

HANDICAP PSICHICO E CURABILITÀ

Romeo Lucioni

Ancora troppo spesso vengono riferite o si leggono dichiarazioni di cosiddetti “specialisti” che definiscono l’handicap psichico come un “disturbo incurabile”.

Anche quando si parla di bambini e del loro sviluppo psico-mentale è comune sentire riferimenti all’incurabilità ed anche al paradossale “... non c’è nulla da fare” !!!

Queste dichiarazioni diventano sempre più assurde e colpevoli proprio perché ormai da decine d’anni le problematiche psichiche sono al centro di interventi terapeutico-riabilitativi ed anche curativi che ormai fanno pensare a situazioni di difficoltà, di ritardo o di disordine che però per lo più possono essere affrontati con buone prospettive di successo.

È indubbio che l’enorme variabilità riferita all’handicap psichico impone una altrettanto grande variabilità degli interventi che anzi, per lo più, vengono strutturati in maniera multidisciplinare.

Il termine di “irrecuperabile” non deve più essere usato nei casi di difficoltà psico-mentali proprio perché l’ambito di riferimento è molto ampio e deve fare riferimento a:

- recupero psicomotorio;
- contenimento emotivo e della emotività libera;
- recupero e sviluppo delle valenze affettive;
- recupero delle funzioni cognitivo-intellettive e del problem-solving.

Questa suddivisione fa riferimento alle aree vettoriali dello sviluppo psico-mentale che si compone appunto del:

- **sistema psico-neuro motorio** oltre che percettivo e sensoriale;
- **sistema emotivo** che fa riferimento per lo più ad una iper-attività o a iper-reattività;
- **sistema affettivo** che, al contrario, si riferisce soprattutto a limitazioni sino ai quadri di alessitimia (povertà timica o affettiva);
- **organizzazione cognitivo-intellettiva** che può riferirsi a debolezza, a mancato sviluppo (blocco), ma anche a perdita (come nel caso del X-fragile).

Parlando di eziologia del handicap psichico, la struttura teorica psicoanalitica ha per decenni fatto risalire questi disturbi a problematiche di tipo traumatico.

A questo proposito, si fa riferimento soprattutto ai terribili danni che questa interpretazione ha provocato facendo riferimento a “traumatismi cronici” causati da presunte inadeguatezze della figura materna.

La terminologia “mamma frigorifero” fa riferimento ad assurde e gratuite colpevolizzazioni che però erano state prese come corollario utile per giustificare l’approccio teorico di presunti “traumi psichici” in tenera età.

