

# **SINDROME DI ASPERGER-BORDERLINE: un caso clinico.**

**Romeo Lucioni**

*“... no sono semplicemente dei rari”*  
(Murphy)

Quasi contemporaneamente a Kanner, che presentava i suoi primi casi di “autismo”, il pediatra austriaco Hans Asperger, nel 1944, faceva conoscere un gruppo di ragazzi con tendenza all'isolamento, ma dotati di un alto quoziente intellettivo: si cominciava a parlare di “*sindrome di Asperger*”, caratterizzata da difficoltà nella socializzazione, facoltà sociali deficienti, condotta di tipo ossessivo-compulsiva e da rigidità e incoerenza mentale, non accompagnata da disturbi del linguaggio, né da blocchi psico-mentali ed intellettivi.

Proseguendo negli studi, oggi si è arrivati a stabilire che questi segni appaiono tra i tre ed i sei anni, accompagnati anche da comportamenti ossessivi, reazioni esagerate, rinuncia ad una vita attiva ed alle iniziative che già si erano sviluppate normalmente.

In questi casi non sono stati evidenziati segni biologici quantificabili (la normalità dei reperti della TAC, della RMN, dell'EEG, ecc. contrasta con espressioni come “... la S.A. è un disordine neurobiologico incluso nello spettro autistico), anche se negli ultimi tempi alcuni ricercatori hanno evidenziato anomalie strutturali nel lobo frontale del cervello (dati non ancora confermati e di difficile lettura).

Anche se i fattori biologici occupano ancora spazio nel determinismo della personalità di un individuo, è tuttavia indubbio che nell'uomo (animale o essere sociale per eccellenza) la relazione e, con essa, la cultura assumono un ruolo fondamentale per organizzare il comportamento, per determinare la struttura della personalità, influenzare lo sviluppo psico-mentale e la organizzazione del sistema rappresentazionale.

Le espressioni giusto o ingiusto, buono o cattivo, utile o inutile, valido o banale, conveniente o sconveniente, qualificante o dannoso per l'immagine, salutare o pericoloso per il corpo, rappresentano le alternative che vengono apprese nella relazione, verificate nella cultura, accettate nell'identificazione ed espresse nel comportamento.

Queste, che possiamo anche definire come *forme culturali*, ispirano gli stili di vita, ma, più profondamente, contribuiscono alla determinazione dello sviluppo psico-mentale, alla formazione dell' Io ed a quello che è stato chiamato il Sé, struttura psichica che accompagna l'uomo adulto e socialmente integrato.

Quasi tutti i casi descritti presentano abilità motoria deficitaria, ma è difficile segnalare questo sintomo come primitivo, perché la rinuncia alla vita, la riduzione dell'attività ed il preferire starsene sdraiato in poltrona ad ascoltare musica, portano, di per sé, ad una riduzione delle abilità motorie semplici e complesse.

La notevole singolarità delle risposte agli stimoli sociali, relazionali, sensoriali e/o vitali è un segno caratteristico che fa “impazzire” i famigliari e/o i caregivers perché le risposte non risultano mai prevedibili ed inoltre i risultati ottenuti con le varie terapie (per lo più psicologiche) sono sempre poveri e discordanti con le reali capacità mentali dei soggetti.

Trattare un caso di “*disturbo dello sviluppo psico-mentale di tipo Asperger*” (quindi non si tratta di un processo regressivo) non risulta compito facile ed inoltre la diagnosi può richiedere un lungo periodo di osservazione poiché il soggetto si ritira facilmente in casa, è schivo nei confronti degli altri, è mutacico non perché non abbiano nulla da dire, ma perché rifiuta il contatto interpersonale: tende a screditare il mondo (anche se è ossessivo nell'apprendere informazioni generiche e varie) e a disinteressarsi del rapporto con altre persone.

Questi aspetti negativi inducono una forma di regressione psico-mentale e di rinuncia a mantenere qualsiasi forma di attività: la frase più tipica è “oh! Come sono stanco”.

Tentando di riunire segni psico-patologici caratteristici possiamo dire che i soggetti Asperger:

- non sanno rispondere alle domande in forma appropriata e coerente, dimostrando di non poter usufruire di un efficace “criterio di realtà”;
- dimostrano uno sviluppo psico-mentale disarmonico perché presentano parti organizzate secondo normali parametri temporali ed altre che sono ritardate o che non arrivano mai;
- evidenziano disturbi di adeguamento ai compiti che spesso vengono riferiti a dimenticanza, superficialità, indifferenza o anche opposizione;
- le capacità intellettive sono disarmoniche tanto che si possono trovare abilità matematico-deduttive buone, insieme a grossi deficit in quelle immaginative e logico-lessicali;
- presentano anche difficoltà a generalizzare gli apprendimenti (qualità che va riferita allo sviluppo simbolico);
- sono disturbati da informazioni che vengono offerte in maniera caotica e/o poco strutturata ed anche quando si presentano in forma multipla e/o contraddittoria;
- sopportano con difficoltà le frustrazioni e reagiscono con scatti d'ira o con bronci ed opposizione;
- vivono sensazioni di inefficienza e di inadeguatezza che portano a repentini e ingiustificati ritiri (spesso vengono interrotti gli studi) e/o raffreddamenti della volontà;
- evidenziano incontinenza emotiva, responsabile delle reazioni di rabbia, di fuga e di rottura del rapporto con conseguente isolamento (“... sovraccarico del circuito elettrico);
- manifestano spesso comportamenti ripetitivi che possono contenere crisi di tensione interna;
- sono goffi nei comportamenti motori complessi, come conseguenza di una insufficienza e/o disabitudine, ma mai di un deficit.

