



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA

Dipartimento di Psicologia Generale

Corso di Laurea Magistrale in Psicologia Clinica (LM-51)

Tesi di Laurea Magistrale

**Approfondimento delle dimensioni psicologiche nello spettro psicotico e
autistico: il contributo delle Antenne 112**

**Insight into psychotic and autistic spectrum's psychological dimensions: Antenne 112's
contribution**

**Relatrice:
Prof.ssa Silvia Salcuni**

**Correlatore esterno:
Dott. Nicola Aloisi**

Laureanda: Broccoli Giorgia

Matricola: 2088977

Anno Accademico 2024/2025

La *comunità di destino* è la cifra tematica, l'immagine, la metafora palpitante e viva di una condizione di vita che rende la vita degna di essere vissuta anche nel dolore e nella sofferenza, nell'angoscia e nella disperazione. Nella definizione di comunità di destino si vuole tematizzare una *visione del mondo* - una *Weltanschauung* - nella quale si esca dalla nostra individualità, dai confini del nostro egoismo, e si riviva il dolore e la sofferenza altrui come qualcosa che appartiene anche a noi e nella quale siamo tutti implicati. Solo se in noi non viene meno questa arcana ricerca di una «comunione di cura e di destino» saremo capaci di dare un senso al dialogo silenzioso che ci unisce a una persona a cui dare aiuto; un aiuto che può essere la sola zattera sulla quale farla salire: salvandola.

Eugenio Borgna (2022, pp. 59)

Premessa	6
Primo Capitolo: La Psicosi	8
1.1 Classificazioni diagnostiche	8
1.2 I meccanismi di difesa nella psicosi	9
1.3 Prospettiva psicodinamica: caratteristiche e insorgenza della psicosi	12
1.3.1 Approccio fenomenologico	12
1.3.2 Il contributo di Melanie Klein sulla genesi della psicosi	14
1.3.3 Bion e il linguaggio schizofrenico	17
1.3.4 Jacques Lacan e la teoria strutturale	18
1.4 La ricerca attuale: soggetti a rischio ultra elevato (UHR)	20
1.5 Vignette cliniche	22
1.5.1 Caso clinico esemplificativo Antenna 112: la Sirenetta	23
1.5.2 Caso clinico esemplificativo Antennina: Loris	24
Secondo Capitolo: L'autismo	27
2.1 Classificazioni diagnostiche	27
2.2 Il continuum con la psicosi: letture psicodinamiche e psicoanalitiche dell'autismo	28
2.2.1 Approccio fenomenologico e il ruolo dell'Altro	29
2.2.2 Margaret Mahler e la fase autistica normale	30
2.2.2 Donald Winnicott e il ruolo della madre sufficientemente buona	32
2.2.3 Jacques Lacan, autismo e linguaggio	33
2.3 La ricerca attuale: la sovrapposizione tra autismo e psicosi	35
2.4 Vignette cliniche	37
2.4.1 Caso clinico esemplificativo Antenna 112: Trottolino	37
2.4.2 Caso clinico esemplificativo Antennina: Trenino	39

Terzo capitolo: Approccio teorico e valutativo delle Antenne - uno strumento per trattare psicosi e autismo	41
3.1 I pilastri della pratique-à-plusieurs	41
3.1.1 Il primo asse: la partnership	42
3.1.2 Il secondo asse: la riunione d'equipe	43
3.1.3 Il terzo asse: il responsabile clinico	43
3.1.4 Il quarto asse: il riferimento teorico-clinico	44
3.2. Le tappe logiche del lavoro con i bambini autistici e psicotici	44
3.2.1 Gli atelier	45
3.3 La valutazione dell'andamento: PIER e relazioni	46
3.4 Riflessioni conclusive	48
Ringraziamenti	51
Bibliografia	52

Premessa

Nel 1997 a Marghera (VE) è stato fondato il Centro Educativo - Riabilitativo per minori autistici e psicotici *Antenna 112*, grazie alla collaborazione tra le Opere Riunite Buon Pastore, Martin Egge e un'equipe di professionisti che ha investito nel progetto, partendo dal modello dell'*Antenne 110*, fondata ormai più di 20 anni prima da Antonio Di Ciaccia a Bruxelles.

In seguito, pochi anni dopo, è stata aperta, sempre a Marghera, l'*Antennina*: entrambe le strutture hanno un'approccio teorico e clinico di tipo psicoanalitico lacaniano, mettendo in pratica la *pratique-à-plusieurs*, tecnica di intervento e trattamento pensata dallo stesso Di Ciaccia.

Le differenze iniziali tra i due centri riguardavano le età anagrafiche dei soggetti inseriti, infatti all'*Antennina* erano presenti principalmente bambini dai 5 ai 11 anni, mentre all'*Antenna 112* venivano inseriti adolescenti fino ai 18 anni di età, con possibilità di proroghe approvate dai Servizi invianti fino al compimento dei 21.

La situazione attuale si è lentamente omologata: entrambe le CER al momento prevedono l'inserimento di bambini e adolescenti dai 12 ai 21 anni d'età, autistici o psicotici; le differenze principali riguardano le manifestazioni auto ed etero aggressive, presenti in maniera molto più consistente nei soggetti che vengono accolti in *Antenna*.

Il seguente elaborato si pone come obiettivo la disamina delle teorie psicoanalitiche rispetto psicosi e autismo, tenendo come riferimento pratico le due comunità di Marghera, che riescono a lavorare in simultanea con bambini e adolescenti aventi entrambe le condizioni. L'obiettivo ultimo riguarda il tentativo di proporre un'alternativa per la quantificazione dei dati in archivio delle due strutture, così da poter ottenere un riscontro rispetto la validità degli interventi psicoanalitici in istituzione che possa arricchire le conoscenze rispetto questo argomento.

Nello specifico, il primo capitolo presenterà le caratteristiche della psicosi, facendo riferimento inizialmente ai criteri diagnostici presenti nel DSM-5 e nel PDM-2, per poi presentare le teorie psicoanalitiche di maggior rilievo in merito all'argomento. Verranno poi illustrati articoli di ricerca attuale, soprattutto in relazione al rischio di insorgenza della condizione e vignette cliniche di casi dimessi dai Centri Educativi - Riabilitativi *Antenna 112* e *Antennina*.

Il secondo capitolo tratterà le principali teorie e modelli di riferimento riguardanti l'autismo, partendo dalle classificazioni diagnostiche del DSM-5 e del PDM-2, evidenziando le differenze e le

similitudini. Il focus successivo riguarderà la disamina delle teorie psicoanalitiche che hanno trattato l'eziopatogenesi di questa condizione, cercando di considerare l'autismo all'interno di un continuum con la psicosi. Vengono poi analizzati articoli di ricerca attuale e vignette cliniche di casi clinici dimessi dalle due CER.

Il terzo capitolo analizzerà l'approccio clinico di matrice psicoanalitica messo in pratica nei Centri Educativi - Riabilitativi per minori autistici e psicotici *Antenna 112* e *Antennina* di Marghera (VE), illustrando gli assi principali della *pratique-à-plusieurs* e mettendo in evidenza i meriti e le difficoltà nella quantificazione dei dati. Verranno messe in luce vie alternative per la standardizzazione dei dati disponibili, al fine di poterli utilizzare in ricerche future e riuscire ad approfondire la ricerca sull'efficacia di un trattamento psicoanalitico in istituzione con soggetti autistici e psicotici.

Primo Capitolo:

La Psicosi

1.1 Classificazioni diagnostiche

Nel Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali (DSM-5, APA, 2013) all'interno della sezione II, sono individuati "*i disturbi dello spettro della schizofrenia e altri disturbi psicotici*", dove come sintomatologia imprescindibile per la definizione di tali disturbi rientrano deliri, allucinazioni, pensiero/eloquio disorganizzato, comportamento motorio grossolanamente disorganizzato o anormale e sintomi negativi (abulia, anedonia, asocialità, diminuzione dell'espressioni delle emozioni): per la diagnosi sono necessari almeno due sintomi presenti e predominanti per una parte significativa di tempo di un mese; i segni del disturbo devono persistere per almeno 6 mesi, in cui deve essere incluso almeno un mese di sintomi in fase attiva, entro cui possono rientrare anche periodi di sintomi prodromici o residui. Secondo il manuale, la psicosi dovrebbe causare disfunzione significativa in una o più aree di vita del paziente, come il lavoro o le relazioni sociali.

All'interno di questo spettro vengono fatti rientrare il disturbo delirante, disturbo di personalità schizotipico, schizofrenia, disturbo psicotico breve, catatonia, disturbi psicotici senza specificazione e disturbi psicotici indotti da altra condizione. Infine, come nel caso del DSM 5, viene tenuta in considerazione la compromissione di una o più aree principali di funzionamento come il lavoro, le relazioni interpersonali o la cura di sé, che sono marcatamente al di sotto del livello raggiunto prima dell'inizio.

Per contro, il Manuale Diagnostico Psicodinamico seconda versione (PDM-2; Lingiardi, McWilliams. 2017) analizza la psicosi all'interno del continuum dell'organizzazione di personalità, dove il livello psicotico si contraddistingue per una frattura nel rapporto con la realtà, oltre a una incapacità di utilizzare difese mature, una diffusione della propria identità e l'incapacità di differenziare le proprie rappresentazioni da quelle altrui. Le difese utilizzate risultano centrali nel processo diagnostico, anche perché tendono ad indirizzare la diagnosi di struttura di personalità del soggetto: nei casi di psicosi sono presenti meccanismi di difesa più primitivi come identificazione proiettiva e la scissione, mentre non perviene la presenza di difese mature.

Un altro elemento che viene analizzato all'interno del PDM-2 è l'esperienza soggettiva della persona, ossia come vengono vissuti i propri sintomi e come questi influenzano la vita quotidiana. La comprensione di come i pazienti interpretano e reagiscono ai loro sintomi è fondamentale, soprattutto

in un'ottica di egosintonia o egodistonia di comprensione dei propri stati interni in relazione alla realtà.

Viene, inoltre, considerato il contesto di vita del paziente e la storia di sviluppo: questo include l'esame delle relazioni precoci, traumi, stressors attuali e passati, e altre influenze psicologiche e sociali che possono contribuire alla psicosi.

Anche la capacità del paziente di comprendere e interpretare i propri stati mentali e quelli degli altri è molto importante per la diagnosi psicodinamica: nella psicosi questa capacità tende ad essere compromessa, anche perché emerge una difficoltà a distinguere la realtà dalla fantasia.

Mentre DSM-5 adotta un approccio categoriale basato su sintomi e durata, il PDM-2 si concentra su una comprensione più profonda e sfumata del funzionamento psicologico del paziente, valutando sia i sintomi che i processi intrapsichici: ciò garantisce una prospettiva ricca e complessa della diagnosi della psicosi, poiché sono integrate la comprensione dei sintomi con una valutazione approfondita dei processi psicologici sottostanti, delle esperienze soggettive e del contesto di vita del paziente, fornendo una visione più olistica del disturbo psicotico.

1.2 I meccanismi di difesa nella psicosi

I pazienti psicotici mostrano spesso un *“terrore senza nome”* (Bion, 1967) che li soverchia, li annichilisce e costringe loro a mettere in atto difese primitive, proprio per evitare questi vissuti: in linea con la classificazione psicodinamica è importante analizzare i principali meccanismi di difesa primitivi che possono essere messi in campo in queste condizioni, al fine di comprendere meglio il funzionamento dell'individuo e di poterlo sostenere in un contesto di intervento.

Passando dalla teoria pulsionale a quella strutturale, Freud (1922) ribalta la causalità nel rapporto tra ansia e meccanismi di difesa: nella prima, infatti, l'ansia veniva concepita come reazione a meccanismi di difesa disfunzionali del soggetto, mentre successivamente concepisce la difesa come conseguenza all'incapacità di gestione di un movimento pulsionale interno che provoca ansia.

La corrente degli psicologi dell'Io si costituisce partendo dall'analisi dell'adattamento dell'Io alla realtà, spostando l'attenzione da una diagnosi di struttura di personalità basata sui movimenti pulsionali, tipica nella teoria pulsionale freudiana, a una diagnosi basata sui meccanismi di difesa dell'Io: Anna Freud, nella sua opera *“L'io e i meccanismi di difesa”* (1936), descrive minuziosamente le modalità che mostra abitualmente l'Io per gestire il carico di ansia derivato da potenti movimenti

istintuali insiti nell'Es che sconvolgono l'esperienza soggettiva o che provocano sensi di colpa soverchianti tipici del Super-Io.

Il bambino, fin dalla nascita, conosce il mondo tramite delle modalità esperienziali in cui essenzialmente non riconosce come altro da sé le figure che lo accudiscono e che non vengono percepite come costanti nel momento in cui non sono fisicamente presenti: queste caratteristiche sono tipiche delle difese "primarie" che comportano, inoltre, l'incapacità di raggiungere un principio di realtà. Essendo difese tipiche degli infanti, le difese primitive sono preverbal, difficilmente inseribili all'interno del linguaggio e proprie del registro dell'immaginario: nonostante ciò, essendo propedeutiche allo sviluppo sano di una persona, non è la loro presenza a essere indicativa di struttura psicotica o borderline, bensì l'assenza di difese considerate più mature.

Nancy McWilliams (2011) descrive le difese primarie, associando all'utilizzo preferenziale di esse una tipologia di organizzazione di carattere e sostenendo più in generale come siano di maggior utilizzo in una struttura di personalità psicotica o stato limite.

1. Il *ritiro psicologico* in un diverso stato di coscienza consiste in una risposta protettiva che può essere messa in atto dal bambino piccolo quando è sottoposto a fonte di stress; quando questa modalità persiste nell'individuo adulto, si manifesta mediante la sottrazione dalle relazioni interpersonali o situazioni sociali. Il ritiro è tipico dei bambini "costituzionalmente sensibili" e può comportare una costruzione di un mondo interiore molto più interessante e stimolante di quello esterno, vissuto come emotivamente e affettivamente problematico. Esperienze precoci di violazione emotiva, intrusione ma anche trascuratezza e isolamento sono predisponenti a questa forma difensiva, poiché generano nel bambino l'impossibilità di fare affidamento sul mondo esterno, concentrandosi su come poter sviluppare un mondo interiore soddisfacente, senza distorcere la realtà esterna, semplicemente fuggendo da essa.
2. Il *diniego* consiste in una forma di difesa che viene utilizzata da ogni individuo al fine di proteggere da eventi catastrofici e viene intesa come espressione del processo primitivo egocentrico del bambino, secondo cui se viene negata qualcosa, quella non esiste. È forse la difesa primaria che più si riscontra in forma evoluta in altre difese più mature.
3. Il *controllo onnipotente* nella condizione primaria infantile è naturale, una tappa obbligata dello sviluppo: alla nascita il bambino non possiede la capacità di distinguere Sé dall'altro, per cui inizia a sperimentare l'ambiente con la volontà e fantasia di controllare il mondo. Questa fase di sviluppo viene superata con la normale maturazione del bambino, prima attribuendo l'onnipotenza ad uno o più caregiver, poi capendo l'impossibilità di ogni essere umano di controllare il mondo. (Ferenczi, 1913)

4. I bambini piccoli, come anticipato precedentemente, tendono ad associare alle figure di accudimento poteri e capacità sovraumane; il passaggio da una idealizzazione ad una progressiva svalutazione verso i caregiver è un importante passaggio, centrale nella maturazione e nel processo di separazione-individuazione. In alcune persone, invece, è presente una *idealizzazione estrema*, che permane nell'adulità e che è dimostrazione dello sforzo arcaico reiterato di vincere il terrore interno tramite la presenza di un caregiver onnipotente e la fusione con esso (un Altro meraviglioso); per contro, la *svalutazione estrema* rientra nella opposta modalità, essendo che nulla può essere perfetto: per questo motivo, quanto più un oggetto viene idealizzato, tanto più sarà svalutato di conseguenza.
5. *Proiezione, introiezione, identificazione proiettiva*: queste difese primitive sono la manifestazione dell'inesistenza di un confine psicologico tra il proprio Sé e il mondo. La proiezione consiste nel considerare come esterno qualcosa del proprio mondo interiore e, nei suoi estremi patologici, porta alla personalità paranoide. L'introeiezione, invece, è il processo opposto, vale a dire considerare come interno qualcosa proveniente dal mondo esterno, tipico meccanismo utilizzato dai bambini piccoli nel rapporto iniziale di identificazione con i caregiver. Introiezioni gravi si possono riscontrare nell'identificazione con l'aggressore in situazioni di abuso, per difendersi e padroneggiare la sofferenza provata; anche nei contesti di lutto questo meccanismo può risultare più o meno complesso in quanto, quando ci affezioniamo alle persone, rischiamo di introiettare dentro di noi rappresentazioni del loro Sé: questo processo può comportare un sentimento di impoverimento, vacuità e vuoto, perché è come se anche una parte del Sé fosse morta. Individui che non riescono ad accettare i sentimenti di impotenza derivanti dalla perdita sperimentano continuamente queste emozioni negative, oltre all'incapacità di poter investire nuovamente su qualcun altro, poiché fallisce il tentativo di separazione dall'immagine introiettata della persona amata.
6. *La scissione dell'Io*: processo interpersonale e di origine preverbale che emerge prima che il bambino possa percepire che i caregiver hanno qualità buone o cattive e ancora prima che si sia instaurata effettivamente la costanza dell'oggetto, senza la quale non è possibile generare ambivalenza, che implica sentimenti opposti verso uno stesso oggetto. Pazienti psicotici o con struttura borderline che mettono in atto la difesa di scissione mostrano una tendenza a reputare le persone intorno a loro o totalmente buone o totalmente cattive, risultano incapaci di integrare differenti aspetti della persona.
7. *La somatizzazione* consiste nella manifestazione corporea di stati emotivi inespressi. Solitamente si origina nella prima infanzia, quando il bambino non viene sufficientemente guidato dai genitori nella manifestazione delle sue emozioni, per cui tende ad esprimerle mediante stati di esaurimento fisico o di azione. Con la maturazione, l'individuo dovrebbe progressivamente entrare nel

linguaggio e acquisire la capacità di esprimere a parole i suoi stati interni, qualora ciò non dovesse avvenire l'espressione somatica resta l'unica alternativa valida di comunicazione del malessere.

