

ARTICOLO DI OPINIONE

# L'approccio psicomodinamico alla comprensione e al trattamento dell'autismo

## The psychodynamic approach for understanding and treating autism

Marta Luongo<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Centro Medico Diagnostico, Via Vespucci 9, Napoli, Italia



### Citation

Luongo M. (2021).  
L'approccio psicomodinamico  
alla comprensione e al trattamento  
dell'autismo  
Phenomena Journal, 3, 116-130.  
<https://doi.org/10.32069/pj.2021.2.133>

### Direttore scientifico

Raffaele Sperandio

### Supervisore scientifico

Valeria Cioffi

### Journal manager

Enrico Moretto

### Contatta l'autore

Marta Luongo  
[martaluongo22@gmail.com](mailto:martaluongo22@gmail.com)

**Ricevuto:** 14 giugno 2021

**Accettato:** 22 ottobre 2021

**Pubblicato:** 22 ottobre 2021

### ABSTRACT

The interest in deepening the psychodynamic approach for understanding and treating autism starts from the study of Melanie Klein's contribution on infantile psychosis. The Hungarian psychoanalyst describes in the 1930s a case that she calls "infantile psychosis" and which today would be diagnosed as autism. Her insights and therapeutic methodologies illustrated in "The importance of Symbol-Formation in the Development of the Ego", in which she illustrates the case of little Dick, prove to be invaluable for the understanding and treatment of autistic patients as well as providing us with the most illuminating and pioneering description of autism according to several authors. The merit of psychoanalytic thought is that it has produced a psychopathological model of autism even before the illuminating scientific contributions that attested the presence of neurobiological alterations as its etiopathogenesis. Currently, in the psychoanalytic literature, it is believed that autism is the expression of a distortion of psychic development. It must be emphasized that, even if this psychopathological model tells us nothing about the biological alterations underlying it, it still has the merit of having understood, more than any other approach, the neuromental functioning of autistic subjects, with its peculiarities and diversity and above all, of having founded an extremely valid model of therapeutic treatment, still today. Although cognitive-behavioral therapy and the ABA approach are considered an elite treatment for autism, it is interesting to analyze psychodynamic contributions in light of recent scientific discoveries to investigate which elements of this model could be most useful for the treatment of autism spectrum disorders.

### KEYWORDS

**Autism, psychoanalysis, treatment.**

### ABSTRACT IN ITALIANO

L'interesse ad approfondire l'approccio psicomodinamico per la comprensione e il trattamento dell'autismo nasce dallo studio del contributo relativo alle psicosi infantili di Melanie Klein. La psicoanalista ungherese descrive negli anni Trenta del XX secolo, un caso che lei chiama di "psicosi infantile" e che oggi verrebbe diagnosticato come autismo. Le sue intuizioni e le metodologie terapeutiche illustrate in "The importance of Symbol-Formation in the Development of the Ego", in cui illustra il caso del piccolo Dick, risultano essere preziose per la comprensione e il trattamento dei pazienti autistici oltre a fornirci la più illuminante e pionieristica descrizione dell'autismo secondo diversi autori. Il merito del pensiero psicoanalitico è quello di aver prodotto un modello psicopatologico dell'autismo ancor prima dei contributi scientifici che hanno attestato la presenza di alterazioni neurobiologiche come sua eziopatogenesi. Attualmente, nella letteratura psicoanalitica, si ritiene che l'autismo sia l'espressione di una distorsione dello sviluppo psichico. È doveroso sottolineare che, anche se tale modello psicopatologico nulla ci dice circa le alterazioni biologiche ad esso sottese, ha comunque il merito di aver compreso, più di ogni altro approccio, il funzionamento neuromentale dei soggetti autistici, con le sue peculiarità e diversità e di aver fondato un modello di trattamento terapeutico valido ancora oggi. Sebbene le linee guida internazionali considerino la terapia cognitivo-comportamentale e l'approccio ABA come trattamento d'élite per l'autismo, è interessante analizzare i contributi psicomodinamici alla luce delle recenti scoperte scientifiche per indagare quali potrebbero essere gli elementi di tale modello maggiormente utili al trattamento dei disturbi dello spettro autistico.

### PAROLE CHIAVE

**Autismo, psicoanalisi, trattamento.**



Attribution-NonCommercial 4.0  
International (CC BY-NC 4.0)

## Premesse e finalità

Tra gli anni '40 e '70 l'approccio psicodinamico alla comprensione e al trattamento dell'autismo affermava un'eziologia di origine psicogena che andava fatta risalire a un fallimento della relazione familiare ed, in particolare, della relazione madre-bambino.

La madre, principale responsabile, veniva descritta come fredda e poco empatica. Si è trattato di un errore che ha pesato sulla credibilità di tutta la teoria psicoanalitica e, soprattutto, sulla sua eventuale applicabilità per ciò che concerne il trattamento dell'autismo.

Una lettura più attenta e approfondita dei contributi psicoanalitici sul tema potrebbe, tuttavia, mettere in luce aspetti che hanno un maggiore potenziale applicativo se rivisti alla luce delle recenti scoperte scientifiche.

Scopo di questo articolo è, pertanto, offrire una disamina dei vari contributi psicodinamici evidenziandone l'evoluzione e focalizzandosi sugli elementi salienti e su ciò che può essere ancora considerato valido in termini sia di comprensione che di trattamento della sindrome.

### 1. Le intuizioni pionieristiche di Melanie Klein

Il contributo di Melanie Klein, psicoanalista austriaca nota per i suoi studi pionieristici nel campo della psicoanalisi infantile e per i contributi allo sviluppo delle relazioni oggettuali, rappresenta il primo tentativo, nella letteratura psicoanalitica, di comprensione e sistematizzazione delle sindromi dello spettro autistico.

Già tredici anni prima della pubblicazione del rivoluzionario testo "Disturbi autistici del contatto affettivo" nel 1943 [1], ad opera di Leo Kanner, infatti, Melanie Klein descrive l'analisi del piccolo Dick, bambino di quattro anni, che oggi sarebbe diagnosticato come autistico.

