, narrazioni, disegni. Anche

in psicoterapia man mano che si cresce si parla di più e si agisce di meno. Un bambino va visto nella sua unità corpo-mente e anche se viene portato per un problema di ansia o una difficoltà di relazione, non si può fare a meno di osservare come si muove, come cammina, se corre, se va in bicicletta, se sa nuotare, se scrive, se sa leggere, se si veste da solo ecc. Il corpo, il movimento, sono fattori fondamentali nello sviluppo della persona soprattutto nell'infanzia e adolescenza, questo è molto presente in neuropsichiatria infantile meno nella formazione psicoanalitica.

FMM: *Osservare la motricità è in realtà osservare come viene integrata la mente con il corpo.*

FC: Certo. Ci sono bambini impacciati, goffi, che si muovono poco e male, mentre le idee e fantasie sono ricche e vanno molto veloci. Questo crea una disunione, una dissociazione tra pensiero e azione, che può determinare problematiche emotive e relazionali. L'avvento del digitale, con tablet, videogiochi, smartphone, non ha facilitato l'integrazione tra azione e pensiero, ormai basta uno strisciamento del dito per cambiare immagine molto rapidamente e alcuni bambini non sanno più sfogliare le pagine di un libro. Io credo che si debba osservare e ascoltare un bambino con tutti i sensi e per questo c'è bisogno di più sguardi, più menti che lavorano insieme, un lavoro di equipe. Sappiamo anche quanto il corpo e il muoversi siano importanti anche in adolescenza, sono il loro biglietto da visita, non possiamo pensare che una bassa statura, non sapere giocare a pallone, essere grassi o troppo magri siano aspetti neutrali nella costruzione dell'identità, dell'affettività e socialità di un adolescente.

FMM: *Lei ha anche scritto diversi articoli sul lavoro con i genitori e la presa in carico come equipe.*

FC: La presa in carico è un lavoro specificatamente istituzionale, che considero indispensabile soprattutto quando sappiamo che quel disturbo accompagnerà il bambino nell'intero arco di crescita, come avviene per i disturbi del neurosviluppo: autismo, dislessie, ADHD, disturbo di coordinazione motoria e di linguaggio, e disabilità intellettiva. È un lavoro di rete, a lungo termine, flessibile che coinvolge bambini/adolescenti, genitori, educatori, curanti. In passato nei servizi operava l'equipe formata dal medico speciali-

sta, psicologa, terapeuta, assistente sociale, figure ormai scomparse dai servizi per l'età evolutiva e spesso lo specialista NPIA lavora completamente da solo e questo impoverisce e limita molto l'azione terapeutica. La presa in carico, il prendersi cura, è una cornice generale, un contenitore, all'interno della quale il curante, case manager insieme all'equipe inserisce i diversi interventi e terapie rivolti al bambino e ai genitori come psicoterapia, riabilitazione, valutazioni, esami strumentali (es. EEG, RMN), terapia della coppia genitoriale, counseling con gli insegnanti.

FMM: *Dalla sua esperienza: che posizione ha oggi la psicoanalisi rispetto a questo? Riesce ancora a trovare uno spazio nelle istituzioni? Soprattutto nella neuropsichiatria infantile che si occupa di autismo?*

FC: Oggi la psicoanalisi ha una visione più realistica meno onnipotente di un tempo del tipo "io ti salverò" nei riguardi dell'autismo, gli psicoanalisti sono oggi più consapevoli dei limiti che il trattamento analitico può avere su chi è affetto da autismo. Contemporaneamente a questa presa di coscienza è cresciuto un forte pregiudizio nei confronti della psicoanalisi e psicoterapie in genere, rimaste fuori dalle linee guida sull'autismo, per cui nei servizi pubblici al momento vengono prescritti in caso di autismo solo interventi di tipo riabilitativo o cognitivo-comportamentale. Sono scelte ideologiche e politiche più che basate su evidence-based-medicine. Lebovici scriveva già nel 1998 che considerare i bambini autistici non più psicotici ma disabili rischia di lasciare i genitori senza alcuna assistenza. La disabilità è come un "mezzo lutto", un lutto non elaborabile, una mancanza sempre presente, che ti viene ricordata ogni giorno. Una madre mi disse "È come avere una spina nel piede, ad ogni passo sento il dolore". È una sofferenza difficile da sopportare anche per l'operatore, che ne può rimanere schiacciato. Penso che il pensiero psicoanalitico possa avere un ruolo di sostegno all'interno dell'istituzione sia per i bambini/adolescenti che per gli adulti, genitori, insegnanti, operatori. Punterei non tanto a fare più psicoterapie individuali nei servizi, quanto a costruire e diffondere un setting istituzionale, un assetto mentale, un ascolto psicoanalitico necessari a rivitalizzare e risignificare una pratica clinica, spesso ridotta ad un vecchio rituale, svuotato di senso. Vedrei una psicoanalisi applicata alle istituzioni, che con gruppi di discussione e supervisione di casi clinici,

seminari analitici di gruppo, gruppi di psicoanalisi multifamiliare. Tutto questo potrebbe dare un importante contributo alla promozione della salute mentale.

FMM: *È importante tenere a mente la sofferenza dei genitori, che si trovano a vivere un lutto inelaborabile. Hanno figli con cui è difficile sentire una reciprocità emotiva: non perché non i figli non esprimano il loro affetto, ma perché lo fanno con una modalità che necessita di essere decodificata. Il sorriso di un bimbo che ti guarda negli occhi a 5 mesi...quel sorriso permette di dirsi: "Mi sono fatto le notti insonni, però ne è valsa la pena." Nell'autismo questo può mancare o almeno non è presente nella forma che ci aspettiamo. Quei genitori devono imparare, dolorosamente, a coglierle quella risposta. E c'è bisogno di qualcuno che li aiuti.*

FC: Ho lavorato per più di trenta anni nell'Istituto di Neuropsichiatria Infantile "Giovanni Bollea" e ho seguito bambini durante il loro sviluppo dai 3 anni ai 18 anni, ho conosciuto la disabilità, la cronicità, l'acuzie, l'urgenza e la trasformabilità dei disturbi, caratteristica specifica dell'età evolutiva. Per la psicopatologia dell'età evolutiva, spesso cronica ma al tempo stesso urgente e mutevole, è necessario un curante presente e affidabile, che sappia rispondere ai diversi bisogni di questa popolazione, in grado di ricordare e testimoniare i cambiamenti, scommettere su un futuro possibile ridisegnando insieme ai genitori un nuovo percorso di crescita per loro e per il figlio. Ricordo una mamma che era molto arrabbiata perché sua figlia con sindrome di Down, ogni sera quando tornava dal lavoro, si faceva la pipì addosso. La mamma era arrabbiata perché lo faceva solo con lei. Io le dissi: "Beh, riconosce la sua mamma dopo una lunga assenza, significa che le è mancata e ora vuole tutta la sua attenzione." È merito della psicoanalisi se sono riuscita ad aiutare quella mamma a trovare un nuovo modo per guardare e capire sua figlia, non considerando il suo comportamento solo in termini di dispetto o inadeguatezza. In modo semplice si può aiutare a trovare il senso di un agito o di un pianto, riconoscere un'emozione, ma anche condividere la fatica e il dolore. Se non avessi avuto la psicoanalisi con me, non ci sarei riuscita. Ma il complimento più frequente, che mi facevano i colleghi era "non sembri una psicoanalista".

FMM: *Psicoanalista in incognito!*

FC: Questo atteggiamento sottotono, di una che non crede di avere la verità in tasca, mi ha permesso di rientrare in istituto e di attivare insieme a Giacolini un gruppo di Psicoanalisi Multifamiliare con gli adolescenti del Diurno Psichiatrico. Alcuni specializzandi partecipano come facilitatori al gruppo con molto interesse. La loro partecipazione è una goccia preziosa nella loro formazione. Sembra impossibile che nell'istituto, che fu sede nel 1976 del primo corso di Psicoterapia Psicoanalitica dell'infanzia e adolescenza in Italia, la psicoanalisi ora sia guardata con sospetto o addirittura come un pericolo, "una peste", e sia quasi scomparsa dalla attività clinica e dalla formazione dei futuri neuropsichiatri infantili. Un vero disastro, una perdita per la neuropsichiatria infantile ma anche per la psicoanalisi.

FMM: *Voi generosamente cercate di lasciare un po' di eredità, sperando ci sia qualcuno che la colga. Mi viene in mente che è stata anche ricercatrice. Come e quanto è stato possibile fare ricerca sulla psicoanalisi ?*

FC: Sono stata una ricercatrice universitaria atipica avendo privilegiato più l'assistenza, la clinica e la didattica rispetto alla ricerca e alle pubblicazioni. Per esperienza è difficile e molto impegnativo fare ricerca su popolazioni cliniche, quella che mi interessava, tante sono le variabili relazionali, sociali, terapeutiche che incidono sull'evoluzione di un disturbo. Ma mi rendo conto che come psicoanalisti se non iniziamo ad impegnarci nella ricerca clinica e continuiamo a pubblicare solo su singoli *case report* sulle nostre riviste di nicchia senza confrontarci con il mondo scientifico, la psicoanalisi continuerà a rimanere ai margini del dibattito scientifico e fuori dalle scelte politiche riguardanti la salute mentale e la sua cura, come è avvenuto per l'autismo. In quest'ottica insieme a Giacolini stiamo portando avanti un progetto di ricerca sui gruppi di psicoanalisi multifamiliare con l'università e i servizi territoriali.