8. Insieme alla somatizzazione, l'*acting out* è stato più volte descritto in relazione a pazienti borderline o psicotici, anche se alcune forme possono essere ritrovate anche in strutture sane. Il termine viene usato per indicare tutti quei comportamenti che vengono messi in atto per padroneggiare ansia associata a movimenti inconsci che il soggetto non riesce a portare sul piano del reale. Successivamente è stato individuato il termine "enactment", che comprende anche tutte le rappresentazioni in azione di esperienze di natura transferale che il soggetto non riesce a verbalizzare e che manifesta, quindi, in azioni.
9. La difesa definita come *sessualizzazione* può sicuramente rientrare all'interno dell'*acting out*, anche se più specifica, in quanto riguarda essenzialmente la pulsione sessuale teorizzata in origine dallo stesso Freud: secondo il padre della psicoanalisi, la libido sottende ogni attività dell'individuo, una sorta di motivazione primaria che spinge gli esseri umani nelle attività quotidiane e che li orienta nel mondo. Teorizzazioni e studi successivi hanno orientato l'attenzione sul ruolo difensivo che questo meccanismo possiede: la sessualizzazione diventa così un modo per convertire vissuti di angoscia, terrore, paura della morte e ansia in una pulsione che è essenzialmente alla base della vita.
10. Il meccanismo dissociativo viene considerato come la normale reazione a un trauma, un evento considerato come catastrofico o che semplicemente è infattibile da elaborare, un dolore o terrore soverchiante. Anche il meccanismo dissociativo può essere considerato lungo un continuum, da normale a patologico, che sostanzialmente discrimina forme sane a soverchianti e patologiche (che possono portare al disturbo dissociativo di personalità). I bambini ripetutamente esposti ad abusi tendono ad usare questo meccanismo come reazione abituale allo stress, portando quindi più facilmente alla strutturazione di personalità psicotiche o borderline.

1.3 Prospettiva psicodinamica: caratteristiche e insorgenza della psicosi

1.3.1 Approccio fenomenologico

Roland Laing nella sua opera "*L'io Diviso*" (1960) ha fornito una descrizione accurata e puntuale della psicosi da una prospettiva fenomenologica, partendo dal concetto di *insicurezza ontologica primaria*, condizione in cui il soggetto è sostanzialmente incapace di affrontare le difficoltà della vita poiché privo del senso di realtà, della sua identità e di quella degli altri: secondo l'autore, chi si trova in questa posizione affronta le vicissitudini quotidiane dominato da ansietà e percezione di pericoli.

Questa differenza ontologica è molto precoce e si instaura nei primi istanti di vita del bambino, momento in cui dovrebbero iniziare una serie di processi volti a far percepire il nuovo nato come differenziato, con una propria identità, una percezione del reale solida e con un senso di entità, intera e reale: non sempre questo avviene. Un individuo può percepirsi irreali, “*letteralmente più morto che vivo*”, non differenziato dall’altro e dal mondo e ciò comporta la costante messa in discussione della sua percezione di Sé e del reale. Questo implica anche una discontinuità temporale e una percezione di essere in parte disgiunto dal proprio corpo o di non percepire quest’ultimo come unitario.

Tale condizione sovrachianta porterebbe l’individuo ad una continua lotta per la sua sopravvivenza ontologica, continuamente alla ricerca di percepirsi separato e distinto dall’altro; la persona con struttura di personalità psicotica vive l’altro come agente, incontrollabile e imprevedibile, che lo rende oggetto, facendogli perdere tutta la sua soggettività, inglobandolo, esponendolo al grande pericolo di fargli perdere la sua esistenza, la sua stessa vita.

L’autore prosegue analizzando la percezione corporea propria della condizione psicotica, descrivendo come vi sia un certo grado di *incorporeità*, per cui il Sé non è veramente incarnato, il corpo non è il centro dell’io, viene percepito come distante, centro di un falso io; ciò impedisce all’individuo di entrare in modo partecipativo a qualsiasi aspetto della vita. La scissione tra corpo e io interno porta alla costante osservazione, controllo e critica da parte dell’*io incorporeo* nei riguardi di ciò che il corpo prova e fa, con l’obiettivo finale di dare senso e collocazione nel mondo, per preservare l’essere dalla percezione costante di angoscia e di annullamento che prova. Il corpo viene usato come strumento per difendersi, per mettere in atto un ritiro localizzato in una parte del corpo dove l’Io si concentra, si nasconde e isola; per la persona con struttura psicotica, lo sguardo dell’altro lo espone e rende vulnerabile, è capace di ucciderlo, di annientarlo: la preoccupazione non riguarda la possibile perdita di un pezzo di corpo, bensì la possibile perdita del suo io, attorno a cui costruisce delle difese in preda al timore di dissoluzione.

Le relazioni interpersonali diventano, dunque, fittizie, poiché nella condizione di psicosi si verrebbe a generare una chiusura verso l’esterno, che porta alla formazione di una sorta di microcosmo in cui l’*io incorporeo* cerca riparo da un reale che lo porterebbe alla frammentazione: questo comporta una sorta di ripiegamento dell’io su se stesso, con l’obiettivo di realizzare e trovare sostentamento nel proprio mondo interiore. Avendo l’Io un’attività principalmente mentale e non corporea, volta all’interno, progressivamente si annulla, fino ad arrivare alla sensazione di vuoto: il soggetto percepisce la vita esterna, ma decide di ripudiarla, poiché è sufficiente e molto più arricchente ciò che è dentro di lui. Questo lo porta a sentirsi morto interiormente, garantendo così la sua propensione a voler rientrare nella vita.

“..Vuoto come si sente, la realtà vivente degli altri, piena e sostanziale, gli preme addosso da tutte le parti, sempre sul punto di implodere in lui e distruggerlo completamente, come un gas che scoppia nel vuoto o come una piena che spezza una diga e riempie un bacino.” (L’io diviso, Laing, 1960, pag. 87)

La scissione tra il corpo e l’io incorporeo descritta precedentemente è alla base della condizione psicotica: quando ciò avviene per una persona “normale” solitamente è una situazione temporanea, una difesa (dissociazione) messa in atto al fine di evitare un reale che viene percepito come troppo complesso da elaborare, per cui l’io si distacca e osserva il corpo dall’esterno, non riconoscendolo come proprio. La persona psicotica, invece, vive questa condizione costantemente, percependo il mondo come persecutorio, per cui l’io trascende il mondo e diventa incorporeo: così facendo diventa vuoto e il terrore per l’esterno non viene placato, ma aumentato dagli sforzi che vengono messi in atto per tenere al di fuori ciò che viene percepito come pericoloso. In questo modo l’io viene escluso dal mondo e dalle interazioni, l’esterno viene percepito come irreali, come morto, esattamente come l’io: ciò implica l’impossibilità di una interazione reale con l’altro, che viene fatto “cosa”, oggettificato in partenza per evitare che possa annullare e distruggere l’io, anche se il corpo è già percepito come qualcosa di fuori da sé, nelle mani di un altro che è pronto ad annientarlo. Questo isolamento porta a una possibilità infinita nelle interazioni, che però si muovono sul piano della fantasia, dell’immaginario, poiché la relazione reale si attua nel piano corporeo e, quindi, nel sistema di un falso io. Nel piano immaginario l’io resta libero, disimpegnato e soprattutto onnipotente, un’illusione che sostiene l’individuo nella sua esistenza e che necessita il mantenimento della scissione per sussistere.

1.3.2 Il contributo di Melanie Klein sulla genesi della psicosi

Melanie Klein nell’opera *Note su alcuni meccanismi schizoidi* (1946), ha spiegato ulteriormente i processi tipici della posizione schizo-paranoide, tramite lo studio delle prime fasi di vita del bambino, riscontrando come nel periodo dell’allattamento insorgessero delle angosce tipicamente psicotiche che portano l’Io a mettere in atto delle difese: in questa fase sono da riscontrare le fissazioni tipiche dei disturbi psicotici, anche se, come sostiene l’autrice, le angosce di questo periodo sono influenti nella costituzione di uno sviluppo sano.

Durante lo sviluppo psichico del bambino si instaurano le relazioni oggettuali e il primo oggetto ad essere interiorizzato è il seno materno che viene introiettato e percepito come fonte di nutrimento, di godimento e quindi gratificante: l'introiezione del seno materno è funzionale per difendere l'Io dall'angoscia primitiva, riproponendo in parte la simbiosi prenatale, poiché ora è il bambino che possiede la madre dentro di sé. Questa spinta a riproporre una condizione primitiva è una forma di idealizzazione che viene messa in moto dall'angoscia primaria del bambino, alla costante ricerca non solo del nutrimento, ma anche dalla costante conferma e riprova d'amore incondizionato da parte della madre.

Alla nascita il bambino possiede un Io primitivo che mette in atto un'associazione pressoché immediata della pulsione distruttiva a un oggetto primario, che pare essere funzionale per fronteggiare la sua angoscia, la sua paura di annientamento; essendo l'oggetto introiettato, questa angoscia, percepita come persecuzione, viene proiettata verso l'esterno tramite impulsi sadico-oralì, anche se non integralmente, giacché una porzione di essa si lega alla libido interna all'organismo.

Questa condizione consiste nel tentativo da parte dell'Io primitivo di trovare delle modalità per riuscire a difendersi, anche perché, mancando di coesione, se sottoposto all'angoscia rischia la frammentazione.

In questa fase l'oggetto seno viene scisso in seno buono e cattivo, dove il primo è fonte di godimento, mentre il secondo di frustrazione: questa separazione porta alla genesi di sentimenti di amore e odio, ma anche alla costituzione e formazione dell'Io e del Super-Io, ponendo le basi per una successiva fase edipica.

Il seno buono diviene il centro focale dell'Io e viene usato dal bambino per contrastare, almeno in parte, la sua tendenza di scissione, favorendone l'integrazione; nonostante ciò, la presenza di frustrazione e angoscia può contribuire alla difficoltà del lattante di mantenere separato il seno buono dal seno cattivo, generando la percezione che anche il primo possa essere in frantumi.

La pulsione distruttiva viene, quindi, orientata verso il seno cattivo, all'esterno: il bambino manifesta degli impulsi sadico-oralì volti all'appropriarsi delle qualità buone della madre, una introiezione distruttiva; successivamente, guidato da impulsi sadico-anali, oltre al tentativo di svuotamento, il bambino tenterà di mettere ciò che è cattivo del Sé nella madre, allo scopo di distruggerla. Nel complesso questa serie di impulsi costituiscono l'aspetto distruttivo dell'identificazione proiettiva, che viene utilizzata per far fronte all'angoscia di frammentazione e persecuzione; introiezione e proiezione vengono utilizzate in modo differente in relazione alla scissione: la prima porta a un'idealizzazione del seno buono, fonte di godimento, con lo scopo di proteggersi dalla persecuzione che comporta il seno cattivo, mentre la seconda è centrale per mantenere scisse le due componenti

dell'oggetto, in questo modo il bambino può mettere in atto il diniego e cercare di tenere distante da sé il seno frustrante.

La scissione, dunque, non riguarda solo l'oggetto introiettato, ma anche parti del proprio Sé e il tentativo di allontanare le parti cattive, utilizzando il seno come contenitore: da qui si evince anche come la madre non sia un qualcosa di separato dall'Io del lattante, ma venga considerata, a questo punto, come *"il Sé cattivo"*. Questo processo, fortunatamente, coinvolge anche la proiezione verso l'esterno di componenti buone del Sé, essendo che gli escrementi possono anche essere interpretati come doni e quindi connotati di sentimenti benevoli. In questo modo si può concludere che la scissione dell'Io e della proiezione di queste parti in oggetti, risulta necessaria per lo sviluppo psichico sano del bambino.

Quando queste proiezioni sono esagerate, l'Io si indebolisce divenendo incapace di riprendere dentro di Sé le qualità che ha investito nell'esterno, perdendo la capacità di assimilare nuovamente i suoi oggetti interni: ciò comporta la sensazione di essere in balia di questi, tipica nelle condizioni di psicosi.

Se proiezione e introiezione vengono visti all'interno di un continuum, al polo primitivo queste due difese sono fuse, dando origine all'identificazione proiettiva, concetto introdotto da Melanie Klein (1946) a seguito di una minuziosa osservazione di bambini schizoidi: questo processo si basa sul fatto che una volta introiettati gli oggetti, l'individuo non solo proietta tali relazioni oggettuali sul terapeuta o sulle sue altre relazioni interpersonali, vedendo il mondo esterno in modo distorto, ma ottiene anche come risultato che l'altro si comporti in modo congruente alle sue fantasie inconsce.

Secondo l'autrice, è quindi la scissione estrema del Sé e l'eccesso di proiezione verso un oggetto immaginario interno, che realmente è esterno, a comportare la percezione che questa persona, che rappresenta l'oggetto, sia persecutoria: nonostante ciò l'oggetto persecutorio, poiché scisso, è anche un oggetto d'amore, verso cui nascono dei sensi di colpa che, inevitabilmente, cadono sul Sé.

Un'altra caratteristica delle relazioni oggettuali psicotiche è la presenza di una forte componente narcisistica, data da proiezione di elementi del Sé sull'oggetto, con connotazione ossessiva, in quanto il soggetto tenderà a voler tener sotto controllo le parti di Sé che percepisce esterne. Inoltre, le relazioni proprie di questa struttura di personalità, sono artificiali, poco spontanee, a cui si accosta un disturbo del senso di Sé; l'autrice evidenzia come sia il rapporto con la realtà psichica, sia quello con la realtà esterna, siano gravemente disturbati, poiché una scissione così importante comporta necessariamente delle turbe di sviluppo gravi che coinvolgono tutti gli ambiti della persona.

L'autrice aggiunge poi come sia proprio il superamento della posizione schizo-paranoide a determinare lo sviluppo sano del bambino, in quanto, se le paure di persecuzione e i meccanismi schizoidi sono troppo predominanti e incumbenti sul lattante, questo non riuscirà ad elaborare la

posizione depressiva, regredendo continuamente, in un circolo vizioso che costituirà condizioni psicotiche in età adulta.

1.3.3 Bion e il linguaggio schizofrenico

La sintesi di Wilfred Bion presente nell'opera "*Riflettendoci meglio*" (1967) propone delle caratteristiche peculiari della personalità psicotica.

Secondo l'autore, in tali condizioni si presenta la preponderanza di impulsi distruttivi che condiziona tutti gli aspetti della vita dell'individuo, il quale tenderà a trasformare qualunque altro impulso, anche se positivo, in sadismo; un altro elemento centrale, che Bion riprende dalla teoria freudiana, riguarda l'odio per la realtà che influenza anche tutti i processi di consapevolezza, che l'autore ricollega anche all'odio verso la realtà interna. Da questi primi due aspetti scaturisce il costante terrore di annichilimento tipico della condizione di psicosi. Infine, questi individui sono propensi a una formazione precoce delle relazioni oggettuali, come il transfert, estremamente esile e al contempo tenace nel mantenimento.

Bion, partendo dalle riflessioni di Melanie Klein, sostiene che gli attacchi sadici che il lattante pone in essere nella posizione schizo-paranoide, sono indirizzati non solo verso il seno, ma anche verso l'apparato della percezione, centrale nella capacità di comprendere ed assumere consapevolezza per la realtà interna ed esterna: questa parte della personalità verrebbe fatta in frammenti, scissa ed espulsa, ottenendo come risultato uno stato in cui il soggetto non si percepisce più né come vivo né come morto.

