

Neuroscienze e Psico-neuro-pedagogia-speciale

PROSPETTIVE TERAPEUTICO-RIABILITATIVE E CURATIVE PER LO SPETTRO AUTISTICO

Romeo Lucioni – Leticia Lucioni - Sabatino Villani

Studi genetici e neurobiologici: quadri clinici ed eziopatogenesi.

Fa veramente impressione leggere articoli su riviste prestigiose di psichiatria che affrontano il tema della eziopatogenesi dell'autismo con tanto semplicismo e scarsa scientificità.

In tutte le parti del mondo, viene riconosciuto che l'autismo è una problematica complessa e che presenta una enorme variabilità, tanto che spesso si dice che ... "c'è un autismo per ogni autistico".

Di fronte a queste osservazioni la prima cosa da fare è cercare di differenziare i quadri e non rischiare di mescolare il diavolo con l'acqua santa.

Se, parlando di statistiche sull'autismo, l'autore accenna alle caratteristiche dell'X-fragile (un disturbo sicuramente di origine genetica) è chiaro che il lavoro è da cestinare perché non stiamo parlando di "autismo", ma di qualsiasi altra cosa per la quale si fa sfoggio di conoscenze generiche sui genomi, sulla familiarità, ecc.ecc.

Non ha nessun senso parlare di una frequenza di 1 caso su 1000 nati, quando le statistiche più serie nel passato anche recente parlavano di 4-5 casi su 10.000 nascite. È evidente che, se apriamo la forbice e facciamo entrare tutti i soggetti che hanno qualche disturbo relazionale, le statistiche arriveranno ai dati assurdi di 1 caso ogni 150 nascite.

Diventa quasi irridente dover leggere che le più importanti evidenze genetiche sono state evidenziate nell'ambito del *autismo atipico* !!! Ci dobbiamo chiedere perché non ci si limita, per esempio, a fare ricerche solamente sugli autistici annoverabili nello schema della "sindrome di Kanner"!!!

Crediamo che la scelta di non parlare più di "Autismo", ma di "**spettro autistico**" abbia solamente un significato politico e sociale. Se cioè il nostro discorso "scientifico" affronta un problema importante fin che si vuole, ma tanto limitato da interessare appunto 1 caso su 10.000 nati, è evidente che né politici, né istituzioni si scalderebbero, prenderebbero sul serio un problema tanto limitato.

Proprio per questo, dal punto di vista della convenienza e, quindi, per eventuali contributi economici o per ottenere facilities risulta più utile parlare di qualcosa che possa far pensare ad una "malattia sociale", o "epidemia autistica" che ormai ha raggiunto i termini di 1 caso su 150 nati.

Abbandonare i criteri scientifici (e quindi medici) serve solamente ad avere degli aiuti economici per le famiglie, che però non portano che a scarsi benefici per i nostri bambini che di per sé hanno addosso già la terribile stigmata di un disturbo psico-mentale che, comunque sia, è molto grave.

Continuando la disamina dei lavori che parlano di eziogenesi biologica dello "spettro autistico", senza usare però nessun criterio valido per una selezione, si comincia a parlare di evidenze varie di alterazioni dell'ippocampo, dell'amigdala,

del cervelletto, della corteccia cerebrale, ... ecc.ecc., ma è evidente che non si terrà nessun rispetto per i veri bisogni dei nostri sfortunati bambini.

Loro richiedono:

- una diagnosi differenziale, precisa, sicura, certa e precoce;
- una definizione precisa del tipo di intervento preventivo (nei confronti di possibili peggioramenti), riabilitativo funzionale e globale ed anche, quando possibile, curativo;
- per fare tutto questo necessitiamo di scale di valutazione misurate sulla pratica clinica e sulle osservazioni nell'ambito della pratica terapeutica;
- si richiede, inoltre, un approccio multidisciplinare delle problematiche della disabilità, del disagio ed anche dell'handicap. Proprio per questo acquista sempre più importanza la partecipazione pedagogica, ancor più se pensiamo alle enormi possibilità indotte dalla legislazione post legge 187 per la quale ogni individuo ha il diritto di usufruire di un insegnamento adeguato, prescindendo da ogni qualsiasi tipo di limite, di deficit o di inadeguatezza psichica, mentale o comportamentale.

Queste considerazioni si adeguano ad una prospettiva riabilitativa e/o abilitativi (quando il soggetto non ha ancora raggiunto un adeguato stato di "abilità"), affrancata dagli enormi risultati positivi che, negli ultimi dieci anni, sono stati raggiunti proprio nell'ambito dell'handicap.

A tal proposito, vale la pena sottolineare quanto sia cambiato radicalmente, in questo periodo, il concetto di handicap.

Da una prospettiva "medico-sanitaria", l'handicap era considerato come una situazione standardizzata e poco modificabile, così che un handicappato lo era ... per tutta la vita. Al massimo si accettava l'idea di utilizzare delle "protesi" che per l'handicap psichico risultavano essere la semplice limitazione e/o abbassamento del livello potenziale cognitivo.

Nell'approccio con l'handicap si assumeva come valido il concetto di "immodificabilità" e questo sino a quando gli interventi cosiddetti palliativi (spesso utilizzati da para-medici o addirittura da volontari pieni di entusiasmo e di generosità) non hanno portato a dover accettare una certa modificabilità del danno o delle limitazioni.

Anche la scuola ha dato un valido aiuto per questo cambiamento euristico sino a raggiungere una nuova dinamica conoscitiva ed applicativa nei confronti dei deficit.

La psicologia, la psicoanalisi, la psicoterapia, la psicodinamica, insieme alla pedagogia speciale e, più recentemente, la psico-neuro-pedagogia (Romeo Lucioni) hanno portato a tracciare delle linee-guida nuove ed a considerare fortemente la possibilità di indurre miglioramenti, recuperi, riabilitazioni funzionali e globali ed anche delle vere e proprie risposte di "cura".

Per avere una idea più precisa in questo ordine di cose, possiamo riprendere le osservazioni di A. Murdaca e R. Lucioni, che, in uno schema, hanno riportato i risultati ottenuti nei diversi quadri patologici per ognuno dei quali è stato applicato un intervento riabilitativo globale, ben definito e monitorato con diverse scale di valutazione. Questa è una necessità inalienabile proprio perché con le terapie (gli interventi sono sempre multidisciplinare; si utilizzano cioè diverse figure professionali ognuna delle quali ha ricevuto una specializzazione ad hoc per affrontare le problematiche correlate con i disturbi semplici o pervasivi dello sviluppo) si è ottenuto:

SCHEMA PER LA VALUTAZIONE DELL'EFFICACIA TERAPEUTICA

	Sind. Kanner	Add- adhd	Down	X-frag	Joubert- Walker	Asperge	Calloso	Stress
E.I.T.	+++ +++	+++ +++	+++ +++	+++ +++	+++ +++	+++ +++	+++ +++	+++ +++
TyLA	+++ +++	+++ +++	+++ +++	+++ +++	+++ +++	+++ +++	+++ +++	+++ +++
ART.T.	+++ ++	+++ +++	+++ +++	++ +++	+++ ++	+++ +++	++ ++	+++ +++
Ippo-tr	+++ +++	+++ +++	+++ +++	+++ +++	+++ +++	++ +++	+++ +++	+++ +++
Tai-chi	++ +++	+++ +++	+++ +++	++ ++	++ ++	+++ +++	++ ++	+++ +++
motoria	+++ +++	+++ +++	+++ +++	+++ +++	+++ +++	+++ +++	+++ +++	+++ +++
Psicoter.	+ +	+++ +++	+++ +++	++ ++	++ ++	+++ +++	++ ++	+++ +++
teatro	+ +	+++ +++	+++ +++	++ ++	++ ++	+++ +++	++ ++	+++ +++
psicodram	+ +	+++ +++	+++ +++	++ ++	+ +	+++ +++	++ ++	+++ +++
Emot-espr	+++ ++	+++ +++	+++ +++	+++ +++	++ ++	+++ +++	++ ++	+++ +++
Eutonia	+++ +++	++ ++	+++ +++	++ +++	+++ +++	++ ++	++ +++	++ ++

Con le terapie applicate specificamente e seguendo precise linee guida, si ottengono rapidamente profonde modificazioni che interessano:

- meccanismi di difesa;
- sviluppo degli oggetti interni e della realtà;
- qualità relazionali;
- modelli rappresentazionali;
- superamento di caratteristiche narcisistiche primitive;
- comportamenti ritualistici ed ossessivi (rapida scomparsa);
- atteggiamenti oppositivi ed aggressivi;
- comportamenti controfobici;
- difficoltà nella motricità;
- difficoltà nella coordinazione fine e grossa;
- disturbi percettivi;
- ecc.ecc.

queste osservazioni ci impongono domande di fondamentale importanza, riferite in modo specifico ad alcuni dei quadri psicopatologici che per lo più sono inseriti nell'ambito dello *spettro autistico*, ma che hanno anche origine da alterazioni genetiche e, soprattutto da situazioni di risposta allo stress acuto e, soprattutto, cronico.

RISPOSTE AI TRATTAMENTI

Affrontare il tema dei risultati raggiungibili con le diverse pratiche terapeutiche (A. Murdaca e R. Lucioni) e, quindi, fare uno sforzo per avere una previsione sulle espressioni cliniche che resteranno come fenomenologia dell'autismo in età adulta, è ormai diventato un compito inderogabile e, soprattutto, eticamente irrinunciabile ed anche irrimandabile.

Prima di tutto:

resta sempre la questione della diversificazione dei quadri psico-patologici che sono entrati a far parte del cosiddetto **“spettro autistico”**.

Dalle nostra quindicinale esperienza nell'ambito delle terapie, della riabilitazione globale e funzionale e della cura (fatta nella A.I.P.R.E.C. – Associazione Italiana Prevenzione Riabilitazione e Cura) possiamo proporre un prospetto schematico riassuntivo che ci può aiutare per uniformare i punti di vista.

In questo modo riconosciamo:

- | | |
|--|---|
| 1) Autismo-autistico (sindrome di Kanner); | A.A. |
| 2) ADD-ADHD – Sindromi ipercinetiche | ADD |
| 3) Sindrome di Asperger (Sindrome Borderline) | SA |
| 4) Ritardo dello sviluppo psico-mentale non autistico | RSP |
| • Mutismo essenziale | |
| • Ritardo scolastico | |
| • Sindrome da abuso psichico | |
| • Sindrome da immigrazione-emigrazione | |
| • Sindrome da adozione | |
| 5) X-Fragile (sindrome di Martin-Bell) | X-F. |
| 6) Sindrome di Down | SD |
| 7) Sindrome tipo autistica da intolleranza | SIA |
| • alimentare: caseina, glutine | |
| • da metalli pesanti (mercurio; arsenico; piombo; alluminio; ecc.) | |
| 8) Autismo genetico | AG |
| • sindrome di Rett | |
| • agenesia del corpo calloso | |
| • sindrome di Joubert | } alterazioni della fossa posteriore
(cervelletto) |
| • sindrome di Dandy-Walker | |
| • sindrome di Kabuky | |
| • sindrome di Angelman | |
| 9) Microcefalia | MC |

Per affrontare con efficacia tutte queste espressioni psicopatologiche, l'esperienza ha portato a determinare la necessità di interventi multidisciplinari:

- globali,
- olistici
- funzionali (misurati sul bisogno)
- precoci
- prolungati (più di tre anni)
- accompagnati da continue valutazioni dei risultati (seguendo scale)
- modulati sulle evidenze (centrare gli obiettivi a corto e medio termine, mentre a lungo termine è sempre il recupero funzionale e globale e la cura).

Ciò significa che già mentre è in atto il periodo necessario per la diagnosi, conviene iniziare il trattamento, ottenendo con l'osservazione dei dati utilissimi per stilare la diagnosi e per tracciare le linee guida per la terapia.

Possiamo riassumere i dati della letteratura più recente (A. Murdaca; R. Lucioni; L. Lucioni; ecc.) accumulandoli con quelli derivati dalla nostra esperienza di psico-pedagogia-speciale.

Utilizzando un ampio schema di intervento multidisciplinare (psicologi; educatori; terapeuti; pedagogisti; riabilitatori; ecc.) si arriva all'applicazione di:

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

- programmi di riabilitazione cognitiva e integrazione scolastica **R.C.**
- terapia di integrazione emotivo-affettiva **E.I.T.**
- Thymology Learning Approach **TyLA**
- Arte-terapia-psicodinamica **A.T.P.**
- Terapia emotivo-espressiva **T.E.E.**
- 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

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

In questo schema si mettono in relazione le diverse sindromi che per lo più compongono il quadro dello SPETTRO AUTISTICO ed i disturbi dello sviluppo su basi genetica, 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.

Questi dati sono stati preziosi per intervenire sulla programmazione delle diverse terapie in modo da renderle qualitativamente più valide. Questo è successo per esempio con il lavoro didattico-pedagogico, con l'Arte-Terapia-Psicodinamica, ma anche con lo Psicodramma.

Il problema degli interventi terapeutici omeopatici e/o allopatrici investe poderosamente anche l'aspetto pedagogico proprio perché, per poter svolgere un

lavoro utile, è necessario avere la collaborazione dell'allievo. Questo spesso diventa tanto difficile da ottenere che la scuola chiede degli interventi esterni.

L'esperienza fatta personalmente e l'analisi della letteratura, danno delle risposte contrastanti, ma oggi il tema può essere riassunto nei seguenti termini:

- i disturbi comportamentali e dello sviluppo non possono essere affrontati con farmaci antipsicotici e neppure con gli ansiolitici, perché danno spesso risultati contraddittori in quanto possono aumentare l'agitazione, l'irrequietezza e le crisi di opposizione e di violenza;
- ultimamente si stanno utilizzando (sempre sotto controllo medico) farmaci omeopatici (R. Lucioni) con buoni risultati, tanto che il lavoro pedagogico può essere ripreso e continuato con una certa tranquillità;
- spesso si sente parlare dell'uso del Ritalin (specie nella sindrome ADD-ADHD), ma la pratica, a livello internazionale, lo sconsiglia decisamente, soprattutto perché non si conoscono gli effetti iatrogeni a lungo termine. va sottolineato anche che i risultati "positivi" sono veramente pochi e di poca durata.;
- molti genitori parlano di interventi dietetici (senza glutine e senza caseina), ma l'approccio scientifico non supporta queste pratiche se non proprio nei casi di intolleranza comprovata e confermata dai test specifici;
- si è anche fatto riferimento alle reazioni patogene all'uso dei vaccini, ma attualmente questo capitolo si sta chiudendo, da quando questi "farmaci" non vengono più preparati con sali di mercurio (Thiomersal) che sono risultati essere molto tossici.

OSSERVAZIONI SUI DIVERSI QUADRI PSICOPATOLOGICI

Oggi si tende a porre quasi tutti i disturbi dello sviluppo in un unico contenitore: lo SPETTRO AUTISTICO.

Se da un lato questa modalità può sembrare utile soprattutto da un punto di vista politico :

- attirare l'attenzione su un problema che occupa spazi nella ricerca multidisciplinare, medico-clinica, genetica, psicologica, psicoanalitica, ecc.);
- sottolineare il vertiginoso aumento dei numeri statistici inerenti l'incidenza;
- far conoscere la situazione veramente drammatica in cui si dibattono i genitori e molte famiglie;
- creare una sensibilità di fronte al problema etico di molti bambini che chiedono interventi precoci per non cadere in una grave "malattia psichiatrica cronica" che li accompagnerà dolorosamente per tutta la vita;
- sviluppare un "pensiero forte" che porti a creare un ambito di "nuovo inserimento sociale" per questi soggetti che, per molti aspetti, possiamo ritenere "diversi".

Per altro lato, come cercheremo di dimostrare nel presente lavoro, diventa sempre più chiaro quanto sia importante differenziare i vari quadri psicopatologici, di disabilità, di difficoltà e di handicap, proprio perché questo è l'unico cammino utile per definire dei percorsi specifici (che riguardano: terapia, riabilitazione, educazione, assistenza e cura) utili e capaci di:

- evitare peggioramenti;
- frenare l'invasività dei sintomi;
- produrre recupero funzionale e globale;
- favorire l'integrazione familiare e sociale;
- raggiungere la cura in tutti quei casi che sia possibile;

- definire quelle concomitanze familiare e/o sociali che inducono, se non proprio il disturbo, almeno le condizioni perché questo si instauri, si diffonda e dimostri la sua tendenza a far aumentare gli indici di incidenza.

Il presente lavoro fa riferimento al disturbo autistico primario o “sindrome di Kanner” o “autismo-autistico” che, proprio per le sue caratteristiche, resta il modello di riferimento che deve essere anche individuato con la maggior precisione possibile proprio perché tra tutti i quadri di disturbo dello sviluppo dello spettro autistico, è ancora quello più “grave”, dal momento che gli indici di recupero restano molto bassi, tanto da poter dire che questi bambini autistici lo saranno per tutta la vita.

Non si vuole con questo dire che “... non c'è nulla da fare”, proprio perché si possono ottenere risultati molto importanti, soprattutto nell'ambito dell'inserimento sociale attraverso il controllo dei disturbi del comportamento ed anche per quanto riguarda il recupero della qualità della vita del soggetto e della famiglia.

Da queste premesse, possiamo prendere in considerazione delle osservazioni preliminari che risultano fondamentali per comprendere l'intera complessità del problema.

- 1) – un primo ordine di idee riguarda l'inizio della sintomatologia neuro-psichica riferibile allo spettro autistico:
 - l'autismo di Kanner ha un inizio precoce dal momento che può riferirsi tra il 15-esimo ed il 25-esimo mese, anche se possono essere individuati segni premonitori in tempi anteriori;
 - la precocità dell'insorgenza porta a poter riscontrare, in questi casi, un deficit nel cosiddetto “sviluppo degli oggetti” (interni e della realtà) che può essere considerato come la causa della gravità del quadro psicopatologico, la difficoltà per attuare attività riabilitative, sintomo che porta a poter differenziare con chiarezza l'autismo-autistico dalle altre sindromi dello spettro;
 - da questo punto di vista, la sindrome ADD-ADHD ha un suo inizio più tardivo (intorno ai tre-quattro anni) quando gli oggetti sono già formati e, per questo, la prospettiva riabilitativa è meno severa, a tal punto che ormai si può affermare che gli “ipercinetici” possono essere recuperabili ed anche decisamente “curati”.
- 2) Diventa sempre più importante raccogliere dati anamnestici precisi e dettagliati per poter scoprire i quadri con una eziopatogenesi genetica, come è per:
 - X-fragile (sindrome Martin-Bell);
 - Sindrome di Joubert;
 - Sindrome dell'agenesia del corpo calloso;
 - Sindrome di Dandy-Walker;
 - Sindrome di Kabuky;
 - Sindrome di Angelman.

Va ricordato che il tema dell'origine genetico è molto complesso ed ancora poco delucidato, proprio perché si conoscono quasi 3000 quadri sintomatologici differenti e di difficile differenziazione. Spesso è l'osservazione clinica che dà qualche indicazione per la presenza di stigmati somatiche che richiamano l'attenzione (considerare per es. l'importanza di questi dati per la scoperta di una sindrome di Down).

- 3) I quadri psicopatologici a forte derivazione genetica, per lo più danno poco margine per il recupero, ma interventi molto specializzati hanno permesso di ottenere ottimi risultati (come per l'X-fragile, la sindrome di Joubert, la sindrome di Down, ecc.) per cui, anche in questi casi, è sempre utile fare dei tentativi per scoprire modalità di intervento che possano aiutare a contenere le scariche emotive, sviluppare la partecipazione affettiva, recuperare le funzionalità cognitive, agire per migliorare i comportamenti. La partecipazione e l'integrazione sociale.
- 4) Anche le osservazioni più recenti hanno confermato che i quadri relativi ai disordini dello sviluppo presentano una prevalenza di 4-5/1 dei maschi sulle femmine. Questo dato non ha ancora avuto una spiegazione soddisfacente anche se, sulla falsariga di quanto segnalato da Simon Baron-Cohen che vede nell'autistico un "piccolo maschilista", si potrebbe dire che, in questi casi, è forte la problematica che lega il bambino con la figura del padre (Padre Immaginario). Questa specie di "conflitto" si evidenzia perfettamente non solo nell'autismo-autistico, ma anche nel ADD-ADHD, nel mutismo essenziale e specialmente nella "sindrome di Asperger" o "Autismo ad alto funzionamento o sindrome borderline precoce".
- 5) In tutti i casi di disturbo dello sviluppo, si può evidenziare una più o meno importante "debolezza dell'Io" che sottolinea le difficoltà per superare le "valenze adattive" (quelle dell'Io), per poter passare ad acquisire quelle "creative" che sono specifiche della formazione del Sé (Kohut) e del Io-Ideale (Lacan). Questa osservazione non è di poca importanza, proprio perché ci indica il cammino da seguire per la rieducazione che corrisponde, come succede nell'E.I.T., ad una "integrazione emotivo-affettiva".
- 6) Le neuroscienze ci hanno portato a definire la "struttura" come un "**cervello triadico**" basato sulla organizzazione di:
 - un *sistema emotivo* che ha funzioni difensivo-adattive, che rispondono in maniera istintiva, immediata, poco elaborata e poco controllabile;
 - un *sistema affettivo* attivato nella corteccia frontale e che rappresenta le capacità timologico-valorative capaci di organizzare le "relazioni" nel "mondo socio-culturale";
 - una *processualità razionale*, simbolica e linguistica, che permette di dare risposte razionali, analitico-deduttive e di problem-solving.
- 7) Questo funzionamento prevede la necessità di:
 - contenere il livello di risposta emotiva perché se questa è troppo intensa o poco modulata, genera un "intasamento funzionale" che porta ad un blocco o ad un "deficit operativo" (blocco dello sviluppo);
 - sviluppare le funzioni affettive che sono responsabili della modulazione emotiva e, soprattutto, di facilitare o addirittura permettere l'integrazione simbolico-razionale, sostenendo "l'immaginario";
 - tutto questo spiega perché le emozioni non possono essere contenute con il ragionamento o con la volontà, ma abbisognano di un forte "senso di sé", autostima e capacità di autosostenersi, soprattutto in rapporto con un ruolo proprio e con relazioni interpersonali valide e "supportive" (Nome del Padre).

Messi in evidenza questi punti, che sono sostenuti da concettualizzazioni neuroscientifiche, possiamo passare ad analizzare i vari quadri psico-patologici e tracciare, su di essi, le necessità essenziali per un efficace intervento psico-pedagogico-speciale.

