

ASPERGER e BORDERLINE

Romeo Lucioni

In precedenti lavori abbiamo più volte sottolineato come l'Autismo di Asperger, la Sindrome Borderline e, in ultima analisi, la cosiddetta Schizofrenia Pseudonevrotica (descritta da C.L. Cazzullo) siano tre psicopatologie per molti aspetti sovrapponibili.

Seppure la Sindrome Borderline venga riferita, come momento di esplosione, alla giovinezza ed alla pubertà (14-20 anni), nell'anamnesi psicopatologica e nell'esperienza psicoterapeutica, i primi segni si evidenziano a partire dai 3 anni o, come ricordano Jones J.M. (1995) e Lichtenberg J.D. (1987), nel particolare momento dello sviluppo psichico, quando entrano in gioco i meccanismi di scissione.

La prima osservazione porta a far riferire questi quadri psichiatrici a profonde e precoci scissioni, messe in moto per "... controllare un flusso rabbioso di esperienze di frustrazione" (Correale A. et All.).

Per chiarire queste definizioni possiamo riferirci alla pratica psico-terapeutica che mette in evidenza una demarcazione troppo stretta tra esperienze affettive contraddittorie e contrastanti : bene-male, giusto-ingiusto, bello-brutto, buono-cattivo, ecc.ecc.

Questo iato molto esiguo deriva dall'incapacità del soggetto di tenere lontane e, quindi, ben separate le esperienze emotivo-affettive e, di conseguenza, gli oggetti interni sorgono e si organizzano in maniera confusa, contraddittoria ed indecifrabile.

Un aspetto importante di questo funzionamento così particolare, è dato dall'analisi del "*oggetto genitoriale*" che , formato da elementi non ben separati ed anche sfumati, porta il soggetto a non poter decidere sul modello identificatorio con un conseguente saltare dall'uno all'altro, dal seno al fallo e viceversa.

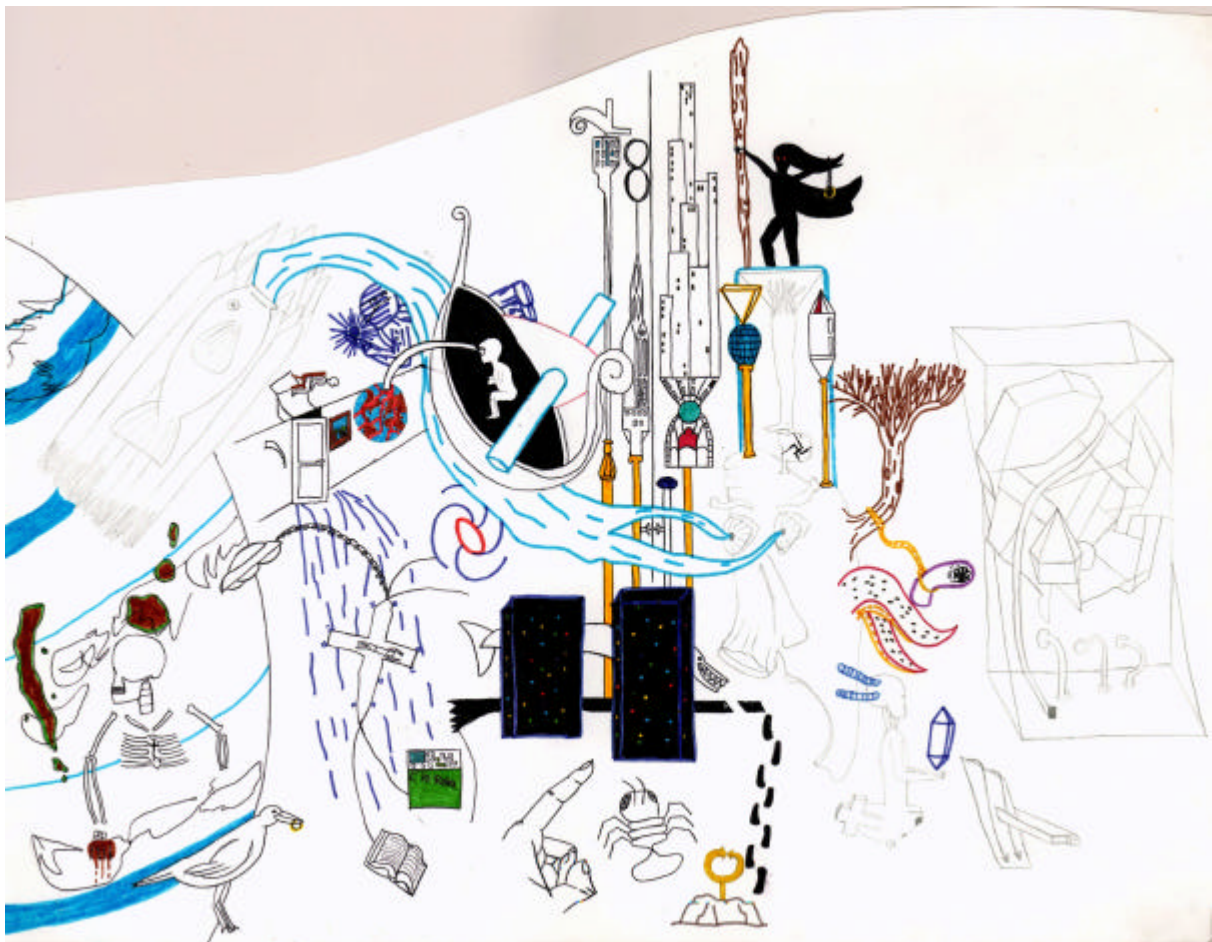
Non è sufficiente la svalorizzazione del seno (che è normalmente presente) a dirimere la questione, proprio perché, data la precocità dell'organizzazione, il soggetto non può fare a meno di entrambi, sotto pena di profonde e distruttive sensazioni di morte e, ancor peggio, di dissoluzione nel mondo del non-identificato. (sottolineiamo che il senso di dissoluzione è molto più angosciante di quelli di morte, perché in esso non c'è neppure un "... corpo presente", come raccontava un paziente particolarmente dotato per elaborare introspezioni).

L'impossibilità di usare l'oggetto genitoriale come modello per creare i meccanismi di oggettualizzazione, porta all'inesorabile nascita di "*oggetti incompleti*" che, sia perché poco stabili, sia perché inesorabilmente mal delineati e determinati, fluttuano nell'inconscio come "*oggetti parziali*".

Sarebbe questo il meccanismo per cui la realtà viene percepita in maniera confusa, incongrua, conflittuale e violentemente angosciante.

Queste caratteristiche danno una spiegazione del perché sia così difficile salvaguardare il rapporto interpersonale-terapeutico dal momento che i vissuti si susseguono in forma caotica, contraddittoria ed ansiogena, per cui è facile che vengano agiti meccanismi di acting-out e di rottura.

Il mondo intimo (inconscio) di questi pazienti risulta veramente caotico e spaventoso, così come viene messo in evidenza non da un racconto (è difficile ottenerne una verbalizzazione), ma, quando risulta possibile, da disegni.



Dall'esperienza sorta da questo disegno si può dedurre quanto complesso sia l'ambito della profondità psichica che, di conseguenza, risulta indecifrabile e lontana da permettere una qualsiasi lettura-interpretazione. Quando si cerca di "capire", il paziente rompe subitamente il vincolo adducendo "... vedi che non capisci proprio niente ... non potrai mai capirmi ... capire il mio dolore". Di fronte a queste difficoltà è poi lui a chiudere repentinamente ogni spiraglio, frapponendo una chiusura mentale ed un energico rifiuto a collaborare per "capire" anche se "... tutto sarebbe a tuo beneficio e non finalizzato a desideri del terapeuta di indagare il mondo psichico altrui".

Come ricordano Correale A. et All., riferendosi anche ai lavori di Kernberg O.F. (1975) e Rosenfeld H.A (1965), si può parlare di "eccesso di scissione", di diffusione dell'identità, ma anche di "accentuata oscillazione tra parti di sé, parti dell'oggetto, aspetti buoni e cattivi" che, come "prisma rotante", diffrangono "facce diverse", elementi oscuri, frammenti paurosi, sensazioni ineffabili di angoscia.