La distruzione dell'apparato percettivo comporta l'esperire sensazioni in parte mutilate, che non trovano una integrazione: il soggetto si ritroverebbe, quindi, imprigionato in una condizione da lui stesso generata, dove "*particelle dell'Io espulse*" conducono fuori dal Sé, un'esistenza incontrollabile e indipendente, contenute o contenitori di oggetti esterni che risultano bizzarri. Secondo l'autore queste particelle della personalità, nel momento in cui vengono espulse, si legano ad oggetti appartenenti al reale, che si gonfiano e pervadono la particella per contrastare il legame soverchiante a cui sono sottoposti, finendo col controllarla; questi frammenti vengono utilizzati dalla persona come prototipi di idee, da cui dovrebbe scaturire la parola, ma essendosi legati a degli oggetti reali, ne consegue che *la parola è la cosa*.

Bion riprende le funzioni del linguaggio nella psicosi, sostenendo che esso possa essere usato come azione, come comunicazione e come modalità di pensiero. Concentrandosi sul linguaggio come azione le applicazioni riguarderebbero il meccanismo di scissione e di identificazione proiettiva: nel primo caso, il linguaggio verrebbe utilizzato per la scissione vera e propria, evidente quando il

soggetto identifica l'altro con uno dei suoi persecutori interni; per quanto riguarda, invece, l'identificazione proiettiva, il paziente userebbe la parola come oggetti o parti scisse di questi, che tende a spingere dentro l'altro.

Qualora il linguaggio venga utilizzato come modalità di pensiero, è inevitabile che emergano le gravi difficoltà nella simbolizzazione, giacché essa è intrinsecamente correlata alla capacità di integrare gli oggetti e riprenderli dentro di Sé, passaggio che nella psicosi viene meno, poiché non si è mai superata la fase schizo-paranoide: questo si traduce in una difficoltà nell'utilizzo di verbi e sostantivi, anche perché le parole sono inevitabilmente legate a un reale scisso e frammentato.

1.3.4 Jacques Lacan e la teoria strutturale

Secondo Lacan (1938) ogni individuo, ancora prima della nascita, è inserito preliminarmente all'interno di una cornice sociale, culturale, storica e familiare che viene definita come il grande "Altro": all'Origine della vita psichica vi sarebbe il luogo dell'Altro che viene pensato come luogo del linguaggio; l'inconscio nella teoria lacaniana è strutturato come il linguaggio, per cui il bambino nascendo nel campo dell'Altro è assoggettato ai suoi significanti, è oggetto passivo in balia dell'Altro da cui dipende poiché è quest'ultimo che detiene l'onnipotenza, facendo del lattante oggetto del suo desiderio. Il grande compito evolutivo consiste quindi in quello di soggettivarsi e separare il proprio desiderio e discorso, incorporando il linguaggio nel corpo del soggetto: in quest'ottica rientra il primato dell'Edipo, in quanto il bambino riuscirebbe a soggettivarsi non tanto con la separazione dalla madre, ma dalla separazione da una parte di se stesso, del suo corpo pulsionale. Questa centralità del linguaggio nello sviluppo del soggetto implica che non sia il bambino ad imparare a parlare, ma che sin dalla nascita sia il *linguaggio a parlare il bambino*, essendo proprio del campo dell'Altro.

Essendo la pulsione incompleta di natura, non costante e mancante, essa viene interpretata come effetto dell'azione del significante sul corpo pulsionale del soggetto, che può costituirsi solo agendo sul corpo naturale, come un intruso, snaturandolo ed erogenizzandolo. Essendo il significante proprio del campo dell'Altro, questo agisce sul corpo del bambino tramite tagli e operazioni simboliche, orientandolo, limitandone il godimento e generando una mancanza costitutiva dell'oggetto, alla base del processo di soggettivazione: è quindi la mancanza strutturale che da origine allo sviluppo psichico, al corpo pulsionale, poiché è solo tramite la sottrazione e l'assenza dell'oggetto che si può generare il desiderio del soggetto. L'incontro tra il soggetto e l'oggetto non è mai appagante fino in fondo, poiché esso è proprio del campo dell'Altro e, quindi, non coincide mai realmente con l'oggetto desiderato dal soggetto, per questo motivo la dialettica simbolica viene definita da Lacan come "deludente e dolorosa".

La pulsione non viene subordinata alla legge biologica dell'istinto ma segue solo ed esclusivamente il proprio soddisfacimento e, per questo motivo, lo sviluppo libidico sarebbe possibile solo grazie una serie di limitazioni che da una parte portano alla sana progressione verso la maturazione genitale, dall'altra comportano la fissazione su alcune zone erogone, createsi proprio dal taglio della Legge di castrazione. Questa separazione del soggetto dal godimento pregenitale porta a rendere tale godimento perduto, in modo irreversibile, mancante.

Come anticipato, il soggetto alla nascita è in balia dell'Altro e dei suoi significanti (1938): nello specifico, inizialmente rappresenta oggetto del *desiderio della madre* (DM), venendo messo nella posizione di *fallo della madre* e quindi come oggetto che può compensare le mancanze materne. In uno sviluppo psichico sano del bambino entra in campo la metafora paterna, rappresentata da quello che viene denominato "*Nome del Padre*" (NdP) che prende il posto del desiderio della madre, scaturendo così una significazione fallica. Il NdP ha come funzione fondamentale la castrazione del rapporto fusionale madre-bambino, inducendo la separazione e gettando le basi per nuove significazioni: il bambino fin dalla nascita sperimenta l'alternanza data dalla presenza-assenza della madre, che deve poter collegare a un desiderio dell'Altro; la significazione che ne deriva riguarda il fatto che la madre è anche donna e che possiede un desiderio che non si esaurisce nel ruolo di madre, ma che è orientato anche verso un Altro.

La concezione della clinica delle psicosi secondo Lacan (1958) si basa sulla forclusione del Nome del Padre, per cui il bambino diviene ciò che colma in toto il desiderio materno, generando l'impossibilità della significazione fallica presso il desiderio dell'Altro. La forclusione causa due buchi costitutivi: il P_0 , relativo alla non sbarratura del desiderio materno e la conseguente non regolazione del desiderio dell'Altro, e il Φ_0 , che riguarda la non trasmissione nel soggetto del sentimento della vita, connesso all'assenza della significazione fallica; il Nome del Padre veicola la Legge e il suo senso, è la perdita del godimento a generare desiderio e, in quest'ottica, la forclusione indica la mancanza primordiale che affligge l'ordine del simbolico.

La psicosi viene letta dunque come una condizione in cui è presente un difetto specifico del registro simbolico, ossia la mancanza del significante fondamentale presso l'Altro. La catena significante modifica la sua natura dialettica, passando da un desiderio inteso come "desiderio dell'Altro" e di essere "riconosciuto dall'Altro" nella propria soggettività, a una "mancanza a essere", in cui il soggetto risulta assoggettato all'Altro in una dimensione speculare immaginaria, dove manca l'intervento del simbolico, poiché privo del suo significante primordiale. Il folle è un soggetto intrappolato dall'Altro, è alienato in modo assoluto, entrando in una costante simbiosi data dal fallimento della catena di significanti e identificandosi solo in un significante monolitico, rigettando ogni divisione: in questo caso lo psicotico è perseguitato dal ritorno nel reale di cosa è stato rifiutato nel simbolico. (Recalcati, 2016)

1.4 La ricerca attuale: soggetti a rischio ultra elevato (UHR)

L'esordio della schizofrenia e altri disturbi psicotici è anticipato da uno stato ad alto rischio di sviluppo della psicosi (Ultra High Risk for psychosis -UHR- o At Risk Mental State -ARMS-) e poi da una fase "prodromica": in entrambi questi periodi si potrebbe intervenire precocemente prevenendo, ritardando o migliorando l'insorgenza vera e propria. Per le analisi di questa fase è stato definito lo "*stato mentale a rischio*" (ARMS), che implica che una sindrome sottosoglia che può essere considerata un fattore di rischio per una psicosi successiva: l'ARMS viene introdotta anche nel DSM 5 sotto la terminologia di "sindrome di psicosi attenuata", nelle condizioni che necessitano di ulteriori studi (sezione III, pag. 907).

Il concetto di ARMS deriva dagli studi di Yung et al. (2003), i quali hanno tentato di analizzare il potere predittivo di psicosi di alcune caratteristiche prodromiche seguendo soggetti considerati ad altissimo rischio (UHR), col fine ultimo di determinare il numero di coloro che sono diventati psicotici entro un anno dall'inizio dello studio. Il campione, composto da individui con età compresa tra 14 e 30 anni, era diviso in tre gruppi considerati ad altissimo rischio: nel primo, denominato "Sintomi psicotici attenuati" (APS), rientravano soggetti con sintomi che si discostavano da fenomeni normali ma che ancora non potevano essere considerati sintomi psicotici; nel secondo, "Brief Limited Intermittent Psychotic Symptoms (BLIPS)", le persone presentavano sintomi psicotici che si risolvevano naturalmente entro 7 giorni dalla comparsa; il gruppo "Fattori di rischio di tratto e stato" (GRD) riguardava, invece, soggetti con sintomi non specifici, come umore deflesso o ansia, oltre che alcuni fattori di rischio di tratto, come familiarità in parenti di primo grado o disturbo di personalità schizotipico. Questi tre gruppi sono frutto dei criteri standardizzati individuati da Yung e McGorry (1996) per identificare soggetti a rischio ultra elevato di psicosi (UHR).

I risultati dello studio hanno evidenziato come il tasso di transizione alla psicosi entro 12 mesi fosse del 40,8%, sottolineando come un numero maggiore di predittori di psicosi aumentasse la probabilità di esacerbazione del disturbo entro sei mesi; inoltre un ruolo centrale per l'esordio psicotico risultava essere la lunga durata dei sintomi prodromici prima della ricerca di aiuto, per cui un fattore di protezione risulta essere un intervento precoce anche sui sintomi prodromici.

Dato che le fasi che precedono l'esordio psicotico sono estremamente rilevanti, specialmente rispetto un'ottica di prevenzione e promozione della salute, Raballo e Larøi (2009) hanno proposto quattro fasi per la stadiazione clinica delle psicosi con l'obiettivo di sintetizzare un continuum di rischio crescente utile per gli interventi precoci. In primo luogo hanno individuato una fase premorbosa senza

grave compromissione psicosociale, ma in cui sono evidenti fattori di rischio e tratti di vulnerabilità endofenotipica; in sequenza emerge una fase prodromica precoce, in cui sono presenti principalmente esperienze soggettive anomale compromissione psicosociale iniziale e deterioramento della qualità della vita e delle prestazioni inter-pari, a cui sussegue una fase prodromica tardiva caratterizzata da sintomi psicotici attenuati e sottosoglia e/o psicosi breve, limitata e intermittente. Infine si presenta una fase psicotica manifesta di sintomi prolungati e conclamati di psicosi, suscettibili all'evoluzione in schizofrenia.

Una recente meta-analisi condotta da Fusar-Poli et al. (2016) ha indagato come queste tre categorie di sintomi prodromici comportassero delle differenze nel rischio di insorgenza di psicosi, evidenziando come il gruppo BLIPS fosse quello più soggetto alla transizione di psicosi rispetto al gruppo APS e GRD. Inoltre per quest'ultimo non sono state riscontrate differenze significative con il gruppo di controllo, sollevando l'ipotesi che possa non considerarsi un costrutto sufficiente per considerare un soggetto a rischio elevato di psicosi. Osservando questi risultati, gli autori hanno suggerito di analizzare e considerare separatamente queste dimensioni di sintomi, al fine di intervenire in maniera precoce anche sulla condizione prodromica della psicosi, con l'obiettivo di un miglior esito della patologia.

Partendo da questi risultati, McHugh et al. (2018) hanno analizzato le differenti traiettorie di rischio psicopatologico di ogni sottogruppo UHR, esplorandone le caratteristiche al basale e quelle a lungo termine, confrontando anche la possibilità di rischio per altre condizioni psicopatologiche e non solo rispetto la psicosi. In generale, il gruppo GRD ha mostrato sintomi positivi meno gravi al basale, mentre non vi sono state differenze considerevoli per quanto concerne i sintomi negativi, mostrando i medesimi livelli di APS e BLIPS. Questi risultati propongono di considerare il costrutto UHR non semplicemente come un marcatore di psicosi, ma piuttosto come uno stato di rischio transdiagnostico che indica la necessità di cure cliniche, sostenendo l'idea che i percorsi di transizione alla psicosi e, più in generale, verso la psicopatologia, siano complessi e influenzati da fattori psicologici, sociali, genetici e neurobiologici.

In contrasto con le ultime deduzioni, Polari et al. (2018), hanno avanzato l'ipotesi di poter applicare le definizioni di remissione, recupero, recidiva e ricaduta ai soggetti UHR, considerando questa sindrome come una a sé stante, piuttosto che una sindrome a rischio di insorgenza di disturbi psicotici, anche in vista del tasso decrescente di non transizione alla psicosi osservata nella popolazione (Hartmann et al., 2016). Il tentativo di applicazione delle definizioni risulterebbe, quindi, fondamentale per individuare le traiettorie di cliniche, con conseguenti implicazioni diagnostiche e

terapeutiche, oltre che facilitare l'individuazione di possibili marcatori biopsicosociali. I risultati dello studio mostrano una moltitudine di traiettorie paragonabili a quelle individuate per i pazienti schizofrenici, sostenendo la teoria che i soggetti UHR possano essere considerati come una popolazione clinica a sé stante che necessita di strumenti di previsione clinica multidimensionali, volti alla identificazione di esiti favorevoli o sfavorevoli, così da poter sviluppare e attuare piani di prevenzione e cura adatti.

Essendo l'esordio della schizofrenia compreso statisticamente tra la tarda adolescenza e i trent'anni d'età, i sintomi prodromici sono riscontrabili anche in età adolescenziale: Raballo et al. (2022) hanno tentato di analizzare il rischio di transizione alla psicosi in bambini e adolescenti considerati ad alto rischio, utilizzando un campione meta-analitico che comprendeva soggetti aventi tra 13.8 e 16.8 anni d'età. Anche da questo studio emerge l'eterogeneità dei risultati e dei campioni, poiché la maggior parte delle ricerche che sono riuscite a coinvolgere nella meta-analisi, non prevedevano analisi con traiettorie differenti dalla transizione alla psicosi, limitando la possibilità di definire stratificazioni prognostiche più specifiche: ciò nonostante dallo studio emerge una tendenza del campione verso la transizione alla psicosi, confermando l'importanza del riconoscimento precoce della condizione UHR al fine di evitare la cristallizzazione di disturbi psicologici gravi nel corso dello sviluppo.

Considerando sempre un campione meta-analitico, Peh et al. (2019) hanno cercato di studiare l'impatto di avversità infantili, come traumi, essere stati vittima di bullismo e separazione/perdita dei genitori, rispetto al rischio di esordio della psicosi, al fine di contribuire al miglioramento della previsione dei soggetti UHR e tentare di comprendere quanto le avversità incidano sulla transizione alla psicosi successivamente (TTP).

Rispetto alla prevalenza, i soggetti UHR mostrano come l'essere vittima di bullismo e tutte le forme di abuso fossero più frequenti e gravi rispetto al gruppo di controllo; particolarmente significativa la diffusione di abuso fisico ed emotivo in tutto il campione a rischio. Per quanto concerne la transizione alla psicosi, il trauma infantile totale non mostrava correlazione significativa, se non nel momento in cui veniva stratificato nei suoi sottotipi: l'abuso sessuale era quello maggiormente associato alla TTP. In generale, i risultati suggeriscono come la sola esposizione alle avversità infantili non sia sufficiente per incidere su un tasso più elevato di TTP, anche se comunque predispone i soggetti a una vulnerabilità per disturbi psichiatrici importante

1.5 Vignette cliniche

Di seguito verranno presentati delle vignette di casi clinici inseriti presso le strutture Antenna 112 e Antennina, al fine di presentare in maniera descrittiva come si manifesta la struttura psicotica in soggetti adolescenti o preadolescenti. L'approccio clinico delle Antenne segue la prospettiva psicanalitica, usando come strumento terapeutico l'equipe e la pratique-à-plusieurs, introdotta da Antonio Di Ciaccia (1973).

1.5.1 Caso clinico esemplificativo Antenna 112: la Sirenetta

L'inserimento della Sirenetta avviene all'età di 10 anni a seguito di un ricovero in ospedale per alcuni dolori alla pancia che non avevano avuto nessun riscontro fisico; durante il ricovero smette gradualmente di mangiare, parlare e camminare, tanto da dover essere sostenuta.