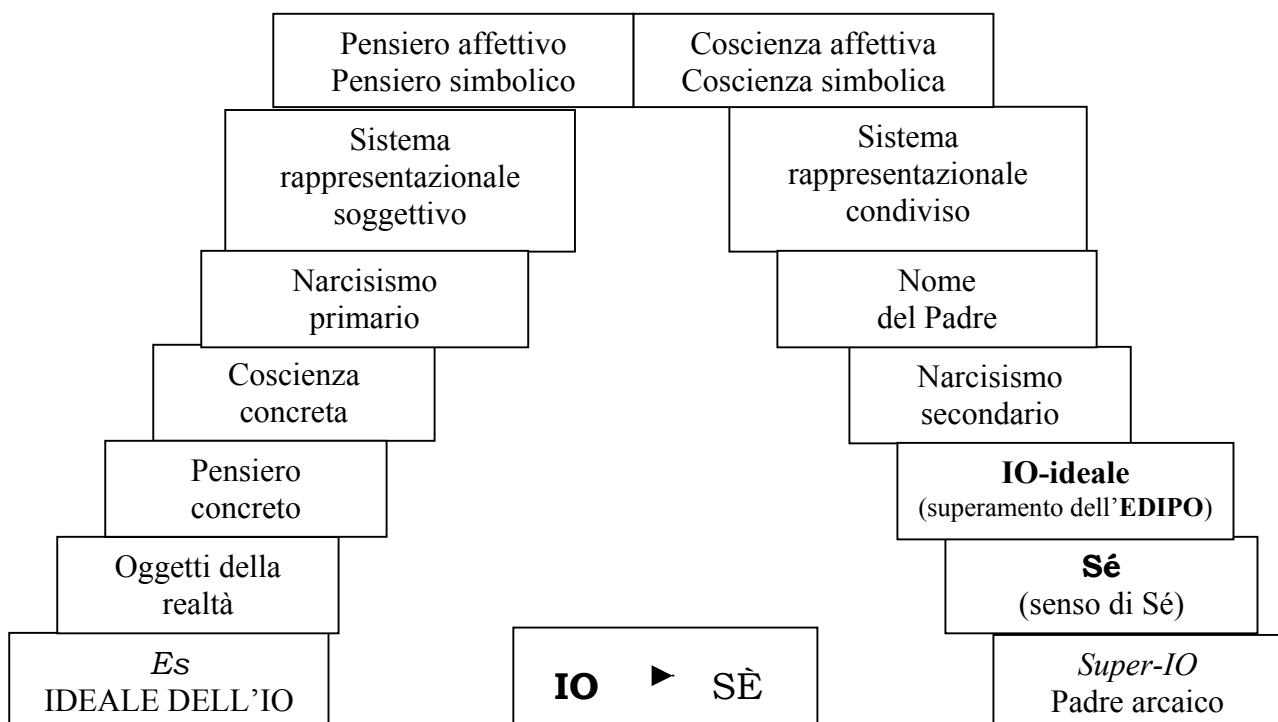
L’alzato di scudi dei genitori ha portato a liquidare teorie ingiustificate, ma purtroppo ha indotto un rifiuto categorico e altrettanto ingiustificato verso la psicoanalisi che a tutt’oggi è posta sul banco degli imputati e, quindi, rifiutata anche se ha dimostrato ampiamente la sua enorme utilità per l’impianto teorico e per l’organizzazione degli interventi pratici.

Queste problematiche e le ricerche che ne sono seguite hanno portato a far sviluppare la “psicologia dello sviluppo” tanto che oggi è sicuramente un baluardo per l’organizzazione teorico-conoscitiva non solo per la psicologia, ma anche per

la psichiatria, la psicoterapia, la psicodinamica ed anche per una psicoanalisi completamente e profondamente rinnovata.

La rappresentazione schematica dello sviluppo psico-mentale, nelle sue parti psico-affettive e psico-cognitive, fa riferimento a punti nodali fondamentali delle tappe evolutive che vanno dalla più tenera età, ai due anni e successivamente sino ai dodici-tredici anni che dovrebbero rappresentare il momento dell'entrata nell'adolescenza, che però oggi si tende a prolungare sino a quasi i venti anni.

RAPPRESENTAZIONE SCHEMATICA DEI PROCESSI DELLO SVILUPPO PSICO-AFFETTIVO



Da queste osservazioni si desume che il processo evolutivo dello sviluppo psico-mentale è veramente complesso ed anche fortemente influenzato dalle figure genitoriali, dall'organizzazione psico-sociale della famiglia, del ruolo sempre più importante della scuola (a partire dalla scuola materna sino alle superiori ed anche all'università), dalle interferenze fortissime indotte dall'organizzazione socio-economica con i suoi modelli di riferimento e comportamentali che ormai invadono l'habitat dei bambini, dei giovani e delle famiglie.

Tutto questo complesso quadro non permette più di fare riferimento all'handicap psichico come ad una malattia e ormai le connessioni teoriche, eziologiche e dello sviluppo fanno riferimento a fattori genetici, familiari, sociali, contestuali e riferibili molto spesso alle esperienze personali, ai vissuti manifesti, ma soprattutto intrapsichici, alle valenze relazionali implementate dall'integrazione del senso di sé, dall'autovalorizzazione e dall'autosoddisfazione.

