



I.S.S.U.A.

Istituto Superiore Di Scienze Umane Applicate



A.G.R.E.S.

Associazione Genitori per la Rieducazione Equestre e Sportiva

S.A.S. – Self Activating System
a new approach for changing



E.I.T. – emotional integrating therapy
TyLA – tymology learning approach
Hippotherapy

CLINICA DEL NUOVO E DEL CAMBIAMENTO

Dott. Romeo Lucioni

Negli ultimi dieci anni, la sensibilità sociale ha accresciuto l'interesse sia delle Istituzioni che delle Associazioni nei confronti della disabilità fisica e/o psichica. Proprio per questo anche i disturbi psichici, oltre che la disabilità psico-mentale, hanno stimolato interventi riabilitativi e preventivi per un maggior rispetto delle pari opportunità, del diritto di tutti a migliorare la qualità della vita, in una società come la nostra che assume sempre più i caratteri della complessità e che risponde ad un incalzante sviluppo tecnologico che, di per sé, può portare a difficoltà di inserimento e a situazioni di emarginazione, di sconforto e di annichilimento.

Si è anche sviluppato un aspetto scientifico nuovo che ha abbandonato in parte il concetto della sanitarizzazione basata sul riconoscimento ontologico dei sintomi e ha spostato l'attenzione sulla persona, sulla centralità del diritto ad una vita degna e rispettosa delle potenzialità individuali.

Il cambiamento posto in atto nei confronti delle malattie mentali e poi delle difficoltà connesse all'allungamento dell'aspettativa di vita, più recentemente ha interessato anche i disturbi dello sviluppo psico-mentale ponendo l'accento sulla riabilitazione (fisica, psichica e sociale), ma anche su quegli aspetti psico-educativi che devono intervenire a limitare ed anche ad annullare atteggiamenti di sfiducia, di rinuncia e di auto-emarginazione che la disabilità, nel suo complesso, genera e/o fomenta.

Il lavoro che si svolge in favore dei ragazzi disabili dà la possibilità di stringere legami e creare "luoghi" dove sviluppare le potenzialità personali, ma, soprattutto, cercare i mezzi più idonei perché la disabilità si trasformi veramente in una ricchezza ed in una risorsa.

Il trasferimento di vissuti a programmi diventa una possibilità concreta di acquisire nuove conoscenze sul tema delle “pari opportunità”, di dare un “corpo” a quanto si va discutendo

- ☞ che fare per l'handicap,
- ☞ che futuro per i disabili.

A volte, nel tentativo di mettersi dalla parte del soggetto, qualcuno parla di *persone diversamente abili*, ma questo neologismo è certamente peggiorativo perché lega il disabile ad una eterna diversità, quando invece è supportato dalla pratica terapeutico-riabilitativa il concetto che le difficoltà possono essere superate proprio perché riguardano delle funzioni e non inesorabilmente delle strutture.

La disabilità psichica nell'infanzia, non viene intesa più come “malattia”, ma come obiettivo per affrontare il disordine dello sviluppo psico-mentale di una “persona” che ha davanti a sé tutta una vita da transitare, spesso in una condizione di recuperata normalità.

Ci interroghiamo sull'emergere dello psichismo, del processo di umanizzazione, sulla formazione di quei “fattori adattivi” che creano l'individuo e ne determinano il destino. Non si tratta più di affrontare dei comportamenti inadeguati, ma di ribadire il valore etico di generare “forze intime”, sociali e relazionali che determinano la qualità della vita dei pazienti e delle loro famiglie.

Riconosciutane la dimensione, il problema diventa automaticamente la necessità di confrontarsi in un ampio raggio di esperienze e di culture per dare una risposta ai bisogni, ma anche per strutturare una visione “globale” sul tema della disabilità psichica e, soprattutto, per cercare una risposta concreta, utile e strutturabile in un processo pragmatico di intervento.

Vale la pena di riscoprire quella “*poetica della vita*” che dà senso, significato e valore alla quotidianità dell'esistere e dell'incontrarsi.

La “poetica” si collega strettamente alla “qualità”, ma, di fronte alla disabilità, questa assume i caratteri della “eticità” e delle “pari opportunità”, nel cui ambito bisogna tenere conto di:

- ☞ centralità della persona;
- ☞ valutazione funzionale e progetto globale di recupero;
- ☞ terapia relazionale;
- ☞ riabilitazione globale;
- ☞ reinserimento attivo familiare e sociale;
- ☞ integrazione familiare e sociale;
- ☞ previsione per una sistemazione futura nel rispetto dei ruoli.

Negli ultimi anni l'approccio all'handicap psichico, è cambiato moltissimo poiché una nuova struttura della società ed un senso ampio dei valori, centrato sulla persona e sui diritti individuali, ha portato a considerare i disabili come persone-cittadini che hanno pari diritti e per questo devono poter contare su pari opportunità nella società ed nelle Istituzioni.

Quando parliamo di handicap ci riferiamo ad uno *svantaggio, fatto o situazione* che mette in condizioni di inferiorità (o la situazione stessa: avere un handicap) che può essere motoria, sensoriale, intellettiva, affettiva e che impedisce il normale inserimento nella vita sociale, in tutte le sue manifestazioni: familiare, scolastica, professionale, ecc.