Kernberg O.F. (1975) parla di soggetti predisposti caratterialmente a reagire con eccessi rabbiosi ad esperienze angosce e frustranti, ma ci risulta difficile accumulare un "oggetto genitoriale contraddittorio e conflittivo" ad una predisposizione e, quindi, ad una "struttura".

Ci sembra più facile e doveroso pensare ad una "funzione psichica" che si va organizzando in base ai vissuti, alle situazioni ambientali, al livello di funzionamento dei meccanismi psico-affettivi e, sicuramente, anche alla struttura cerebro-funzionale soggettiva.

Bisogna sottolineare anche la forte valenza dolorosa che accompagna una situazione psico-affettiva profonda dominata da angosce e da terrori esistenziali così vicini ai sensi di morte e dissolvimento già ricordati.

In questi pazienti, il “senso di dolore” è particolarmente importante, non tanto per la sua presenza invasiva, ma in quanto il soggetto sembra “non poterne fare a meno”.

In ogni approccio, in ogni relazione interpersonale e/o terapeutica, il soggetto pone tra Sé e l'Altro il proprio “dolore” come elemento difensivo, dominante e inevitabile. Il dolore potrebbe essere considerato il background psichico, lo stato base del senso di Sé e, proprio per questo, l'elemento condizionante di ogni relazione. Come dicono Corrao A. et All., il paziente, nella relazione terapeutica, accetta l'incontro se il tema da affrontare è sempre e solo il suo dolore, l'inesorabilità del suo “stato sfortunato”, strutturato così geneticamente e, quindi, insostituibile, immutabile.

È terribile pensare che anche le esperienze più soddisfacenti e buone (per es. l'incontro con il proprio “oggetto d'amore”) risultino “... il momento più brutto della mia vita” solo perché l'Altro “... ha tutto ciò che non ho io e, sicuramente, quando se ne accorgerà ... mi getterà via”.

Incredibile è sentire che un momento di felicità deve essere troncato perché “... non so più che cosa fare, anche se lo ho sognato con tutta l'anima”.

Se l'unico argomento affrontabile è quello del dolore, diventa chiuso il paradigma per il quale ogni tentativo di analizzare il quadro psicopatologico, di interpretare un sogno, un disegno o un transfert. anche il parlare del più e del meno viene percepito come un attacco sadico e distruttivo, come il tentativo di svuotare il mondo psichico di chi però soffre per conto suo, in silenzio, nella sua solitudine.

Il dolore, in questo modo, diventa la causa dell'oscuramento che impedisce di riconoscere il proprio stato affettivo, che preclude la possibilità di capire e di accettare gli stati affettivi dell'Altro, che non permette di utilizzare le capacità razionali e cognitive per decifrare una realtà che, proprio per questo, diventa ancora più misteriosa, nebulosa e ... persecutoria.

La confusione percettiva, l'instabilità affettiva, l'incontinenza emotiva, la fragilità simbolico-cognitiva, diventano gli elementi che supportano sensi di frustrazione, di perdita e di incapacità che, a loro volta, generano risposte impulsive di risentimento, di vergogna, di rabbia.

L'atteggiamento psichico verso l'Altro risulta dominato da un senso di bisogno e di rabbia che supportano comportamenti di rifiuto, di allontanamento, di svalorizzazione che spesso fanno pensare agli atteggiamenti dimostrativi degli isterici.

Le modalità impulsive generano incontrollabili disinvestimento e nuovi investimenti che durano il tempo di una emergenza e che, soprattutto, rispondono a spinte narcisistiche di onnipotenza, di egocentrismo e di eterocolpevolizzazione paranoide.

L'Altro viene investito da confusi sentimenti abbandonici, persecutori, di superiorità e di svalorizzazione che portano all'isolamento, ad una chiusura risentita e distruttiva.

Il paziente crea una sua forma di mentalizzazione ossessiva che lo porta a ritenersi il centro stesso della verità, dell'etica comportamentale, di una immortalità per la quale si sente sempre giovane, di non aver bisogno neppure di impegnarsi a “studiare” perché la sapienza e la saggezza gli spettano quasi di diritto.

L'ipervalorizzazione è sostenuta da una “furbizia” (per questo la vergogna) che permette di carpire il potere ed il sapere dell'Altro, oltre che la capacità incorruttibile di poter vivere senza l'aiuto di nessuno.

Jones J.M. (1995) sottolinea come l'indecifrabilità dei propri stati affettivi porti all'effetto drammatico di rompere la costanza degli oggetti interni, all'impossibilità di decifrare le caratteristiche degli stessi e le caratteristiche delle persone di riferimento, creando i presupposti di un disinvestimento che è anche cancellare dalla memoria.

Questo svuotamento psichico è dunque frutto di una elaborazione psico-mentale propria e soggettiva che porta alla costruzione di una organizzazione affettiva deficitaria, smembrata e del tutto pauperizzata.

Il contesto affettivo nel bambino Asperger risulta particolarmente inadatto per la condivisione, per organizzare sentimenti di altruismo, di reciprocità, di accondiscendenza e di riconoscenza.

La generosità, quasi paradossalmente, è mantenuta perché è sostenuta da sentimenti di superiorità che portano a dare all'Altro ciò che si ha di troppo, dimostrando anche un certo grado di onnipotenza.

Le figure maschili adulte sono vissute come pericolose e intrusive, caricate di tendenze amorali e poco etiche (solo perché hanno la colpa di essere "vecchi"), le cose del mondo (politica, cultura, religione, attualità, ecc.) sono sempre negative, cariche di colpe e nell'impossibilità di diventare modelli o immagini-guida.

Questa visione del mondo risponde ad un contenuto fallico dell'inconscio (si manifesta spesso nei disegni di questi soggetti che rappresentano ossessivamente dei grattacieli, delle antenne, delle guglie, così come delle chiese gotiche e vetrate a forma ogivale).

Le impregnazioni falliche invadono il pensiero che così è dominato dal "bisogno di buone relazioni con l'altro sesso", anche se i contatti sono sempre molto difficili perché:

- ?? Domina un senso di svalorizzazione della donna perché, comunque, è "la femmina dell'Altro" che, per essere "normale", riesce sempre a spuntarla;
- ?? Le ragazze risultano figure emblematiche, non decifrabili, tanto più che il borderline di solito non riesce a stabilire un dialogo e vive di fantasie per le quali si innamora di donne che "sono come lui": semplici, con il viso acqua e sapone (non usa maquillage), si veste in jeans, amanti della natura, scrupolosamente etiche e morali, ecc.;
- ?? Devono indovinare i loro sentimenti perché per lo più non si azzardano neppure a chiedere il "nome delle amate" e la vicinanza corporea suscita ansie tormentose;
- ?? È tanto difficile il rapporto "un po' più vicino" che anche se hanno preparato e studiato per tempo ogni atteggiamento, gesto e discorso, al momento faticoso subentra un blocco che manda tutto all'aria ed il nostro borderline trova subito qualsiasi scusa per fuggire.

Questi vissuti e, soprattutto, le inevitabili disillusioni (le ragazze non sono mai quelle sognate e tutte hanno le loro storie d'amore più o meno torbide) portano a frustrazioni feroci, stati depressivi, tensione ansiosa e ... atteggiamenti persecutori che si scatenano contro i famigliari, il terapeuta o il mondo d in genere.

Per bloccare le reazioni ai fallimenti, ben poche sono le risorse difensive e, quindi, aumenta il senso di "dolore intimo" o "dolore psichico" che ancor più gioca un ruolo di meccanismo dissociativo.

Queste esperienze frustranti sembrano bloccare quel "linguaggio egocentrico" (Piaget J., 1937) capace di creare immagini affettive ed uno specifico senso di sé saldato nelle sue parti da "autosoddisfazione" e da pensieri liberi, sciolti, non

rigidamente controllati che creano immagini di Sé dirette a risolvere i problemi della comunicazione e della relazione (Meares R., 1993).

L'inaccessibilità del mondo esterno, le frustrazioni la dispersione dell'attenzione e la necessità di memorizzare i fallimenti (reali o immaginati) porta alla formazione di una affettività devitalizzata, appiattita, monotona e scoraggiante.

Il borderline utilizza le sue frustrazioni, il dolore, l'egocentrismo, i sensi megalomanici per creare attorno a sé un vallo al di là del quale getta il kale, tutte le colpe, tutta l'inutilità che investono un mondo che viene sempre più allontanato, temuto e considerato persecutorio.

