

RIFLESSIONI SULL' AUTISMO

(con particolare riferimento
a uno scritto di Melanie Klein)

«Thoughts on autism with special reference to a paper by Melanie Klein» è stato pubblicato sul n. 9 del *Journal of Child Psychotherapy*, pp. 119-131; la traduzione di Milli Graffi che qui presentiamo è stata pubblicata su «Il piccolo Hans», rivista di analisi materialistica, n. 67, autunno 1990, pp. 203-226, a cui abbiamo aggiunto una bibliografia delle opere di Frances Tustin.

Lo scritto di Melanie Klein

Nel suo saggio *L'importanza della formazione dei simboli nello sviluppo dell'Io*¹ Melanie Klein descrive l'analisi di un bambino di quattro anni che chiamò Dick, e che oggi verrebbe diagnosticato come un bambino autistico. Cercherò di esaminare il saggio della Klein partendo dal punto di vista della patologia dell'autismo.

L'articolo della Klein è del 1930. A quell'epoca, non era ancora stato scritto il testo classico di Leo Kanner che stabilì una differenziazione tra l'insufficienza mentale e la sindrome chiamata «Autismo della prima infanzia». La sua scoperta fu resa pubblica solo nel 1943. Anticipando molte delle intuizioni di Kanner, la Klein diede prova della propria originalità e perspicacia. Per esempio, parlando di Dick, affermò che «tanti casi di questo tipo vengono definiti... di insufficienza mentale». E nel modo in cui descrisse il caso, si capisce chiaramente come Dick fosse un esempio classico di autismo tipo Kanner. Così lo descrive:

Questo bambino, Dick, era pressoché privo di affettività, indifferente alla presenza o assenza di sua madre o della sua bambinaia. Fin da

¹ Klein, M., (1930), *L'importanza della formazione dei simboli nella formazione dell'io*, in *Opere*, Boringhieri, Torino 1971.

quando era piccolo, egli ha raramente dimostrato angoscia, e in misura estremamente ridotta... Non aveva quasi interessi non giocava e non aveva alcun rapporto con l'ambiente circostante. Per la maggior parte del tempo, egli semplicemente metteva insieme le parole in maniera incomprensibile e ripeteva costantemente una serie di rumori. Le rare volte che Dick *parlava* usava il suo scarso vocabolario in modo sbagliato. Non era soltanto incapace di esprimersi in maniera comprensibile; non aveva nessun desiderio di comunicare. A questo proposito, la madre aveva avvertito che il bambino aveva un atteggiamento fortemente negativista, che si manifestava per lo più nel fare esattamente l'opposto di quello che gli altri si aspettavano da lui... Quando si faceva male, non dava alcun segno del desiderio tipico dei bambini piccoli di essere confortato e coccolato... per giunta, mi correva intorno come se io non fossi altro che un mobile...

Da neonato, Dick aveva presentato un'enorme difficoltà nel succhiare. La Klein descrive i tentativi della madre di allattarlo al seno e come egli si rifiutasse di succhiare correndo anche il rischio di morire per denutrizione. Io ho trovato che la difficoltà della suzione nella prima infanzia è caratteristica comune a tutti i bambini autistici che ho conosciuto e l'ho riscontrata anche nei casi che ho avuto in supervisione.

Anche le difficoltà incontrate nello svezzamento di Dick sono tipiche dei bambini autistici. La Klein riporta:

Quando era venuto il momento di prendere cibi più solidi, egli si è rifiutato di masticarli ed ha assolutamente respinto qualunque cosa che non avesse la consistenza della pappa.

Infinite volte i genitori di bambini autistici mi hanno detto: «Vuole mangiare solo il cibo molle e respinge i grumi duri» oppure «Accetta soltanto cibo semi-liquido». Quindi, se Dick venisse esaminato oggi, sarebbe sicuramente diagnosticato come autistico, e il suo autismo sarebbe di un tipo affine a quello descritto da Kanner. Questo autismo tipo Kanner va distinto da quello che insorge come conseguenza di modalità incongrue nell'allevamento dei bambini o legato

a lesioni cerebrali evidenziabili oppure in seguito a ospedalizzazione o interventi chirurgici nella prima infanzia o comunque reattivo a qualsiasi interruzione del normale sviluppo infantile.

Dato che, prima di essere esaminato dalla Klein, Dick aveva già avuto un certo sviluppo, è probabile che il suo caso, considerato oggi, avrebbe una prognosi abbastanza favorevole. Per esempio, aveva acquisito il controllo sfinterico e riusciva ad usare alcune parole appropriatamente. Inoltre Dick rispose molto rapidamente a quella capacità unica della Klein di stabilire un contatto terapeutico con un bambino impaurito e rinchiuso in se stesso che non ha alcuna possibilità di dire in cosa consistano le sue paure. È la Klein che afferma:

Il fatto... che nell'analisi di Dick si sia potuto stabilire un contatto con la psiche di Dick e si siano potuti ottenere dei progressi in un periodo di tempo relativamente breve, può fare pensare che in lui, accanto al modesto sviluppo manifesto, vi fosse anche uno sviluppo latente.

E prosegue:

D'altra parte, però, il livello globale di sviluppo di Dick era così povero, che l'ipotesi di una regressione da stadi già validamente raggiunti è difficilmente sostenibile.

Affermava questo perché non era sicura sulla diagnosi da fare nel caso di Dick, e purtroppo non poteva avere a disposizione il testo di Kanner. Ma si era resa conto che Dick era diverso dai bambini schizofrenici che aveva analizzato fino a quel momento. Scrive:

Contro le diagnosi di *dementia praecox*, si può sollevare l'obiezione che nel caso di Dick c'era sostanzialmente una *inibizione* dello sviluppo, e non una *regressione* [il corsivo è nostro].

Comunque, alla fine decise che la malattia di Dick era una variante della schizofrenia, ma evidentemente non era completamente sod-

disfatta di tale diagnosi perché più avanti nel testo aggiunge:

È vero che differisce dalla schizofrenia tipica infantile in quanto il disturbo risiedeva fundamentalmente in una inibizione di sviluppo, invece che, come nella maggior parte dei casi di schizofrenia, in una regressione da stadi di sviluppo già validamente raggiunti.