QUADRI PSICOPATOLOGICI E RIABILITAZIONE

I diversi quadri psicopatologici che interessano i bambini e gli adolescenti hanno una molto alta variabilità individuale, ma è necessario cercare di tenerli separati proprio perché la scelta degli interventi terapeutico-riabilitativi assume sempre caratteri di specificità.

Per chiarire:

- un caso di autismo-autistico richiede interventi mirati a strutturare i “rapporti oggettuali” ed il pensiero affettivo;
- l'ADD-ADHD richiede di strutturare il “senso di valere” per vincere sentimenti profondi di incapacità e di inadeguatezza che accompagnano atteggiamenti onnipotenti ed egocentrici;
- il “mutismo essenziale” richiede di affrontare valenze di opposizione ad una figura paterna arcaico-distruttiva che impedisce l'assunzione di valenze personali di efficienza e desideri di crescita e di sviluppo.

1) - AUTISMO AUTISTICO (sindrome di Kanner)

Questo quadro psicopatologico è sicuramente il più grave tra tutti quelli che compongono il cosiddetto “spettro autistico”. Ricordiamo che ha esordio precoce, i primi segni compaiono intorno ai 18-24 mesi e, per lo più, vengono riferiti alla perdita delle prime acquisizioni psico-mentali (perdita delle prime parole, dei giochi organizzati che vengono sostituiti da semplici atti ripetitivi come mettere in fila delle macchinine; delle abilità psico-motorie, come arrampicarsi sui giochi del parco; ecc.), a non guardare più la madre negli occhi, tendere a isolarsi, rifiutando, anche con violenza, la vicinanza dei familiari e degli amici, assumere gesti rituali e comportamenti stereotipati.

A volte si sente dire che, se presi precocemente si possono avere remissioni più facili. Questo non è del tutto vero perché anche se si comincia una terapia ai due anni, bisogna lavorare per molti mesi per arrivare a dei risultati significativi. Certamente, lavorando precocemente, si possono avere subito miglioramenti comportamentali e l'accettazione dei rapporti interpersonali.

In questi casi, il problema fondamentale dello sviluppo riguarda non aver raggiunto lo stadio degli oggetti e questo è l'ambito che deve essere affrontato immediatamente. I migliori risultati sono stati ottenuti con l'arte-terapia-psicodinamica, con la quale si è potuto riattivare lo sviluppo per raggiungere gli oggetti, migliorare così i rapporti interpersonali con maggior controllo delle scariche di ansia e di angoscia.

Si è riusciti a portare i bambini alla scrittura (anche se non proprio automatica) ed anche a sviluppare capacità matematiche.

Il lavoro terapeutico-riabilitativo è molto impegnativo, ma i risultati ottenuti con interventi multi-disciplinari, globali ed olistici, ci dicono che si può sperare di continuare a migliorare le tecniche di intervento per accorciare i tempi applicativi. Va sicuramente sottolineato che la terapia porta questi bambini a comportarsi correttamente (non gridano, non aggrediscono, sono socievoli, mangiano correttamente, hanno un sufficientemente buono controllo della persona e degli sfinteri).

Non possiamo certo dire che siamo riusciti a portare tutti questi bambini ad un livello di normalità, ma sicuramente il recupero che si può ottenere è molto elevato

È il quadro psicopatologico più grave tra quelli che comportano un “disturbo pervasivo dello sviluppo”. Il problema comincia intorno ai due anni, quando si va terminando la maturazione dei lobi frontali che comporta l’integrazione della funzione del “sistema affettivo”. Proprio per questo si giustifica la “siderazione affettiva” che lo caratterizza e tutte le difficoltà relazionali, insieme con l’ossessivo e pregnante rifiuto (anche violento) di accettare la vicinanza degli altri, anche di quelle persone che quotidianamente provvedono alla sua assistenza.

L’elemento caratteristico della patologia è il “ritardo dello sviluppo” per il quale:

- il soggetto non raggiunge lo “stadio degli oggetti”. Questi restano come “oggetti parziali” che vagano nell’inconscio, generando tensioni, ansie ed angosce.
- Non c’è altra sindrome, nella neuropsichiatria infantile, che dimostri i segni di vero “terrore”, che si scatena anche per futili motivi; per es. la scoperta che un oggetto abituale è stato spostato dal suo posto.
- L’autistico diventa un vero “despota” che impone le sue scelte e l’obbligo per gli altri di sottomettersi alla sue anche più assurde scelte comportamentali.
- Sembra quasi che non senta “il dolore” e così si provoca anche profonde lesioni con morsi e graffi (cose che fa anche con gli altri che, proprio per questo, devono sempre stare molto attenti per non essere presi impreparati e subirne le conseguenze).

Con questi bambini si sono tentate molte terapie e, soprattutto, quelle che propongono comportamenti molto semplificati, prestabiliti e ripetitivi (Teacch; ABA; ecc.) che non hanno mai portato a grossi cambiamenti (al contrario in molti paesi queste tecniche non sono accettate perché accusate di creare situazioni o modalità decisamente regressive e psicotiche).

La nostra esperienza (quindici anni) ha portato a risultati molto “brillanti”, tanto da poter dare per superato il problema autistico (recupero della socializzazione). Non significa però che si sia raggiunto un livello soddisfacente di integrazione, di inserimento sociale e, soprattutto, di recupero delle funzioni psico-mentali. Prima di tutto il linguaggio che, perduto dopo le prime parole (intorno ai due anni) non si riesce a farlo recuperare anche se il bambino può comprendere le cose che gli si dicono, gli ordini e le regole comportamentali.

Gli autistici (Kanner) *sembrano* “molto intelligenti” (le mamme spesso li chiamano “piccoli geni”), ma, al lato pratico, dimostrano di non poter utilizzare le loro potenzialità e, quindi, l’espressione cognitivo-intellettuale resta veramente povera.

E.I.T e TyLA: con questi programmi terapeutico-riabilitativi si fanno recuperare le qualità di base :tenuta sul compito; attenzione al lavoro; controllo degli sfinteri; perdita dei comportamenti ossessivo-compulsivi; atteggiamenti ed azioni adeguate con gli altri (non sono più aggressivi). Tutto questo permette di intraprendere le altre attività riabilitative:

Arte-terapia-psicodinamica: è forse la pratica con la quale si sono avuti i più importanti miglioramenti. Con questo lavoro si è potuto verificare che all’autistico non manca lo sviluppo simbolico (anche se non c’è la parola), ma manca l’immaginario (che può essere migliorato notevolmente proprio attraverso la pratica dell’arte-terapia).

Ippoterapia riabilitativa: raggiungono il livello di poter guidare il cavallo sia al passo che al trotto; senza però arrivare alla pratica del galoppo. Non abbiamo ancora autistici di Kanner che siano giunti ad un livello pre-sportivo o sportivo.

Terapia emotivo espressiva e Tai-Chi-Chuan: permettono di guadagnare molto nella comprensione psico-motoria e nella reciprocità.

Musicoterapia: in riabilitazione, bisogna sempre lavorare con la musica che libera a volte da posizioni di estrema chiusura su di sé

Terapie farmacologiche: è da escludere totalmente l'uso di farmaci anti-psicotici (serenase, risperdal, ecc.) perché danno molto spesso reazioni contraddittorie di eccitazione, di aggressività e di violenza.

Molto utili sono invece le terapie omeopatiche con erbe ad azione sedativa. Tra queste soprattutto la *passiflora* mescolata con altre (tiglio; valeriana; camomilla; ecc.). Con queste si ottengono risultati veramente importanti, utili per poter lavorare con tranquillità nella riabilitazione e nell'educazione scolastica.

Si può usare anche la *melatonina*, che bisogna cercare di non utilizzare al di sotto dei 10-12 anni.

LA SCUOLA

È sempre più convincente l'utilizzo dell'inserimento nella scuola dell'obbligo (a partire dalla scuola materna).

I buoni risultati si ottengono però con:

- l'applicazione terapeutico-riabilitativa globale ed olistica in forma preventiva, per poter fare acquisire la capacità funzionali di base (pre-requisiti): attenzione, tenuta sul compito, contenimento emotivo, sviluppo affettivo, che permettono di svolgere un programma educativo (che non sia solamente supportivo);
- l'integrazione tra scuola e terapia: proprio in questi casi si dimostra la necessità di interventi multidisciplinari che vicendevolmente si danno indicazioni per lavorare su obiettivi precisi, modificati continuamente sulla base dei risultati raggiunti;
- nei paesi dove gli autistici vengono tenuti in "scuole speciali" (quindi con poca integrazione con "bambini normali") i risultati educativi sono scarsi o di scarso spessore.

L'intervento della scuola in un contesto generale, è anche necessario proprio perché spesso bisogna agire per:

- controllare le risposte viscerali (terapia farmacologica) e per contenere comportamenti-problema;
- i disturbi possono venire da alterazioni del sistema immunitario o da disadattamenti bio-funzionali (per es. intolleranze alimentari; bisogni metabolici correttivi);
- interventi decisamente medici per controllare forme di otiti, disturbi respiratori, alterazioni gastro-intestinali che, in questi casi, portano spesso a rendere quasi impossibile la normale o accettabile frequenza nelle attività scolastico-educative.

Importante:

non bisogna utilizzare farmaci psicotropi e antipsicotici perché si verificano spesso effetti collaterali contraddittori e, quindi, provocare crisi violentissime di agitazione, di ansia e di aggressività. La nostra esperienza ci porta a confermare l'uso di prodotti fitoterapici che risultano molto maneggevoli e di grande utilità sia per tranquillizzare che per ristabilire un buon ritmo sonno-veglia.

Anche questi interventi (seppure non rivestono nessun pericolo) richiedono una precisa esperienza per poter ottenere i risultati migliori.

Proprio per questo la A.I.P.R.E.C. ha predisposto una attività associativa collaterale che attraverso la PROMEFIT (Program Medical Fitness) offre ai genitori tutte le informazioni necessarie sull'uso dei componenti fitoterapici e indicazioni per procurarli.

PROGNOSI:

Da tutto questo possiamo affermare che, pur non potendo ancora capire il perché, non ci sono ancora terapie che risolvano il problema del blocco dello sviluppo (affettivo e cognitivo) – anche se viene limitata la “pervasività”. Così, questi bambini autistici lo sono anche da giovani e da adulti.

Non si è ancora potuto fare un confronto tra gli autistici adulti trattati da bambini (con successo) e gli altri che hanno ricevuto una terapia scarsa o inadeguata per raggiungere i miglioramenti senza però la risoluzione.

2) - SINDROME ADD-ADHD (IPERCINESIA)

È sicuramente la più frequente tra i disturbi dello spettro autistico. La variabilità è grandissima da soggetto a soggetto, ma alla base troviamo sempre enormi difficoltà a sviluppare un adeguato senso di sé. Le caratteristiche di un Io-debole prevalgono notevolmente e giustificano le espressioni psicomotorie esagerate proprio perché servono a nascondere le proprie deficienze (che vengono maggiormente riferite al mondo psichico). Questi comportamenti tendono a limitare sempre più l'ambito del proprio agire proponendo l'ipercinesia come elemento provocatorio, utilizzato per simulare una “falsa onnipotenza” ed una illusoria capacità di dominare il mondo circostante.

Questi casi sono quelli che danno le più grandi soddisfazioni proprio perché non c'è, nella nostra esperienza, nessun ipercinetico che non sia stato recuperato totalmente alla normalità.

Dopo il lavoro terapeutico-riabilitativo (che prevede l'utilizzo di tutte le applicazioni dell'ambito delle arti-terapie-espressive) viene richiesto un lungo periodo di recupero di tutte le funzioni cognitive-intellettive e, quindi, un recupero del livello scolastico.

Nella nostra esperienza abbiamo ragazzi che hanno raggiunto un normale livello per affrontare perfettamente le classi superiori.

Anche nel piano psicomotorio il recupero è totale e molti dei nostri ragazzi sono entrati perfettamente nell'ambito degli sport agonistici (calcio, basket, equitazione, ecc.).

Questa sindrome si compone di una enorme varietà di quadri che vanno da una normale irrequietezza, sino a raggiungere forme gravi (“si potrebbe ricordare l'autismo ipercinetico”).

In questi casi il terapeuta fa proprio bella figura perché può utilizzare tutte le tecniche che ha sviluppato e di cui si è reso specialista. Nella nostra pratica è stato fondamentale l'utilizzo di E.I.T. e della TyLA che hanno permesso di arrivare all'applicazione delle altre operatività specifiche.

Nella Arte-Terapia-Psicodinamica si ottengono risultati brillanti così come con la Ippoterapia-Riabilitativa che permette di portare questi ragazzi a competere con i “normali”, ottenendo anche splendidi risultati.

Si può dire che “... l'ipercinetico può essere domato” anche se ci vuole sempre un polso molto fermo.

Estremamente utile è l'uso della “passiflora” e della “escolzia” che fa miracoli nella sedazione. Non vanno usati farmaci antipsicotici (risperdal; serenase; ecc.) perché non sono per nulla efficaci e portano anche a risposte paradossali. Sono stati usati anche farmaci anti-epilettici (depakin), ma senza nessun risultato.

Ultimamente (importata dagli USA) si sta offrendo una terapia a base di Ritalin, ma la nostra esperienza la sconsiglia prima perché non dà risultati che non possano essere raggiunti in altra maniera; poi perché non sappiamo quali effetti dannosi si possano avere con somministrazioni prolungate di un farmaco che, in

ultima analisi, è annoverabile tra le “droghe” e che, sino a pochi anni fa era del tutto “... proibito”.

Importante

Anche in questi casi non vanno usati psicofarmaci, né ansiolitici, né antipsicotici. Risultati buonissimi per la sedazione sono stati ottenuti con la fito-terapia (melatonina, passiflora, escolzia), ma è conveniente che sia un medico esperto a indirizzarne le dosi, le modalità ed i tempi di somministrazione.

PROGNOSI:

si può tranquillamente dire che l'iperpercinesia è un disturbo totalmente superabile e che questi ragazzi possono recuperare le loro qualità ottenendo un buon inserimento familiare, scolastico e sociale.

Spesso è necessario fare un lavoro anche con il Padre, proprio perché il grande problema di questi ragazzi è quello di sentirsi incapaci ed inefficienti. È questo il punto di partenza del disturbo: con la scarica motoria si supplisce ai sentimenti di inferiorità e di inadeguatezza che il soggetto vive nell'uso delle pratiche mentali. (Lacan dice che dove c'è “corpo” non c'è “mente”).

È il recupero del “senso di Sé” e della auto-valorizzazione che permettono di ritrovare la “fiducia in se stessi”. Anche per questo è così utile l'applicazione dello psicodramma e della Teatro-terapia, che può essere usata anche per stimolare il recupero dell'immaginario.

3) - SINDROME DI ASPERGER: autismo ad alto funzionamento - borderline precoce

Questo disturbo viene per lo più riferito con inizio intorno ai tre anni (quando già è stato raggiunto lo “stadio degli oggetti”), anche se si manifesta, in forma chiara, più tardi: intorno ai 10 anni. La sindrome si avvicina per molti motivi alla *Sindrome Border-line* (diagnosi che riguarda maggiormente l'adolescenza) e questo le dà maggior importanza per il grande aumento dell'incidenza nel riferimento dell'incidenza statistica che si osserva oggi.

La sintomatologia viene riferite prevalentemente a:

- incapacità (a volte veramente spiccata) di stabilire validi rapporti interpersonali (soprattutto per i ragazzi con le coetanee);
- senso di inferiorità e di incapacità – soprattutto riferito ai rapporti sentimentali ed affettivi: l'altre è sempre troppo forte e importante, tanto da suscitare sensi di vergogna e di invidia: “... lei ha tutto quello che vorrei avere io !!!”;
- spiccata opposizione nei confronti del Padre che spesso viene riferita come “... odio”;
- la figura paterna è svaloriata (solo a parole), ma vissuta con un senso di inferiorità ed una incapacità di “... liberarsi da chi può tutto ...” e che si dimostra “... perverso” perché non dà quelle cose che il figlio desidera e della quali non può parlare ... ma non ce ne sarebbe bisogno perché “... lui sa perfettamente quello che voglio e non me lo dà perché è un perverso”;
- anche la madre viene rifiutata perché “... preferisce Lui !!!”

Il quadro sembra l'espressione di una problematica edipica, ma in questi casi domina il senso di inferiorità, di impotenza e di inadeguatezza.

L'Asperger-Borderline risulta un soggetto che sempre rinuncia ad essere se stesso: si vive onnipotente, ma, nello stesso tempo, si crede un "incapace"

L'Altro è sempre vissuto come "perverso e distruttivo" perché incapace di "capire la tremenda sofferenza" alla quale è sottomesso il soggetto, questi si costringe a vivere sempre più isolato e racchiuso nella sua infelicità esistenziale (abbiamo avuto casi di ragazzi che hanno abbandonato la scuola e si sono rinchiusi in casa, incapaci di utilizzare le loro capacità mentali anche notevoli).

Il disprezzo per l'altro porta al disprezzo per il mondo e verso ogni attività umana: fatta da perversi, immorali ed incapaci.

La sindrome è stata anche chiamata "*schizofrenia pseudo-nevrotica*" (C.L. Cazzullo) proprio per l'incoerenza mentale, la siderazione affettiva, l'invasività delle problematiche e la estrema difficoltà per superarle.

Il "nanismo affettivo" di questi ragazzi li porta a non poter mantenere valide relazioni che così vengono interrotte (sempre per colpa dell'Altro che viene accusato di insensibilità, di incapacità e di "amoralità"). Sono facili gli acting-out, non riconosciuti da molti psicoanalisti che li ritengono segni "abbandonici".

Il borderline vive come se si trovasse sempre di fronte a due porte e con una incapacità "caratteriale" per decidere, per produrre una scelta che, di conseguenza, porta a rinuncia ed a inanizione.

Il bambino Asperger sta diventando un vero rebus scientifico e, proprio per questo, si presenta con una serie infinita di punti interrogativi.

A partire dalle più note classificazioni ci troviamo a dover dirimere tra una forma particolare di Autismo (DSM-4) ed una sindrome a se stante (ICD-10) senza contare poi la denominazione di "*autismo ad alto funzionamento*", che fa riferimento ad un più elevato QI, rispetto alla media dei bambini autistici (autismo di Kanner).

C'è anche chi fa rientrare l'Asperger nello "spettro autistico" e molti che riferiscono la sindrome ad un disturbo neuro-psicologico genetico, anche se non sono state evidenziate mai le più piccole alterazioni nel S.N.C.

C'è anche l'annosa questione che vorrebbe scoprire dei tratti autistici e/o asperger in personaggi della cultura e della scienza, superdotati da un punto di vista "razionale", ma poverissimi nelle loro attitudini affettive e sociali (vedi A. Einstein; I. Newton; ecc.).

In tutto questo i bambini cosiddetti Asperger si sentono "diversi" ed esplicitano questo loro disagio con comportamenti strambi, a volte aggressivi, ipercinetici, oppositivi, difficili da trattare e da inserire in un gruppo, ma sempre ... con una certa nota distintiva ed una certa capacità intellettuale che però non si adatta all'atteggiamento strafottente e, per lo più, spinto verso l'isolamento ed il chiudersi in se stessi.

Non dimentichiamo le osservazioni che portano i bambini Asperger nel cammino verso la "sindrome borderline" che, manifestandosi più chiaramente nell'adolescenza sino ai vent'anni, dimostra chiari prodromi nella raccolta anamnestica che fa risalire la "diversità" sin dai tre anni.

Oggi possiamo assicurare che l'Asperger non può per nulla essere assimilato all'autismo (sindrome di Kanner), proprio perché in questi ragazzi non ne troviamo le caratteristiche peculiari:

- blocco dello sviluppo ad un livello pre-oggettuale;
- isolamento sociale e relazionale tanto spiccato che attiva anche atteggiamenti e comportamenti aggressivi;

- alterazioni di tutto l'assetto psico-mentale, affettivo e cognitivo, con importanti crisi emotive che giungono all'angoscia ed al terrore.

Al contrario l'Asperger si caratterizza per:

- spiccato atteggiamento oppositivo nei confronti del padre (comincia intorno ai tre anni);
- estrema difficoltà a integrarsi nella relazione interpersonale, soprattutto nel rapporto con l'altro sesso;
- discreto livello intellettuale che contrasta con le scarse capacità di inserimento sociale proprio perché questi ragazzi vivono un forte senso di incapacità e di inadeguatezza che contrasta con sensi di superiorità e di onnipotenza riferito alle loro capacità intellettive;
- questa "superiorità" invade tutto il rapporto con il proprio sé-corporeo per cui sono sempre preoccupati per ... un capello bianco, un "brufolino" sulla pelle, un invisibile segno cutaneo che, per loro suscitano angosce perché non sopportano l'idea di invecchiare o di perdere capacità che significherebbe una vera ... catastrofe;
- oppositivi nei confronti degli altri che sono vissuti come "perversi" perché non riescono a capire quanto loro stiano soffrendo e si limitano a ... dare consigli che non sono mai richiesti;
- l'odio nei confronti del padre impone però l'impossibilità di staccarsi da lui che è onnipotente e può mantenerlo senza problema, mentre lui non riuscirà mai a guadagnare tanti soldi da poter pagarsi un affitto o un mantenimento decoroso;
- la loro "onnipotenza" non viene riferita esattamente ad una superiorità intellettuale, ma ad una specie di "furbizia" per la quale riescono ad ottenere tutto quello che vogliono, senza entrare in collisione con chi è più forte (il padre), ma saper aggirarlo e vincerlo sfruttando le sue debolezze, la sua ingenuità, la sua ... debolezza psichica; non fare sforzi eccessivi e ... ricordando sempre che se Lui dovesse morire ... è sempre facile spararsi un colpo di pistola.

La sindrome di Asperger-Borderline sta diventando la psicopatologia della nostra società moderna. Ha sostituito completamente quella denominazione di "esaurimento nervoso" che era tipica e dilagante 40-50 anni fa.

Oggi questi "disturbi relazionali" sottendono un gran numero di problematiche giovanili che vanno dal disagio, alla tossicodipendenza, alla masturbazione ossessiva, alla anoressia, all'abbandono scolastico, al chiudersi in casa (anche per molti anni), ai tentativi di suicidio, a vere e proprie crisi di opposizione con tendenza alla violenza.