L'aspetto sessuale dell'esperienza porta alla autocastrazione e a bloccare lo sviluppo in una posizione pre-edipica nella quale predominano sentimenti egocentrico-megalomanici che si contrappongono a quelli super-egoici-arcaici e castranti.

Proprio per questo la psicopatologia si centra nella figura del padre-arcaico che, vissuto come invincibile ed onnipotente, non permette un normale flusso erotico-sentimentale sull'oggetto-seno-mamma.

A questo proposito, vale la pena valutare le differenze dello:

SVILUPPO PSICO-MENTALE E ORGANIZZAZIONE DELL'OGGETTO DIADICO-GENITORIALE

nell'Autismo di Asperger, nell'Autismo di Kanner, nella psicosi-schizofrenica.

Un punto di passaggio fondamentale per lo sviluppo psico-mentale riguarda l'organizzazione che regola i rapporti tra il soggetto e l'oggetto genitoriale che è formato da:

☞ oggetto seno onnipotente (madre);

☞ oggetto fallo onnipotente (padre).

Nello sviluppo normale (equilibrato ed armonico) il seno ed il fallo convivono serenamente ed il soggetto può tranquillamente sviluppare relazioni ed identificazioni senza problemi perché non teme le ritorzioni dei suoi oggetti di riferimento.

Non è così quando l'oggetto genitoriale è dismorfico, organizzato cioè in modo asimmetrico per la predominanza di una o dell'altra parte della diade.

☞ Nel **Autismo di Asperger o sindrome borderline** il soggetto si trova nella situazione di non poter scegliere, sviluppandosi un processo che rispecchia un trovarsi sempre di fronte a due porte e di non poter decidersi per l'una o per l'altra. Domina un senso di potere megalomanico che deriva dall'identificarsi proiettivamente con un *padre fallico ed invincibile* che genera sentimenti di terrore, di sfiducia, di rifiuto.

Fallo: onnipotente e pericoloso che viene escluso (chiusura verso il padre) e odiato anche se il soggetto non può liberarsene per il terrore delle ritorzioni, risultando:

?? incapace di prendere iniziative proprie;

?? inibito a rendersi indipendente anche perché prevalgono i sensi di impossibilità a opporsi al fallo che è vissuto come irraggiungibile e capace "se vuole" di farlo vivere (il padre è un mostro dal quale non ci si può liberare). Per superare questi sentimenti il soggetto svalorza la figura paterna, ma non è sufficiente per dare forza al IO che appare sempre inadeguato.

Conseguenze: mentalizzazione (credersi razionalmente iperdotato) che porta a svalorizzare la realtà, il mondo esterno e la relazione interpersonale che però

sovrastano il soggetto con sentimenti di incapacità, di inadeguatezza e di rifiuto, l'angoscia viene dal conflitto interno tra desiderio di "avere" e l'atteggiamento su superiorità: "... io posso anche fare a meno" che si evidenzia nel rapporto con la figura femminile, desiderata, ma, nello stesso tempo, rifiutata (è proprietà del padre) perché "svalorizzata", "minimizzata" come stupida e ignorante.

Seno: la madre è proprietà del padre che la disprezza e questo porta il soggetto a svalorarla anche se ne riconosce il valore e la capacità di dare sostentamento e vita.

Il mondo psichico è dominato da un fallo onnipotente e vendicativo che inibisce la costituzione di un Sé-indipendente per cui lo sviluppo psico-affettivo è atrofico, inconsistente, dominato da ansie abbandoniche e di castrazione.

Il mondo della realtà risulta poco decifrabile, posto sempre nella divergenza di scegliere tra opposti, per cui ne deriva una paralisi della volontà (l'incertezza coarta la volontà e inibisce le scelte).

Il mondo affettivo è inconsistente e dominato dal conflitto tra desiderio, svalorizzazione, rinuncia, sentimenti di inadeguatezza ed incapacità che risultano sempre frammisti al senso di superiorità che porta a non poter prendere iniziative e a rinunciare. L'Asperger non sa cosa sia reciprocità, adeguamento, accettazione dell'altro, mentre spesso si osserva generosità che però implica un atteggiamento di superiorità e quindi è riferita ai più deboli.

Caratteristica: la mentalizzazione che fa vivere sentimenti di "piccolo genio" incompreso e stretto nella morsa rappresentata dall'inutilità dei sentimenti e l'angoscia di non riuscire ad adeguarsi per un rapporto relazionale adeguato e soddisfacente.

~~///~~ Nel **Autismo di Kanner** si osserva una frattura che deriva probabilmente dalla imperfetta formazione degli oggetti che risultano parziali e vagano nell'inconscio inducendo sensi di angoscia. Anche l'oggetto Sé è incompleto, potendosi mettere in evidenza una insufficienza della coscienza, sia quella autoriferita che quella rivolta alla realtà.

L'IO, arcaico e poco strutturato (debole), risulta megalomane, onnipotente e distruttivo, combattuto tra:

?? proiezioni onnipotenti legate all'invidia del potere fallico;

?? sensazioni insopportabili di *non potere*.

Queste osservazioni danno significato analitico alle espressioni di Baron Cohen che rileva nell'autistico "sentimenti maschilistici" che giustificano la sua pan-aggressività, ma, soprattutto, gli atteggiamenti di sfida e di non adeguamento, assoluta incapacità di adattamento.

Oggetto genitoriale:

Fallo: appare come un'ombra che si proietta sul soggetto che ne assume le prerogative (onnipotenza) senza però acquisirne il potere che gli permetterebbe di strutturare una buona relazione con gli oggetti: mancanza di verità, insicurezza, inadeguatezza.

Seno: è vissuto come onnipotente per cui rispettato e temuto, così le angosce di perdita che il soggetto suscitano atteggiamenti controfobici.

Fobia: si sviluppa nei confronti del proprio crescere e sottende agli atteggiamenti controfobici verso la madre (sembra dire: "non preoccuparti che sarò sempre il tuo bambino, non voglio crescere").

Risultato: isolamento e ritiro autistico; sistema rappresentazionale

personalistico e non condivisibile; blocco dello sviluppo psico affettivo e cognitivo; comportamenti inadeguati ed aggressivi.

Caratteristiche: mancanza di coscienza di sé e della realtà che inducono comportamenti ripetitivi, manierismi, ripetitività ossessiva dei gesti, difficoltà di guardare la propria figura nello specchio.

☞ Nella **psicosi schizofrenica** l'oggetto genitoriale è fortemente deformato perché il soggetto è dominato dalla mancanza e dall'angoscia della perdita che sostiene sentimenti di morte imminente e sentimenti di dissoluzione.

Fallo: è atrofico e non supporta possibilità di identificazione.

Seno: onnipotente, è vissuto in situazione di costante pericolo perché può essere perduto con conseguente morte del soggetto. Questo vive nella ossessione di poter vivere solo se si appropria dei un seno buono, sentimento che iperdimensiona l'oralità. Si determina una frantumazione dell'oggetto seno che così permette di creare una specie di "moltiplicazione dei pani-seni". Questi oggetti-seno non raggiungono un senso di verità e così non danno sicurezza per cui il soggetto vive la morte come sempre ineluttabile ed imminente.

Risultato: c'è una impossibilità di crescere sia affettivamente che cognitivamente perché il seno domina ogni spazio dell'ambito psichico ed anche psico-patologico.

Queste osservazioni sullo sviluppo fanno pensare che l'Asperger sia una sindrome psicopatologica nella quale l'organizzazione dell' IO ha raggiunto il livello oggettuale e la coscienza di Sé e ha valenze positive che permettono una buona organizzazione psico-cognitiva (cosa che non succede nell'Autismo di Kanner e neppure nella regressione schizofrenica che tende a risultare pervasiva, interessando tutta l'organizzazione psico-mentale).

Da qui si evidenzia come, mentre l'organizzazione dell'Io non è del tutto completata, determinando un quadro di *Io-debole*, i *comportamenti restitutivi* (acting out, impulsività, egocentrismo, mentalizzazione ossessiva) acquistano il significato e si arricchiscono di valenze difensive.

Le manovre protettive tendono anche a contenere la confusione percettiva e le ansie generate nella relazione interpersonale, accompagnando questi elementi della mente infantile fondati sull'egocentrismo e l'onnipotenza.

