

AUTISMO E PSICOSI A ESORDIO INFANTILE

Romeo Lucioni

Quando affrontiamo queste tematiche "di frontiera", che trattano i meccanismi primitivi dello sviluppo psicomentale, parliamo di "difese" e di "strutture" e introduciamo una concettualizzazione che occupa differenti livelli.

Se diciamo **struttura** ci riferiamo a:

1. *organizzazione cerebrale* con nuclei, vie, connessioni, trasmettitori, irrorazione sanguigna, mediatori;
2. *organizzazione automatica dell'IO* (l'ES) con meccanismi di funzionamento automatico, forse innati, ma predeterminati ed istintivi, inconsci e solo parzialmente modificabili (percezione, attenzione, memoria, coscienza);
3. *organizzazione mentale* che comprende quei meccanismi della "mente" che, per lo più, fanno riferimento alle capacità cognitive;
4. *organizzazione psichica* con le modalità emotive ed affettive che, utilizzando 1,2,3 si strutturano sull'esperienza intima ed esterna ed hanno un valore sociale; si fonda sulla relazione all'altro e con l'altro (come dici tu).

Se, quindi, cerchiamo di classificare secondo uno schema riferito alle strutture, troveremo:

?? **X-fragili e Down** in cui l'organizzazione cerebrale (specificità cromosomica) influisce decisamente:

- sull'organizzazione automatica dell'IO perché attenzione, memoria e coscienza di sé hanno caratteristiche peculiari;
- sull'organizzazione mentale, poiché possiamo evidenziare un certo grado di deficit strutturale;
- nell'organizzazione psichica che può presentare segni isterici, autistici, psicotici, ecc.

?? **insufficienti mentali** nei quali l'organizzazione cerebrale è sicuramente deficitaria;

?? **autistici** - il loro problema investe l'organizzazione sia psichica che mentale, ma nel momento in cui si stanno organizzando e strutturando. Per questo la terapia permette, in questi casi, di reintrodurli nel flusso della crescita e dello sviluppo, evitando che la via dello sviluppo psicotico risulti obbligata.

È molto importante sottolineare questo perché spiega come mai sino a due anni questi soggetti siano "*normali o quasi*", poi, improvvisamente, presentano i segni autistici. Si deve al fatto che la maturazione affettiva (corteccia frontale e prefrontale) si completa tra il 18 ed il 24-esimo mese e, se questo non succede, ecco che si sordinano e si complicano le strutture dinamiche affettive che rispecchiano la relazione con l'Altro.

Si potrebbe dire che lo psichismo non è maturato completamente per cui ci troviamo di fronte a "stati rudimentali di vita psichica" che, come dice Franco Bogagno, "... risultano privi di confine (tra sé e l'Altro e/o tra interno ed

esterno) situazioni al limite tra corpo e non ... "forclusi dalle offerte di affetti, dalle rappresentazioni, da un "dialogo condiviso".

Proprio per questo un intento terapeutico con l'autistico parte dal costruire una "convivenza di natura primaria" che crea ponti relazionali, reciprocamente partecipati e, quindi, di generare uno "spazio psichico" (privo di sapere) nel quale reimmettere memorie, azioni, percezioni, incontri, vissuti, pensieri e ... relazioni.

?? **Psicotici** - tutte le strutture psico-mentali hanno raggiunto un perfetto funzionamento, ma è successo qualcosa per cui il valore relazionale risulta conflittivo e, comunque, disarmonico. Non c'è possibilità di reincanalare lo sviluppo, che già c'è stato, ma si devono affrontare i conflitti che si stanno organizzando.

Questo permette di affermare che (contrariamente a quanto si dice) la schizofrenia comincia come funzionamento mentale nei primi anni e poi si evidenzia nei momento in cui il soggetto deve affrontare situazioni esistenziali particolarmente difficili e conflittive (l'uscita dalla scuola elementare e dalla scuola media o superiore; il militare; la laurea).