Le intuizioni relative al caso del piccolo Dick, riportate nel suo saggio "The Importance of Symbol-Formation in the Development of the Ego" del 1930 [2], attestano l'incredibile originalità e perspicacia dell'autrice e meritano di essere rilette e riesaminate alla luce delle recenti formulazioni teoriche.

Nella descrizione della Klein, Dick appare come un bambino di quattro anni che presenta, tuttavia, uno sviluppo linguistico e intellettuale di 15-18 mesi.

La capacità del bambino di costruire relazioni emotive con l'ambiente è quasi completamente assente e la capacità di adattarsi alla realtà è estremamente scarsa.

Fin dalla primissima infanzia il piccolo si mostra quasi privo di affettività e indifferente alla presenza delle sue figure significative, la madre e la tata.

In totale assenza di contatto con il suo ambiente, il bambino non gioca e non sembra interessato a nulla in particolare. Per ciò che concerne il linguaggio, si limita a ripetere di continuo certi rumori e usa in modo errato il suo scarso vocabolario.

Il comportamento di Dick nella relazione con la madre, si caratterizza per una tendenza all'oppositività che ha un'interessante peculiarità, l'assenza di affettività e intenzione. L'autrice ci fornisce, inoltre, alcuni dati anamnestici riguardanti il piccolo

paziente; in particolare, l'allattamento è descritto come complicato fin dal principio; la madre aveva provato ad allattarlo al seno ma senza successo.

Con lo svezzamento, le cose non erano andate meglio; Dick si rifiuta di masticare e si oppone a qualsiasi proposta alimentare diversa dalla consistenza della "pappa".

Per ciò che concerne lo sviluppo motorio, acquista la capacità deambulatoria in età normale ma si mostra impacciato. Il bambino è, inoltre, indifferente alla maggior parte degli oggetti e giocattoli intorno a lui, e non ne afferra lo scopo o il significato. L'analisi del piccolo Dick descritta da Melanie Klein dura circa sei mesi ed ha un esito estremamente favorevole. Il bambino, che alla prima osservazione si mostra gravemente compromesso sia sul versante della comunicazione sia del contatto sociale, ha un cambiamento globale notevole.

Con l'analisi, Dick ha, per la prima volta, la possibilità di fare esperienza di un ambiente in cui è libero di seguire le sue iniziative e di esplorare la situazione, coadiuvato dalla presenza della psicoanalista che si dedica a lui, lo osserva e gli parla di ciò che sta facendo.

Dick giova immediatamente di tale nuova situazione e ciò gli permette di instaurare subito un contatto verbale con la psicoanalista. Le prime parole pronunciate dal piccolo paziente si riferiscono alla tata e permettono all'autrice di approfondire il tema della separazione e dell'estraneo. Nel corso dell'analisi Dick comincia, inoltre, a usare il materiale fornitogli durante le sedute e a chiedere l'aiuto della psicoanalista mostrando attenzione verso questa nuova persona. Riesce così, dopo una fase iniziale di diffidenza abbastanza breve, a entrare in contatto con quella persona e a esplorare progressivamente il rapporto con lei e con lo spazio che gli mette a disposizione facendo un'esperienza conoscitiva globale che finora gli era stata in tutto o in parte impedita.

Sembra crescere rapidamente l'interesse alle cose e all'ambiente, e anche ai nomi delle cose, e il tutto in rapporto alla persona che ora è vissuta come compagna di esplorazione. Sembra essersi sollevato il rifiuto che prima il bambino opponeva. È emerso il desiderio di essere capito che prima era soffocato.

Il caso del piccolo Dick è stato più volte definito come una descrizione "ante-litteram" dell'autismo e ha suscitato particolare interesse tra gli psicoanalisti successivi, tra i quali è doveroso citare Frances Tustin, il cui contributo, rappresenta ancora oggi la più importante descrizione dell'autismo di stampo psicodinamico. [2]

## **2. La posizione classica psicoanalitica**

Il primo tentativo di formulare un'ipotesi eziologica per le sindromi autistiche è rappresentato dal contributo di Bruno Bettelheim, psicoanalista austriaco naturalizzato statunitense.

Egli formulò l'ipotesi della "fortezza vuota", collocando le origini dell'autismo in un'anomalia del rapporto madre-bambino.

Secondo l'autore, infatti, le cause scatenanti andavano ricercate nell'atteggiamento delle madri, descritte come troppo fredde e insensibili ai bisogni dei loro bambini.

In merito a questo egli afferma: «*Credo che la causa iniziale del ritiro autistico sia l'interpretazione corretta da parte del bambino dell'attitudine negativa, con la quale gli si accostano le figure più significative del suo ambiente*». [3]

Secondo lo psicoanalista le madri, quando sono così distaccate, generano nei loro figli l'idea di non poter influenzare in alcun modo il mondo circostante, inducendoli a ritirarsi in una sorta di fortezza vuota.

È a Bruno Bettelheim, infatti, che dobbiamo la descrizione delle cosiddette “madri frigorifero” che, per numerosi anni, ha invaso la letteratura psicologica riguardante l'autismo e che ha, da una parte, generato forti sensi di colpa e angosce nei genitori e, dall'altra, sminuito sempre più il valore del contributo psicodinamico alla comprensione di tale patologia. [3]

Sullo stesso filone eziologico si colloca il contributo di Margaret Mahler, psicoanalista e psicoterapeuta ungherese.

L'autrice guarda alle manifestazioni patologiche di tali sindromi ponendo l'attenzione sul ruolo dell'Io nel normale rapporto madre-bambino.

Partendo dall'osservazione del bambino durante le prime fasi del suo sviluppo psichico, Margaret Mahler descrive quella che definisce “nascita psicologica”, conquista resa possibile dal graduale processo di differenziazione tra Sé e Non-Sé.

Tale evento permette al bambino di pensare la madre come oggetto separato da sé e appartenente al mondo esterno.