Per contro, all'ingresso in struttura mangia fin da subito, anche se il suo rapporto con il cibo non è dei più adeguati: butta l'acqua nel piatto pieno, getta il contenuto a terra, si prepara un panino imbottito e poi lo riempie di sale. I primi giorni tratteneva tutto: l'urina, non defecava, non si lavava, non si toglieva i vestiti e le scarpe nemmeno per dormire, inoltre sembrava una piccola tiranna, buttava a terra qualsiasi cosa quando si arrabbiava, esigeva che si facessero le cose che lei richiedeva, insistentemente. La Sirenetta è arrivata in Antenna come una bambina senza nessuna considerazione di se stessa, per cui è stato importante aiutarla a valorizzare la cura del proprio corpo: all'inizio non si lavava e non chiedeva di essere lavata né cambiata, per lei era indifferente come veniva vestita o pettinata, si nascondeva. Tramite questa cura del corpo da parte dell'equipe ha cominciato a chiedere di essere curata e ad interessarsi all'aspetto delle operatrici: i loro vestiti, le loro collane e anelli, tutti i tratti di femminilità che cercava di trattenere per costruirsi una sua identità.

La Sirenetta aveva smesso di parlare per un anno e mezzo, pochissime le parole le sono "sfuggite", ed aveva evitato di usarle anche in situazioni al limite: l'impressione è che non sapesse più che farsene di questo parlare, diceva sillabe, lettere, quasi una lallazione; aveva costruito un modo alternativo di comunicare, usando un alfabeto da lei inventato che non coincideva all'alfabeto muto che conosciamo tutti, lei rappresentava con le mani le lettere così come vengono scritte, si riscontrava completa adesione fra la lettera scritta e quella mimata.

Anche la scrittura è stata molto particolare: inizialmente i temi che scriveva erano rispetto la morte, su fogli o muri, inoltre era una scrittura molto infantile, le lettere erano enormi e non avevano niente a che fare la modalità che utilizzava prima del ricovero in ospedale o che usava per scrivere lettere o bigliettini alla mamma. Quindi, anche se tutti eravamo esclusi dalla sua parola parlata, non con tutti utilizzava lo stesso modo di scrivere. Il massimo è stato raggiunto quando, ripresa la scuola non ha

più voluto scrivere, ma solo rispetto ciò che riguardava la scuola: faceva delle grosse onde come quando i bambini dell'asilo cercano di imitare la scrittura dei grandi.

Per quanto riguarda il rapporto con genitori è stato subito lampante la sua relazione esclusiva con la madre: i primi giorni chiedeva solo di lei e, ogni volta che ritornava all'Antenna, urlava, piangeva e si aggrappava alla madre, anche se, appena questa se ne andava, la bambina si lasciava coinvolgere da qualsiasi proposta smettendo subito di piangere; il disperarsi sembrava quasi un "tributo" che doveva alla madre, per cui nel momento in cui la mamma andava via, poteva smettere di "farle vedere quanto soffre senza di lei".

Come anticipato, inizialmente non c'era modo di cambiarla neanche per metterla a letto, poteva farlo solo la mamma, una volta la settimana quando veniva a prenderla; i primi tempi non voleva neanche andare in bagno per defecare. Dopo circa un anno, agganciandosi al lavoro terapeutico promosso dall'equipe, ha iniziato a cambiarsi e si faceva lavare. Nonostante ciò continuava ad avere difficoltà con la defecazione: quando chiedeva di andare in bagno per il mal di pancia, poi non ammetteva mai di aver fatto la cacca, neanche quando era evidente, mentre la maggior parte delle volte se la faceva addosso, scusandosi e riferendo di non essersene accorta, anche se spesso si è potuto constatare come l'avesse fatta in un momento in cui le si era detto di no a una cosa che voleva che facessero gli operatori al posto suo.

Dopo un anno e mezzo la Sirenetta ha ripreso a parlare: inizialmente con una voce alterata e con dei contenuti aggressivi massicci, ma dopo alcune settimane quest'iniziale modalità stereotipata di parlare si è affievolita. Permaneva ancora come sintomo più evidente la sua modalità di spostamento: doveva sempre appoggiarsi a qualcuno per camminare e, se non era possibile, utilizzava una modalità molto curiosa, si spostava quasi a "gattoni", però tenendo una gamba allungata dietro.

Le dimissioni sono state fortemente volute dalla madre a seguito dei netti miglioramenti della figlia dopo circa due anni dall'inserimento: avendo saputo del prossimo rientro a casa, la Sirenetta ha iniziato a regredire, ad urinarsi addosso, verbalizzando lei stessa che era tutto finalizzato per essere mandata a casa.

1.5.2 Caso clinico esemplificativo Antennina: Loris

Loris giunge presso la struttura all'età di 16 anni con un consistente trattamento farmacologico: in seguito alla progressiva riduzione della farmacoterapia, sono emersi nuovamente pensieri di natura ossessiva relativa alla paura di sporcarsi e/o sporcare gli altri (tendenzialmente di vomito, feci, fango, vetri e/o cibo) spesso accompagnati da comportamenti compulsivi (docce frequenti, lunghi lavaggi di mani); inoltre Loris richiedeva continuamente di rassicurazioni ed evitava oggetti, persone e luoghi

che potevano sporcarlo. Per alleviare il disagio percepito, tendeva a provocarsi volontariamente escoriazioni sulla pelle, a strapparsi compulsivamente i capelli ed a mettere in atto stereotipie motorie. Nei momenti di maggior acutizzazione dei sintomi si manifestavano attacchi di panico con urla, pianto ed episodi dissociativi durante i quali rimaneva fermo a letto arrivando a chiedere agli operatori che giorno fosse, dove si trovasse e conferme sulla sua identità e sulle sue intenzioni benevole; erano inoltre presenti pensieri persecutori ed ossessivi legati alla paura di uccidere o far male a qualcuno e percezioni allucinatorie: a volte quando camminava girava quasi compulsivamente la testa dietro di sé, riferendo di percepire la presenza di un “uomo nero che lo penetrava con un dito nell’ano”.

Nel tempo Loris aveva individuato alcuni operatori in grado di rassicurarlo maggiormente sia durante gli episodi acuti che nel quotidiano, mentre invece riteneva che altri non fossero in grado di contenerlo abbastanza e che si mostrassero poco accoglienti nei suoi confronti o volessero addirittura il suo male, arrivando in questo caso a manifestare tratti paranoici. In generale, il ragazzo adottava modalità relazionali di tipo regressivo in cui la differenziazione sè/altro risultava scarsa, tranne il rispetto della differenza di genere e la polarizzazione dei ruoli vittima/persecutore: nello specifico Loris faticava a comprendere e verbalizzare i propri stati d'animo e quelli altrui, nonché i limiti posti dall'altro all'interno dello scambio relazionale. I contenuti dei discorsi apparivano prevalentemente di natura volgare, sessuale e/o violenta, facendo riferimenti espliciti al nazismo, oppure usando frasi sessualmente violente e sessiste, senza che vi fosse una reale comprensione di quanto detto; solo attraverso la mediazione dell'operatore diventava possibile deviare su altri argomenti di suo reale interesse.

Era presente una certa labilità nel tono dell'umore, con passaggi sempre più rapidi e frequenti da un stato di flessione depressiva ad uno di iperattivazione caratterizzato da estrema agitazione psicomotoria, eccitazione, discontrollo degli impulsi e turpiloquio.

Tendenzialmente le relazioni stabilite con gli adulti di riferimento all'interno della comunità sono sempre caratterizzate da una certa ambivalenza e soggette ad una costante "messa alla prova": Loris teneva una classifica degli operatori preferiti in continua fase di aggiornamento, dipendente dalla capacità dell'operatore di turno di contenere le sue angosce e mostrarsi comprensivo nei suoi confronti e sembrava, inoltre, ricercare e riproporre con gli operatori le due polarità vissute nel rapporto genitoriale, la madre come "oggetto" in grado di dare accudimento e padre goliardico, sopra le righe ed a tratti persecutore.

Gradualmente Loris ha investito in un certo modo sull'equipe: ha ricominciato ad andare a scuola in modo autonomo, conseguendo il diploma con voti eccellenti, riuscendo ad intrattenere qualche relazione con compagni di scuola anche al di fuori degli orari scolastici; come soluzione alla tricotillomania ha iniziato a richiedere di tagliare i capelli ogni qual volta erano sufficientemente

lunghi da poterseli strappare; le compulsioni rispetto ai lavaggi e lo sporco sono gradualmente diminuite, rimanendo solo lavaggi delle mani prima e dopo i pasti.

Il piano verbale restava sicuramente quello di maggiore rilievo: se da una parte i lavaggi e le preoccupazioni rispetto la contaminazione sono progressivamente divenuti irrisori, verbalmente Loris ha sempre mantenuto una “separazione della voce”, per cui alternava la voce acuta e infantile utilizzata per chiedere principalmente attenzioni e accudimento, alla voce grottesca, profonda e fantozziana, fortemente sessualizzata e volgare. Dall’analisi degli scambi con i genitori è stato evidente come Loris parlasse con la voce materna in un caso, con la voce paterna nell’altro. Le compulsioni verbali erano comunque estremamente presenti: Loris ripeteva per ore le stesse frasi e le stesse parole, specialmente in fase di euforia. Era evidente come nel ragazzo fosse presente una adesione totale tra la parola e la cosa, a tal punto che, quando gli si presentavano delle contaminazioni reali, le “uccideva” sul piano verbale tramite imprecazioni e parole violente fino a quando queste non scomparivano visivamente.

Rispetto al corpo, Loris si concentrava molto sul grasso della pancia e delle braccia, per cui toccava le braccia di tutte le operatrici, specialmente una che per lui era sufficientemente “ciccioletta”: il focus su queste sue parti del corpo era evidente, anche perché Loris frequentemente si alzava la maglietta per manipolarsi il grasso della pancia, chiedeva con voce infantile di essere definito grasso, associava a sé, agli operatori, agli altri utenti, nomi di animali, più o meno teneri a seconda delle sue percezioni e emozioni in quel momento.

Al momento delle dimissioni, questi comportamenti venivano messi in atto principalmente nel privato, in un luogo da lui percepito come confortevole, come casa o la comunità: nell’esterno Loris si era costruito delle modalità per risultare adeguato e funzionale, per cui prendeva mezzi di trasporto in autonomia, usciva con amici o andava presso le loro abitazioni nei momenti dei pasti, per studiare o semplicemente per uscire con loro.

Secondo Capitolo:

L'autismo

2.1 Classificazioni diagnostiche

All'interno del Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali, aggiornato alla sua quinta edizione (DSM-5, APA, 2013), è stata creata la categoria diagnostica denominata “*disturbo dello spettro autistico*” (*ASD*), basata su criteri specifici e standardizzati che devono essere soddisfatti per la diagnosi: i sintomi su cui si concentra principalmente sono osservabili, di tipo comportamentale, e quindi quantificabili. Il manuale indica come questi devono essere presenti nel periodo dello sviluppo precoce, anche se non necessariamente pienamente manifesti; inoltre i sintomi devono causare compromissione clinicamente significativa nel funzionamento sociale, lavorativo o in altre aree importanti. Con la nuova edizione, è stata eliminata la presenza di disabilità intellettiva come sintomo imprescindibile per la diagnosi di autismo, nonostante queste due condizioni coesistano frequentemente.

I criteri centrali per la formulazione della diagnosi di disturbo dello spettro autistico riguardano deficit persistenti nella comunicazione e nell'interazione sociale, comportamenti e interessi ristretti e ripetitivi, oltre ad iperreattività o iporeattività ad input sensoriali o interesse inusuale per aspetti sensoriali dell'ambiente.

L'approccio categoriale proposto dal DSM-5 è particolarmente utilizzato per la comunicazione tra gli specialisti afferenti a varie aree, per la diagnosi differenziale e per guidare interventi specifici e standardizzati, aventi come focus principale la riduzione dei sintomi e l'aumento delle competenze funzionali.

In contrasto con la lettura proposta dal DSM-5, il Manuale Diagnostico Psicodinamico seconda edizione (PDM-2; Lingiardi, McWilliams, 2017) inserisce il disturbo dello spettro autistico all'interno della sezione dedicata ai disturbi dell'età evolutiva, focalizzandosi sull'esperienza soggettiva e le dinamiche interpersonali, descrivendo pattern di funzionamento psicologico, emotivo e relazionale. Centrali nella definizione del disturbo sono le difficoltà da parte degli individui nello spettro autistico di sviluppare una teoria della mente e quindi riuscire a comprendere e rispondere alle emozioni e ai pensieri degli altri: l'interazione con il mondo esterno è spesso caratterizzata da una tendenza all'isolamento, con una preferenza per attività solitarie e interessi ristretti.

Il PDM-2 analizza come l'autismo possa influenzare la formazione della personalità, ponendo particolare attenzione ai meccanismi di difesa utilizzati, come il ritiro autistico e la formazione di

mondi interni alternativi; sono inoltre rilevanti le difficoltà nel creare un senso di sé coeso e integrato, così come i problemi nell'identificazione con figure genitoriali o altre figure significative, anche per via della considerazione dell'autismo come associato a un mondo affettivo limitato, in cui i soggetti possono avere difficoltà a provare o esprimere emozioni in modo coerente e adeguato al contesto.

L'inquadratura diagnostica del PDM-2 è più fluida e dinamica, l'accento viene posto sulla comprensione del vissuto soggettivo e delle esperienze emotive, lungo tutto l'arco del ciclo di vita, cercando di comprendere l'autismo non solo come un insieme di sintomi comportamentali, ma come un disturbo profondamente radicato nelle dinamiche affettive, nelle relazioni interpersonali e nello sviluppo della personalità.

Essendo ad orientamento psicodinamico, questa prospettiva viene utilizzata per guidare interventi che mirano a migliorare la comprensione delle relazioni interpersonali e delle dinamiche affettive, piuttosto che concentrarsi esclusivamente sui sintomi comportamentali: il trattamento suggerito è più focalizzato sulla relazione terapeutica e sull'esplorazione dei contenuti inconsci, delle difese e delle dinamiche interpersonali, con l'obiettivo di migliorare il funzionamento globale e il benessere psicologico.

2.2 Il continuum con la psicosi: letture psicodinamiche e psicoanalitiche dell'autismo

Il quadro clinico di autismo è stato presentato per la prima volta da Leo Kanner all'interno dell'articolo "Autistic Disturbances of Affective Contact" (1943): l'autore, coerentemente con la prima definizione proposta da Bleuler (1911), inserisce tale entità patologica all'interno delle schizofrenie, sottolineando come la sintomatologia presente fosse precocissima e caratterizzata da una profonda solitudine autistica che esclude tutto ciò che proviene dall'esterno; difatti, nel decorso della schizofrenia, il bambino cerca di risolvere il suo problema uscendo da un mondo di cui ha fatto parte e con cui è entrato in contatto, mentre nell'autismo il bambino scende lentamente a compromessi con un mondo da cui è estraneo sin dall'inizio.

Per Kanner, dunque, la condizione autistica non coincide in un viraggio da una pre esistente capacità relazionale, poichè il bambino sarebbe incapace, sin dalla nascita, di riuscire a costruire un contatto affettivo normale. I casi presentati nell'articolo mostravano, inoltre, una limitazione nella varietà delle attività spontanee associata ad un desiderio ossessivo e ansioso volto al mantenimento della "sameness", traducibile con il termine "stessità": solo il bambino in rare occasioni può interrompere questa condizione che riguarda gli oggetti, le abitudini, l'ordine delle cose e il proprio corpo, sia nel movimento che nell'immobilità; secondo l'autore, questo potere che il bambino ha sugli oggetti è fonte di gratificazione e di godimento.

2.2.1 Approccio fenomenologico e il ruolo dell'Altro

Dalle Luche (2016), propone una riflessione sulla genealogia dell'autismo schizofrenico, partendo dalla posizione di Bleuler rispetto questa tematica. Per quest'ultimo, infatti, il pensiero autistico può essere pensato come "derealistico", ossia deviante dalla realtà, *"sia per motivazioni di ordine affettivo, sia per carenza della funzione di realtà"* (Dalle Luche, 2016, pp. 365); l'autore si concentra sulla distinzione del pensiero autistico da quello realistico, notando come il primo non considera il dato oggettivo quando questo si discosta da quello soggettivo. Aggiunge, inoltre, che anche se questa modalità di pensiero è tipica dei sogni, non è coincide col pensiero infantile, né dell'inconscio, poiché utilizzerebbe i meccanismi della coscienza vigile.

Dalle Luche si interroga sull'attualità della posizione bleuleriana rispetto l'autismo, proponendo posizioni e riflessioni più attuali Ballerini (2002), che suggerisce come in questo quadro psicopatologico sia evidente una *"impossibilità del soggetto di prendere una distanza osservatrice dalle proprie fantasie, di accedere immediatamente, preriflessivamente, spontaneamente, all'esperienza vissuta, l'impossibilità di "costituire l'altro" e governare così la relazione intersoggettiva sul piano del reale"* (Dalle Luche, p. 366, 2016).