Si può dire che l'autismo rappresenti una situazione psicopatologica diversa da quella psicotica o schizofrenica.

L'autismo è un problema che investe il meccanismo dello sviluppo psico-mentale: si verifica un blocco della strutturazione di queste funzioni. Per questo possiamo anche osservare che l'intervento psicoterapeutico rimuove il "blocco" ed il bambino può tornare ad immergersi nella "corrente" dello sviluppo.

Il problema terapeutico riguarda il recupero della coscienza di sé e dell'autovalorizzazione per poter liberare quei meccanismi funzionali e strutturali che hanno determinato la situazione di blocco.

La psicosi schizofrenica è una situazione psicopatologica imperniata su situazioni conflittive e non strutturali; da qui la diversità sia sindromica che la diversità dell'intervento terapeutico.

Con gli schizofrenici, non basta stabilire un buon rapporto (anche se questo è fondamentale), creare una fiducia in entrambi i membri della relazione, perché dopo aver raggiunto questo primo gradino, si inizia l'impervia strada del risolvere il conflitto tra il Sé e l'Altro che, come oggetto persecutorio introiettato, funge sempre da riferimento negativo.

Nell'autismo l'Altro è sempre un oggetto parziale (nella terapia lo psicoanalista, utilizzando la relazione e la ripetitività dell'espressione percettiva, può diventare "oggetto totale"), mentre nella schizofrenia l'Altro è un oggetto vero, introiettato e attivo all'interno della psiche del soggetto.

Winnicott definisce la psicosi "*disturbo di deficienza ambientale*" che porta alla disorganizzazione del funzionamento del Sé; questo ribadisce il carattere conflittivo della psicosi che, quindi, viene riproposto nel transfert psicoterapeutico. Nell'autismo, al contrario, la relazione con l'analista porta a creare un transfert particolare (tanto che viene "costruito" dal terapeuta che funge

da Io-ausiliario) nel quale si tende a crescere, a continuare il cammino dello sviluppo psico-mentale che, per qualche motivo, è stato interrotto.

AUTISMO

Potremmo cominciare a parlare di diagnosi psicodinamica dell'autismo, mettendo in evidenza:

- l'impossibilità di usufruire di un linguaggio parlato e quindi di stabilire un vero e proprio transfert;
- mancanza degli oggetti esterni ed interni, dovuta al fallimento massiccio della *metafora paterna*;
- incapacità di utilizzare "il funzionamento mentale" per dedurre i desideri e la volontà decisionale dell'Altro;
- O.K. paterno pauperizzato o inesistente per perclusione del Nome-del Padre;
- collocamento al di qua della prima perclusione, quella del significato, che si riferisce al Significante Fallico;
- modalità di rapporto caratterizzata da vissuti di tirannia da parte dell'Altro (lo chiamiamo *atteggiamento controfobico*);
- mancanza di triangolazione edipica, sostituita da tendenza all'adesività.

Parlando di autismo, Winnicott lo riferisce al concetto di *fase transizionale* che rappresenta un momento dell'evoluzione psico-mentale nella quale il bambino passa dall'inconsapevolezza della propria esistenza ad una fase in cui la consapevolezza si "struttura" come distinzione tra sé e l'Altro.

Questo concetto dello sviluppo psico-mentale, per così dire *sociale*, è già stato descritto in "....." (Lucioni), ma nell'autismo diventa particolarmente importante perché, come dice Donald Meltzer, lo psichismo è caratterizzato da "difficoltà nel differenziare il dentro dal fuori".

Il fallimento della *funzione primaria di contenimento* porta ad uno "smantellamento" dell'oggetto percepito e, di conseguenza, la sensorialità frantumata conduce alla tendenza a fondersi con qualcuna delle parti, all'assenza di uno spazio interno del Sé e dell'oggetto, all'impossibilità di trattenere i contenuti mentali dell'Altro.