Questo coincide con la mia esperienza personale. Sulla base di un rapporto incapsulante (*entangled*) con la madre, il bambino schizofrenico compie qualche precario passo dello sviluppo psicologico dal quale regredisce appena deve far fronte a delle difficoltà troppo grosse per lui. Il bambino autistico appare isolato dalla madre, e manifesta un arresto quasi totale dello sviluppo psicologico alla prima infanzia. Usando i termini di Winnicott – il bambino autistico è «non integrato», quello schizofrenico è «disintegrato»².

Distinguere fra autismo infantile e schizofrenia infantile vuol dire modificare il concetto dello sviluppo della prima infanzia e dei processi che vi sono collegati. E vuol dire anche modificare le ipotesi sull'eziologia dell'autismo e le interpretazioni che facciamo negli stadi iniziali dell'analisi. Comunque in queste prime fasi l'ambiente terapeutico legato alla personalità dell'analista e l'ordinata regola del setting terapeutico, sono importanti quanto quello che viene detto al bambino. Per esempio è importante che il bambino non sia libero di vagare da una stanza all'altra costringendo il terapeuta a seguirlo, come succede in alcune forme di psicoterapia. Coloro che hanno adottato la tecnica della Klein per l'analisi infantile hanno imparato ad apprezzare la metodologia che ci ha tramandato. La regola sensata che stabilisce che ciascun bambino abbia un suo cassetto o una scatola dove tenere i propri giocattoli, costituisce per esempio una rete sicura, una sorta di amaca nella quale l'analista e il

² Tustin, F., (1983), *Forme autistiche* (lavoro ancora non pubblicato).

bambino si *dondolano* insieme. Questo contenimento, importante per tutti i bambini in generale, è essenziale per i bambini autistici «non integrati».

Cinquant'anni fa la Klein era in anticipo sui suoi tempi, perché intuì che anche i bambini e non solo gli adulti soffrono di psicosi, e che inoltre c'era il bisogno di formulare, dal punto di vista psicoanalitico, diagnosi differenziali più precise tra i vari tipi di psicosi infantile.

Penso che uno dei compiti principali dell'analisi, afferma la Klein, debba essere quello di scoprire e curare la psicosi infantile. La conoscenza teorica così acquisita sarebbe indubbiamente un contributo prezioso alla nostra comprensione delle strutture delle psicosi e ci aiuterebbe a fare delle diagnosi differenziali più precise fra le varie malattie.

La psichiatria ortodossa ormai accetta il fatto che i bambini possano soffrire di psicosi, ma il pensiero di Melanie Klein è ancora più avanzato dell'ortodossia vigente oggi nel sostenere che alcuni bambini psicotici possono rispondere positivamente alla terapia psicoanalitica. Questa convinzione ottimista è stata ormai convalidata dai singoli psicoanalisti e psicoterapisti dei bambini. Una conferma inequivocabile proviene dagli operatori dell'Istituto di neuropsichiatria infantile della Università di Roma. Essi hanno condotto un'analisi statistica dei risultati ottenuti in 39 bambini psicotici seguiti in terapia psicoanalitica in un reparto dell'Istituto specializzato appunto nel trattamento di bambini di questo tipo e sono arrivati a conclusioni eccezionali e confortanti.

Poco oltre, nello scritto su Dick, la Klein di nuovo anticipa Kan-
ner:

... ho ragione di credere che... il suo non è un caso isolato, perché sono venuta recentemente a conoscenza di disturbi analoghi in due bambini pressappoco dell'età di Dick. Quindi, sono incline a supporre che

riconosceremmo un maggior numero di casi di questo tipo se osservassimo con un occhio più penetrante.

Che peccato che «l'occhio penetrante» della Klein non abbia avuto l'opportunità di focalizzarsi su un numero maggiore di bambini autistici! Avrebbe potuto allargare le sue teorie e così evitare che sorgessero alcune sfortunate controversie. Invece interpretò il materiale clinico di Dick secondo le teorie che aveva formulato durante il suo lavoro con altre patologie. La Klein lo afferma del tutto francamente quando scrive:

Vorrei sottolineare il fatto che nel caso di Dick ho apportato alcune modifiche alla mia tecnica consueta. In generale, non interpreto il materiale finché esso non abbia trovato espressione in numerose e diverse rappresentazioni. In questo caso però, dove la capacità di rappresentare era quasi completamente assente e le rappresentazioni nel materiale di Dick erano così vaghe, mi sono trovata costretta a interpretare sulla base delle mie conoscenze generali.

Perciò, le sue interpretazioni, negli stadi iniziali dell'analisi di Dick, sembrano più idonee ai bambini schizofrenici che a quelli autistici. Io ho analizzato dieci bambini autistici e ho avuto in supervisione diversi psicoanalisti che seguivano altri pazienti di questo tipo e ho tenuto in osservazione bambini autistici per lunghi periodi di tempo, alcuni dei quali nelle loro case. Ho anche analizzato due bambini schizofrenici e ho avuto in supervisione analisti di bambini schizofrenici. Questo lavoro mi ha permesso di chiarire che un'indagine approfondita non può che svelare la grande differenza fra la psicopatologia di un bambino autistico e quella di uno schizofrenico. È importante studiare l'autismo infantile come entità autonoma, e non confonderlo con la schizofrenia, come spesso accade.

Voglio ora definire alcune di quelle che ritengo essere differenze essenziali fra un bambino autistico e uno schizofrenico. (Invece di schizofrenici, preferisco usare il termine *confusionali* o *incapsulati*

[entangled] perché sono termini che descrivono le caratteristiche predominanti della loro patologia.)