Per la Mahler “*l'isolamento e le altre manifestazioni della sindrome psicotica autistica richiamano alla mente quello stadio di completa non-differenziazione tra l'Io e l'Es, tra Sé e mondo oggettuale, che si ritiene sia predominante nel neonato fino alla fine del secondo mese di vita e che rappresenta la cosiddetta fase “autistica normale”*” [4].

Poiché al neonato manca la consapevolezza della sua separatezza dall'oggetto materno, durante questa fase, egli non è in grado di fare esperienza di ciò che fa parte del suo Sé e ciò che, invece, ne è estraneo.

L'ipotesi eziologica della psicoanalista è pertanto quella di una regressione ad uno stato arcaico, ma comunque normale e fisiologico, dello sviluppo psichico del soggetto.

La Mahler sostiene, pertanto, che il bambino affetto da autismo sembra organizzato per mantenere e consolidare la barriera allucinatoria negativa che caratterizza la prima settimana di vita, che gli permette di difendersi da una stimolazione sensoriale troppo intensa e violenta [5].

### **3. La tecnica dell'Infant Observation e la rivisitazione eziologica**

L'ipotesi eziologica classica secondo la quale la sindrome autistica sia una regressione patologica ad una fase normale viene poi, gradualmente, scardinata alla luce dei successivi contributi. Fondamentale in questo senso è l'innovazione tecnica dell'Infant Observation, proposta per la prima volta da Esther Bick, psicologa e psicoanalista infantile.

Tramite tale pratica, che consiste nell'osservazione a cadenza settimanale di una diade madre-bambino dalla nascita fino ai due anni di vita, e attraverso l'analisi del materiale emerso, la psicoanalista giunge ad ipotizzare la presenza di due stati, profondamente diversi, della precoce esperienza psichica del lattante: uno stato primario di non-integrazione, vissuto dal bambino come esperienza di totale impotenza, e uno stato di disintegrazione caratterizzato da processi di scissione sviluppati come difese al servizio dello sviluppo [5].

Secondo l'autrice la manifestazione patologica del bambino autistico proviene appunto da questa seconda fase che ella non considera affatto normale, come abbiamo visto nel caso di Margaret Mahler.

Nel normale stato di non-integrazione, infatti, il lattante è alla ricerca di un oggetto che svolga la funzione di mantenere unite tutte le componenti della personalità non ancora differenziate dal corpo.

Questo oggetto contenente è, appunto, la madre che è vissuta come una sorta di pelle in grado di avvolgere, e dunque, contenere le parti non ancora integrate del bambino permettendo lo sviluppo dei processi d'identificazione e, successivamente, di scissione primaria e di idealizzazione del sé.

La funzione contenitiva dell'oggetto materno consente al bambino di elaborare uno spazio interno al Sé che si differenzia dal mondo esterno e gli fornisce, pertanto, la capacità di introiezione.

Uno sviluppo non adeguato di questa funzione primaria della pelle, causato da carenze affettive da parte dell'oggetto materno o da attacchi fantasmatici messi in atto dal bambino contro quest'ultimo, potrebbe sfociare in una confusione d'identità nell'evoluzione della personalità conducendo alla formazione di una "seconda pelle" che genera il cosiddetto incapsulamento autistico.

In questo stato la dipendenza dall'oggetto è sostituita da una falsa dipendenza che influenza lo sviluppo successivo del bambino costringendolo ad utilizzare in maniera inadeguata funzioni mentali, come sostituti della funzione di contenimento della pelle che è stata compromessa [7].

#### **4. L'autismo come manovra difensiva specifica ad un trauma e lo smontaggio sensoriale**

*Il contributo di F. Tustin*

Dobbiamo, tuttavia, aspettare il contributo di Frances Tustin che, in seguito alle innovazioni rese possibili dalle tecniche dell'Infant Observation, determinerà una vera e propria rivoluzione nell'approccio psicodinamico alla sindrome autistica.

La psicoanalista inglese famosa per i suoi studi pionieristici sull'autismo, comincia la sua formazione accademica nel 1943 all'Università di Londra, dove ha l'opportunità unica di seguire le lezioni di Susan Isaacs. Successivamente intraprende il percorso di formazione psicoanalitica presso la Tavistock Clinic e qui inizia la sua analisi personale con Wilfred Bion. Aderisce così alle teorie e ai metodi terapeutici di Me-

lanie Klein, seguendo il suo nuovo filone di ricerca e le sue intuizioni relative all'autismo.

La psicoanalista si serve del materiale clinico relativo al caso del piccolo John per la sua riflessione sull'autismo e il suo tentativo di teorizzazione eziologica della sindrome [8].

Nell'interpretare il materiale emerso nelle sedute con John, Frances Tustin dichiara, tuttavia, di aver incontrato diverse difficoltà. Le formulazioni kleiniane, sulle quali si era formata, non erano, infatti, in grado di spiegare ciò che aveva vissuto nell'analisi con il piccolo paziente.

Si avvicina, pertanto, al pensiero di Donald Winnicott, in particolare per ciò che concerne la sua teoria secondo la quale l'autismo sarebbe il risultato di un meccanismo di difesa "estremo e altamente sofisticato" contro le angosce primitive e un certo tipo di depressione estremamente precoce [9]. Winnicott la definisce "depressione psicotica" e la distingue dalla tipica "depressione reattiva", esperita in seguito alla perdita di un oggetto riconosciuto separato e non parte del corpo del soggetto. A tal proposito, scrive:

*"Ad esempio la perdita potrebbe essere quella di certi aspetti della bocca che scompaiono dal punto di vista del bambino insieme alla madre e al seno allorché avviene la separazione ad una data precedente a quella in cui il bambino ha raggiunto lo stadio di sviluppo emotivo che potrebbe fornirgli l'equipaggiamento per affrontare la perdita"* [8].