Proprio per questo l'Asperger-Borderline deve essere considerato un grave problema sociale che coinvolge fortemente la famiglia, ma anche la scuola ed inoltre che sta aumentando in modo considerevole nelle statistiche di incidenza.

Il lavoro di recupero e di riabilitazione è, in questi casi, sempre molto problematico proprio perché sono molto facili gli acting-out che portano a "frantumare" relazioni interpersonali che sembravano abbastanza buone o che, comunque, potevano permettere buone relazioni terapeutiche o educative.

La svalutazione dell'altro è così forte che non si stabiliscono vincoli affettivi solidi anche perché questi ragazzi hanno sempre ragione loro e sono gli altri ad essere perversi, ignoranti, incapaci, inadeguati insopportabili ed anche ... immorali.

EZIOPATOGENESI

Il disturbo Borderline-Asperger è ormai considerato dalla maggioranza dei ricercatori come un “disturbo di personalità” e pertanto la sua origine o causa va cercata da un lato nell’organizzazione neurogenetica, ma per una parte considerevole anche nell’assetto psico-mentale, soprattutto affettivo, che si organizza sulla base delle relazioni interfamiliari e, soprattutto, nel rapporto con i genitori. R. Lucioni, mettendo in rapporto il disturbo borderline con la costituzione dell’oggetto genitoriale (che è un elemento fondamentale per la costituzione e lo sviluppo dell’organizzazione psichica del soggetto), ha potuto evidenziare come un rapporto genitoriale dismorfico può determinare tali difficoltà da impedire il normale sviluppo delle identificazioni con l’oggetto madre ed anche con l’oggetto fallico-padre. Queste difficoltà porterebbero il bambino a non riuscire più a stabilire vincoli saldi e sicuri e, proprio per questo, verrebbe a trovarsi nella condizione di non riuscire più a decidere. Il soggetto si troverebbe sempre di fronte a due porte e di non sapere mai quale deve essere aperta. Questa situazione sarebbe, in definitiva, la causa di uno stress cronico che finalmente impedisce di superare il conflitto e, quindi, di trovare in sé quelle forze omogenee che permettono di organizzare un sistema adattivo, ma, soprattutto, una organizzazione timologica fondata sui valori dell’Altro.

Il conflitto intimo o, se si vuole, intrapsichico e inconscio, genera tensione tra l’Io ed il “padre arcaico virtuale” verso il quale si generano forze di rifiuto e di opposizione.

Questa situazione può essere evidenziata sia nel bambino che nella bambina e, quindi, la sindrome borderline interessa entrambi i generi. Va sottolineato anche che la situazione conflittiva che domina la società attuale interviene a peggiorare la posizione del soggetto che non trova gli elementi sufficientemente validi per organizzare un buon funzionamento affettivo. Proprio per questo possiamo dire che il borderline si sta organizzando come la forma psicopatologica più frequente e rappresentativa delle difficoltà adolescenziali e dei giovani.

Questi ragazzi sono per lo più ben dotati cognitivamente, ma sono anche “nani-affettivi”- Le loro capacità di stabilire buone relazioni interpersonali sono molto scarse, anche perché il confronto con l’Altro fa sorgere da un lato sentimenti di onnipotenza e di superiorità che però non tamponano i forti sentimenti di auto-svalorizzazione.

L’affettività, molto deficitaria, complica moltissimo la relazione terapeutica che spesso viene bruscamente interrotta per reazioni di tipo acting-out.

Con tutto questo la terapia (sempre multidisciplinaria) porta a buoni risultati attraverso un meccanismo particolare dal momento che il paziente tende a rompere la relazione con un terapeuta dello stesso sesso, stabilendo un miglior rapporto con “amici” di sesso opposto che portano a dare un certo sostegno per crescere e per sviluppare le proprie potenzialità.

Le terapie con psicofarmaci normalmente vengono rifiutate con sdegno (“... io non sono un matto”) ed è la psicoterapia che arriva a far breccia, in qualche modo, per poter indurre cambiamenti.

Sono molto pericolose le “risposte abbandoniche” (quando, per esempio, il terapeuta interrompe la relazione: sono facili le risposte autolesive ed i tentati suicidi).

PROSPETTIVE:

la terapia di questi casi è veramente difficile proprio perché viene interrotta con molta facilità (tanto più per il fatto che la colpa viene sempre buttata sull'altro che, inoltre, viene svalorizzato e ritenuto un incapace).

Ne deriva che l'*adulto borderline* è un "*personaggio sempre scomodo*", che svalorizza tutto e tutti, è incapace di amare ed anche di creare sentimenti di reciprocità, di altruismo e di riconoscenza per quanto riceve.

A volte si dimostrano generosi, ma questo viene come a voler dimostrare che "ha tanta superiorità ... che può regalare le cose di cui non ha bisogno"

Questo senso di onnipotenza è molto caratteristico e si evidenzia come "paura di invecchiare" (si sentono sempre giovani), di voler essere sempre "naturali" per cui amano sentirsi ecologisti e difensori strenui della lotta al degrado ambientale. Questi "personaggi" risultano sempre scomodi, difficili da vivere in una relazione di amicizia, tendenzialmente isolati, ma riescono ad avere una vita "normale" per quanto riguarda il lavoro proprio perché hanno paura di perdere quel denaro di cui hanno bisogno anche per dimostrare al padre di poter essere indipendenti.

INTERVENTI RIPARATIVI: TERAPEUTICI E PEDAGOGICO-FORMATIVI

Le difficoltà relazionali sono la causa maggiore per le difficoltà di tracciare delle linee-guida sufficientemente valide e sicure per raggiungere una vera integrazione della personalità. La tensione emotiva, l'aridità affettiva e l'insicurezza cognitiva rappresentano un insieme di fattori negativi che impediscono al borderline di accettare interventi esterni vissuti sempre come una espressione impositiva, limitante e negativa.

Va sottolineato il fatto che questi ragazzi che non sanno mai prendere una decisione e si trovano sempre sul punto di rompere ogni tipo di rapporto, si dimostrano dei "personaggi" veramente difficili, fastidiosi e conflittivi tanto da risultare degli emarginati: auto-emarginati ed anche rifiutati dall'ambito familiare, scolastico e sociale. Un borderline genera tali tensioni all'interno della famiglia che si sfiora sempre ... il dramma.

Va anche ricordato che la *Sindrome Borderline* è stata anche denominata "*Schizofrenia Pseudonevrotica*" proprio a sottolinearne la gravità anche se, in ultima analisi, si debba ubicare a cavallo tra una nevrosi ed una psicosi (per questo il termine di "borderline" o "sindrome limite").

LA SCUOLA

In realtà l'ambito pedagogico-formativo può fare molto per questi soggetti, ma viene richiesta una preparazione professionale molto fine e aggiornata, capace di utilizzare tutte le piccole possibilità che il soggetto dà per poter essere avvicinato, supportato, aiutato a trovare un equilibrio tra le sue potenzialità e le sue terribili lotte interiori che generano molta sofferenza.

Spesso una figura femminile risulta essere più indicata (perché maggiormente accettata) per stabilire un valido rapporto interpersonale, ma va sottolineato che il problema da risolvere è sempre quello del rapporto con il padre-arcaico vissuto come distruttivo e persecutorio con il quale il soggetto si trova costantemente in lotta, lotta che è mortale proprio perché sono facili i vissuti abbandonaci che generano situazioni di tale angoscia da portare a tentativi di suicidio anche frequenti.

4) - RITARDO DELLO SVILUPPO NON AUTISTICO.

Questo capitolo sta diventando sempre più importante proprio perché (insieme ai borderline) i casi che vi entrano giustificano l'enorme aumento della prevalenza, quasi da risultare una vera causa della cosiddetta **"epidemia autistica"**.

Così come succede per gli adulti, le difficoltà relazionali e vivenziali, insieme alla complessità ed alla conflittualità delle esperienze familiari e sociali, costituiscono una sorta di "fatica di vivere" che diventa humus del quale si nutre la disabilità, il disagio ed anche una organizzazione psico-affettiva del bambino che diventa debole. In questa organizzazione, che per altro chiameremmo anche "Io-debole", possiamo riconoscere tutte quelle strozzature e/o difficoltà che inducono il bambino, non ancora dotato di una "organizzazione mentale salda" (resilienza psichica) a chiudersi in Sé, a isolarsi, a rifiutare il suo stesso sviluppo psichico e mentale.

Proprio per questo, la disabilità diventa un modo per farsi conoscere come modello di risposta alle distorsioni sociali e/o familiari, come conseguenza di una psiche in via di sviluppo che deve adeguarsi alle aberrazioni che la società e/o la famiglia, per lo più involontariamente, gli impongono.

Spesso si riesce a trovare una causa scatenante, ma problematiche vere sono difficili da scoprire perché ci troviamo di fronte ad uno sviluppo intrapsichico (si potrebbe dire inconscio) per cui non si riescono a definire con precisione i veri perché.

Il progressivo blocco psichico porta spesso a diagnosi erranee di "autismo" anche se di questo non si possono evidenziare le caratteristiche: mancanza dello sviluppo degli oggetti; atrofia affettiva; comportamenti ripetitivi ed ossessivi; deficit invasivo che porta anche a perdere le capacità motorie.

Il ritardo dello sviluppo si evidenzia pertanto per una "profonda debolezza dell'Io" che mina lo sviluppo dello "schema rappresentazionale condiviso": il soggetto resta chiuso in un proprio codice di comprensione, di comportamento, di relazione.

Per capire meglio il meccanismo, possiamo pensare alle esperienze traumatiche (stress acuto e/o cronico) legate spesso a qualche tipo di abuso, che restano nell'inconscio, determinando alterazioni (reazioni psicotiche), ma per lo più un blocco dello sviluppo che resta presente per tutta la vita.

Questi quadri psico-patologici somigliano molto a quelli autistici (Kanner) anche se ne sono tanto strutturalmente differenti da poter essere denominati: *Blocchi psico-affettivi* o *Sindromi da ritardo psico-mentale non-autistico*.

CARATTERISTICHE PSICOPATOLOGICHE

Autismo-autistico	Blocchi psicoaffettivi
<ul style="list-style-type: none"> - inizio precoce (2 anni) - non guardano negli occhi (a partire dalla madre) - mancanza di costituzione degli oggetti della realtà e degli oggetti interni - isolamento autistico rigido ed aggressivo - perdita della parola dopo le prime lallazioni - deficit nell'ordine della "teoria della mente" - reazioni emotive intense (angoscia, terrore) spesso apparentemente ingiustificate - aggressività verso gli altri (anche i caregiver) e verso di sé - opposizione rigida e violenta - tendenza a creare file di "macchinine" senza lo sviluppo di un gioco simbolico - grave ritardo psicomotorio 	<ul style="list-style-type: none"> - inizio subdolo e progressivo a partire dai tre anni - presenza di un trauma psico-affettivo nella storia - spesso una situazione abbandonica - spesso una adozione con trasferimento dal paese d'origine - crescita e sviluppo mentale apparentemente normale - linguaggio presente anche se poco organizzato - difficoltà nella comprensione - comunicazione empatica ridotta - facile costituzione di legami "affettuosi" con i caregiver - facili espressioni masturbatoria - ritardo nello sviluppo mentale - tendenza alla ripetizione dei gesti

<p>- grave difficoltà nella comprensione che arriva ad essere interpretata come deficit mentale</p>	<ul style="list-style-type: none"> - ripetizione di parole o di modalità relazionali - facile uso di giocattoli per creare situazioni o modalità ripetitive, ma spesso ingegnose - difficoltà nella motricità complessa per scarsa abitudine a muoversi (preferiscono starsene seduti a dondolarsi = auto-stimolazione)
---	--

Terapia riabilitativa e psico-educativa.

Non è difficile affrontare le problematiche caratteristiche di questi casi anche se, prima di ogni altra cosa, si necessita una diagnosi differenziale accurata per evitare confusioni che portano solo a ritardare gli interventi specifici necessari.

La necessità di un approccio multidisciplinare è da sottolineare e da sviluppare sotto il controllo attento delle modificazioni indotte. Bisogna intervenire per ripristinare la psicomotricità e recuperare la motricità complessa per un rapido approccio di tipo sportivo.

La psicoterapia relazionale (E.I.T.) passa rapidamente a interventi in piccoli gruppi proprio per attivare le relazioni e le concomitanze empatiche e simpatiche.

La **arte terapia psicodinamica** è fondamentale per riattivare le valenze immaginarie bloccate dalle esperienze conflittive. In questo ordine di idee, entrano anche la teatro-terapia, il Tai-chi-chuan, la terapia emotivo-espressiva.

Non vanno usati farmaci psicotropi perché è sufficiente l'uso di sedativi naturali (passiflora, escolzia, camomilla, tiglio, ecc.).

Interventi psico-educativi: l'inserimento nella scuola normale è del tutto fondamentale, anche se si richiede spesso un supporto molto attento e continuativo. Il recupero psico-mentale è possibile, ma sono necessari interventi specializzati perché il ragazzo deve essere sostenuto nel suo Io-debole che lo porta ad essere distratto, a mettersi in mostra con pagliacciate e comportamenti obbligati, ossessivi e poco adeguati.

L'atteggiamento "buonista e comprensivo" di fronte a questi "... bambini che hanno già sofferto molto", agisce come fattore negativo proprio perché c'è bisogno di mantenere sempre i limiti, usare quei "no" educativi che danno sicurezza al bambino e la possibilità di scoprire sempre nuove vie per stimolare l'attenzione, la volontà e la tenuta.

Spesso si ha l'impressione che il deficit mentale sia insuperabile, ma non bisogna demordere e, proprio per questo, diventano importanti frequenti incontri tra i vari operatori impegnati nella riabilitazione, per stabilire le strategie più idonee.

Questi ragazzi devono essere trattati come tutti gli altri normali e, quindi, bisogna portarli a sperimentare praticamente (utilizzando il pensiero concreto ed affettivo) attività di ogni tipo ed anche (... spesso soprattutto) in gruppo, prima di pretendere un impegno nel simbolico-razionale.

Il deficit dell'immaginario è molto spiccato anche quando i ragazzi dimostrano buone predisposizioni per il problem solving, a dimostrazione che il blocco psico-mentale non è primario, ma secondario ad atteggiamenti o abitudini di rinuncia.

La lentezza psichica va vinta anche imponendo un "ritmo" al gesto, al movimento, alla lettura, alla scrittura (anche al computer), alla decisione.

PROSPETTIVE:

in questi casi una terapia multidisciplinare, varia, attenta ai bisogni ed ai continui cambiamenti, porta ad una totale remissione dei sintomi ed alla ripresa dello sviluppo, tanto che il vero problema, nell'adolescenza, resta quello di recuperare il tempo perduto e le funzionalità rimaste poco sviluppate.

Si può dire che interventi appropriati, modulati, applicati da tutti (genitori, caregivers, maestri, terapeuti) portano alla remissione della sintomatologia e, quindi, ad un viraggio benigno dei sintomi.

5) - X-FRAGILE – SINDROME DI MARTIN-BELL

Anche se non si riesce assolutamente a capirne il perché, il sintomo più caratteristico di questa sindrome genetica è l'*incontinenza emotiva*.

Questi bambini rispondono in modo massiccio ed esagerato agli stimoli esterni, anche quando possano essere considerati dai caregiver del tutto “banali” ed insignificanti.

La risposta emotiva percorre normalmente due vie di scarica:

- *quella somatica* – rinorrea, scialorrea, lacrimazione abbondante, iperpnea, tachicardia, risposte cutanee. A volte anche il bisogno compulsivo di urinare o di sperimentare crisi di diarrea improvvisa e incontenibile;
- *quella psicologica* – espressioni di ansia ed anche di angoscia.

Per capirci:

spesso il caregiver che accompagna il bambino alle sedute si lamenta perché all'uscita di casa stava perfettamente bene, mentre arrivati al Centro, dimostra una crisi di “violento raffreddore”. Questa è in realtà una reazione emotiva incontrollata.

L'iper-reattività emotiva porta a ad un “intasamento percettivo e psicologico tanto pregiudiziale da portare ad un progressivo disordine mentale che si traduce, all'età di 14-16 anni, in un quadro di “oligofrenia grave”.

Questo è un caso di problematica biologica importante di cui non si conoscono la cause (se non vagamente perché dobbiamo riferirci ad un ... disordine genetico), né il meccanismo eziopatogenetico.

Controllare l'incontinenza emotiva (così come succede per le crisi di agitazione psicomotoria) è quasi impossibile. Neppure con farmaci ansiolitici si riesce a bloccare una crisi; ci vuole una forte dose di qualche “psicolettico”. Proprio per questo l'X-fragile diventa un “campo di studio” per la psicologia e/o la psicoterapia, che sono chiamate a trovare un rimedio valido.

L'esperienza fatta presso la A.I.P.R.E.C. ha portato a interessanti considerazioni:

- è sbagliato l'atteggiamento di “... mantenere la tranquillità a tutti i costi perché evitare tutti gli stimoli porta ad una inanizione psichica che blocca lo sviluppo ancor più che l'emotività esagerata;
- con l'applicazione della E.I.T. (Terapia di Integrazione Emotivo-affettiva) e della TyLA (Thymology Learning Approach) si è arrivati a costruire un complesso di 150 programmi di attività basate soprattutto sull'impegno motorio, utilizzato però per creare condizioni di diversa difficoltà;
- questo metodo mira a creare le condizioni per cui il bambino può sperimentare (sostenuto dalla presenza dell'operatore) una infinità di “circostanza” alle quali si va adattando e che rappresentano molte delle situazioni nelle quali il bambino deve immergersi quotidianamente;
- raggiunto un certo livello di contenimento emotivo, si può passare alla Arte-terapia, al Tai-chi-chuan, all'ippoterapia, alla terapia emotivo-espressiva e, soprattutto, agli interventi educativi;
- va sottolineata l'assoluta necessità di attivare precocemente una “terapia motoria” per far acquisire la coordinazione fine e grossa, oltre che quella forza muscolare che viene perduta se non si provvede ad un accurato allenamento di tutti i distretti.

Con queste tecniche si possono creare una miriade molto grande di situazioni che via via vengono accettate dal sistema bio-psicologico, arrivando ad un contenimento apprezzabile delle scariche emotive sia quelle corporali che quelle psicologiche.

Va sottolineata la necessità di attivare precocemente una “terapia motoria” per fare acquisire la coordinazione fine e grossa, oltre che l’agilità e la forza muscolare che vanno perdute se non si provvede ad un accurato “allenamento” in tutti i distretti neuro-muscolari.

In questi casi non bisogna mai cedere alle crisi; al contrario è necessario un costante e forte impegno per imporsi alle risposte emotive esagerate e così impedire la caduta funzionale in termini di perdita delle capacità cognitivo-intellettive.

SCUOLA:

Anche in questi casi, la scuola dovrebbe chiedere che vengano effettuati interventi terapeutici atti a contenere le crisi emotive troppo intense, per così poter cominciare ad attuare una attività educativa proficua.

In questo modo si è potuto raggiungere un buon livello di attività specifica che ha portato a:

- correggere gli atteggiamenti di rinuncia sostenuti da sentimenti di incapacità ed inadeguatezza, ma anche da svogliatezze e, soprattutto, da opposizione;
- questo è un modello di approccio che il bambino impara proprio in relazione all’atteggiamento dei genitori e dei caregiver che accettano la rinuncia per non ... provocare le crisi. Queste però risultano un buon pretesto per non fare nulla e per ottenere tutto ciò che “piace”, anche imporre la propria volontà o i propri capricci.

Se il bambino arriva alla scuola già “...domato dalla terapia” i docenti possono svolgere un programma che, anche se modulato sulle potenzialità, permette una crescita e, di conseguenza, la possibilità di evitare l’inesorabilità della deficienza mentale che si instaurerebbe senza interventi correttivi.

Purtroppo non abbiamo ancora bambini trattati e diventati adulti per verificare se si è potuta contenere o annullare la prognosi tanto negativa.

6) - SINDROME DI DOWN

La sindrome di Down è una malattia genetica descritta da John Langdon Down nel 1862, per la quale uso il termine di “mongolismo” per i tratti somatici del volto che ricordano le popolazioni asiatiche.

Sinonimo di “Trisomia 21” perché questa malattia genetica comporta un assetto di 47 cromosomi per un cromosoma 21 soprannumerario presente in tutte le cellule dell’individuo affetto (3 invece di 2).

C’è anche una forma atipica derivata dalla traslocazione robertsoniana di un braccio del cromosoma 21 al 14, formando un cromosoma ibrido. Le statistiche danno che nasce 1 bambino Down su 1200.

SEGNI E SINTOMI

I tratti somatici riguardano il corpo basso e tozzo, collo grosso, macroglossia, ipotonia e plica palmare. Psicicamente viene riferito un ritardo mentale di diversa entità, per cui si va da forme più gravi a quelle lievi nei mosaici.

Si hanno anche ipersensibilità alle infezioni, disfunzioni cardiache e di altri organi (per questo la aspettativa di vita non supera i 30-40 anni che sta

crescendo per il miglioramento degli interventi medici ed ora si parla di 62 anni), l'associazione di amiloidosi (Alzheimer simile).

Un dato particolare è costituito da "distrofia" o "agenesia" del dente dell'epistrofeo (seconda vertebra) che indurrebbe una limitazione nel sostenere il capo nei movimenti rotatori e, quindi, la necessità di particolari attenzioni nella pratica sportiva, per es. nell'ippoterapia.

Purtroppo, di fronte a questi casi, si tende a rinunciare ad una riabilitazione globale (scegliendo qualche intervento di tipo funzionale o semplicemente di contenimento dei comportamenti problema) proprio perché permane quella vecchia tendenza a pensare "... tanto non c'è nulla da fare!!!". In realtà c'è moltissimo lavoro da fare per migliorare le qualità psico-mentali di questi ragazzi, ma bisogna cominciare molto precocemente.