Eliminata l'eziopatogenesi psico-traumatica e preso in esame l'ampio spettro dell'organizzazione emotiva, dello sviluppo psico-affettivo e di quello psico-

cognitivo, tenendo in conto l'importanza dell'organizzazione familiare, scolastica e sociale, è evidente che l'approccio ai disturbi, ai ritardi sino ad arrivare ai quadri di vero handicap psichico, impongono un approccio altrettanto complesso, fortemente specializzato e multidisciplinare, supportato fortemente da continui approfondimenti teorici e, soprattutto, dallo studio di metodiche applicative adeguate ed anche da altrettanto specifiche e specializzate modalità di valutazione sia per poter chiarire con precisione le caratteristiche diagnostiche, che per organizzare linee-guida di qualità per la definizione della prassi terapeutico-riabilitativa e curativa.

HANDICAP PSICHICO E SPETTRO AUTISTICO

La più grave delle sindromi psico-patologiche dell'infanzia è sicuramente l'autismo o *Sindrome di Kanner* o *Autismo-autistico*.

Con il passare del tempo, dalla prima descrizione fatta da Leo Kanner nel 1943, accanto all'autismo si sono venute inserendo altri quadri psicopatologici a cominciare dalla *Sindrome di Asperger* o *Autismo ad alto funzionamento cognitivo*.

Questo ha portato un notevole disordine nell'ambito nosografico per il quale l'autismo è stato chiamato "*disturbo pervasivo dello sviluppo psico-mentale*" e sono stati descritti altri quadri come "*l'autismo ipercinetico* o *Sindrome ADD-ADHD*", la "*Sindrome del X-Fragile*", la "*Sindrome di Rett*", ecc.ecc.

Si è arrivati a disconoscere all'autismo il carattere di sindrome (si parla solo di sintomi autistici più o meno correlati con altre forme psicopatologiche) e finalmente è stata coniata la denominazione generica di **SPETTRO AUTISTICO**.

Tutto questo disordine nosografico non è servito molto a portare chiarezza eziopatogenetica e, soprattutto, a individuare specifici interventi terapeutico-riabilitativi. Lo spettro autistico ha aiutato però ad attirare l'attenzione sulle problematiche (blocco, ritardo, deformazione, ecc.) dello sviluppo psico-affettivo e psico-cognitivo, dal momento che gli indici statistici di incidenza sono passati da 4-5 casi di autismo su 10.000 nati, ad un valore quasi incredibile di 150-200 casi su 1000 nati.

Parlare di una percentuale di bambini disturbati psicologicamente pari a quasi il 20% della popolazione infantile è qualcosa che si avvicina ad una epidemia che ha incidenze politiche importanti e che pertanto richiede interventi specialistici che hanno una valenza di prevenzione.

Le enormi discussioni sull'origine genetica, neurofunzionale o psichica delle sindromi dello spettro autistico non hanno certo aiutato i portatori di handicap psichico, tanto più che per molti ricercatori c'è ben poco da fare per affrontare dei problemi che riguardano la struttura (il cervello) e, soprattutto, perché sono cominciate ad apparire miriadi di pseudo-osservazioni-scientifiche che sostengono l'utilizzazione di interventi palliativi ed anche del tutto inutili ad affrontare quello che per molti è stato definito come l'Everest della paidopsichiatria: l'autismo.

Hanno attirato l'attenzione:

- disturbi di tipo autistico conseguenti alle vaccinazioni eseguite con vaccini preparati con sali di mercurio, ma che ormai non ha più senso prendere in considerazione dal momento che questo metodo è stato del tutto bandito per le preparazioni;
- disturbi di tipo "intolleranza alimentare", soprattutto riferiti alla "malattia celiaca" (intolleranza alla caseina ed al lattosio), che inducono quadri reversibili di isolamento reattivo, molto differenti però dalle specifiche sindromi artistiche.

Soprattutto, poi, sono stati invocati interventi i più svariati per superare situazioni caratterizzate specificamente da atteggiamenti di inibizione, di ritiro psichico, di inadeguatezza sociale e rifiuto alle relazioni interpersonali. Così sono state proposte terapie iper-proteiche, iper-vitaminiche, realizzate con tecniche che fanno riferimento al “sistema cranio-sacrale”, ecc.ecc.