FMM: *A proposito dei servizi territoriali: nei Centri di Salute Mentale è molto difficile vedere la presa in carico di persone adulte con autismo. Ma d'altra parte sarebbe cimentarsi con un campo quasi sconosciuto: da psichiatra mi rendo conto che ho avuto pochissima formazione sull'autismo, e nulla sull'autismo nella vita adulta.*

FC: I bambini con autismo diventati adulti o “guariscono” miracolosamente e scompaiono dai servizi di salute mentale. Se sono autismi ad alto funzionamento almeno in passato venivano diagnosticati dagli psichiatri come psicotici o schizofrenici. Mentre l'autismo a basso funzionamento viene tuttora considerato solo come deficit intellettivo e dirottato direttamente verso i servizi dei Disabili Adulti.

FMM: *Nel 2023 sono state prodotte le nuove linee guida per il trattamento degli adulti con diagnosi di autismo, in indica la necessità di costruire un “progetto di vita” per i pazienti. Questo presupporrebbe una forte integrazione tra vari ambiti sanitari, non ultimo proprio quello della psichiatria degli adulti. Nella sua esperienza, si è riusciti a realizzare questa indicazione?*

FC: Non credo che al momento attuale gli psichiatri siano interessati a seguire e curare in età adulta i disturbi del neurosviluppo come l'autismo, la dislessia, l'ADHD, il disturbo dello sviluppo intellettivo. Sebbene sappiamo che i soggetti con disturbi del neurosviluppo già in età adolescenziale e ancor di più da adulti presentino con alta frequenza una comorbidità psichiatrica. Non mi sembra che gli psichiatri degli adulti siano stati formati su queste patologie né vogliano mettere in discussione il loro modello biogenetico e psicofarmacologico a favore di un lavoro più ampio con le famiglie e la scuola. Per questo non sono d'accordo con la transizione anticipata cioè al passaggio dai 14 anni dei ragazzi nei servizi di psichiatria degli adulti, come viene prospettato nel PANSM 2025-2030. Di fronte ad un'emergenza psichiatrica, che interessa soprattutto i ragazzi e all'esordio di disturbi psichiatrici (Depressione, disturbi alimentari) in età sempre più precoci già a 9-11 anni, invece di dare più risorse ai servizi, che si occupano da sempre di salute mentale dei minori, si sta decidendo di inviare gli adolescenti nei servizi di psichiatria degli adulti. Si rischia a mio parere di dare loro un precoce stigma prima che abbiano costruito una loro identità. Questo avviene in una fase di vita in cui è molto difficile differenziare un disagio psicosociale, una crisi evolutiva propria dell'età da un disturbo francamente psichiatrico. Il visionario Bollea, fin dal primo momento della fondazione della disciplina (1966), ha chiesto ai politici una legge a tutela della salute mentale dei minori. Purtroppo il sogno è rimasto nel cassetto nonostante l'impegno di pochi illuminati neuropsichiatri infantili. Ultimamente ho letto il report sulla Salute

Mentale del Ministero della Salute per il 2024, da poco pubblicato, che riporta dati solo sugli adulti e ignora l'emergenza salute mentale dei minori, figli di un Dio minore.

FMM: *È paradossale come la psichiatria, trattata da "sorella minore" dalla "medicina", si faccia "fratello maggiore" della neuropsichiatria infantile.*

FC: La neuropsichiatria è schiacciata non solo dalla psichiatria, che pensa di poter curare ragazzi, che vanno ancora a scuola e vivono in famiglia, solo con i farmaci, ma anche dalla pediatria che pensa di curare un disturbo neurologico o del neurosviluppo come l'epilessia o l'autismo senza occuparsi dei vissuti familiari, degli apprendimenti scolastici, della socialità di quel bambino. Per un periodo la neuropsichiatria infantile era nel Dipartimento con la pediatria. Quando lamentavo la carenza di personale della neuropsichiatria infantile, i pediatri mi rispondevano: "noi curiamo i bambini con la leucemia, i nostri pazienti muoiono". Non capivano che anche i nostri bambini e ragazzi, se non curati, possono morire, di una morte psichica. Riemerge ancora una volta la difficoltà da parte dei medici di mettere insieme corpo e mente. Da alcuni anni la Neuropsichiatria Infantile è tornata a far parte del Dipartimento di Neuroscienze Umane e Salute Mentale della Sapienza, Università di Roma.

FMM: *Questo equilibrio tra corpo e mente va trovato innanzitutto nella mente di chi cura. Altrimenti è molto difficile trasmetterlo ai genitori dei bambini con disabilità, come i bambini autistici. Dobbiamo accettare di rimanere sul crinale corpo-mente per tenerli insieme.*

FC: In quello che tu dici mi ritrovo molto, spesso in istituto mi piaceva definirmi una borderline, rivendicavo di rimanere al confine del corpo-mente, tra neuropsichiatria infantile e psicoanalisi, una posizione rischiosa quella di non definirsi completamente, ma quella dove mi sentivo più a mio agio. E tuttora invito i giovani specializzandi a coltivare il dubbio più che le certezze.

FMM: *E a proposito di questo, volevo riprendere una cosa che ha detto prima: il ruolo degli operatori. Pensavo ai gruppi multifamiliari, che aiutano anche i curanti, e alla fatica di confrontarsi quotidianamente con una condizione cronica come l'autismo che può essere logorante, anche se gli opera-*

tori nel tempo capiscono come leggere anche le micro-evoluzioni. Diceva che la psicoanalisi la ha aiutata ad evitare questo logorio. Nella sua esperienza, c'è stato qualcosa che ha aiutato gli operatori ad andare avanti, a mantenere la loro vitalità, a non diventare "morti dentro"?

FC: Tre fattori mi hanno molto sostenuto, lavorare con i bambini e i ragazzi, che trasmettono un carico di energia nonostante la sofferenza accumulata, il pensiero psicoanalitico e il gruppo di lavoro dell'istituto fatto da infermieri, terapisti, studenti, tirocinanti, specializzandi, colleghi, sempre stimolante e arricchente nella sua diversità. Il lunedì mattina c'era la riunione con tutto il gruppo degli operatori per conoscere e discutere i bambini che iniziavano l'osservazione nel Diurno Diagnostico dei Disturbi del Neurosviluppo. Il gruppo con gli operatori, specializzandi, tirocinanti aveva una forte carica vitale, il confronto con le nuove generazioni di professionisti è l'unico aspetto che mi manca del mio lavoro da neuropsichiatra infantile. Ho fatto con regolarità gruppi con i genitori dei bambini di 3-4 anni, che frequentavano il Diurno Terapeutico, ma anche un gruppo con gli infermieri del Reparto di Degenza Neurologica. Sono riuscita a lavorare nell'istituzione finché ho trovato un accordo, un compromesso, come diceva Claudio Neri: se vuoi lavorare in un istituzione non puoi metterti contro, devi stabilire un'alleanza e così avviene anche con i genitori dei nostri bambini.

FMM: *Come con i genitori è inutile "mettersi contro" perché sono i primi ad essere in difficoltà, anche con l'istituzione non ha molto senso "mettersi contro" perché l'istituzione siamo anche noi, se ci stiamo dentro. Finiremmo per lottare con noi stessi. Se vogliamo trasformare, bisogna scendere a patti e a poco a poco tentare di avviare un cambiamento. Come nel gruppo multifamiliare: cercare di cogliere dei bisogni delle famiglie (che a volte le istituzioni lasciano cadere) senza imporsi. Se si prova ad agire bruscamente senza avere sufficiente potere decisionale, le istituzioni espellono, come hanno fatto con la psicoanalisi. Noto che nei suoi esempi, i fondatori della neuropsichiatria erano sempre in due. Da soli non si può fare nulla...*

FC: A questo proposito desidero ricordare Francesca Piperno, la mia compagna istituzionale, la sua perdita è stato un duro colpo per me. Entrambe ricercatrici, lei psicologa, io medico, lavoravamo nello stesso servizio, fianco a fianco, anche se con interessi e modalità diverse. La psicoanalisi, matrice

comune per entrambe, ha funzionato da collante e stimolo reciproco. Nella prima consultazione cercavo di instaurare una relazione con il bambino da solo, poi facevo entrare i genitori, che mi raccontavano il motivo della visita, a volte li interrompevo per chiedere al figlio, bambino di 7-8 anni, se era d'accordo con quello che i genitori stavano dicendo. Pian piano nel tempo e grande continuità si creava un legame. Non era una psicoterapia né tanto meno un'analisi ma si era stabilito una sorta di setting istituzionale, una base sicura, non mi facevo mai sostituire se dovevo assentarmi spostavo l'appuntamento, sapevano che li tenevo in mente, che mi ricordavo di loro.