Frances Tustin, alle prese con le sue difficoltà interpretative e alla ricerca di formulazioni funzionali al suo lavoro, abbandona la posizione psicoanalitica ortodossa secondo la quale l'autismo patologico rappresenta la regressione a uno stadio infantile normale di autismo primario e rianalizza il suo materiale clinico alla luce dei contributi di Donald Winnicott e Wilfred Bion. Si rende conto della presenza di un comune denominatore nell'esperienza dei suoi piccoli pazienti: il perpetuarsi, durante la primissima infanzia, di una situazione di fusione e non differenziazione con la madre che, dopo la nascita del bambino, si era sentita come una "non persona".

*"Il bambino si era sentito così unito alla madre che l'improvvisa e dolorosa rottura di questo senso di unità duale, quando inevitabilmente si era reso conto di essere separato fisicamente dalla madre, gli era sembrata come la perdita di una parte del suo corpo che fino ad allora era sembrata parte del corpo della madre. Questa rottura durante la fase neonatale era apparsa come una catastrofe sia per la madre che per il bambino. Entrambi sentivano di essere rimasti con un buco nel corpo"* [10].

L'autrice considera, pertanto, l'autismo come una reazione specifica ad un trauma; un meccanismo di difesa messo in atto, dal bambino, per far fronte alle angosce associate alla rottura traumatica di un anormale stato di unità adesiva con la madre.

Per Frances Tustin l'autismo è un disturbo a due fasi: il perpetuarsi dell'unità duale, poi l'interruzione traumatica e l'organizzazione patologica che viene a crearsi in seguito.

Il bambino autistico non vive, nel rapporto diadico con la madre, le normali oscillazioni tra unione e separazione; egli si trova in uno stato di terrore e attaccamento

adesivo alla madre che è vissuta come “oggetto inanimato a cui attaccarsi”.

Qual è la causa di questo intenso terrore?

Secondo la psicoanalista, si tratta di bambini particolarmente vulnerabili che arrivano alla consapevolezza di essere separati dalla madre in quello che definisce “contenimento mentale insicuro”, ovvero in una situazione in cui le cure verso il bambino non sono state abbastanza adeguate [10].

In quest'ottica l'autismo potrebbe essere considerato come una versione precocissima ed infantile del disturbo da stress post-traumatico.

L'abnormità della patologia si fa più complessa soprattutto nella prima fase, quella dell'unità adesiva. È chiaro che, nella descrizione dei meccanismi che operano in questa specifica fase, l'autrice si sia servita del contributo di Donald Meltzer e, nello specifico, della descrizione di ciò che egli definisce “identificazione adesiva” [11].

Lo stato di unità adesiva in cui si trovano la madre e il suo piccolo si caratterizza per un senso di contiguità, di adesione pelle a pelle. Il bambino non è consapevole di tale vicinanza se non quando questa è interrotta, innescando una sensazione di separazione dolorosa e perdita di determinate parti del corpo.

Lo stato di adesione non permette al bambino nessun tipo di identificazione poiché per ogni tipo di processo identificatorio è necessario che si sia sviluppato un senso dello spazio tra sé ed altri che, proprio per la sua natura, l'unità adesiva non permette. Dal momento che l'identificazione è alla base dell'empatia, risultano impediti tutti gli sviluppi psicologici come il “bonding”, la nascita psicologica, i processi di introiezione e proiezione.

Per ciò che concerne il trattamento di tali pazienti Frances Tustin aggiunge:

*“Il dolore del trauma ha spinto i bambini autistici ad allontanarsi dagli altri, ma la sofferenza che segue la riattualizzazione del trauma e il dolore mitigato li spinge a rivolgersi agli altri per trovare aiuto. Una volta liberati dalla coazione a ripetere l'esperienza traumatica, essi sviluppano un rapporto di collaborazione con il terapeuta e con gli altri. Quando ciò avviene, l'autismo comincia ad affievolirsi”* [10].

È così che una catastrofe psichica diventa una possibilità psichica.

### *Il contributo di D. Meltzer e lo “smontaggio sensoriale”*

Seguendo l'ipotesi eziologica dell'autismo come risultato di meccanismi di difesa che il bambino mette in atto in risposta a un trauma specifico, risulta interessante approfondire il contributo e gli studi di Donald Meltzer, raccolti nel suo celebre testo “Esplorazioni sull'autismo: studio psicoanalitico” [11].

Nel 1954 l'autore, dopo aver lavorato negli Stati Uniti con i bambini autistici, approda al gruppo di matrice kleiniana a Londra.

Dall'osservazione della fenomenologia autistica, attraverso la sua esperienza diretta, Meltzer ipotizza la presenza, in tali pazienti, di due stati mentali caratterizzati da un estremo grado di isolamento tra di loro:

- Lo stato autistico, caratterizzato da assenza di pensiero temporanea e reversibile attraverso lo smontaggio dell'apparato percettivo (vedi Bion).

- Lo stato post-autistico, le cui peculiarità sono un'estrema immaturità, l'impiego dell'ossessività ed il deterioramento della dimensionalità nelle relazioni oggettuali.

Lo stato autistico, così come da lui descritto, dipende da un determinato fattore intrinseco del bambino, risalente alla sua particolare costituzione. Meltzer descrive tale fattore come un'abnorme sensualità orale accompagnata da un'estrema velocità dei processi percettivi e una spropositata sensibilità emotiva che rende il bambino "estremamente permeabile allo stato d'animo altrui".

Questa disposizione di base, quando si intreccia con le difficoltà o il fallimento della funzione materna, costituisce, secondo l'autore, il punto di partenza per il successivo sviluppo deviante.

Per descrivere l'essenza dello stato mentale autistico, Meltzer si serve del concetto di "smontaggio sensoriale". Secondo l'autore, i bambini autistici *"impiegano un particolare tipo di scissione in cui smontano il loro io nelle sue facoltà percettive del vedere, toccare, sentire, odorare ecc. e a causa di ciò riducono il loro oggetto da uno di tipo "senso comune" a una molteplicità di eventi unisensoriali in cui animato e inanimato diventano indistinguibili"* [11].