Differenze fra bambini autistici e bambini schizofrenici

Il bambino schizofrenico è in un confuso viluppo con la madre – quello che Mahler chiama una «simbiosi patologica»³. In un rapporto di questo tipo lo sviluppo psicologico del bambino, per quanto insicuro, si muove di qualche passo perché, nonostante l'interpenetrazione tra madre e figlio, il bambino ha un'oscura consapevolezza della separatezza fisica tra il proprio corpo e quello della madre. Perciò i processi di identificazione proiettiva, come li descrive Melanie Klein, appaiono molto attivi ed evidenti. Un bambino di questo tipo è consapevole dell'interno e dell'esterno, come pure degli oggetti che egli, per usare le parole della Klein, «fantastica» come presenti all'interno del corpo materno. Possiede una capacità particolare di stabilire rapporti di tipo eccentrico. È «uno che cerca oggetti» (*object-seeking*) e di solito ha già sviluppato il linguaggio, sebbene pronunci le parole in maniera indistinta oppure usi frasi incomplete o frammentate. Un bambino di questo tipo ci sa guardare in faccia ma avrà uno sguardo confuso come se non mettesse bene a fuoco.

Il funzionamento del bambino autistico è molto diverso. Egli vive in un mondo dominato dalle sensazioni, mondo nel quale è alla ricerca di sensazioni piuttosto che di oggetti. Non reagisce alle persone in quanto persone ma, per lo più, risponde nei termini delle sensazioni che le persone suscitano in lui. È in uno stato primario di ricerca di corrispondenze del mondo esterno, in termini di sensazioni,

³ Mahler, M., (1958), *Autism and symbiosis: two extreme disturbances of identity*, «Int. J. Psycho-anal.», vol. 39.

che coincidano con i propri modelli innati. Quando percepisce un vuoto perché qualcosa non aderisce alle sue disposizioni innate a cercar modelli, lo taglia fuori in modo da potersi sentire in rapporto continuativo col mondo esterno e non separato da esso. Questo bambino vive in un mondo di configurazioni (*forms*), di forme (*shapes*) e di modelli (*patterns*). Se un bambino di questo genere riuscisse a rispondere a un test psicologico, sarebbe soltanto a uno di quei test che hanno a che fare con le forme. Egli sembra essere in uno stato di «tutt'uno» imitativo empatico con il mondo intorno a sé, uno stato simile a quello che si può osservare nel bambino piccolo normale, che risponderà tirando fuori la lingua di fronte alla mamma che sta facendo lo stesso gesto. Nel bambino autistico, questo stato è diventato patologico ed egli vi è rimasto fissato. Nel codice della sua fusione empatica imitativa con gli oggetti del mondo esterno egli si rapporta a tali oggetti nei termini dei contorni delle parti del proprio corpo. Quindi, la credenza e la cassetiera sono equivalenti dello stomaco (la «equazione simbolica» di Hanna Segal⁴); tutto ciò che è un'apertura in una cosa equivale alla bocca. Ho raccolto molto materiale che dimostra che i temperamatite vengono spesso percepiti dai bambini come equivalenti delle loro bocche crudelmente mordaci. Per esempio, un bambino farà dei movimenti circolari di masticazione con la bocca, mentre mette un giocattolo dentro «la bocca» del temperamatite.

Così quando Dick vide dei trucioli fatti da un temperamatite, disse «Povera signora Klein». Per lui i trucioli erano una signora Klein tutta tagliata. Era profondamente addolorato perché fortissimo era il suo trasporto empatico con quella «signora Klein» che egli percepiva unicamente nei termini delle proprie attività, e non come una persona coi suoi diritti. In effetti, non la considerava proprio una per-

⁴ Segal, H., (1975), *Notes on symbol formation*, «Int. Rev. Psycho-anal.», vol. 38, 6.

sona, bensì un oggetto inanimato. (La Klein scrive che Dick le correva intorno come se non fosse altro che un mobile.) Come spero di dimostrare in seguito, fu la sua incapacità ad elaborare questo prematuro «dolore» che svolse un ruolo principale nello sviluppo del suo autismo.

È difficile per noi che siamo esseri umani «differenziati», comprendere questi stati empatici indifferenziati nei quali la differenza tra il «me» ed il «non me» è scarsissima. Tutto viene sperimentato nel contesto del «me», cioè quel flusso di sensazioni corporee che costituiscono il senso primario dell'«essere» per il bambino, prima ancora che il «non me», venga chiaramente differenziato, anche se ci potrà già essere qualche fuggevole momento di consapevolezza del «non me». Il lavoro fatto con i bambini autistici mi ha convinto che questo senso primario del «me» deve essere ben consolidato prima che possa essere tollerata una duratura consapevolezza del «non me». Senza il senso del me, verrebbe meno l'indispensabile senso di fiducia e sicurezza in se stessi.

Nei bambini autistici, questo senso primario dell'essere «me» è stato stravolto. Perciò dietro la loro impenetrabilità autistica essi si sentono estremamente vulnerabili. Come reazione hanno «la sensazione di strappare via con i denti tutti i pezzettini e i frammenti che sporgono in fuori». Nel corso dell'analisi, diventa chiaro che essi hanno sentito che appiccicarsi alla superficie del proprio corpo questi bocconi-capezzoli extra, poteva assicurare loro una forma di protezione e garantiva la sopravvivenza. (La sopravvivenza fisica è la loro principale preoccupazione.) Ma questo sentire di aver attaccato a morsi dei bocconi-capezzoli, significa che nei fugaci momenti di consapevolezza della separatezza, si sentono circondati da cose rotte, fatte a pezzi; il lamentoso piagnisteo del «rotto» è spesso la prima parola comunicata dal bambino autistico. Mentre si trovano in quello che Winnicott definisce uno stato di pre-compassione essi prova-

no la pena del compattare⁵. Il mordere, che a livello preconsciouso ha sostituito il succhiare, li terrorizza e, perciò, il bambino autistico non osa attaccarsi al seno con la modalità decisa e «spietata» di un bambino normale e, successivamente, durante lo svezzamento, eviterà di addentare cibi solidi.