La sintomatologia, letta con un registro psico-neuro-cognitivo, si caratterizza per:

- difficoltà a concettualizzare lo spettro sensoriale e, quindi, ad organizzare un valido e permanente “sistema rappresentazionale”;
- impossibilità di esprimere con la mimica, la postura e l'atteggiamento le proprie valenze affettive, proprio perché la fluttuazione e la variabilità della lettura delle emozioni porta a continue variazioni della risonanza intima: amore e odio, così come la partecipazione e l'indifferenza, sono sentimenti tanto vicini che il soggetto passa dall'uno all'altro in un breve spazio di tempo;

- difficoltà a leggere con precisione le coordinate che legano la cause agli effetti e questo, soprattutto, quando si tratta di relazioni interpersonali;
- un grande senso di stanchezza, proprio perché, di fronte ad ogni cosa, c'è il peso psichico e morale di dover scegliere; questo giustifica l'indolenza, la perenne "stanchezza" (li porta a rifiutare anche gli esercizi fisici per cui risultano anche in difficoltà di fronte a una motricità complessa), il frequente e irritante rispondere "... booh!";
- reazioni oppositive e/o aggressive che sono per lo più determinate da uno stato di stress, di tensione interna insostenibile, anche se, dal di fuori, non può essere giustificata o capita.

Da un punto di vista psicodinamico, si può parlare di "*struttura patologica dell'IO*" legata ad un disordine dello sviluppo psico-mentale.

Nei soggetti borderline, l'attività sintetica dell' Io si manifesta nell'organizzazione dell' Oggetto Genitoriale e nello sviluppo affettivo (che è il fondamento per la rappresentazione del Sé e degli oggetti della realtà) e nelle difficoltà rappresentazionali che, come si osserva, portano da un lato a non avere un termine di paragone condivisibile e, dall'altro, a non poter usufruire della "realtà" per dare senso di valore a Se stessi.

Nell'osservazione clinica troviamo:

- povertà dell'identità personale (personalità "come se");
- scarsa percezione di sé e del proprio ruolo (sociale) e, quindi, identificazione con l'Altro attraverso un "mimetismo smisurato";
- impulsività ed instabilità emotiva;
- relazioni affettive disturbate: anaclitiche, dipendenti, complementari, raramente reciproche;
- identificazione inesistente a causa di relazioni povere e parziali con gli oggetti interni;
- sentimento depressivo (che non è mai colpevolizzazione) di abbandono, solitudine e impossibilità di organizzare relazioni soddisfacenti, che si rinnova quotidianamente e non lascia spazio per accedere all'autosoddisfazione;
- ampia varietà di condotte adattive nevrotiche (soprattutto isteriche) che portano ad una deformazione dell'IO;
- deficiente adeguatezza del senso del reale con costante scivolamento verso percezioni personalistiche ed inadeguate;
- difficoltà a mantenere una "permanenza" narcisistica; l' Io fluttua tra l'essere ed il non-essere, producendo un senso di sé estremamente fragile: è sufficiente una frustrazione (anche se vissuta solo nell'immaginario) per provocare gravi crisi depressive;
- bassa tolleranza alle reazioni ansiose con scarsa capacità di autocompiacersi per le proprie relazioni e per i successi nel lavoro (quando riescono a svolgerlo sono puntigliosi e precisi);
- multiple fobie e comportamento pignolo ed ossessivo;
- tendenza a sentimenti paranoici e a pensieri sopravvalorativi del sé (senza mai raggiungere i limiti di un falso sé);
- tendenza a ipervalorizzarsi come "giovani", efficienti, validi e mentalmente adeguati (i pensieri degli altri risultano valorizzati: il valore del sé e dell'Altro risultano punti estremi del braccio della bilancia);

- stati tenebrosi di rifiuto e di isolamento, carico di accuse tanto dolorose, quanto vaghe e poco valide;
- i vissuti di piacere risultano solo episodicamente ego-sintonici, presentandosi per lo più come ego-distonici, quindi, valorizzati.

### **Osservazioni su un caso clinico.**

*Affa è un giovane di 20 anni quando giunge all'osservazione, sollecitata per gravi atteggiamenti autolesivi.*

*Da qualche mese sotto le armi, aveva cominciato a dire frasi sconnesse e poco comprensibili, che si riferivano a "... timore a fare i turni di guardia e dell'eventualità di dover far uso dell'arma da fuoco di cui era dotato".*

*Su richiesta dello psichiatra consultato, veniva rapidamente predisposta l'interruzione del servizio militare ed il giovane iniziava una psicoterapia nel cui ambito si evidenziavano notevoli difficoltà a mantenere un buon rapporto anche se un chiaro atteggiamento di dipendenza portava a stabilire un ambito sufficientemente utile e capace di sostenere una volontà di "crescere nell'auto-individualizzazione".*

*In un momento di espansività affettiva Affa diceva: "... riconosco che in questi incontri ho imparato a pensare ... per questo riesco a organizzare la mia mente che ora è "mia" ...".*

*La storia personale, ricostruita nelle sedute psicoterapeutiche, riportava come i primi segni di "difficoltà psichica" erano apparsi intorno ai tre anni. Una foto faceva rivivere desideri di "castrazione" rivolti verso il padre ("... volevo tagliargli il naso") e sentimenti angosciosi di vergogna per "...avere un pisello così piccolo", pensiero che induceva la continua richiesta di portare il pannolino come la sorellina ("ferita narcisistica").*

*Iniziato il periodo scolastico regolarmente, la madre riferiva di un bambino vivace, allegro, capace di godere della compagnia dei compagni e degli amici.*

*Intorno ai dieci anni comparivano i primi segni psicopatologici con rifiuto di mantenere rapporti con i coetanei ed una certa tendenza all'isolamento; continuava la scuola con difficoltà perché l'impegno nello studio si era molto affievolito. Affa riferiva "... andavo avanti senza studiare, facendo il minimo indispensabile, ricordando le spiegazioni dei professori".*