In altre parole, il bambino, alle prese con la sua difficoltà di tenere insieme i vari sensi, stimolati da un oggetto vissuto come chiuso ed impenetrabile, non ha altra scelta che lasciar vagare i sensi alla ricerca della sensazione più attraente o stimolante. Si tratta di uno stato mentale in cui l'oggetto e il Sé sono fusi, *"il Sé segmentato possiede un segmento dell'oggetto; tra il bisogno e la sua soddisfazione non c'è neppure il più piccolo spazio, la più breve lacuna per far sorgere l'idea della separatezza"* [11].

Attraverso lo smontaggio, dunque, il bambino autistico entra in rapporto con l'oggetto unicamente in funzione della sua specifica qualità percettiva; pertanto non è in grado di percepire l'oggetto nella sua interezza ma il suo odore, il suo colore ecc. Si tratta di un processo passivo nella misura in cui il bambino si lascia prendere dalle diverse sensazioni senza la capacità di utilizzare un attivo processo attentivo per tentare un'integrazione.

Siccome tale meccanismo di difesa permette al bambino di non percepire la normale angoscia di tipo persecutorio o depressivo, egli si trova in uno stato di illusione di fusione e possesso.

La più significativa conseguenza di uno stato mentale di questo tipo è la necessità di permanere in una condizione sensuale e percettiva con l'oggetto in modo da mantenere intatta la condizione di fusione indifferenziata con esso. Ciò determina un'incapacità di pervenire alla creazione di uno spazio psichico, interno al Sé e all'oggetto. Pertanto

*"il bambino autistico non è in grado di utilizzare processi di identificazione introiettiva e proiettiva, non può servirsi dell'identificazione proiettiva perché non ha il senso dello spazio in cui penetrare, e dell'identificazione introiettiva perché parimenti non c'è uno spazio in cui portare qualcosa"* [11].

Nello stato mentale post-autistico è presente un tipo di funzionamento che non prevede la consapevolezza di spazi ma superfici; il bambino autistico può solo aderire all'oggetto, rimanendovi incollato (identificazione adesiva). I processi di identificazione adesiva, sottolinea l'Autore, conducono *“più in direzione della mimica dell'apparenza superficiale e del comportamento dei loro oggetti che non dei loro stati mentali o attributi”* [11].

Inoltre il terrore che prova il bambino, quando tale adesione è minacciata, lo spinge, a mettere in atto meccanismi ossessivi e ripetitivi per tentare di ripristinare l'illusione di contatto senza fine con un oggetto *“che ha lo spessore della carta, e non ha un interno”* [11].

In *“Amore e timore della bellezza”* [12] dieci anni dopo, Meltzer ci fornisce la spiegazione eziologica più *“poetica”* della tradizione psicoanalitica; attraverso ciò che egli definisce *“conflitto estetico”* [12].

A proposito scrive:

*“al principio c'era l'oggetto estetico e l'oggetto era il seno e il seno era il mondo”* [12].

Non è tanto l'assenza dell'oggetto, quanto la sua spiazzante bellezza e splendore, a provocare l'angoscia del bambino autistico.

Si tratta di un'angoscia che è il risultato dell'impossibilità di penetrare nell'interno di tale oggetto maestoso, data dal conflitto tra il suo splendore esteriore e la depressione (o mancanza di empatia) al suo interno. Il neonato, essendo particolarmente aperto e sensibile all'intensità percettiva, non è stato in grado di introiettare l'oggetto e, pertanto, la superficie del suo Sé è sentita come danneggiata, *“cosparsa di una sensazione diffusa priva di significato, tormentosa come il prurito”* [12].

Come F. Tustin, lo psicoanalista è convinto che, attraverso la psicoterapia, sia possibile fornire al bambino l'esperienza del *“dentro”* che non è stato in grado di costruirsi insieme alla madre, nel loro rapporto diadico. Meltzer, infatti, sostiene che vi sia una compresenza e coesistenza di livelli multipli di funzionamento mentale ed è per questo motivo che egli considera l'autismo come reversibile e, dunque, non tanto come una patologia, quanto una variante del pensiero e del suo sviluppo, *“uno stile di vita”*.

## 5. La posizione degli psicoanalisti contemporanei

Gli psicoanalisti contemporanei hanno il difficile compito di valorizzare la tradizione psicodinamica rispetto all'autismo allontanandosi, tuttavia, da ciò che è ormai considerato errato. Per questo motivo il focus dei loro contributi non è tanto di natura teorica, quanto di modificazione della pratica clinica, soprattutto alla luce delle scoperte di Donald Meltzer e Frances Tustin. Tra i diversi contributi, interessanti risultano quelli di Anne Alvarez, Didier Houzel e Marie-Christine Laznik.

Anne Alvarez, considerata una dei massimi esperti mondiali sull'autismo, dopo diversi anni di lavoro con bambini autistici e borderline, propone una interessante e rivoluzionaria modificazione della tecnica psicoanalitica.

Secondo l'autrice, infatti, questi pazienti non sono in grado di rispondere alla tradi-

zionale interpretazione esplicativa, tipica della psicoanalisi, a causa di una profonda compromissione dell'io.

L'autrice, pertanto, propone uno schema di lavoro analitico a vari livelli come conseguenza del fallito tentativo di raggiungere bambini estremamente danneggiati con interpretazioni basate sulla spiegazione (alla Freud) o sulla localizzazione (alla Klein) [14]. Entrambi i tipi di interpretazione presuppongono, infatti, che si sia stabilita la capacità di pensiero spaziale, temporale e causale che, per loro natura, tali pazienti non possiedono.

Gli impedimenti nella capacità di simbolizzazione, nel gioco e nel linguaggio, rendono loro estremamente difficile una comprensione delle più ordinarie interpretazioni esplicative ed è per questo motivo che l'autrice suggerisce di invertire l'ordine degli sviluppi storici nei livelli di interpretazione procedendo dal quarto fino al primo.

Il primo livello è quello freudiano classico, l'interpretazione esplicativa che connette ciò che è rimosso alle difese ad esso connesse.