Ciò a cui si applicano con maggiore intensità sono le superfici alle quali stringersi per acquisire almeno un po' il senso della delimitazione corporea⁶. Questo bambino vive per la maggior parte del tempo in un mondo bidimensionale, anche se talvolta oscilla sull'orlo della tridimensionalità. Se entra dentro una scatola, un tunnel o una mensola, ciò che è significativo per lui è la sensazione di essere nascosto e protetto. Non quella dell'entrare dentro. Per la maggior parte del tempo egli ha poca consapevolezza della differenza fra l'interno e l'esterno e così pure ha uno scarso senso del tempo e dello spazio. (Alcuni bambini cercano perfino di camminare «attraverso» gli oggetti, come se gli oggetti non ci fossero.) Quindi, il bambino autistico, a differenza dello schizofrenico, ha ben poca curiosità per quanto c'è all'interno del corpo della madre, curiosità che la Klein riteneva essere la molla iniziale di qualsiasi apprendimento. Questo può essere dovuto al fatto che egli ha preso coscienza dell'interno troppo precocemente, oppure che non è arrivato ancora a quello stadio. In ogni caso, emerge chiaro dal racconto sul loro sviluppo, che questi bambini hanno avuto una esperienza molto limitata del corpo delle loro madri. Hanno succhiato molto poco e quel poco pigramente. Perciò non hanno imparato molto e sono mentalmente carenti.

Il bambino autistico evita lo sguardo della gente. Il suo modo di mettersi in relazione con le persone non è quello normale. Per lui le

⁵ Winnicott, W.D., *Dalla pediatria alla psicoanalisi*, Martinelli, Firenze 1972.

⁶ Bick, E., (1968), *The Experience of the Skin in early Object Relations*, «Int. J. Psycho-anal.», 49, pp. 489-496.

persone non sono altro che oggetti autosensuali, alla stessa stregua degli oggetti inanimati. Se questi oggetti – e le persone vanno incluse nella categoria – diventano turbolenti (vale a dire non fanno quello che egli si aspetta da loro) provocano accessi di rabbia e di terrore. Questi accessi sono risolti o ignorando l'oggetto che ha recato l'offesa o manipolandolo in modo che sembra faccia parte del flusso auto-sensuale di tutti gli altri oggetti. Ecco che allora questi bambini appaiono per la maggior parte del tempo pressoché “privi di affettività”, come il piccolo Dick descritto dalla Klein. A parte queste primitive emozioni di rabbia e di terrore, i bambini autistici non manifestano nessuna delle emozioni legate alla vita di relazione, come invece capita ai bambini nevrotici e perfino agli schizofrenici. Man mano che procede la terapia e cominciano a tollerare la separatezza corporea, appaiono le prime manifestazioni di emozioni come l'amore, l'odio, l'invidia e la gelosia, manifestazioni che non ci sono all'inizio del trattamento quando il bambino è tagliato fuori dal rapporto con le persone.

L'assenza di un rapporto con le persone in quanto persone fa sì che il bambino autistico sia scarsamente motivato a comunicare nelle modalità consuete. Il linguaggio è assente o scarno o ecolalico. Tutte le sue energie vengono concentrate per creare una coltre protettiva di sensazioni del «me», che tenga lontano il «non me». Il fatto che Dick possedesse almeno qualche parola comunicativa (alla Klein, per esempio, disse «tutta tagliata»), dimostra che egli non era poi così escluso dal contatto umano quanto lo sono invece molti di questi bambini. Le persone che si interessano di questi bambini sentono che non riescono a raggiungerli per poter parlare con loro del loro stare dentro a un «guscio». In terapia, si rivela chiaramente che anche il bambino percepisce le superfici del suo corpo come dure, simili a un guscio. Questo appare chiaro quando il bambino volta le spalle, presentando la schiena dura così da proteggere la sua parte

davanti morbida. È per questo che li ho chiamati bambini «incapsulati» o «chiusi nel guscio»⁷. Comunque c'è sempre un'apertura, anche se minuscola, in questa facciata apparentemente impenetrabile ed è ciò che rende possibile il lavoro psicoanalitico. Per esempio, di solito capiscono qualcosa di ciò che si dice loro, e sono sensibili all'atteggiamento e all'umore dell'analista quale si manifesta nel tono della voce, nella tensione dei muscoli e nei movimenti del corpo.

Un'altra caratteristica peculiare dei bambini autistici è l'uso che fanno di quelli che ho altrove chiamato «oggetti patologici autistici»⁸, ma che ora preferisco chiamare «oggetti patologici autosensuali», perché provengono dalla natura autosensuale del loro stato. Sono sempre oggetti duri e il valore che il bambino attribuisce loro deriva dal fatto che gli forniscono le sensazioni che vuole, quando e come vuole. Per lui non esistono come «oggetti» nel senso in cui li intendiamo noi, ma esistono come sensazioni, le sensazioni che producono. Poiché non c'è un attimo di indugio tra il volere quelle sensazioni e il procurarsele, il bambino si può permettere di considerare tali oggetti come parte del proprio corpo. Tramite questi oggetti di sensazione, si sente completamente autosufficiente e non ha bisogno degli altri. Ed è questo bisogno che deve cominciare a provare perché si possa pensare di dare inizio a una terapia psicoanalitica ortodossa col suo marchio di garanzia costituito dal transfert.

Spesso questi bambini rigirano tra le dita oggetti duri, tipo le macchinine, ci giocherellano, oppure li portano in giro chiusi in una mano. Si aggrappano tenacemente a questi oggetti e non se ne vogliono separare. Se sono costretti a separarsene è come se perdesse una parte del loro corpo. Alcuni si portano a letto un oggetto du-

⁷ Vedi: Tischler, S., (1979), *Being with a Psychotic Child: a Psychoanalytic Approach to the Problems of Parents of psychotic Children*, «Int. J. Psycho-anal.», vol. 60; Tustin, F., (1972), *Autismo e psicosi infantili*, Armando, Roma 1975.