Anche osservando la "*retrazione autistica*" troviamo notevoli differenze con quella psicotica:

A - isolamento autistico

- il "*vincolo transferale*" non si organizza ed il terapeuta avverte di essere tagliato fuori; per questo nell' E.I.T. si utilizza la relazione per creare il vincolo e, a partire da questo, un linguaggio, una punteggiatura, una sintassi ed anche un transfert che preannuncia la nascita di un inconscio;
- porta ad una sospensione dell'attività mentale e delle funzioni percettive;
- domina la ripetizione e la monotonia che derivano da blocchi messi in atto a causa del disorientamento spaziale e temporale che inducono e supportano perplessità, insicurezza, angoscia e, quindi, difficoltà a padroneggiare la realtà esterna (ed anche interna) che risulta sempre imprevedibile ed incomprensibile.

B - ritiro schizoide

- il paziente non si isola, ma si *dissocia*, proiettando sul terapeuta aspetti scissi di sé, creando, così, sentimenti transferali intensissimi.

Nella seduta psicoterapeutica possiamo osservare che:

a- autismo di Kanner

- il mondo interiore è perfettamente visibile, ma inaccessibile per l'analista;

b - autismo di Bleuler (schizofrenia)

- i pazienti sembrano recettivi alle interpretazioni e rispondono "donando" materiale interessante, ma nulla penetra veramente all'interno: riflettono all'analista ciò che questi suppone, come in uno specchio. Il paziente fa dell'analista un narciso.

PSICOSI A ESORDIO INFANTILE E SINDROME BORDERLINE

Seppure il DSM IV non preveda più un quadro nosografico di "psicosi infantile" la pratica clinica ci dimostra quotidianamente che la psicopatologia di tipo psicotico, che si manifesta in età adolescenziale, può essere individuata anamnesticamente già presente in tenere età con sfumature caratteristiche.

Queste espressioni sintomatologiche non possono essere riportate ad un quadro autistico

?? per le loro qualità psicomodinamiche,

?? per i meccanismi psico-mentali che li sottendono,

?? per l'evoluzione che si manterrà comunque nei parametri della psicosi e del borderline,

?? per il modello di intervento terapeutico richiesto

?? per la prognosi

Le caratteristiche sintomatologiche, che sono comunque sempre molto variabili, si possono segnalare come:

- prodromi e/o prime espressioni psicopatologiche significative a comparsa tra i 2-3 anni;
- predominanza nei maschi con evidenti periodi critici nei quali si evidenzia il disturbo psicomentale:
 - ~~z~~ inizio della scuola dell'obbligo;
 - ~~z~~ inizio delle scuole medie superiori che si accompagna alle prime esperienze psico-sessuali (timore di "non riuscire" con le ragazze);
 - ~~z~~ servizio di leva;
- isolamento sociale;
- rifiuto dell'altruismo e della reciprocità;
- alto livello intellettuale;
- assenza di elaborazione immaginaria e fantastica;
- anestesia affettiva;
- indifferenza per l'altro sesso che, comunque, suscita sentimenti di maternage;
- atteggiamenti onnipotenti e di superiorità che vengono considerati come risposta soggettiva all'imbecillità ed alla ridotta cultura degli altri e

all'invivibilità di un mondo degenerato ed incapace di percepire i più profondi sentimenti dei cittadini;

- rigidità mentale e, soprattutto, psico-affettiva che si evidenzia come rifiuto della reciprocità, giustificata (pseudo-razionalmente) con l'atteggiamento di chi dice *"... se uno mi dà qualcosa è solo perché lui lo vuole, ma non può pretendere che io contraccambi. Sarebbe come perdere la propria dignità, il diritto personale alla libertà per sottomettersi a regole imposte dagli altri o dall'obbligo di compiere un lavoro perché retribuito"*.