*Questo è stato un segno importante perché aveva strutturato un sentimento di inadeguatezza e di colpa per non meritare i risultati ottenuti.*

*Interrompeva gli studi al terzo anno delle superiori, senza raggiungere, quindi, il corrispondente diploma; si chiudeva in casa dove passava lunghe ore in cantina a leggere giornali vecchi.*

*Per un breve periodo aveva lavorato come aiuto macellaio, poi si era licenziato, aspettando di essere arruolato nel servizio militare obbligatorio.*

*L'indagine psicologica metteva in evidenza sentimenti di depersonalizzazione legati ad un profondo senso di impossibilità e di inadeguatezza; il mondo psichico del Sé era vissuto come dominato e guidato da un cervellone (interno al sé, ma di altra natura) che riusciva a convincerlo che, per non subire momenti di angoscia legati alle relazioni interpersonali anche occasionali, era meglio starsene tranquillamente in casa.*

Il Rorschach si caratterizzava per incapacità all'identificazione e impossibilità a strutturare validi oggetti di riferimento; il test deponeva per un quadro psicopatologico con:

- *ansie profonde fobico-ossessive, poco controllabili, che determinavano una destrutturazione delle capacità percettive;*
- *grosse difficoltà a percepire una realtà configurata in oggetti poco riconoscibili così che le immagini si sdoppiavano permettendo la comparsa di engrammi confabulatori;*
- *ansie profonde di tipo distruttivo-orale che, risultando poco contenute da sistemi adattivi primitivi (narcisismo e fuga in una realtà fantastica), erano inadeguati a difendere le strutture dell'Io.*

*Il rapporto terapeutico veniva strutturato nella ricerca di validi legami interpersonali e, soprattutto, di agganci adattivi per permettere la strutturazione di un senso di sé fondante e libero da angosce. Il paziente cominciava a rendersi disponibile per attività di gruppo che, nell'impossibilità di utilizzare metodiche verbali (Affa non si esprimeva se non attraverso sporadici monosillabi, frammisti a spazi di assoluto silenzio) si limitavano ad attività di tipo corporale.*

*Dopo pochi mesi di questa terapia-occupazionale (accompagnata da sedute settimanali di psico-terapia individuale) il ragazzo iniziava anche l'ippoterapia con ottimi risultati, ma che non poteva proseguire oltre i sei-sette mesi per un esplicito e fermo rifiuto. Questa esperienza veniva vissuta come uno "stimolo troppo forte a crescere, ad assumere una identità decisa, capace di rendere indipendenti".*

*Nel lavoro con i ragazzi autistici Affa riferiva di sentirsi come "esecutore di indicazioni e di ordini" e, quindi, libero da precise responsabilità.*

*Il legame affettivo con i bambini che seguiva diventava più sicuro e, a volte, anche espressivamente caratterizzato da abbracci e da un aspetto di maternage (mettere le scarpe, portare ai servizi, dare da bere).*

*Dopo circa due anni di trattamento indiretto di tipo occupazionale, oggi Affa è un valido collaboratore, preciso negli impegni e rispettoso delle regole; si è creato uno "status" tra le psicologhe del Centro e, a volte, dà loro indicazioni su come comportarsi per superare momenti difficili.*

*Ancora non riesce a decidersi a riprendere gli studi per completare la sua formazione, fatto che indurrebbe una necessità di assumere "ufficialmente" delle responsabilità, anche se nei discorsi con estranei dichiara che "... il "mio" lavoro mi piace anche perché è insopportabile non avere nulla da fare".*

L'analisi di questo caso ci porta nel pieno di una lunga disquisizione nosologica perché molti ricercatori pongono l'accento sul fatto che non si possono trovare differenze tra **Sindrome di Asperger, Autismo ad alto funzionamento e Sindrome borderline.**

In tutti e tre questi quadri psicopatologici possiamo trovare:

- *quoziente intellettivo medio-alto;*
- *atteggiamento psico-mentale dominato da egocentrismo e da megalomania riferita soprattutto alle capacità intellettive;*
- *freddezza emotiva accompagnata da risposte critiche di tensione a stimoli poco significativi;*
- *incapacità a strutturare buone relazioni interpersonali per uno speciale siderazione affettiva che sottolinea incapacità di organizzare sentimenti di reciprocità e di riconoscenza;*
- *svalorizzazione dell'Altro che può essere "abbandonato" senza rimpianti;*

- sentimenti profondi di incapacità e di inadeguatezza che portano al rifiuto della relazione interpersonale e/o all'isolamento;
- instabilità psichica dovuta all'incapacità di riferire chiaramente i vissuti alle percezioni che così fluttuano, dominando interpretazioni incomplete, legate ad aspetti marginali, povere e prive di valore, assolutamente personalistiche;
- incapacità a strutturare buone relazioni oggettuali con tendenza a rinunciare;
- grande difficoltà a “navigare nel labirinto dei rituali sociali”, dovute al fatto di non tenere conto delle convenzioni, delle regole e, soprattutto, delle reciprocità.

Nel borderline l'inizio della sintomatologia, seppure esplode tra i 14 e i 20 anni, ha i suoi prodromi a partire dai tre-quattro anni, con ricordi di vissuti che riguardano:

- angoscia di castrazione;
- desideri profondi di castrazione del padre;
- sentimenti di vergogna che sottenderanno quelli di incapacità e di inefficienza;
- uso onnipotente del pensiero (io so ...; mio padre sa ...) che inibisce la necessità di comunicazione e di stabilire relazioni;
- tendenza all'isolamento (dopo i tre-quattro anni abbandono di tutti gli amici);
- opposizione e odio verso il padre che però è anche salvato e salvaguardato, mai abbandonato (non riescono a stare lontano da casa);
- tendenza alla subordinazione (quando c'è da difendere una propria idea si preferisce rinunciare e/o cambiare aria, ritirarsi);
- crisi di opposizione che però sfociano sempre nella rinuncia personale;
- legame ambiguo con la madre della quale si accettano i benefici e le attenzioni, ma che è sempre svalorizzata (Macco, un altro soggetto borderline, diceva: “... mia madre è scema, non sa ragionare .... Non è in grado di dirigere una casa ... mio padre ha ragione di lamentarsi sempre e di non fidarsi).