La debolezza dell'Io è espressione di un funzionamento arcaico che, di fronte al sentirsi illimitati, induce anche la formazione di bisogni fusionali che attivano, a loro volta, sentimenti impulsivi di rifiuto e di aggressività.

COMMENTO E CONCLUSIONI

Da quando la sindrome borderline ha assunto il riconoscimento come entità nosografica ed autonoma (Correale A. e Benedetto A.M.) è stato possibile approfondire meglio la conoscenza clinica, le concomitanze psicopatologiche ed i sistemi concettuali descrittivi che ci hanno portato ad assimilarla alla schizofrenia pseudonevrotica (Hoch e Pelatin; C.L. Cazzullo) che aveva legami con la "schizofrenia reversibile" di Bleuler, la "psicosi latente" di Bychowski, la "schizofrenia abortiva" di Blumke, la "schizofrenia frusta" di Wizel, il "disturbo schizoaffettivo" di Kazanon, per arrivare, finalmente, alla "sindrome di Asperger" che ha la caratteristica di riferire le problematiche psicopatologiche alle primissime età della vita.

I contributi di R.P Knight (1953) hanno permesso di approfondire il lavoro di specificazione della “sindrome borderline”, definendola come “*situazione caratteristica nella quale risultano indebolite le funzioni dell’Io*”:

?? i processi di pensiero secondario;

?? la capacità di integrazione;

?? l’esame di realtà;

?? il mantenimento delle relazioni oggettuali;

?? l’adattamento all’ambiente;

?? le difese contro gli impulsi inconsci primitivi;

mentre sono sufficientemente mantenute alcune funzioni primarie come:

?? la memoria;

?? il pensiero logico formale;

?? alcune capacità comportamentali;

queste discrepanze portano a oscillazioni e a disordini espressivi, tanto che spesso possono essere evidenziati sintomi che vanno dalla teatralità isterica ai rituali ossessivo-compulsivi.

Kernberg (1967) fu in pratica il primo ad usare il termine “borderline”, riferendolo al concetto di “organizzazione di personalità” e in questa riscontrava:

?? ansia libera e fluttuante;

?? fobie multiple;

?? sintomi ossessivo-compulsivi;

?? reazioni psicotiche brevi;

?? disturbi dissociativi;

?? preoccupazioni ipocondriache;

?? spunti paranoidei;

?? difficoltà a controllare gli impulsi (bulimia, promiscuità sessuale, abuso di sostanze, atti antisociali).

È stato J.Bergeret (1974) a definire compiutamente le problematiche e le caratteristiche della personalità borderline (organizzazione limite), mettendo in evidenza:

?? l’angoscia depressiva di perdita dell’oggetto che porta a instaurare

?? relazioni interpersonali caratterizzate da una forte dipendenza (*relazioni oggettuali analitiche*);

?? inflazione dell’Ideale-dell’Io con tendenza alla *oblatività compulsiva* che spesso nasconde il desiderio di essere indispensabile, di dimostrare di poter dare come espressione di superiorità. Questo dimostra anche che i rapporti interpersonali, piuttosto che improntati ad intimità affettiva, possono essere dominati da dinamiche di dominanza-dipendenza, grande-piccolo, sfruttato-sfruttatore.

Molti dubbi restano ancora da chiarire in rapporto a questo disturbo che ha soppiantato ogni altro problema psicopatologico nelle statistiche più moderne. In queste ormai non si parla più di “esaurimento nervoso”, ma le osservazioni di disagio personale e/o sociale vengono riferite come “psicopatologia del limite” questo è per lo più riferito come “vicino alla psicosi” piuttosto che “vicino alle nevrosi o ad uno stato di normalità”.

Queste indicazioni parlano chiaramente di una “particolare gravità” che, in linea di massima, si riferisce all’impossibilità di trovare terapie o interventi capaci di risolvere i problemi comportamentali, percettivi, di armonizzazione affettiva e di organizzazione cognitivo-intellettuale.

Nel filone scientifico-psichiatrico restano ancora dubbi sull'eziopatogenesi che per lo più è riferita a deficit funzionale o mancata capacità di controllo delle emozioni (Linehan e Kerhrer, 1993) e, per altro lato, ad un modello che vede un conflitto al centro della problematica organizzativa (Kernberg, 1967, 1975, 1987).

Ultimamente lo stato borderline ha assunto ancora maggior rilievo in quanto è stato messo in relazione con lo straripante malessere giovanile, l'epidemia di disagio psico-sociale, le questioni più gravi del comportamento nelle cronache quotidiane ed anche con le sempre più frequenti espressioni di dipendenza infantile, di incapacità di contenere le pulsioni libidiche (vedi tossicodipendenza, bulimia e anoressia), incapacità di accedere a forme mature di pensiero autoriferito o adulto.

Accanto al conflitto pulsionale (Kernberg), al deficit delle competenze metacognitive e di regolazione delle emozioni (Linehan) troviamo anche le problematiche psico-sociali (Perris) e quelle biologico-temperamentali (Cloninger), ma con tutto questo bagaglio conoscitivo ed ontologico non si è ancora potuto dirimere la questione del borderline come particolare organizzazione personologica o come forma psicopatologica di malattia psichiatrica.

Non dà certo nessun aiuto neppure l'indagine sulle possibilità effettive di terapia farmacologica e/o psicologica proprio perché non si hanno riscontri sicuri di efficacia, ma neppure di risoluzione della organizzazione psico-affettiva che risulta sempre particolarmente compromessa.

Ultimamente, rispondendo forse anche alle discriminazioni psicosociali di movimenti culturali e politici, Umberto Galimberti (ottobre 2005) mette l'accento ad una vita e ad un mondo "privi di senso" e, proprio per reperire l'origine dell'insensatezza, propone il cammino dell'indagine filosofica.

Una visione nuova si è aperta mettendo in relazione forme adulte considerate come "limite" o "borderline" con una forma di autismo che, descritto da Asperger, può essere evidenziabile nella prima infanzia. L'Asperger si riferisce a forme di difficoltà psico-affettiva che si presentano intorno ai 3-4 anni e che viene anche:

- /// denominata "*autismo ad alto funzionamento*" perché sono salvaguardate le funzioni più cognitive mentre quelle più compromesse sono quelle emotivo-affettive;
- /// avvicinata al *borderline* perché in questa forma psicopatologica diventa sempre più evidente che i primi segni di difficoltà o malattia possono essere fatti risalire anch'essi nella prima infanzia (intorno ai tre anni).

SINTOMI DELLA SINDROME DI ASPERGER

Un ragazzo con una diagnosi di *sindrome di Asperger* (o *autismo ad alto funzionamento*) presenta spesso caratteristiche di personalità che possono essere sovrapposte a quelle identificate nella *sindrome borderline*.

Possiamo evidenziare che:

- /// non si manifestano segni patogeni dell'ordine mentale perché
 - ?? il linguaggio è comprensibile e ben strutturato;
 - ?? il pensiero è coerente;
 - ?? non si evidenziano errori percettivi: né illusioni, né allucinazioni;
 - ?? la memoria è intatta;
 - ?? la attenzione è valida;
 - ?? la tenuta sufficientemente prolungata;