Nelle forme "borderline" si aggiungono altre caratteristiche:

- sintomatologia che esordisce ai 10 anni circa e si caratterizza per opposizione al padre visto come "perverso" perché potrebbe aiutare, dal momento che "conosce" ogni bisogno del figlio (proiezione paranoide), ma non vuole;
- opposizione anche nei confronti della madre, vissuta come la "perversa" che si accoppia per convenienza al padre abbandonando il figlio;
- egocentrismo spinto con svalorizzazione delle idee e delle "cose" degli altri;
- atteggiamenti ipermoralistici che si mantengono per più tempo del normale;
- rinuncia a continuare la scuola e alla vita di relazione;
- poca flessibilità e cocciutaggine;
- difficoltà nei rapporti con l'altro sesso;
- vissuti di superiorità critica nei confronti del "mondo", ritenuto sempre inadeguato, incapace di comprendere i deboli, guidato e controllato da posizioni ambigue, antisociali, "antiumane";
- questi atteggiamenti nascondono sentimenti di inferiorità, di incapacità e di inadeguatezza (soprattutto nei rapporti con l'altro sesso) e supportano un sentimento caratteristico di "essere sempre giovani" ed "avere uno spirito giovane" (nelle ragazze questo si evidenzia come iper-preoccupazione per la salute del proprio corpo);
- l'inferiorità si evidenzia anche come impossibilità di abbandonare la casa paterna anche se vissuta come "diabolica" e "distruttiva della salute mentale", senso di inferiorità nei confronti del padre, incapacità di trovare un posto di lavoro se non per brevi periodi.

Il "senso di funzionamento mentale superiore" permette al borderline di controllare la situazione relazionale che, altrimenti, lo metterebbe in difficoltà e questo, quindi, grazie ad una "superiorità" nei confronti degli altri.

Questo atteggiamento non porta con sé un senso di sicurezza poiché, come visto già in un precedente lavoro, utilizzando l'esempio della "cartolina dell'Egitto", genera:

- necessità di continue verifiche (pensiero concreto);
- ansie distruttive (l'altro viene come "fatto sparire", ma ciò induce proiettivamente l'angoscia di poter "sparire" a propria volta);
- obbligatorietà all'isolamento (che diventa sempre più imperioso, tanto che questi ragazzi non riescono più ad uscire di casa anche per anni);
- freddezza e siderazione affettiva (l'altro è oggettivizzato; le emozioni generano angosce e gli affetti vengono rifiutati come pericolosi);
- senso profondo di inadeguatezza (la superiorità viene riferita al funzionamento mentale e la "quotidianità" porta a vivere un sentimento di inefficienza oltre che di inefficacia);

- senso di incapacità di stabilire e di sopportare relazioni interpersonali;
- sentimento di essere alla mercé di una “Mente-Altro” immensamente forte che può essere “controllato” solo con “furbizia” (funzionamento mentale del soggetto) che però non dà sicurezza, ma anzi impone l’isolamento nel quale ci si può sentire onnipotenti. Come esempi:
ALBI: che si chiude in cantina a leggere giornali vecchi e tutte le enciclopedie possibili;
MACA: che costruisce la “città della luce” che permette, da un piccolo “buco”, di controllare il mondo intero visto come “fallico” (grattacieli).

Queste osservazioni ci illustrano quanto il quadro autistico (senza oggetti e con blocco dello sviluppo) sia differente, nella sua essenza, da quello psicotico (con gli oggetti e con problematiche riferibili a conflitti).

Ciò suggerisce la possibilità che, accanto a “stati autistici”, possano presentarsi “aree” o “nuclei” autistici all’interno di quadri sintomatologici psicotici.

Non deve stupire questa osservazione poiché, come abbiamo tante volte sottolineato, un processo psico-mentale evolutivo non rispetta mai un modello seriale o a gradini, ma, al contrario, si evidenzia come processo spiraliforme per il quale, accanto a momenti di crescita, si trovano anche momenti regressivi, esattamente come succede per lo sviluppo della personalità.