Il secondo livello è l'ampliamento di tale interpretazione ad opera di Melanie Klein, grazie alla quale è possibile collocare e ricollocare parti scisse e proiettate della personalità.

Il terzo livello, invece, grazie al contributo di Wilfred Bion, ha una connotazione più descrittiva e contenitiva.

I primi due livelli di interpretazione presuppongono una capacità di pensiero a "due piste" [15]: la capacità di pensare a interpretazioni sul "perché" (che riguardano la rimozione) o a interpretazioni sul "chi" e "dove" (che riguardano la scissione o identificazione proiettiva). Deve essere, inoltre, presente una certa capacità di tollerare angoscia e dolore e un certo sviluppo dell'io e della capacità simbolica. Molti di questi pazienti, tuttavia, non sono in grado di pensare due pensieri insieme, o in sequenza, ed è per questo motivo che potrebbe rendersi necessario un ulteriore livello di interpretazione, che implica una tecnica più attiva di "richiamo" soprattutto nei casi di pazienti in cui il senso del sé e dell'oggetto appare atrofizzato.

Abbiamo, dunque, un livello esplicativo che offre significati alternativi, un livello descrittivo che attribuisce ed amplia i significati, un livello intensificato e vivificante che insiste sul significato e, infine, il richiamo. Secondo l'autrice solo restando in contatto coi sentimenti più profondi che il paziente suscita nell'analista è possibile modulare il livello d'intervento più idoneo.

La maggior parte dei pazienti autistici si colloca al terzo livello, qui il problema non è pensare o identificare l'emozione, ma semplicemente riuscire ad accedervi e fare in modo che queste emozioni abbiano senso per il paziente.

L'imperativo teorico di Anne Alvarez è che bisogna incontrare il paziente dove questi si trova. Il livello della grammatica interpretativa del terapeuta e i tempi di restituzione delle identificazioni proiettive devono essere in sintonia: con il livello evolutivo, lo stato mentale e la capacità del paziente di comprenderle e utilizzarle per una maggiore integrazione.

Per alleviare il senso di angoscia, può anche essere necessario che l'analista non restituisca, ma contenga in sé o in un altro oggetto le esteriorizzazioni di un oggetto

interno estremamente cattivo o danneggiato del paziente. Questo può avere un effetto calmante e liberatorio e favorire la nascita o lo sviluppo di un senso di speranza e sicurezza necessarie per il superamento dell'angoscia e della paura [16].

Sullo stesso filone di ricerca si colloca il contributo di Didier Houzel, psichiatra e psicoanalista francese. Come Anne Alvarez l'autore pone il focus sulle peculiarità della pratica clinica con i pazienti autistici ma lo fa in particolare per ciò che concerne il transfert analitico.

Secondo l'autore, infatti, scopo di ogni analisi è quello di fare in modo che la turbolenza emotiva e pulsionale, piuttosto che essere repressa o lasciata a sé stessa, possa essere incanalata in modelli stabili in grado di fornire supporto per rappresentazioni, pensieri e simboli. Per Houzel nei pazienti autistici tali processi di stabilizzazione avvengono in più fasi, a ognuno dei quali corrisponde una modalità transferale dominante. Egli ne individua quattro: transfert sul contenitore, transfert infantile, nevrosi di transfert e la conclusione dell'analisi.

Il transfert sul contenitore domina le prime fasi dell'analisi, il terapeuta assume il ruolo di contenitore delle proiezioni del bambino tentando di renderle significative. In queste prime fasi la funzione di ricettività e integrazione è cruciale, soprattutto data la necessità di aspettare il tempo necessario prima di proporre interpretazioni di contenuto che, se offerte troppo prematuramente, possono essere vissute come persecutorie. Per la descrizione delle caratteristiche di tale contenitore Houzel riprende le teorizzazioni di Frances Tustin, secondo la quale una delle peculiarità del funzionamento autistico consiste nella scissione della bisessualità psichica al livello più arcaico, laddove dovrebbe normalmente integrarsi al livello dell'oggetto contenitore, delle componenti materne e paterne strettamente associate. Tutto si svolge come se la ricettività materna dovesse essere combinata con la consistenza paterna per dare all'oggetto contenitore le qualità necessarie [8]. Gli attacchi alla bisessualità psichica dell'analista sono costanti nel trattamento del bambino autistico. È l'elaborazione contro transferale che costituisce la migliore guida per individuare questi attacchi e reintegrare la bisessualità psichica scissa. Questa elaborazione è essenziale per permettere una vera nascita psichica e una ripresa della crescita mentale.

Il transfert infantile è la seconda tappa e presenta due caratteristiche principali: una relazione con un oggetto parziale e l'analisi delle fantasie relative al corpo materno, con i suoi diversi scomparti e le sue caratteristiche contrastanti. Nello specifico, la relazione con un oggetto parziale non andrebbe intesa, in questo caso, come una relazione con una parte dell'oggetto ma, piuttosto, come una relazione con un oggetto dotato di qualità fisiche e mentali ma carente nella struttura interna, senza volontà né storia. Questa fase è estremamente delicata poiché si cominciano a stabilire, in maniera discriminatoria, qualità appropriate per l'oggetto e per il sé riducendo al contempo le loro componenti pericolose o distruttive.

La nevrosi di transfert corrisponde al periodo edipico descritto da Freud; il bambino stabilisce la sua identità sessuale e conquista le rappresentazioni degli attributi e dei ruoli specifici di ogni sesso. Quando il bambino autistico raggiunge questo livello di integrazione inizia ad assomigliare a tutti i bambini del mondo. La maggior parte dei

bambini autistici, tuttavia, non raggiunge mai questo stadio di sviluppo o lo fa solo in maniera molto rudimentale. In effetti, una delle caratteristiche tipiche del processo analitico con i bambini autistici è l'instabilità degli stadi più avanzati di sviluppo: possono essere raggiunti, ma il minimo contrattempo basta a riportare il bambino al suo precedente modo di funzionare.