⁸ Tustin, F., (1980), *Autistic Objects*, «Int. Rev. Psycho-anal.», vol. 7, 27.

ro, come un'automobilina, invece dell'orsacchiotto di peluche come fanno gli altri bambini. La preoccupazione ossessiva del bambino autistico per gli oggetti duri è molto diversa dalla predilezione che il bambino schizofrenico o quello con carenze di origine ambientale dimostrano per gli oggetti morbidi da coccolare. Gli oggetti morbidi sono simili all'oggetto transizionale descritto da Winnicott⁹. Egli ha definito l'oggetto transizionale come il primo possesso «non-me» del bambino. L'oggetto autosensuale del bambino autistico è un possesso «me» che viene utilizzato per bloccare il «non-me», mentre l'oggetto transizionale rappresenta come un ponte verso il «non-me». L'oggetto transizionale ha a che fare con il ricordare – è permeato di ricordi della morbidezza della madre, anche se sono stati fugaci, come nel caso del bambino con carenze di origine ambientale. Gli oggetti autosensuali hanno invece qualcosa dell'amuleto, in quanto il bambino sente che essi lo proteggono da un «non-me» che è inteso come pericoloso. E inoltre sente che impediranno al suo essere-me quello «spandersi» che rappresenta un terrore esistenziale. Dick provava un enorme interesse per le macchinine e le maniglie delle porte, ma permise alla Klein di usarle come mezzo per comunicare con lui. Questo invece non è possibile nei riguardi dell'oggetto autosensuale che si è fortemente consolidato come tale, come succede per molti bambini autistici. Infatti, qualsiasi tentativo di utilizzarlo per poter stabilire un contatto con il bambino, viene percepito come una minaccia di portargli via una parte importante del proprio corpo.

Tanti anni di lavoro con questi bambini mi hanno convinto che questi oggetti patologici autosensuali sono legati a precedenti manipolazioni autosensuali di varie parti del corpo. Quando i bambini cominciavano a fidarsi di me e riuscivano a parlare, mi raccontava-

⁹ Winnicott, W.D., *op. cit.*

no delle attività clandestine che intrattenevano con le varie parti del corpo. Per esempio, alcuni manipolavano segretamente la lingua appositamente indurita. Altri si servivano del cuscinetto di carne risucchiato all'interno delle guance. Altri contorcevano e contraevano i glutei per sentire le feci all'interno del retto. Altri rigurgitavano il cibo solido per sentirlo dentro alla gola. Ciò che importa è la sensazione sulle sensibili mucose nascoste. Il fatto che si trovino all'interno del corpo non sembra avere molta importanza.

La manipolazione degli oggetti patologici autosensuali ha presvuotato il succhiarsi il pollice e il pugno o le dita dei bambini autosensuali normali. Il carattere di un oggetto è determinato dal modo in cui ci si serve dell'oggetto, non è intrinseco all'oggetto stesso. Così, nello stato indifferenziato dei primi stadi dell'infanzia, le dita e il capezzolo della madre o la tettarella del biberon vengono tutti percepiti come oggetti autosensuali¹⁰. Essi sono il centro dell'essenza dell'«essere me» che si sta formando nel neonato. I normali oggetti autosensuali devono attraversare lo spazio per arrivare alla bocca del bambino e agiscono così da ponte con il «non-me». Una caratteristica molto marcata nei bambini autistici che iniziano la terapia, è che non succhiano le dita o altri oggetti. Questo è in forte contrasto con i bambini schizofrenici o quelli con carenze di origine ambientale che di solito succhiano avidamente. Invece di succhiare il bambino autistico manipola parti nascoste del proprio corpo, che non devono subire l'interruzione dovuta all'attraversamento dello spazio per arrivare a produrre quelle gratificazioni autosensuali che sbarano la strada al terrore dell'ignoto «non-me». Questo terrore era il ricordo più vivido di un uomo «guarito» di venticinque anni che a quattro era stato diagnosticato da Kanner come un caso di autismo

¹⁰ Tustin, F., (1983), *Etiology and Therapy*, conferenza tenuta a Parigi nella giornata dedicata a: *Autismo in Europa*.

infantile precoce¹¹. Bion¹² ha giustamente definito questo terrore come «terrore senza nome».

Perché il bambino autistico prova questo terrore verso il «non-me»? Per me è chiaro che un momento scatenante del precipitare della psicosi del bambino autistico, è legato alla improvvisa constatazione che il capezzolo non fa parte della sua bocca, ma che ne è separato e pertanto potrebbe «andarsene». È una constatazione che ha scatenato la rabbia e il terrore. Cominciai a rendermene conto per la prima volta in un bambino autistico di quattro anni, che chiamerò John. Poco prima di venire ad una delle nostre sedute, John aveva visto un'amica della madre allattare il suo bambino. Da piccolo, la madre di John aveva tentato di allattarlo, però, come accade sempre con i bambini autistici tipo Kanner, egli si era attaccato poco e male al seno. Durante la seduta, John mi dimostrò, in una maniera commovente e drammatica, i suoi sentimenti e i suoi fraintendimenti circa il capezzolo. Con un tono di voce di grande stupore, mi disse, «Il bottone rosso cresce sul seno». Poi, toccandosi la bocca come gli dolesse, disse, «bottone rosso andato via». In seguito disse anche che la sua bocca era «un buco nero con una brutta puntura»¹³. Tutto questo mi ha sorpreso molto, dato che esulava dalla mia formazione kleiniana. Successivamente, dopo aver scritto un articolo su queste «rivelazioni» che mi aveva fatto il bambino, alcuni colleghi mi hanno detto che Winnicott aveva accennato al medesimo fenomeno in uno dei suoi articoli e che Margaret Mahler aveva appena scritto un saggio sullo stesso argomento.

Confrontando questi autori, ho trovato che la Mahler aveva parlato del «dolore e lutto del bambino psicotico di fronte alla perdita di

¹¹ Piggot, L.R., (1979), *Overview of Selected Basic Research in Autism*, «J. Autism and Developmental disorders», vol. 9, 2.

¹² Bion, W. R., (1962), *Apprendere dall'esperienza*, Armando, Roma 1972.

¹³ Tustin, F., (1972), *Autismo e psicosi infantili*, Armando, Roma 1975.

quello che lei chiamava “l’oggetto dell’amore simbiotico”»¹⁴. Winnicott aveva scritto:

La perdita è stata sperimentata come perdita di una parte del proprio corpo e non come perdita della madre e del seno¹⁵.

Sia Winnicott che la Mahler lo consideravano il punto di partenza della psicosi infantile. La Mahler scrive:

Ciò che raramente vediamo, e che ancor più raramente viene descritto nella letteratura è il periodo di dolore e di lutto che credo preceda e inauguri la completa rottura psicotica con la realtà¹⁶.

Chiunque guardi gli occhi dolenti di un bambino autistico non può mettere in dubbio che sia distrutto dal dolore.