Queste caratteristiche psicopatologiche sono difficilmente evidenziabili nei bambini Asperger, ma varrebbe la pena indagare specificamente con gli adolescenti per verificarne la presenza; in questo modo sarebbe possibile verificare le sovrapposizioni delle due sindromi. La nostra esperienza ci porta a supporre che l'Asperger (bambino che sino dai 3-4 anni dimostra una psicopatologia di rilievo) va strutturando una dipendenza dalla figura paterna molto accentuata e che condiziona lo sviluppo delle caratteristiche fenomenologiche.

Tenendo conto di queste osservazioni possiamo anche parlare di una eziopatogenesi comune perché i tre quadri evidenziano disordini dello sviluppo psico-affettivo (stato d'animo) riferibili ad un momento particolare dello sviluppo psico-sessuale che, quindi, fa esplicito riferimento all'Edipo: le caratteristiche sintomatologiche legano la sindrome di Asperger con una speciale problematica nella tappa di sviluppo della separazione-individuazione e, quindi, in relazione con il vincolo con la madre e, specialmente, con il padre.

Possiamo rimandare ad altri lavori che riguardano la strutturazione dell'Oggetto Genitoriale ed allo sviluppo del Sé attraverso le dinamiche del “Nome del Padre”, ma è chiaro che è la sintomatologia che lega senso di Sé, bisogni orali, sentimenti di dipendenza e di auto-liberazione che risulta il background necessario e fondante di questi disturbi psico-mentali.

Possiamo parlare di un inusuale profilo cognitivo, cioè delimitare le linee guida per lo sviluppo psico-mentale di questi soggetti che, pur avendo buone capacità intellettive, non riescono ad esprimerle o ad utilizzarle per un fine preciso e soprattutto condivisibile.

1. Prima di tutto possiamo rilevare che i loro meccanismi emotivo-affettivi acquistano un profilo ed un significato personalistico che li porta a non poter stabilire una piattaforma comune con le persone con cui vengono a contatto.

**Egocentrismo:** il loro mondo è decisamente egocentrico e tende ad escludere gli altri che sono vissuti come meno intelligenti, meno capaci di “vedere” il lato più vero della realtà, ancorati ad una vita senza valori, senza etica, senza morale, materialistica ed inutile.

Affa esprime questi sentimenti dicendo che la sua intelligenza l’ha portato a scegliere una vita senza illusioni o ricchezze, ma “sicura”, mentre tutti gli altri (poco intelligenti) si “sbranano” per ottenere cose, cibi, viaggi, oggetti, case.

Queste parole sottolineano la dimensione orale della psico-patologia che era evidenziata anche dal comportamento “famelico” e “vorace” nel rapporto con il cibo.

2. un aspetto contraddittorio presente nella psicopatologia è di un *molto basso senso di Sé*. Sentimenti megalomani nascondono sensi di incapacità, di inferiorità e di inadeguatezza, che turbano il fluire psicomentale, permettendo comportamenti esplosivi, istintivi, incontrollati, esagerati e che inducono risposte di rifiuto e di emarginazione.

Di fronte alle difficoltà l’Asperger-borderline tende a rinunciare, adducendo il poco valore di quello che si rischia di perdere e l’indifferenza di fronte al bisogno.

Il sentimento negativo domina l’approccio con la realtà e limita le capacità cognitive, bloccandole in una specie di inanizione. È sorprendente scoprire in ogni storia quante mete sono state raggiunte e poi abbandonate, quante opportunità sono state lasciate cadere, quante giustificazioni sciocche sono state invocate per non fare, per rinunciare all’ultimo momento, per chiudere gli occhi di fronte all’evidenza.

In questo ambito è importantissima l’inibizione e la rinuncia nella sfera sessuale: questi soggetti non si azzardano a cercare una ragazza (“... *la prendo se non bisogna fare nessuno sforzo, nessuna rinuncia, ma, in fondo a tutto, è troppo diversa da me, non capisce mai, per lei io non valgo nulla*”), preferiscono stare soli, non si comportano adeguatamente e falliscono.

L’ **egocentrismo** ha un significato psicoanalitico profondo perché legato ad una figura di Padre-onnipotente, castrante, violatorio e inaccessibile; così questo sentimento megalomaniaco deriva dall’appropriarsi di una “discendenza” e di una qualità innata che porta a situarsi intellettivamente al di sopra degli Altri.

Per il soggetto borderline l’intelletto significa “furbizia” e questa diventa la vera “arma” con la quale difendersi, trovare cioè la barriera che isoli dal mondo “degradato” e “inferiore”.

Dice Affa “... io non parlo con gli altri perché quando li sento esprimere le loro idee riconosco che sono ignoranti e imbecilli”; gli fa coro Macca, “... io sono di un altro pianeta, perché non sopporto la superficialità e la stupidaggine dei miei simili!”.

Naturalmente questa posizione psico-mentale ha caratteri deliranti (non sono però un delirio) che non riescono a diventare ego-sintonici proprio perché gli Altri acquistano il “valore” di “... possedere tutto quello che io non ho; tutte le caratteristiche di agilità mentale, di sicurezza, di adeguatezza che mi mancano e mi rendono una persona incapace di mantenere relazioni valide”.