Ballerini (2010) propone e sostiene la visione secondo cui le forme nucleari delle schizofrenie siano pensabili come autistiche, anche se non tutte le forme autistiche possono essere definite come schizofreniche. L'autore riprende anche il concetto di "attività autistica", proposto da Minkowski (1953), proprio per descrivere la modalità tramite cui il soggetto autistico agisce nel mondo, giacché questa sua attività risulta estremamente morbosa: egli getta il suo atto nel mondo, ma senza tenerne conto portando alla conseguenza che per l'esterno, tale azione risulta strana, rigida e incoerente, ripiegata su se stessa.

Ballerini, riprendendo Blankenburg (1971; 1986), sottolinea come la condizione autistica sarebbe una reazione naturale alle situazioni in cui l'io empirico deve necessariamente sopperire i compiti dell'io trascendentale, divenendo, dunque garante di un sé: per l'autore è presente un aspetto difensivo, al fine di resistere per riuscire ad affermare il proprio sé nel mondo empirico; vi sarebbe una trasformazione dell'"essere-con", che definisce l'umana presenza nel mondo dell'oppressione, della persecuzione, cercando di compensare la basilica costituzione deficitaria dell'Altro.

L'autismo viene visto, in questo senso, come la crisi della costituzione dell'io e dell'Altro. È l'Altro la condizione per cui il mondo diviene intersoggettivo, fonda ogni incontro ed edifica ogni rete sociale; il ruolo dell'Altro è fondamentale per la co-costituzione dell'ipseità del soggetto, ed'è proprio

questa interdipendenza tra Sé e Altro che spiega l'insorgenza di condizioni patologiche: nell'autismo e nella schizofrenia vi sarebbe una crisi tra il proprio Sé, divenuto straniero in sé stesso, e il Sé degli altri, che non viene percepito come un altro simile, bensì come un enigma, persecutore, da cui l'individuo deve difendersi.

L'autore spiega come l'autismo si connota per una condizione di essere nel mondo in termini di servitù e annichilimento, proprio per via dell'impossibilità di esperire la fondazione dell'Altro che a sua volta garantirebbe la costituzione del proprio Sé, dando così inizio alla vita del soggetto, all'intersoggettività: la chiusura comunicativa, l'ermetismo, il silenzio e il ritiro, sarebbero dunque una difesa per l'individuo, che non riesce ad intendersi con l'altro sulla naturalità di essere-con-l'altro nel mondo della vita.

“E l'eclissi dell'Altro nell'orizzonte costituente travolge assieme la soggettività propria e la comune realtà”. (Ballerini, 2010, pp. 19)

2.2.2 Margaret Mahler e la fase autistica normale

Gli studi di Margaret Mahler (1972; 1978) si sono concentrati sull'analisi dei primi momenti di sviluppo del bambino in particolar modo, concentrandosi sugli stadi preverbal, arrivando a definire le prime settimane di vita extrauterina del neonato con il termine “fase autistica normale”, momento in cui esso non possiede realmente la capacità di distinguere la sua realtà interiore con quella esterna, non facendo nemmeno distinzione tra il proprio sé e il mondo inanimato.

Il neonato passa molto tempo in stati di sonno a discapito di stati di veglia, riproponendo la vita intrauterina e la sua distribuzione libidica, ossia un sistema monadico chiuso e autosufficiente volto al soddisfacimento di desideri allucinatori. L'innata non reattività del bambino al mondo esterno di questa prima fase è causata da una barriera verso l'ambiente, essendo la crescita fisiologica ancora prioritaria rispetto alla crescita psicologica; l'infante mantiene la sua condizione di equilibrio sino a che i suoi bisogni interni non producono una o più tensioni in eccesso che devono essere necessariamente gratificate: in questo modo si ottiene uno stato di eccitamento che si alterna allo stato di sonno solo una volta soddisfatto.

In questa prima fase, il sistema sensoriale predomina il mondo del bambino, che si trova in uno stato di primitivo disorientamento allucinatorio, in cui il soddisfacimento dei bisogni rientra all'interno di quella che viene definita da Ferenczi “*orbita autistica onnipotente e incondizionata*” (1913). Essendo

presente questa barriera che protegge il bambino dagli stimoli esterni, nelle prime settimane di vita non riesce a riconoscere che il soddisfacimento delle sue tensioni e bisogni proviene da un agente materno, momento definito dall'autrice come "*narcisismo primario assoluto*" e ascrivibile alla fase del narcisismo primario freudiano (1914).

Il neonato nasce con dei riflessi innati che hanno un corrispettivo biologico, volti alla sopravvivenza e quindi propri del piano istintuale; tramite il normale sviluppo e l'accudimento materno vi sarebbe un progressivo investimento energetico della libido, per cui il bambino inizia a percepire che il soddisfacimento dei suoi bisogni non proviene dall'interno del suo corpo, bensì dall'esterno, per cui avverrebbe il naturale spostamento della libido dall'interno del corpo verso la periferia. A conferma di ciò, parallelamente a questo investimento pulsionale appaiono nuovi riflessi al servizio di una "motivazione di piacere" (Freud, 1895), come l'inseguimento visivo o il volgersi verso il seno, appresi dal bambino a seguito di esperienze percettive con annesso ricordo piacevole; nel momento in cui queste transazioni cinestetiche primitive vengono progressivamente consolidate, tutti i riflessi derivanti dal Moro diminuiscono costantemente fino a scomparire.

Nonostante il bambino si presenti non reattivo all'ambiente circostante in questa fase di vita, vi sarebbero momenti fugaci in cui il bambino riesce a mantenere una sorta di vigilanza passiva agli stimoli esterni che garantirebbe la continuità tra la fase autistica normale e quelle successive.

Come anticipato, il bambino nei momenti di veglia tenta di raggiungere nuovamente l'omeostasi a seguito di un momento di tensione sgradevole che lo porta a mettere in atto dei fenomeni espulsivi (defecare, urinare, starnutire, tossire etc.), a cui segue normalmente una gratificazione fornita dalle cure materne; questo aiuta il bambino nella discriminazione del tempo e delle esperienze "buone-cattive" (base ontogenetica per il meccanismo di scissione).

Secondo l'autrice, a partire dal secondo mese inizierebbe la "*fase di simbiosi normale*", dettata da una iniziale e graduale consapevolezza della presenza di un oggetto che soddisfa i bisogni: il bambino si comporta come se lui e la madre fossero un sistema onnipotente, un'unità duale all'interno di un confine comune. Sebbene il narcisismo primario prevalga ancora, in questa fase non è così assoluto come nella fase autistica, in quanto il neonato inizia a percepire che la soddisfazione del bisogno proviene da un oggetto parziale, anche se parte del sistema duale onnipotente a cui rivolge l'investimento libidico.

Il termine "*simbiosi*" viene utilizzato per la descrizione di quello stato di fusionalità con la madre, in cui l'Io non è ancora differenziato dal non-Io e in cui interno e esterno vengono percepiti diversi in modo graduale: caratteristica della simbiosi è l'unione di tipo delirante, somatopsichica e onnipotente

con la rappresentazione della madre e l'illusione di un confine comune tra due individui fisicamente separati.

In condizioni di sviluppo normotipico, il bisogno si trasformerebbe gradualmente in un desiderio e, in seguito, nello specifico affetto "legato all'oggetto" di tale desiderio.

L'eziologia nei casi di autismo e psicosi clinicamente significativi riguarda, quindi, specifici momenti evolutivi che portano a meccanismi difensivi ad esito differente: difatti, nell'autismo, il meccanismo di difesa a cui l'Io tende a regredire sarebbe proprio la barriera verso l'ambiente, mantenendo la separazione tra interno ed esterno, percependo le gratificazioni e le cure della madre come appartenenti al proprio stato interno e non riuscendo a rispondere alle richieste sociali e al contatto umano; mentre nella condizione di psicosi il bambino riuscirebbe a percepire gradualmente la madre in un'ottica di agente, anche se in una dinamica simbiotica che viene messa in atto per contrastare l'ansia e l'annientamento che prova nella separazione reale, portandolo a mettere in gioco difese primarie introdotte nel capitolo precedente.

2.2.2 Donald Winnicott e il ruolo della madre sufficientemente buona

Donald Winnicott nell'opera *"Dalla pediatria alla psicoanalisi"* (2017) raccoglie alcune riflessioni rispetto l'origine di alcuni quadri psicopatologici, come la psicosi, schizofrenia e autismo. Per l'autore l'individuo alla nascita non è unitario, l'unità diviene percepibile analizzando la struttura "individuo-ambiente": l'origine della psiche individuale avverrebbe nel momento in cui il soggetto riesce a crearsi un ambiente personale che, se procede verso uno sviluppo sano, coincide con l'ambiente esterno, permettendogli di accedere all'indipendenza e costituire una salute mentale.

Durante lo sviluppo emotivo vi sarebbero degli stadi primitivi in cui il bambino risulta essere isolato dal mondo, mantenendo intatto il senso del Sé: l'individuo esplora il mondo con dei movimenti spontanei, accettandone gradualmente le pressioni esterne anche grazie all'adattamento dell'ambiente alle sue esigenze che, così facendo lo lascia esistere momentaneamente in una condizione di isolamento. In un adattamento difettoso l'urto provocato dall'ambiente causa una forte reazione nel soggetto, che comporta una perdita del senso di Sé, riacquisibile solo con il ritorno all'isolamento; oltre a ciò, si instaura una distorsione psicotica della struttura "individuo-ambiente", che genera un progressivo impoverimento del Sé, perché difeso sempre più da un'organizzazione respingente la pressione ambientale.

La presenza di bisogni accolti dalla madre genera nel bambino la possibilità di allucinare: la reiterazione di questa situazione porta alla capacità di utilizzare l'illusione, una sorta di "follia primaria", meccanismo che consente l'iniziale contatto con l'ambiente: secondo Winnicott, qualora questa situazione venga mantenuta col passare del tempo, porta all'esacerbazione di una condizione di psicosi. Il risultato di questa inadattabilità dell'ambiente alle esigenze del bambino porta alla scissione tra vita interna e ambiente, producendo un falso Sé sottomesso al mondo esterno e causando un'impossibilità di raggiungere l'indipendenza.

Secondo questa prospettiva, quindi, è la presenza di un ambiente che si adatta ai bisogni del bambino, ossia una madre sufficientemente buona, a garantire lo sviluppo dello psiche-soma primitivo; le cure materne iniziali danno la possibilità al neonato di rendersi capace di tollerare progressivamente delle mancanze e lo rende comprensivo nei confronti di deficienze o piccoli errori materni che possono presentarsi naturalmente nel corso della crescita del bambino: l'aumento della tolleranza fa sì che il bambino "liberi" la madre dalla necessità di essere prestante rispetto alla risposta immediata e perfetta ai bisogni del bambino.

Secondo l'autore, l'autismo non sarebbe una condizione dettata da semplici comportamenti, né può essere pensata come fenomeno regressivo, bensì dovrebbe essere visto come "un'organizzazione difensiva altamente sofisticata, da cui è evidente l'invulnerabilità": la scissione profonda presente tra il vero e intimo Sé e il falso Sé è centrale nell'instaurarsi della psicopatologia precoce, in quanto quest'ultimo sarebbe implicato nella gestione e controllo del mondo esterno. Nella condizione di autismo, secondo Winnicott, non è il bambino a soffrire, bensì l'ambiente: questa organizzazione viene interpretata come *"protezione dal ricordo perduto di angosce impensabili"*. (Egge, 2006, pp. 44)

2.2.3 Jacques Lacan, autismo e linguaggio

Durante la conferenza tenutasi a Ginevra sul "Sintomo" (1975), Lacan sintetizza il suo pensiero sull'autismo: secondo l'autore, il soggetto autistico è situato all'interno del linguaggio, senza però essere nel discorso, facendo esplicito riferimento al linguaggio autoreferenziale che mostrano questi individui. Per Lacan, infatti, nell'autismo non vi sarebbe il riconoscimento dell'Altro simbolico, per cui il soggetto parlante non riesce ad identificarsi in ciò che dice e a porre ad un Altro la sua domanda, anche se questi individui si presentano estremamente "verbosi".

Il soggetto autistico non può entrare nel discorso e ciò è dato dal fatto che non vi è la possibilità di entrare nella domanda, che gli garantirebbe la costruzione di un legame sociale.

Il suo linguaggio rimane qualcosa di chiuso, che esclude l'Altro e resta fermo in una posizione di godimento verbale: il linguaggio viene utilizzato per via della sua funzione pulsionale, un uso autoerotico che consiste nel puro piacere di riprodurre il suono e il ritmo, rivolto a nessuno, ma comunque fonte di godimento.

Nel suo intervento, Lacan sottolinea come vi sia una sorta di “gelamento” nell'autismo che riguarda il livello simbolico, poiché l'individuo non sarebbe separato dal suo Altro: ciò coincide con la mancanza della divisione tra il rappresentante simbolico del suo essere soggettivo (detto significante S1) e il rappresentante dell'Altro (detto significante S2), che dovrebbe introdurre il mondo esterno. Questi due significanti restano fusi in un'unica olofrase e non sono, quindi, distinguibili.

Questo comporta l'impossibilità di essere rappresentati da un significante presso la catena dei significanti del campo dell'Altro. Nell'autismo, dunque, il soggetto esclude i significanti dell'Altro, le parole sono estremamente concrete, reali, e spesso vengono confuse con il proprio essere.

L'autistico esclude l'Altro del linguaggio, non si separa dalla dimensione simbolica dei significanti che finisce per attuare nel reale. Anche la parola risulta essere fortemente reale e quindi carica di godimento mortifero, poiché non è presente la separazione tra dire e godere, insita nella funzione del Nome del Padre, che nei casi di autismo è assente.

Secondo Lacan, l'autismo e la psicosi non sono differenti per struttura, ma si distinguono nello sviluppo dei vari registri: a differenza della struttura nevrotica, in entrambe è venuta meno la funzione paterna, con conseguente carenza del processo di soggettivizzazione.

Nel soggetto psicotico l'individuo ha sperimentato l'alienazione all'Altro, per cui il bambino si è percepito come fallo della madre ma, essendo il NdP “forcluso”, viene meno la separazione e la nascita del desiderio; il soggetto è iscritto nei significanti dell'Altro, alienato ad essi, per cui il bambino resta oggetto di godimento dell'Altro, non riuscendo ad espletare l'individuazione, separarsi e a far nascere il proprio desiderio.

Come sottolineato, nell'autismo vi è il riversamento sul piano reale dei significanti del registro simbolico, da cui non riesce a separarsi. Questo implica, secondo l'autore, che le parole siano concrete, reali, cariche di godimento e persecutorie, quando provengono dall'Altro.

Per via del gelamento, l'autistico resta in un guscio, ciò che viene descritto generalmente nella letteratura come “ritiro autistico”, che viene utilizzato per difendersi dall'angoscia e dal godimento mortifero e sregolato proveniente dall'Altro; per il soggetto è impossibile accedere alla catena dei

significanti e all'alternanza S1-S2, restando dunque isolato e non potendo creare legame sociale. Rimanendo vincolato al suo significante simbolico (S1), il soggetto esperisce il godimento persecutorio sul piano del reale, finendo per mettere in atto delle "tecniche di autocura" che vengono espletate tramite il corpo, come il ritmo e la ripetizione. Questo tentativo di autocura che si concretizza negli autistici anche nelle ecolalie e nei dondolii non ha altra funzione che ricostituire una minima alternanza simbolica, anche se in forma molto elementare, che gli permetta di non essere totalmente l'oggetto dell'Altro.

2.3 La ricerca attuale: la sovrapposizione tra autismo e psicosi

Sarović (2021) presenta una teoria unificata per la genesi dell'autismo, individuando in quella che lui definisce "triade patogenetica" un modello esplicativo multifattoriale che possa orientare i risultati e le evidenze della ricerca attuale. Vengono proposti tre fattori distinti ma in interazione fra loro.

1. Il *nucleo comune dell'autismo*, viene anzitutto pensato come una dimensione di *Personalità Autistica* (AP) e costituirebbe la base per l'insorgenza della patologia autistica; tuttavia, anche se presente, non risulta essere determinante. L'autore pensa a tale costrutto come rappresentato da diverse componenti a base biologica e genetica. Queste andrebbero a sviluppare un endofenotipo neurobiologico e cognitivo che, a cascata, genererebbe il fenotipo comportamentale dell'autismo. La personalità autistica è correlata alla quantità e intensità di *tratti autistici espressi* (ALT), i quali a loro volta sono specificamente compresi in quello che è stato definito dalla letteratura *fenotipo autistico più ampio* (BAP, Landry e Chouinard, 2016): quest'ultimo racchiude un'insieme di elementi genetici individuabili tramite biomarcatori, sui quali la ricerca si è concentrata negli ultimi anni con l'obiettivo di comprendere l'ereditarietà dei disturbi dello spettro autistico, anche quando gli elementi di trasmissione risultano non clinicamente rilevanti ma presenti nel patrimonio genetico. Per l'autore, il termine Personalità Autistica viene introdotto per indicare un BAP particolarmente pronunciato a cui consegue un rischio maggiore di diagnosi di ASD.
2. La *compensazione cognitiva* è definibile come l'insieme di "*meccanismi generali che consentono all'individuo di compensare e superare i problemi che derivano dalla presenza di un AP*" e, per questa ragione, viene indicata come altro elemento fondamentale per la genesi dell'autismo, vista la sua correlazione negativa con la presenza di tratti autistici espressi e la gravità del disturbo. L'autore suggerisce come la goffaggine e la scarsa coordinazione motoria di precisione possano essere spiegate da un basso livello di capacità cognitiva. Se, da una parte, la presenza di AP può causare dei deficit comportamentali, nella elaborazione di segnali sociali e disturbi sensoriali, la

presenza di funzioni cognitive superiori (HCF) consentirebbe al soggetto una risposta adattiva a tali difficoltà, per cui vengono considerati come un fattore protettivo molto importante per la prevenzione del disturbo. Anche la capacità cognitiva è una componente ereditaria.