Il quadro psicopatologico si caratterizza per:

- una importante debolezza dell'Io che sottende a sentimenti di incapacità, di inadeguatezza, e ...
- questi ragazzi si sentono decisamente "diversi" e, a questa caratteristica, fanno riferimento per rinunciare alle loro ... potenzialità;
- la giustificazione per "essere diversi" accompagna:
 - particolare reattività emotiva che porta a sentimenti di *paura*. Le loro espressioni ed i loro atteggiamenti portano i famigliari a rinunciare, ad evitare le loro "paure" provocando però maggiori difficoltà allo sviluppo;
 - difficoltà a sviluppare una motricità complessa adeguata, che è resa anche più accentuata dalla struttura bassa e tozza;
 - tendenza all'isolamento proprio perché risulta sempre difficile il confronto con gli altri. Questo è soprattutto evidente nei maschi perché le ragazze tendono ad "innamorarsi" dei normali più belli e più alti (forse anche perché la loro intensa partecipazione erotica le porta ad essere ... "cercate" dai coetanei);
 - tendenza dei maschi a stabilire rapporti con bambini più piccoli o con coetanei che presentano, a loro volta, delle difficoltà anche se spesso si osservano atteggiamenti aggressivi ed escludenti nei confronti di altri "... che sono handicappati":

il comportamento di questi ragazzi si organizza sui sentimenti conflittuali:

- sono docili e, come spesso si sente dire, affettuosi;
- sono però anche molto sensibili a "sentimenti abbandonaci" che giustificano tendenze all'isolamento, ma anche a risposte aggressive e violente che giungono a comportamenti molto difficili come spesso succede con l'uso aggressivo delle feci;
- questi comportamenti sono dei più vari, ma anche importanti perché sembra quasi che loro non sentano il dolore.

L'atteggiamento di base, dominato da sensi di inefficacia, porta a:

- tendenza a rinunciare, facendo prevalere attitudini di svogliatezza, di distacco oppositivo nei confronti delle attività dell'apprendimento;
- porre sempre ed ossessivamente la cantilena di "... io sono un diverso" per costringere il terapeuta o l'educatore o l'insegnante a rinunciare agli sforzi per superare le difficoltà che però sono più generiche che specifiche.

RIABILITAZIONE

Le programmazioni riabilitative devono essere strettamente multidisciplinari proprio perché si richiede:

- psicoterapia relazionale (E.I.T.) che mira a svincolare le idee di diversità dalle reali potenzialità e questo si ottiene proprio con una continua sperimentazione motoria, psicomotoria ed espressiva;
- il sostegno (Io-ausiliario) porta a far superare i sensi di “paura” (che sorgono anche con il semplice gioco dei cerchi) per permettere l’impiego di attrezzi (palle, cerchi, globi, ecc.) e arrivare a sviluppare capacità di eseguire esercizi sempre più complessi;
- questo induce anche un maggior impegno nella comprensione degli ordini e delle spiegazioni operative con la possibilità di applicare le tecniche del Tai-Chi-Chuan, della terapia emotivo-espressiva, della biodanza, dell’ippoterapia;
- il superamento delle paure permette di sviluppare i legami affettivi che riguardano:
 - poter lavorare con un “normale” molto più bravo che induce, proprio per questo, atteggiamenti di opposizione e di rifiuto;
 - spesso il lavoro preliminare deve essere eseguito con “la madre” che è considerata come “... ugualmente deficitaria e quindi ... accettabile”.

Questa problematica è molto caratteristica in quanto il Down non accetta di lavorare con altri “handicappati” che vengono “disprezzati”, mentre accetta di lavorare con la madre perché “...diversa come lui”.

Questi problemi investono anche lo sviluppo del pensiero e della coscienza che restano ancorati a processi “concreti”, trovando molte difficoltà all’elaborazione “affettiva” e, ancor più, per quella simbolica.

Il lavoro di Arte-Terapia-Psicodinamica mette in evidenza le notevoli difficoltà per sviluppare *l’immaginario* che riguarda la possibilità di proiettarsi in una dimensione che supera le dinamiche e le ricchezze del qui e ora che sono parte del “reale”.

Proprio per queste considerazioni, si desume che il lavoro con questi ragazzi è difficile, ma pieno di soddisfazioni e di successi:

- si ottiene un buono sviluppo motorio e della coordinazione fine e grossa (ricordare anche le difficoltà di dover usare delle mani con dita corte e tozze);
- si riescono a contenere le paure, aumentando l’atteggiamento volitivo e l’accettazione di mettersi in gioco;
- si sviluppano gli affetti che portano a rispettare l’altro, ma soprattutto ad accettarlo come modelli da ... imitare.

CONSIGLI:

particolarmente importante, nei casi di sindrome di Down, è il fenomeno del “Falso Sé”. Come reazione ai sentimenti denigratori e di auto-svalorizzazione, questi ragazzi tendono ad esprimersi come se si iper-valorizzassero; così negano le loro difficoltà e si dicono pronti per diventare avvocati, grandi medici, politici di grido, fenomeni dello sport, ecc.ecc.

- Il “falso sé” viene espresso con ripetitività ossessiva, senza che l’invito a “ragionare” riesca a far abbandonare la stravagante abitudine millantatoria. Non si ottengono risultati insistendo sull’invito a “ragionare”, soprattutto perché diventa contraddittorio con l’atteggiamento di spiegare che “... i down sono normali come tutti gli altri”.
- Questi ragazzi abbandonano le espressioni di falso sé quando il lavoro continuato li porta a sperimentare esperienze per loro “limite” (difficili o

impossibili) e a poter raggiungere buoni risultati nel lavoro motorio, di arte terapia, di espressività, ecc.ecc..

- Il lavoro costante è necessario per affrontare situazioni che quotidianamente si presentano e si vanno modificando. Per esempio è tipico che assegnino ruoli di potere alla madre (quando è direttiva e impositiva nella vita reale) e quindi mimino ruoli fallici come tipici della donna; sviluppano idee di ottenere quello che vogliono per il solo fatto d'aver espresso il proprio desiderio al riguardo (per es. dicono: "... non capisco perché lei non mi vuole anche se io le ho detto più volte di voler stare insieme") soprattutto nella sfera sentimentale.
- È facile la tendenza all'autoerotismo che non va accettato o sopportato perché "... poverino anche lui ne ha bisogno!" Le regole vanno fatte rispettare sempre per indurre una coscientizzazione sul reale e sulla uguaglianza con tutti i compagni.
- Il pensiero affettivo va utilizzato per indurre una "buona volontà a lavorare, ad applicarsi, a non rinunciare", anche se bisogna evitare la tendenza all'appiattimento adesivo e, quindi, a sviluppare sentimenti di dipendenza. Questi, anche se sembrano utili, con il tempo portano ad atti di insubordinazione e ad atteggiamenti di opposizione e di rifiuto anche aggressivo.

NELLA SCUOLA

All'inizio va utilizzato il loro "pensiero concreto" che solo con un lavoro intenso e mirato viene sostituito dal pensiero affettivo e poi da quello razionale-simbolico.

- I down sono molto svogliati e, quindi, devono essere stimolati ad accettare di lavorare, di impegnarsi, di non rinunciare, poiché ... i buoni risultati sono sempre possibili ed evidenti.
- Le conquiste nel campo "motorio" sono fondamentali per acquisire senso di sé, per perdere la paura, per vivere la propria identità come "identità che ci rende comuni, uguali agli altri".
- Vincere la "diversità" è il cammino per la conquista dell'immaginario che deve essere visto come:
 - *linguaggio* che, attraverso la relazione, circola, creando quel vincolo che permette di crescere senza paura di cadere, di dissolversi nell'oblio dell'indeterminatezza, del divenire, di cogliere il senso timologico dell'esistenza, il valore del Sé riflesso nell'occhio dell'Altro;
 - *luogo*: luogo polimorfo e poliedrico, fatto di intrecci e di "significanti" che è spazio di crescita e di formazione di *transfert* così che è anche *spazio di inconscio* (R. Lucioni).

7) - I DISTURBI DI PERSONALITÀ

Lo studio della "sindrome borderline", che in definitiva è stata assunta come "disturbo di personalità", ha portato ad approfondire le indagini psicopatologiche in altri quadri adolescenziali e giovanili, caratterizzati da profondi disturbi comportamentali.

Tutte queste espressioni hanno un periodo di latenza ampio, ma che permette di fare risalire le problematiche psico-genetiche intorno ai 7-8 anni, in epoca "pre-edipica".

Un'altra caratteristica riguarda la prevalenza di genere ed infatti le dimensioni conflittive si verificano prevalentemente nei maschi. Questo dato non deve stupire

proprio perché i disordini comportamentali e/o sociopatici della gioventù, come : tossicodipendenza, alcoolismo, bullismo, violenza, ecc.ecc., sono molto più frequenti nei giovani maschi, anche se negli ultimi tempi queste espressioni stanno interessando anche le ragazze.

Ci si dovrebbe chiedere il perché di questa prevalenza, ma sino ad oggi nessun lavoro scientifico ha portato ad una risposta. Con tutto questo, ci si potrebbe azzardare a dire che i giovani maschi sono maggiormente a rischio, in una società dove sempre di più è difficile far loro trovare riferimenti identificatori validi e stabili, ma, soprattutto, perché la competizione e le dinamiche che portano ad una auto-affermazione diventano sempre più complesse e i giovani si trovano in uno stato di “stress cronico”.

Queste difficoltà esistenziali, che portano a vissuti frustranti e pauperizzanti, vengono invocate per giustificare il rinchiudersi o isolarsi in gruppi che si organizzano in “branco”, attivando un fenomeno sociale complesso che, importante e pericoloso che però esula dalla presente ricerca.

Per fermarci quindi sui fenomeni relativi ai disturbi di personalità, possiamo considerare il fatto che questi, seppure “pre-edipici” hanno comunque le loro radici nel rapporto con la figura paterna.

Si potrebbe dire che ogni quadro clinico (o disordine di personalità), in questi casi, è del tutto sui generis per cui non è possibile inquadrare vere e proprie sindromi, come invece succede per il “borderline”.

Naturalmente se i casi osservato dovessero continuare ad aumentare per frequenza ed incidenza, come si sta verificando, forse tra qualche anno si arriverà anche ad una specifica classificazione.

Per questi motivi possiamo riferirci ad alcuni casi che sono giunti alla nostra osservazione.

a)- Psicopatologia da atteggiamento iper-razionale.

Questo giovane di poco più di venti anni, dimostra notevoli difficoltà a continuare gli studi e, ormai quasi raggiunto l’obiettivo di laurearsi, di fronte ad un insuccesso ripetuto chiede di abbandonare gli studi perché “... tanto si possono guadagnare dei bei soldi anche senza essere laureati!”.

Queste difficoltà si erano già presentate negli anni precedenti all’università, ma sempre erano stati superati con l’appoggio di lezioni individuali o qualche seduta di sostegno psicologico.

Di fronte all’acutizzarsi delle difficoltà, il giovane accetta i consigli del padre per iniziare una psico-terapia e va sottolineato che, spinto da sentimenti autocolpevolizzanti, ha sempre regalato al figlio moto ed automobili di grossa cilindrata.

La psicoterapia porta ad evidenziare che:

- è un ragazzo di bella presenza, che fa molto sport, che sa gestirsi autonomamente tanto che da diversi anni si è abituato a viaggi e soggiorni autogestiti;
- ha spesso difficoltà di applicazione allo studio per lo più in relazione con problemi sentimentali con l’altro sesso;
- di temperamento “ossessivo” è rigido nel “... prepararsi per ogni incontro, proprio perché ... deve presentarsi in maniera ineccepibile”;
- per questo, ad ogni appuntamento si presenta vestito accuratamente (“con classe”), con un “pensiero gentile” che può essere un fiore o un libro e ... preparato mentalmente, vale a dire informato sulle ultime uscite librerie

(soprattutto romanzi) per fare bella figura ed avere argomenti di livello culturale per sostenere il dialogo con la compagna;

- queste modalità lo fanno un “giovane ambito”, che fa bella figura anche con le famiglie delle amiche (non disdegna mai questi incontri che... lo fanno sentire bene);
- con tutto questo lo vivono come affettato e “freddo” per cui succede spesso che interrompano la relazione che diventa burrascosa quando chiedono ... maggiore libertà o che venga rispettato anche il loro diverso modo di “... vedere le cose”.

Analizzando queste situazioni che portano a malumori e a momenti di “rinuncia a tutto” (vedi le difficoltà nella scuola) si approfondisce il quadro familiare nel quale si evidenzia:

- una rottura sentimentale dei genitori che ormai vivono separati;
- una difficoltà relazionale con la madre (con la quale il giovane vive) che viene accusata di pensare troppo al suo essere “donna in carriera” e di non essere sufficientemente premurosa con la nonna che spesso è lui stesso ad accudire.

La cosa maggiormente interessante risale ai suoi sette anni quando ... scopre che il padre ha una relazione “particolare” con l’amica della mamma.

Comincia, in cuor suo, a chiamare il padre con l’epiteto “porco-puttaniere”, ma anche a cercare di “ragionare” e, con questo, di trovare tutti i mezzi possibili per riunire la coppia genitoriale. Il “bambino” si inventa le strategie più complesse (fingersi improvvisamente ammalato; “fa un capriccio perché vuole fare una passeggiata con la famiglia intera”; proporsi per accompagnare “Lui” quando dice di dover andare in “ditta”; ecc.ecc.).

Lo sforzo “razionale” porta il bambino ad essere ipercritico con tutti, ad atteggiarsi come “... sempre perfettamente adeguato alle circostanze”; attento a considerare i bisogni degli altri, ma anche ad essere inflessibile nei confronti di tutto ciò che reputa “sbagliato”: ha sempre ragione lui e nessuno può scoprire un suo errore.

L’accecamento nello studio si accompagna anche a momenti di frustrazione se “il docente non dà una valutazione adeguata al ...giusto diritto per quanto ha studiato e a ripetuti momenti di vere crisi con minaccia di interrompere gli studi”. Questo accade anche nella pratica sportiva per non poter essere il primo fra tutti.

L’atteggiamento di “onnipotenza” porta Ab anche a esperienze di volontariato nella Croce Rossa che danno l’opportunità alle amiche di poter ... avere sempre qualche “argomento rilevante” da raccontare e così mettersi in mostra.

Una crisi sentimentale più grave delle solite, porta alla decisione di interrompere definitivamente gli studi anche perché* “... non sopporto più un mondo tanto perverso!!”.

COMMENTO

Lo sviluppo psico-affettivo del bambino è stato turbato dalle problematiche relazionali con un Padre temuto proprio perché “... non tiene conto dei bisogni degli altri”. La figura paterna suscita sentimenti di ammirazione e di odio, “con una deriva razionalista” che porta a:

- cercare di essere sempre più morale, etico e superiore a Lui;
- usare solo meccanismi “razionali” come modelli mentali difensivi;
- non riuscire più ad accettare gli altri che vengono per lo più svalorizzati, ma anche aggrediti, vilipesi e abbandonati senza il minimo rimorso, se solo si

permettono “.. di pensare di comportarsi in modo diverso dalle sue aspettative o dalle sue regole.

c)- le difficoltà nell’ambito della scuola sono strettamente legate alla “struttura psicopatologica” che si è andata organizzando nel soggetto sull’onda delle frustrazioni personali. Questa organizzazione è dominata da un preteso “razionalismo assoluto” che però porta ad un sistema rappresentazionale e ad un modello comportamentale rigidi e decisamente personalistici. Vivere con Ab diventa sempre più difficile per le continue crisi di aggressività ed anche distruttività.

CONCLUSIONI

La scuola, di fronte a queste problematiche, ha sicuramente un compito preventivo in quanto può intervenire per guidare i genitori ad attivare, il più presto possibile, degli interventi psicoterapeutici idonei.

- a) Queste problematiche sorgono con molta più facilità nei maschi che non trovano un equilibrio tra essere e voler essere, come conseguenza di una difficoltà identificatoria con il padre.
- b) Quando il bambino presenta instabilità nell’attenzione e, soprattutto, nel suo livello prestazionale, conviene pensare a qualche problema con la figura paterna che può essere studiata per dare qualche consiglio utile.
- c) Sono precoci i problemi relazionali con le compagne con le quali stabiliscono rapidamente buoni rapporti, anche affettuosi, che poi non riescono ad essere mantenuti.
- d) Prevalgono atteggiamenti di iper-razionalità che supportano atteggiamenti di critica, di svalorizzazione dell’altro sulla base di una moralità rigida e persecutoria.
- e) Sono facili le reazioni paradossalmente violente in soggetti sempre molto gentili, tranquilli, attenti e collaboranti.

INTERVENTO

È sempre molto più facile se condotto da una figura femminile (si stabilisce un buon vincolo, senza problemi di competitività) verso la quale il soggetto usa modelli seduttivi e di “conquista” anche se spesso venati da sentimenti di svalorizzazione. Bisogna guardarsi dalle “reazioni abbandoniche” anche ingiustificate.

L’atteggiamento da tenere è sempre quello di “pretendere risposte di buon livello”, sostenendo però una personalità che si sa piuttosto debole. Non conviene cercare di affrontare la relazione con il Padre che risulta sempre ambivalente e, quindi, bisogna cercare di non accendere l’impressione (sbagliata) che si vuole far rompere il vincolo con lui, che è molto improntato a sottomissione, dipendenza, rabbia e rifiuto (anche violento).

RISULTATI

Si ottengono sempre buoni risultati anche se bisogna saper affrontare oscillazioni dell’umore anche improvvisi e poco giustificabili. Sono frequenti i tentativi di mettere in crisi il rapporto come se il soggetto non riuscisse a “fidarsi” e, per questo, attua vendicativamente cercando di abbandonare la scuola.

L’obiettivo principale resta quello di far superare gli esami o gli scogli istituzionali che porta a migliorare la stabilità personale e sentimentale che, per molti versi, risulta risolutiva, anche se difficile da raggiungere.

I migliori risultati si ottengono facendo lavorare in piccoli gruppi nei quali il soggetto trova il modo di farsi valere ed è più facile controllare le reazioni difficili nel piano relazionale (accettazione – emarginazione).

b) Mutismo essenziale: selettivo o elettivo

È una chiara sindrome di origine psicologica. Il non parlare si dimostra per lo più come “non voler parlare”, assumendo quindi il valore di atteggiamento oppositivo e aggressivo. Il bambino, che parla normalmente con i compagni durante i giochi, si rifiuta di parlare in casa ed anche a scuola.

È importante segnalare che il mutismo implica alti livelli di sofferenza personale, oltre che serie difficoltà di adattamento all’ambiente che non riesce accettare “atteggiamenti ingiustificati”.

Nell’organizzazione psichica prevalgono forti sentimenti di inadeguatezza e di inferiorità che portano ad un blocco dello sviluppo psichico. La riabilitazione richiede la messa in gioco di tutte le risorse multidisciplinari con psicoterapia, psicodramma, teatro-terapia, arte-terapia, ippoterapia, oltre che le terapie relazionali come E.I.T. TyLA.

Spesso questi disturbi si accompagnano a enuresi notturna che complica ancora di più il quadro generale che così risulta un problema non indifferente per tutta la famiglia e che richiede l’impegno dei terapeuti, ma anche dei genitori e dei docenti della scuola.

Questo disturbo, da un punto di vista psicodinamico, ha un netto significato aggressivo e distruttivo nei confronti del padre che coinvolge però anche il soggetto che si vive sempre più inadatto ed incapace. Proprio per questo, il soggetto tende a ridurre sempre di più l’ambito delle sue attività, opponendo strenue resistenze a chi cerca di fargli cambiare idea.

Il suo senso di incapacità lo porta a negare anche l’evidenza delle sue potenzialità per cui è sempre difficile attivare una psicoterapia. Buoni risultati si ottengono inserendo i ragazzi in attività sportive nelle quali possono anche arrivare ad emergere, anche se resta sempre una generale attitudine a rifiutare di impegnarsi, svogliatezza, continue rinunce ed atteggiamenti di opposizioni anche di fronte ad attività che potrebbero essere facilmente realizzate con successo.

Tra questi casi, il “*mutismo essenziale*” è sempre il più eclatante e vistoso (l’atteggiamento di non voler parlare) e sono gli Altri a tentare in tutti i modi di “... farlo parlare” con un risultato quasi nullo.

Un comportamento tanto oppositivo fa ricordare una specie di regressione psichica che porta ai primitivi sensi di onnipotenza e di egocentrismo. Anche in questi casi, è evidente una opposizione forte nei confronti del padre, vissuto come limitante, castrante, incapace di aiutare e di comprendere.

Il Padre dimostra spesso un carattere ossessivo-compulsivo che reagisce decisamente male nei confronti della moglie che gli chiede una maggiore duttilità e comprensione nei confronti del figlio. Questo porta a continue discussioni e la nascita nel ragazzo di un atteggiamento ancora più rigido perché vuole anche difendere la madre indifesa.

COMMENTO

Il “mutismo”, in questi casi, può essere inteso come “acting-out” nei confronti della attività educativo-formativa in generale che viene vissuta come tentativo di “far cambiare” di portare il soggetto ad accettare una situazione che risulta del tutto intollerabile, frustrante e carica di sensi di “morte”

Questi si evidenziano facilmente anche nelle espressioni artistiche che restano le uniche vie per mantenere un certo dialogo con il mondo interno, inconscio.

Il lavoro interdisciplinare e di collaborazione tra le persone che seguono il ragazzo che non vuole parlare impone una stretta collaborazione ed una pianificazione comune con la partecipazione dei genitori (anche per poter affrontare la enuresi-notturna).

Non risulta mai utile cercare di ricattare il ragazzo per farlo parlare o di insistere eccessivamente, si ottengono migliori risultati attivando esperienze collaterali con l'intervento di piccoli gruppi di compagni che lo portano ad accettare le attività e quindi le sue "espressività".

Purtroppo sono sempre distruttive le "rinunce" o i cambiamenti di rotta o di operatori perché rinforzano l'atteggiamento distruttivo del soggetto e così inducono un più risoluto impegno a non cambiare atteggiamento: è il modo per ottenere il proprio risultato.

Sarebbe molto utile lavorare psicologicamente con il padre, ma, come è stato detto, il carattere ossessivo-compulsivo rende difficile anche questo cammino.

RISULTATI

I migliori risultati si ottengono cercando di permettere al soggetto di "essere se stesso" e questo anche portandolo a esprimersi in maniera diversa, facendolo lavorare in piccoli "gruppi creativi" nei quali è più facile che cominci ad esprimere i suoi "sentimenti ed i suoi vissuti".

Le attitudini personali si vanno esprimendo molto lentamente così è necessario dare tempo in un difficile equilibrio proprio perché spesso si ha l'impressione che il non parlare sia un vero atto oppositivo ingiustificato e fatto per irritare. Si osserva inoltre un deciso atteggiamento di svogliatezza e di rinuncia a qualsiasi impegno. Comportamento sostenuto dai sentimenti di inadeguatezza, di incapacità e di impossibilità.