La relazione con questi pazienti, seppure caratterizzata da molte difficoltà li fa sentire come volutamente estranei, come persone normali che “giocano” ad essere egocentrici, irritanti, mutacici, indifferenti, oppositivi, isterici; proprio per questo viene sovente negata la loro disabilità, la loro “malattia” e, quindi, suscitano sentimenti di rifiuto. Spesso anche nei centri di aiuto psicologico, vengono rifiutati e rischiano di essere emarginati: spesso sono indicati come degli “isterici”.

Il loro modo di fare è, per altro, sempre poco conciliante, oppositivo, pretenzioso e dispettoso, come se tutti dovessero stare alle loro dipendenze.

Il continuo altalenare tra onnipotenza e annichilimento inoperoso, tra il potere tutto e non raggiungere mai gli obiettivi, la tendenza a dare sempre la colpa agli altri dei propri insuccessi, l’atteggiamento di vittime anche se questo deriva dal proprio modello personalistico di leggere il mondo, risultano tutte cause capaci di allontanare amici, conoscenti, parenti, genitori che, raggiunto un livello di disperato esaurimento, decidono di assumere atteggiamenti negativi, accusatori e, quindi, repulsivi; la vita in famiglia diventa veramente insopportabile e “bisogna essere dei santi” per sopportare le loro incongruenze, le loro “cattiverie”, la loro incapacità di gratificare e di volere bene.

L’egocentrismo, sostenuto dal “sentimento di superiorità mentale”, diventa una difesa contro la “scoperta” della reale dipendenza e incapacità a far fronte ai bisogni.

La svalorizzazione è un modo difensivo per sopportare la paura della perdita; il senso megalomane di superiorità porta a far dire “... *non importa che io dipenda da mio padre perché se dovesse morire è facilissimo per me suicidarmi poiché le “cose” non hanno valore*”.

La frase sottolinea la dipendenza da un “Essere” gigantesco e onnipotente, che può far vivere e fa vivere anche se non è amato.

Questo particolare sentimento, che racchiude in sé odio e amore, è veramente caratteristico e giustifica il comportamento di questi soggetti che non riescono mai a dimostrare né reciprocità, né gratitudine.

Il ragionamento che sottende questa mancanza è sottile:

- 1) se tu mi dai qualcosa è perché tu lo vuoi e non perché io te lo chiedo;
- 2) se te lo chiedessi dimostrerei la mia debolezza ed il mio bisogno, invece sei tu che me lo dai perché vuoi: hai qualcosa che non ti serve e me lo vuoi regalare o ne hai in abbondanza o altri mille motivi;
- 3) non devi aspettarti però che io ti ringrazi, che mi senta in debito nei tuoi confronti, che io debba contraccambiare il gesto;
- 4) se accettassi questo principio andrei contro la mia LIBERTÀ, di scelta e di decisione, che è il fondamento irrinunciabile della mia vita. (Macca, già all’età di dieci anni, rimproverava dentro di sé il padre che non lo aveva mai portato a vedere la partita allo stadio, ma mai era riuscito a chiederglielo, mai aveva potuto esprimere il suo desiderio);
- 5) se tu ti arrabbi per il mio comportamento, a me non interessa in nessun modo perché io posso fare a meno di quello che mi vuoi dare (anche se ne ho bisogno) e non ho bisogno neppure di te: Io sono Io, anche se finisce il mondo.

Questa problematica affettiva è il nucleo profondo della psicopatologia dell'Asperger-borderline perché giustifica il comportamento che appare sempre come inadeguato, anti-sociale, spinto all'isolamento. L'ipervalorizzazione del Sé che, come abbiamo visto, è l'espressione di un Super-Io onnipotente e violento, porta a scelte comportamentali che sembrano paradossali. Da una parte c'è l'odio nei confronti del Padre (che può tutto e che non mi dà nulla perché è un perverso: sa che io vorrei, ma fa finta di non sapere) e, nello stesso tempo, si crea l'impossibilità a staccarsi da Lui che "... dà la possibilità di vivere e mi ucciderebbe se lo abbandonassi". Per questo gli Asperger, come i borderline, non possono "amare" nessuno: il legame con Altri scatenerrebbe la violenza del Padre-Padrone che non li lascerebbe più vivere.

Come dice Arnold Modell, l' Io di questi pazienti è scisso, composto di due parti:

- una prima, profonda e istintiva, che risulta debole e incapace di proteggere;
- un'altra, più forte, che è dotata di onnipotenza distruttiva ed è capace di dare energia libidica per la separazione e l'isolamento.

Gli oggetti vagano nella psiche otturando tutti i possibili ponti-legami tra esterno ed interno e ne deriva un mondo psichico intimo ripiegato su se stesso, incapace di validarsi attraverso la conferma del "reale" e dell' occhio dell'Altro che, comunque, resta sempre persecutorio, inaffidabile e poco "sincero".

Gli oggetti vengono afferrati ed abbandonati senza scrupolo affettivo e senza rimpianti, così l' Io, inaccessibile a strutturarsi come Sé nella relazione e nelle dinamiche del "Nome del Padre", resta sconquassato da una permanente bufera che abbatte le piccole costruzioni che via via si tenta di erigere e scioglie le componenti affettivo-valorative di ogni qualsiasi relazione.

L' Io, estremamente indebolito e svalorizzato, non può cogliere neppure i riconoscimenti strutturati con notevoli sacrifici e grandi difficoltà nella quotidianità, non riesce a valicare o a salvare gli approcci affettuosi che gli vengono sussurrati e offerti, tutto il quadro psichico è dominato da angosce e da depressione anaclitica, senza oggetti ed anche senza speranza.