Il processo che conclude l'analisi è particolarmente difficile da descrivere; per l'autore il miglior criterio per giudicare quando un'analisi si sta volgendo al termine è il riconoscimento non solo che il bambino si sta adattando al nuovo ambiente, ma anche che continua a fare progressi significativi tra una sessione e l'altra [17].

Interessante è, infine, il contributo di Marie-Christine Laznik, in particolare per ciò che concerne la specificità del lattante autistico e delle sue primissime interazioni con la madre.

L'autrice si serve delle teorizzazioni di Lacan per sostenere l'ipotesi che la patologia primaria del bambino risulterebbe dalla non attivazione del cosiddetto "circuito pulsionale completo", cui mancherebbe il terzo tempo. *"Parliamo del tempo in cui il futuro soggetto - in questo caso il bambino nella primissima infanzia - si fa oggetto di un altro soggetto"* [18]. Per Freud vi sono tre tempi della pulsione e al terzo fa la sua comparsa un nuovo soggetto. Dei tre tempi il primo è attivo (il lattante va verso un oggetto esterno come il seno), il secondo è riflessivo (il lattante assume come oggetto una parte del suo corpo) il terzo è quello che Lacan definisce del "farsi fare", dove il lattante si fa oggetto egli stesso di un altro. Ebbene i lattanti autistici non sono in grado di concludere tale processo, incapaci di compiere lo sforzo di mettersi al servizio dell'altro.

Per Lacan l'assoggettamento del sé all'altro ha come scopo di agganciarne il godimento, ciò permette di raggiungere la dimensione dell'Altro. Quando ha luogo il terzo tempo del circuito pulsionale, qualcosa della rappresentazione del desiderio va a iscriversi sul polo allucinatorio del soddisfacimento primario;

*"Su questo passaggio per il polo allucinatorio di soddisfacimento si costituirà la possibilità di avere delle rappresentazioni inconsce. Il circuito ne rappresenta anzi la conditio sine qua non. Se esso non funziona, se questo terzo tempo non è raggiunto, se il circuito si blocca tra il primo e il secondo tempo, allora nulla garantisce che l'auto-erotismo porti la marca del luogo dell'Altro. Niente allora garantisce che il polo allucinatorio del soddisfacimento sia preso nel circuito e che, pertanto, tutto il sistema di rappresentazione, del pensiero inconscio, possa costituirsi, giacché mancano metafore, metonimie, processi di condensazione e di spostamento. Nulla di strano, quindi, nel trovare in seguito dei deficit cognitivi"* [18].

Ulteriore effetto del deficit del circuito pulsionale è la mancata conquista dello stadio dello specchio, momento intorno ai sei mesi vita, in cui il bambino sorride alla propria immagine riflessa e cerca sul viso dei genitori la convalida di ciò che vede. Tale momento è di estrema importanza per la costituzione dell'immagine unitaria del corpo e per la possibilità di stabilire relazioni con i piccoli simili.

Secondo l'autrice lo stadio dello specchio può costituirsi solo se, precedentemente, vi sia stata l'esperienza di una prosodia nella voce materna che permette al neonato

di riconoscersi come oggetto-causa del godimento di un'Altro (madre). Il viso che corrisponde a quella voce, così specifica e singolare, sarà ripetutamente ricercato dal bambino per farsi oggetto dello sguardo della madre nel quale leggerà l'investimento di cui è l'oggetto idealizzato. Ciò non si verifica per il neonato futuro autistico nella sua relazione con la madre [19].

L'attenzione specifica ai primissimi segnali patologici nel lattante permettono all'autrice, insieme a un team di psicologi e psichiatri, di sviluppare uno degli strumenti di screening precoce più rivoluzionari dei nostri tempi: la griglia PREAUT. Attraverso l'osservazione di alcuni segnali e reazioni dell'interazione diadica tra madre e bambino è possibile, grazie a tale griglia, individuare l'eventuale presenza di situazioni a rischio. L'autrice, che crede fermamente nella diagnosi precoce e le sue potenzialità, ha fornito i pediatri del suo strumento innovativo e li ha formati per l'individuazione di campanelli di allarme specifici per tale sindrome cambiando la vita di numerosi bambini e delle loro famiglie [20].

In appendice si riporta una tabella riassuntiva del pensiero degli autori esaminati. Tabella riassuntiva:

Melanie Klein	individuazione della sindrome [2].
Bruno Bettelheim	autismo come anomalia del rapporto madre-bambino [3].
Margaret Mahler	autismo come regressione ad una fase normale dello sviluppo psichico [5]
Esther Bick	innovazione della tecnica (Infant Observation) [6].
Donald Meltzer	Lo smontaggio sensoriale [11].
Frances Tustin	autismo come manovra difensiva specifica ad un trauma [8].

  

Anne Alvarez	livelli di patologia e livelli di lavoro analitico [14].
Didier Houzel	focus sui vari livelli del transfert analitico [17].
Marie-Christine Laznik	deficit del circuito pulsionale completo [18] e la griglia PREAUT [20].

tab. 1

## Conclusioni

Come abbiamo esaminato nel corso di quest'articolo, nella totalità dei tentativi di descrizione psicopatologica dell'autismo di natura psicodinamica è possibile riscontrare la presenza di due peculiarità fondamentali:

- la presenza di modalità difensive che il bambino mette in atto per far fronte all'angoscia.
- La presenza di forme di funzionamento psichico del tutto specifiche in cui pre-

vale l'assenza di pensiero, la dominanza di una sensorialità elementare e primitiva e un deficit persistente di simbolizzazione e significazione primaria.

Il trattamento terapeutico di orientamento psicoanalitico si è ampiamente trasformato nel tempo.

La psicoanalisi ha rappresentato, infatti, per anni, il metodo terapeutico elettivo per le sindromi autistiche. Oggi, tuttavia, si può constatare che nell'ambiente scientifico e professionale la psicoterapia psicoanalitica è posta sullo sfondo della totalità degli approcci. Questo fenomeno può essere spiegato dalle moderne tendenze scientifiche dominate dalle neuroscienze e dalla genetica che hanno contribuito alla valorizzazione dell'interpretazione delle sindromi autistiche come risultati di un disturbo organico.

