

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

CLINICA DEL NUOVO E DEL CAMBIAMENTO

**Romeo Lucioni – Susanna Elli – Alessandra Cova – Elisabetta Crippa -
Francesca Rizzi – Riccardo Grassi – Leticia Lucioni – Silvia Manzoni**

Negli ultimi dieci anni, la sensibilità sociale ha accresciuto l'interesse sia delle Istituzioni che dell'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.

Negli ultimi anni 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.

La rivoluzione posta 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 è sempre 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~~ che fare per l'handicap,

~~che~~ che futuro per i disabili.

La disabilità psichica nell'infanzia, non appare più come "malattia", ma come obiettivo per affrontare il blocco dello sviluppo psico-mentale di una "persona" che ha davanti a sé tutta una vita da transitare.

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 affrontare il valore etico di generare "forze intime", sociali e relazionali che determinano la qualità della vita dei piccoli pazienti e delle loro famiglie.

Riconosciutane l'importanza e 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;
- ~~///~~ reintegrazione 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.

CENTRO DI RIABILITAZIONE GLOBALE

Questa nuova prospettiva si fonda su:

- porre il singolo paziente al centro dell’interesse terapeutico-riabilitativo;
- spostare l’accento dell’intervento dall’anonimato e dall’omologazione dell’assistenza, a nuove modalità di cura, orientate a trattare il “disagio psichico” (non più solo malattia), tenendo conto delle sue diverse dimensioni;
- investire gli sforzi terapeutico-assistenziali fundamentalmente sul versante riabilitativo, nei suoi vari aspetti: cognitivo, comportamentale e sociale;
- riformare i criteri di assistenza psichiatrica, superando quelli clinico-diagnostici, per orientarsi ad una presa in carico globale con interventi terapeutici capaci di articolarsi armonicamente non solo sul terreno biologico, ma anche su quelli psicologico, sociale e culturale;
- ristabilire un ambiente, una situazione vivenziale e delle relazioni con una precisa impronta di familiarità;
- fondare l’intervento riabilitativo sulla “qualità funzionale e strutturale”, oltre che sull’analisi dei risultati ottenuti in rapporto alla prassi e agli obiettivi prescelti sulla base di precise valutazioni psichiche e mentali;
- rifiutare l’intolleranza, l’incomprensione, il fastidio che sempre erano legati alla “malattia mentale”, per instaurare meccanismi “razionali, dialettici ed affettivi” capaci di ricreare un “*luogo mentale*” di accoglienza e di collaborazione, utile per il soggetto ed anche “valore” (a volte insostituibile) per l’intera società che, nell’incontro con il disabile, trova gli elementi psico-mentali per ricomporre e valorizzare il “senso della vita”;
- comporre una equipe psichiatrico-educativa atta a liberare il paziente dai limiti culturali imposti dalla diagnosi, per attrarlo in un ambito relazionale dove familiari, operatori, educatori, medico psichiatra ed infermieri dilatano il loro orizzonte professionale, delle conoscenze e dei metodi per arrivare a proporre un “percorso riabilitativo”;

- coinvolgere tutti gli “attori” per creare un vero “laboratorio” per nuove tecniche riabilitative, sensibili dinamiche educative, formative;
- vedere l’espressione fenomenologica (ripetitività; manierismi; compulsività; stereotipie; etero ed auto-aggressività) nella “prospettiva della comunicazione” e non solo come insieme di “sintomi”.

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 cognitivo-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 applicato 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 riconoscimento 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 multidisciplinare 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.

Questo atteggiamento ha portato l'ippoterapia nella sfera della pet-therapy, la denominazione anglosassone che fa riferimento agli animali domestici nel ruolo di terapeuti e/o di co-terapeuti. Il termine "pet" si riferisce anche ad accarezzare, viziare, coccolare e, in altre parole, al contatto fisico, al piacere, al rilassamento, al senso di benessere, alla serenità sino all'addormentamento.