FMM: *Sapere che c'è qualcuno che ti ha in mente... e che svolge una funzione temporale.*

FC: I genitori di un figlio con autismo o una disabilità perdono il senso del tempo, dello sviluppo "è sempre tutto uguale, è rimasto piccolo" anche a 15 anni, una crescita bloccata dal disturbo, dalla disabilità. Cercavo di rimettere in moto le lancette del tempo, funzionavo da memoria per loro. Man mano si andava costruendo un percorso di crescita, che interessa tutte e due le parti, figli e genitori, come scriveva Winnicott in *Gioco e Realtà* "la psicoterapia ha a che fare con due persone che giocano insieme".

FMM: *Questo lavoro su tutte e due le parti credo che sia il punto centrale. Ed è poi quello che i gruppi multifamiliari cercano di fare: aiutare a crescere entrambe le parti della relazione genitori-figli.*

FC: Nella terapia di un adulto puoi immaginare com'è stata la madre o il padre, sono genitori ricordati, raccontati, sognati. Nella cura di un bambino o adolescente i genitori sono presenti e reali. Puoi fare poco per quel bambino o adolescente se non coinvolgi i genitori e stabilisci con loro un'alleanza, un clima di fiducia affinché anche il bambino possa affidarsi a sua volta al curante.

FMM: *Pensavo: se il bambino sente che tu hai in mente come si è sentito visto dal genitore, si affida. E poi proporgli un altro sguardo, un altro modo di essere visti, può davvero dare vita. A proposito di quella vita minacciata di cui parlava...*

FC: Nell'autismo il lavoro con i genitori rimane al centro come sempre dovrebbe avvenire nella cura della salute mentale dei minori. Un counseling psicodinamico può aiutare i genitori a guardare il proprio figlio in modo nuovo, non solo in termini di malattia, deficit, inadeguatezza, colpa. Il mio obiettivo è stato quello di ridisegnare insieme ai genitori un percorso di crescita e autonomia e, questa volta con "memoria e desiderio", trasmettere fiducia e speranza verso i tanti futuri possibili per quel figlio.

BIBLIOGRAFIA

- Badaracco, J. E.G. (2000). *La Psicoanalisi Multifamiliare*, Torino, Bollati Boringhieri.
- Mistura, S. (2006), introduzione in Ballerini, A., Barale, F., Gallese, V., Ucelli, S. (2006). *Autismo. L'umanità nascosta*. Torino, Einaudi.

I do not like metaphors

**Figure dell'autismo nella letteratura:
tra enigma e forma, un punto di vista
psicoanalitico**

Valeria Condino, Leonardo Spanò

"It was 7 minutes after midnight."

Così si apre *The Curious Incident of the Dog in the Night-Time* di Mark Haddon. Un'ora precisa, registrata con ossessiva maniacalità, che inaugura non solo un racconto ma anche una modalità di coscienza: il tempo come elemento bruto, non come atmosfera, la realtà come pura registrazione e non come simbolo.

L'incipit del romanzo non introduce quindi soltanto una storia, ma piuttosto una peculiare maniera di fare esperienza: il tempo appare come un semplice dato, niente più che una sequenza di numeri, la realtà come una successione ordinata e descrivibile di singoli fatti, il mondo come un problema da ordinare. La rappresentazione letteraria dell'autismo si colloca, fin dalle sue prime formulazioni, nel punto di frizione tra soggettività e simbolizzazione. Là dove la tradizione narrativa occidentale presuppone una mente immersa nel linguaggio, nel desiderio e nell'ambiguità, il personaggio autistico appare spesso come una coscienza che *fatica a abitare pienamente la scena simbolica*. La letteratura, più che spiegare l'autismo, ne fa emergere il valore di enigma: una forma di soggettività che interroga i fondamenti stessi della rappresentazione psichica.

L'autismo in letteratura si presenta infatti come una *sfida alla rappresentazione stessa*, come ciò che eccede o svuota il dispositivo simbolico. La letteratura, che è per vocazione il luogo dell'interiorità e dell'incertezza, incontra qui una soggettività spesso descritta come *refrattaria alla metafora*, all'empatia immediata, al gioco degli specchi intersoggettivi. Non ne può che nascere una tensione feconda: come scrivere una mente che sembra sottrarsi alla scena dell'Altro?

Per Freud, come sappiamo, la vita psichica – la soggettività – nasce nello scarto tra pulsione e rappresentazione: l'apparato mentale è, prima di tutto, un *dispositivo di simbolizzazione*. L'autismo, così come viene spesso figurato in letteratura, sembra collocarsi in una zona in cui tale trasformazione appare fragile o incompleta, dove la rappresentazione fatica a costituirsi: la cosa fatica a diventare segno, l'esperienza a diventare racconto; lo possiamo pensare come un *disturbo del rapporto con il simbolico*. Non sorprende, dunque, che molta narrativa insista su una percezione concreta, quasi iper-realistica, del mondo.

Christopher, il protagonista del libro di Haddon, afferma: "I do not like metaphors." Il rifiuto della metafora, che per Freud è già presente nel lavoro onirico come spostamento e condensazione, segnala una difficoltà nell'abitare il linguaggio come campo di sostituzioni. In termini lacaniani, potremmo dire che la catena significante tende a irrigidirsi: il segno non scivola, non rinvia, non apre ma resta ancorato al reale. La metafora,

struttura fondamentale del linguaggio e del desiderio, viene qui rifiutata come fonte di confusione. Il linguaggio non è più luogo di slittamento ma di precisione, non rappresenta il campo di una possibile apertura, quanto piuttosto quello di una difesa. Il romanzo mette in scena una soggettività che non abita spontaneamente la dimensione dell'implicito. In termini più dichiaratamente psicoanalitici, potremmo dire che il lavoro di simbolizzazione appare fragile e incerto: il segno non rimanda a un altro segno, ma si fissa alla cosa.

E tuttavia, come suggerisce Freud nel *Progetto di una psicologia*, anche le forme più primitive della mente cercano organizzazione. Nei testi letterari sull'autismo, questa organizzazione assume spesso una struttura logica, matematica, combinatoria. Laddove il soggetto nevrotico è attraversato dal conflitto simbolico, il soggetto autistico letterario sembra cercare un ordine senza resto, una trasparenza del mondo che riduca l'angoscia dell'indeterminato.

Questa fissità non è tuttavia pura povertà. La scrittura di Haddon, e più in generale la rappresentazione letteraria dell'autismo, rivela una forma alternativa di ordine.

Le rappresentazioni letterarie dell'autismo insistono frequentemente su rituali, ripetizioni, sequenze numeriche, oggetti-soglia. Tali elementi non sono meri segni deficitari, ma possono essere letti, seguendo Frances Tustin, come tentativi di costruire una "pelle psichica", una barriera sensoriale contro un'esperienza del reale vissuta come eccessiva, non mediata, talvolta catastrofica.

Molti personaggi autistici letterari sembrano vivere il mondo come intrusione non trasformabile. La ripetizione diventa allora un dispositivo di contenimento. In termini bioniani, potremmo dire che siamo in difetto di funzione alfa: l'esperienza grezza fatica a diventare elemento pensabile. Da qui l'importanza di strutture ritmiche, seriali, numeriche, che funzionano come proto-contenitori.

Donald Meltzer, nella sua teoria dello "spazio autistico", descrive una modalità di funzionamento psichico in cui il soggetto privilegia superfici, contorni, configurazioni sensoriali rispetto alla profondità simbolica. Questa intuizione trova una sorprendente risonanza nella letteratura: il mondo dei personaggi autistici è spesso fatto di texture, luci, dettagli

minimi, più che di significati impliciti. Sarebbe quindi riduttivo affermare che siamo di fronte a una assenza di esperienza, ma a una impossibilità di teatralizzarla.

Una delle questioni più complesse nella rappresentazione narrativa dell'autismo riguarda la vita affettiva. Se la letteratura tradizionale si fonda sulla leggibilità delle emozioni, nei personaggi autistici, invece, l'affetto appare spesso opaco, non tradotto, talvolta non narrabile.

Temple Grandin scrive: "I think in pictures. Words are like a second language to me." La frase è rivelatrice: l'esperienza emotiva non è negata, l'affetto non è assente ma prende una via non verbale, sensoriale, figurativa. La letteratura, tentando di tradurre questa modalità, si trova davanti a un paradosso: deve usare parole per raccontare una mente che pensa *oltre o prima delle parole*.

Winnicott, parlando delle condizioni originarie della soggettività, sottolinea l'importanza dell'ambiente nel rendere pensabile l'esperienza emotiva. In molte narrazioni sull'autismo, si percepisce una difficoltà in questo processo: l'esperienza non sempre trova uno spazio di gioco dove trasformarsi in simbolo.