Nonostante ciò risulta interessante rivisitare la tradizionale letteratura psicodinamica relativa all'autismo al fine di estrapolare ciò che può essere considerato ancora valido, sia in termini di comprensione che di trattamento, per la presa in carico di tali pazienti.

Oggi la gran parte di chi applica la psicoterapia psicoanalitica considera con attenzione l'eziopatogenesi multifattoriale del disturbo e l'importanza di un approccio multidimensionale, possibilmente intensivo ed estremamente precoce.

Gli elementi relativi alla pratica psicoanalitica con soggetti autistici che vale la pena rivisitare, alla luce dei nuovi contributi scientifici, sono i seguenti:

- la riproduzione, sul piano simbolico, della situazione di cura tipica della precoce relazione madre-bambino. Il setting psicoanalitico riproponendo l'"holding" materno permette alla sofferenza del bambino (angoscia) di trovare una collocazione all'interno della mente dell'analista che, una volta digerita dal punto di vista emotivo e mentale, la restituisce rendendola più sopportabile e suscettibile di modificazione [21].

- L'incremento dello sviluppo della simbolizzazione primaria. La relazione terapeutica in ambito psicodinamico offre l'opportunità di attribuire un senso ai comportamenti "insensati" del bambino attraverso la sua funzione di significazione della relazione nel qui e ora della consultazione. In questo senso il terapeuta può interpretare la bizzarria dei gesti e dei comportamenti del bambino usando la sua mente come una mente ausiliaria che provvede a darne un senso trasformando gradualmente processi di scarica immediata in stati mentali.

- L'ampio ricorso alle capacità ricettive ed empatiche del terapeuta. Per dare corpo ed espressione agli elementi sensoriali privi di senso fondamentali sono le potenzialità ricettive ed empatiche del terapeuta. Queste, rappresentando il primo punto di scambio tra psicologo e paziente, necessitano di essere incrementate affinché permettano al terapeuta di entrare in contatto con livelli psichici primitivi che richiedono un profondo coinvolgimento dell'empatia sensoriale, tipica del funzionamento autistico.

- La rivisitazione della tecnica. Una tecnica più interattiva dello scambio analitico è valorizzare la persona reale dell'analista che non è più solo mero ricettacolo delle proiezioni ma oggetto nuovo, compagno vivo.

- Sia Donald Meltzer che Frances Tustin concordano sulla possibilità di essere più coinvolti di quanto non accada solitamente durante una normale terapia psicoanalitica. Entrambi gli autori sostengono che, nel caso dei pazienti autistici, i terapeuti debbano concedersi un certo grado di permissività soprattutto per ciò che concerne il contatto fisico.

- La necessità di includere sempre i genitori nel progetto terapeutico. Rappresenta una delle caratteristiche della pratica psicoanalitica con maggiori potenzialità di applicazione sia sul versante terapeutico sia dal punto di vista della diagnosi differenziale con altri tipi di psicosi infantili.

## BIBLIOGRAFIA

1. Kanner, L. (1943). Autistic disturbances of affective contact. *Nervous child*, 2(3), 217-250.
2. Klein, M. (1930). The importance of symbol-formation in the development of the ego. *International Journal of Psycho-Analysis*, 11, 24-39.
3. Bettelheim, B. (1967). *The Empty Fortress. Infantile Autism and the Birth of the Self*. The Free Press, New York.
4. Mahler, M. S., Pine, F., & Bergman, A. (2018). *The psychological birth of the human infant: Symbiosis and individuation*. Routledge.
5. Mahler, M. S. (1968). On Human Symbiosis and the Vicissitudes of Individuation. *Infantile Psychosis*, Volume 1.
6. Bick, E. (1964). *Note sull'osservazione del lattante nell'addestramento psicoanalitico, L'Osservazione diretta del bambino*. Bollati Boringhieri, Torino.
7. Bick, E. (1968). The experience of the skin in early object-relations. *Melanie Klein today: developments in theory and practice: mainly theory*, 5, 187-191.
8. Tustin, F., & Hamilton, V. (2018). *Autism and childhood psychosis*. Routledge.
9. Winnicott, D. W. (1963). La paura del crollo. *Esplorazioni psicoanalitiche*, 157-176.
10. Tustin, F., Bonaminio, V., De Astis, G. (1983). *Stati autistici nei bambini*. Armando, Roma.
11. Meltzer, D. (1977). *Esplorazioni sull'autismo: studio psicoanalitico*. Bollati Boringhieri.
12. Meltzer, D., & Williams, M. H. (2018). *The apprehension of beauty: The role of aesthetic conflict in development, art and violence*. ISD LLC.
13. Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN) (June, 2016). Assessment, diagnosis and interventions for autism spectrum disorders: A national clinical guideline. *SIGN publication no. 145*. SIGN, Edinburgh.
14. Alvarez, A. (2010). Levels of analytic work and levels of pathology: The work of calibration. *The International Journal of Psychoanalysis*, 91(4), 859-878.
15. Bruner, J. S., & Rivero, E. (1972). *Studi sullo sviluppo cognitivo*. Armando.
16. Alvarez, A. (2014). *Un cuore che pensa: tre livelli di terapia psicoanalitica con i bambini*. Astrolabio.
17. Houzel, D. (2004). The psychoanalysis of infantile autism. *Journal of Child Psychotherapy*, 30(2), 225-237.
18. Laznik, M. C. (2016). Lacan e l'autismo. *Rivista di Psicoanalisi*, 62(3), 677-690.
19. Laznik, M. C., & Jerkov, J. (2012). *Con voce di sirena: storie di bimbi autistici, di bimbi troppo sensibili e dei loro genitori*. Editori internazionali riuniti.
20. Olliac, B., et al. (2017). Infant and dyadic assessment in early community-based screening for autism spectrum disorder with the PREAUT grid. *PLoS One*, 12(12).
21. Bion, W.R. (2009). *Apprendere dall'esperienza*. Armando Editore.