L'handicap si evidenzia per:

?? carattere incancellabile = limitazioni

?? singolarità del soggetto = differenza
e *aspetti*:

biologici

affettivi

sociali

cognitivi

che impongono, nel loro insieme, una visione globale e devono essere considerati, tenendo conto delle evoluzioni, dei miglioramenti e delle variazioni delle potenzialità.

Il nostro ambito di intervento riguarda soprattutto la disabilità psichica e quei disturbi psico-mentali che interferiscono con lo sviluppo.

Per poter affrontare il tema della **disabilità psichica** è necessario prendere in considerazione la *nozione di persona* e quella di *relazione del soggetto con l'oggetto*.

L'interesse deve essere rivolto a come il soggetto si vive nella dimensione di *integratore del proprio destino*, di come è colpito il sistema delle relazioni familiari e sociali e, quindi, non si tratta di "trovare possibilità per un loro modo di vivere", ma, al contrario, tendere allo "sviluppo della persona totale" che è:

?? considerare tutte le potenzialità individuali

?? concedere momenti di cura

?? aumentare le forme di prevenzione verso il peggioramento e/o l'invasività del disturbo

?? sviluppare le dinamiche riabilitative ed educative

?? cercare le migliori modalità per l'inserimento e l'integrazione nella quotidianità e nella società.

Va ricordato che ogni disabile, cittadino a pieno diritto, è chiamato a beneficiare della solidarietà del suo Paese ed anche ad essere posto in condizioni di apportare il suo contributo allo sviluppo ed alla prosperità della società.

I medici, i terapeuti, gli educatori, i riabilitatori devono assumere il proprio ruolo specifico nelle riflessioni e nelle iniziative da compiere in maniera collegiale ed in uno spirito di collaborazione multidisciplinare, per scoprire i bisogni veri, nel rispetto delle libertà individuali e della famiglia che ancora risulta luogo e baluardo per lo sviluppo e l'integrazione.

L'educazione permanente e la formazione continua risultano i mezzi indispensabili per una integrazione massimale e, quindi, devono essere sospinte da dinamiche innovatrici e rinnovatrici, capaci di penetrare nel profondo della struttura sociale e renderla accogliente, trasformatrice e con potenzialità per promuovere lo sviluppo, l'adeguamento e l'integrazione.

In questo modo ogni handicappato potrà raggiungere l'ideale di poter soddisfare il desiderio di compiere il proprio *destino umano* che è personale e sociale.

Raggiungere il "*piacere dell'avvenire*" non è solo compiere il progetto personale di autovalorizzazione e di autosoddisfazione, ma, soprattutto, dare senso e, quindi, valore all'educazione, alla formazione e all'integrazione attiva e positiva.

Da qui sorgono differenti domande che aspettano una risposta quella che cerchiamo nell'impegno pratico e attivo che caratterizza le finalità di ogni Centro deputato alla Cura ed alla Riabilitazione.

L'ETICA DELLA RELAZIONE

La deontologia professionale dello psicoterapeuta, soprattutto in rapporto con l'handicap si attua in un "sistema affettivo di relazione" che, proprio per questo, si fonda in una "eticità culturale" basata non solo sull'informazione (conoscenza e consapevolezza, obiettive e provate), ma anche sulla condivisione del problema e sulla partecipazione-relazione che la terapia impone come necessità di dare un "punto terzo" rappresentato dalla figura dell' Io-ausiliario.

Etica della relazione nella quale si condividono con il paziente ansie e aspettative; rottura della solitudine e dell'isolamento attraverso l'atto etico di fare della diversità una risorsa; condivisione della "meraviglia", "sorpresa" che accompagna ogni cambiamento, ogni conquista, ogni "fuga dall'imposizione di un sé alterato (esilio dell' Io).

CENTRO DI RIABILITAZIONE E DI CULTURA

Nella ricerca delle pari opportunità il centro per la terapia e la riabilitazione diventa un "centro di cultura per i cittadini e per la società", dove si riscopre il "valore dell'interdipendenza e della solidarietà", dove il dare significa veramente "crescere insieme" e nell'appartenenza la possibilità di ricompattare il proprio sé attraverso le dinamiche del "nome del padre" e nella scoperta della "legge" che è atto d'amore quando si struttura nei limiti di un nome e di un cognome.

RIABILITAZIONE E SOCIETÀ

Il termine di riabilitazione ha un suo diritto di appartenenza nell'ambito sanitario, ma da sempre ne ha superato ampiamente i limiti, trascinandolo anche la medicina a transitare cammini per essa inusuali.

Oggi dunque e soprattutto nell'ambito dell'handicap, nella cronicità e nella disabilità psico-mentale, la riabilitazione ha acquisito un significato di globalità. Non si tratta più di affrontare i temi del funzionamento, dei comportamenti e/o dell'assistenza, ma bisogna "ri-conoscere e tornare alla persona".

Parlare di riabilitazione significa involucrare prima di tutto la famiglia, i centri di terapia e di recupero funzionale, le associazioni, la scuola, le istituzioni pubbliche e private: significa strutturare una rete (non un istituto) che accompagni e non chiuda, che crei e non limiti le potenzialità e le possibilità.