Bion, dal canto suo, descrive il pensiero come funzione che nasce dalla capacità di tollerare l'assenza e trasformare l'esperienza emotiva. Se questa funzione è fragile, il soggetto può rifugiarsi in configurazioni percettive stabili. La letteratura rende visibile questo movimento: la precisione, la logica, la classificazione non sono freddezza, ma forme di regolazione affettiva.

Molte opere letterarie sull'autismo mettono in scena un rapporto peculiare con l'Altro. Espressioni facciali, ironia, finzione sociale appaiono come codici da decifrare cognitivamente, non come risonanze spontanee. Il volto umano, invece di funzionare come specchio costitutivo, diventa un testo enigmatico. Se la letteratura è lo spazio dell'incontro con l'alterità, la rappresentazione dell'autismo interroga radicalmente la figura dell'Altro. Nei romanzi contemporanei, il personaggio autistico è spesso colui che non decifra spontaneamente i codici sociali: l'Altro appare appunto come un testo indecifrabile. In *The Curious Incident*, Christopher osserva il volto umano come una serie di segni da catalogare, non come una risonanza affettiva. L'empatia non è abolita, ma deve esse-

re costruita cognitivamente. Sfruttando un punto di vista lacaniano, potremmo dire che lo sguardo dell'Altro non funziona come specchio costitutivo; il soggetto non si organizza pienamente nella dimensione immaginaria del riconoscimento reciproco.

E tuttavia la letteratura introduce una torsione decisiva: il lettore, identificandosi con il narratore autistico, sperimenta una forma di empatia inversa o indiretta. Non comprendiamo *nonostante* l'autismo, ma *attraverso* di esso. L'estraneità diventa un *dispositivo estetico*. Il personaggio autistico non è più solo oggetto di osservazione clinica, ma soggetto di una visione del mondo.

Un testo significativo in questo senso è *The Reason I Jump* di Naoki Higashida, dove l'autore descrive l'esperienza autistica come una percezione del mondo simultaneamente intensissima e frammentata. L'Altro non è rifiutato, ma risulta difficile da tradurre. La scrittura diventa allora un ponte: il tentativo di costruire un campo comune.

La narrativa contemporanea ha progressivamente spostato l'accento dalla logica del deficit – della mancanza – a quella della differenza. In *The Speed of Dark* di Elizabeth Moon, il protagonista autistico possiede una mente analitica straordinaria: la questione qui non è più nella distinzione tra normalità e patologia ma la specifica di un'identità. Che cosa si perderebbe "guarendo"? Quale forma di soggettività verrebbe cancellata? Anche l'autobiografia di Donna Williams, *Nobody Nowhere*, mostra come la ripetizione, l'isolamento, la costruzione di micro-mondi non siano solo difese, ma *invenzioni*. Avendo Freud in mente, potremmo dire che ogni soggetto è chiamato a costruire compromessi tra la pulsione e la realtà, e il soggetto autistico non fa eccezione: la sua economia psichica produce forme, non solo sintomi. La letteratura coglie con particolare finezza questa dimensione inventiva, il personaggio autistico difatti non è riducibile fortunatamente alla diagnosi ma rappresenta una modalità di esistenza, che si struttura attorno a una specifica configurazione del rapporto tra percezione, linguaggio e affetto. L'autismo, in sintesi, non è più leggibile soltanto nel senso di una mancanza, ma acquisisce la sostanza di una dimensione singolare della mente; ciò implica uno slittamento di senso sostanziale, proiettando la dimensione autistica dalla patologia come disfunzione alla soggettività come stile. Ogni soggetto, anche quel-

lo autistico, costruisce soluzioni, invenzioni, compromessi. La ripetizione non è mera stereotipia, ma tentativo di stabilizzare il rapporto con il reale. La precisione, la logica, la sensibilità percettiva diventano forme di organizzazione del mondo ed è proprio la letteratura, più della clinica, a cogliere meglio e più spesso questa dimensione inventiva: il personaggio autistico viene sdoganato dal suo destino e non è più riducibile alla diagnosi ma diventa una modalità di esistenza possibile, uno dei molti modi di leggere il mondo.

Si potrebbe ipotizzare una parentela segreta tra funzionamento autistico e gesto letterario. Scrivere significa isolare, selezionare, ordinare, costruire sistemi di segni che rendano abitabile l'esperienza. Molti testi sull'autismo descrivono una mente che registra, cataloga, struttura: una coscienza iper-scritturale. La narrativa sull'autismo mette in crisi il modello romantico dell'interiorità fluida e passionale, proponendo invece una soggettività che pensa per schemi, immagini e sequenze. Sarebbe quindi improprio, se non riduttivo, pensare all'assenza di un mondo interno nell'esperienza autistica, ma piuttosto sarà necessario ipotizzarne una sua diversa architettura.

In questa prospettiva, alcune figure letterarie "pre-diagnostiche" acquistano nuova luce: il Bartleby di Melville con il suo "I would prefer not to", o certi personaggi kafkiani, chiusi in logiche autoreferenziali e asfittiche, non sono rappresentazioni cliniche dell'autismo in senso stretto, ma anticipano la figura di una soggettività sottratta al gioco intersoggettivo ordinario. La modernità letteraria, con la sua attenzione alle forme marginali della coscienza, prepara il terreno alla comparsa del personaggio autistico contemporaneo.

La letteratura non offre una definizione clinica dell'autismo, e del resto non è chiamata a farlo, ma ne esplora la portata antropologica. aprendo uno spazio di interrogazione sul soggetto, sul linguaggio e sull'alterità. L'autismo appare come limite del simbolico e, insieme e proprio per questo, come laboratorio di nuove forme di simbolizzazione.

La rappresentazione letteraria dell'autismo non descrive una mente "senza interiorità", ma una mente che costruisce l'interiorità secondo altre leggi e attraverso l'invenzione di simboli alternativi: non siamo con-

vocati in una dimensione dove regna il silenzio della soggettività, ma piuttosto invitati e sollecitati a immaginare e pensare un'altra grammatica del soggetto.

Forse, più che una mente senza specchio, quella autistica andrà pensata come una mente che inventa *specchi opachi*, non destinati a riflettere l'immagine dell'Altro, ma a trattenere – con precisione, con rigore e con singolare fedeltà – l'enigma del reale.

BIBLIOGRAFIA

- Bion, W (1962). *Apprendere dall'esperienza*. Roma, Armando Editore, 2019.
- Freud, S. (1895). *Progetto di una psicologia*, O.S.F., 2. Torino, Bollati e Boringhieri.
- Freud, S. (1899). *L'interpretazione dei sogni*. O.S.F., 3. Torino, Bollati e Boringhieri.
- Grandin, T. (2013). *The Autistic Brain: Thinking Across the Spectrum*. Boston, Houghton Mifflin Harcourt.
- Haddon, M. (2003). *The Curious Incident of the Dog in the Night-Time*. London, Jonathan Cape.
- Higashida, N. (2016). *The Reason I Jump*. London, Random House Trade Paperbacks.
- Lacan, J. (2010). *Il seminario Libro III. Le psicosi (1955- 1956)*. Torino, Einaudi.
- Meltzer, D. & Harris, M. (1994). *A psychoanalytic model of the child-in-the-family-in-the-community*. In *Sincerity and Other Works. Collected Papers of Donald Meltzer*. London, Karnac Books.
- Melville, H. (2004). *Bartleby, the scrivener*. New York, Melville House Publishing.
- Moon, E. (2002). *The Speed of Dark*. London, Orbit.
- Tustin, F. (1891). *Stati autistici nei bambini*. Roma, Armando Editore, 2023.
- Williams, D. (1998), *Nobody Nowhere*. London, Jessica Kingsley Publishers.
- Winnicott, D.W. (1997). *Bambini*. Milano, Raffaello Cortina Editore.

Dallo spettro alla scena cinematografica: tra rappresentazioni dell'alterità e stereotipi

Valeria D'Angelo

Il cinema, in quanto linguaggio collettivo, è da sempre chiamato a costruire narrazioni e immagini che, nel riflettere la realtà, al tempo stesso la trasformano, amplificandone alcuni aspetti, riducendone altri e talvolta arrivando a distorcerli. Anche la rappresentazione dell'autismo non sfugge a questa dinamica: fin dal suo ingresso sul grande schermo - e in parte ancora oggi - i personaggi autistici sono stati spesso raffigurati come individui ad alto funzionamento, dotati di un'intelligenza elevata e, talvolta, di una vera e propria genialità.

Non sorprende che il cinema sia affascinato dal “superpotere” della mente: i cosiddetti “Asperger” sono stati protagonisti di molte pellicole, offrendo al pubblico da un lato, una maggiore conoscenza dell'autismo e, dall'altro, una rappresentazione stereotipata del bambino o ragazzo superdotato: basti pensare ai personaggi con abilità della Sindrome del savant come *Rain Man*, genio della matematica o a *Forrest Gump*, eroe americano che compie costantemente imprese epiche. Lo sguardo dello spettatore è catturato dalle competenze straordinarie di questi personaggi, tanto che le stereotipie e i manierismi, seppur presenti, suscitano una reazione ilare e di tenerezza, lontana da una scomodità che più autenticamente si produce nel contatto reale con una persona affetta da autismo.