Oggi il quadro nosografico sembra ormai più controllato e si può parlare di diverse sindromi che risultano abbastanza bene individuabili. Parliamo di:

- Sindrome di Kanner o Autismo-autistico;
- Sindrome da Ipercinesia ADD-ADHD;
- Sindrome di Asperger (per alcuni ancora: autismo ad alto funzionamento);
- Blocchi psicomentale su base psico-traumatica;
- Mutismo elettivo;

lasciando in uno spazio specifico sindromi di origine genetica come:

- Sindrome del X-fragile o di Martin-Bell;
- Sindrome di Rett;
- Sintomi autistici in Sindrome di Down;
- Sindrome di Joubert;
- Sindrome di Dandy Walker;
- Sindrome di Angelman;
- e molti altri quadri di origine genetica, statisticamente poco rappresentate.

ASPETTI TERAPEUTICO-RIABILITATIVI

Prendendo lo spunto dagli interventi su bambini insufficienti mentali (da esiti di paralisi cerebrali) negli Stati Uniti (dove ancora si mantengono attive le discriminazioni fatte attraverso le “Scuole speciali” che in Italia sono state abolite in base alla legge 180) per affrontare i disturbi autistici è stato utilizzato un approccio comportamentale strutturato nei programmi di TEACCH o ABA, ecc. strutturati su rigidi protocolli che, in diversi livelli, dovrebbero portare ad un certo sviluppo di processi automatici di tipo psichico.

Nei paesi di lingua latina (soprattutto in Sud-America, in Francia, in Italia ed in Spagna) si sono sviluppate tecniche operative fondate sulla psicodinamica.

Le nostre esperienze, fondate sulla attività di più di quindici anni della A.I.P.R.E.C. (Associazione Italiana di Prevenzione Riabilitazione e Cura) e della A.I.D.R.E. (Associazione Italiana di Ippoterapia e Riabilitazione Equestre) hanno portato a sviluppare tecniche denominate:

- SAS – self activating system;
- E.I.T. – Emotional Integrating Therapy;
- TyLA – Thymology Learning Approach;
- Arte-Terapia-Psicodinamica;
- Musicoterapia;
- Psicodramma;
- Terapia emotivo-espressiva;
- Ippoterapia scientifica;

che ultimamente sono state raggruppate sotto una unica denominazione:

ARTI TERAPIE ESPRESSIVE

che comprendono anche:

- Dialogo Danza;
- Cine-Arte-Terapia;
- Teatro Terapia.

Uno schema riassuntivo porta ad evidenziare l'utilità di queste tecniche riferite a ciascuna delle sindromi psico-patologiche prese in considerazione:

NEI DIVERSI QUADRI DI DISTURBO DELLO SVILUPPO

È interessante osservare lo schema tracciato sui risultati ottenuti globalmente nel trattamento i diversi quadri psicopatologici. Questo serve a dare chiarimenti precisi, utili per le scelte da effettuare in base ai controlli valutativi.

-----	E.I.T.	TyLA	arte terapia	Ippoterapia	Emot.espres.
Autismo Kanner	++	++	+++	++	++
ADD-ADHD	+++	+++	+++	+++	+++
x-Fragile	++	++	++	++	++
Sindrome Dandy Walker	++	++	++	++	++
Mutismo essenziale	+++	+++	+++	+++	+++
Borderline	++	++	++	++	++
Sindrome Joubert	+++	++	+	++	++
Sindrome Down	++	+++	+++	++	+++
Sindromi regressive	+++	+++	+++	+++	+++
psicosi simbiotica	++	++	++	++	++
microcefalia	+++	+++	++	++	+++
ritardo scolastico	+++	+++	+++	+++	+++

Come si può vedere dallo schema ogni soggetto disabile psichico o che presenta disturbi dello sviluppo, riceve intervento multidisciplinare, organicamente intrecciati per raggiungere gli obiettivi considerati via via prioritari:

- la consapevolezza di Sé e dell'Altro;
- la relazione tra mondo interno ed esterno;
- lo scambio esperienziale tra Sé e l'Altro;
- la creazione di dinamiche timologiche;
- la formazione di strutture della resilienza;
- l'organizzazione di valenze che donano individualità, autocoscienza ed autosoddisfazione.