- ✍ le funzioni fisiche sono del tutto normali (coordinazione motoria; capacità percettiva; ecc.) anche se spesso il non uso o il cattivo uso (atteggiamenti particolari) portano ad evidenziare difficoltà che spariscono con un breve intervento fisiatrico o di psicomotricità;
- ✍ nella sfera psico-affettiva, al contrario, si registrano le problematiche più evidenti e caratterizzanti quali:
 - ?? astenia dell'umore con demotivazione, stanchezza cronica, abulia;
 - ?? momenti disforici (frammisti ad un tono dell'umore flessso e monocorde si presentano brevi momenti di ilarità a volte poco giustificati dal contesto);
 - ?? difficoltà a sostenere un discorso che viene limitato a brevi frasi in risposta a precise domande;
 - ?? se il contenuto della conversazione arriva ad interessare (oppure se il soggetto impone il proprio argomento) l'eloquio diventa ricco, fluido e centrato sulle proprie idee e/o su argomentazioni molto personalistiche ed egocentriche;
 - ?? caparbia certezza di non volersi adeguare al tessuto sociale e, soprattutto, alle regole condivise dalla maggioranza;
 - ?? atteggiamento di sfida caratterizzato dal disprezzo delle scelte degli Altri;
 - ?? rifiuto delle possibilità economiche degli altri, sostenuto dall'idea di non aver bisogno di nessuno perché le proprie necessità si limitano a quel *pochissimo* che può raggranellare senza sforzo e/o con qualche *furberia*;
 - ?? svalutazione dell'Altro e, soprattutto, della figura femminile;
 - ?? spiccata reattività alle figure genitoriali, soprattutto rivolta contro il padre che viene definito come *prevaricatore* e svuotato di validi contenuti affettivi;
 - ?? il rapporto interpersonale è dominato da un sentimento ambivalente di sudditanza/dominio che, con molta facilità, diventa rifiuto all'assoggettarsi all'indipendenza dell'altro che, invece, dovrebbe essere a disposizione del soggetto (anche anticipando e intuendone i desideri);
 - ?? difficoltà nella gestione dell'aggressività che, per lo più poco agita, viene subita attraverso traumi non elaborati, insoddisfazioni relazionali, vissuti di inadeguatezza, incapacità di far chiarezza proponendo verifiche;
 - ?? sensi di colpa reattivi che si organizzano attorno all'idea che l'Altro rifiuta il contatto dopo aver verificato le difficoltà relazionali dell'interlocutore;
 - ?? l'Altro è svalorizzato e rifiutato, ma, nello stesso tempo, il suo atteggiamento è descritto come frutto delle difficoltà emotivo-affettive dell'interlocutore;
 - ?? qualsiasi cosa (oggetto e/o situazione proposta) può essere abbandonata o rifiutata perché comunque viene sempre svalorizzata (per cui la perdita è sempre limitata);
 - ?? ogni rifiuto non viene sottoposto a critica, ma giustificato dalla scelta personale di preferire lo starsene a casa e/o chiudersi nel proprio mondo più protettivo e *salvifico*.
- ✍ L'assetto affettivo è dominato dalla relazione con i genitori e, in questo ambito, gira intorno all'asse depressivo poiché:
 - ?? vi è una inesorabile certezza di non essere idoneo per meritare l'attenzione e l'amore dell'Altro;
 - ?? domina un convincimento infantile della svalorizzazione della figura materna ("... non capisce"; "... è poco intelligente") e di un padre vissuto con caratteristiche di anaffettività e grosse distanze sul piano emotivo;

- ?? la solitudine profonda viene percepita come causa di un ripiegamento narcisistico-onnipotente che ha tutte le caratteristiche di una idealizzazione del proprio Ego, fantasticato e irreali;
- ?? le difese utilizzate sono prevalentemente la proiezione, la scissione e la identificazione con l'aggressore;
- ?? accanto a queste modalità arcaiche c'è un pensiero evoluto sostenuto da un ossessivo bisogno di apprendere per ingigantire fantasmaticamente il senso di sé, di organizzare il pensiero nell'ambito della razionalizzazione che diventa fulcro dei vissuti egocentrici ed onnipotenti;
- ?? il comportamento è dominato dalla rinuncia, dall'assoggettamento astioso e da desideri infantili di vendetta e di abbandono dell'aggressore che, inesorabilmente, viene svuotato di ogni valore perché non si strutturano sentimenti di reciprocità e di riconoscenza;
- ?? l'inter-relazione è richiesta solo come utile a rispondere ai bisogni del soggetto che, nello stesso tempo, fa affiorare sempre ed in modo esplicito il proprio atteggiamento di rifiuto e di svalorizzazione, lasciando all'altro il desiderio di gestire un rapporto che non viene sollecitato.

Se nell'approccio alla sindrome di Asperger (che per molti aspetti facciamo coincidere con il "borderline") scopriamo una problematica intrapsichica e, quindi, un funzionamento psico-mentale riferibile ad un disturbo timologico e ad una difficoltà nel funzionamento psico-affettivo. Proprio per questo è accettabile che ci riferiamo ad un errore organizzativo che si verifica nei momenti dello sviluppo psico-mentale nel quale troviamo:

- ?? dubbi decisionali;
- ?? difficoltà nell'autoriconoscimento;
- ?? prevalenza di sentimenti egocentrici ed onnipotenti;
- ?? ossessività nel sostenere un funzionamento giovane, imperituro, etico e profondamente superiore ad un mondo inutile, perverso e malato;
- ?? difficoltà nell'ordine timologico, affettivo e dei valori;
- ?? sentimenti oppositivi e denigratori di un padre per altro vissuto come onnipotente e "inossidabile";
- ?? svalorizzazione della figura materna;
- ?? problematica edipica insolubile per una lotta tra desiderio e rifiuto;
- ?? tendenza ad abbandonare senza rimpianti oggetti, persone ed anche situazioni (scuola, sport, lavoro, ecc.);
- ?? facilità alla risposta in acting-out;
- ?? indifferenza di fronte alla possibilità di interrompere una relazione (anche terapeutica), ma, nello stesso tempo, una disperazione quando è l'Altro ad andarsene;
- ?? spiccata mentalizzazione con la quale si giustificano le rotture della relazione.

Da queste precisazioni si può desumere la sovrapposibilità della sindrome di Asperger con quella Borderline, tenendo in conto tuttavia che la prima si riferisce ad una psicopatologia infantile (3-4 anni) mentre la seconda corrisponde ad espressioni patologiche dell'età puberale (14-20 anni).

Nello studio clinico di soggetti borderline è molto frequente scoprire i primi segni di disagio psichico e, soprattutto, di una larvata sintomatologia di natura psico-affettiva che parte dai tre-quattro anni, che va oscillando, ma, nello stesso tempo,

confermando le difficoltà nella organizzazione della personalità e nella strutturazione di comportamenti adeguati.

Nello sviluppo della “*sintomatologia limite*” si osservano differenze molto grandi da caso a caso, ma queste sono relazionabili con le variazioni individuali della storia psico-affettiva e psico-sociale.

Importanti sono i rapporti interpersonali con la figura femminile negli anni pre e post-puberali che mettono in evidenza le problematiche pre e post-edipiche che questi soggetti devono affrontare anche se la loro organizzazione psico-mentale non è delle migliori, proprio per le grosse debolezze della organizzazione adattiva dell'Io.

È auspicabile una integrazione degli studi di paidopsichiatria con quelli più specificamente psichiatrici proprio perché porteranno a grandi risultati soprattutto nell'ambito delle possibilità terapeutiche e della prevenzione di un disturbo che, a volte spesso solo come disagio, sta trasformandosi nel maggior problema dei giovani della società moderna.

BIBLIOGRAFIA:

- ?? Bergeret J. (1974): La personalità normale e patologica. Cortina, Milano, 1984.
- ?? Bleuler J.: Dementia praecox oder gruppe der schizophrenien. Leipzig, Wien, Deuticke, 1911.
- ?? Cazzullo C.L.: Comunicazione personale..
- ?? Cloninger C.R.: Personalità and Psychopathology. American Psychiatric Publishing, 1999.
- ?? Correale A. et All.: Borderline. Edizioni Borla, 2001.
- ?? Cotugno A e Benedetto A.M.: Il paziente borderline. Franco Angeli, 2000.
- ?? Galimberti U.: la casa di psiche. Feltrinelli Editore, 2005.
- ?? Hoch P. e Polatin P.: Pseudoneurotic forms of schizophrenia. Psychiatr. Quart. 23, 248-276, 1949.
- ?? Jones J.M. : Affects as process. An inquiry into the centrality of affect in psychological life. The Analytic Press. London, 1995.
- ?? Lichtenberg J.D.: Some analogies between findings in infant research and clinical observations of adult, particularly patients with borderline and narcissistic personality disorders. In: Grostein J.S., Solomon F., Long A. (a cura di): The Borderline Patient, vol. 1. The Analytic Press, London, 1987.
- ?? Linehan M.M. e Kerhrer C.A.: Borderline personality disorder. D.H. Baslow (Ed.), Clinical Handbook of Psychological Disorders, New York: Guilford Press, 1993.
- ?? Kernberg O.F.: Borderline personalità organization. J.Am. Psychoanal. Ass., 15, 441-485, 1967.
- ?? Kernberg O.F.(1975): Sindromi marginali e narcisismo patologico. Bollati Boringhieri, Torino, 1978.
- ?? Kernberg O.F.: Disturbi gravi della personalità. Bollati Boringhieri, 1987.
- ?? Knight R.P.: Borderline states. Bul. Menn. Clin., 1953.
- ?? Meares R.: The metaphor of play. Disruption and restoration in the borderline experience. Ed. Jason Aronson Inc., Northvale, New Jersey, London, 1993.
- ?? Paris J.: Il disturbo borderline di personalità. Etiologia e trattamento. Raffaello Cortina, 1995.
- ?? Perris C.: Psicoterapia cognitiva nei disturbi psicotici e di personalità. Masson
- ?? Perris C.: Terapia cognitiva con i pazienti schizofrenici. Boringhieri.
- ?? Piaget J. (1937): La nascita dell'intelligenza nel bambino. Giunti-Barbera, Firenze, 1968.
- ?? Rosenfeld H.A (1965): Stati psicotici. Armando, Roma, 1978.