Il rischio cui si incorre è dare vita e voce quasi esclusivamente ad uno spicchio di quello che appunto è stato definito uno spettro, ovvero una condizione del neurosviluppo che include una vasta gamma di disturbi, conferendo all'autismo una complessità di difficile rappresentazione e poco omogenea. Ciò che passa sugli schermi potrebbe condurre ad una percezione piuttosto rassicurante dell'autismo, lì dove la sofferenza data dall'emarginazione che più di frequente queste persone vivono, così come quella legata al sentirsi strani e diversi, viene bonificata e superata dalla predominanza del grande talento o intelligenza, rarità nel nostro mondo da preservare e valorizzare.

Questo pensiero non è distante da quello che Hans Asperger ha operato negli anni in cui ha lavorato per la Germania nazista: in quel periodo la psichiatria divenne un progetto per classificare le persone come geneticamente adatte o inadatte. Nell'ambito di programmi di eutanasia, il medico austriaco, complice della macchina dello sterminio, protesse i bambini che riteneva essere intelligenti e talentuosi, mentre inviò nella clinica Am Spiegelgrund di Vienna, centro di eutanasia infantile, quelli che rientravano nell'etichetta da lui coniata di “psicopatía autistica”. Era lì che venivano uccisi coloro che non erano conformi alla società, ed è lì che Hans Asperger divenne connivente nell'attuazione dell'ideale di un popolo ariano omogeneo.

Annullare la diversità o, meglio, l'alterità è la radice della promozione di uno sguardo omologante a cui anche il cinema rischia di contribuire dal momento che più di frequente predilige una particolare tipologia di rap-

presentazione dell'autismo, i cui protagonisti sono prevalentemente uomini bianchi, con particolari doti e sensibilità.

Nonostante le critiche che si possono rivolgere ad alcune scelte registiche, la tematica è sempre più presente e centrale nelle nuove creazioni video, in particolare nelle serie-tv che rappresentano, ormai da tempo, un nuovo modo di fare cinema.

Tra queste produzioni sicuramente c'è da segnalare *Atypical*, una serie tv americana, che ha avuto un grande successo grazie anche alla distribuzione Netflix. Al centro della storia c'è Sam (Keir Gilchrist), un ragazzo autistico ad alto funzionamento, alle prese con la sua adolescenza e con il desiderio sempre più forte di avere un incontro sessuale con una ragazza. Probabilmente questo è tra gli aspetti più innovativi della serie: mettere al centro la sessualità di un ragazzo con una neurodivergenza, ponendo un'attenzione non trascurabile al naturale e al contempo complesso, avvicinamento al sesso. Per Sam tutto questo è inevitabilmente complicato: il contatto con l'altro, la razionalizzazione degli impulsi e delle eccitazioni, la schiettezza nel definire ciò che desidera e ciò che non gli piace. Si confronta con una sfida evolutiva che non è facile per nessuno, ma che al suo sguardo rende gli altri più avvantaggiati, facendogli desiderare in più di un momento di essere "normale".

La normalità viene inneggiata di frequente in questa serie come in altre, e riflette una diffusa seppur limitata interpretazione di un approccio più canonico e conforme alla vita in generale, in particolare al riconoscimento delle regole sociali implicite, alla comprensione e gestione delle proprie e altrui emozioni, deficitarie in un soggetto autistico, seppur di grado lieve. Un esempio è quando Sam, durante un approccio con una ragazza, si trova a scaraventarla giù dal letto per aver ricevuto un contatto troppo debole: *"mi piace un tocco preciso, non essere sfiorato"* dice tra sé e sé. Il desiderio del protagonista di avere una sessualità adulta, si inserisce in un più grande e necessario progetto di emancipazione e affrancamento familiare, in particolare da una madre (Jennifer Kason Leigh) talvolta opprimente e preoccupata di qualsiasi ripercussione che una eccessiva esposizione al mondo possa generare nel figlio. Accanto a lei, c'è un padre (Michael Rapaport) in difficoltà nel confrontarsi con Sam sin da quando era piccolo, ed una sorella (Jack Haven), forse uno dei personaggi

meglio tratteggiati che, pur sentendo il peso di un fratello sul quale sono convogliate molte attenzioni e controllo, riesce ad avere un autentico scambio con lui, oscillando in una sana ambivalenza fatta di momenti protettivi e manifestazioni di rabbia che li vede maggiormente alla pari. Il risalto dato alle quotidiane dinamiche familiari, così come le risposte e le ripercussioni dell'ambiente di fronte ad una diagnosi così importante, sono tra gli aspetti più accurati della serie TV, e che contribuiscono a dare una tridimensionalità e un allargamento di sguardo che non sempre si rintracciano nei lungometraggi che parlano di autismo.

Il personaggio di Sam non manca di stereotipizzazioni che spesso si ritrovano nei soggetti con ASD ad alto funzionamento: l'uso delle cuffie come protezione dai forti rumori esterni, la passione per un animale di cui si diventa sapienti intenditori – nel caso di Sam sono i pinguini – un'amimicità delle espressioni del volto, tutti tratti che seppur verosimili, poiché marcati, conferiscono un'immagine macchiettistica, talvolta poco autentica.

Il rischio che il pubblico abbia una percezione distorta delle persone nello spettro, così come l'affidamento di questi ruoli ad attori non autistici, trova in *As we see it* una risposta di cambiamento. Questo *dramedy* che racconta la storia di tre ventenni che convivono in un appartamento a Los Angeles, porta per la prima volta sullo schermo, tre protagonisti affetti da disturbi autistici interpretati da attori che lo sono a loro volta. Jack (Rick Glassman), Harrison (Albert Rutecki), e Violet (Sue Ann Pien) li conosciamo nel loro barcamenarsi nelle sfide quotidiane tese tra lavoro, amicizie ed innamoramenti. La loro quotidianità è sotto una attenta e sensibile supervisione di Mandy (Sosie Bacon), studentessa con ambizioni di neurologa, che li aiuta con le problematiche e le incertezze che incontrano nel confronto con un mondo che non parla la loro stessa lingua e che ancora più di frequente non offre un ascolto adeguato ai loro diversi modi di essere. Jack è un giovane uomo, evidentemente molto abile nelle attività informatiche - centrali nel suo lavoro - ed altrettanto incauto nelle relazioni umane, verso le quali si pone in modo schietto e tagliente, tanto da risultare sgradevole e offensivo. Harrison, in modo meno competente degli altri due coinquilini, si confronta con i rumori del mondo schermandosi con spese cuffie, nel tentativo di ricreare un isolamento di cui giova quasi esclusivamente dentro casa. È un bambino imprigionato in un

corpo adulto in sovrappeso che fa fatica a cambiare, proprio perché camminare per strada è insopportabile: solo pochi passi sono tollerati e solo grazie a Mandy che lo motiva e lo guarda da non troppo lontano. In ultimo c'è Violet, un'appassionata giovane in cerca di un amore "normale"; il suo desiderio però non sa riconoscere l'inganno a cui è sottoposta e un fratello (Chris Pang) presente ma affaticato, non può proteggerla dal rifiuto che subisce in seguito ad un rapporto occasionale, da lei vissuto sin da subito come un travolgente innamoramento.

In particolare, al personaggio di Violet va dedicata una riflessione più accurata in merito a diversi aspetti. In primo luogo, è molto più raro incontrare prodotti cinematografici che trattino di autismo incentrati su di un personaggio femminile. Questa rappresentazione deficitaria dialoga molto da vicino sulla falsa credenza che l'autismo sia una condizione che riguarda maggiormente i maschi, attribuendo il disturbo ad un "cervello estremamente maschile". La ricerca della biologa britannica Gina Rippon del 2024 ha evidenziato che, *«tra più di cento studi sui modelli cerebrali dell'autismo, quasi il 70% aveva testato solo maschi, o al massimo una o due femmine. Su più di quattromila partecipanti coinvolti in questi studi, le donne erano meno del 10%»*¹. Sin dagli anni '40 del secolo scorso, dagli studi di Leo Kanner e con la diffusione della sindrome che prese il suo nome, le indagini epidemiologiche fecero evincere una maggiore prevalenza nelle persone di sesso maschile. Anche Asperger contribuì alla mascolinizzazione di questa visione, dal momento in cui ne parlava come una "variante estrema dell'intelligenza maschile". Ma l'essere maschi non rientra in nessun criterio formale per l'autismo. I test che si sono iniziati a produrre derivavano esclusivamente dall'osservazione di individui maschi già diagnosticati, generando un'osservazione faziosa e parziale dei numerosi tratti da ricondurre allo spettro. Brevemente, ciò che si è riscontrato è che la diagnosi di autismo alle donne era più di frequente sostituita da diagnosi di disturbo borderline di personalità, ansia generalizzata, depressione o disturbi alimentari. Questo ritardo e perpetrazione di un vero errore diagnostico è, tra le tante, conseguenza di diversi comportamenti sociali nelle donne che le vedrebbero, a differenza del più consueto evitamento e isolamento manifestati dalle persone nello spettro, alla ricerca di un contatto con gli altri, un tentativo che si fa talvolta ossessivo di inte-

¹ Rippon G. (2024) www.pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38872228/

grarsi e sentirsi parte di una comunità. Tutto questo - sostiene Rippon - risponde alla grande paura di sentirsi diverse e mira al desiderio di essere "il più normale possibile". Violet esprime molto accuratamente questa fame di contatto, questa sua ostinazione a voler fare sesso come le altre persone e volere a tutti i costi non essere assimilata al gruppo dei neurodivergenti. Il mimetismo che usa per somigliare il più possibile ad un modello di donna nei suoi usi e costumi, la porta ad esporsi senza difese ad approcci con uomini che, poco sensibilmente, non la aiutano a decifrare la differenza di investimento del loro incontro.