Prendendo lo spunto dalle considerazioni di farmacodinamica o farmacodinamia (per stabilire il meccanismo d'azione di una particolare sostanza con funzione curativa), si è cercato di spiegare il perché della possibile efficacia della pet-therapy e, principalmente, sono stati valorizzati i "meccanismi emozionali" e/o della sfera emotivo-affettiva. Le risposte emotive, piuttosto che i moti dell'anima (sentimenti), inducono modificazioni neuro-endocrine proprio perché hanno il loro crocevia biologico nel sistema limbico e, in special modo, nell'ipotalamo con i suoi legami con l'ippocampo e l'amigdala. Si parla, quindi, di meccanismi neuro-biologiche/o psico-biologici; il contatto fisico con gli animali innesta una serie di reazioni che, attraverso neurotrasmettitori specifici, rallentano le funzioni del sistema colinergico (Antonio Pugliese), parte del cosiddetto "sistema autonomo" la cui azione è mediata dall'acetilcolina.

Quando si parla di riabilitazione spesso vengono riportati come risultati positivi raggiunti (per es. con l'intervento ippoterapico):

?? momenti di benessere
che si organizzano attorno a sentimenti come:

- ?? comprensione
- ?? rispetto della persona e dei suoi diritti
- ?? piacere e soddisfazione
- ?? gioia di vivere

Non si tratta, quindi, di sviluppare una specifica funzione, ma di attivare emozioni e sentimenti in modo che il soggetto superi atteggiamenti negativi e/o rinunciatari:

?? stimolare il valore del Sé e dell'Altro
?? organizzare un sistema rappresentazionale condiviso
?? stimolare e sviluppare le capacità cognitivo-intellettive
in altre parole:

- ?? riorganizzare i processi dello sviluppo psico-mentale
- ?? permettere la formattazione del sé che risente di influenze:
 - genetiche
 - congenite
 - acquisite attraverso le percezioni, le rappresentazioni, la valorizzazione affettiva, l'arricchimento immaginativo, l'organizzazione simbolica

L'approccio dello specialista con il disabile é 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.

area emotivo-affettiva

- ?? autostima
- ?? autocontrollo
- ?? autosoddisfazione
- ?? fiducia di sé
- ?? percezione sensoriale
- ?? " affettiva
- ?? " dello schema corporeo

area cognitivo-intellettuale

- ?? controllo delle risposte riflesse
- ?? organizzazione di previsioni
- ?? adeguamento psico-fisico

- ?? adeguamento alla situazione
- ?? concentrazione sul compito
- ?? attenzione
- ?? tenuta
- ?? memoria

area comunicazione / linguaggio

- ?? comunicazione verbale
- ?? “ non verbale e gestuale
- ?? vocabolario
- ?? linguaggio nell’aspetto della competenza
- ?? “ “ “ intenzionalità

area psicomotoria

- ?? equilibrio
- ?? sviluppo muscolare
- ?? coordinazione occhio-mano
- ?? riflessi muscolari
- ?? rilassamento muscolare
- ?? riduzione di movimenti anomali
- ?? controllo delle stereotipie
- ?? destrezza fisica
- ?? stato fisico generale
- ?? orientamento spazio-temporale

area dell’apprendimento

- ?? nuove tecniche di equitazione
- ?? cura del cavallo
- ?? uso degli attrezzi
- ?? montare senza sella
- ?? conoscenza dei finimenti
- ?? condurre al passo, al trotto, al galoppo

area della socializzazione

- ?? inter-relazione con i terapeuti
- ?? “ “ compagni
- ?? amore per l’animale
- ?? condivisione ed aumento delle esperienze
- ?? partecipazione al “club”

Il processo riabilitativo nelle sindromi che interessano la paidopsichiatria 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 dell’insegnamento (teaching);

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: Mancia)

SISTEMA LINEARE

Stimolo	allerta	vigilanza
	attenzione	
Percezione Rappresentazione		pensiero concreto
	memoria	
Coscienza di Sé “ degli oggetti		pensiero affettivo

SISTEMA COMPLESSO

	tenuta volontà	
simbolizzazione linguaggio capacità associative “ deduttive “ elaborative		pensiero razionale simbolico

CONCLUSIONI

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).

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 terapisti, 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 terapisti, 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 terapisti 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 terapisti 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.

La pratica, nell'approccio terapeutico-riabilitativo nei confronti dei soggetti autistici, a 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.