ASPERGER: genialità o psicopatologia?

Romeo Lucioni – Sabrina Menozzi

Il tema dell'Asperger sembra quasi diventare sempre più importante e meritevole di essere portato continuamente alla ribalta perché viene presentato come il problema dei nostri giovani, superdotati intellettivamente, ma emarginati da una società insensibile ai loro problemi. Questi ragazzi si sentono "diversi" dai cosiddetti "neurotipici" (i normali).

Quasi a voler spiegare il fenomeno, è stato raccontato che molti personaggi della cultura universale erano Asperger e ha spesso generato discussioni l'idea che A. Einstein e I. Newton fossero in realtà autistici di tipo Asperger.

L'incidenza della sindrome sembra in notevole aumento nelle statistiche (forse a causa di una maggior precisione nella diagnosi), ma soprattutto si stanno registrando situazioni difficili da controllare: gli Asperger hanno approntato un sito internet www.neurodiversity.com che serve per diffondere le loro idee di diversità; è stato creato un istituto specializzato con sede a Castkills Mountains a mezz'ora da New York; è stato fondato in Inghilterra la Autistic Liberation Front che dovrebbe difendere la dignità dei cittadini autistici.

L'Asperger è anche chiamato "autismo ad alto funzionamento" che ha una leggera preminenza tra i maschi e si sta pensando di creare una scuola speciale che, attraverso programmi fortemente strutturati, dovrebbe riuscire ad aiutarli, tenendo conto delle loro peculiarità personologiche ed anche di apprendere.

Le ricerche più nuove non riconoscono più il carattere autistico della sindrome Asperger, proprio perché in questa mancano le caratteristiche più specifiche dell'Autismo di Kanner (che è quello tipico) e che riguardano:

autismo di Kanner	Sindrome di Asperger
?? grave isolamento sociale con crisi di aggressività e di distruttività se qualcuno si avvicina;	?? tendenza all'isolamento come atto di difesa di fronte alle difficoltà personali nel rapporto interpersonale;
?? comparsa a partire dai due anni;	?? buona organizzazione degli oggetti animati ed inanimati che, tuttavia, risultano poco investiti affettivamente (facilmente perdibili);
?? mancata organizzazione degli oggetti interni ed esterni, sia animati che inanimati;	?? buon funzionamento della coscienza e del pensiero che ha raggiunto il livello simbolico;
?? formazione di un sistema rappresentazionale personalistico e non condivisibile;	?? forte mentalizzazione che induce un senso di superiorità che conduce alla svalorizzazione degli oggetti interni;
?? mal funzionamento della coscienza ed un pensiero fondamentalmente di tipo concreto (la percezione prende il posto del pensiero);	?? nessun oggetto vale la pena di essere salvato e le relazioni interpersonali sono fragili e facilmente frantumate da acting out;
?? gravi difficoltà nel funzionamento della teoria della mente;	?? la figura femminile, svalorizzata, suscita desideri incontenibili (innamoramenti) proprio insieme a sensi di frustrazione proprio per le capacità relazionali che mancano al soggetto e che sostengono i sentimenti della diversità.
?? l'affettività è fortemente destrutturata, spesso sostituita da forti sentimenti riparativi e, quindi, da comportamenti controfobici (paura di crescere).	

La caratteristica dell'Asperger riguarda il rapporto con la figura paterna, vissuta come aggressiva, violatoria e persecutoria, ma anche onnipotente ed invincibile per cui ne deriva una forte tendenza di sudditanza e di sottomissione. L'Asperger non può staccarsi dalla figura paterna interiorizzata che impedisce (pena la distruzione e la morte) di essere se stessi; di godere della felicità del rapporto con gli altri; inoltre il confronto con una figura vissuta tanto onnipotente, costringe il soggetto a ritenersi incapace, inadatto ed inadeguato al compito, soprattutto riferito al rapporto interpersonale.

Il rapporto con la figura femminile è particolarmente complesso e difficile perché, seppure svalorizzato (come qualsiasi altro oggetto delle realtà) è agognato, malvissuto come irraggiungibile proprio perché è la donna dell'Altro-onnipotente e castrante.

Queste caratteristiche psicopatologiche avvicinano moltissimo l'Asperger alla Sindrome Borderline (schizofrenia pseudo-nevrotica di C. Cazzullo) tanto da poterle sovrapporre, sebbene la prima abbia il suo esordio (inizio subdolo) ai tre anni, mentre il borderline viene diagnosticato intorno ai venti anni (quando diventano più pressanti le necessità relazionali (vedi le ragazze) ed anche le richieste della vita sia scolastica che sociale). Resta però da segnalare che nei borderline il trattamento psicoanalitico porta facilmente a scoprire screzi della malattia a partire dai tre anni.

Come si vivono gli Asperger?

1. questi ragazzi si sentono mentalmente superiori (mentalizzazione) proprio perché si vivono più furbi degli Altri:
 - ?? non si lasciano accalappiare da un mondo perverso, inutile e degenerato;
 - ?? non accettano mai compromessi perché potrebbero portare a dover ricambiare un piacere ricevuto o accettare una situazione che in realtà è odiata;
 - ?? è ossessivo il desiderio di libertà e di immortalità;
 - ?? la furbizia sta nel fatto di "poter vivere con poco", il sufficiente per "non morire", mentre agli altri piace il superfluo, senza capire che questo è un compromesso che, poco a poco, spinge a dover accettare tutta una società che deve essere rifiutata completamente;
 - ?? fondamentale diventa quindi non essere riconoscenti perché se qualcuno regala qualcosa deve sapere che lo fa perché lo vuole (il soggetto dice chiaramente di non aver bisogno di nulla, tantomeno di un regalo) e perciò non deve assolutamente sperare di essere contraccambiato, neppure con un favore o con un ringraziamento;
 - ?? l'Asperger è al contrario (solo a volte) generoso con chi non conosce, anche perché è il modo di autoconvincersi del proprio potere, della propria superiorità;
 - ?? la generosità è quasi donare un qualcosa di cui non si ha bisogno e, soprattutto, che non comporta nessun sacrificio (non vuole essere ricompensato).
2. sono anche estremamente convinti che la loro superiorità sta nel "conoscere tutto". Per questo troviamo ragazzi che leggono tutto di tutto (per es. anche varie enciclopedie). Questo atteggiamento è molto caratteristico ed indica la paura di dimostrare di non sapere qualcosa. Il loro non poter essere onnipotenti (come il famoso padre che sa e può tutto) li porta ad una emulazione ossessiva che, però, non serve a risolvere il problema di non

sentirsi padroni della verità, di poter essere messi in ridicolo anche per solo una inezia. Questa paura induce a non proporre mai una propria idea, durante una discussione o una semplice conversazione, perché "... è troppo pericoloso". Sta di fatto poi che un Asperger non sa partecipare perché, in fondo, l'Altro è solo un ignorante (svalorizzazione) che non sa nulla e, dunque, è solo tempo perso parlare con lui.

3. sentirsi onnipotente diventa una ossessione, ma l'onnipotenza del padre annichilisce la propria e, quindi, questi ragazzi si sentono sempre degli inferiori, anche se dicono di "... essere dei geni come Einstein!".

Questi meccanismi sono sempre espressione di funzionamenti "intrapichici" che nulla hanno a che vedere con le esperienze reali e, quindi, risulta molto complesso mantenere una buona relazione con loro.