Il pericolo di maggiori abusi, di un'esposizione ad inganni e violenza è un altro tratto di cui si parla poco quando ci si confronta con le persone autistiche. Da una disamina legata a più ricerche in merito al tema, si evince che *«essere autistici comporta un rischio del 10–16% di subire molestie sessuali durante l'infanzia e un rischio del 62–70% di essere vittimizzati sessualmente in età adulta. La maggior parte delle vittime sono bambine e donne: il rischio per le donne autistiche di subire un'aggressione sessuale è da due a tre volte superiore rispetto alle donne non autistiche e circa quattro volte superiore rispetto agli uomini autistici. Queste cifre sono coerenti con i tassi della popolazione generale: circa il 30% delle donne e il 12% dei bambini subiscono vittimizzazione sessuale nel corso della vita»*². Tra i molteplici fattori di rischio si evidenzia la difficoltà o talvolta l'impossibilità di decodificare i segnali sociali impliciti - come possiamo vedere bene dal comportamento di Violet - rendendo molto faticoso identificare condotte pericolose: spesso non riconoscono bugie o intenzioni nascoste, rendendosi maggiormente persuadibili e manipolabili.

"Il mio istinto fa schifo, gli autistici sono facilmente ingannabili e non sanno mentire. La gente vive in un mondo fatto di me e te, ma gli autistici sono più abituati a vivere in un mondo fatto solo di me. Devo sempre impegnarmi per non farmi ingannare dalle bugie". Queste sono le parole espresse dall'Avvocata Woo, altra protagonista femminile con autismo ad alto funzionamento di una rinomata serie TV sudcoreana. Anche in questo caso, la trattazione del personaggio si rifà maggiormente a quella canonica della persona autistica superdotata: Woo Young-woo (Parc Eun-bin) - nome palindromo nella scrittura coreana e sottolineatura che la donna fa ogni volta che si presenta all'altro - è una promessa del-

² Cazalis F, Reyes E, Leduc S, Gourion D. (2022) www.frontiersin.org/journals/behavioral-neuroscience/articles/10.3389/fnbeh.2022.852203/full

l'avvocatura coreana, con una memoria eidetica, una giovane donna dall'intelligenza sorprendente. I suoi "super poteri" sono accompagnati da alcune peculiarità comportamentali e corporee riconducibili all'autismo: come Sam (Atypical) ed Harrison (As we see it), Young-woo indossa le cuffie per attutire i rumori forti in contesti affollati. Come molti "Asperger" (lei si definisce tale), ha una precisione maniacale che la porta ad allineare ogni tipo di oggetto che reputa fuori posto, ha un incontrollabile desiderio di parlare di balene, cetacei, delfini, ogni tipo di mammifero marino, ingaggiando l'altro ad essere spettatore di monologhi nozionistici seppur ricchi di spunti di approfondimento. I suoi movimenti appaiono goffi, disarmonici e non manca lo sguardo giudicante dei suoi colleghi quando assistono alle sue stranezze, fatta eccezione di Jun-Ho (Kang Tae-oh), uno degli impiegati dello studio legale che, ad esempio, in una prima interazione, teneramente si avvicina a lei e le insegna come, a passo di valzer, possa valicare il grande ostacolo della porta girevole per entrare a lavoro.

La sfida difficile delle serie che trattano questa tipologia di personaggi è rappresentare una storia che possa dare informazioni su una condizione che molte persone nella propria vita non è scontato che incontrino direttamente o che la sappiano riconoscere: pertanto sarebbe rilevante che il prodotto cinematografico fosse il più possibile realistico e rispettoso, senza eccedere in momenti di romanticismo e trame idealizzate, elementi però che sappiamo essere necessari per rendere la narrazione più coinvolgente.

Nell'Avvocata Woo, gli ingredienti sembrano ben amalgamati: vi sono momenti di grande veridicità, in particolare quando viene rappresentato l'autismo infantile della piccola Young-woo che fino a cinque anni rimane chiusa in un isolamento tale da non proferire alcuna parola. Struggenti sono le parole del padre in risposta alla figlia che, ormai adulta, gli domanda com'è vivere con una persona autistica, al fine di poter trarre qualche indicazione in vista dell'interazione con un cliente affetto da un severo autismo. Con onestà il padre le risponde: *"vivere con una persona autistica è piuttosto solitario, per me siamo io e te contro il mondo, ma a te figlia mia, non importa nulla di me. Ed era anche peggio quando eri piccola"*. In questo momento siamo trasportati - grazie ad un flashback - nel passato dei due, ed assistiamo ad un episodio in cui il padre, inciam-

pando su uno dei lego della piccola e mostrando dolore per la caduta, non trova alcuno sguardo di compassione e vicinanza: Young-woo continua a giocare imperterrita senza curarsi di ciò che è appena accaduto e della richiesta di aiuto del padre. Nella storia si comprende che l'uscita dal silenzio assordante della bimba, avvenga nel momento in cui il genitore si trova coinvolto in una lite e colluttazione con un vicino di casa; nell'assistere allo scontro, la bambina improvvisamente, inizia a declinare gli articoli del Codice Penale relativi al reato in corso, mostrando una dote di memorizzazione dei libri di giurisprudenza presenti in casa per via degli studi pregressi del padre. Da quel momento il Diritto diventa "un sollievo" perché fornisce argomenti di scambio e dialogo tra i due, oltre ad essere una materia di così tanto interesse da farla diventare la prima avvocatessa autistica della Repubblica Sudcoreana. Tra le altre cose, la serie fornisce una rappresentazione accurata della cultura e del paese, trattati con profondità e poesia: i temi sono i più vari quali il suicidio giovanile, le discriminazioni di genere sul luogo di lavoro, l'omofobia, la protezione ambientale e dei piccoli centri rurali.

Accanto alla predilezione per personaggi ad alto funzionamento, vi sono altre scelte cinematografiche, in cui la neurodiversità è più marcata, si avvicina - a volte lo è chiaramente - ad una disabilità franca e l'aspetto che viene messo più in risalto è la dedizione e la difficoltà di uno o più componenti della famiglia a confrontarsi con una crescita complicata e un'incertezza su un futuro di autonomia. Si può ricordare il famoso *Buon compleanno Mr Grape*, che vede un giovanissimo Leonardo Di Caprio nei panni di Arnie, un ragazzo autistico con ritardo mentale e suo fratello maggiore, Johnny Depp, teso tra amori e gestione del talvolta incontenibile Arnie; *Il faro delle orche*, film sudamericano in cui una madre (Maribel Verdù) intraprende un viaggio dalla Spagna alla Patagonia, nel tentativo di promuovere una connessione emozionale tra suo figlio Tristan (Joaquin Rapalini), affetto da autismo, e le orche, animali studiati e monitorati da Peto (Joaquin Furriel), guardiano del faro e documentarista. La connessione emotiva tra la natura e soggetti con autismo, in particolare tra animali e bambini, è un approfondimento ricorrente nelle pellicole che trattano questo tema. L'iposensibilità o l'ipersensibilità ad esperienze sensoriali come l'udito, il gusto, l'olfatto e il tatto possono miglio-

rare quando c'è un contatto diretto con elementi naturali, definendo un aiuto nel far fronte ad una più vasta gamma di stimoli, spesso limitati, deficitari e ripetitivi nella vita di una persona autistica.

Un tentativo di dare una rappresentazione il più autentica possibile della vita di una persona nello spettro e delle sfide complicate che sono chiamate a vivere i familiari e le persone che si prendono cura di lei, è trarre spunto da biografie e autobiografie, lì dove la storia vera non fa sconti e non tenta di sedurre tratteggiando personaggi edulcorati o cadendo eccessivamente in sentimentalismi.

È il caso di due film italiani: *Tutto il mio folle amore* e *Vita da grandi*.