Il **SAS** utilizza un approccio globale, olistico e timologico per l'attivazione e la mobilitazione delle qualità adattive del Sé che, in questo modo, ritrova il cammino dello sviluppo e della riorganizzazione omeostatica delle emozioni, degli affetti e delle qualità cognitive-intellettive.

È un sistema di intervento e di studio utile per attivare lo sviluppo del Sé inteso come complessa funzione psico-fisica-sociale che, nella sua qualità di risposta umana alla realtà ed ai contenuti storico-strutturali della società, deve essere forgiata per affrontare e superare debolezze, facendo emergere quelle potenzialità emotive, affettive e cognitive che ogni persona possiede e che ha il pieno diritto di sviluppare e di utilizzare per migliorare la propria esistenza e la società che deve rispettare e condividere.

Il SAS si organizza su diversi piani applicativi che si sono sviluppati con la pratica delle conoscenze timologiche e sull'esperienza di modelli di integrazione emotivo-affettiva. Nella sua prospettiva più naturale affronta i problemi relativi alla riabilitazione intesa non come recupero di fronte ad una malattia, ma come strutturazione di una "poetica della vita" che supporta l'autosoddisfazione, il senso di essere presenti nel mondo con le proprie capacità e potenzialità, le dinamiche dell'autostima e dell'autoidentificazione, l'integrazione sociale e, in ultima analisi, la qualità del vivere.

Per affrontare i disturbi pervasivi dello sviluppo con scopi terapeutico-curativi, non c'è altra via che quella di portare il bambino a riappropriarsi della propria crescita psico-mentale.

L'osservazione ha confermato che l'autismo non è uno speciale funzionamento innato ed infatti i primi segni vengono registrati intorno ai due anni, dopo un periodo di relativa normalità. Il piccolo deve quindi poter riattivare le sue capacità di elaborare le informazioni (Taglia, 1991), utilizzando gli input dell'ambiente (Bruner, 1975; Marteniuk, 1976), riappropriarsi dei comportamenti adattivi (esplorazione, conoscenza, comunicazione) per arrivare a formulare ipotesi, scegliere strategie, verificare risultati (Marta Cattaneo, 2003; Edgar Morin, 2001). L'intervento terapeutico tende a creare un *conceptual framework* (cornice di riferimenti) che si struttura nella pratica (progettazione individuale), utilizzando le basi teoriche delle neuroscienze (neurofisiologia; psichiatria; psicologia dello sviluppo; psicoterapia; scienze dell'educazione; sociologia; ecc.) e mirando all'armonizzazione elaborativa degli *input sensoriali esterni* (i cinque sensi comuni più l'equilibrio) ed i *sensoriali interni* (senso comune, fantasia, memoria) (Georges Canguilhem, 2003).

Proprio per queste considerazioni, la SAS si organizza su tre direttrici:

1-



E.I.T. - emotional integrating therapy terapia di integrazione emotivo-affettiva

Questa terapia tiene conto delle "parti sane" di ogni paziente che, quindi, non viene considerato per il quantum di patologia, ma come "persona", essere umano completo al quale bisogna rimettere in moto le possibilità di crescita e di "guarigione".

?? È un programma terapeutico basato sulle conoscenze della psicodinamica, della psicoanalisi, della psicoterapia individuale e di gruppo, l'applicazione della musicoterapia, della eutonia, del Tai-chi-chuan, dello psicodramma, della terapia emotivo-espressiva;

?? mira al recupero dei prerequisiti necessari per permettere:

- inserimento nei programmi riabilitativi;
- integrazione nella scuola dell'obbligo;
- utilizzazione di attività di gruppo ludiche e/o sportive che devono fungere da area di lavoro necessario ed indispensabile per raggiungere l'integrazione sociale che è il vero obiettivo del recupero e della riabilitazione;

?? è stata applicata su varie centinaia di soggetti (bambini e giovani) affetti da differenti sindromi nella sfera dei disturbi dello sviluppo (incluso l'autismo e l'ipercinesia), oltre che con soggetti affetti da sindrome borderline, nevrosi d'ansia (attacchi di panico) ed anche nell'approccio terapeutico-riabilitativo della malattia di Parkinson e di Alzheimer.

L'E.I.T. conta con un modello di valutazione diagnostica e dei risultati, applicabile in tempi successivi, utile, quindi, per osservare i cambiamenti indotti in otto aree di ricerca : la [EIT autism outcome checklist](#).

Questo strumento è stato studiato per la valutazione della terapia di soggetti autistici anche gravi, risultando particolarmente valido e preciso, in grado di aiutare a indirizzare l'intervento sulle aree di maggiore necessità. La [EIT-AOC](#) è stata confrontata con la **Autism Treatment Evaluation Checklist (ATEC)** applicata negli studi del "Autism Research Institute" di San Diego, CA 92116 USA e, in questo modo, si è dimostrata affidabile ed utile formulare previsioni sulle applicazioni terapeutiche.

È costituita da 150 items per i quali sono previste valutazioni da 0 a 4, con un punteggio massimo totale di 480 a cui corrisponde un percentile di disabilità pari al 99%.