Da ormai 20 anni la A.I.P.R.E.C. (Associazione Italiana Prevenzione, Riabilitazione e Cura) sta applicando i propri studi teorici e le proprie esperienze pratiche e di tipo terapeutico-riabilitativo per affrontare scientificamente le problematiche artistiche o riferite ai disturbi dello sviluppo psico-mentale: psico-affettivo e psico-cognitivo.

Possiamo riportare uno schema riassuntivo riferito ai risultati positivi ottenuti con diverse pratiche psico-terapeutiche-alternative.

La nostra esperienza è stata fatta, utilizzando psicologi o educatori specializzati per l'applicazione di:

- terapia di integrazione emotivo-affettiva **E.I.T.**
- Thymology Learning Approach **TyLA**
- Arte-terapia-psicodinamica **A.T.P.**
- Terapia emotivo-espressiva **T.E.E.**
- Ippoterapia-riabilitativa **I.R.**
- Psicodramma **P.S.D.**
- Psicoterapia psicodinamica **P.P.**
- Teatro terapia **T.T.**

- Tai-chi-chuan **TCh**
- Musicoterapia **MT**
- Inserimento in attività sportiva-presport **P.S.**
- Inserimento in attività sportiva agonistica **A.S.A.**
- Farmacoterapia omeopatica **T.F.O.**

PROSPETTO DEI RISULTATI

	EIT	TyLA	ATP	TEE	IR	PSD	PP	TT	TCh	MT	PS	ASA	TFO
AA	+++	+++	+++	+++	+++	+	+	+	++	+++	+	-	+++
ADD	+++	+++	+++	+++	+++	+++	+++	+++	+++	+++	+++	+++	+++
SA	+++	+++	+++	+++	++	+++	+++	+++	+++	+++	+++	+++	+++
RSP	+++	+++	+++	+++	+++	+++	++	++	+++	+++	+++	+++	+++
X-F.	+++	+++	+++	+++	+++	++	++	++	+++	+++	++	+	+++
SD	+++	+++	+++	+++	+++	+++	++	++	+++	+++	++	++	+++
SIA	+++	+++	+++	+++	+++	+++	+++	+++	+++	+++	+++	+	+++
AG	++	++	++	++	+++	+	+	+	++	+++	+	-	+++

In questo schema si mettono in relazione le diverse sindromi che per lo più compongono il quadro dello SPETTRO AUTISTICO con i risultati ottenuti con le differenti pratiche terapeutiche e riabilitative.

Il numero delle crocette vuole corrispondere all'efficacia dell'intervento che è stata misurata con le diverse scale in uso presso i centri A.I.P.R.E.C. che partecipa al programma di offrire le migliori attività terapeutico-riabilitative per affrontare i disturbi dello sviluppo.

Lo schema generale nel quale si inseriscono tutti gli interventi riguarda:

- recupero delle funzioni di coordinazione motoria, di supporto alle percezioni ed alla sensorialità, senza tralasciare il *sesto senso* nel quale riconosciamo l'equilibrio statico e dinamico;
- contenimento delle reazioni emotive che sono particolarmente invasive nelle sindromi caratterizzate da *debolezza del Io*;
- sviluppo sostenuto del sistema affettivo (che risulta sempre deficitario) per raggiungere un adeguato senso di Sé, una valida auto-valorizzazione ed una sufficientemente buona autosoddisfazione;
- integrazione cognitivo-intellettuale e del problem solving.

Le ricerche sostenute attraverso la pratica terapeutica (soprattutto nelle esperienze di Arte-Terapia-Psicodinamica) hanno portato ad evidenziare la necessità di sviluppare le *funzioni immaginarie* che, in queste sindromi, risultano particolarmente deficitarie.

Queste osservazioni e la pratica terapeutico-riabilitativa hanno portato ad evidenziare come sia fondamentale un continuo monitoraggio dei risultati ottenuti nelle 4 aree di applicazione, per poter indurre uno sviluppo adeguato, ma anche modulato e globale.