Questi interventi vengono periodicamente monitorati attraverso specifiche checklist ed inoltre con il TINV (test di intelligenza non verbale) che permette misurazioni delle potenzialità e delle attitudini cgnitivo-deduttive.

Il lavoro terapeutico-riabilitativo 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 autostima 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.

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.

1)
L'ambiente del maneggio (il setting della riabilitazione equestre) è, per sua natura, qualcosa di nuovo: un ambiente dinamico, fresco, vivo, popolato da animali che si muovono, che respirano, da persone che aspettano il bambino per andare a cavallo con lui. E' di sicuro un posto che si differenzia molto dal classico "luogo di cura" in cui i genitori possono averlo accompagnato altre volte. Qui il soggetto ha l'opportunità di scoprirsi come "nodo" di una trama aperta al divenire e alla crescita. Non è difficile osservare come anche il bambino più rigido, più chiuso (e stiamo parlando di autismo) abituato ad organizzare il suo mondo secondo modalità schematizzate e rassicuranti, sia in un certo modo costretto ad agire e, attraverso questo, a cambiare.

È spesso materialmente impossibile rimanere a cavallo in modo completamente passivo, senza mai dover intervenire in prima persona in quello che succede. Per fare un esempio si può raccontare di un bimbo, autistico, che quando entra in maneggio ti prende per mano (sempre la stessa), accarezza il cavallo (sempre nello stesso punto), poi sale in sella (sempre nello stesso modo), e, quando il cavallo comincia a camminare, si afferra alla maniglia e sorride. Ma un giorno il suo terapeuta gli ha tolto la sella: ha prodotto un cambiamento importante, che gli ha impedito di comportarsi nel modo a lui consueto. Seduto sulla nuda groppa del cavallo, quando quest'ultimo si è messo in movimento, è stato costretto a mobilitarsi, a trovare una soluzione alternativa per tenersi e non cadere. L'istinto di

conservazione l' ha spinto ad afferrare la criniera, a cambiare la sua posizione e ad abbracciare il collo del cavallo, e dopo...si è rimesso a sorridere. Il sorriso di questo bambino ci dice che l'aver compiuto un'azione adeguata gli ha procurato gioia, l'aver sperimentato se stesso in una dimensione nuova e non aver fallito, l' ha gratificato e, quindi, ha prodotto un cambiamento anche un lui. La spinta alla vita è la linfa vitale che scorre dentro ad ogni individuo, alcune volte terrorizza e viene accantonata, cristallizzata, per paura degli effetti che può scatenare, ma rimane comunque la forza più grande che il soggetto possiede. E il terapeuta è consapevole di tutto questo in ogni momento. Egli può fare ciò che ha fatto solo dopo aver costruito lo *strumento essenziale della terapia*: non il cavallo ma la *relazione* che, grazie al cavallo, s'instaura tra il bambino e il terapeuta. Non si può credere di poter ottenere un qualsiasi effetto benefico se non si è riusciti ad entrare in relazione: se operato al di fuori di essa, un cambiamento come quello di portare il bambino a pelo risulterebbe solamente e terribilmente traumatico, e non di certo sollecitante alla crescita.

2)

Attraverso il contenimento delle emozioni attivate dal cambiamento che opera l'intervento terapeutico, il soggetto scopre varie forme per modificare il proprio assetto psico - mentale e sufficientemente nuove, per lui, per accedere alla traduzione e alla rilettura delle proprie valenze utili per l'inserimento relazionale e sociale. Le emergenze situazionali, di qualità nuove ed innovative, anche nella presenza di limiti e/o costrizioni, fanno fluire un'organizzazione che, lontana dall'equilibrio paralizzante, organizzano una rete aperta e complessa, fatta di soggettività - vincoli-cultura nella quale il conscio e l'inconscio attivano una presa di coscienza nuova ed una soggettività volta all'identificazione e all'auto-soddisfazione.