Le problematiche psichiche sono decisamente sostenute da inadeguatezza affettiva (l'Altro conta veramente poco e può essere abbandonato in qualsiasi momento senza nessuna preoccupazione). Abbandonare equivale molto al sentirsi abbandonato e, di conseguenza, questi soggetti devono essere sostenuti affettivamente, anche con modalità "prescrittive" che significano: imporre comportamenti prestabiliti.

Le frustrazioni sono il pane quotidiano per questi bambini, per i quali, quindi, non serve a nulla usare comportamenti troppo impositivi, di rimprovero o di costante esigenza.

L'equilibrio tra le richieste e le gratificazioni è il modello più utile, insieme ad una alleanza con i genitori perché "imparino" a dare gratificazioni affettive senza troppe imposizioni sui risultati (ricordare che sono soggetti anche abbastanza dotati razionalmente).

c) Sindrome da "deficit di sviluppo psico-affettivo"

SINDROMI REGRESSIVE

Le problematiche psicopatologiche frequenti nella società d'oggi non sono più riferibili a quadri della psichiatria classica e neppure a quelli della psico-analisi che faceva riferimento a nevrosi, psicosi e perversioni.

Oggi, accanto alla sindrome borderline che è definita come disturbo di personalità, troviamo una quantità di difficoltà esistenziali, di disagio e di

devianza che fanno storia a sé sia per quanto riguarda l'inquadramento teorico-nosografico, sia per quanto concerne i trattamenti consigliati.

Oggi parliamo molto di psicologizzazione del sociale e di riabilitazione sociale che accompagnano anche una psico-pedagogia-sociale e tutto questo ha un preciso riferimento con le problematiche dello sviluppo psico-affettivo.

Quando parliamo di sindromi regressive il riferimento va all'osservazione che mette in evidenza come molti bambini-adolescenti e giovani dimostrano una organizzazione psico-affettiva che si caratterizza per la presenza di sentimenti e di atteggiamenti egocentrici ed onnipotenti.

Questi accompagnano una debolezza del Io ed una difficoltà ad organizzare un Sé o Io-ideale.

Sul piano comportamentale queste difficoltà si traducono in atteggiamenti e comportamenti strafottenti, valorizzanti nei riguardi dell'Altro, affettivamente poveri, propensi a valutazioni superficiali ed intuitive, ma anche a dimostrazioni di bullismo che spesso si accompagnano ad un bisogno di sentirsi parte di un gruppo, di una "banda" o di un ... "branco".

I sentimenti di superiorità sono supportati, in realtà, da forti paure di inadeguatezza e di inferiorità e da riferimenti a vissuti di opposizione nei confronti dell'autorità e della figura paterna vissuta come arcaica e distruttiva.

Si stanno presentando con sempre maggior frequenza casi di bambini che, seppur dotati cognitivamente, presentano deficit importanti che spesso portano a diagnosi erronee riferite addirittura all'autismo.

In realtà questi bambini vivono tanto intensamente una loro "responsabilità" nei confronti della figura paterna che, come atto difensivo, utilizzano un sistema inadeguato: l'auto-limitazione.

Sembrerebbe quasi di vedere che l'essere "iperdotato cognitivamente" li porti a vivere una situazione di confronto insostenibile, ma che non possono evitare perché non riescono a tenere in conto la realtà della differente età. Quasi si potrebbe dire che si sentono nel dovere di essere alla pari con i genitori e di tradire le loro aspettative.

I vissuti intimi di conflitto generano tensioni emotive molto intense che non possono essere superate e quindi invadono tutto l'apparato psico-mentale con il risultato di produrre blocchi di varia entità che colpiscono differenti aree (l'attenzione; la volontà; l'affettività; la possibilità di contenere le emozioni; le capacità di relazionarsi e di far crescere affetti con altre persone che non siano i genitori; ecc.).

Questo porta a due risultati:

- a) quadri psicopatologici ad eziogenesi uguale, ma di espressione fenomenologica molto differente;
- b) quadri che peggiorano con il tempo proprio perché l'incontinenza emotiva e le scarse capacità difensive del Io, permettono o facilitano l'invasività della sintomatologia.

Non abbiamo ancora del tutto chiara l'eziopatogenesi di questi disturbi anche se si può parlare di "conflitto inconscio in bambini ben dotati mentalmente, ma fragili perché non sono riusciti a sviluppare quelle "teorie della mente" che portano a sostenere vincoli affettivi primitivi. Il risultato sarebbe quello di creare (R. Lucioni):

- dubbi esistenziali;
- angosce di fronte a "sensazioni" che stia per succedere qualche catastrofe;
- vissuti che fanno pensare alla presenza di un "orrido" (Freud);

- sensazioni di sentirsi sull'orlo di un abisso che può ingoiarci indicendo una morte improvvisa o una dissoluzione nel nulla.

Queste osservazioni fanno pensare alla prevalenza di “pulsioni di morte” che schiacciano o emarginano le “pulsioni di vita”, ma il concetto è ancora poco definibile proprio perché sono stati descritti solo pochi casi.

COMMENTO E APPLICAZIONI EDUCATIVE

Questi bambini sono sicuramente molto fragili e richiedono interventi multidisciplinari precoci che attuino sia nell'ambito psicoterapeutiche che in quello educativo.

Si evidenzia spesso una povertà psico-affettiva che riguarda (R. Lucioni):

- senso di valere come individuo;
- senso di insostenibilità;
- senso di avere un proprio ruolo;
- senso di essere psichicamente normali;
- senso di essere scelti;
- senso di essere capiti e di poter capire.

Queste sfumature dimostrano il ritardo dello sviluppo affettivo, per cui il rapporto tra il Sé e l'Altro resta ipotrofico (deficit della “funzione Nome del Padre” e povertà del narcisismo secondario), incapace di sostenere le valenze dello sviluppo creativo e immaginario.

Anche in questa area si evidenziano deficit a macchia di leopardo, frammentati ad aree di maggior valore o addirittura di super-valenza.

La presenza di una emotività particolarmente spiccata, tendenza alla ritrosia ed alla “vergogna”, alla rinuncia ed al non impegno in diverse aree comportamentali (per es. motricità adeguata alle attività sportive) sono segni che accompagnano a difficoltà nell'accettare di donare il proprio sé o le proprie qualità-doti personali per “... far riuscire anche gli altri”.

Il lavoro terapeutico-educativo è molto semplice da individuare, proprio perché riguarda l'incremento delle valenze affettivo-relazionali e lo sviluppo del senso di valere nella dimensione della auto-soddisfazione, ma, per altro, richiede una particolare ed attenta sensibilità per non provocare crisi di “rigetto”.

Bisogna progressivamente dilatare le capacità-potenzialità a coprire le aree, per così dire, abbandonate o lasciate ipotrofiche, utilizzando tutti i canali affettivi per aumentare il senso di sé e la fiducia di poter crescere rispettando le proprie caratteristiche, senza dover affrontare momenti di rifiuto e/o di abbandono.

Il bambino deve sviluppare la certezza che i “nuovi amori” non “uccidano quelli vecchi”, tra i quali dominano i “valori genitoriali”.

Nel lavoro riabilitativo predomina l'applicazione della Arte-Terapia-Psicodinamica che può essere presa come modello applicativo per sviluppare la creatività e, in ultima analisi, quelle valenze immaginarie particolarmente coartate in queste espressioni psico-patologiche-deficitarie.

d) Violenza giovanile

Società complessa e frustrante, disagio giovanile, espressioni di abuso e di violenza,, disorganizzazione dello sviluppo psico-affettivo: la complessità del quadro sembra impedire le strategie per comprendere fenomeni paradossali e soprattutto per tracciare linee guida sicure per un intervento riparatore efficace e risolutivo.

I turbamenti dei giovani d'oggi, nelle nostre società, si esprimono con aspetti complessi sia per la loro qualità fenomenologica (anoressie, personalità borderline, bullismo, tossicodipendenza, omosessualità, comportamenti antisociali e suicidi, espressioni di nichilismo e di isolamento, rifiuto delle norme, superficialità e irresponsabilità, comportamenti violenti ed anche criminali, ecc.ecc.), che perché si dimostrano sottesi ad un particolare atteggiamento psico-affettivo, fanno pensare ad una crisi delle società post-moderne e post-capitalistiche, ma anche ad una profonda disorganizzazione dell'ambito culturale. L'essenza dell'essere e la complessità del divenire (sottesa al forsennato sviluppo delle scienze e della tecnologia) sembrano essere entrati in conflitto, portando l'uomo ad una situazione di stallo e di incapacità a controllare forze e dinamiche che ormai non possono più neppure essere comprese compiutamente.

L'assurdità della situazione sta proprio nel constatare che la crescita scientifico-tecnologica ha aumentato in tal misura le potenzialità e la varietà delle esperienze che queste non sono più percepite come una "ricchezza", ma solamente come un "conflitto".

L'imprevedibilità dell'esistenza che ha sostituito quella che per molti decenni era stata la "paura atomica" o "l'angoscia della distruzione totale", ha portato ad un "nuovo nichilismo" che risulta paradossale proprio perché si nutre di un "sentimento di onnipotenza". Questo tende a bloccare la riflessione, attivandosi con una "verità personale" che "blocca lo sviluppo".

Autori come Romeo Lucioni e Anna Murdaca portano a far considerare come problematiche epistemologiche stanno diventando sempre più significative perché il soggetto possa affrontare tematiche dirompenti come:

- svalorizzazione del senso della vita per la mancanza di quelle "teorie della mente che portano a sentire l'altro unito empaticamente nel pensiero";
- irruenza dell'individualismo e del narcisismo che supportano atteggiamenti egocentrici e onnipotenti;
- perdita di serenità di fronte al deteriorarsi dei ponti relazionali, sui quali, ormai, sembra ... non succedere più nulla?
- l'inconsistenza dei valori di fronte alla superficialità edonistica ed estetica;
- scoperta di oscuri presentimenti ("orrido" di Freud) che suscitano paure profonde di catastrofi e di eventi irreparabili.

Di fronte a queste incidenze, i giovani, ma anche gli adolescenti, sentono di essere come piccole barche insignificanti, sbattute dalla furia delle acque, e il loro "grido" diventa invocazione, la loro ribellione un senso di liberazione, la loro sensazione di non poter far parte del "mondo circostante" un sentimento che li fa sentire "diversi".

Sara Orn Yewett ("Il paese degli abeti aguzzi") ci dipinge "giovani sognanti", alieni dalle logiche della società post-moderna e globalizzata, insofferenti di fronte al "moderno" che distrugge la semplicità, l'autenticità delle piccole cose, la paurosa predizione di un universo contaminato.

Questo modello mentale regressivo si associa alla debolezza di un Io che "pasce nei campi primitivi del narcisismo carico di infantili onnipotenze, ama senza comprometersi e senza responsabilità, acquista velocità e cambiamenti in un batter di ciglio, si racchiude in uno "spazio conchiglia" che non permette visioni ampie e meravigliose, ma dà sicurezza.

La trasgressione diventa diversità e/o caratteristica che porta alla richiesta di "essere rispettati", il disagio a quasi "modello di compartecipazione", la tossicodipendenza il segno di un bisogno di isolamento, il rifiuto delle regole e

degli impegni responsabili (per es. fuga dalla scuola) un segno di libertà: la violenza contro i più deboli, la distruttività vandalica, il bullismo diventano semplici espressioni di “ricerca di una identità perduta”.

È un errore pensare che l'identità sia il frutto del vedere in un “Altro” un modello da salvare. Romeo Lucioni ha dimostrato come il soggetto si organizzi attorno a molteplici identità e, quindi, il bisogno del giovane riesce a trovare il suo ideale solo attraverso le numerose esperienze, il ripetere comportamenti, il fissare in immagini (vedi l'esperienza di You-tube) le diverse, continue ed emarginanti espressioni comportamentali. Essere e sentirsi “diversi” permette di attivare comportamenti “estremi” che, invece di emarginare come succedeva tanti anni fa, diventano un segno distintivo, una “identità”, la possibilità di “crearsi come soggetto”.

È questo “soggetto nuovo”, non impoverito, ma arricchito per la sua stessa “regressione” su modelli primitivi dello sviluppo (narcisistici, egocentrici ed onnipotenti) la vera spiegazione per quello che sta succedendo ai giovani.

Diversi lavori hanno messo in evidenza che gli alti indici relativi alla tossicodipendenza nei giovani sono legati a precise motivazioni favorevoli come:

- abitudine a cercare la risoluzione dei problemi con “metodi magici”;
- tendenza a minimizzare le problematiche personali e a cercare soluzioni con “furbizie” e non con una precisa capacità organizzativa e con volontà;
- iper-valorizzazione dell'intuizione a scapito di una costruzione mentale etica e di integrazione sociale.

Queste considerazioni danno sostegno alla lettura della dipendenza da sostanze come “malattia dell'idealità” che significa il predominio delle spinte pulsionali (“ideale dell'Io”) che cos' mantengono uno stato di Io-debole, incapace di progredire nella logica dello sviluppo psico-affettivo e psico-cognitivo.

Se non so è ancora riusciti a mettere un freno a questo fenomeno (che , per altro, si accompagna ad altre evidenze negative che rispecchiano una “povertà affettiva” ed una incapacità ad assumere un livello di responsabilità adeguatamente adulta) è evidente che bisogna accettare che gli stessi fenomeni possano essere assunti come responsabili dei disturbi comportamentali caratterizzati da abusi, tendenza alla violenza, facilità a delinquere, ecc.ecc..

Parliamo dunque di “debolezza dell'Io” e di predominio di tendenza regressive che si configurano come “personalità debole”, incapace di contenere le spinte libidiche più primitive: egocentriche ed onnipotenti.

Queste caratteristiche sono indubbiamente evidenziabili nei giovani che si atteggiavano a bulli e a in frenabili e spavaldi ... “super-eroi”.

Le caratteristiche personologiche di un soggetto così definito possono essere riassunte in:

- fissazione su un livello di sviluppo nel quale predomina il “narcisismo primario” che si caratterizza per egocentrismo ed onnipotenza;
- questi sentimenti evidenziano un pensiero pre-simbolico-razionale, dominato da valenze istintive (povere di funzionamento analitico-deduttivo), basate prevalentemente su deduzioni “concrete” e “percettive”;
- povertà nella “organizzazione affettiva” che porta a svalorizzare l'Altro e ad usare meccanismi di difesa arcaici come la negazione e l'acting-out;

- prevalenza di sentimenti megalomani di dominio che si fondamentano in una forma di superiorità basata sulla “furbizia” (l’idea della intelligenza suscita sentimenti di inadeguatezza);
- tendenza a lasciarsi trascinare dalla attrazione del gruppo che, come “branco”, risponde a regole autonome e poco rispettose delle normative sociali, dell’ordine e del rispetto dei diritti degli Altri.

Queste deduzioni configurano il profilo di un soggetto che vive sentimenti “diversi”, nel senso che lo portano a viverli come “personaggio al di fuori delle regole, ma in possesso di prerogative che lo rendono illusoriamente onnipotente, superiore agli altri, responsabile solo di fronte a “regole ... diverse”, guidato da un sistema rappresentazionale personalistico, quasi auto-delineato come una specie di “essere superiore”.

Declinato in questo modo, il “giovane diverso”, che si avvicina alla formazione di un “soggetto borderline”, non solo non riesce più a inserirsi in un ambito socio-culturale delimitato e delineato da Altri, ma, al contrario, tende a far prevalere la propria legge che non è frutto di un ripensamento maturo, sostenuto da deduzioni logiche, ma risponde alla ferrea legge del narcisismo primario e onnipotente, del dominio del proprio “piacere” che “brucia”, per così dire, ogni desiderio (da leggere come una “mancanza”) perché esaurisce tutto nella autosoddisfazione orale.

L’organizzazione mentale (affettiva e cognitiva) di questo soggetto può essere riferita come quella di un “deicida” che ha sostituito il mondo con il suo mondo, la morale con le sue visioni di superiorità, l’etica con la sua spinta ad essere unico, incontrollabile, depositario del destino proprio che rispecchia quello di un ... dio in terra.

Da tutto questo, è evidente che un soggetto così strutturato diventa praticamente incontrollabile proprio perché non ci sono più leggi che lo possano delimitare, poteri che lo controllino, regole che lo possano frenare: l’onnipotenza ha riempito tutti gli anfratti della coscienza. Le dinamiche degli affetti, la struttura della mente.

È interessante constatare come possiamo ricostruire il modello di funzionamento psico-mentale di un giovane dominato da “sentimenti da bullo-onnipotente” e predisposto ad ogni tipo di violenza e di prevaricazione nei confronti degli altri.

Siamo di fronte ad un soggetto nel quale la mancanza di regole e la conseguente fissazione su una organizzazione mentale narcisistica (narcisismo primario) porta a:

- sviluppo di una affettività negativa, nella quale l’Altro scompare come valore proprio perché la “libido” viene deviata completamente dall’oggetto al soggetto;
- l’egocentrismo dice che il mondo si è coartato sull’Io che rimane in preda di sentimenti megalomani di onnipotenza;
- i sentimenti negativi autoriferiti e distruttivi, da un lato bloccano le emozioni (questi “bulli” fanno “paura” proprio perché sembrano dominati da una “fredda determinazione” che non dimostra emozioni proprio perché coperti da una “vera maschera”), per altro lato piegano ogni ragionamento o spinta razionale, soffocando ripensamenti o pentimenti, riconoscendo come unica verità la propria determinazione;
- l’Altro non ha più nessun valore, è ridotto a puro oggetto da prendere o da lasciare a proprio piacimento;

- le leggi, le regole, le imposizioni perdono significato dal momento che ... Dio ha sostituito i parametri della verità, della giustizia e del diritto.

COMMENTO E CONCLUSIONI

Di fronte a questo quadro che delinea una personalità tanto controversa perché regressiva (dominata da sentimenti arcaici come onnipotenza ed egocentrismo) e poco modificabile da valenze affettive e/o cognitive (la soddisfazione del piacere schiaccia ogni tipo di ripensamento), dominata dalla legge del piacere, che quindi dimostra una limitazione pre-conscia, pre-razionale e solamente rispondente alle imposizioni della istintività libidica, si può dire che l'unico mezzo per affrontarla è quello della prevenzione.

La pratica clinico-terapeutica ci dimostra quanto sia difficile controllare le spinte libidico-istintive della tossicodipendenza (per questo la dipendenza da sostanze continua a registrare aumenti incontrollabili degli indici statistici in tutte le parti del mondo) con i mezzi della psicoterapia, della psicoanalisi o della psicoeducazione.

I "sentimenti onnipotenti" (affetti negativi che il valore dell'altro) bloccano il funzionamento mentale e piegano la ragione al dominio del piacere (volontà libidico-istintiva).

Il sentimento della "onnipotenza" obnubila la ragione, facendo emergere una violenza istintiva incontrollabile proprio perché è la violenza stessa che "ottura" il piacere (riempire il piacere) in una maniera totale (il soggetto si sente Dio), tanto da sentirsi padrone anche della "vita" ed anche di Sé, proprio perché ... ci si può sempre suicidare.

A questo punto non c'è terapia o educazione che siano capaci di otturare il piacere, di prendere il posto di sentimenti onnipotenti, che riempiono di auto-soddisfazione, che fanno vivere al soggetto sentimenti illusori che lo rendono ... uguale a Dio.

Questi sentimenti primitivi, arcaici e non strutturati sui parametri del riconoscimento dei valori timologici e poetici della vita, sono così poderosi che non vengono assopiti neppure da ... decine d'anni di carcere (per questo sono incomprensibili quei soggetti che appena usciti dal carcere tornano a delinquere con la stessa freddezza e determinazione come se fossero comportamenti obbligati).

Seppure il quadro psicopatologico descritto sia, in qualche modo, "al limite", possiamo prefigurarci una simile possibilità e, quindi, prevedere anche i mezzi adatti per affrontarla.

Sicuramente il cammino è quello della "ricostruzione", della visitazione catartica di uno sviluppo passato nel quale inserire momenti e moventi capaci di indurre cambiamenti.

L'esperienza dice che anche le problematiche di personalità possono essere cambiate e, quindi, dobbiamo proporci lo stesso cammino, il più precocemente possibile, quando cioè la personalità non è ancora radicalizzata (strutturate definitivamente).

Per questo è necessaria una capacità professionale addestrata per percepire le derive regressive, gli spunti che conducono verso l'egocentrismo e l'onnipotenza, verso la siderazione affettiva e l'instaurarsi di noccioli che potrebbero ... germogliare violenze.

PER CONCLUDERE

possiamo affermare che per affrontare con decisione e con possibilità di successo la violenza giovanile (che per molti versi sfiora la criminalità) si richiede una programmazione multidisciplinare di studio che porta proprio a considerare le più primitive spinte evolutive del bambino, per così scoprire i punti deboli nei quali si produce la frattura dell'evoluzione affettiva e da qui studiare come reinserire il soggetto nelle dinamiche che fanno dell'amore, del rispetto, della collaborazione e dell'integrazione, quel senso comune che organizza il pensiero, la volontà e la spinta alla vita, all'Eros, emarginando la morte ed il mondo oscuro di Tanatos.

8 - SINDROME DI RETT

La sindrome di Rett, che figura nel capitolo dei "Disturbi generalizzati dello sviluppo" del DSM IV° -I84,2 (299.80), si caratterizza per la presenza di deficit specifici, multipli e progressivi, che si evidenziano dopo un periodo post natale di funzione normale.

Deve il suo nome al neurologo austriaco Andreas Rett che per primo la individuò nel 1966, anche se è stata descritta con precisione nel 1982 dal neurologo svedese Bengt Haybert.

Nel 1999, la dot.ssa Huda Zoghby, dell'università di Houston, ne ha individuato la causa genetica, per un difetto del gene MEPC" sul cromosoma X.

La malattia viene divisa in 4 stadi:

- I- 6-18 mesi = comparsa di ipotonia e disinteresse per le comuni attività infantili;
- II- 1-3 anni = compaiono sintomi simili all'autismo con regressione rapida e irritabilità;
- III-2-10 anni = convulsioni severe; tipico gesto di lavarsi le mani; iperventilazione; bruxismo (digrignare i denti); aerofagia; ritardo mentale grave o gravissimo;
- IV- + 10 anni = importante scoliosi; debolezza muscolare; rigidità.

Il disturbo si presenta quasi esclusivamente nelle femmine, ma, ultimamente, vengono descritti casi anche nei maschi.