3. Anche i *fattori di rischio* sono stati tenuti in considerazione all'interno di questo modello, specialmente in relazione allo sviluppo neurologico (ad esempio metalli pesanti e dall'inquinamento atmosferico, carenza di vitamine, assunzione farmaci, infezioni, disturbi immunitari, stress correlato alla gravidanza e complicazioni perinatali); coerentemente con la definizione del termine, anche se alcuni elementi possono predisporre all'insorgenza del disturbo, nessuno di quelli individuati dalla ricerca è effettivamente la causa specifica dell'autismo, anche per via della natura estremamente eterogenea della patologia. Sarović, comunque, definisce l'importanza di questi fattori, in quanto incidono sullo sviluppo del cervello.

L'articolo sopra presentato considera l'autismo come disturbo separato dalla psicosi, tentando di trovare un modello multifattoriale che possa spiegarne l'eziopatogenesi, coerentemente con la recente letteratura che verte principalmente intorno allo studio di fattori genetici e neurologici. Questa posizione non include un'ottica transdiagnostica completa, in quanto considera solo marginalmente le comorbilità internalizzanti come fattori di rischio per una prognosi peggiore del ASD.

Contrariamente, partendo proprio dall'analisi delle comorbilità tra queste due condizioni, una revisione di Ribolsi et al. (2022) ha tentato di comprendere gli elementi che potessero aiutare l'individuazione di psicosi o sintomi psicotici attenuati in soggetti con disturbo dello spettro autistico; gli autori individuano quattro dimensioni che devono essere riconoscibili nell'autismo per poter determinare la presenza di psicosi e la conseguente diagnosi differenziale.

1. Nonostante siano una componente fondamentale dei disturbi dello spettro schizofrenico, i *deliri* possono presentarsi anche in altre patologie, fra cui l'autismo. La problematica che alcuni autori hanno sollevato rispetto la presenza di deliri in ASD riguarda la difficoltà di questi individui di distinguere fantasia dalla realtà: imprescindibile per comprendere la presenza di questo fattore è la capacità cognitiva sufficiente e la padronanza di un linguaggio articolato. Queste condizioni comportano l'analisi di campioni che non presentano disabilità cognitiva grave e che hanno, quindi, un buona capacità verbale, escludendo di fatto soggetti a basso funzionamento e non verbali.
2. Le *allucinazioni* sono un altro sintomo importante per la diagnosi di psicosi. I soggetti nello spettro autistico spesso sono soggetti a sperimentare delle percezioni sensoriali anomale: risulta molto complesso fare una distinzione tra queste percezioni e allucinazioni. Per facilitare la discriminazione di questi fenomeni, solitamente si utilizza la componente delirante che si può presentare nei feedback dei soggetti nello spettro autistico con percezioni sensoriali distorte.

3. I *sintomi negativi* sono forse la componente che, storicamente, è stata più studiata nell'individuazione della schizofrenia come disturbo. Con l'approfondimento di entrambe le condizioni, sono emerse le differenze lievi soprattutto tra la compromissione nella comunicazione sociale e la mancanza di reciprocità emotiva, tipiche dell'autismo, rispetto la sintomatologia negativa della psicosi: per facilitare la discriminazione di questi sintomi, secondo gli autori, sarebbe necessario considerare la mancanza di reciprocità emotiva dell'ASD come un impoverimento, a cui si associa anche una inappropriata reciprocità.
4. Il *decorso clinico* di questi due disturbi è estremamente differente: mentre solitamente ASD ha un esordio alquanto precoce e solitamente in età infantile, la schizofrenia presenta uno sviluppo più tardivo e soprattutto più eterogeneo e imprevedibile. Molto rilevante risulta essere la schizofrenia ad esordio precoce (COS), in cui quasi un terzo dei pazienti in fase premorbosa soddisfano i criteri per ASD, la cui gravità può rappresentare il fenotipo precoce della COS.

2.4 Vignette cliniche

Anche in questo caso vengono presentate delle vignette cliniche di casi trattati nelle comunità educative riabilitative Antenna 112 e Antennina: i soggetti descritti avevano ricevuto dalla direzione clinica della struttura una diagnosi clinica di autismo, anche se non sempre coerente con la diagnosi dei Servizi invianti.

2.4.1 Caso clinico esemplificativo Antenna 112: Trottolino

Trottolino arriva all'Antenna all'età di undici anni con la seguente diagnosi "Disturbo pervasivo dello sviluppo, ritardo cognitivo, disturbo del comportamento auto-eteroaggressivo in soggetto con trapianto di fegato isogruppo II e III segmento per insufficienza epatica". Il linguaggio che presenta è limitato al "sì" ("i") e "no" ("o") e all'utilizzo di gesti con cui indica ciò che desidera: nonostante ciò, pare abbia una buona comprensione linguistica. A livello motorio, Trottolino si mostra in continuo movimento che si connota per essere rigido e poco coordinato: non si ferma mai, entra in tutte le stanze, aprendo e chiudendo le porte; fatica a stare seduto, anche quando mangia. Rispetto ai momenti dei pasti, mangia pochissimo, mentre fuori orario avanza richieste costanti di cibi specifici come merendine, latte, yogurt o bibite; beve da qualsiasi bicchiere, pulito o sporco che sia, l'importante è che sia pieno. Spesso rovescia a terra piatti e bicchieri, anche se pieni, in preda a una forte eccitazione, evidente dalla risata incontenibile e sregolata.

Da casa porta degli oggetti, come trottole, che fa roteare continuamente e a cui associa dei vocalizzi, o delle palline di gomma che lancia contro il muro che segue con lo sguardo; Trottolino porta anche dei CD, che però può ascoltare con una modalità predefinita, scegliendo il luogo (solitamente la sua stanza) e al massimo un operatore, controllando completamente lo stereo. Quando non riesce nella manipolazione della canzone (interruzioni, ripetizioni) a suo piacimento, si agita, tentando di picchiarsi e di rompere l'apparecchio.

Trottolino al momento dell'inserimento presenta forti comportamenti auto ed etero-aggressivi, che includono morsiarsi, picchiarsi la testa con i pugni, contorcersi a terra: durante questi momenti passa dall'aggressione verso il suo corpo, a quella di un altro come se non vi fosse distinzione tra essi. Gli stimoli scatenanti questi episodi sono solitamente rumori inattesi, come moto, trapano, tagliaerba, ma anche la voce troppo alta di altri ospiti della struttura, momenti di confusione o quando gli operatori non riescono a comprendere le sue richieste.

Il corpo di Trottolino è stato, fin dalla nascita, soggetto di interventi invasivi: è un corpo manipolato, tagliato e bucato. Ciò è evidente non solo dalle grandi cicatrici, ma anche da alcune paure del bambino, come la paura dei guanti in lattice, quando l'acqua tocca il suo corpo e il viso ma anche quando i vestiti fanno attrito sul suo corpo quando lo si aiuta a vestirsi. In un qualche modo Trottolino cerca di riappropriarsi del suo corpo, tramite delle manipolazioni, dei colpetti ritmati sulle gambe, dei massaggi su braccia e petto.

Per dormire, durante i primi mesi, viene richiesta la costante presenza dell'operatore, si addormenta tardissimo e spesso si sveglia chiamando con i suoi vocalizzi o ridendo a crepapelle. Ogni volta chiede all'operatore di leggere la storia di Cappuccetto Rosso, interrompendo sempre prima che il cacciatore intervenga tagliando il ventre del lupo per liberare la nonna e Cappuccetto Rosso, come se, chiedendo sempre la lettura di questa storia, cercasse un modo di trattare il suo trauma, una sorta di autocura.

L'equipe fin da subito ha cercato di creare un ambiente pacificante, complice anche la sua ricerca, anche se diffidente, dell'Altro: la modalità usata con Trottolino riguardava principalmente l'uso della voce, gli operatori hanno iniziato a rivolgersi a lui con un tono basso, spesso e volentieri rivolgendosi a un terzo, così che le parole non arrivassero direttamente a lui.

Col tempo Trottolino si è fidato dell'equipe: le crisi si sono attenuate, quando compaiono, rientrano molto velocemente, si lascia consolare, non si isola più, tende ad allontanarsi dalla situazione che lo disturba o ad avere delle manifestazioni aggressive verso la fonte di caos.

Anche nel gioco, dapprima isolato e solitario, c'è stata un'apertura, un'inclusione graduale, arrivando fino a potersi permettere di giocare con altri ragazzi della struttura.

Anche i momenti dei pasti si sono mano a mano pacificati: l'equipe ha garantito un ambiente tranquillo, dando a Trottolino la possibilità di scegliere dove mangiare; così ha potuto gradualmente ampliare la gamma dei suoi alimenti come anche la quantità assunta e chiede molto meno di mangiare

fuori orario. Così anche nei momenti notturni, c'è stata la possibilità di creare una routine, per cui al momento si addormenta da solo, addirittura arrivando ad abbandonare la sua rigida routine prima della messa a letto.

L'effetto più impattante è stato sicuramente sulla sua voce, che veniva trattenuta in maniera mutacica: il lavoro dell'equipe ha permesso a Trottolino di poter gradualmente costruire parti di frasi, pur essendo accompagnato dalla significazione e richieste di chiarimenti da parte degli operatori; ha iniziato a sillabare il suo nome e quello degli altri, canta qualche parola delle canzoni, chiede il cibo nominandolo, ad esempio "tte cao", ossia latte e cacao per colazione, "bii" per chiedere il bis o "qua" per chiedere l'acqua.

2.4.2 Caso clinico esemplificativo Antennina: Trenino

Trenino viene inserito in Antennina all'età di otto anni con una diagnosi di "Ritardo mentale medio-grave esito di una meningoencefalite batterica contratta nel primo mese di vita, disturbi del comportamento, ritardo psicomotorio e grave deficit visivo". La sua situazione viene segnalata ai Servizi per una violazione da parte dei genitori dei loro doveri e alla conseguente situazione gravemente pregiudizievole.

Al suo arrivo non è in grado di lavarsi in maniera sufficiente e autonoma: tende ad entrare nella vasca vuota con un bicchiere, lo riempie di acqua gelida e se lo rovescia addosso più volte, divertendosi con schizzi e giochi. Non è possibile fargli usare l'acqua tiepida, non si mostra nemmeno infreddolito quando esce dalla vasca. Anche nella vestizione Trenino non è autonomo, bisogna accompagnarlo in ogni momento, sostenerlo nel distinguere i vestiti sporchi da quelli puliti, ricordargli di mettere le ciabatte, dato che se fosse per lui girerebbe scalzo anche d'inverno.

Particolarmente problematiche sono le crisi che il bambino mostra al momento dell'inserimento. Nei momenti di confusione, quando si presentano rumori troppo forti, come voci o suoni improvvisi a cui lui è particolarmente sensibile, Trenino ha delle vere e proprie esplosioni: urla, sbatte la testa violentemente a terra, contro muri e vetri, che rompe più volte, si picchia sotto il mento, sputa contro l'operatore, arrivando a picchiarlo o morderlo, lanciando qualsiasi cosa gli capiti sotto mano. Per queste motivazioni durante i momenti dei pasti, Trenino mangia in una stanza da solo con un operatore.

Anche ricevere un "no" o l'incapacità di comprenderlo immediatamente da parte dell'operatore comporta un accumulo di frustrazione tale da portare a una crisi; inoltre, quando svolge attività che gli piacciono particolarmente, come la visita in stazione dei treni o giri in un centro commerciale Trenino pare avere un surplus di godimento tale da non riuscire a gestirlo, a controllarlo: in questi

momenti scoppia in una risata maniacale, si strappa i vestiti, picchia le mani forte sul tavolo o su chi aveva intorno, continuando a ridere senza freni.

A livello linguistico il bambino ha sempre mostrato una buona comprensione sia dell'italiano che della sua lingua d'origine mentre, a livello di produzione, si limita ad alcune vocalizzazioni e il gesto del dito indice verso la bocca per chiedere da mangiare o quando si mangia.

Il lavoro dell'equipe è stato meticoloso e paziente, concentrato sulla cura del corpo e degli oggetti del bambino, garantendo un ambiente pacificante e prevedibile e così, nel tempo, Trenino ha trovato una stabilità e la possibilità di fidarsi negli operatori.

Per quanto riguarda i bagnetti, l'equipe si è mostrata costantemente preoccupata per lo stato di salute di Trenino e per il suo corpo gelido all'uscita dalla vasca. Pian piano il bambino ha accettato di utilizzare acqua via via più calda e fino a potersi permettere lunghi bagni caldi pieni di schiuma. Anche nella vestizione è diventato più autonomo: Trenino ha acquisito la capacità di distinguere i vestiti sporchi da quelli puliti, fa una selezione accurata e minuziosa di ciò che ha piacere di indossare e ogni sera si cambia.

Le crisi sono mano a mano scomparse e si presentano solo quando il contesto è veramente caotico e imprevedibile, ma anche in questi casi, Trenino ha imparato ad avvisare prima che queste emergano, così da poter dare all'operatore la possibilità di aiutarlo a gestire questi momenti. Rispetto il momento dei pasti, Trenino ha gradualmente accettato un altro ragazzo in stanza con lui a mangiare, per poi richiedere espressamente di andare a mangiare in stanza con tutti.

Il risvolto più impressionante è stato sicuramente l'incremento linguistico: Trenino ha creato nel tempo una vasta gamma di gesti, circa una quarantina, arrivando a farsi comprendere in questo modo; inoltre ha iniziato a sperimentarsi con la voce, passando dalle vocalizzazioni al cercare di produrre qualche parola.

La sua progressiva apertura all'altro è stata evidente: oltre all'incremento della parola per farsi capire e quindi gestire meglio parte delle sue possibili frustrazioni, Trenino ha iniziato a conversare con alcuni utenti della Struttura, specialmente quelli che conoscevano i suoi gesti, intavolando degli scambi che, seppur autistici, sono stati sintomo di questo crescente interesse e sempre maggiore fiducia verso l'equipe e l'ambiente, proprio perché si sono mostrati prevedibili e costanti, garantendo così a Trenino la possibilità di pacificarsi e di trovare un qualche modo di sperimentarsi nel mondo.

Terzo capitolo:

Approccio teorico e valutativo delle Antenne - uno strumento per trattare psicosi e autismo

3.1 I pilastri della pratique-à-plusieurs

Nel 1973 Antonio di Ciaccia fonda l'*Antenne 110* a Bruxelles, strutture in cui viene utilizzata la cosiddetta *pratique-à-plusieurs*, modalità di lavoro definita dall'autore per potersi approcciare ai bambini autistici e psicotici inseriti in un contesto istituzionale. Il riferimento teorico è quello della psicoanalisi freudiana e lacaniana, senza però utilizzare il dispositivo analitico. Secondo la prospettiva psicoanalitica, nell'autismo c'è confusione tra il simbolico e il reale, il quale, spesso, finisce per sovrapporsi con la realtà che diviene inevitabilmente un baratro da cui il bambino deve difendersi: tutto ciò avviene per via di ciò che si svolge nel campo dell'Altro (il linguaggio), che, nel caso di psicosi e autismo, si identifica col godimento, facendo venir meno la nascita del desiderio.

“Una cosa era chiara: la via normale è forclusa nel caso dell'autismo. Questi bambini restano refrattari alla via abituale, quella del discorso sociale ambientale, che è un discorso di educazione e di rieducazione. Un tale discorso può all'occasione piegare i bambini autistici e psicotici. Potrebbero accettare la costrizione del discorso sociale e rieducativo, ma restano al di fuori di ciò che noi possiamo chiamare una vera posizione soggettiva e una presa di parola personale e singolare. In breve, per loro l'istituzione classica non serve a niente.” (Di Ciaccia, 2000, pp. 21-26).

