



A.I.P.R.E.C.

Associazione Italiana di Prevenzione, Riabilitazione e Cura

**CENTRO DI RIABILITAZIONE PER IL RECUPERO GLOBALE DI SOGGETTI
PORTATORI DI DISABILITÀ PSICHICA, FISICA E SENSORIALE, PER IL
SUPPORTO ALLE FAMIGLIE E LA DIFESA DEI DIRITTI DEI DEBOLI**

Via Dante 896 - 21040 CISLAGO - Località "MASSINA" (Varese)- Cell. 333-6362630 Fax. 0331-811811



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

“RIABILITAZIONE E PARI OPPORTUNITÀ”

Dott. Romeo Lucioni

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.

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 cognitivo-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.

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 svaloriizzare 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 destini, 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 psicodinamica, 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.