L' E.I.T. ha permesso di portare contributi clinici e teorici non solo per quanto riguarda l'autismo, ma anche i ritardi dello sviluppo e tutta quell'ampia gamma di problematiche che caratterizzano l'ipercinesia. In dieci anni di attività terapeutica presso il Centro AGRES di Cislago, sono stati trattati piccoli pazienti compresi tra i 2 ed i 18 anni; portatori di disturbi come:

- ?? autismo autistico (Kanner)
- ?? ritardo dello sviluppo psico-mentale (no autistico)
- ?? sindrome di Down
- ?? sindrome di Joubert
- ?? sindrome di Engelman
- ?? sindrome X-fragile
- ?? sindrome ipercinetica e/o autismo ipercinetico
- ?? sindrome di Asperger

2 -



TyLA - tymology learning approach **approccio timologico di apprendimento**

si tratta di un programma di riabilitazione che prevede quattro entrate: sviluppo senso-motorio, contenimento dell'emotività libera, sviluppo affettivo, integrazione delle funzioni cognitive, analitico-deduttive, problem solving e processi linguistico-comunicativi.

Niente proibisce ad un disabile di crescere se non il proprio *sensu di doversimantenerne al proprio posto, nel proprio ruolo*. Questa obbligatorietà è sicuramente legata alla paura della perdita: non si può permettere di rischiare di perdere altre parti del proprio Io. È proprio questo il meccanismo per cui l'autistico aggredisce se è in un rapporto diretto con l'Altro che gli si avvicina (invade il suo ambito), ma se lui si trova per es. chiuso in macchina, dal finestrino sorride e saluta con ampi gesti.

Sentirsi al sicuro (magari sulla sua stuoia) porta a sviluppare segni di saluto, di riconoscimneto e/o di apprezzamento. È forse per questo che un autistico riesce anche ad essere sciolto, espressivo ed anche disposto ad imparare a guidare e ad eseguire esercizi di vario tipo.

Le capacità emotivo-affettive consentono di cogliere il “senso” che un'altra persona pone nelle proprie fantasie, nella gioia e nella malinconia, nella tristezza e nella sofferenza, superando l'indifferenza per dare “valore” all'amore, all'amicizia ed alla condivisione.

Gli affetti, nel loro stimolo di “farci vivere” nella dimensione sociale, ci portano fuori dai confini dell'Io, mettendoci a contatto (condivisione) ed in una risonanza con il mondo esterno, con le cose e con le persone che, quindi, possono essere introiettate e rese “vere”.

È al di là dei confini individuali che il soggetto trova la verità ed anche la sua verità che è il proprio irrimediabile ed assolutamente proprio Sé.

a TyLA è risultata un valido supporto per il recupero anche di soggetti affetti da disturbi gravi e gravissimi. Con questo strumento si è veramente raggiunto l'obiettivo della SAS che è quello di fare agire un sistema multidisciplinario e polivalente.

3 -



E.I.T.- IPPOTERAPICA

Fin dagli albori della civiltà il legame tra l'uomo ed il cavallo è sempre stato importante; in molti luoghi questi animali erano considerati sacri; tra i Sumeri, gli Egizi, i Celti, i Galli, i Greci ed i Romani il cavallo ha rivestito un ruolo suo proprio, non solo perché fosse, in pratica, l'unico mezzo di locomozione, ma anche per il legame affettivo che si stabilisce con il cavaliere.

Alcuni grandi generali sono stati sepolti con il loro destriero con il quale avevano partecipato a battaglie e/o a lunghe guerre. Interessante è anche ricordare come gli “indios” dell'America del Sud ed i “pellerossa” di quella del Nord, stabilivano un legame strettissimo, quasi simbiotico, con il loro cavallo, dal quale non si separavano mai, neppure durante la notte, e sono anche riportate pratiche masturbatorie attuate proprio perché l'animale si sentisse un tutt'uno con il suo “guerriero” che gli chiedeva immani sforzi e prestazioni straordinarie.

Da tutte queste considerazioni si può ben capire come sia stato facile passare ad utilizzare il cavallo per organizzare attività ludiche, ricreative ed anche terapeutiche. Se in un primo tempo si poteva pensare che questa “utilità” del cavallo per svolgere pratiche terapeutico-riabilitative fosse piuttosto intuitiva ed anche quasi “augurabile” come “ultima spiaggia”, piano piano l'impiego è risultato più meditato ed anche più studiato.

Ha attratto l'attenzione come l'andare a cavallo servisse per tranquillizzare e così è nata “l'ippoterapia” che è stata usata nelle crisi isteriche, in quelle di ansia e di eccitazione psicomotoria. Il cavallo è servito anche per stimolare il coraggio e la volontà, fungendo da esempio, messo in evidenza dai racconti epici: “... il cavallo bianco non è mai stanco!”.

Al “destriero” sono state riconosciute doti di sensibilità, di tranquillità, di capacità interpretativa, di affettività, di legame indissolubile, oltre, naturalmente, alla forza, alla gagliardia, al valore, alla perseveranza. A lui sono state legate qualità quasi “umane” e/o caratteristiche chiaramente e dichiaratamente “psicologiche”. È nata la “zoo-antropologia”, scienza che propone come oggetto d’indagine l’intimo legame e le profonde interazioni tra uomo e animali, domestici o no, e, in modo particolare, il cavallo.