Sono giunta a capire che il fattore significativo, quello che fa precipitare nella psicosi il bambino autistico, risiede nella precocità della perdita, che non permette l’elaborazione dell’esperienza del lutto e del dolore. Il lutto implica una rinuncia all’oggetto perduto e il consolidarlo come immagine mentale. Il bambino autistico non ne è stato capace, perché il capezzolo perduto non aveva ancora raggiunto lo stato di oggetto per lui; la sua esperienza del capezzolo non era che un insieme di sensazioni. E per di più, con le attività patologiche autosensuali, si è precluso anche la consapevolezza di aver subito una perdita.

Finché il bambino autistico non sarà in grado di cominciare a considerare gli oggetti come esistenti in sé, indipendenti e differenti dalle sensazioni tattili che provocano, non sarà capace di elaborare il lutto per ciò che ha perduto. Inoltre, finché non si renderà conto

¹⁴ Mahler, M., (1961), *On Sadness and Grief in Infancy and Childhood: Loss and Restoration of the Symbiotic Love Object*, «Psycho-Anal. Study Child», vol. 16.

¹⁵ Winnicott, D.W., op. cit.

¹⁶ Mahler, M., op. cit.

dell'esistenza autonoma e costante nello spazio e nel tempo degli oggetti, il bambino non potrà cominciare a rappresentare nella sua mente l'oggetto perduto. Hanna Segal ci ha dimostrato che la capacità di soffrire per la perdita di un oggetto riconosciuto come entità separata da sé, e non equivalente al corpo, è di importanza fondamentale nello sviluppo della rappresentazione simbolica¹⁷. Dopo la seduta del «buco nero», John ha iniziato a parlare più liberamente e a disegnare. Per mezzo di queste rappresentazioni simboliche, egli è riuscito gradualmente a lavorare sopra i suoi sentimenti precedentemente inesprimibili. E così a restare meno intrappolato nel suo stato di dolore irreparabile. La mia esperienza è che, quando i bambini autistici emergono da questo stato, sono dei bambini particolarmente gioiosi.

Una svolta

La mia esperienza con John e il suo «buco nero con la brutta puntura» ha rappresentato una svolta non solo nella sua vita, ma anche nella mia. Il verificare che altri colleghi hanno vissuto esperienze molto simili alla mia con John, mi ha incoraggiata a esplorare oltre i confini dei concetti teorici della mia formazione professionale. Questo lavoro mi ha portato alla constatazione che esistono degli stati antecedenti a quelli studiati e descritti dalla Klein con tanto coraggio e penetrazione. Per esempio, avendo fatto la diagnosi di schizofrenia per i disturbi di Dick, la Klein ha situato nello stadio narcisistico il punto di fissazione. Io ho raccolto molto materiale clinico che indica come le radici dell'autismo affondino ancora più precocemente nello stadio prenarcisistico, come lo definì Freud nella se-

¹⁷ Kanner, L., (1943), *Autistic Disturbances of affective Contact*, «*Nervous Child*», vol. 2.

guente citazione tratta dal suo lavoro sul narcisismo.

Le pulsioni autoerotiche sono assolutamente primordiali. Quindi dovremmo pensare che qualcosa deve aggiungersi all'autoerotismo, una nuova azione psichica perché si sviluppi il narcisismo¹⁸.

Recentemente il concetto di narcisismo è stato assegnato a stadi sempre più precoci, cosicché alcuni autori parlano perfino di narcisismo pre-natale. Ma in questo modo si è perso di vista lo stadio pre-narcisistico individuato da Freud. Mi sembra che questo stadio dovrebbe essere ripreso in considerazione e studiato come tale, non confuso con il narcisismo. I bambini autistici subiscono un arresto nel loro sviluppo proprio in questo stadio, sul quale potranno darci indicazioni illuminanti, una volta che sia sollevato il mantello patologico autistico.

Pre-narcisismo

Il lavoro con i bambini autistici, assieme a quanto si è potuto osservare studiando i neonati, ha permesso (e permette) di evidenziare quanto il pre-narcisismo sembri essere uno stato psico-fisico di autosensualità, nel quale il bambino non ha ancora differenziato il suo corpo da quello della madre. Il senso primario dell'essere «me» appare fondato sul sentirsi fuso con la madre. In uno sviluppo normale, questo stato autosensuale pre-narcisistico permette al neonato di riprendersi dal trauma della nascita e di instaurare un graduale passaggio dal medium acqueo del ventre materno al costituirsi come abitante in una terra asciutta con un'esistenza separata per conto proprio.

¹⁸ Freud, S., (1914), *Introduzione al narcisismo*, in *Opere*, vol. VII, Boringhieri, Torino 1975.

Questo stato protettivo psico-fisico non è né assoluto né passivo. Ci sono momenti fuggevoli di consapevolezza della separazione dal corpo della madre e ci sono spinte evolutive attive che culminano in un ben delineato cambiamento nel comportamento del neonato, quando tollera e comincia a cooperare con il «non-me». È quanto è stato chiamato «nascita psicologica»¹⁹. A mio avviso, è proprio in questo stadio pre-narcisistico che si costituisce il senso dell'essere «me» e della sicurezza e della fiducia in se stessi che ne consegue. È ciò che rafforza il neonato e lo aiuta a fronteggiare il «non me».

Se invece si crea un disturbo in questo «essere me» primario auto-sensuale, c'è una deviazione dallo sviluppo normale²⁰. La versione patologica ha delle caratteristiche in comune con la normale auto-sensualità primaria, ma presenta una precocità e una artificiosità, mescolate a un terrore puro, che non fanno parte dello sviluppo normale. In questo stato patologico, l'autosensualità primaria si erotizza e il mordere sadico sostituisce il bisogno di succhiare del bambino (elegati al mordere sadico, si affacciano prematuri sentimenti di «dolore e compassione»).

I bambini schizofrenici sono regrediti dal narcisismo a una auto-sensualità sadica ed erotizzata ma, in loro, questa autosensualità è ancora frammista a tratti narcisistici che già erano presenti prima della regressione. Perciò i bambini schizofrenici non mostrano un'autosensualità primaria così chiaramente come capita invece con giovani bambini autistici quando viene sollevato il loro autismo patologico.