Nella relazione terapeutica queste due "anime" convivono, producendo aspetti benevoli ed altri distruttivi, entrambi onnipotenti; nello stesso tempo, però, emergeranno anche desideri di fuga e di acting-out insieme a sentimenti tipici di un soggetto indifeso, la cui identità si perde nell'oggetto: il terapeuta fatto Io-ausiliario.

Queste osservazioni portano a ben differenziare l'Asperger da una "personalità abbandonica" e dalle problematiche anali e ossessivo-compulsive.

**Abbandonico:** l'oggetto è ipervalorizzato come un seno buono, capace di dare e di far vivere e, quindi, è pericoloso perderlo perché potrebbe seguirne la morte: la dipendenza e la simbiosi si strutturano nei confronti di un oggetto concreto (il seno). Al contrario per il borderline l'oggetto valorizzato è il "fallo" che è un sentimento, una "potenza", è intelletto-furbizia con capacità subdole e vendicative: mi farebbe morire se non mi sottomettessi.

**Ossessivo-compulsivo:** l'onnipotenza è prerogativa non dell'oggetto, ma del soggetto, che, quindi, può capire tutto e vivere la propria superiorità, anche se non riesce a sbarazzarsi dell'oggetto valorizzato senza il quale, però, non può far valere la propria onnipotenza, esprimere la propria superiorità.

**IL RAPPORTO** con questi soggetti è particolarmente instabile, confuso, contraddittorio, incostante; la loro freddezza affettiva, l'instabilità emotiva e la particolare e personalistica disposizione a leggere la realtà sono gli elementi che rendono difficili le relazioni.

Di fronte a queste qualità il rapporto con loro tende a fluttuare tra:

- accettazione incondizionata delle loro bizzarrie;
- rifiuto ed emarginazione da parte degli altri;
- controllo dei disordini percettivi e comportamentali per indurre un miglioramento delle componenti adattive dell' Io, passo fondamentale per la strutturazione della personalità.

Questi tre modelli relazionali influenzano tutt'oggi le scelte educativo-formative e quelle terapeutico-riabilitative, così troviamo consigli come "... accettare e cercare di parlare sui comportamenti e sulle situazioni...", "... aumentare le esigenze in forma graduale", "... quando si ottiene che le cose vanno bene, significa che abbiamo instaurato un procedimento valido".

Questa modalità di approccio, fortemente accogliente, non è sicuramente la più utile per risolvere le problematiche dell'Asperger e va sottolineato che il disturbo psico-patologico sotteso richiede sempre un intervento terapeutico-riabilitativo condotto da uno specialista.

## **TERAPIA**

L'approccio terapeutico a questi ragazzi risulta per lo più improntato su modalità cognitivo-comportamentali (TCC), proprio perché il buon livello intellettuale stimola a "fare capire", "insegnare", "condizionare".

I risultati ottenuti con queste tecniche sono però sempre riduttivi ed anche pericolosi; si parla di psicotizzazione perché l'introduzione di modalità rigide, preconcepite, dirigiste, illiberali porta sì a contenere le crisi di angoscia, gli scatti d'ira, gli atteggiamenti autolesivi, ma induce anche chiusure nell'ambito del sociale.

Troviamo ragazzi trattati per molti anni che hanno imparato a comunicare attraverso la comunicazione facilitata, a dialogare attraverso il computer, ma che sono diventati anche burberi, solitari, brontoloni, incapaci di adattarsi alle esigenze degli altri, sempre propensi a chiedere, incapaci di sopportare le frustrazioni.

Terapie più aperte, relazionali e psicodinamiche trovano le maggiori difficoltà nell'incapacità di strutturare e di accettare le dinamiche affettive e una buona intesa terapeutica, nella facilità dell'instaurarsi di acting-out, nella spinta a rinunciare perché la crescita personale e l'indipendenza sono vissute sempre come aggressione e rivolta contro il "fallo", contro quel prodigioso Super-Io che, onnipotente e vendicativo, impedisce ogni tipo di identificazione, di introiezione, di amore e di solidarietà.

Con tutto questo, però, sono questi modelli terapeutici gli unici capaci di portare a risultati rivolti a superare l'isolamento e, quindi, a ristrutturare le forze socializzanti.

La TCC porta a contenere sensazioni di ansia, angoscia, tristezza, rabbia, ma attraverso un meccanismo di intellettualizzazione (che per altro è facilitato, come abbiamo visto, dall'atteggiamento mentale caratteristico di queste forme limite), insistendo sul rafforzamento cognitivo, il rilassamento controllato, l'adozione di modalità predefinite, l'utilizzo di "indicatori comportamentali" e di schematizzazioni rigide, autoriferite ed egocentriche.

Queste applicazioni, insieme alle ben note tecniche strumentali di biofeedback (EMG – elettromiogramma uditivo; CRS – risposta galvanica della pelle) portano ad accentuare la perdita di scioltezza psico-mentale, il ritiro sociale, il restringimento degli interessi.

Si tratta di scegliere:

- a. ripristinare le funzioni adattive dell' Io attraverso lo sviluppo psico-affettivo che contiene l'incontinenza emotiva e arricchisce la relazione portando ad uno sviluppo psico-mentale armonico e globale;
- b. contenere l'instabilità emotiva, l'angoscia e le conseguenti reazioni disadattive attraverso l'ipercontrollo, l'intellettualizzazione, il restringimento dell'ottica sociale. Quando si parla di "educazione affettiva" si fa una precisa scelta culturale poiché si tratta di contenere con il "pensiero" tutto ciò che è istintivo, esuberante, personale, immediato.

L'autoriflessione, la concettualizzazione, l'esamina delle evidenze tendono a dare sicurezza attraverso un ridottivismo cognitivo, mentre lo sviluppo psico-affettivo tende ad arricchire, a spingere fuori, accettando l'Altro, sviluppando quella visione di sé che si struttura nell'occhio dell'Altro, organizzando valori e affetti che risultano i veri motori della relazione e della socializzazione.