Risulta interessante vedere come l’applicazione pratica del cavallo nell’ambito terapeutico-riabilitativo abbia preceduto di secoli lo studio delle inter-relazioni e questo, molto utile nella dimensione istintivo-utilitaristica, ha portato però a convalidare “impressioni” e/o “intenzioni” che non hanno un substrato di validità o un accertamento scientifico.

L’approccio dello specialista con il disabile è oggi strutturato nel rispetto delle pari opportunità, nella dimensione etica del miglior risultato nel più breve tempo possibile, oltre che indirizzato complessivamente su direttrici:

- /// **terapeutiche:** stimolare la crescita personale e l’acquisizione dei pre-requisiti indispensabili per l’inserimento e l’integrazione sociali e che richiedono una integrazione armonica e dinamica tra le pulsioni, le emozioni, gli affetti e le capacità intellettivo-cognitive.
- /// **riabilitative:** indurre o ripristinare le capacità funzionali (nella loro singolarità e/o nella loro complessa interazione), utili e necessarie per organizzare i sistemi adattivi e/o equilibrativi, necessari nella relazione con gli oggetti della realtà e nelle dinamiche intrapsichiche ed interpersonali. Recentemente è stato discusso il termine **abilitazione** come se fosse più consono con il tema della disabilità; spesso ci troviamo di fronte bambini che “da sempre” dimostrano deficit e quindi bisognerebbe “cominciare da zero” perché non avrebbero mai usufruito di una “abilitazione”. Il termine abilitazione ha però un significato prettamente “legale”: “... *riconoscimento ufficiale che fa riferimento ad un documento e che attesta le capacità ed il conseguente diritto ad esercitare una professione o nu’arte...*”. Questa lettura legale è però ben lontana dal significato della ri-abilitazione che, per altro, non si riferisce solo al fatto di recuperare funzionalità perdute, ma anche ad acquisire e/o a far acquisire una speciale modificazione delle abilità per renderle più atte all’obiettivo e/o meno inadatte o inadeguate. Proprio per questo la riabilitazione si riferisce alla disabilità che non è mancanza, ma, piuttosto, diversità, differenza, inadeguatezza.
- /// **educative:** ridare al paziente la gioia di vivere che si fonda nell’autosoddisfazione, ma anche nel senso di sé e nell’autovalorizzazione e nell’integrazione sociale, intesa come elemento fondante della persona e della sua “umanizzazione”. Tutto ciò significa superare i preconcetti, le inibizioni e gli atteggiamenti negativi e preclusivi che il soggetto assume partendo dalla considerazione della sua diversità, dalla disabilità e dalle fantasie suscitate dal cambiamento e/o dalla crescita.

Un tale approccio oltre ad essere centrato sulla persona e non sulla disabilità e/o sulla malattia, deve anche risultare globale, specifico, rispettoso e capace di

salvaguardare le potenzialità personali che devono essere supportate e non soffocate da regole e/o imposizioni

Le capacità terapeutico-curative, siano esse classiche, rinnovative o alternative, si chiariscono anche nella loro funzione di ridurre lo svantaggio e la marginalità, oltre a permettere l'utilizzazione di tecniche e/o metodi necessari alla formazione ed a sollecitare tutte le dimensioni della persona: fisiche, emotivo-affettive, volitive, cognitive e socio-relazionali.

Un intervento olistico-integrativo ha come linee-guida (Anna Murdaca):

- ?? *la storicità*: che significa collegare i momenti fondamentali che coinvolgono gli interventi dei familiari, degli specialisti e dei riabilitatori: osservazione delle difficoltà di sviluppo; la diagnosi; la delimitazione dell'intervento terapeutico-riabilitativo; le valutazioni periodiche dei recuperi funzionali;
- ?? *la globalità*: intesa come coinvolgimento totale della persona, tenendo conto delle risposte emotive, dei vissuti affettivi, delle elaborazioni cognitive e delle relazioni interpersonali;
- ?? *la partecipazione soggettiva*: cioè l'attivazione dei processi individuali e personali in modo che il processo riabilitativo-curativo non risulti imposto dal di fuori, ma risultato di una attivazione intima del soggetto, ripristinato nelle sue valenze di desiderio, di volontà, di partecipazione e di auto-identificazione;
- ?? *l'attivazione delle dinamiche familiari e dell'ambito*: che sottolinea l'importanza della presenza della madre, del padre, dei fratelli e di tutte le persone che compongono "l'ambito familiare" e che devono partecipare al recupero funzionale, ma, soprattutto, al reinserimento sociale;
- ?? *l'inserimento e l'integrazione sociali*: che devono essere il fine principale di ogni spinta terapeutico-riabilitativa o "proposito curativo", proprio perché solo attraverso il recupero sociale si ristabiliscono quelle dinamiche che legano la persona a quelle valenze familiari, scolastiche, relazionali e di gruppo che danno senso e qualità alla vita.

Il processo riabilitativo nelle sindromi che interessano la psichiatria si struttura ontologicamente sui concetti della ripresa dello sviluppo psico-mentale e, pertanto, segue due linee:

- a) *sviluppo lineare* che si basa sulla "concezione riflessa" cioè sulle dinamiche dello stimolo-risposta. Riguarda specificamente i processi del teaching, dell'insegnamento;
- b) *sviluppo complesso* che è sostenuto dalla nascita del "desiderio" che diventa centro -motore dello sviluppo psico-mentale proprio perché "... soltanto il desiderio può indurre il nostro apparato psichico a lavorare" (M: Mancina)

COMMENTO

Nella S.A.S. risulta fondamentale stabilire i "modelli terapeutico-riabilitativi" che stanno dietro alla prassi e a cui danno significato, stabilendone anche l'adeguatezza per il raggiungimento degli obiettivi.