(Quando i bambini autistici crescono, l'autosensualità pre-narcisistica è offuscata da stratificazioni sintomatologiche successive.) Qualche analista, tuttavia, ha potuto riconoscere questo stato di

¹⁹ Vedi: Mahler, M., Bergman, A., Pine, F., (1975), *La nascita psicologica del bambino*, Boringhieri, Torino 1978; Tustin, F., (1981), *Stati autistici nei bambini*, Armando, Roma 1983.

²⁰ Tustin, F., (1983), *op. cit.*

autosensualità anche in pazienti schizofrenici adulti. Per esempio Kohut, che suggerisce il fattore atto a far scattare «l'azione psichica che produce il narcisismo».

Kohut afferma:

Concludiamo così che l'esultante adesione della madre alla totalità del bambino (lo chiama per nome, godendo della sua presenza e della sua attività) favorisce, al momento opportuno, il passaggio dall'autoerotismo al narcisismo²¹.

Le madri dei bambini autistici tipo Kanner riferiscono costanti stati di depressione proprio nel periodo della nascita del proprio figlio o nel momento dell'insorgenza dell'autismo, qualora questo si sia manifestato qualche tempo dopo la nascita.

Queste madri non potranno certo avere offerto ai loro figli neonati quella «esultante adesione» di cui parla Kohut.

Le madri dei bambini tipo Kanner

Concordo con Donald Meltzer quando vede nella depressione della madre l'elemento critico che ha bloccato l'instaurarsi di un rapporto normale tra la madre e il figlio autistico²². Sento di avere verso queste madri tanta, tanta comprensione.

Secondo me, Kanner diede l'avvio a una moda ingiusta quando le definì «fredde e intellettuali». Dopo di lui, si è arrivati persino a divulgare frasi tipo «madri frigorifero» per descriverle. È un modo di vedere che non condivido. Penso che sarebbe meglio seguire il sag-

²¹ Kohut, H., (1971), *The Analysis of the Self*, serie monografica su «Psychoanalytic Study of the Child», New York, Int. Univ. Press.

²² Meltzer, D., Brenner, J., Hoxter, S., Wedell, D. e Wittemberg I., (1975), *Esplorazioni sull'autismo*, Boringhieri, Torino 1977.

gio avvertimento di Salo Tischler²³, quando ci fa osservare che la madre che viene a consultarci quando il figlio è già grandicello ha un atteggiamento molto diverso da quello che aveva col bambino appena nato. Sono trascorsi da allora anni di ininterrotto rifiuto e indifferenza proprio da parte di quel figlio tanto desiderato.

La depressione di una madre in questi casi non è una forma clinica tale da richiedere generalmente una ospedalizzazione. È occorsa in concomitanza di eventi che fanno parte delle normali vicissitudini della vita, ma che sono particolarmente pressanti su una madre sensibile, in un periodo particolarmente vulnerabile. Per esempio un trasloco, o la lunga assenza del marito per motivi di lavoro, o il doversi ambientare in un paese straniero oppure l'impatto di un matrimonio misto (per razza o per religione o entrambi) oppure la morte di una persona cara o l'interferenza di qualche parente oppure la coincidenza della nascita del bambino con date e ricorrenze particolarmente importanti.

Parte di tali difficoltà della madre sono spesso legate al fatto di non sentirsi sostenuta dal padre (e questo può rappresentare una ripetizione di sentimenti già sperimentati nella prima infanzia o nella fanciullezza).

È così allora che questa madre si aggrappa al suo bambino come se egli facesse ancora parte del suo corpo, cioè come se fosse un oggetto autosensuale. E lo fa per tirare avanti nonostante la depressione e la mancanza di fiducia in se stessa. Tutto questo può accadere sia quando il bambino è ancora dentro il ventre, sia dopo la nascita.

È la madre che teme il «buco nero» del riconoscere che il bambino è separato da lei.

Quando, per varie ragioni, sarà il bambino a dover sperimentare la propria separatezza dalla madre, questa non riuscirà a «contene-

²³ Tischler, S., *op. cit.*

re» gli stati d'allarme del figlio proprio perché coincidono troppo con i propri stati d'allarme. Il bambino d'altra parte, non ha bisogno di essere sostenuto solo durante gli stati di allarme: anche gli stati di eccitamento gioioso e incontrollabile costituiscono una minaccia. Il padre di una bambina autistica ha dichiarato che la piccola non tollerava gli stati che egli definiva di «estasi»²⁴. Per controllarli il bambino / la bambina ricorrono a oggetti autosensuali patologici. Rimland²⁵ e altri operatori hanno trovato che le madri di bambini autistici presentano nella loro tipologia caratteristiche ciclotimiche. Quando i bambini escono dal loro autismo, sono marcatissime le oscillazioni di umore. Inoltre De Astis ha constatato che le madri di questi bambini sono invariabilmente fobiche (comunicazione personale). L'autismo ha a che fare con una massiccia fobia che si estende su tutto. Sembra dunque esserci molto in comune tra la psicopatologia della madre e del figlio.

Tuttavia, molte madri relativamente nella norma, presentano fobie e oscillazioni di tipo ciclotimico che possono sfociare in forme depressive di fronte ad eventi scatenanti, senza che i loro figli diventino autistici. Sono convinta che ci sia qualcosa nella natura del bambino che lo predispone all'autismo.

Per questo mi è parso fruttuoso indagare sul contributo che il bambino porta al proprio disturbo invece di concentrarmi su quello recato dalla madre. Possiamo pensare di intervenire sul bambino mentre non potremo mai modificare ciò che fa la madre della sua prima infanzia. Quando un bambino autistico è in analisi, il miglior aiuto terapeutico che può essere offerto ai genitori è quello teso ad aiutare il padre a sostenere la madre bisognosa di riacquistare sia la fiducia in se stessa che l'amore per quel suo figlio che sta uscendo

²⁴ Park, D., (1974), *Light and Number; Ordering Principles in the World of an Autistic Child*, «J. Autism and Schizophrenia», vol. 4, 4.

²⁵ Rimland, B., (1964), *Infantile Autism*, London, Methuen.

dalla malattia.