Il punto di partenza di questa pratica, dunque, non sarebbe da ricercare nell'istituzione o nell'equipe, bensì dal paziente: questo dispositivo di cura risponde a un bisogno di tipo clinico. L'Altro nella psicosi e nell'autismo è pieno, possiede un sapere assoluto e totalizzante, a cui il bambino tenta costantemente di sottrarsi e che, dunque, lo mette al lavoro: è in questo lavoro che l'equipe si deve riuscire ad inserire, mettendosi dalla parte del soggetto e non dell'Altro, che diviene l'oggetto della cura. Lo stesso Di Ciaccia nell'opera *“Qualcosa da dire” al bambino autistico* (Di Ciaccia, 2011) descrive la *pratique-à-plusieurs* come strutturata in quattro assi ben articolati fra loro: la partnership, la riunione d'equipe, la funzione del direttore terapeutico e il riferimento teorico-clinico.

3.1.1 Il primo asse: la partnership

Ogni membro dell'equipe è implicato in questo lavoro con il bambino, con la sua responsabilità: ogni operatore vale a partire dalla propria posizione soggettiva.

In queste istituzioni si cerca di farsi partner del soggetto *“con il proprio stile, con il proprio senso dell'umorismo, con i propri interessi, con il proprio corpo, mettersi in gioco e assumersi la responsabilità in prima persona”* (Egge, 2006, pp. 121): questo compito risulta essere molto complesso da mettere in atto per l'operatore, poiché deve essere mosso dal proprio desiderio di far sì che vi sia un incontro con il bambino autistico o psicotico, senza cadere nel suo personale desiderio e finire per instaurare una relazione prettamente chiusa e duale con il bambino, poiché è in questo tipo di relazione in cui quest'ultimo incontra il suo Altro persecutorio. Questo evidenzia come sia indispensabile l'interscambiabilità tra i membri dell'equipe.

Emerge anche l'importanza del *terzo*, che può essere replicato in modo artificioso da una triangolazione e che avvia la catena tra diversi desideri, dando la possibilità al bambino di poter sperimentare la singolarità.

La funzione del terzo risulta fondamentale nel lavoro col bambino psicotico o autistico poiché esso si trova in un rapporto duale con il suo Altro persecutorio da cui non riesce a divincolarsi; il bambino trova a questa situazione due soluzioni: la simbiosi o la negazione del mondo esterno. Nel primo caso, il bambino si fonde con il suo Altro, perdendo la sua soggettività (tipico delle psicosi); mentre, nel secondo caso, il bambino si riduce a fare Uno con il suo Altro, negando completamente l'esterno, come succede nell'autismo. Queste condizioni sono il risultato della forclusione del Nome del Padre, la funzione paterna che non ha svolto correttamente la separazione tra madre e bambino.

Il lavoro alle Antenne cerca di utilizzare una triangolazione, quindi cercare di passare da una relazione a due ad una a tre, in cui il terzo *“funge da barriera, creando una certa distanza tra il soggetto e il suo Altro”* (Egge, 2006, pp.127).

Riprendendo il caso clinico di Trottolino come esempio, al momento dell'inserimento ogni membro dell'equipe non si rivolgeva direttamente a lui, ma chiedeva ad un altro operatore come stesse il bambino, così da poter alleggerire la propria parola, facendo in modo che non lo invadesse e non risultasse troppo invadente. Così Trottolino rispondeva all'operatore, anche se quest'ultimo non si stava rivolgendo a lui in una conversazione diretta.

Accanto alla funzione del terzo si associa il “saper di non sapere”: l’Altro nella psicosi è privo di mancanze, quindi è pieno di sapere, di risposte. Questo sapere invade il bambino, lo perseguita, impedendogli di soggettivarsi e mettendolo al lavoro per difendersi da questa angoscia.

L’equipe delle Antenne, invece, si pongono in una posizione di non sapere, separando l’operatore dal luogo del sapere, che però può essere trovato in libri, dizionari, articoli, internet e altre fonti. Si parte dal presupposto che il singolo operatore non può sapere quale costruzione il bambino andrà ad adottare con questo sapere ma può sostenerlo nella scoperta, affiancarlo e vedere a cosa serve al bambino.

3.1.2 Il secondo asse: la riunione d’equipe

Le riunioni che si svolgono settimanalmente non sono viste solamente come un momento di aggiornamento sulle vicissitudini della struttura o di coordinamento del lavoro, bensì possiedono anch’esse quattro funzioni fondamentali.

1. *Creazione di un luogo dove si parla del bambino*, dando così la possibilità ad esso di diventare effetto di un discorso, colui che muove il pensiero di molti.
2. *Separazione in rapporto al sapere che si pensa di aver ottenuto*: per ciascun membro d’equipe, il sapere che si è ottenuto fino a quel momento rispetto al bambino è destinato a cessare di essere assoluto con la riunione d’equipe; inoltre anche tutte le formulazioni che vengono espresse restano in attesa di essere verificate dal bambino stesso, colui che indica la direzione della cura.
3. *È il solo luogo dove il dire dei membri dell’equipe viene preso in considerazione*. Tutto ciò che non viene detto nella riunione non deve essere valido, perché non viene considerato un dire responsabile, ma solo parole in libertà e fuori contesto.
4. *Funzione in rapporto all’elaborazione di un sapere*.

3.1.3 Il terzo asse: il responsabile clinico

La funzione del responsabile terapeutico non si esaurisce nel dirigere la terapia o dire cosa fare all’equipe con un determinato bambino, non colui che sa più di altri. Questa figura si concentra per far sì che tutto funzioni in relazione allo scopo principale: convalidare o invalidare l’assioma lacaniano secondo cui il bambino autistico sia nel linguaggio ma non nel discorso, per far sì di rendere realistico il lavoro con tale bambino, sia a livello di opportunità sia a livello di limiti.

Il responsabile clinico ha il compito di preservare il posto vuoto, specie nei confronti di un sapere fossilizzato. Con il termine “vuoto” si fa esplicito riferimento ad un sapere che non è saturo, non è completo, è aperto agli interrogativi e quindi a un sapere in evoluzione, che deve essere elaborato continuamente e a cui non possono esserci risposte pronte.

3.1.4 Il quarto asse: il riferimento teorico-clinico

La psicoanalisi freudiana secondo l'insegnamento di Lacan è il quadro teorico di riferimento a cui tutti i membri dell'equipe possono fare riferimento nel pensare il lavoro con i bambini in istituzione. Ciò non significa che la formazione di ogni operatore deve essere necessariamente psicoanalitica, ma essa resta lo strumento utilizzato alle Antenne. Questo comporta anche la formazione continua da parte dell'equipe durante le riunioni, per cui si portano testi che orientano il lavoro e si studiano, si elaborano.

3.2. Le tappe logiche del lavoro con i bambini autistici e psicotici

La *pratique-à-plusieurs* lascia spazio al soggetto, con le sue peculiarità e i suoi interessi, ma ciò non vuol dire che non vi sia un percorso pensato alla base di questo lavoro in istituzione. Le equipe multidisciplinari delle Antenne operano seguendo quattro tappe logiche: pacificazione, costruzione, apprendimento, legame sociale (Egge, 2006; Purgato, 2012).

Al momento dell'inserimento, il bambino si presenta con delle caratteristiche, un vero e proprio “biglietto da visita”. Questo viene accolto all'interno della struttura, nella sua cornice regolata dove incontra gli operatori e l'equipe nella sua interezza: ogni operatore con il suo stile accompagna il bambino nella espressione delle sue invenzioni, manifestazioni della sua soggettività. Questo essere al fianco del soggetto implica gli operatori, li obbliga ad occuparsi dei bambini seguendo il modo singolare che gli viene indicato, dal modo di giocare agli agiti. È in un contesto di questo tipo che si può arrivare ad una **pacificazione**, prerequisito fondamentale per il lavoro nelle Antenne poiché riguarda l'abbassamento delle difese e dell'angoscia da parte del bambino.

È proprio a partire dalle declinazioni personali di ogni bambino (un gioco, interessi, libri, rituali..) che gli operatori si implicano nella **costruzione** di un sapere allargato, tramite l'utilizzo degli atelier. Tramite questa cornice si dà un senso a ciò che porta il soggetto, tutto viene orientato per cercare di

far sviluppare progressivamente un significato più ampio al suo sapere: ciò a cui si ambisce è la costruzione di un'articolazione metonimica o metaforica che possa divenire sempre più complessa e che possa portare alla produzione di un sapere personale, ossia ciò che viene anche chiamato "isola di competenza". Durante questa tappa è fondamentale la formulazione di richieste all'ufficio, allenando così i tempi di attesa e la gestione della frustrazione.

Grazie alla pacificazione e la costruzione del sapere personale, il soggetto può essere accompagnato a mettere in relazione il suo sapere con quello dell'Altro, andando ad articolare così un sapere più complesso e a generare una possibile apertura all'*apprendimento*. Tutto ciò è ovviamente possibile se alla base c'è un abbozzo di relazione di fiducia e se ci si basa sugli aspetti di interesse personale. Inoltre, è fondamentale ricorrere sempre all'utilizzo del terzo, ricordando quanto il sapere dell'Altro possa essere persecutorio per il bambino.

L'ultima tappa, quella auspicabile, è data dal *legame sociale*. Tramite il lavoro di rete, coinvolgendo genitori, insegnanti, operatori socio-sanitari e altre figure della vita del bambino, l'equipe si opera per cercare di implementare la socializzazione, l'inserimento in altri contesti di vita quotidiana, la "ripresa" di una vita domestica adeguata e la frequentazione di pari, cercando di sviluppare rapporti anche in contesti extrascolastici.

3.2.1 Gli atelier

Le Antenne sono un posto dove emerge l'individualità dei soggetti, ma in un ambiente regolato e dotato di una cornice ben specifica: ogni giorno c'è un programma, creato ad hoc dal coordinatore di struttura, ogni ora un operatore è segnato in una attività con due utenti e questo abbinamento cambia ad ogni atelier. Le attività possono essere più generiche, quindi riguardanti la vita quotidiana (ad esempio atelier di cucina, di sistemazione della stanza) o più specifiche e avviate, perché frutto del lavoro svoltosi con un utente particolare, che ha fatto richiesta per tale attività. Questa cornice garantisce un'alternanza, che è data dal susseguirsi di atelier, di operatori che sostiene il lavoro clinico e garantisce la possibilità di costruire una catena di desideri, dando ad ognuno il proprio spazio.

Boudard (2011) ha sintetizzato le tre dimensioni su cui si basano gli atelier: l'elaborazione, la socializzazione e l'apprendimento.

- Elaborazione: consiste nell'aiutare il bambino a generare uno spostamento, un arricchimento o una concatenazione immaginaria/simbolica che possa garantirlo nella comprensione del mondo e trovare in esso un posto soggettivo, partendo dall'interesse soggettivo.

- Socializzazione: tramite l'utilizzo dei laboratori ci si pone l'obiettivo di costruire con il bambino un legame sociale pacificato, dandogli la possibilità di imparare ed accettare regole e limiti necessari per partecipare alla vita di gruppo.
- Apprendimento: puramente orientato all'acquisizione di competenze utili a un futuro reinserimento scolastico (linguaggio, orientamento spazio-temporale, grafismo, scrittura, pensiero logico-matematico).

Riprendendo il caso clinico di Loris, svolgere attività con lui al momento dell'inserimento era molto complesso: passava molto del suo tempo chiuso in stanza, in preda a preoccupazioni e angosce relative alla contaminazione, di essere ferito. Il mondo era un posto pericoloso e qualsiasi cosa poteva sporcarlo o deflorarlo. Un giorno, durante l'attività con un operatore, sono passati davanti al murales realizzato in stanza della musica, dove sono presenti testi, volti e titoli di diversi autori e canzoni. Loris riesce a verbalizzare la sua passione per il rock, specialmente per i *Nomadi*. L'operatore gli propone, allora, un atelier dove si possono scambiare i titoli delle loro canzoni preferite e scrivere il testo insieme. Loris accetta e la volta seguente l'operatore porta con sé un quaderno, su cui i due prontamente scrivono il titolo dell'atelier: "*Storia del Rock*". La prima canzone ad essere scritta è "*C'è un Re*", sempre dei *Nomadi*; particolare è la grafia di Loris: il ragazzo ha una calligrafia molto curata, scrive in maniera ordinata e rigorosamente in stampatello minuscolo, fatta eccezione per alcune parole e frasi che vengono scritte in stampatello maiuscolo, come a volerle evidenziare più delle altre. Successivamente emerse come questa band in particolare fosse legata al padre. Per mesi Loris usciva dalla stanza solo per questa attività e poche altre, solo un paio di ore alla settimana: operatore e ragazzo andavano al pc, si confrontavano su cosa avevano ascoltato nei giorni passati e cercavano il testo, per dargli un significato e trascrivere sia il testo sia quello che secondo loro poteva esprimere. Gradualmente Loris ha iniziato a proporre sempre più canzoni, effettuando anche uno spostamento sugli interessi gli strumenti, come fare richiesta per avere il cellulare (di cui era terrorizzato) per poter ascoltare la musica.

3.3 La valutazione dell'andamento: PIER e relazioni

In ogni struttura, è fondamentale la comunicazione con i Servizi inviati, cercando di mantenere monitorati i progressi e l'andamento dei soggetti, proponendo e condividendo a tutti coloro che si occupano dell'individuo un progetto individuale che tenga conto di tutte le aree della persona, un progetto a livello globale. Le strutture Antenna 112 e Antennina si assicurano che questa comunicazione venga mantenuta individuando per ogni ragazzo un operatore di riferimento che si

occupa di aggiornare periodicamente la Relazione di aggiornamento e il Progetto Individuale Educativo Riabilitativo (PIER), strumenti scelti da queste CER per la condivisione e inclusione verso terzi degli obiettivi clinici che ci si pone rispetto al soggetto.

Al momento dell'inserimento il ragazzo viene accolto nella struttura, accompagnato nell'espressione dei suoi interessi e dei suoi biglietti da visita: dopo 40 giorni viene stilata una prima relazione, una Valutazione Multidimensionale che riassume le caratteristiche principali che sono emerse nel primo periodo. Le aree che vengono analizzate sono cinque:

1. L'**area della comunicazione** riguarda la capacità del bambino di comunicare sia dal punto di vista verbale che non; inoltre viene analizzata l'abilità di comprensione e produzione linguistica, oltre che la capacità di espressione dei propri bisogni.
2. Per quanto riguarda l'**area dell'autonomia personale**, sono presi in considerazione i ritmi circadiani e abitudini quotidiane, come l'alimentazione, il ritmo sonno-veglia, l'igiene personale, la cura dei propri oggetti e dei propri ambienti.
3. All'interno dell'**area affettivo relazionale** vengono create altre tre sotto categorie, ognuna delle quali relativa alla tipologia di relazione osservata e presa in considerazione: sono analizzati i rapporti con la famiglia, i pari e le figure che si occupano del ragazzo (operatori, coordinatore, responsabile clinico).
4. Anche l'**area dell'autonomia sociale** comprende l'osservazione di differenti elementi, come la partecipazione scolastica, l'integrazione sociale e gli agiti auto ed etero aggressivi.
5. Infine l'**area delle competenze** riguarda capacità cognitive e motorio-prassiche che il ragazzo presenta al momento dell'inserimento.

A seguito della Valutazione Multidimensionale e facendo riferimento alle macro aree sopra esposte, viene stilato un Progetto Individuale Educativo Riabilitativo (PIER) il cui scopo è quello di formulare degli obiettivi pensati per il ragazzo in relazione a ciò che mostra al momento dell'inserimento.

Per ogni obiettivo vengono definite le modalità con cui si intende raggiungerlo, gli spazi utilizzati, le figure professionali coinvolte, il tempo impiegato per ogni attività che riguarda tale scopo.

Questo implica che tra PIER solamente le aree sono uguali, non gli obiettivi, che sono assolutamente soggettivi e personali: viene creato un progetto *ad hoc* per ogni ragazzo.

Ogni sei mesi viene svolta una verifica del PIER e ogni singola voce viene analizzata per comprendere se l'obiettivo è stato o meno raggiunto, o se solo in parte. Nel momento in cui viene raggiunto un obiettivo si può inserire un ulteriore voce in quell'area.

La Relazione di aggiornamento, come il PIER, viene svolta ogni sei mesi e riguarda una stesura molto più discorsiva della situazione individuale del ragazzo: all'interno di essa si possono riportare episodi specifici e significativi, pur mantenendo la struttura delle cinque aree di riferimento. In generale, questi sono strumenti qualitativi, utilizzati principalmente nella comunicazione tra istituzioni che si pongono l'obiettivo di occuparsi dei ragazzi inseriti in queste comunità.

3.4 Riflessioni conclusive

Nello studio condotto da Vecchiato et al. (2016) si tentava di analizzare l'efficacia dell'intervento psicoanalitico dell'Antenna 112 di Marghera (VE), mediante lo studio di un singolo caso di autismo. Gli autori hanno somministrato alcune interviste semi-strutturate e questionari a due operatori della struttura che passavano un totale di circa di venti ore a settimana con l'utente in questione.