Questa struttura operativa si basa sulle concezioni della plasticità cerebrale e, soprattutto, sull'ipotesi centrale ed ottimistica della "Teoria della Modificabilità Strutturale" (TMCS) di Reuven Feuerstein, per la quale ogni essere umano è modellabile nella sua struttura psico-mentale.

Le possibilità di cambiamento sottendono ad una adattabilità che risponde globalmente sia agli stimoli interni ed esterni, sia alla stessa cambiante organizzazione della mente e dei processi emotivo-affettivo-relazionali. Oltre a questo, è evidente che può essere riconosciuta anche una "capacità di apprendere" che, di conseguenza, risponde al principio di modificabilità e di malleabilità.

La teoria di R. Feuerstein, oltre a proporre una concezione olistica e dinamica della persona, permette di superare l'idea di una "intelligenza statica" e, quindi, di una organizzazione educativo-formativa carica di limiti insuperabili. La TMCS apre la via a ulteriori considerazioni che giustificano e valorizzano l'idea del cambiamento che può essere mosso e organizzato non sulla base di processi legati alla teoria dello stimolo-risposta, ma su quella dell'organizzazione che, fondata sugli effetti della relazione, riconosce la centralità della *struttura affettiva* che permette l'apertura al sociale e che dà priorità al "sistema rappresentazionale condiviso", alla logica della funzione sociale del linguaggio e dell'apprendimento.

Un altro tema di pregnante importanza riguarda le possibilità di ottenere non solo miglioramenti funzionali, ma anche di raggiungere il ripristino totale delle qualità psichiche (relazionali e sociali) e mentali (capacità cognitivo-razionali).

Seguendo la idea del "paradosso" di Oliver Sacks (esposte nel suo "Un antropologo su Marte") dovremmo pensare che l'autistico, nel suo stato di "...deficit funzionale", deve essere in grado di strutturare, autonomamente e automaticamente, un "sistema vicariante" perché "... le persone adattano e ricostruiscono se stessi quando vengono posti di fronte alle sfide ed alle vicissitudini della vita".

Se nell'autistico questo non avviene dovrebbe voler dire che siamo di fronte a un funzionamento che non produce uno stress o un trauma nel soggetto che, al contrario, si trova del tutto ...adattato, a suo agio, in condizione di state stade.

Sacks dice "...è il paradosso della malattia. ...del suo potenziale creativo. ..." che spinge il S.N.C. ad aprire nuove strade e ad escogitare nuovi modi di crescita inaspettati...".

Anche Vygotskij sosteneva che "... i bambini deficitari raggiungono uno sviluppo adeguato in un altro modo, per un'altra via ...". E possiamo anche aggiungere che non si dovrebbe parlare di "disturbo pervasivo della funzione cerebrale" perché si tratterebbe di una forma capace di disarticolare anche le funzioni cognitive che, invece, sono preservate nell'Asperger .

La chiave di questa "peculiarità" è "... la legge della trasformazione del "meno" del deficit nel "più" della compensazione".

Questa idea, sostenuta da Laurija, porta alla concezione del cervello come "... sistema ad attivo sommamente efficiente, dinamico e attivo, equipaggiato per l'evoluzione ed il cambiamento ...".

La straordinaria "plasticità" di cui è dotato il nostro cervello gli permette di superare deficit straordinari ed anche disperati, handicap neuronali e sensoriali che sembrerebbero incorreggibili.

Per capire dunque ciò che succede nel caso dell'autismo, bisogna attuare una speciale "... esplorazione del se", attivare un approccio interdisciplinare, passando, come scrive Foucault, "... all'interno della coscienza malata ... utilizzando gli stessi occhi del paziente". È veramente grandiosa l'intenzione di Sacks quando dice che è inutile guardare la mente in modo imparziale e rigido (è inumano e inabile), il segreto è proprio l'opposto ...bisogna saper penetrare,

accostarsi alla sua mente, ai suoi vissuti più reconditi e nascosti, non per "studiarli", ma per ... "condividerli".

Oliver Sacks vede un "continuum clinico sintomatologico" che va dall'autismo tipo Kanner a quello di Asperger e, in questo modo, ci aiuta a comprendere l'intimo meccanismo psicogeno che sottende al disturbo pervasivo. Il soggetto Asperger dimostra un chiarissimo "atteggiamento" che può essere facilmente inteso come "scelta esistenziale". In questo caso, la chiusura o il suo "mantenersi in un mondo proprio" non è una "inesorabile condanna", ma, al contrario, la precisa scelta di una "... persona furba" che, in questo modo, evita di mescolarsi con gli altri umani svalorizzati e "schiavizzati da modelli esistenziali perniciosi" .