Se un paziente gravemente nevrotico e/o psicotico o borderline dimostri “angoli autistici” o “nuclei oscuri” (ben distinguibili dalla depressione primaria, dal ritiro psicotico e da stati narcisistici) non deve far pensare mai ad un processo di “regressione autistica”, ma a “aree autistiche”, più o meno importanti, che si mantengono nella struttura come possibilità di risposta difensiva.

Dobbiamo ricordare che anche nel bambino normale si possono evidenziare sfumature autistiche evidenziabili in:

- certi momenti regressivi, adesivi e simbiotici;
- preoccupazioni anali ed orali;
- comportamenti controfobici che (come nell’autismo) hanno come oggetto fobico il proprio sé, i proprio desideri di crescere, leggendosi quindi come controfobico un esagerato attaccamento alla madre o espressioni di affettuosità riparativa.

Se accettiamo questa lettura o questo modello che, per altro, ci viene consegnato o confermato dalla pratica clinica, dobbiamo anche riconoscere la “delicatezza” dei processi che regolano lo sviluppo psico-mentale, soprattutto in quei momenti in cui le parti più primitive e più vulnerabili dell’ Io entrano in contatto con altre più evolute e più salde, oppure con gli oggetti interni e con gli oggetti della realtà. Paolo Di Benedetto ci ricorda come “... la trasformazione di un’area autistica in un’altra disponibile alla relazione può seguire le vie più diverse...”, ma sempre resta un processo fragile, delicato e anche complesso perché coinvolge i processi di formazione degli oggetti, i rapporti con “l’oggetto genitoriale”, le vie strutturanti del narcisismo, dell’Io-ideale e del “Nome del Padre”.

È sicuramente difficile evidenziare aree o nuclei autistici in pazienti nevrotici gravi e/o psicotici, ma segnaliamo elementi che possono facilitare il compito:

- crisi imponenti di incontinenza emotiva che sfiorano il “terrore ingiustificato”;

- momenti di sconessione del Sé per lassità delle forze coesive dell' Io (evidenziabili anche nel Rorschach come disgregazione formale);
- predominanza senso-percettiva che tende a disorganizzare le strutture del pensiero;
- sfumature di "siderazione" affettiva che spesso si evince da bisogni ingiustificati di isolamento.

Nuclei autistici (parti di sé ibernata) attivi nell'intimo della personalità (parti di sé realizzate) possono anche determinare blocchi psico-mentali, momenti di impoverimento cognitivo, comportamenti ambigui, momenti di incapacità a trovare le proprie risposte adattive.

Anche l'uscita da questi momenti diventa spesso caratteristica e riportata come:

- uscire dal buco;
- ritrovare la strada;
- abbandonare il deserto;
- riprendere il calore.

DIFFERENZE SINTOMATOLOGICHE TRA PSICOSI E AUTISMO:

<p>psicosi</p> <ul style="list-style-type: none"> - creazione del conflitto - spostamento sulla mente - non alterazioni dell'autocoscienza - coscienza degli oggetti - oggetti interni presenti - sviluppo della memoria - motivazioni interne - processi comportamentali modulabili - adeguamento passivo e crisi reattive <p>psicoanalisi</p> <ul style="list-style-type: none"> - pazienti che sembrano recettivi alle interpretazioni e creano materiale interessante, ma si comportano come se non succedesse mai nulla; - impossibilità di accettare il terapeuta; - il terapeuta entra a far parte degli oggetti interni e, come con questi, si generano conflitti, allontanamenti, avvicinamenti ed isolamenti; - lo sviluppo del sé è disturbato dai continui conflitti e dalle perturbazioni narcisistiche; - il soggetto soffre per non riuscire a trovare un modo di condivisione per cui è anche in continua collisione tra i desideri e la propria realtà; - lo scivolamento verso l'isolamento o il ritiro schizoide è il risultato di un progressivo e inesorabile svuotamento emotivo, affettivo, volitivo, mnesico e cognitivo; 	<p>Autismo</p> <ul style="list-style-type: none"> - difetto dello sviluppo psico-mentale - spostamento sul corpo - debolezza dell'autocoscienza - mancanza degli oggetti della realtà - oggetti interni assenti - difficoltà a memorizzare - risposte automatiche (quasi riflesse) - risposte comportamentali obbligate - opposizione e aggressività <p>psicoanalisi</p> <ul style="list-style-type: none"> - mondo interiore visibile e chiaro, ma inaccessibile; - il terapeuta si pone come lo-ausiliario accettato che prende decisioni al posto del soggetto; - non si può parlare di oggetto interno perché il terapeuta non è simbolizzato e quindi viene "vissuto" e "capito" solo attraverso l'esperienza; - lo sviluppo del sé è bloccato ed i meccanismi psico-mentali frammentati, anche perché non vengono coesi da un narcisismo valido; - il bambino vive lontano da un mondo condiviso, chiuso nella sua corazza o nella sua torre; - la disintegrazione psico-mentale è una imposizione a cui l'autistico si obbliga con una violenza a volte "spaventosa" che caratterizza (nei casi di autismo giovanile e adulto) l'opposizione all'Altro che lo vuole indurre a fare qualcosa. La disintegrazione si esprime nell'immagine dell'autistico che urla (per spaventare e far allontanare), ma che, nello
--	--