Il DSM IV° mette in evidenza altri sintomi importanti:

- rallentamento della crescita craniale tra i 5 ed i 48 mesi;
- perdita delle manualità e della coordinazione fine;
- riduzione massiccia degli interessi sociali (che possono riprendere dopo qualche anno);
- compromissione grave del linguaggio.

I dati più recenti fanno risalire la sindrome ad un grave disturbo neurologico legato ad un difetto genetico determinato da mutazioni del gene MECP2 che perde la proteina MeCP2 che aiuta i geni a disattivarsi.

Sappiamo molto del meccanismo, ma molto poco del perché si instauri questo meccanismo e su come agire per detenere le molteplici alterazioni neuromuscolari.

La malattia è "pan-etnica" (presente in tutte le razze) e si presenta in 1 caso su 12.000 femmine nate.

La maggior parte dei casi identificati si riferisce a ragazze che hanno meno di 18-25 anni, ma ancora poco si sa sulla prognosi e l'aspettativa di vita; la causa di morte è legata a convulsioni gravi e a problemi respiratori (infezioni).

Oltre alla perdita di peso corporeo, nei reperti autoptici si riscontra una riduzione del volume cerebrale e soprattutto della corteccia frontale e del nucleo caudato. Si

osserva riduzione della mielina nella sostanza nera e, in generale, del volume dei neuroni.

La variabilità della malattia è molto grande e si pensa legata al numero delle cellule che nel corpo vadano acquistando il deficit genetico della MECP2.

Gli aspetti più invalidanti della disabilità sono:

l'aprassia (incapacità ad eseguire movimenti), deficit della parola e della comunicazione, grave deficit psicomotorio e cognitivo, ma il quadro è così complesso da giustificare un errore diagnostico con confusione con l'autismo.

SCUOLA

I deficit psicomotori e cognitivi che si vanno modificando con il passare del tempo, impongono delle valutazioni funzionali e globali, da effettuarsi con una certa frequenza, per poter così stabilire con precisione gli interventi più appropriati da attivare ed il grado dei risultati ottenuti.

Gli obiettivi per qualsiasi intervento, nel caso di Sindrome di Rett, si riferiscono soprattutto a contenere i disturbi neuro-muscolari per mantenere o migliorare le funzionalità, prevenire deformità, aiutare il posizionamento.

Partendo da queste premesse, bisogna sottolineare che l'attività motoria viene usata anche per:

- mantenere l'attenzione;
- sviluppare l'iniziativa;
- attivare le capacità del problem-solving;
- migliorare la coordinazione fine e grossa;
- indurre cambiamenti positivi nell'organizzazione psico-mentale;
- stimolare l'eloquio (in forma e contenuto).

L'azione terapeutico-educativa ha una sua particolare importanza nello sviluppare la relazione interpersonale, che diventa estremamente utile a:

- attivare le valenze affettive di tipo valorativo;
- indurre il desiderio a socializzare;
- migliorare il rapporto con il proprio sé e, quindi, con il proprio deficit;
- alleviare stati di depressione, di sconforto e di irritabilità;
- aumentare l'indipendenza.

Sotto questi aspetti, il lavoro educativo assume un "ruolo chiave" che tuttavia deve tenere in conto:

- le fluttuazioni periodiche (anche giornaliere) del tono dell'umore;
- usare un programma flessibile che permetta di adattarsi alle difficoltà del soggetto;
- sviluppare le abilità affettive per migliorare le capacità, non solo relazionali, ma anche quelle di pensiero, di coscienza, di elaborazione degli engrammi eidetici;
- avere sempre un controllo preciso di ogni sessione perché gli esercizi non risultino troppo impegnativi o difficoltosi;
- ottenere il miglior risultato evitando situazioni iatrogene che possono derivare dalla fragilità ossea (per osteoporosi) e dalla ritardata reazione a stimoli dolorifici.

9- Microcefalia

La microcefalia è un disturbo congenito che si evidenzia per la riduzione del volume della scatola cranica rispetto alla media normale, determinata dalla

deficienza della crescita del cervello nel periodo della gestazione o del allattamento.

Seppure non ci siano interventi capaci di modificare lo stato anatomico, diventa però importante affrontare disturbi psico-affettivi e psico-cognitivi che l'accompagnano.

Da un punto di vista psichico sottolineiamo:

- incontinenza emotiva;
- tendenza a comportamenti ipercinetico, con scarsa capacità attentiva ed applicativa sui compiti educativi;
- disturbi comportamentali riferiti ad opposizione, a volte anche chiassosa, nei confronti dei genitori e delle regole imposte dalla convivenza.

Queste difficoltà aggravano le difficoltà cognitive che si evidenziano come:

- lentezza nella comprensione e nella predisposizione analitico-deduttiva;
- deficienza nel pensiero simbolico;
- arretratezza nelle dinamiche immaginarie;
- scarsità nella produzione scolastica;
- difficoltà a strutturare un sistema affettivo sufficientemente valido.

L'intervento globale mira a :

- sviluppo delle masse muscolari ridotte per la scarsa applicazione;
- sviluppare le capacità psicomotorie ridotte anche per un atteggiamento psichico basato su sentimenti di inferiorità;
- incremento delle forze adattive dell'Io che portano a migliorare le relazioni interpersonali e sociali;
- incremento delle valenze affettive, sostenendo buoni rapporti interpersonali, l'intersoggettività e l'integrazione sociale;
- è sempre fondamentale incrementare l'immaginario attraverso modelli applicativi concreti come l'arte-terapia, il tai-chi-chuan e l'ippoterapia, per poter passare rapidamente a:
- attività sportive di gruppo come: calcio, basket, volley, ecc.ecc.;
- sostegno nel lavoro scolastico in rapporto alle possibilità personali che però, il recupero delle valenze positive dell'Io e l'incremento costante delle capacità creative ed immaginarie, portano ad un livello veramente buono.

Anche in questi casi risulta fondamentale che l'intervento sia multidisciplinare e che i miglioramenti siano controllati costantemente con le scale appropriate, in modo da cercare i dare sostegno alle parti del Sé che via via si evidenziano come in difficoltà.

10 - Agenesia del corpo calloso

Questa sindrome viene facilmente scoperta con un Rx-cranio e si presenta in molte varietà per la maggiore o minore compromissione del fascio di fibre che mettono in relazione stretta i due emisferi cerebrali. Anche in questi casi è evidente una incapacità di controllare le scariche emotive, ma la deriva verso l'oligofrenia non è tanto drammatica. La partecipazione viscerale è più elevata (che nel X-fragile) tanto che spesso l'incontinenza fecale diventa un problema veramente difficile da affrontare.

Anche in questi casi si sono ottenuti buoni risultati con E.I.T., TyLA, Ippoterapia, ma ci si scontra con l'opposizione dei ragazzi che rifiutano decisamente ogni tipo di terapia riabilitativa, tanto da costringere i genitori a non fare nulla e così si perdono le possibilità di un recupero o, per lo meno, un migliore adattamento per cercare soluzioni.

11 - Sindromi di Joubert e di Dandy Walker

Le cosiddette “**sindromi della fossa posteriore**” riguardano l’atresia o l’atrofia del cervelletto che colpiscono le strutture del “verme” e degli emisferi cerebellari.

Queste sindromi di origine genetica sono molto varie anche se interessano per lo più la coordinazione motoria.

Le difficoltà motorie e psicomotorie influenzano globalmente tutto il sistema per cui va sempre tenuto in conto l’interessamento non solo della muscolatura delle braccia, delle gambe e del dorso, ma anche:

- dell’ambito bucco-facciale, che comporta notevoli difficoltà nella fonazione, nella suzione, nella masticazione, ecc.;
- dell’ambito respiratorio (l’inspirazione è legata alla muscolatura volontaria) disturbato da una discinesia che impedisce il controllo dei movimenti del distretto;
- dei muscoli orbitali con difficoltà ad aprire e chiudere gli occhi.

Il rapporto terapeutico con questi bambini è sempre molto difficile, proprio perché tendono a rifiutare qualsiasi impegno per cui l’acquisizione di nuove modalità motorie viene quasi “imposto”, con l’aiuto di protesi mobili che vengono abbandonate non appena il movimento sia stato acquisito.

Se l’uso delle braccia e delle gambe può essere raggiunto (si tratta di un lavoro molto specialistico e di lunga durata), molto più difficile è il recupero della motricità controllata dai muscoli respiratori, della bocca e della lingua.

Fondamentale è contenere le crisi di opposizione (spesso anche violente) che sono scatenate da frustrazioni e dal rifiuto ad accettare le proprie difficoltà. Per questo va utilizzato un delicato sistema di sostegno che deve essere controllato con sensibilità per non far prevalere una opposizione nel sentirsi trattati con compassione e come soggetti handicappati.

Pur nelle difficoltà notevoli di creare idonei interventi di supporto (che devono essere riadattati continuamente sulla base dei progressi ottenuti), le capacità intellettive risultano abbastanza buone e permettono il raggiungimento di validi risultati che non devono essere frenati dai comportamenti oppositivi, dalle crisi di rabbia d’auto-distruttive, dalle richieste di “speciali attenzioni e/o riconoscimenti.

Disturbi dello spettro autistico: trattamento-terapia-cura

Negli ultimi anni, il rapporto tra i disturbi psico-mentali dei bambini e le scienze mediche ed assistenziali, hanno indotto molti cambiamenti.

- La comparsa di psicofarmaci sempre più potenti e capaci di colpire l’intimo del metabolismo delle cellule cerebrali;
- la diffusione delle cosiddette terapie cognitivo-comportamentali;
- l’invasione di una psicologia generica e semplicistica (che spesso sfiora lo psicologismo);
- la presunta scoperta di cause metabolico-alimentari;
- l’applicazione di surrogati terapeutici, alimentati da speranze ingiustificate di cure semplicistiche o di applicazioni originate da sensazioni non controllate scientificamente;

si scontrano con la realtà che riconosce “lo spettro autistico” e più specificamente “l’autismo” tra le cause principali di un decadimento importante della salute mentale dei bambini e dei ragazzi che è in costante aumento.

Queste considerazioni e l’evidente complessità delle situazioni psicopatologiche che in questo lavoro abbiamo messo in evidenza, devono allertare i genitori, i docenti e tutte le persone che si dedicano al trattamento ed all’assistenza di bambini e ragazzi in difficoltà, di dover applicare una metodologia multidisciplinare, fondata su concettualizzazione teoriche e sostenuta da esperienze pratiche convalidate.

Questi interventi, che coprono aspetti di prevenzione, di terapia, di riabilitazione, di educazione, vogliono anche aprirsi ad ulteriori esperienze e verifiche teorico-pratiche proprio perché dobbiamo essere guidati da una etica della responsabilità di fronte ad una problematica che rapidamente si sta trasformando in una vera e propria epidemia sociale, che richiede, per essere controllata e superata, dello sforzo di tutti e, soprattutto, di tutti coloro che amano questi nostri straordinari e misteriosi “figli”.

Nella constatazione di una enorme variabilità di casi, di sintomi, di livelli di sviluppo psico-mentale (affettivo e cognitivo), parlare globalmente di terapia dello “spettro autistico” è sicuramente una utopia.

Con tutto questo, nel rapporto etico con questi bambini e ragazzi, che hanno diritto:

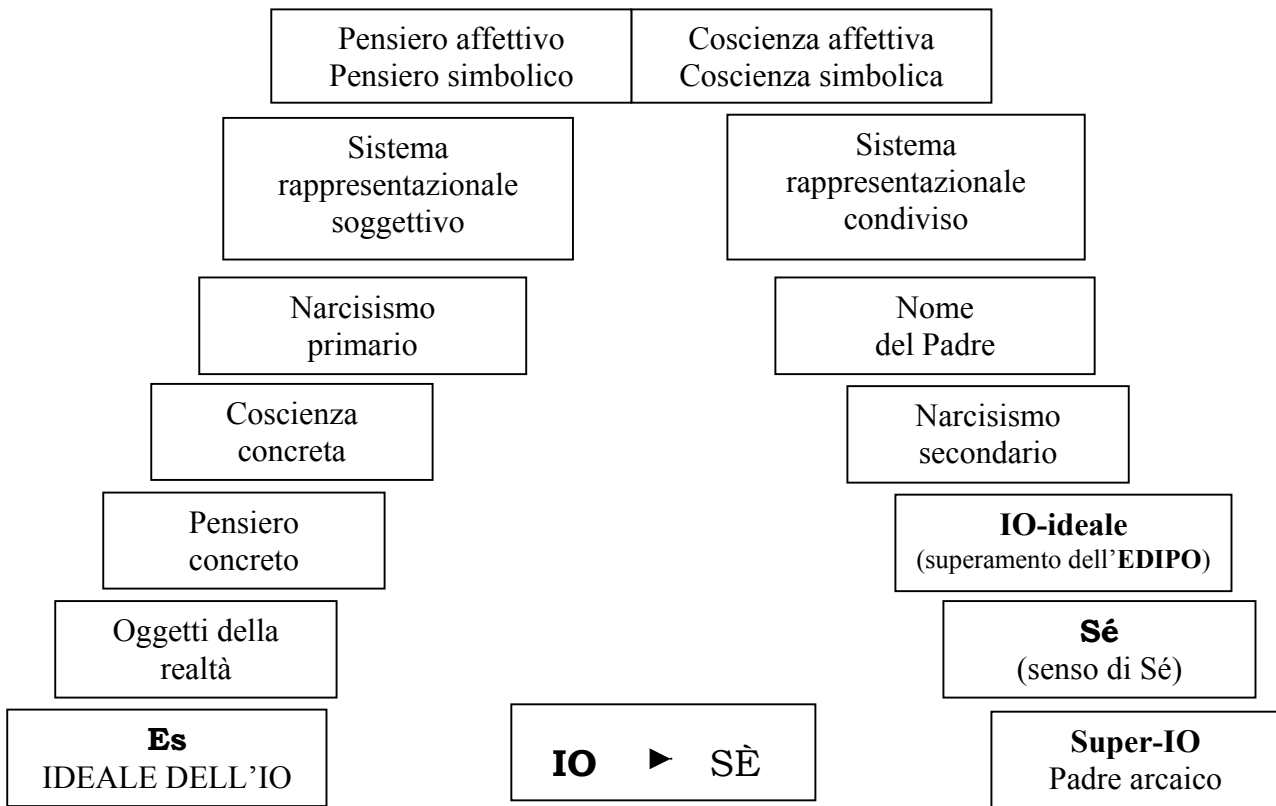
- di recuperare le loro potenzialità mentali e psichiche,
- di usufruire di pari opportunità per una integrazione familiare, scolastica e sociale,
- di vivere positivamente le esperienze relazionali e vivenziali, di inserirsi nei gruppi sportivi, ricreativi e turistici,

è necessario affrontare il problema su tre grandi linee:

- 1) nell’affrontare i disturbi dello sviluppo, l’esperienza ha portato a delineare la necessità di strutturare un *trattamento multidisciplinare* nel quale psicologi, psicoterapeuti, psichiatri, educatori e terapisti, nella loro specifica professionalità, devono essere specializzati nel trattamento delle disabilità psico-affettive e psico-cognitive;
- 2) si richiede un *trattamento specifico* che riguarda il recupero globale (oltre che funzionale), tenendo conto del livello personale dello sviluppo ed i deficit da affrontare per poter dare al paziente le capacità di base, necessarie per affrontare le pratiche educative e riabilitative;
- 3) il trattamento e la riabilitazione devono portare ad utilizzare le pratiche educativo-scolastiche, sportive, ludico-ricreative e turistiche che permettono la più ampia integrazione sociale che è il fine ultimo di tutto l’impianto multidisciplinare.

Non bisogna dimenticare che l’analisi delle concomitanti neuro-funzionali e neuro-psichiche ha portato a tracciare un interessante modello dello sviluppo psico-mentale che tiene conto della molteplicità neuroscientifica e che è stato riassunto in uno schema presentato da Lucioni per la prima volta durante vari incontri e dibattiti attivati nella Università di Messina, Facoltà di Scienze della Formazione.

RAPPRESENTAZIONE SCHEMATICA DEI PROCESSI DELLO SVILUPPO PSICO- AFFETTIVO



Questo schema non deve essere letto come “fasico”, nel senso di rappresentare degli scalini o delle tappe che permettono una crescita. L’elaborazione dello sviluppo prevede, al contrario, una *modalità spiraliforme* che permette momenti di crescita e di regresso, di stasi e di sviluppo ed anche di deformazione, che non devono essere intesi come patologia se non come “diversità” o momenti di “adattamento creativo” che permettono di riprendere il cammino dello sviluppo (sempre che ci siano spinte riparatrici: educative, formative, terapeutiche, riabilitative, relazionali e sociali).

La rappresentazione schematica supera le ristrettezze e l’eccessivo semplicismo del paradigma freudiano e permette di evidenziare alcuni temi fondamentali che caratterizzano lo sviluppo:

- il *narcisismo* che passa da *primario* (istintivo e libidico, che si struttura nel concetto di “*Ideale dell’Io*”) a quello *secondario* più centrato sul senso di realtà;
- la *coscienza* ed il *pensiero*: caratterizzati dal passaggio da una forma *concreta* (basata sulle percezioni degli oggetti) al altre più evolute: la *affettiva* e poi la *cognitiva*;
- il *sistema rappresentazionale* che la disabilità ha permesso di individuare prima come *soggettivistico* e poi come *condivisibile*;

- la funzione “Nome del Padre”, preconizzata da Lacan e poi posta nella sua strategica importanza nelle dinamiche del superamento dell’Edipo e nella organizzazione di quello che Kohut ha chiamato Sé e che può essere identificato nelle dinamica lacaniana del “Io-Ideale”.

L’ultimo passaggio nello schema dello sviluppo psico-affettivo riguarda l’elaborazione delle valenze del “Super-Io” freudiano che assume aspetti conflittivi nella visione di un:

- “Super-Io applicato” o “Ideale del Super-Io”, che, nella falsariga del “Ideale dell’Io” si dimostra rigido, impositivo, onnipotente e distruttivo, quasi a voler impersonare quella figura virtuale di “Padre-arcaico” già preconizzata da Freud;
- “Super-Io implicato” che riguarda un modello evoluto, basato sulle dinamiche timologiche che tengono conto dell’Altro, riconoscendone i valori distintivi ed intrinseci.

La visione multifattoriale sviluppata con queste complesse osservazioni che tengono conto della molteplicità delle concomitanti che intervengono nello sviluppo del soggetto umano, da un lato dà piena giustificazione alla concettualizzazione di una “mente integrata”, strutturata su elementi intuitivi, emotivi, affettivi, simbolici, cognitivi, concettuali, e da un valido background socio-relazionale che permettono di affrontare positivamente le problematiche della disabilità, ma anche quelle più specificamente conflittive come sono il disagio, le difficoltà relazionali e dell’integrazione sociale.

La pratica dell’approccio terapeutico-riabilitativo nei confronti dei soggetti disabili ha portato, proprio per le considerazioni teoriche, a confermare la necessità di interventi multidisciplinari strutturati sulle linee guida della timologia (scienza degli affetti e dei valori) e della resilienza (scienza delle difese capaci di far superare gli stress, i conflitti ed i traumi vissuti nella quotidianità complessa e frustrante).

Un ulteriore passo per comprendere l’importanza e la complessità insite nei processi che portano allo “sviluppo psico-mentale” (nei suoi aspetti affettivo e cognitivo) possiamo analizzare quelle “trasformazioni” implicite nel concetto di Sé (Kohut) e di Io-Ideale (Lacan). In questi cambiamenti, leggiamo la trasformazione di un modello “difensivo” che caratterizza il funzionamento dell’Io, ben preconizzato da Freud che vedeva nell’Io quella funzione psichica capace di mediare tra le pulsioni dell’Es (Ideale dell’Io) e la “legge morale” da lui individuata con molta sagacia ed intuizione, come “Super-Io”.

METAPSICOLOGIA E SVILUPPO PSICO-MENTALE

IO modello difensivo	SÉ modello creativo-adattivo
<ul style="list-style-type: none"> - Domina l’emotività (intelligenza emotiva) - struttura libidico-istintiva - egocentrismo 	<ul style="list-style-type: none"> - Domina l’affettività (intelligenza affettiva e razionale) - struttura affettivo-relazionale

<ul style="list-style-type: none"> - onnipotenza - coscienza concreta - pensiero concreto - sistema rappresentazionale personalistico - conflitti pre-edipici - narcisismo primario 	<ul style="list-style-type: none"> - valori timologici (l'Altro) - coscienza affettiva e simbolica - pensiero affettivo e simbolico-razionale - sistema rappresentazionale condiviso - Nome del Padre - altruismo e compassione - senso di sé e di valere - narcisismo secondario
<p>Problematiche:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Comportamenti aggressivi e distruttivi - Comportamenti controfobici - Isolamento - Paralisi mentale 	<p>Problematiche:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Comportamenti dominati dal ritiro - Presenza di un nucleo persecutorio profondo - Ipertrofia del Super-Io - Strutturazione di un "falso Sé"

Nell'ambito dello sviluppo psichico l'organizzazione dell'Io-freudiano risulta troppo rigida e non permette di sviluppare quelle caratteristiche di creatività che sono implicite nei processi di soggettivazione e di identificazione. È proprio per questo che Kohut definisce le caratteristiche del Sé che evidenziano il passaggio da un "sistema difensivo" ad un altro più evoluto che possiamo indicare come "creativo-adattivo".

Da questo schema risulta ben chiaro che se un soggetto resta ancorato al funzionamento dell'Io, finisce per evidenziare una sorta di "quadro regressivo" (che non si è evoluto oltre al fatto che possa retroceder come succede, per esempio, nelle patologie demenziali della persona anziana).

Il quadro "regressivo" può essere chiaramente individuato nelle sindromi deficitarie (disabilità psichica) che si caratterizzano per la presenza di un "Io-debole" che come "Io-libidico-istintivo" si caratterizza per la presenza dominante di egocentrismo e senso di onnipotenza.

In altre parole, si evidenzia come l'Io è bloccato sulla relazione con una realtà interna (libidico-istintiva), mentre il Sé raggiunge quelle valenze timologiche e cognitive che caratterizzano un "soggetto integrato" capace di auto-identificarsi, di far funzionare quegli elementi relazionali e comportamentali che creano l'individuo, la persona ed anche il cittadino.