Un tema di particolare interesse, per l'organizzazione del programma terapeutico-riabilitativo, riguarda la predominanza dell'autismo nei bambini maschi in rapporto, come riportato da tutte le statistiche, da 4 a 1 nei confronti delle femmine. Abbiamo ripetutamente affrontato questo tema, soprattutto nella discussione di quella particolare osservazione chiamata "*forclusione del Nome del Padre*" che, per altro, invita a considerazioni (forse ancora poco studiate) sulle pratiche riabilitative: l'uso del "No" e l'impostazione del lavoro educativo-formativo sulla base della "... introduzione nell'ambito della legge".

Anche Simon Baron-Cohen (*The Essential Difference*) ha affrontato il tema risolvendolo con argomentazioni biologico-strutturali (predominanza dell'emisfero sinistro) fondate su considerazioni "riduttiste", da un lato e "tizioristiche" dall'altro, che nulla apportano, invece, al vero tema che è quello di come impostare l'intervento riabilitativo.

Abbiamo legato la "*forclusione del N.d.P*" alle espressioni fenomenologiche dei bambini autistici (di Kanner, ipercinetici, di tipo Asperger), riconoscendo l'importanza di porre l'accento non solo sui sintomi negativi (centrati sul ritiro e sull'isolamento), ma anche su quelli positivi che si centrano su:

~~///~~ egocentrismo (tendenza a svalorizzare e a prevaricare la figura dell'Altro);

~~///~~ senso di onnipotenza (adesività ad un Super-Io arcaico e onnipotente).

Questi atteggiamenti psichici portano entrambi al rifiuto attivo ed al ritiro, non per uno "svuotamento psichico" (come succede nella psicosi schizofrenica), ma per il prevalere di sensi profondi di inadeguatezza (ipercinesia, Asperger) e/o di "terrore nel fare" (autismo di Kanner) che si riallacciano ai sentimenti pantoclastici primitivi, messi in evidenza da Melanie Klein, Mahler, Armida Aberastury.

Liliana Ranieri sostiene che „... il soggetto può parlare di se stesso solo se c'è una produzione di linguaggio.” Si dice, per altro, che il soggetto autistico non possiede queste "condizioni", ma forse bisognerebbe chiarire che, in realtà, questa funzione esiste in potenza.

Bastano pochi mesi di terapia (E.I.T.) perché il bambino cominci a "trasmettere notizie" su di sé, sulle proprie scelte, sui desideri e le difficoltà che sta sperimentando. Seppure non riescano a parlare, si evidenzia come si vada disgregando la sua opposizione che investe anche la scelta di non comunicare.

In altri lavori, si è sottolineato come la comunicazione nell'autistico non si possa considerare tale se si limita a "far sapere" per esempio sul rifiuto di accettare la vicinanza dell' altro.

Con l'aiuto di Liliana Ranieri possiamo ora riconoscere che *l'autistico non vuole comunicare* perché non vuole far sapere quali siano i suoi ... sentimenti che, forse, anche per lui sono poco chiari.

L'intervento terapeutico porta a sciogliere questa barriera di chiusura e comincia a trasmettere notizie su di sé.

Si passa da:

?? Io non voglio ...

?? Stai lontano ... ecc.

a dare forma a sentimenti (parziali?) che si manifestano con:

?? sguardi lanciati di sottocchi;

?? risposte, da lontano, a sguardi che gli vengono riferiti con insistenza;

?? brevi accenni a compiere gli ordini (per esempio camminare e seguire il terapeuta se tenuto per mano, ecc.).

Programmare il lavoro nell'ambito della S.A.S. significa, prima di tutto, tenere conto delle osservazioni e delle valutazioni dei risultati, ma, soprattutto, predisporre che queste siano continuative perché i cambiamenti sono molto rapidi ed importanti, tanto da richiedere costanti adeguamenti delle programmazioni ed anche degli obiettivi.

Il maggior problema da affrontare è quello della *propensione a non fare* che, come atteggiamento controfobico, ha il significato di difesa dalle angosce: ricordiamo che *l'oggetto fobico* è il desiderio di assumere il proprio destino, di sviluppare la propria volontà e decisionalità. Agire è come distruggere il mondo per cui vengono messi in atto atteggiamenti difensivi (ripetizioni, ecolalie, manierismi, ecc.) che conducono all'immobilità ... *fare per non fare*.

CONCLUSIONI

La SAS può considerarsi una scienza e per questo si offre come esplorazione di un campo che è quello dell'uomo che si chiede, si relaziona, si propone, si proietta e si integra.

Questa prospettiva soggettiva non rappresenta però un chiudersi in se stesso, ma proprio il contrario: aprirsi per poter scoprire il mondo ed il proprio ruolo nel mondo-universo. In questa propensione alla globalizzazione la SAS trova i suoi fondamenti da un lato nell'approccio naturalista e pragmatico (psicologia sperimentale) e per altro nelle considerazioni umanistiche (psicologia clinica). Da qui si comprende come l'intreccio pratico (sperimentale nel suo metodo e nell'oggetto applicativo) si articola nella psicoterapia, nella psicomotricità, nelle neuroscienze, nella sociologia, nell'epistemologia e nella relazione interpersonale. Gli agganci metodologici, clinici e teorici, trovano una unità ed un senso di qualità da una parte nel progetto e dall'altra nella multidisciplinarietà che permettono di creare i due poli fondamentali della relazione terapeutica: la visibilità ed il linguaggio.