Per questo si sono approntate scale specifiche di valutazione tra le quali vanno ricordate:

- **AUTISM E.I.T. TREATMENT outcome checklist**
- **AUTISM behavioral rating list**

- **TYMOLOGY LEARNING APPROACH behavioral rating list**
- **HIPPOTHERAPY behavioral rating list**
- **BEHAVIORAL RATING LIST**
- **ARTE-TERAPIA-PSICODINAMICA behavioral rating list.**
- **TINV – Test di Intelligenza non verbale**

Queste scale permettono non solo di stilare un preciso “profilo diagnostico”, ma di seguire nel tempo le modificazioni indotte sia dalla terapia-riabilitazione, che dallo sviluppo psico-mentale che si modifica continuamente proprio perché attivato dalla relazione interpersonale.

Le valutazioni (che danno scientificità al metodo) sono necessarie proprio perché nella pratica si attiva una profonda interazione tra funzionamenti emotivi, affettivi e cognitivi, proprio perché l’auto-identificazione, strutturandosi come autocoscienza ed autostima, acquista diverse forme:

- senso di esistere
- senso di essere
- senso di valere come individuo
- senso di insostituibilità
- senso di permanenza nel tempo
- senso di potere
- senso di avere un proprio ruolo
- senso di essere normale
- senso di essere scelti per quello che si è
- senso di essere accettati in quanto psichicamente adeguati
- senso di essere capiti oltre che di capire.

Ricordiamo che la parola “*sensò*” fa riferimento ad una funzione istintiva e che per indicare qualcosa che sia di derivazione razionale e simbolica, usiamo la parola “*significato*”.

ANALISI DEI RISULTATI

Gli interventi multidisciplinari, globali ed olistici devono essere condotti da personale specializzato e preparato non solo per utilizzare le diverse tecniche, ma anche per poter “leggere” le continue modificazioni:

- dei meccanismi di difesa;
- del livello di acquisizione degli oggetti interni ed esterni;
- dei livelli di sviluppo del pensiero (concreto, affettivo, simbolico);
- degli atteggiamenti psico-affettivi che devono superare fasi di opposizione ed utilizzare momenti favorevoli per l’instaurarsi di valenze affettive, collaborative, di sussidiarietà e di vera e propria collaborazione;
- delle capacità di attenzione e di tenuta sul compito che sono fondamentali per cominciare a sviluppare atteggiamenti ed applicazioni di “auto-sostegno e di auto-apprendimento”.

Durata degli interventi terapeutico-riabilitativi.

Parlare di tempi necessari per il recupero nei casi di handicap psichico è sicuramente uno dei temi che maggiormente interessa la medicina che tende ancora a ritenere l’handicap una disfunzione immodificabile, i genitori ed anche le istituzioni per i quali la disabilità è pur sempre un carico economico e assistenziale di notevole impegno.

In termini medi, il recupero funzionale e globale si ottiene in tre-quattro anni di attività costante (per lo più sedute bisettimanali di una, ma anche di due ore ciascuna).

Il superamento dei sintomi psicopatologici negativi (inibizione, isolamento, autismo) e positivi (opposizione, aggressività, distruttività) non significa aver terminato il lavoro terapeutico-riabilitativo. Resta un impegno enorme che riguarda il recupero delle funzioni e dei livelli di sviluppo adeguati all'età del soggetto. Questo lavoro richiede la collaborazione stretta e costante dei familiari ed anche dei docenti delle classi nelle quali questi bambini sono inseriti senza nessuna discriminazione di tipo patologico, di livello e/o comportamentale.

Va segnalato che normalmente si ottengono più rapidi recuperi nel comportamento, nella cura della persona, nelle materie scientifiche (matematica e geometria) e più lentamente nella lingua, nella storia e nella geografia dove giocano maggiormente le difficoltà simboliche ed i deficit dell'immaginario.

Continua in:

QUADRI PSICOPATOLOGICI E INTERVENTI RIABILITATIVI