3)

La verità di quanto detto emerge visibilmente quando il soggetto viene portato a lavorare in un *gruppo*. Pur essendo l'ambiente e le attività apparentemente le stesse, a questo punto del percorso riabilitativo la realtà che il soggetto si trova ad affrontare cambia considerevolmente: sempre affiancato e sostenuto dal suo terapeuta, il ragazzo si trova a dover sperimentare le capacità acquisite, verificandone l'efficacia attraverso il confronto con i compagni. Gli "altri" non sono più delle entità astratte, ma delle persone, che dividono con lui un particolare frangente di vita e di cui non è più possibile non tener conto. È necessario tenere le distanze, per non far del male a se stessi o ai cavalli (cosa di cui sembrano tener ancor maggior conto), occorre rispettare le esigenze di ognuno portando pazienza e rispetto. Viene spesso richiesto di proporre iniziative e di ascoltare quelle degli altri, mentre le regole di comportamento già acquisite (non gridare, rispettare le precedenza, chiedere permesso) acquistano un valore ancora maggiore.

Il gruppo, quindi, non è solo un terreno di collaudo, ma una vera pista di decollo, un'esperienza nuova che apre la strada all'acquisizione di competenze diverse, sociali, relazionali. In tutto questo il ragazzo non è mai solo: il terapeuta lo accompagna in questo nuovo cammino mediando i significati, attutendo le ansie, rinforzando i successi.

4)

Le dinamiche transferali e controtransferali attivate dall'incontro intersoggettivo diventano l'espressione utile per l'acquisizione delle forze vitali e di auto-attivazione che portano al processo di auto-organizzazione. Può paradossalmente accadere che,

attraverso il confronto con se stesso e con gli altri, il soggetto sia *costretto* ad *ammettere* di essere capace. Per quanto possa sembrare assurdo, a volte capita che ammettere la propria efficacia, il proprio valore, generi una visibile sofferenza: una sofferenza tanto intima, profonda e reale da far sgorgare una lacrima, piccola, solitaria. La lacrima racconta che quando un bimbo finalmente accetta di dirsi "bravo" al contempo distrugge l'involucro che si era costruito e che l'aveva protetto tutta la vita: "*se so di essere buono a nulla, nessuno si aspetterà mai niente da me e non dovrò mai soffrire del mio fallimento*". Ma come la crisalide che rompe la sua armatura di seta, così a questo punto la personalità dischiude, più vulnerabile e tremante che mai, senza più poter rinnegare la realtà di quelle ali, che ormai ci sono, e che imparerà a dischiudere per volare.

5)

Si tratta di portare il soggetto a poter supplire, partendo da acquisizioni proprie, alle funzioni disturbate, agli intoppi dello sviluppo affettivo-cognitivo e, soprattutto, alle inibizioni relazionali e sociali che avevano poderosamente contribuito alla disorganizzazione psichica.

A volte si tratta anche di permettere di rompere quella corazza inibitoria derivata dall'iper-protezione e dalle tendenze simbiotiche indiscriminanti che, oltre alla assistenza, portano all'occultamento ed alla perdita della spontaneità.

6)

A volte ci ritroviamo a pensare all'ippoterapia o alla "palestra" come ad un *posto* dove le *cose accadono* e assumono il valore di un cambiamento per la vita e a farle accadere è il continuo essere in relazione di due persone che si mettono in gioco completamente, o di queste due persone con un cavallo.

La dinamica con cui i mutamenti a volte si realizzano ha la lentezza congelante e sotterranea di un ghiacciaio: sembra immobile come la montagna stessa, mentre invece si muove senza fretta, tanto che a volte si fatica a mantenere il passo, e la fiducia. Si arriva a compiere e ricompiere gli stessi gesti tante volte che sembrano infinite, rimbalzando contro robusti muri di opposizione, sperando di non crollare (e che non crollino nemmeno le persone che ti affidano il loro bambino). E poi un gesto, una parola (tanto attesa), una lacrima (piccola), uno sguardo (che ti guarda davvero), dice che finalmente qualcosa è cambiato, e che questo cambiamento ha aperto una strada, lunga e lenta ma in cui è difficile ritornare indietro.

7)

Tra i principi teorico-operativi che sottendono alla SAS non bisogna dimenticare quelli emergenti dall'analisi e dal lavoro di coordinazione esercitato con le famiglie. Proprio per questo approccio si evidenzia che l'inquadramento terapeutico si è andato adattando e modificando sia con *traformazioni teoriche*, spesso legate ai cambiamenti del mondo sociale, sia attraverso *nuovi paradigmi di pensiero* riguardanti:

- a) la filosofia e la cultura;
- b) l'acquisizione dei contenuti culturali della complessità.