Vedere e farsi vedere insieme al parlare ed ascoltare creano uno spazio dinamico, un luogo di incontro che, nella completezza del metodo, struttura un linguaggio che si articola in successivi piani (conscio-inconscio; trasferale-controtrasferale), ma anche in quello che lega l'espressione più istintiva della natura, l'animale, cavallo, con quelle emergenti nell'espressione immaginaria ed in quella simbolica del dialogo, del capirsi e dell'interagire.

I punti cardine per il funzionamento del metodo SAS sono:

Diagnosi e valutazione:

Nel trattamento dell'autismo è essenziale sapere quali sono 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 si usano:

- ?? EIT-ATOC (Autism E.I.T. Treatment Outcome Checklist);
- ?? TyLA-BRL (Tymology Learning Approach Behavioral Rating List);
- ?? TINV (test di intelligenza non verbale) che permette misurazioni delle potenzialità e delle attitudini cognitivo-deduttive.

Queste scale permettono non solo di stilare un "profilo diagnostico" esatto, ma di seguire nel tempo le modificazioni indotte sia dalla terapia-riabilitazione, che dallo sviluppo psico-mentale che si modifica continuamente.

E.I.T.-IPPOTERAPICA:

La riabilitazione equestre è diventata un intervento fondamentale accanto all'E.I.T. ed alla TyLA, proprio perché permette al bambino di sperimentarsi nella relazione interpersonale, nell'interagire con i suoi oggetti interni e, soprattutto, valorizzare le sue capacità-potenzialità in rapporto con il cavallo che, grazie alla precisa ed "illuminata" guida dei terapeuti, diventa il mezzo per attivare i processi psichici e mentali che determinano lo sviluppo.

Anche per l'ippoterapia si è stilata una checklist (HIPPOThERAPY behavioral rating list) che permette di valutare i progressi che il bambino ottiene e, così, poter modulare l'intervento sulla base delle necessità in ciascuna area funzionale considerata.

Il ruolo dei genitori:

I genitori nel SAS hanno un ruolo importantissimo.

- ///Prima di tutto perché sono loro che danno il via alla terapia-riabilitazione con il consenso e, quindi, con consegnare il "loro figlio" al terapeuta ed ai terapeuti, dando, quindi, un poderoso segno di consenso che è fondamentale perché il bambino non viva le attività come "ribellione" o "desiderio di abbandono".
- ///In secondo luogo, perché, con i continui incontri con i terapeuti e con il terapeuta, si stabilisce un flusso informativo (nei due sensi) indispensabile per agire in forma sincronica con l'obiettivo di raggiungere la riabilitazione funzionale ed il reinserimento ambientale e sociale.
- ///Il compito dei genitori è anche quello di:
 - ?? controllare e discutere con i terapeuti l'evoluzione delle distinte fasi della riabilitazione;
 - ?? fare da "trait d'union" tra il Centro-SAS e la scuola;
 - ?? attivare l'inserimento sociale sia organizzando attività familiari, che attivando la partecipazione del bambino alla pratica sportiva (calcio; pallavolo; basket; judo; ecc.).
- ///Spetta ai genitori il contatto con le Istituzioni e, soprattutto, con gli organi di controllo medico-sanitario che dovranno confermare e monitorare eventuali interventi psico-farmacologici, oltre che tutte le pratiche inerenti eventuali contributi e/o sussidi.

Struttura dell'intervento

La pratica, nell'approccio terapeutico-riabilitativo nei confronti dei soggetti autistici, ha portato ad osservare e a confermare la necessità di interventi multidisciplinari e strutturati sulle linee guida della timologia (scienza dei valori) e di una metapsicologia che, nell'ordine epistemologico, affronta le problematiche dell'evoluzione e dello sviluppo psico-mentale.

Nel nostro "Centro per lo studio e la terapia dell'autismo" siamo arrivati a organizzare un intervento sulla persona di tipo globale; vale a dire che:

- a) tiene conto delle necessità di ricompattare le forze adattive dell' Io attraverso il contenimento emotivo, lo sviluppo affettivo, l'organizzazione dell'immaginario e la integrazione cognitiva;
- b) si organizza sia per un impegno multidisciplinare (psichiatra, psicologo, educatore, terapeuta), sia per l'attivazione di tre diversi interventi:
 - ?? il terapeutico = attraverso l' E.I.T. (terapia di integrazione emotivo-affettiva)
 - ?? il riabilitativo = con la TyLA (Tymology Learning Approach)
 - ?? la riabilitazione equestre = organizzata come EIT-Ippoterapica.

Il lavoro terapeutico-riabilitativo complessivo è stato 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 "insegnamento") sostenuto dal desiderio di essere e di crescere, supportato da autostime e da autosoddisfazione

che costituiscono il fulcro della S.A.S. (Self Activating System) che ha come obiettivo la ricompattazione dell' Io attraverso:

- ~~///~~ contenimento della "scarica emotiva" e dell'emotività libera;
- ~~///~~ sviluppo della funzione affettiva che comprende auto ed etero-autostima (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.

Quando parliamo di S.A.S. intendiamo un approccio multidisciplinare e ci troviamo a dover dirimere questo concetto proprio perché si rischia di cadere in un ambito di "eclettismo vetero-culturale" o in una velleitaria intenzione integrativa, non sostenuta da un preciso inquadramento teorico.

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.