Osservazioni conclusive

Dopo l'esperienza del «buco nero con la brutta puntura» di John, il mio lavoro ha preso una direzione nuova. Sono diventata via via più consapevole degli stati primari dell'autosensualità sia nelle manifestazioni normali che patologiche. Questo diverso sviluppo, ricavato da un intenso lavoro psicoanalitico con bambini autistici, mi ha fornito una dimensione più profonda per alcune altre psicopatologie.

Ciò che ho imparato dai bambini autistici ha gettato luce sui bambini schizofrenici, sui bambini con carenze di origine ambientale, sui pazienti fobici e schizoidi, sulle malattie psicosomatiche, sui tratti ossessivi ed anche su parti nascoste di me stessa. Lo scritto della Klein su Dick conteneva alcune di queste possibilità. Apriva una strada e rileggendolo mi sono resa conto di quanto siamo debitori alla sua lungimiranza, tutti noi che lavoriamo con i bambini psicotici. Fu soprattutto per il suo esempio e per le sue intuizioni che abbiamo avuto il coraggio di intraprendere questo lavoro.

Bibliografia di Frances Tustin

- Tustin, F. (1951). *A Group of Juniors: A Study of Latency Children's Play*. London: Heinemann Educational Books.
- Tustin, F. (1958). Anorexia nervosa in an adolescent girl. *British Journal of Medical Psychology* 31: 184-200.
- Tustin, F. (1963). Two drawings occurring in the analysis of a latency child. *Journal of Child Psychotherapy* 1: 41-6.
- Tustin, F. (1966). 'A significant element in the development of autism'. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 7: 53-67.
- Tustin, F. (1967). Individual therapy in the clinic. 23rd Child Guidance Inter-Clinic Conference (NAMH, London)
- Tustin, F. (1969). Autistic processes. *Journal of Child Psychotherapy*. 2: 23-39.
- Tustin, F. (1972). *Autism and Childhood Psychosis*. London: Hogarth; New York: Science Hs.
- Tustin, F. (1980). Autistic objects., *Int. Rev. Psychoanal.*, 7:27-40.
- Tustin, F. (1981). *Autistic States in Children*., London: Routledge and Kegan Paul.
- Tustin, F. (1984). Autistic shapes. *Int. Rev. Psychoanal.*, 11:279-290.
- Tustin, F. (1973). Therapeutic communication between psychotherapist and psychotic child. *Journal of Child Psychotherapy* 2: 440-50.
- Tustin, F. (1978). Psychotic elements in the neurotic disorders of children. *Journal of Child Psychotherapy* 4: 5-18.
- Tustin, F. (1980). Psychological birth and psychological catastrophe. In Grotstein, J. S. (Ed.) *Do I Dare Disturb the Universe?* Beverly Hills, CA: Caesura Press, 1981. Also in *Autistic States in Children*, London: Routledge, 1981.
- Tustin, F. (1980). 'Autistic objects.' *International Review of Psycho-Analysis*, 7: 27-39.
- Tustin, F. (1981). A modern Pilgrim's Progress: reminiscences of analysis with Dr. Bion. *Journal of Child Psychotherapy* 7: 175 -9.
- Tustin, F. (1981). "I"-ness: the emergence of the self. *Winnicott Studies* 1.
- Tustin, F. (1983). 'Thoughts on autism with special reference to a paper by Melanie Klein.' *Journal of Child Psychotherapy* 9: 119-31.
- Tustin, F. (1984). Autistic shapes. *International Review of Psycho-Analysis* 11: 279-90.
- Tustin, F. (1984). Autism: aetiology and therapy. *Proceedings of the Paris Conference on Autism*.
- Tustin, F. (1984). Significant understandings in attempts to ameliorate autistic states. *Proceedings of the Monaco Conference on Autism*.
- Tustin, F. (1984). The growth of understanding. *Journal of Child Psychotherapy* 10: 137-49.

- Tustin, F.(1984) Autistic shapes and adult pathology.' Topique. (France)
- Tustin, F. (1985). The threat of dissolution Dédale (France)
- Tustin, F. (1986). Autistic Barriers in Neurotic Patients, London: Karnac. Second revised edition, 1994.
- Tustin, F. (1987). The rhythm of safety. Winnicott Studies, 2.
- Tustin, F. (1988). The black hole: a significant element in autism. Free Association, s 11.
- Tustin, F. (1988). Psychotherapy with children who cannot play. International Review of Psycho-Analysis 15.
- Tustin, F. (1988). "To be or not to be" – a study of autism. Winnicott Studies, 3.
- Tustin, F. (1988). What autism is and what autism is not. In Szur, R. & Miller, S. (eds) Extending Horizons. London: Karnac, 1991.
- Tustin, F. (1991). Revised understandings of psychogenic autism. International Journal of Psycho-Analysis 72: 585-92.
- Tustin, F. (1993). On psychogenic autism. Psychoanalytic Inquiry , 13: 34-41.
- Tustin, F. (1994). The perpetuation of an error. Journal of Child Psychotherapy, 20: 3-23.
- Tustin, F.(1994). Autistic children who are assessed as not brain-damaged. Journal of Child Psychotherapy 20 : 103-31.
- Tustin, F. (1988). Psychotherapy with children who cannot play., Int. Rev. Psychoanal., 15:93-106.
- Tustin, F. (1990). The Protective Shell in Children and Adults, London: Karnac Books.
- Tustin, F. (1991). Revised understandings of psychogenic autism., Int. J. Psychoanal., 72:585-592.
- Tustin, F. (1993). On psychogenic autism. Psychoanal. Inquiry, 13:34-41.

Bibliografia delle opere di F. Tustin tradotte in italiano

Barriere autistiche nei pazienti nevrotici, Borla, Roma 1990.

Protezioni autistiche nei bambini e negli adulti, Raffaello Cortina, Milano 1991.

Stati autistici nei bambini, Armando, Roma 1992.

Intervista sull'autismo. Una conversazione psicoanalitica a cura di Messeca S., Minneo G., Oliva S., Astrolabio Ubaldini, Roma 1998.

Autismo e psicosi infantile, Armando, Roma 2013.

Segnaliamo anche, di S. Spensley:

Frances Tustin. Per una teoria psicoanalitica dell'autismo, Armando, Roma 1997.