Gli strumenti scelti sono stati: la Vineland Adaptive Behaviour Scales (VABS; Sparrow, Balla, & Cicchetti, 1984), un'intervista semi-strutturata che riesce a valutare in maniera efficace autonomia personale e responsabilità sociale, riuscendo ad individuare i punti di forza e debolezza significative in determinate aree del comportamento adattivo. La Childhood Autism Rating Scale (CARS; Schopler, Reichler, & Renner, 2003), un'intervista composta da 15 item che ha come obiettivo la discriminazione di disturbi dello spettro autistico da altre forme di disabilità, è somministrabile dai due anni di vita della persona e riguarda 15 aree specifiche (ad esempio relazioni sociali, imitazione, uso degli oggetti, del corpo, risposte emotive). La Social Communication Questionnaire (SCQ; Rutter, Bailey, & Lord, 2008), questionario a risposta dicotomica che ha come obiettivo l'analisi delle capacità comunicative.

Come anticipato prima, questi strumenti sono stati somministrati a due operatori a inizio del trattamento del bambino presso il centro, a distanza di sei mesi e ad un anno dall'inserimento. I risultati hanno dimostrato come vi fossero dei miglioramenti significativi nelle aree di abilità quotidiane, comportamenti adattivi e socializzazione. Non sono stati registrati miglioramenti nei punteggi della comunicazione sociale. I punteggi invariati della CARS dimostrarono la gravità dell'autismo del caso preso in questione.

La decisione di effettuare la somministrazione a due operatori ha permesso di ottenere risultati più oggettivi, in linea anche con la *pratique-à-plusieurs*: esattamente come intercambiabilità dei membri d'equipe e il sapere co-costruito nelle riunioni settimanali, lo studio è stato più accurato proprio perché i risultati dei due operatori si bilanciavano e hanno fornito una prospettiva più globale. Queste

evidenze differenti possono essere dovute alle risposte selettive che il ragazzo fornisce ai differenti operatori: da ciò nasce la necessità dell'equipe di co-costruire il sapere.

Questa ricerca utilizza un metodo basato sulla somministrazione di questionari e interviste semi-strutturate ad operatori, quindi a soggetti che si occupano degli utenti delle strutture, le figure di riferimento.

La valutazione del metodo, della *pratique-à-plusieurs*, è estremamente complessa, essa dipende molto dal soggetto e dal desiderio di chi si occupa di questi individui. I PIER e le Relazioni sono validi nella comunicazione tra istituzioni, ma sono difficilmente quantificabili, perché affini allo strumento clinico utilizzato da queste strutture e, quindi, molto soggettivi e costruiti in base alle necessità del soggetto.

Una problematica per la ricerca futura è la difficoltà di operationalizzare i dati a disposizione: l'Antenna 112 è stata fondata nel 1997, il suo archivio conta oltre 80 cartelle cliniche di casi dimessi che, se aggiunti agli oltre 40 dell'Antennina, superano il centinaio.

Trovare un modo per quantificare questi dati potrebbe essere significativo dal punto di vista della ricerca, soprattutto per studiare l'efficacia di queste strutture e del loro metodo, uno dei pochi interventi psicoanalitici in istituzione che si propone di trattare in parallelo sia la psicosi sia l'autismo, offrendo un supporto pratico e concreto alle teorie psicoanalitiche e psicodinamiche rispetto lo spettro che contiene agli estremi queste due condizioni.

Una possibile proposta per la risoluzione di questa lacuna nella ricerca attuale, si fonda sulla evidente somiglianza tra le aree della Vineland Adaptive Behaviour Scales con le macro aree inserite nei Progetti Individuali Educativi Riabilitativi delle due CER (discusse precedentemente). Nello specifico, le Vineland sono costituite da quattro scale che indagano differenti e molteplici aspetti, a seconda dell'item.

1. La **Scala Comunicazione**, che comprende le sottoscale di *ricezione* (comprensione del linguaggio verbale, ascolto e attenzione, esecuzione di istruzioni), di *espressione* (pre-linguistiche, forme di linguaggio primario, linguaggio interattivo, uso di concetti astratti e competenze linguistiche) e di *scrittura* (prime forme di lettura, competenza nella lettura, competenze nella scrittura).
2. La **Scala Abilità Quotidiane**, che comprende la sottoscala *personale* (mangiare e bere, uso della toilette, vestirsi, lavarsi, cura della persona e della salute); *domestico* (gestione della casa, attività in cucina, cura dei vestiti); *comunità* (prudenza e sicurezza, uso del telefono, uso del denaro, orientamento temporale, orientamento destra-sinistra, abilità al ristorante, abilità al lavoro).
3. La **Scala Socializzazione**, include le sottoscale riguardanti le *relazioni interpersonali*: (riconoscimento degli altri, espressione e riconoscimento delle emozioni, imitazione,

comunicazione sociale, amicizie, ricorrenze e anniversari, appartenenza a gruppi, relazioni di coppia), il *gioco e tempo libero* (gioco, condivisione e cooperazione, uso della tv e della radio, hobby e sport, uscite con gli amici), le *regole sociali* (buone maniere, competenze nel rispettare le regole, scusarsi, mantenere i segreti, controllo degli impulsi, responsabilità).

4. **Scala Abilità Motorie** che riguarda sottoscale denominate “*grossolane*” (stare seduto, camminare e correre, attività motorie di gioco) e “*fini*” (manipolazione di oggetti, disegnare ed usare forbici).

Oltre ad una somiglianza delle macro aree tra VABS e PIER, anche le valutazioni e gli obiettivi risultano essere particolarmente simili. In particolar modo, entrambi gli strumenti mirano a verificare il livello di competenza ottenuto in una determinata abilità tramite l’attribuzione di un punteggio: i Progetti Individuali Educativi Riabilitativi presentano le diciture “no”, “in parte” e “si” per ogni obiettivo a seconda delle capacità del bambino rispetto ad esso, mentre le Vineland Adaptive Behaviour Scales possiedono un punteggio che va da 0 a 2, dove 0 indica che il bambino non riesce a svolgere l’attività in maniera adeguata e autonoma, 1 indica che l’attività viene svolta autonomamente solo parzialmente e 2 indica che l’attività viene messa in atto in modo abituale e regolare.

Entrambi gli strumenti di valutazione hanno come fine ultimo la creazione di progetti individuali per i bambini a seconda delle capacità in un momento specifico, così da poter adeguare il lavoro di coloro che si occupano di loro alle esigenze personali.

Si potrebbe, dunque, tentare di valutare quanto questi due strumenti siano effettivamente sovrapponibili in termini di coerenza e concordanza degli indici, specialmente quelli di monitoraggio: in caso di responso positivo sarebbe realizzabile un’analisi quantitativa del campione clinico presente nelle due strutture. In particolare si potrebbe verificare se le strategie di trattamento adottate nelle Antenne di Marghera conducano a un miglioramento della sintomatologia, misurando i PIER al momento dell’inserimento (T1) e al momento delle dimissioni (T2), confrontando infine i punteggi. Questo potrebbe comportare un contributo importante per lo studio dell’efficacia di trattamenti psicoanalitici in istituzione e, essendo Antenna 112 e Antennina due CER che accolgono sia adolescenti psicotici che autistici, sarebbe importante per avvalorare la concezione psicodinamica della continuità tra psicosi e autismo.

Ringraziamenti

Un grazie speciale va a mia madre, mio padre e Fulvio per avermi cresciuta con i valori che mi caratterizzano oggi, per avermi incoraggiata e per aver creduto nelle mie passioni, per averci creduto anche quando non riuscivo io. Vi amo.

A Serena e Gabriele, grazie per la pazienza, il confronto e il supporto che mi avete dimostrato in questi anni, dai discorsi sulla clinica alle semplici cene conviviali. Grazie per avermi dato la possibilità di darmi tempo, per avermi sostenuto e ascoltato. Iniziare a lavorare con dei professionisti come voi mi ha fatto crescere e trovare degli amici a cui non posso rinunciare.

Ai miei amici di una vita Andrea, Angelo, Francesco, Giorgia e Laura, per la leggerezza che mi date e la felicità dei momenti con voi. Anche se non siamo vicini so che la nostra amicizia la porto ovunque io vada nel mio cammino.

Un grazie speciale anche ad Alessia, Massimo e Simona, per l'amicizia onesta che mi avete regalato, per avermi supportata e sopportata in questi anni e per avermi vista e amata per quella che sono.

A Sara, per la sua ironia indecifrabile, per la sua Meraviglia che mi stupisce e toglie il fiato, per essere fonte d'ispirazione sul lavoro: il nostro è stato per me un buon incontro, uno di quelli che ti segna e ti svolta la vita. Grazie per tutto.

All'Antennina, all'equipe e ai suoi ospiti: grazie per rendere il mio lavoro così ricco e sorprendente, per farmi pensare quotidianamente al peso di una parola, di uno sguardo, di un tocco, di un silenzio. Grazie per ridare il valore perduto a tutto ciò nel modo più onesto possibile e per avermi educato alla sofferenza degli altri. Per la vostra umanità.

Bibliografia

American Psychiatric Association, 2013. *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali – Quinta edizione. DSM-5*. Tr.it. Raffaello Cortina, Milano, 2015.

Ballerini A. (2002). *Patologia di un eremitaggio. Uno studio sull'autismo schizofrenico*. Bollati Boringhieri, Torino.

Ballerini, A. (2010). *Comprendere l'autismo nella schizofrenia*. Organo Ufficiale della società italiana per la psicopatologia, 20(1), 9.

Blankenburg W. (1986). *Autism*, in *Lexicon der Psychiatrie*, pp. 83-89. Springer Verlag, Berlin.

Blankenburg W. (1971). *La perdita dell'evidenza naturale. Un contributo alla psicopatologia delle schizofrenie pauci-sintomatiche*, trad. italiana. Cortina, Milano, 1998.

Bion, W. R., Micati, L., & Zecca, L. (2016). *Riflettendoci meglio*. Astrolabio.

Bleuler E. (1911). *Dementia Praecox o il Gruppo delle Schizofrenie*, trad. italiana. La Nuova Italia Scientifica, Roma, 1985.

Borgna, E. (2022). *L'agonia della psichiatria*. Feltrinelli Editore

Bouard, B. (2011). Un programma? Non senza il soggetto. In B. de Halleux (Ed.). *Qualcosa da dire" al bambino autistico* (pp. 105-122). Roma: Borla.

Dalle Luche, R. (2016). *La genealogia dell'autismo schizofrenico*. *Comprendre*, 25-26.

Di Ciaccia, A. (2000). *Une Institution et son atmosphère*, Préliminaire n.12, Bruxelles

Di Ciaccia, A. (2011). A proposito della pratica à plusieurs. In B. De Halleux (Ed.). *Qualcosa da dire" al bambino autistico* (pp. 77-82). Roma: Borla.

Egge, M. (2006). *La cura del bambino autistico*, Astrolabio, Roma.

Ferenczi, S. (1913). *Stages in the development on the sense of reality*. The Psychoanalytic Review (1913-1957), 1, 221.

Freud, S. (1895). *Progetto di una psicologia*. In *Opere*, vol.II, Boringhieri, Torino.

Freud, S. (1914). *Introduzione al narcisismo*, in *Opere*, vol. VII, Bollati Boringhieri, Torino, 1974.

Fusar-Poli, P., Borgwardt, S., Bechdolf, A., Addington, J., Riecher-Rössler, A., Schultze-Lutter, F., ... & Yung, A. (2013). The psychosis high-risk state: a comprehensive state-of-the-art review. *JAMA psychiatry*, 70(1), 107-120.

Hartmann J. A., Yuen H. P., McGorry P. D., Yung A. R., Lin A., Wood S. J., Lavoie S. & Nelson B. (2016). Declining transition rates to psychotic disorder in “ultra-high risk” clients: investigation of a dilution effect. *Schizophrenia research*, 170(1), 130-136.

Kanner, L. (1943). *Disturbi autistici e contatto affettivo*. *Psicoterapia e scienze umane*, vol.XXIII/2-3,1989.

Klein, M. (1946). *Note su alcuni meccanismi schizoidi*. *Scritti 1921-1958*, 409-434.

Lacan, J. (1938). *I complessi familiari nella formazione dell'individuo*. A cura di A. Di Ciaccia, Einaudi, Torino 2005.

Lacan, J. (1958). *Una questione preliminare ad ogni possibile trattamento della psicosi*. In ID., *Scritti*, vol.II, a cura di G. Contri, Einaudi, Torino, 1974.

Lacan, J. (1975). *Il Seminario. Libro XXIII. Il Sinthomo*. Testo stabilito da J.A. Miller, a cura di A. Di Ciaccia, Astrolabio, Roma, 2006.

Laing, R. D. (1969). *L'io diviso*. trad. it. di D. Mezzacapa, Torino, Einaudi, 87.

Landry, O., & Chouinard, P. A. (2016). Why We Should Study the Broader Autism Phenotype in Typically Developing Populations. *Journal of Cognition and Development*, 17(4), 584–595.

- Lingiardi, V., & McWilliams, N. (2015). *The psychodynamic diagnostic manual—2nd edition (PDM-2)*. *World Psychiatry*, 14(2), 237.
- Mahler, M. (1972), *Le psicosi infantili*, Boringhieri, Torino.
- Mahler, M., Pine, F., Bergman, A. (1978), *La nascita psicologica del bambino*, Boringhieri, Torino.
- McWilliams, N. (2011). *Psychoanalytic diagnosis: Understanding personality structure in the clinical process*. Guilford Press.
- McHugh, M. J., McGorry, P. D., Yuen, H. P., Hickie, I. B., Thompson, A., de Haan, L., ... & Nelson, B. (2018). The Ultra-High-Risk for psychosis groups: Evidence to maintain the status quo. *Schizophrenia research*, 195, 543-548.
- Minkowski E.: *La schizofrenia* (1953), trad. italiana. Bertani, Verona, 1980
- Peh, O. H., Rapisarda, A., & Lee, J. (2019). Childhood adversities in people at ultra-high risk (UHR) for psychosis: a systematic review and meta-analysis. *Psychological medicine*, 49(7), 1089-1101
- Polari, A., Lavoie, S., Yuen, H. P., Amminger, P., Berger, G., Chen, E., ... & Nelson, B. (2018). Clinical trajectories in the ultra-high risk for psychosis population. *Schizophrenia research*, 197, 550-556.
- Purgato, N. (2012). Dalla parte degli autistici. Una pratica psicoanalitica integrata. *Costruzioni Psicoanalitiche*, XII, 24, 29-39.
- Raballo, A., & Larøi, F. (2009). Clinical staging: a new scenario for the treatment of psychosis. *The Lancet*, 374(9687), 365-367
- Raballo, A., Poletti, M., Preti, A., & McGorry, P. (2022). Clinical high risk for psychosis in children and adolescents: a meta-analysis of transition prevalences. *Schizophrenia research*, 243, 254-261.
- Recalcati, M. (2016). *Jacques Lacan. La clinica psicoanalitica: struttura e soggetto*. Il bambino

Ribolsi, M., Fiori Nastro, F., Pelle, M., Medici, C., Sacchetto, S., Lisi, G., ... & Di Lorenzo, G. (2022). Recognizing psychosis in autism spectrum disorder. *Frontiers in Psychiatry, 13*, 768586.

Rutter, M., Bailey, A., & Lord, C. (2008). Social Communication Questionnaire (SCQ). (*adatt.it. a cura di Cianchetti, C., Sannio Fancell,o G; Firenze: Giunti Organizzazioni Speciali*).

Sarovic, D. (2021). A unifying theory for autism: the pathogenetic triad as a theoretical framework. *Frontiers in Psychiatry, 12*, 767075.

Schopler, E., Reichler, R. J., & Renner, B. R. (2003). The Childhood Autism Rating Scale (CARS). *Los Angeles, CA: Western Psychological Services, (ed. it. Giunti Organizzazioni Speciali, Firenze, 2007)*.

Sparrow S. S., Balla D. A., & Cicchetti, D. V., (1984). Vineland Adaptive Behavior Scales (VABS). *Circle Pines, MN: American Guidance Service, (adatt.it. (a cura di) Balboni G., Pedrabissi L., Giunti Organizzazioni Speciali, Firenze, 2010)*.

Vecchiato, M., Sacchi, C., Simonelli, A., & Purgato, N. (2016). Evaluating the efficacy of psychodynamic treatment on a single case of autism. A qualitative research. *Research in Psychotherapy: Psychopathology, Process and Outcome, 19*, 49-57

Winnicott, D. (2017). *Dalla pediatria alla psicoanalisi*. Giunti OS Psychometrics.

Yung, A. R., Phillips, L. J., Yuen, H. P., Francey, S. M., McFarlane, C. A., Hallgren, M., & McGorry, P. D. (2003). Psychosis prediction: 12-month follow up of a high-risk ("prodromal") group. *Schizophrenia research, 60(1)*, 21-32

Yung, A. R., & McGorry, P. D. (1996). The prodromal phase of first-episode psychosis: past and current conceptualizations. *Schizophrenia bulletin, 22(2)*, 353-370