La nostra esperienza ci ha portati a evidenziare come:

- tecniche cognitivo-comportamentali inducono rapidi miglioramenti per quanto riguarda il contenimento di risposte critiche e/o di disordini comportamentali;
- solo attraverso la relazione ed il ripristino di "ponti d'amore" attraverso l'offerta di spazi di non sapere, luoghi di accoglienza e di accettazione, con un lavoro psicoterapeutico sicuramente più lungo e più impegnativo, si possono raggiungere risultati di stabilità, di spontaneità, di autosoddisfazione e di recupero globale del Sé e della persona.

Il problema importante nel trattamento di questi casi limite che hanno come substrato:

- una disorganizzazione delle forze adattive dell' Io;
- un deficit delle dinamiche strutturanti del narcisismo secondario e, soprattutto,
- una disorganizzazione psico-mentale che impedisce la liquidazione del conflitto edipico che anzi risulta permanente nella
- una impossibilità di autodefinirsi, di trovare un modello identificatorio per cui l'Altro e la realtà, presi nel vortice dell'indeterminatezza, non aiutano ad una qualificazione di verità, di permanenza e di validità etica, morale, conoscitiva e relazionale

è quello di aprire la corazza dell'Io e portare fuori quei meccanismi che sono rimasti "inclusi nel profondo della struttura psichica", restando interni e imm modificabili, dominando il comportamento e le risposte, condizionando lo "schema rappresentazionale" in tal forma da risultare del tutto personalistico ed non condivisibile.

La psicoterapia relazionale diventa fondamentale perché, così come succede nello psicodramma (Rojas Bermudez), l'azione e l'esperienza concreta strutturano inequivocabili deduzioni rappresentazionali.

Per altro lato, la vicinanza, le dinamiche corporali, la concomitanza delle esperienze del gruppo, sebbene apportino tensione emotiva, conducono ad apprendere "nell'occhio dell'Altro" (e vicendevolmente) la verità delle proprie sensazioni.

La mancanza della parola oblitera canali di fuga e di tergiversazione o nascondigli, proponendo la possibilità di “guardarsi negli occhi” e di “creare ponti d’amore” (G. Andreis) dove incontrarsi per scambiare vissuti e sentimenti.

Il lavoro psicoterapeutico dell’ E.I.T. (Terapia di Integrazione Emotivo-affettiva), quando è svolto in gruppo (piccolo di 2-3 componenti; o grande (6-8) che sia) nel quale partecipano vari terapisti(per un rapporto al massimo di 2/1 paziente) è particolarmente importante per il raggiungimento del vero obiettivo dell’intervento che è quello della socializzazione; risulta fondamentale per lo sviluppo dei processi di crescita personale nella relazione e per la organizzazione di posture, azioni, mimiche e motivazioni che intervengono nel feedback.

Naturalmente il gruppo è la sede più appropriata perché il soggetto possa verificare il livello della propria competitività e della capacità di autocontenersi; osservare le possibilità-capacità degli altri sviluppando una “sana” competitività attraverso l’emulazione; incrementare le dinamiche della reciprocità, della generosità e della riconoscenza.

I genitori accusano gli estranei (amici, conoscenti, maestri e anche psicologi, psichiatri, terapisti) di non riuscire a capire i loro figli, di non accettare il loro “essere diversi”, le loro disabilità. Gli altri vengono accusati di lasciarsi dominare dalla frustrazione e dalla rabbia proprio perché, verso i loro figli, si sono “abituati” ad accettare e a sopportare tutto.

I genitori si assumono l’onere di cercare di “spiegare” le situazioni, del perché le relazioni e le esperienze finiscano male; di come bisognerebbe comportarsi, ..., ma tutto risulta inutile perché l’Asperger, come il borderline, è incapace di utilizzare l’esperienza, di trovare modalità alternative, di porsi nell’altro, di decifrare i propri sentimenti o quelli altrui, di dare un giusto senso alle percezioni.

La risposta alle difficoltà è sempre la rinuncia, l’irrazionalità, a volte l’aggressione (per lo più verbale), l’isolamento, il mutacismo, il chiudersi in camera, il non partecipare alla vita della famiglia, il creare un proprio mondo isolato nella propria casa (rubano, scappano, non si fanno vedere, utilizzano le cose di nascosto, senza responsabilizzarsi. Macca usava la macchina del padre, ma se restava senza benzina o senza olio, se bisognava pagare il bollo o l’assicurazione, smetteva di usarla sino a quando il padre risolveva il problema e si giustificava “...non è mia; è sua e tocca a lui occuparsene, io non gli ho mai chiesto nulla.”).

L’atteggiamento mentale è quello che stabilisce che con la mente si può trovare sempre una scappatoia per evitare la relazione, per evitare l’ansia di una vicinanza.

In questo atteggiamento si nasconde anche la vergogna ed il senso di inadeguatezza, proprio per questo si guardano bene anche di chiedere al cameriere che porti qualcosa, devono farlo gli altri: loro possono anche farne a meno.

Nello stesso ordine di cose entra anche la difficoltà di scegliere: “... cosa vuoi mangiare? Si chiede loro e la risposta è quasi sempre Bhoo!” Affa era quasi ridicolo quando al ristorante diceva “... io non mangio niente” e poi si abbuffava con quanto “rubava” dal piatto dell’altro pieno di una porzione doppia, chiesta con giusta previdenza!”

I genitori parlano di comportamenti fastidiosi, imprevedibili, infantili, ingiustificati che però hanno poco del patologico, per tendono a rifiutare le richieste e/o i consigli dello psichiatra o dello psicoterapeuta.