Il primo, liberamente tratto dal romanzo "Se ti abbraccio non aver paura" di Fulvio Ervas, è un *road movie* incentrato su un incontro tardivo e sorprendente tra Willy (Claudio Santamaria) e Vincent (Giulio Pranno). Willy è il padre biologico di Vincent che lo incontra per la prima volta quando lui è ormai adolescente, ignorandone completamente la disabilità. I due intraprenderanno un viaggio insieme seguendo le tappe del tour musicale che vede protagonista il padre, trovandosi al centro di numerose vicissitudini e scoperte reciproche.

Vita da grandi è ispirato ad un libro autobiografico: "Mia sorella mi rompe le balle. Una storia di autismo normale" dei fratelli Damiano e Margherita Tercon. Il film racconta la storia di Omar (Yuri Tuci), un ragazzo autistico impersonato da un attore anch'egli nello spettro, che si confronta con il desiderio di autonomia e affrancamento dai due genitori iperprotettivi, grazie al sostegno e talvolta lo scontro con la sorella Irene (Matilda De Angelis).

È evidente quanto la proliferazione di pellicole che illustrino questo tema dia un segnale di una minore emarginazione della trattazione della condizione autistica, di una spinta a portare sugli schermi persone che conducono una vita in un continuum tra un buon adattamento alla realtà ad un incapsulamento e isolamento dai connotati ancora misteriosi. Il sentimentalismo che si produce in alcune produzioni filmiche, così come la promozione di un percorso normativo che presupporrebbe che una strada sia migliore di un'altra, spesso tolgono complessità e al contempo rispetto e dignità verso l'alterità che ogni persona avrebbe il diritto di vedere preservati. Indubbiamente il coinvolgimento sempre più frequente di attori e

attrici che sono nell'ASD, restituisce autenticità e veridicità a trame che per essere accattivanti, si concedono numerose licenze poetiche, come questa similitudine dell'Avvocata Woo che però, a fine serie TV, strappa una commozione genuina e liberatoria: *"ho visto un narvalo convivere con un branco di beluga in un documentario, io sono come quel narvalo. Mi trovo in un oceano sconosciuto con dei beluga sconosciuti, tutti diversi da me e non è facile adattarsi, ci sono anche molte balene che mi odiano, ma non fa niente perché questa è la mia vita. Anche se la mia vita è strana e insolita, è comunque preziosa e meravigliosa"*.

Temple Grandin - a cui è stato dedicato un film omonimo -, professoressa con autismo alla Colorado State University, attivista ed etologa statunitense, nei suoi incontri divulgativi prova a descrivere qual è il punto di vista di una persona autistica, nel tentativo di affinare metodologie di intervento che possano adattarsi nel miglior modo possibile a questi altri tipi di funzionamento. Il suo sguardo è ben lontano da quello più diffuso e comune del mondo neurotipico, che spesso agisce, nei vari linguaggi in cui opera, in un'ottica di assimilazione e omologazione a ciò che reputa più adeguato e conforme alle regole sociali, talvolta discriminando ciò che si esprime in modo altro, ma non per questo meno efficace e ricco. Concludendo questa breve e parziale disamina della filmografia sull'autismo, appare chiaro come il cinema stia progressivamente rivolgendosi a una rappresentazione più articolata dei molteplici profili che compongono questo complesso spettro.

Tuttavia, la forza delle immagini e delle storie che il cinema porta sullo schermo comporta una grande responsabilità: i film, come le serie TV, attraverso i loro racconti, possono favorire una visione più inclusiva e comprensiva della realtà delle persone autistiche e, così facendo, allontanarsi da un approccio più stereotipato che finora ha prevalso.

I prodotti filmici più significativi a livello internazionale sembrano essere quelli che riescono a restituire autenticità all'esperienza autistica, soprattutto quando sceneggiatura e interpretazioni nascono in collaborazione con persone dello spettro: ci si augura che nel tempo, tale scelta possa incarnare in maniera tangibile l'idea di Temple Grandin quando sostiene che *"il mondo ha bisogno che tutti i tipi diversi di menti lavorino insieme"*.

BIBLIOGRAFIA

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.)*. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing, 2013. Edizione italiana: Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali. Milano, Raffaello Cortina, 2014.
- Sheffer, E. (2020). *I bambini di Asperger. La scoperta dell'autismo nella Vienna nazista*. Marsilio, Padova.
- Cazalis F, Reyes E, Leduc S, Gourion D. (2022). *Evidence That Nine Autistic Women Out of Ten Have Been Victims of Sexual Violence*. Front. Behav. Neurosci.
- Rippon, G. (2024) *Differently different? A commentary on the emerging social cognitive neuroscience of female autism*. Biol Sex Differ.

FILMOGRAFIA

- Rain Man**. Regia di Barry Lavinson. Genere Drammatico - USA, 1988, durata 133'
- Buon compleanno Mr. Grape**. Regia di Lasse Hallstrom. Genere Drammatico - USA, 1993, durata 116'
- Forrest Gump**. Regia di Robert Zemeckis. Genere Commedia/Drammatico - USA, 1994, durata 142'
- Temple Grandin**. Regia di Mick Jackson. Genere Commedia/Biografico - USA, 2010, durata 103'
- Il faro delle orche**. Regia di Gerardo Olivares. Genere Drammatico – Spagna, Argentina 2016, durata 110'
- Tutto il mio folle amore**. Regia di Gabriele Salvatores, Genere Drammatico – Italia, 2019, durata 97'
- Vita da Grandi**. Regia di Greta Scarano. Genere Commedia - Italia, 2025, durata 96'
- Atypical**. Regia di Seth Gordon, Michael Patrick Jann, Joe Kessler. Genere Commedia – USA, 2017. Serie TV - 5 stagioni, Netflix
- L'avvocata Woo**. Regia di Yoo In-shik. Genere Giudiziario/Commedia – Corea del Sud, 2022. Serie TV - 1 stagione, Netflix
- As we see it**. Regia di Jason Katmis. Genere Commedia/Drammatico – USA, 2022. Serie TV – 1 stagione, Amazon Prime

Note biografiche

Emiliano Alberigi Quaranta, psicologo, psicoterapeuta, candidato SPI. Lavora a Roma presso il Centro Clinico di Psicologia Clinica. Fa parte della redazione del sito del Centro Psicoanalitico di Roma (CPdR) e collabora con il centro di consultazione e terapia psicoanalitica del CPdR.

Martina Balbo di Vinadio, psicologa dell'età evolutiva, psicoanalista SPI/IPA, terapeuta familiare. Ha svolto docenza presso la Facoltà di Psicologia 1, Corso di Laurea Triennale in Scienze e Tecniche Psicologiche per la Valutazione e la Consulenza Clinica, Università "La Sapienza" di Roma. Attualmente svolge attività clinica privata a Roma con adolescenti e adulti; lavora inoltre con bambini con disturbo dello sviluppo e con le loro famiglie. Responsabile del Progetto Autismo all'interno del centro di riabilitazione ADM Gruppo Audiomedical. Collabora con il sito del CPdR.

Chiara Buoncrisiani è psicoanalista Spi/Ipa e giornalista. Autrice del libro *I popoli dell'Es. Psicoanalisi delle Mutazioni* con Tommaso Romani; si interessa di questioni legate ai cambiamenti della contemporaneità connessa, nuove sofferenze e di adolescenza. Responsabile del sito web del Centro Psicoanalitico di Roma e dell'area Inattualità di Spiweb.

L'articolo 'The political Phantasme underlying a question of gender', scritto sempre con Romani ha vinto il premio Tiresia del Sexual and Gender Diversitys Committee dell'Ipa ed è uscito sul terzo numero dell'*International Journal of psychoanalysis* 2026.

Flavia Capozzi, laureata in Medicina e Chirurgia nel 1975, specializzata in Neuropsichiatria Infantile nel 1979 presso l'Istituto Giovanni Bollea della Sapienza Università di Roma, Policlinico Umberto I, dove ha lavorato come dirigente medico per trenta anni, svolgendo nel ruolo di ricercatore universitario, attività assistenziale, didattica e di ricerca. Dal 1994 è membro Associato della Società di Psicoanalisi, esperta B/A e dal 2010 membro Ordinario SPI/IPA. I suoi campi di interesse sono stati la cura dei Disturbi del Neurosviluppo e il pensiero psicoanalitico per la salute mentale in età evolutiva.

Chiara Cattelan, pediatra, neuropsichiatra infantile, è membro ordinario con funzioni di training SPI/IPA con la qualifica di esperto nella psicoanalisi

del bambino e dell'adolescente. È stata segretario nazionale della Commissione per il Corso di Perfezionamento nella Psicoanalisi del Bambino e dell'Adolescente della SPI dal 2021 al 2024. Ha coordinato il Servizio di Psichiatria Infantile e Psicologia Clinica del Dipartimento di Pediatria dell'Università di Padova, dove ha organizzato un servizio di consultazione e terapia per i disturbi dello spettro autistico. I suoi interessi principali riguardano gli stati primitivi della mente, le aree autistiche nei bambini e negli adulti e il rapporto mente-corpo. Su questi argomenti è autrice di pubblicazioni su riviste italiane e internazionali e capitoli di libri. Lavora privatamente a Venezia con adulti, adolescenti e bambini.