<ul style="list-style-type: none"> - l'isolamento schizoide porta ad un totale allontanamento, pur dimostrando momenti di relativa socializzazione; - il contatto corporeo riflette lo scivolamento nel nulla e lo svuotamento di significato in quanto il processo si sviluppa tutto nella mente; - la madre vive le "assurdità" del figlio come facenti parte di un mondo inconoscibile e , quindi, accetta l'isolamento al quale anche lei si adegua; - la madre "perde il figlio", ma le resta la forza di vivere per sé e per continuare ad aiutarlo; - il rapporto con lo psicoterapeuta è ricco, intenso, espressivo, transferale e controtransferale. La relazione vive continui sobbalzi, ma si riesce a mantenere un valido e proficuo contatto interpersonale. 	<ul style="list-style-type: none"> stesso tempo, si trattiene le braccia con una forza ferrea; - l'autistico dimostra una curiosità che lo spinge ad essere attento su tutto ciò che succede attorno a lui; - il contatto corporeo è impegnativo, problematico, ma anche ricco di sfumature, mutevole e permette progressioni; - quello che Odsner R. ha chiamato "isolamento contiguo autistico" dà un significato preciso alla relazione, per es. con la madre, che "sente come spiegabili" i comportamenti problema del figlio, facendoli così propri, dicendo "...io sono l'unica che lo capisce e lo posso aiutare". Questo "fare proprio" diventa caratteristico e, a volte, rende difficile l'approccio psicoterapeutico poiché il suo obiettivo diventa quello che tutti accettino di lasciare un posto per il suo autistico e che questi possa trovare, in ogni luogo, il suo "posto autistico"; - la madre vive senza la "perdita del suo bambino", ma deve affrontare la perdita di se stessa che vive per lui; - lo psicoanalista si trova con una fenomenologia che dice tutto, senza segreti, ma che non permette un transfert e quindi, mancando anche la parola, si riconosce impotente: capisce tutto e non può nulla. Gli capita di sperimentare scoraggiamento e, quindi, il paziente dipenda dalle sue possibilità di trasferirgli volontà e speranza.
--	--

LINEE GUIDA PER L'INTERVENTO TERAPEUTICO NELL'AUTISMO

L'approccio terapeutico, in questi casi, è sempre molto difficile e devono essere previsti momenti di crescita, ma anche di stasi o di retrocessione, sebbene si possono osservare costanti miglioramenti.

I tempi sono sicuramente molto lunghi tanto che si può parlare di almeno due anni di terapia, anche quando si osservano miglioramenti, più o meno significativi, già dopo pochi mesi di applicazione.

È importantissimo, per non dire essenziale, provvedere ad un continuo monitoraggio delle modificazioni e dei risultati per seguire sempre un "cammino" centrato sugli obiettivi, così come pure produrre un controllo che porta sicurezza, fiducia e soddisfazione non solo ai pazienti e agli operatori, ma anche ai genitori.