In questo modo, parlando tenendo conto dell'esperienza, risulta che si fa il male di questi bambini, che poi saranno giovani e/o adulti. La psicoterapia può raddrizzare queste situazioni, può veramente curare, ma deve essere intrapresa precocemente, quando i bambini cominciano a presentare i primi segni, prima dei cinque anni.

Non vale la pena "sopportare" le loro stranezze perché sono solo i primi segni di un blocco e/o di una alterazione psico-mentale, ciò che bisogna veramente fare, per il loro bene, è cominciare al più presto una terapia adeguata e consona.

*Riprendiamo il nostro caso clinico che può portarci a capire meglio cosa succeda nel percorso della crescita e della strutturazione del Sé.*

*Affa è sicuramente un personaggio ricco, profondo, controverso, ma "spettacolare" nei suoi approcci con la realtà. Essersi chiuso per anni in casa, in cantina, per "salvarsi" dall'angoscia, per non poter affrontare il disagio di trovarsi a tu per tu con un'altra persona ed essere ora un buon co-terapeuta (seppure sotto la stretta sorveglianza dello psichiatra) rappresenta di per sé una vita che bisognerebbe conoscere dal di dentro.*

1. *Angosce orali: l'ideazione era ricchissima di immagini riferibili alla distruttività orale. Nei suoi racconti si vedeva sulla cima di una collina desertica, unico e felice abitante che "... succhiava le gocce d'acqua che potevano mantenere in vita", mentre nella collina accanto (metafora delle due colline) i più si sbranavano per poter azzannare i ricchi prodotti della terra.*

*Di per sé questa scena ci dice tutto, ma dobbiamo aggiungere che Affa viveva come segno estremo di intelligenza la scelta di avere pochissimo (solo il necessario per non morire), ma senza rischiare ... o senza fare fatica.*

2. *Non valeva la pena di stare con la gente che è ignorante e non ti dà nessuna soddisfazione mantenere un discorso tra sordi. Affa si dedica a studiare di tutto, ha una preparazione enciclopedica, eclettica e sa parlare di qualsiasi argomento, ma nelle riunioni se ne sta zitto "... ho paura di fare brutta figura", dice e il suo mutacismo diventa un atto aggressivo perché critico, scostante, rimproverante.*

3. *Si viveva come un "burattino di legno", incapace di sentire emozioni, gelido come una statua ... incapace di affetto, di esprimere una frase gentile, di provare riconoscenza, altruismo e, tanto meno, sentimenti di reciprocità.*

4. *Il terrore di sbagliare l'ha portato diverse volte a rinunciare a fare qualcosa (per esempio, è partito per iscriversi al corso per la patente di guida, ma è tornato a casa senza neppure aver varcato la soglia).*

*Stare con lui è stato un lungo tragitto di disillusioni (sembrava sempre sul punto di rinunciare a tutto), ma anche di rinnovate speranze, di certezze diluite nel tempo, quasi impercettibili. Affa riesce oggi a non scappare più, a non rinunciare per precauzione, si cimenta e ha raggiunto possibilità di sostenere chiacchierate sui più vari temi; si permette di fare delle osservazioni, di esprimere critiche e/o di dire il proprio parere.*

*Ha cominciato a scegliere e a desiderare di andare a cena in qualche ristorante alla moda; gusta dei buoni piatti ... anche se, ogni volta, prima di entrare dice che a lui basta un piatto di patate.*

*Il rapporto con l'altro sesso è stato sempre molto conflittivo e rinunciatario, ma oggi Affa accetta l'abbraccio e i baci delle psicologhe che lavorano con lui oltre, naturalmente, quello dei piccoli pazienti.*

*Il rapporto con i ragazzi autistici (o disabili gravi) è veramente commovente; i pazienti hanno imparato ad apprezzarlo ed a volergli bene; gli abbracci affettuosi che si scambiano sono la dimostrazione più chiara di quanto la affettività di Affa si sia sbloccata e di quanto il lavoro con lui sia ricco di esperienza, di crescita, di vivacità, di sicurezza.*

*La sua creatività è sempre fonte di sorprese e ogni giorno crea situazioni terapeutiche capaci di sciogliere i nodi di chi non può, la sua forza di volontà è sempre una sprone e la sua fermezza dà il “la” per andare avanti.*

*Quando ha dovuto lavorare con un bambino diagnosticato “autistico” a due anni e mezzo, ha commentato “... sono sicuro che lo tireremo fuori!”.*

*Certo Affa presenta ancora alcune stranezze:*

- è incapace di contenere le spinte libidiche, così mangia con bramosia e, a volte, in modo incontrollato;*
- è instabile emotivamente e non sempre riesce a contenere le tensioni;*
- non sopporta gente nuova e, in questi casi, si ritira;*
- non vive le situazioni con coerenza, infatti non riesce a studiare per ottenere un diploma;*
- è incapace di accettare un lavoro... neppure di andare a chiedere le condizioni;*
- l’unica attività è quella basata sulla terapia e, quando si impunta, è impossibile smuoverlo;*
- è rigido nelle sue scelte e, quando qualcosa non gli piace, sono gli altri che devono cedere.*

*Il lavoro terapeutico con Affa è stato del tutto indiretto e così ha potuto uscire dall’isolamento, accettare la vita, abbandonare il nichilismo autodistruttivo, per stabilire buoni rapporti affettivi. È stato fantastico vederlo elegantemente vestito e chiacchierare con le signore intervenute ad un concerto organizzato in una villa signorile!*

*Affa oggi è una persona capace nel suo “lavoro”, abile nelle scelte, sicuro di sé, non più tanto bloccato nelle relazioni interpersonali. La sua creatività l’ha portato a scrivere poesie e vari racconti di fantascienza, ma nessuno è riuscito a leggerli: ... ha ancora paura di essere giudicato.*

Ma .... La storia continua.