Un ragazzo commentava la figura del padre come di un "mostro perverso" perché non aveva mai voluto portarlo allo stadio a vedere la partita di calcio. Quando però si è andati ad analizzare la situazione, con un senso di totale semplicità e normalità, spiegava di non aver mai espresso il suo desiderio, ma proprio in questo era il carattere perverso: "...anche se io non lo chiedevo, lui sapeva (onnipotenza) e non voleva farmi felice (perversione)".

È evidente che con queste dinamiche intrapsichiche nessuno può immaginare cosa stia passando nella testa di un Asperger e, quindi, non deve stupire che dopo espressioni di grande gioia possano seguire commenti come se "... sia stata la più dolorosa e struggente esperienza mai vissuta!".

4. Quando gli Asperger riescono a trovare un lavoro (difficilmente perché sovente non riescono a terminare gli studi) non si trovano mai bene, gli altri sono sempre dei persecutori. Parleranno sempre malissimo dell'ambiente di lavoro, dei compagni, dei dirigenti anche se molto difficilmente riusciranno a cambiare lavoro perché andare a chiedere a chi non capisce da solo quanto siano bravi e validi è sempre un gravissimo problema.
5. un Asperger si trova sempre di fronte ad un dilemma (le fatidiche due porte) e non può mai scegliere, non riesce a decidersi e si moltiplicano le "discussioni interne", le tergiversazioni non espresse che portano inevitabilmente a disorganizzare tutti i rapporti. Per questo diventa utopico pensare di poter risolvere il problema con un atteggiamento conciliante, accomodante, accogliente. Non è mai possibile soddisfare delle esigenze non espresse e non esprimibili perché, in realtà, sarebbero una specie di resa, un tradire la propria onnipotenza. Ogni volta che si riprende un dialogo l'Asperger non si accorge delle sfumature che sono intervenute, per lui è sempre imprescindibile sentire che "... sei tu che non riesci a capirmi!". Si parla di ipersensibilità sensoriale ed emotiva, ma in realtà è un problema di disorganizzazione affettiva: per lui l'altro non vale assolutamente nulla, non potrà mai essere capito da chi ... non ne ha le capacità! E queste superano lo stretto ambito intellettuale perché il paziente si fida ciecamente del suo intuito, della sua furbizia, delle sue convinzioni che sono una specie di ... divinizzazione delle proprie capacità "singolari".
6. il senso di onnipotenza porta l'Asperger a vivere sentimenti di immortalità e di perfezione fisica per cui:
 - ?? il tempo passa solo per gli altri, non per lui che si sente sempre giovane e che ha tutto il tempo davanti a sé;
 - ?? la gioventù è anche quella che investe i sentimenti per cui è solamente lui che si scopre etico e che sa captare nell'altro la perfezione perché ".. è

quasi come me; la pensa come me”. Questo proiettare nell’altro la propria immagine è disastroso perché porta ad innamoramenti folli per una persona alla quale non è stata magari mai rivolta neppure una parola, ma che “... lui sa che è la persona giusta, fatta a sua immagine, perfetta ed etica ...” l’Altro rischia sempre per essere preso per un “debosciato” proprio perché “vecchio” e non più giovane, bello, morale, etico, libero ecc. ecc. come è lui (immortale ed egocentrico). Nelle ragazze Asperger questo è un tema importante perché implica una ossessiva difesa di una immagine “... acqua e sapone” e a dover affrontare crisi di angoscia quando compare il primo capello bianco.

7. Si potrebbe dire che in questa situazione il modello migliore per stabilire una buona relazione pedagogica potrebbe essere quello di “offrire un ambito didattico fortemente strutturato”, ma non è del tutto vero perché sono facilissimi gli acting-out e, soprattutto, la rottura di qualsiasi tipo di relazione spesso si verifica proprio nel momento in cui si stava profilando una situazione di miglioramento. È proprio in questi momenti che bisogna prestare maggior attenzione perché se tutto va troppo bene bisogna aspettarsi il peggio, forse perché si sta raggiungendo una situazione vissuta come di “troppa dipendenza”, di esagerata compromissione e ... si potrebbe pensare di “troppo forte legame”. Questo accade facilmente nella psicoterapia e così ogni trattamento risulta difficilissimo: il legame terapeutico viene interrotto in qualsiasi momento e spesso proprio quando sembrerebbe di essere sulla buona via per risolvere “il caso”.

Lo spazio di manovra è sempre molto stretto perché non c’è molta separazione tra bene e male, tra amore e odio e così ad un momento molto positivo può seguire, in un attimo, un quadro del tutto negativo, insanabile e che solo porta alla distruzione del legame.

Con questi ragazzi bisogna sempre essere disponibili ad andarli a cercare, ma attenzione: non bisogna mai chiedere cosa sia successo perché l’unica risposta sarà “... non riesci proprio a capirmi!”.

Ecco perché Paola Emilia Cicerone dice “... a volte tra normalità e disagio c’è un confine sottile” che porta a negare ogni possibile psicopatologia: tutto è riferito ad una “diversità” che è accettata dal soggetto come caratteristica che non può essere cambiata.

L’Asperger è portato a dire “io sono fatto così e non posso cambiare”, “il mio problema viene dal fatto che per me il mondo è solamente una montagna di spazzatura, un ambiente senza etica e senza morale e non c’è proprio nulla da fare perché “... il mondo è insalvabile ...”

Ancora una volta le due porte diventano la metafora esistenziale e sostengono espressioni come “... è difficile dire se siano le nostre fissazioni a rendere difficili le relazioni interpersonali o se siano le difficoltà a comunicare che generano l’atteggiamento compulsivo a fuggire, o a ritirarsi.

Qualcuno parla di un “diverso stile cognitivo” per giustificare le difficoltà che sembrerebbero riferite alla comprensione delle situazioni. In realtà il problema è profondamente affettivo, nel senso che se l’Asperger non può dare valore a nulla, né agli oggetti (non vuole regali anche se si tratta di un oggetto desiderato), né a persone, è evidente che può disfarsene in qualsiasi momento, senza rimpianti, ma anzi con la sensazione di aver scampato il pericolo di lasciarsi prendere dal gioco perverso dell’amore, della vicinanza, della reciprocità.

8. Il problema dell'Asperger è che di solito si tratta di ragazzi intellettualmente ben dotati, anche se spesso queste doti restano nascoste, indecifrabili anche con i test mentali perché il "... tanto non serve a nulla" porta per lo più a rifiuti, a minimizzazioni, a mancanza di impegno. Questi ragazzi a volte sembrano anche molto più dotati di quello che in realtà riescono a dimostrare nell'applicazione pratica, nelle esercitazioni di problem solving, ma, soprattutto, per la mancanza di tenuta, di volontà e di forza vitale. Sono sempre poco affidabili; non accettano né consigli, né critiche e neppure riconoscimenti; per lo più, le loro ossessioni, le fobie, le irrequietezze ed i "fantasmi che occupano le loro menti" rendono difficili anche le più aperte e generose attitudini.
9. In questa situazione di problematica intrapsichica, risulta difficile impostare una qualsiasi terapia che, per altro, viene sdegnosamente rifiutata perché "... io non sono matto". È inutile pensare ad un trattamento farmacologico perché il disturbo è del tutto psichico (anche se spesso si sente parlare di presunti e particolari disequilibri dei neuro-trasmittitori). Di fronte a questi ragazzi che vivono angosce e tribolazioni anche intense, non dobbiamo dimenticare che i problemi psichici vengono da una origine lontana, che ha fatto il suo esordio tra i tre ed i dieci anni.

COMMENTO E CONCLUSIONI

Il rapporto tra psicopatologia e società varia in continuazione e per lo più non possiamo trovarne una giustificazione plausibile. Al tempo di Freud la "malattia" di moda, o comunque di gran lunga più frequente, era l'isteria che portava con sé tutte le problematiche narcisistiche, personalistiche e, soprattutto, legate alla sessualità ed alle abitudini troppo restrittive e repressive che caratterizzavano la cultura dell'ottocento.

Successivamente, il quadro psicopatologico più evidente venne riferito ad una "stanchezza nervosa" e, quindi, la maggior incidenza era assunta dall' "esaurimento nervoso". Questo quadro, sebbene non ben definibile scientificamente, veniva accettato come caratteristica conseguenza delle difficoltà della specie umana nell'adattarsi ad una società sempre più complessa e ad una tecnologia che, in rapida evoluzione, creava ampie sacche di disadattati o nevrastenici.