Valeria Condino, psicologa, psicoterapeuta, PhD in Studi Umanistici e psicoanalista SPI/IPA. Uno dei suoi principali interessi di ricerca è la violenza di genere. Attualmente svolge attività clinica privata a Roma, dove vive e fa attività di supervisione clinica presso alcuni centri antiviolenza. Collabora con il sito del CPdR, per il quale ha curato alcuni volumi monografici della collana Multiversi.

Valeria D'Angelo, psicologa, psicoterapeuta dell'età evolutiva, socia ordinaria SIPsIA, candidata al training SPI. Si occupa clinicamente e in ambito associazionistico di violenza contro le donne. Tra le aree di interesse vi è il dialogo tra psicoanalisi e cinema. Attualmente svolge attività clinica privata a Roma ed è vice-coordinatrice del Centro Clinico "Tana libera tutti". Collabora con il sito del CPdR per la sezione bambini/adolescenti.

Alexandro Fortunato, psicoterapeuta, PhD, psicoanalista SPI/IPA e socio ordinario SIPsIA. Ricercatore presso il Dipartimento di Psicologia Dinamica, Clinica, e Salute della Facoltà di Medicina e Psicologia di "Sapienza" Università di Roma. Collabora con il sito del CPdR, per il quale ha curato il volume monografico 'Different Thoughts: riflessioni su genere e sessualità'.

Ludovica Grassi, medico, neuropsichiatra infantile, membro AFT SPI/IPA, esperto in psicoanalisi dei bambini e adolescenti, psicoanalista della coppia e della famiglia. Aree di interesse e di ricerca: teoria e clinica psicoanalitiche, relazione musica-psiche, psicoanalisi dei neonati, etnopsicoanalisi, psicoanalisi familiare.

Marina Montagnini, psichiatra, psicoanalista Ordinaria SPI/IPA; attiva nell'ambito della ricerca sull'autismo da molti anni. Ha coordinato un'intervista con gli Psicoanalisti Argentini Ahumada in collegamento on line tra Buenos Aires, Padova, Mestre, Barcellona per il sito del Centro Veneto di Psicoanalisi. Ha tradotto e curato l'Edizione Italiana del libro: Busch Ahumada LC, Ahumada J 'Entrare in contatto con il bambino autistico. 5 Trattamenti psicoanalitici precoci risolutivi' (Alpes, 2024). Nel 2019 Lapdebatte Internazionale: "Sobre los fundamentos del pensamiento totalitario" sul suo articolo: "Overview on the case of a seriously ambiguous patient: Some reflections on ambiguity and good faith", IJP, 2018. Ha tenuto Seminari in Italia e all'Estero. Ha scritto: 'Croce e delizia. Per una metapsicologia dei luoghi comuni' (Albatros, Il Filo, 2010). Ha pubblicato numerosi articoli. Autoedita le sue poesie. Ha recensito 11 autobiografie autistiche: www.centroveneto-dipsicoanalisi.it/biografie-di-persone-autistiche/

Filippo Maria Moscati, Medico Psichiatra, Psicoterapeuta, Associando della Società Psicoanalitica Italiana. Ha lavorato come dirigente medico presso diverse ASL, sia nell'ambito della salute mentale che nelle dipendenze. È tesoriere eletto dell'IPSO (International Psychoanalytical Studies Organization). Clinicamente si occupa di adolescenti, giovani adulti e adulti sia come psichiatra che come psicoterapeuta.

Alice Piacentini, psicologa, associanda SPI/IPA, docente di scuola secondaria, studiosa di filosofia, dedica all'approfondimento dei legami tra la psicoanalisi e le discipline affini, in particolare del rapporto tra psicoanalisi e filosofia e tra psicoanalisi e cinema; lavora privatamente.

Elvira Rigillo, psicologa e psicoterapeuta dell'età evolutiva, dell'adolescenza e della coppia ad orientamento psicoanalitico (ASNE-SIPsIA di Roma). Ha svolto un Master sui disturbi dello spettro dell'autismo presso l'Istituto di Gestalt di Milano coordinato dal Dr. Antonio Narzisi (IRCCS Fondazione Stella Maris, Pisa) e conseguito una certificazione sul trattamento per l'autismo Early Start Denver Model (ESDM) con la Dr.ssa Costanza Colombi (IRCCS Fondazione Stella Maris, Pisa). Attualmente svolge la sua attività clinica a Lugano con bambini, adolescenti, giovani adulti e coppie. Iscritta al-

l'Ordine degli psicologi del Lazio, Membro dell'Associazione Ticinese degli Psicologi (ATP) e della Federazione Svizzera degli Psicologi (FSP).

Silvia Santiccioli, psicoterapeuta, associanda SPI/IPA, dirigente psicologo dipartimento di salute mentale CSM ASL Roma 2; da sempre impegnata nello studio delle dinamiche istituzionali e gruppalì, nella cura dei gravi disturbi di personalità e del pensiero, sia in ambito privato che nella residenzialità pubblica e privata accreditata.

Leonardo Spano, medico, psichiatra, e psicoanalista SPI/IPA. E Direttore Sanitario di una comunità terapeutica per pazienti psicotici. Svolge attività privata a Roma, dove vive. Ha pubblicato lavori su riviste nazionali e internazionali. Ha curato il volume monografico "Different Thoughts. Riflessioni su genere e sessualità", per le edizioni del Centro Psicoanalitico di Roma (2023) e l'edizione italiana di "Jean Laplanche. Da Lacan a Freud", per Franco Angeli (2025).

Raffaella Tancredi, medico, neuropsichiatra infantile, psicoanalista SPI, dirige l'Unità Operativa Complessa 3 di Neuropsichiatria Infantile presso l'IRCCS Stella Maris a Calambrone (Pisa), occupandosi prevalentemente di autismo e DCA. È socio del Centro psicoanalitico di Firenze di cui è stata presidente e nell'ambito del quale ha svolto anche la funzione di referente per la psicoanalisi B/A. I suoi interessi riguardano in particolare psicoanalisi e musica, aspetti musicali del linguaggio e improvvisazione.

Stefania Ucelli, psichiatra; è stata membro della Società Psicoanalitica Italiana e del Centro milanese di Psicoanalisi fino al 2003, quando ha lasciato la sua attività di psicoanalista "con lettino" per trasferirsi sulle colline dell'appennino pavese, ad occuparsi a tempo pieno della organizzazione e direzione della "farm community" per persone adulte con autismo Cascina Rossago, da lei ideata e fondata all'inizio degli anni 2000. A metà degli anni '90, come ricercatore universitario, aveva fondato e diretto il "Laboratorio Autismo" dell'Università di Pavia, prima struttura in Italia a occuparsi sistematicamente di evoluzione dell'autismo nell'età adulta. Ha insegnato Psicologia e Psicopatologia delle Disabilità presso il corso di Laurea in Psicologia e presso la

Scuola di Specializzazione in Psichiatria dell' Università di Pavia. Tra i suoi numerosi contributi sull'autismo, è coautrice (con V. Gallese, F. Barale, S. Mistura e A. Ballerini) di *Autismo. L'umanità nascosta*, Einaudi 2006 e dei capitoli sull'esperienza e il mondo autistico in "The Oxford Handbook of Phenomenological Psycho pathology" (Oxford University Press) e in *Psiche. Dizionario storico di Psicologia, psicoanalisi e neuroscienze* (Einaudi).

Michelangelo Vasta, Neuropsichiatra Infantile e Ricercatore Universitario presso l'Università di Macerata, *Dipartimento di Scienze della formazione, dei Beni Culturali e del Turismo*. Svolge attività clinica e di ricerca sui Disturbi del Neurosviluppo e sulla psicopatologia dell'adolescenza, con particolare attenzione ai percorsi di transizione tra i servizi per l'infanzia e quelli per l'età adulta.

Valeria Zancana, Terapista della Neuro e Psicomotricità dell'Età Evolutiva. LM in Scienze cognitive e Processi decisionali. Dal 2013 al 2024 ha svolto attività professionale a Roma in centri di riabilitazione convenzionati ex art.26 e in ambito privato. Attualmente lavora presso l'U.O.S. NPIA RM 5 di Monterotondo (Mentana), dove effettua valutazioni neuropsicomotorie, trattamento di casi complessi della prima infanzia, si occupa dell'organizzazione e partecipa a interventi TMG-C. Per anni ha collaborato a un progetto rivolto a utenti con ASD, all'interno dell'equipe multidisciplinare dedicata, occupandosi di organizzazione e coordinamento di incontri TMG-C, valutazione e supervisione di casi complessi, terapie di gruppo e interventi psicoeducativi per genitori e bambini. Ha inoltre svolto attività di docenza, tutoraggio clinico ed è stata Correlatrice di tesi per il C.d.L. in TNPEE della Sapienza.

Cover: Laura Federici / Bolla
05 50x50 olio su polietere su tavola 2012, Collezione Francesca Tonucci.