Lucioni parla di una integrazione di "processi" che possono essere riferiti anche come "teorie" che si intrecciano apportando continue modificazioni al funzionamento ed all'organizzazione. Questi processi confluiscono in una capacità elaborativo-relazionale che, rispecchiando gli elementi emotivi, quelli affettivi e quelli razionali, lasciano spazio per poter identificare quelle "funzioni superiori" che caratterizzano momenti dello sviluppo.

In questo possiamo riconoscere:

- teoria della mente
- " " seduzione
- " " fantasia o della maschera
- " " irriverenza (esperienza irridente)
- " " simulazione (approccio controfobico)
- " " attaccamento

- “ “ oggetto genitoriale
- “ “ resilienza
- “ “ falso Sé
- “ “ consolazione
- “ “ valori (timologia)

La “teoria delle teorie” ha portato Ray Jackendoff a sostenere una “visione di grana fine della modulazione” che si basa quindi su “moduli” che non sono da considerare come “sistemi”, ma come “elaborati” capaci di tradurre ed integrare le informazioni ricevute dal mondo esterno ed anche dal mondo interno (i vissuti). In questa proposta concettuale, l’elaboratore è concepito come innato (potenzialità intrinseca della mente) e capace di una “specializzazione” attivata e portata avanti da una esposizione sufficiente ed efficace di tutti gli input che sorgono dalle percezioni, dalle relazioni, dalle elaborazioni emotive, affettive e cognitive, conscie ed inconscie.

Sulla base delle esperienze pratiche della **A.I.P.R.E.C.** (Associazione Italiana di Prevenzione, Riabilitazione e Cura) per affrontare la disabilità, il disagio e le problematiche dello sviluppo in generale, tenendo conto delle elaborazioni teoriche della metapsicologia e delle teorie dello sviluppo, Lucioni R. ha elaborato un programma di intervento denominato S.A.S. – Self Activating System.

Questa programmazione riguarda prima di tutto l’elaborazione di una integrazione multidisciplinare ed interdisciplinare, basate sui principi della timologia e della resilienza.

In secondo luogo, sulle basi teoriche di una metapsicologia del funzionamento mentale che tiene conto di una struttura della mente che vincola strettamente i sistemi emotivo, affettivo e cognitivo, riconoscendo l’importanza esecutiva di una intelligenza che rispecchi la funzionalità cerebro-mentale di queste tre valenze accompagnate da una quarta, quella intuitiva, che tuttavia non è ancora del tutto decifrata.

Questo background scientifico-culturale è servito per organizzare quegli elementi prassico-applicativi che costituiscono la S.A.S.:

- **E.I.T.- Emotional Integrating Therapy** – che si presenta come una vera e propria psicoterapia basata sul linguaggio e la comunicazione del corpo, rispettando i principi della psicoanalisi e della psicodinamica. Questa applicazione viene usata preliminarmente per raggiungere i prerequisiti necessari per poter lavorare tranquillamente usando altre tecniche riabilitative con tenuta sul compito, attenzione nelle attività, comportamenti adeguati e, soprattutto, una buona relazione interpersonale.
- **TyLA- Thymology Learning Approach** – che si presenta come un programma di riabilitazione globale ed olistico, fondato sugli affetti e sull’induzione di un “apprendimento” costante che mira a dare spessore all’Io nella sua integrazione sulle dinamiche del Se-Io-Ideale che supportano il superamento delle problematiche edipiche e le delicate relazioni tra il soggetto ed il suo mondo caratterizzato dalle dinamiche del Super-Io e del Suo-ideale che spesso si articola inibendo le spinte creative ed evolutive del soggetto.
- **Arte-terapia-psicodinamica** caratterizzata da un insieme di tecniche applicate per l’espressione grafica. Può essere riferita come un intervento multidisciplinare che risulta di grande aiuto, nell’ambito della terapia e della riabilitazione globale ed olistica di molti quadri psicopatologici. L’applicazione pratica è complessa e richiede una specializzazione degli operatori perché, nel

rapporto interpersonale che viene attivato, “succedono molte cose” che richiedono una lettura psicodinamica e psicoanalitica, oltre che una notevole pratica per saper cogliere i cambiamenti che si verificano a livello dei meccanismi di difesa e di adattamento e delle interazioni con gli oggetti della realtà ed anche interni (le figure di riferimento).

- **Ippoterapia scientifica.** Questa tecnica che utilizza il cavallo per sviluppare le sue proprietà terapeutico-riabilitative, è stata trasformata dalla **A.I.D.I.R.E.** (Associazione Italiana di Ippoterapia e Riabilitazione Equestre) in una applicazione fondata su principi scientifici che richiedono una precisa programmazione studiata sul soggetto e sui bisogni terapeutici e, soprattutto sulla valutazione costante dei risultati per monitorare le attività tenendo conto dei cambiamenti indotti.

UTILITÀ DEGLI INTERVENTI TERAPEUTICO-RIABILITATIVI 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	+++	+++	+++	+++	+++

Dobbiamo segnalare:

- * i risultati di tecniche multidisciplinari permettono risultati decisamente positivi, ma tutte le pratiche devono essere condotte da personale specializzato e formato ad hoc con continui aggiornamenti sulle tecniche e, soprattutto, sui contenuti teorici che vengono elaborati partendo dalle esperienze cliniche;
- * ogni intervento richiede frequenti aggiustamenti, necessari per adeguarsi ai cambiamenti indotti e che, inoltre, richiedono una verifica costante dei mutamenti che si osservano nell'analisi dei meccanismi mentali;
- * è sempre necessario mantenere stretti rapporti con i genitori e con gli insegnanti che così aiutano a verificare i cambiamenti anche in relazione con le diverse situazioni vivenziali: famiglia, scuola, gruppo sportivo, attività ludico-ricreative, ecc.;
- * si debbono eseguire controlli periodici con scale di valutazione adeguate, che permettono di monitorare i miglioramenti e gli eventuali regressi che inducono nuove scelte nel quadro terapeutico-riabilitativo;
- * le esperienze vengono tutte riferite allo psico-terapeuta che così può modulare gli interventi basandosi sui risultati delle scale di valutazione, ma

anche sull'analisi psicodinamica dei contenuti. Questo porta ad indurre delle scelte puntuali sui diversi item (anche numerosi) che compongono ognuna delle tecniche applicate;

- * è fondamentale che i genitori partecipino alle scelte terapeutico-riabilitative perché il loro OK da forza, qualità e verità agli occhi dei figli che si sentono investiti e spalleggiati (Nome del Padre), interessati, al centro dell'attenzione e "valorizzati" nelle loro scelte per crescere, aderendo così al "... desiderio del terapeuta".

Nel trattamento della disabilità, dei deficit psico-affettivi, del disagio e dei postumi da stress è essenziale sapere quali siano le caratteristiche della struttura psico-mentale e dell'espressività psicopatologica. Per questo non è sufficiente utilizzare il DSM 4° o l'ICD 10, per cui ogni importante centro di riabilitazione, in rapporto con le proprie esperienze pratiche e teoriche, ha predisposto una sua checklist.

Nel SAS (Self Activating System) si usano:

- **AUTISM E.I.T. TREATMENT outcome checklist**
- **AUTISM behavioral rating list**
- **TYMOLOGY LEARNING APPROACH behavioral rating list**
- **HIPPOTHERAPY behavioral rating list**
- **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 auto-coscienza 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 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*".

Queste considerazioni dimostrano come il lavoro terapeutico-riabilitativo deve risultare integrato in una concezione ampia nella quale vengono sottolineate:

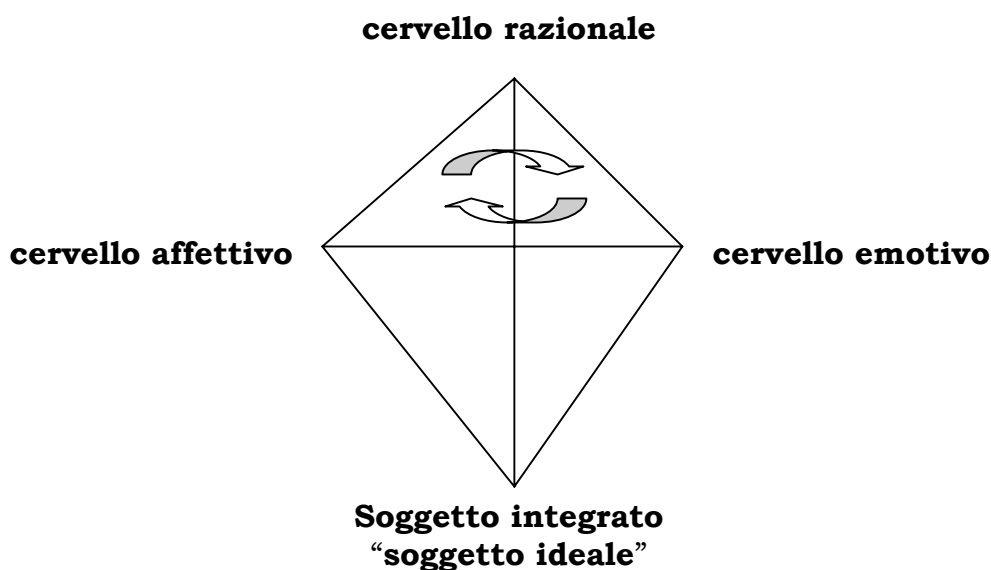
- l'importanza della spinta soggettiva verso l'integrazione personale e sociale;
- la necessità di un apprendimento attivo e positivo (molto lontano dalla applicazione di un semplice "insegnamento") sostenuto dal desiderio di essere e di crescere e supportato da autostima e da autosoddisfazione

che costituiscono il fulcro della S.A.S. (Self Activating System) che ha come obiettivo la ricompattazione dell' Io ed il raggiungimento di una valida struttura del Sé attraverso:

- contenimento della “scarica emotiva” e dell’emotività libera;
- sviluppo della funzione affettiva che comprende auto-stima (valorizzazione) ed autosoddisfazione (nel potersi relazionale con gli oggetti e con le figure di riferimento), accettazione empatica del feedback, senso di autorealizzazione nelle dinamiche della relazione e della comunicazione;
- organizzazione del “sistema immaginario” che porta a considerare come proprie non solo le percezioni, ma anche le immagini della mente prima del vaglio dell’analisi razionale;
- delineazione di una consapevolezza dei propri processi cognitivi che, basati sull’analisi e sulla deduzione, organizzano il pensiero simbolico elaborato in modo autonomo rispetto ai dati dell’esperienza concreta e di quella affettiva.

I principi guida della SAS si rifanno, oltre alle esperienze terapeutiche condotte con disabili psichici, soprattutto alla *clinica del nuovo e del cambiamento* che, prendendo lo spunto dagli studi sullo sviluppo psico-mentale, tende a creare le condizioni favorevoli perché il soggetto stesso trovi, attraverso la terapia e le pratiche riabilitative, le strategie utili e necessarie per attivare le capacità auto-organizzative della crescita.

Per capire meglio questo concetto potremmo parlare di “**cervello triadico**”:



che permette la creazione di un “soggetto integrato” nella coscienza, nel pensiero, nel comportamento.

La costruzione di questo “**soggetto ideale**” è sicuramente il frutto delle qualità genetico-strutturali e, in massimo grado, dall’intervento educativo-formativo della famiglia (entrambi i genitori), della scuola ed anche di quelle elaborazioni personali, intrapsichiche ed inconsce, che spesso restano nascoste sia per il soggetto che per le persone a lui strettamente riferite (vedi il caso della personalità).

Giustamente Feuerstein riferisce che il cervello non è imm modificabile, ma è come una “morbida creta continuamente plasmata”, rispettando le regole di una complessa ed ancora poco conosciuta “plasticità cerebrale”.

Il soggetto diventa quindi il risultato:

- delle sue qualità genetico-strutturali;
- delle influenze percettive e dei vissuti;
- dell'organizzazione psico-affettiva (che si va strutturando);
- delle qualità intrinseche (intrapsichiche) inconsce;
- dell'integrazione relazionale e sociale;
- dell'apprendimento globale ed olistico che riceve dall'organizzazione scolastica nell'ordine educativo-formativo.

Di fronte a questo schema euristico-funzionale, dobbiamo pensare che il soggetto per potersi disimpegnare efficacemente nell'ambito della vita sociale e relazionale deve essere accompagnato ed aiutato per raggiungere:

- una adeguata modulazione emotiva, capace di contenere l'eccesso di reattività e la cosiddetta emotività libera (non ancorata o determinata da un preciso input sensoriale);
- uno sviluppo sostenuto del sistema affettivo che deve fomentare una equilibrata relazione con il Sé e con gli Altri, rispettando da un lato l'autostima e l'autosoddisfazione, dall'altro l'integrazione sociale, il rispetto dei diritti individuali e delle pari opportunità;
- una integrazione cognitivo-intellettuale sufficiente a permettere la crescita delle funzioni analitico-deduttive, di problem solving, concettuali, simboliche, linguistiche, ecc.

INTELLIGENZA INTUITIVA

Si parla spesso anche di "*intelligenza intuitiva*", ma il tema è stato per lo più snobbato e svalorizzato, forse perché riconosciuto come poco importante dal momento che questo tipo di funzione è stato sempre considerato non razionale e inaffidabile per permettere di trarre delle conclusioni valide e, quindi, in altri termini, può solo essere un po' infantile.

Il lavoro con bambini che presentano deficit dello sviluppo psichico (mentale ed affettivo) ha portato a sperimentare esperienze creative nelle quali possiamo riconoscere la validità o la certezza di un processo di "intelligenza intuitiva" che è ben diversa da quella "emotiva" e da quella "affettiva".

Possiamo riferirci a quelle esperienze nelle quali il bambino non riesce a dare un perché o una giustificazione per una sua affermazione, ma si limita a dire "... però io so che è così, esattamente come lo sto dicendo".

Queste riverberazioni hanno sicuramente un aspetto personalistico ed autoriferito e per questo non possiamo parlare di "intelligenza affettiva" nella quale il significato preponderante è quello che lega alla presenza dell'Altro: il valore di "Lui".

Per altro lato, non è sicuramente un processo "intellettivo" (razionale) proprio perché è privo di valenze analitico-deduttive.

Si tratta dunque di qualcosa che sta a metà strada tra l'affettivo ed il cognitivo:

- è importante per me e solo per me, anche se coinvolge l'Altro;
- non importa che sia ragionevole o "intelligente" proprio perché diventa importante nella sola misura che lo fa una mia proiezione di verità.

L'intelligenza intuitiva è qualcosa che integra strettamente alcune caratteristiche dell'intelligenza affettiva con altre di quella cognitiva, perché è:

- soddisfacente;
- dà senso di verità oltre che di importanza;

- è libera da dubbi e da ripensamenti;
- tiene conto delle impressioni sensoriali e sensitive;
- acquista parvenze di “certezza cognitiva”;
- viene facilmente riferita come esperienza personale in risposta a particolari vissuti.

L'intelligenza intuitiva può essere riferita come trascinate in alcune esperienze anche importanti, per le quali si prendono decisioni anche se poco razionali.

- Prima di tutto i bambini “intuiscono” tutto; si potrebbe dire empaticamente, ma in realtà non si riferiscono a quello che leggono nell'altro, ma in quello che “sentono” dell'Altro o di una determinata situazione.
- I bambini creano anche “*modelli simbolici autoriferiti*” (questa è la loro partecipazione o creazione simbolica) con i quali “interpretano” una realtà tradotta a loro immagine e somiglianza.
- Nel momento in cui si pensa “... *gli (le) voglio bene*” in realtà il processo non è, per lo più, di origine razionale. Lasciando a lato quelle espressioni strettamente legate o dipendenti da “sensazioni libidiche forti”, restano comunque un gran numero di scelte “intuitive”, che non rispondono ad una precisa valutazione dei fatti o delle circostanze, ma hanno “un senso di verità” proprio perché “... le intuisco così”. In questi casi, a questo vissuto intuitivo si accompagna spesso anche quell'intenzione nella quale si sente dire “... sono sicuro (a) che riuscirò a cambiare le sue caratteristiche non del tutto positive” (ahimè! quanti errori si fanno dando retta alle intuizioni personali!).
- Spesso, quando chiediamo un parere a qualcuno, ci sentiamo rispondere con definizioni molto precise, ma, proprio perché intuitive, è meglio non chiedere perché ... ne saremmo proprio delusi!!

L'intelligenza intuitiva è dunque:

- una capacità molto importante nello psichismo infantile perché dona sicurezza e possibilità di crescita nella dimensione dell'autostima, dell'autosoddisfazione e di un livello primitivo di resilienza;
- una espressione funzionale utile, anche per l'adulto, se viene presa con le dovute precauzioni, sapendo e considerando sempre che la possibilità di errore di valutazione è molto grande.

Tutte queste considerazioni fanno pensare all'intelligenza intuitiva come al frutto di complessi processi che attivano diverse aree e funzioni cerebrali che forse hanno a che vedere con quelle attività che entrano in azione nel “sogno” e che ancora non riusciamo a conoscere compiutamente.

Come nel sogno, gli engrammi prodotti con l'intuizione non sono precisi, hanno un ampio margine di errore se considerati da un punto di vista economico-razionale-deduttivo; resta però un fatto indiscutibile che questa “intelligenza intuitiva” potrebbe diventare estremamente utile se si potesse scoprire un modo per renderla più attendibile.

Con il passare del tempo, questo tipo di intelligenza si affievolisce (e forse resta relegato nel sogno) nell'ordine funzionale globale dello sviluppo psico-mentale e quasi viene abbandonato nell'adulto che lo va sostituendo con processi più consoni ad una “necessità specificamente umana”, che rispecchiano il bisogno di attività mentali più precise, più integrate e più efficaci per raggiungere risultati importanti.

QUOZIENTI DI INTELLIGENZA: Q.I.; Q.E.; Q.A.

Il riconoscimento fatto da Goleman dell'importanza dell'intelligenza emotiva, ha già più di una decada e veramente stupisce quanto poco sia progredito il nostro "conoscere" su di un tema tanto importante.

Si continua per es. a parlare di Q.E. (quoziente emotivo), senza tenere in conto tutte le osservazioni fatte sul valore dei sentimenti e, quindi, di quell'aspetto particolare che, come intelligenza affettiva, dovrebbe rispondere ad un'altra denominazione: quoziente affettivo- Q.A..

Queste osservazioni presuppongono una notevole difficoltà ad introdurre nuove conoscenze e, soprattutto, di una poca elasticità o decisamente una spiccata forza ossessivo-compulsiva e ripetitiva che tende a mantenere lo statu-quo.

Tutte le insegnanti fanno benissimo, anche per intuito, che i piccoli alunni imparano meglio ed anche più in fretta, se il processo educativo si sviluppa in una favorevole atmosfera di accettazione, di accoglienza e di "amore"!

Oggi si parla di *mediazione di successo* che presuppone l'applicazione di metodi di condivisione, di conforto, di aiuto che permette al soggetto di "aprirsi", cioè di utilizzare tutte le sue potenzialità anche quelle marginali e/o residue.

I metodi di educazione più accreditati si basano chiaramente sulla ricerca dell'autonomia, raggiungibile più facilmente attraverso il contatto visivo e fisico perché il bambino "non arriva a conoscere il mondo attraverso concetti (come l'adulto), ma attraverso le emozioni e l'affetto, suscitando sensazioni positive. Non basta insegnare le cose, bisogna farle "sentire" e produrre "vibrazioni"

Bisogna promuovere un meccanismo di apprendimento che sostituisca il semplice e "freddo" insegnamento. Come dice G. Andreis bisogna creare "*uno spazio di non sapere*" dove il soggetto possa trovare se stesso, le proprie potenzialità, i propri schemi mentali.

Non servono assillanti interrogatori, è più utile creare supporti integrativi, attivare competenze, volontà, desiderio, perseveranza, capacità di pensare nuovi saperi.

Questo aspetto dell'apprendimento è stato indagato attraverso la "arte-terapia-psicodinamica" e cioè è stata messa in evidenza l'assoluta necessità di **immaginario** che è creare un linguaggio capace di far circolare "parole", idee riferibili al Sé che si sta mobilizzando, che accetta di cambiare, di sperimentare nuovi modelli e, fondamentale, di rinunciare a quei meccanismi ripetitivi, coatti e frustranti che derivano dal non sentirsi in grado di, non viverci con un atteggiamento di perdono per gli errori e di diritto di sperimentare.

Diventa fondamentale creare il piacere di provare cose nuove, di riempirsi di curiosità e di ottimismo.

La nostra esperienza con bambini e ragazzi disabili ci porta a ribadire che per stimolare lo sviluppo è necessario:

- indurre una incentivazione costante (la noia è micidiale, perché porta a inibizione, a frustrazione e a perdita dell'iniziativa);
- evitare le crisi emotive e l'instaurarsi di emotività libera;
- portare a credere in se stesso e nelle proprie potenzialità, senza aver paura di prendere iniziative personali;
- ricordare che l'intelligenza è una capacità dinamica che si sviluppa, cambia con interventi appropriati: il migliorare ed il crescere non si insegna, ma

possono essere indotti con l'apprendimento di nuove abilità, con il far sviluppare l'immaginario;

- spiegare ad un bambino quali sono i suoi meccanismi psico-mentali e psico-affettivi non porta a inibizioni, ma a far crescere le capacità di problem solving, di fiducia in sé, di credere nel proprio sforzo creativo.

Il nostro modello di intervento può essere indicato come **orientamento pedagogico relazionale**.

Questa denominazione non significa in nessun modo che non venga tenuta in considerazione l'importanza dello sviluppo psico-cognitivo, simbolico-razionale ed anche elaborativo-concettuale.

La nostra filosofia, che si basa sull'esperienza pratica e sull'elaborazione teorica fondata sulla timologia e sulla resilienza, parte però dalla considerazione che la relazione è il fondamento per indurre dei cambiamenti positivi.

Anche lo psicologo-pedagogo Reuven Feuerstein non rinuncia a ripetere che si ottengono cambiamenti fondamentali solo utilizzando comprensione, vicinanza, accettazione ... lavorare sempre "attraverso me".