Di queste "malattie" oggi quasi non si parla più e i riferimenti più significativi vengono fatti su una sindrome misteriosa e poco chiarita: il borderline.

Questo particolare quadro psico-patologico è stato considerato come qualcosa di non specificamente descrivibile proprio perché non poteva essere annoverato tra le nevrosi, ma neppure tra le psicosi che, per la loro gravità, venivano ancora indicate come le forme di malattia psichica dalla quale era poco probabile poter uscire.

È interessante ricordare come il borderline possa essere messo in stretto rapporto con la schizofrenia, tanto che C.L. Cazzullo creò, negli anni sessanta, la denominazione di "*schizofrenia pseudo-nevrotica*".

Questo quadro tanto nevrotico, quanto psicotico, che ha in sé aspetti isterico-narcisistici quanto difficoltà che inducono alienazioni sociali, è, quindi, il disturbo che è maggiormente individuabile nella società attuale che ne vede il continuo aumento anche magari sotto la denominazione di *sindrome di Asperger*.

Non farà certo piacere agli Asperger questo accostamento con un quadro psichico ritenuto dagli psichiatri decisamente patologico, ma anche la psichiatria ortodossa comincia ad accettare che non tutto ciò che capita nel suo ambito può essere chiamato malattia.

Abbiamo tutti i quadri di disturbo dello sviluppo psico-mentale (psico-affettivo e psico-cognitivo) che stentano ad entrare nell'alveo delle malattie psichiatriche. Ricordiamo i problemi che vengono affrontati come "disabilità psichica" e che, per lo più sono riferiti ad una patogenesi multipla: genetica, familiare, relazionale, sociale, ecc.

Non dimentichiamo che le neuroscienze ed in particolare gli studi sulle alterazioni della modulazione dei neurotrasmettitori o dei neuropeptidi sta prendendo il sopravvento per quanto riguarda i cosiddetti disturbi della sfera psico-mentale: emotiva-affettiva-relazionale-sociale.

È sicuramente dimostrativo il fatto che il sito internet più o meno ufficiale che rappresenta i soggetti con disturbi o qualità particolari di funzionamento mentale abbia scelto la denominazione di www.neurodiversity.com.

La diversità neurofunzionale sarebbe invocata dagli Asperger per sentirsi accettati definitivamente come "diversi" anche se genitori, terapeuti ed educatori pensano strenuamente alla possibilità di farli rientrare nell'alveo della cosiddetta normalità.

Questa però può risultare ed essere accettata come un obiettivo da raggiungere quando la sua negazione dona vantaggi di tutti i tipi, non ultimo quello di essere considerati novelli Einstein o redivivi Newton con potenzialità nascoste, con genialità misconosciute, ma pur sempre "sognabili"?

BIBLIOGRAFIA:

?? Cicerone P.E.: Asperger: malato a chi? *Mente e cervello*, Le Scienze spa, Roma, luglio-agosto 2005

Perché Einstein non era autistico.

Romeo Lucioni

Giovanni Papini in “GOG”, il suo libro straordinariamente attuale, scientificamente preciso e culturalmente creativo, racconta l’immaginario incontro con Albert Einstein che, per chiarire subito il nucleo fondante del suo pensiero dice “... per natura io sono nemico della dualità”.

Proprio questa dichiarazione spiega perché lo scienziato non possa essere autistico: il suo “scopo supremo”, il suo “modello mentale” (diremmo noi psicoanalisti) è “sopprimere le differenze”.

Cercare l’unità:

~~///~~ nello spirito della scienza;

~~///~~ nella vita e nell’arte;

~~///~~ nell’amore;

~~///~~ nella metafora poetica

significa superare il dilemma esistenziale del bambino nella fase primitiva dello sviluppo. In questo “stadio”, invece, è confinato l’autistico che:

?? nella sindrome di Kanner non possiede oggetti stabili e, quindi, la realtà è posta sempre di fronte al precipizio, al terrore di dissolversi nel nulla;

?? nella sindrome di Asperger non riesce più a scegliere, a riunire, a unificare la realtà perché gli opposti (bene-male; giusto-ingiusto; bello-brutto) sono qualità che invadono contemporaneamente gli oggetti che, quindi, perdono valore, vengono rifiutati ed eliminati come inservibili.

Quando Einstein conclude “... spazio e tempo sono aspetti indissolubili di una sola realtà” ed enuncia la sua “ultima scoperta” nella “teoria del campo unitario” dichiara e grida non solo il suo “non essere autistico”, ma anche la sua “creazione mentale”: dare al mondo un senso (istintivo) ed un significato (intellettivo) che sono il vero modello paradigmatico del diventare uomo che, proprio nell’unità, trova l’amore.

Einstein, nel colloquio immaginario con Papini, dice che le scienze e, quindi, la natura e in essa l’uomo, possono essere tradotte in una sola formula “*Qualcosa si muove*”.

Papini sembra sconcertato e meravigliato di fronte ad una frase tanto semplice, ma che, per Einstein, contiene il senso della vita, cioè il Moto, mentre

per San Giovanni era il Verbo e

per Goethe l’azione.

In queste definizioni criptiche c’è dunque il senso della vita, incredibilmente semplice ed eticamente fondante: da Dio-Verbo, unità iniziale, nasce l’Uomo che scopre l’azione, il “fare”, ma questo è possibile e acquista significato solo se posto al servizio dell’unità che è amore.

Il bambino autistico (Kanneriano) non può fare, cioè agire, creare, vivere, perché è limitato al gesto ripetitivo, alla coazione, allo stereotipo: deve “fare per non fare”.

Solo quando, con la terapia, potrà acquisire prerogative umanizzanti, che sono relazionali, sociali e valorative (timologiche), comincerà a ... dare un calcio alla palla e sarà il primo passo verso il raggiungimento del proprio Sé, della propria umanizzazione e la spinta per uscire dall’autismo.

Recentemente lo psichiatra irlandese Michael Fitzgerald (professore al Trinity College di Dublino) è ritornato sul tema ed ha sottolineato le similitudini caratteriali di Albert Einstein e di Isaac Newton con quelle descritte per la *sindrome di Asperger*.

Questo disturbo, che nel DSM IV fa parte del quadro autistico, è ormai tolto da questo ambito nosografici, tanto più che oggi viene assimilato alle forme infantili di *borderline*.

Con tutto questo, la questione resta complessa anche perché la Sindrome Borderline è riconosciuta spesso come *disturbo di personalità* e non come una vera e propria malattia mentale. Naturalmente, in questo non possiamo che considerare la possibilità di trovarci di fronte ad una ampia gamma di sfumature che, su un arco di 180°, vanno dalla normalità con screzi borderline, sino ad una vera sindrome-malattia-borderline.

Questo giustifica tutti quei casi che, per evoluzione propria o per mancanza di un intervento terapeutico adeguato, va peggiorando presentandosi con una sintomatologia psico-affettiva e comportamentale che non permette nessuna integrazione sociale.

Letto in questi termini, il problema si fa più chiaro, tanto da poter accettare come soggetti con una personalità particolare o soggettiva, non solo Einstein e Newton, ma anche Antonio Gaudì (l'artista catalano che con la sua "Sacra famiglia" mette in evidenza come abbia perso il senso della definizione globale, portando a termine solo alcune parti che ne sottolineano però la genialità); Lewis Carrol (con il suo memorabile "Alice nel paese delle meraviglie"); l'eccentrico Eamon de Valera (fondatore della Repubblica dell'Irlanda); il grande poeta W.B. Yeats (che, per la sua personalità "ordinaria e demoralizzata", non fu accettato nel prestigioso Trinity College); l'artista Andy Warhol (bandiera del movimento pop; collezionista di oggetti che accumulava senza neppure toglierli dal pacchetto).

Parliamo di personaggi eccentrici, che a volte sfiorano la "stravaganza", ma, per altro lato, sono tutti grandi uomini che non sono stati impediti nelle loro potenzialità da atteggiamenti psico-affettivi o da personalità "particolari".

Come sempre ogni caso è un mondo differente, ma ci resta un dubbio inquietante: cosa sarebbe successo se questi grandi uomini fossero stati aiutati ad uscire dalla loro eccentricità, dalla loro "follia creativa" per essere immessi in una normalità piatta, regolare, monotona e svuotata del genio creatore, di quel pizzico di dono divino che li ha fatti diventare dei geni.