8)

La necessità terapeutico-riabilitativa deve essere supportata da una precisa valutazione non dei sintomi, ma dei meccanismi emotivo-affettivi che li supportano e/o li generano. Il lavoro pretende imporre il bambino come soggetto che si

responsabilizza (che non è colpevolizzarsi) per potersi adattare alla realtà e alle richieste. In questo, per esempio, è straordinaria la pratica ippoterapica perché in essa la mediazione offerta dal cavallo impone regole inevitabili e modalità precise alle quali il cavaliere non può sfuggire, sotto pena di essere disarcionato o di dover affrontare situazioni pericolose. Nella pratica si stabilisce un linguaggio ed una necessità di comprensione che si strutturano come processo psico-educativo e di addestramento a dover accettare le regole, non perché imposte da un Super-Io perverso, ma perché fanno parte di un “con-tratto” nel quale il soggetto è figura chiave e determinante.

Il cavallo deve essere accettato, non può essere imposto e, proprio per questo, genera immagini gestaltiche, spinte di responsabilità e capacità di scelta che , attraverso il corpo, generano indipendenza, soggettività e autosoddisfazione.

9)

Prendendo spunto dalle osservazioni di Silvia Corbella e di Carlo Zucca Alessandrelli consideriamo che la “funzione mente” risponde a un “processo collettivo” che, nel suo contenuto “misterico”, si costituisce attorno ad una trasposizione o discorso mitologico.

In questo ordine di idee, non c'è come l'ippoterapia per rappresentare sia il mito, che il gruppo, che il linguaggio. Tutto ciò fa pensare a quanto spiegato da Diego Napolitani (1978) sulle “anime collettive” e sulle “matrici culturali”, proprio nel senso per il quale ogni componente della triade (terpista-bambino-cavallo) apportano un “racconto” che è “ricco di sogno” e che si fa “mito” nel quale si compie un itinerario personale.

In questo intreccio si giustifica, dunque, il senso di “*mente frutto del collettivo*” che si trasfonde nel personale come “matrici culturali” e, di conseguenza, come “anime collettive” rappresentate dai pezzi di memoria, dai vissuti, dal vedersi, dalle realtà-sogno, che vanno a costituire il senso compiuto del “pensiero affettivo”.

Giorgio Landoni ci aiuta a spiegare questi meccanismi fondati su “suggestioni” che esercitano una forte “persuasività” sull' Io che, confondendo le sue “matrici” con il sogno, in-corpora e dà vita a tutto ciò che gli altri “hanno sognato per lui”.

Le esperienze dei nostri piccoli pazienti riempiono di realtà le espressioni teoriche, dando un preciso contenuto rappresentativo e di racconto alla lacrima di Iacopo, all'angoscia del disarcionato Matteo, all'afferrare la criniera dell'impacciato Alessandro, all'impettirsi di Rossana, allo sguardo interrogativo di Andrea.

Si può capire come le esperienze diventano vere “appartenenze” così come i linguaggi si fanno transfert ed i vincoli -che nell'ippoterapia sono sia matriarcali che patriarcali- vanno a costituire quel “discorso”, fatto di spazio e di tempo, fortemente innovativo, ma che è destinato a “... ricomporre la trama e l'orizzonte della vita del soggetto”.

Questo mescolarsi e trasformarsi di realtà, vissuto e mito, unisce il sogno al sognante ed il soggetto emerge dall'esperienza ricco di vincoli, di discorsi e “senso storico” cioè come trasmissione di “rappresentazioni mentali”, di linguaggio e di pensiero simbolico.

Questa “neopoiesi” si articola e si struttura nel mito -rappresentato concretamente (pensiero concreto) dal cavallo- e, proprio per questo, Matteo viene alla seduta portandosi i “suoi mostri” (che poi abbandonerà non appena il suo senso di Sé sarà sufficientemente forte) e Iacopo vive se stesso nella cavalla che, come lui, è irriverente, capricciosa, oppositiva e... testarda.