I principi fondamentali di una crescita timologica sono:

- contenere ed evitare le "crisi emotive" (ansie e paure) che inducono blocchi e difficoltà nello sviluppo;
- indurre un incremento costante delle valenze affettive che significano:
 - * produrre senso di sé, autostima ed auto-soddisfazione;
 - * bloccare le richieste libidico-istintive (il puro piacere) che portano a momenti regressivi, egocentrici ed onnipotenti;
 - * lavorare con la relazione interpersonale per fare raggiungere quel atteggiamento psichico che Lacan ha chiamato "desiderio del terapeuta" che, per l'allievo, significa stringere un vincolo forte con il proprio "Io-ausiliario";
 - * questo non significa in nessun momento adesività e/o sottomissione, proprio perché l'Io-ausiliario fa parte dell'Io e non dell'Altro, funzione che si ottiene attraverso i processi proiettivi;
- aumentare la tenuta sul compito attraverso la soddisfazione di sentirsi "capaci" e di proiettare il desiderio dell'educatore su di sé, per farlo proprio nel legame affettivo stabilito e continuamente rafforzato;
- non mettere mai la colpa degli insuccessi nel soggetto (il bambino), ma affrontarli dialetticamente, assumendo anche le proprie responsabilità: se diciamo "creare uno spazio di non sapere", vuol significare appunto che la coppia-educativa (alunno-insegnante) è un tutt'uno nel quale il sapere fluisce, circola, passa in un sistema circolare che cambia continuamente direzione;
- stimolare la creatività, la molteplicità rappresentazionale, lo stupore del risultato, la possibilità di comprensione di un qualsiasi "gesto artistico" che sempre è valido perché sempre è un riflesso di una espressione dell'anima trascendente ed intelligente;
- creare momenti carichi di immaginario che significano fare circolare la parola in un senso di "parlare di sé", "parlare di Noi", come fosse un normale scambio di analisi del transfert;
- ricordare sempre che gli affetti non riguardano carezze o "espressioni sentimentali"; gli affetti fanno parte del mondo dei valori, significano cioè trovare nell'Altro quel "senso di importanza" che dona all'Altro il senso di

valere, proprio perché Altro, vale nella sua “splendida individualità e specificità”.

Nell’approccio educativo-relazionale il fondamento teorico-applicativo si basa sul “*creare ponti*”, luoghi nei quali succede qualcosa “tra noi” e questo vissuto intimo, neppure spiegabile con un ragionamento, è ciò che con la memoria viene portato via, per essere ri-vissuto e per creare “desiderio”.

Questo “desiderio” è il vero significato della “relazione” perché riempie uno spazio di “mancanza” nel quale il soggetto ricrea, ripropone per sé quei momenti che hanno significato un “legame” e, quindi, un “Noi”.

“Noi” non va inteso come “bisogno dell’Altro”; sarebbe solamente una dimensione passiva, di dipendenza, di legame diadico. Il “Noi” è quel legame triadico nel quale si scambiano continuamente i ruoli di chi parla e di chi ascolta, all’ombra di una “legge” che è “legge d’amore” perché lega tra uguali, nel rispetto di regole che valgono per tutti, dove ognuno può dire la sua con libertà, sapendo d’essere accettato perché mai si sono verificati o subiti “soprusi”.

La “parola che circola” non è imposizione, ma non per questo significa mistificazione del “sapere” di “chi-sa”, di “potere di chi-può”. In questo modo, il soggetto trova nell’Altro l’esplicazione del proprio desiderio di essere (mancanza), del proprio voler crescere (ormai non spaventa più il timore di essere violato per il desiderio di sostituire l’Io-ausiliario, l’Altro che può), del proprio voler imporsi ed essere ascoltato.

Il concetto pedagogico, da un punto di vista timologico, tiene conto del fatto che nella relazione non deve essere il docente che “insegna”, ma il soggetto che si apre all’apprendimento grazie ai “ponti d’amore” che il suo “maestro” crea in una relazione del tutto particolare tra il suo sapere-non-sapere ed il desiderio dell’Altro di aderire al suo desiderio che è appunto quello di insegnare.

In questa dinamica, è la parola che circola, proprio perché tutti hanno qualcosa da “dire” che è “fare conoscere”, farsi vedere, mostrarsi mentre si guarda e si comprende.

In questo modo il “fatto educativo” torna nelle mani del suo “creatore” (il soggetto che pensa, che com-prende, che crea una sua immagine di “apprendista”).

Come insegna Giorgio Agamben, si tratta di una “purificazione” proprio perché il “creatore” torna ad appropriarsi di ciò di cui l’osservatore (l’educatore) si era appropriato per metterlo “sotto giudizio”. L’idea di un illuminato potenziamento dei valori e di interesse sul soggetto interessato o, come dice Artaud (*Le théâtre et son double*) “creare ... quella idea magica e violentemente egoista, vale a dire interessata”.

Il senso timologico della relazione educativa sta proprio in questa ricerca biunivoca del Noi, dell’accettazione reciproca, del rispetto di ognuno dei componenti sotto lo sguardo attento, interessato e propositivo del “Nome del Padre”, sotto l’ombra accogliente della legge dell’Altro, del Totem, che è scambio di potere nella legge, è segno di immissione, di imposizione di un nome e di un cognome, è appartenenza che emargina ogni emarginazione, che stimola verso i pascoli luminosi dell’essere, del conoscere, del sapere, del crescere, del divenire, del cambiare continuamente per essere sempre se stessi.

All’ombra del Totem, si gettano le maschere perché non servono più, dal momento che ognuno ha appreso di poter essere sempre se stesso, anche nei cambiamenti, negli adattamenti, nell’agire e nell’accettare l’agire dell’Altro, nel rinunciare al piacere libidico-istintivo (regressivo) per poter raggiungere il piacere di essere Sé,

di essere finalmente il proprio “Io-Ideale” che può raffrontarsi con le valenze impositivo-regressive dell’Ideale-del-Super-Io.

L’errore dell’approccio razionalista sta proprio nel credere che l’unico mezzo per “far crescere” passi attraverso gli strumenti verbali e concettuali.

La parola non è “dire” è comprensione e scambio ed il bambino possiede ad iosa la capacità di leggere simbolicamente uno sguardo, un gesto, un atteggiamento.

Al bambino, come ci ha insegnato Lacan, non manca “simbolico”, quello che non c’è è “immaginario”.

Nella nostra ormai lunga esperienza terapeutico-riabilitativa, abbiamo appreso la nascita del simbolico come il primo passo per creare legame. Il primo segno di “miglioramento” si osserva quando il bambino “sorride sornione” per “...prendere per i fondelli”: ti vuol dire “... ma non vedi che ho capito tutto e ti ... perché mi piace stare con te che mi capisci”.

Sappiamo perfettamente che questa è una delle tante “teorie della mente” del bambino che cresce nella mente affettiva e cognitivo-simbolica.

La concettualizzazione della neuropedagogia-implicata prende fondamento da studi ed applicazioni che hanno affrontato il tema del disagio giovanile, dei traumi psichici, dei disturbi dello sviluppo psico-affettivo.

Le basi fondanti della neuropedagogia possono essere trattate sulle seguenti considerazioni:

A) conoscenza

- 1) il punto di partenza di ogni considerazione che interessi l’uomo e le sue caratteristiche problematiche deve sempre mettere al centro dell’osservazione il soggetto, l’individuo, la persona. Anche nell’approccio educativo-formativo bisogna quindi partire da chi si ha di fronte, il giovane che ... chiede ed anche si domanda. Si tratta di dare delle risposte, ma, prima di tutto è necessario sapere di cosa si tratta, quali siano veramente i mezzi che il giovane usa o può usare. L’approccio neuroscientifico ha portato a sviluppare modalità globali ed solistiche di osservazione e, proprio da qui, sono partiti gli studi che hanno:
 - modificato il modello freudiano dello sviluppo psicomentale, arrivando a proporre uno schema molto più complesso;
 - hanno creato un teorema che tiene conto del narcisismo, della coscienza, del pensiero, del sistema rappresentazionale ed anche di Ideale-dell’Io, di “Nome del Padre”, di Io-Ideale, di Super-Io-implicato, ecc.
- 2) l’angolo di osservazione, proprio perché centrato sulla persona, è cambiato dal momento che l’oggetto non è più “unitario”, ma “integrato” sulla base delle funzioni strutturanti dello psichismo: l’emotività, l’affettività, l’organizzazione cognitivo-intellettuale.
- 3) Il soggetto non può essere considerato in se-stesso, ma per essere compreso compiutamente, deve essere visto come inserito in un preciso ambito che lo condiziona e che a sua volta condiziona. Proprio per questo un approccio neuro-pedagogico deve tenere in conto:
 - il modello di supporto del soggetto con il proprio oggetto-genitoriale;
 - le relazioni intime con il Super-Io che incide profondamente sul senso di sé e, soprattutto, su quella che possiamo chiamare “relazione con gli oggetti”.
- 4) Il rapporto educativo-formativo si deve strutturare nell’ordine “implicato” che significa la partecipazione attiva del docente-operatore-Io-ausiliario nella

relazione-pedagogica. Si tratta di creare modulazioni e mediazioni che oltre ad essere didattiche, saranno anche culturali, elaborative, propositive, creative, fondate cioè sul principio del rapporto triadico che è specificatamente atto a far circolare la parola e a creare immaginario e linguaggio.

- 5) Il rapporto educativo è anche inteso come multidisciplinare, proprio perché sempre più deve aprirsi alla molteplicità ed alla complessità (che ormai sono i cardini della società moderna) che però devono prendere l'avvio dai nuovi fondamenti di una comunicazione efficiente ed efficace, che presuppone essere fondata sulla timologia, la resilienza, la mediazione individualizzate ed il diritto alle pari opportunità

B) Principi per un intervento efficace.

- 1) La concettualizzazione psicologica della pedagogia ha portato a strutturare modelli operativi che sono stati imperniati prevalentemente sull'accoglienza che, come ricorda Reuven Feuerstein, rappresentava:
- un atteggiamento tollerante verso tutti quegli aspetti considerati "diversi" e che, proprio per questo, dovrebbero essere capiti, nel senso di conosciuti profondamente nelle loro complesse elaborazioni;
 - una giustificazione "pessimistica" riguardo alle difficoltà ed ai problemi disabilitanti che venivano vissuti come "immodificabili" e quindi connessi, troppo superficialmente, da un lato a questioni genetico-strutturali e, per altro, a dinamiche di personalità che la neuropsichiatria classica pone spesso in un ordine strutturale, vale a dire, ancora una volta, rigide e poco modificabili;
 - una accettazione giustificata da un incongruo principio di "rispetto dei bisogni personali" come se i cattivi comportamenti dovessero essere sopportati perché espressione di "libertà individuale".

Come dice R. Feuerstein, la anormalità sta nell'accettare questi preconcetti che portano ad imporre un rispetto solo nell'accettazione dell'altro così com'è.

Visti i risultati penosi, contraddittori e decisamente negativi a cui si è approdati, è ormai evidente che bisogna cambiare modelli e tenere in maggior considerazione gli apporti delle neuroscienze e di quella che ormai si impongono come neuropedagogia e neurodidattica che hanno come fondamento i principi che rispettano la concettualizzazione dello sviluppo psico-mentale nelle sue componenti neuro-cognitiva e neuro-affettiva.

- 2) Non si tratta quindi di "accettare la diversità" solo nel senso di "adeguarvisi", di crederla come "immodificabile", ma di porsi di fronte al "diverso" con il proposito di produrre modificazioni, di indurre cambiamenti.

Questo atteggiamento tiene conto di:

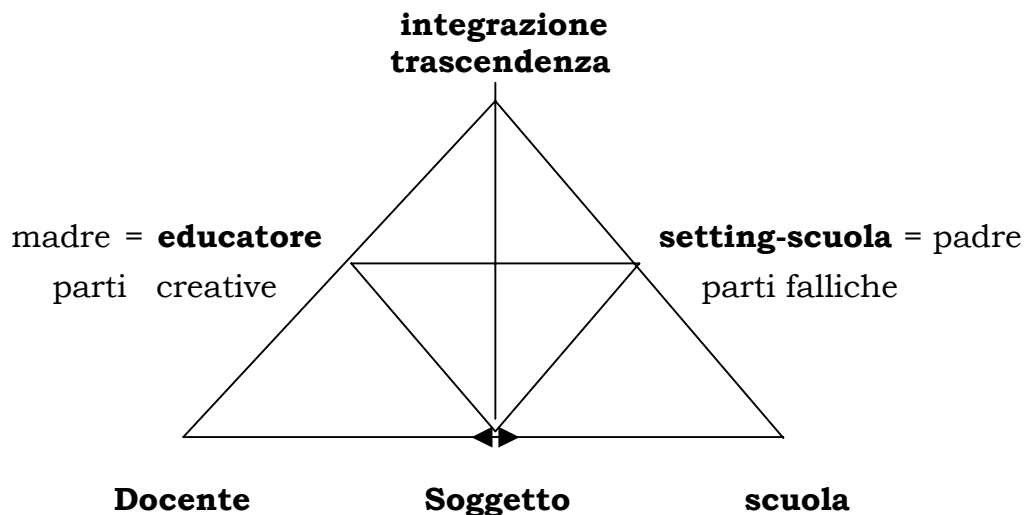
- si è potuto dimostrare che la plasticità cerebrale, in molti suoi aspetti, si mantiene a lungo negli anni e si può dire che modificazioni possono essere indotte anche nella vecchiaia;
- i cambiamenti attivi possono essere raggiunti solamente con metodiche specifiche che richiedono specializzazione, ma, prima di ogni altra cosa, una sicura "fermezza";
- il bambino, sin dalla più tenera età, va organizzando una sua simbolizzazione del rapporto interpersonale con le figure di riferimento, che è condizionata dalle proprie spinte libidico-istintive che riflettono per lo più una organizzazione narcisistica primaria, dominata da un senso egocentrico-onnipotente;

- se l'onnipotenza narcisistica non viene contenuta con decisione si organizza un modello intrapsichico di funzionamento impositivo, aggressivo e violatorio che blocca il normale sviluppo timologico, psico-affettivo e relazionale che prende l'avvio a partire dai due anni (A. Damasio).

C) La relazione triadica

Lo sviluppo psichico che si instaura a partire dall'entrata in funzione (maturazione) delle strutture corticali frontali e pre-frontali, significa aprire definitivamente alle dinamiche della relazione, degli affetti e dei valori, dell'organizzazione sociale. Il soggetto (con le sue parti intime, consce ed inconscie) si presenta all'incontro con situazioni nuove e complesse che superano le relazioni diadiche (che sono per lo più adesive) per instaurare dinamiche triadiche nelle quali circola la "parola".

Proprio perché si instaura un *linguaggio* si può riprendere uno schema illustrativo:



che riprende "l'antica" relazione con l'oggetto-genitoriale (madre + padre) che unisce parti "creative" con parti "falliche", nelle quali liberamente ed alternativamente il soggetto può identificarsi, oppure "deve identificarsi" per poter scoprire i modelli capaci di integrare la propria organizzazione psico-affettiva e psico-cognitiva.

È nell'equilibrio di queste identificazioni che il soggetto può scoprire le proprie parti contrapposte, ma unite in una *integrazione dinamica* che porta a creare un *soggetto integrato*.

In questa relazione triadica, da una parte viene creato linguaggio, m nell'insieme si genera una dimensione nuova che apre al *trascendente*.

Trascendere è passare oltre al sé ed alle parti che lo compongono (falliche e creative; paterne e materne), non limitandosi a vivere nel presente, a considerare le parti di una storia (che possono essere buone o cattive), ma arrivare a scoprire quella "luce immutabile" che è in ciascun soggetto e che rappresenta la parte vera e vitale del Sé e che possiamo anche chiamare **immaginario**.

Nella dimensione "diadica" (in basso nello schema) tutte queste dinamiche vengono bloccate proprio perché domina un rapporto simbiotico o di sottomissione.

D) Neuropedagogia-implicata

A questo punto sembra del tutto naturale, implicito, che dallo studio del soggetto (capire il funzionamento partendo dalla conoscenza sulla organizzazione dello sviluppo) si giunge a considerare la possibilità di una integrazione nella quale il soggetto trova uno spazio relazionale nel quale scoprirsi, conoscersi e riconoscersi nel desiderio, nel pensiero, nel divenire dell'Altro.

Questo aspetto pedagogico può essere chiamato **implicato**, vale a dire che l'osservatore-terapeuta-docente, assumendo il ruolo di "Io-ausiliario" non *applica* le sue conoscenze, neppure le trasmette o le impone. Si tratta di cambiare e far crescere il soggetto perché possa liberarsi dai propri conflitti, perdonare i propri errori, trovare nell'occhio dell'Altro il proprio senso di verità, i fondamenti per poter generare auto-coscienza, per scoprire le proprie potenzialità che sono già riflesse sullo schermo della vita (come un improbabile filmato), ma restano sempre immutate nel profondo dell'essere, pronte per essere ... riscoperte.

In questa immagine "poetica" sta la "poetica della vita", ma anche il fondamento per creare una nuova pedagogia che:

- da un lato guarda, considera, studia i processi psico-affettivi e psico-cognitivi del soggetto;
- dall'altro, integra i desideri che sono "desideri del terapeuta-docente" che si trasformano nei "desideri del soggetto" affascinato dall'essere, dal divenire e dal crescere in spessore ed in qualità;
- per ultimo, questo "far circolare la parola", questo "creare linguaggio" diventa la forza della com-prensione che è comunicazione, relazione, integrazione.

L'immagine della relazione triadica, che rappresenta la struttura tribolare del cervello (emotiva, affettiva, cognitiva) diventa anche l'espressione di una organizzazione dinamica e creativa che permette di superare continuamente momenti di frustrazione, di difficoltà, di blocco, di tendenza ad uscire (acting out), di rinuncia (abbandono scolastico), di entrare nella spirale soffocante dell'angoscia (disagio).

CONCLUSIONI

La proposta per una **psico-neuro-pedagogia-sociale** consiste nell'organizzare comportamenti per i quali:

- il **soggetto** - conosce se stesso attraverso una continua analisi della realtà vissuta e delle valenze soggettive: emotive, affettive, relazionali, sociali, dialettiche e deduttive;
- il **docente** - propone e si propone per cercare un punto di incontro, senza cedere all'illusione di "*accettare per fare star bene*", ma nella convinzione che il metodo, basato sulle dinamiche di una attività ferma, propositiva, arricchente e creativa, è capace di produrre soluzioni, di agire forze e motivazioni trascendenti che danno fiducia e producono cambiamenti (Gioacchino Magliaro);
- il **metodo** - è il fondamento dell'intervento educativo-formativo basato sulla conoscenza della struttura (cervello) e dell'organizzazione (sviluppo psico-affettivo e psico-cognitivo) che agisce:
 - supportato dalla certezza di portare a cambiamenti importanti e validi;
 - sicuro che è possibile cambiare l'organizzazione psico-mentale del soggetto anche in situazioni difficili e complesse (approfittando anche della riconosciuta plasticità);

- contando su personale specializzato nelle tecniche educative basate sui principi della timologia, della resilienza, delle neuroscienze, ma anche della psicodinamica e della psicoanalisi;
- tenendo in conto che la *neuropedagogia implicata* acquista un significato nuovo e particolarmente importante proprio perché prevede cambiamenti non solo nel soggetto-educando, ma anche nel soggetto-educatore;
- la relazione e la comunicazione diventano il fondamento di ogni intervento formativo ed auto-formativo, dal momento che creano fiducia, ma soprattutto certezza per una integrazione attiva.

La **psico-neuropedagogia-sociale**, come modello globale ed olistico, produce:

- inter-relazione = che significa “inter-connesso” cioè capacità di osservazione del micro- e del macro-contesto;
- inter-dipendenza = rappresentata dal linguaggio (la parola) che circola nel rapporto triadico;
- energia = che è la forza che si genera e che è capace di indurre cambiamenti, superando le difficoltà e, soprattutto, i blocchi affettivi (ed anche cognitivi);
- consapevolezza = che fa oltrepassare i confini della separazione e della frammentazione ed inoltre aiuta a sperimentare l’esperienza olistica del Sé;
- capacità di fare integrare mente-corpo. Spirito in una *unità trascendente* che si materializza nel soggetto olistico, integrato, sociale, rispettoso della vita, delle pari opportunità, di una visione poetica della vita che rappresenta i principi salvifici della ecologia, integrati in una *ecologia della mente*.

Il contenuto euristico di questo lavoro si basa sull’esperienza di una pratica di quasi venti anni, condotta per superare le difficoltà personali, relazionali, scolastiche e sociali di soggetti con difficoltà, limitazioni e blocchi che li portavano ad essere clinicamente inseriti nell’ambito dello “spettro autistico”.

Questo lavoro, che sempre si è mantenuto in un ambito multidisciplinare, ha permesso di elaborare strategie utili e spesso fondamentali per costruire scale di valutazione con le quali diventa facile e sicura la stesura di una diagnosi clinica e funzionale sulla base della quale si può elaborare un programma riabilitativo-educativo globale ed olistico.

Per tutto questo possiamo oggi proporre un quadro generale della psicopatologia dello spettro autistico e tracciare anche delle linee guida utili e spesso indispensabili non solo per affrontare le problematiche dello spettro, ma anche quelle utili per ognuna delle sindromi che in esso trovano riscontro, oltre che quelle che vengono richieste per aiutare ognuno dei bambini, ragazzi, giovani che giungono all’osservazione specialistica.

Ponendosi come terapisti o professionisti della riabilitazione e dell’educazione-speciale, possiamo anche affermare che, prescindendo dalle ancora enormi difficoltà di riconoscere le cause eziopatogenetiche delle sindromi del disturbo dello sviluppo, non c’è nessun paziente che non abbia ottenuto dei miglioramenti non solo significativi, ma anche importanti che spesso possiamo definirli come “guarigione”.

Questi risultati non solo debbono essere ascritti all’impegno ed alla capacità dei terapeuti che hanno saputo elaborare il loro sapere professionale per crescere insieme ai loro pazienti, ma anche ai genitori che hanno sostenuto con grande spirito di sacrificio e con amore, il percorso dei figli, coinvolgendo le famiglie, i

parenti, gli amici ed anche la società che ha sempre accolto con slancio e comprensione ogni miglioramento.

Un riconoscimento speciale va anche ai docenti ed agli insegnanti di sostegno che hanno dato tutto il loro meglio professionale ed umano per aiutare e per partecipare a programmi che l'amore ed un vero senso di sussidiarietà hanno vivificato e potenziato.

Tutto il merito delle esperienze riassunte e comprese in questo resoconto di un ventennale lavoro, va però riconosciuto ai tanti bambini, ragazzi e giovani che non hanno vacillato a sviluppare il loro senso di responsabilità e di autovalorizzazione con tanti sacrifici di volontà, di attenzione e di "passione" per poter riprendere il cammino dello sviluppo che, in ultima analisi, è anche crescita per tutta la nostra società.