L'intervento, sia nei casi di autismo che in quelli di psicosi, deve risultare delicato, preciso e ben mirato; questo giustifica che la nostra esperienza di ricerca ci ha portati ad utilizzare: psicoterapie con differenti impostazioni teoriche e pratiche, terapia senso-motoria, terapia emotivo-espressiva, psicodramma, psicodanza, tai-chi-chuan e, finalmente, tutti questi interventi hanno permesso di giungere ad adottare un modello complesso ed globalizzante.

L'E.I.T. - terapia di integrazione emotivo-affettiva, si fonda sul movimento, sul corpo, sulle emozioni e, soprattutto, sulla relazione. Con l'ausilio della musica e

di molti attrezzi studiati ad hoc, si mira a sviluppare la coordinazione motoria, a controllare le risposte emotive, a recuperare il valore del rapporto interpersonale attraverso il lavoro individuale e di gruppo, a memorizzare, ad agire con desiderio e volontà, ad esprimere i propri bisogni di essere, di esprimersi e di imporsi, a comprendere e a rispettare i desideri propri e degli altri, a cercare un proprio spazio in relazione con quello degli altri.

Sebbene gli obiettivi siano gli stessi per il lavoro con tutti i pazienti, le modalità cambiano a seconda del tipo di disturbo da affrontare.

Per l' **AUTISMO** la vicinanza, il contatto corporeo, il rispetto dei tempi, delle distanze e della velocità di esecuzione, la scelta delle attività sono items molto precisi e costantemente monitorati, ma bisogna inoltre:

- imporre regole precise per la partecipazione (orari) ed il rispetto degli oggetti e delle persone che compongono il setting terapeutico, riabilitativo ed educativo;
- non accettare un adeguamento ai comportamenti problema (soprattutto l'aggressività), ma, al contrario, insistere sul rispetto delle regole, soprattutto quelle sociali, relazionali e comportamentali, cercando di rompere l'atteggiamento oppositivo e/o distruttivo;
- lavorare con il corpo ed il movimento per aprire le porte alle emozioni, agli affetti ed alla comprensione;
- ripetere le attività sino alla totale acquisizione di metodi e forme;
- iniziare al più presto la relazione con altri membri del gruppo di lavoro, anche se il paziente ricerca un rapporto 1/1 privilegiato con il terapeuta;
- moltiplicare le iniziative, sfruttando sempre le qualità "relazionali" implicite in ogni attività;
- sviluppare il senso della consequenzialità (spaziale e temporale) per raggiungere al più presto una coscienza di sé, degli altri e degli oggetti;
- comprendere l'Altro nel quale rispecchiarsi e riconoscere le dinamiche del feedback che permettono ulteriori sviluppi;
- conoscere se stesso attraverso i vincoli con gli altri, rispettando, quindi, quella "filosofia dell'incontro" che è la base non solo della terapia E.I.T., ma anche di un vero "senso della vita".

In questo approccio è anche molto importante l'intervento verbale che si basa su frasi brevi e precise, "parole chiave", stimoli ben accentuati e gratificanti.

Il senso di soddisfazione e di piacevolezza devono sempre accompagnare le attività che mirano a sviluppare un narcisismo positivo e sempre supportato dalla realtà.

Per le **PSICOSI** i tempi sono altrettanto lunghi (almeno due anni) ed il modello E.I.T. si applica utilizzando molto di più gli spazi verbali, il modello psicoanalitico-interpretativo, individualmente e/o in gruppo e, inoltre, vengono effettuate esperienze sul campo, nella quotidianità, nello spazio sociale (attività sportive, esperienze turistiche, culturali, ricreative, ecc.), in modo da far vivere e sperimentare il "valore" del contatto interpersonale, facendo superare i dubbi, le debolezze, le incertezze, i rifiuti e le angosce.