Il legame cavallo-sogno-mito-Sé è così pregnante nella riabilitazione equestre che può veramente essere considerato come fondamento della tecnica e mezzo

sfruttabile dal terapeuta per creare i presupposti di una terapia integrata e la possibilità di avviare al discorso es alla crescita.

10)

Anche nell' E.I.T. sono forti le componenti mitiche e tradizionalistiche: il saluto "ampollosa ed emotivamente carico", l'uso dei veli, la rappresentatività dei bastoni e dei cuscini, sono tutti elementi capaci di ricreare uno stato particolare nel quale il soggetto lascia il "vecchio-Io" per assumere una "pelle psichica" nuova che, per la sua momentanea permeabilità, permette il trasfondersi di elementi personali e Io-ideali che organizzano una ermeneutica ed una epistemologia della relazione.

Nell'induzione neopoietica, insita nella S.A.S. (sia nei suoi contenuti terapeutici che riabilitativi), la "sofferenza" legata alla trasformazione (angoscia di perdita e angoscia verso l'ignoto) spinge il soggetto a reagire e a difendersi, ma in questa dialettica le tensioni diventano sociali, quindi affettive e strutturano quella base indispensabile per la crescita verso il simbolico, superando il pensiero concreto e quello affettivo.

Questa trasformazione del pensiero e dell'idea dà ragione a Fairbain quando afferma che *"la pulsione non cerca la soddisfazione, bensì l'oggetto"*. Nella "relazione terapeutica" si organizza la coscienza di Sé che, frutto sempre di un processo di sincretismo diadico, porta alla costituzione del senso del reale sostenuto da una "verità" che è ugualmente sempre iscritta nell'occhi dell'Altro.

Lo stato sognante, che lega il mito, la tradizione, la ritualità e la memoria, permette la nascita di simboli che, nella relazione, diventano "gli oggetti" che possono essere idealizzati, ma anche introiettati come "identificazione".

Se torniamo "all'ansia neopoietica", possiamo capire come il bambino che, in un dato momento aveva pianto nel rifiutare l'imposizione formativa del terapeuta, alla fine lo abbraccia, lo bacia e ... ritorna a lui sorridente e correndo in occasione della prossima seduta che è frutto di una memoria: essersi portato via parti di sé e dell'Altro legate in una "relazione-rivoluzione che è non solo cambiamento, ma anche *"volontà di essere"*.

In questo lavoro si "sogno-relazione" (che unisce mito e realtà) troviamo un continuo fluire dal reale - all'affettivo - al simbolico, in un reinventare che, come ermeneutica, porta alla "verità" e, quindi, all'autocoscienza ed all'appartenenza.

Questa "elaborazione" non sarebbe possibile in un setting strutturato sul linguaggio parlato e, quindi, si fa evidente l'importanza dell'uso del corpo nel modello terapeutico-riabilitativo. È proprio nel corpo che il soggetto si esprime, si descrive, si racconta e ... si sogna. In questa esperienza limite e di confine, il soggetto trova una singolarità ed una gruppaltà, strutturando quel senso di "mente sociale" che unisce il manifesto ed il latente, il concreto ed il simbolico, ma, in ultima analisi, una "appartenenza" che personalizza e si singolarizza dandogli un nome ed un cognome. In questo caso, l'esperienza relazionale e terapeutica non porta a separazione, ma ad individualizzazione proprio perché, superando la simbiosi, immette nella dinamica del "Nome del Padre" che induce Senso di Sé, di creatività, di accettazione e, quindi, di superamento delle angosce di castrazione ed abbandoniche.

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 interdisciplinario, 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

Quando parliamo di S.A.S. e, di conseguenza, di un approccio multidisciplinare 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.

Mettere insieme una terapia strutturata su basi dinamico-psicoterapeutiche e aperta al linguaggio del corpo, con interventi a finalità riabilitativa, sembrerebbe di far perdere all'insieme un rigore scientifico che, al contrario, proprio perché ci troviamo a parlare della più grave e difficile questione della paidopsichiatria, l'autismo, nessuno può eticamente permettersi di proporre qualcosa che non sia ineccepibile sul piano teorico, nella organizzazione pratica e nella dimensione etica e morale.

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.