

Disabilità psico-mentale: premesse per l'integrazione scolastica e sociale.

Romeo Lucioni

Riflettere sui disturbi dello sviluppo non è solo indagare sulle disabilità, bensì capire di essere di fronte ad una persona, perché anche la somma di tutti i deficit non deve essere considerata “perdita di umanità”.

Se ci fermiamo a considerare il “*mancante*”, usiamo un criterio quantitativo, proprio del computo di oggetti, assolutamente inaccettabile riferito agli esseri umani. Solo attraverso criteri qualitativi, è possibile differenziare tra salute e malattia, tra felicità ed infelicità.

Se la disabilità psichica è definibile, quantitativamente, come incapacità a relazionarsi ed a comunicare, ad organizzare il linguaggio, a fissare concetti o ad esteriorizzare affetti, possiamo anche affermare che la società e gli uomini che la costituiscono soffrono anch'essi di “disabilità sociale”. Abituarsi a vedere la sofferenza senza reagire, a guardare la miseria senza compiangere non è meno disabile del comportamento di un bambino con questa disabilità.

L'anaffettività, l'ipocrisia, l'abitudine al dramma, il daltonismo etico che affliggono la nostra società sono da considerarsi alla stregua della “*malattia dell'indifferenza*”. Se consideriamo l'uguaglianza e la differenza come espressioni di *umanità*, al contrario, l'indifferenza è qualcosa di spurio e veramente temibile.

Sebbene in ogni bambino, così come in ogni persona, possiamo individuare espressioni autistiche (giocare con una matita, ripetere disegni ossessivi mentre ascoltiamo, evitare di calpestare le linee del pavimento, dondolarsi mentre si aspetta, ecc.) o momenti di isolamento in diverse circostanze, è semplicistico pensare che un Insegnante possa affrontare la vera disabilità.

Integrazione scolastica

Nell'affrontare il tema di alunni con necessità educative speciali, la prima domanda che ci poniamo è: *si può o non si può?*

La scuola non è neppure preparata ad accogliere e ad occuparsi adeguatamente di bambini affetti da patologie psichiche ed inoltre, nella struttura scolastica attuale, non c'è una “storia” di interazione tra educazione e terapia.

Di fronte ad una problematica tanto importante che presuppone disturbi di comportamento, difficoltà di apprendimento, blocco dello sviluppo psico-mentale, la semplice domanda *si può o non si può?* pone numerosi quesiti:

- come facilitare l'integrazione?
- quale innovazione educativa è più utile per ottenere una integrazione sociale dei disabili psichici?
- quali obiettivi educativi possono essere prospettati?
- essi devono essere programmati a breve, medio o a lungo termine?
- gli stessi possono essere raggiunti nell'arco della scuola dell'obbligo?
- come fare accettare dai compagni il bambino con problemi?
- come ottenere un'integrazione sia scolastica che sociale?

A – INTEGRAZIONE

In primo luogo bisogna riconoscere la necessità di rispettare i seguenti criteri:

1. riconoscere che l'alunno ha diritto ad una educazione adeguata ed il più possibile "normalizzata";
2. offrirgli un ambiente scolastico adeguato;
3. poter utilizzare risorse educative consone alle sue necessità, in ambienti che permettano il massimo di socializzazione;
4. poter usufruire di piani ed obiettivi di studio adeguati alle problematiche ed alle particolarità dello sviluppo psico-mentale individuale.

La scuola dovrebbe innestarsi in un programma terapeutico-assistenziale già predisposto ed iniziato negli anni precedenti l'età scolare.

- Il primo passo di questo iter è una precisa diagnosi clinica e funzionale che possa individuare le potenzialità ed indicare le prospettive di sviluppo.
- Segue l'inizio di una terapia che, considerata la variabilità degli interventi oggi sperimentati, deve tenere conto della necessità primaria di superare l'isolamento e di cominciare a strutturare relazioni interpersonali e sociali. In questa ottica, sono prioritari il recupero psicomotorio, il controllo della emotività libera ed esplosiva, lo sviluppo delle capacità affettive.
- Meta successiva è individuare e strutturare i pre-requisiti per l'inserimento nella scuola materna, alla quale lo staff terapeutico deve proporsi come supporto alla lettura dei comportamenti e dei vissuti e come riferimento per tracciare le linee programmatiche.
- L'ingresso nella scuola dell'obbligo diventa così non solo possibile, ma auspicabile nei tempi e con le modalità previste dalla legge.

B – QUALI INNOVAZIONI EDUCATIVE

Tenuto conto che i bambini autistici non possiedono ancora una struttura mentale e psico-affettiva in grado di seguire uno svolgimento curricolare stabilito dai programmi, è necessario, per ogni caso, "*disegnare*", con l'aiuto dello staff terapeutico, un percorso che miri non all'apprendimento, ma esclusivamente all'inserimento-integrazione.

L'intervento dell'insegnante di sostegno è un mezzo importantissimo per fare da "trait de union" tra i miglioramenti osservati nel setting terapeutico e gli obiettivi parziali che, così, diventano raggiungibili.

In questa fase la programmazione deve centrarsi su:

- aumentare la tenuta sul compito che, inizialmente, sarà relazionale, per diventare poi ludico, per trasformarsi lentamente in occupazione di avviamento alla scrittura ed alla lettura;
- contenere le esplosioni emotive che sono cariche di rabbia e di frustrazione anche quando sono del tutto incomprensibili e/o poco leggibili;
- sviluppare la "comunicazione intenzionale a doppio senso" (tu mi dai, io ti rendo, tu ricevi nuovamente) per permettere l'adeguamento alle attività di gruppo;
- iniziare a partecipare alle attività di gruppo (che possono essere quelle svolte in palestra o nel laboratorio di espressione artistica) con la vicinanza dell'insegnante di sostegno che funge da vero Io-ausiliario;

- seguire i compagni in brevi gite o in visite guidate che serviranno per il disabile a mettersi in relazione e a sviluppare vincoli;
- il sostegno deve il più possibile utilizzare gli elementi della quotidianità e del sociale per sviluppare interessi e, soprattutto, comportamenti adeguati. Per esempio, andare al bar e/o al supermercato servirà a contenere l'ansia per ottenere quanto desiderato e a sviluppare il senso della necessità di rispettare la vicinanza degli altri e l'idea guida che bisogna "pagare per portarsi via quanto comprato";
- il contatto con il sociale quotidiano contribuisce a compartecipare stimoli emotivo-affettivi e risulta educativo poter partecipare ad un gruppo sportivo del quale si può "parlare" (appartenere al Milan, all'Inter o alla Juve);
- il sostegno può anche consistere nel richiedere piccoli aiuti e nel far rispettare compiti oltre che nell'ottenere risposte su indicazioni simboliche e/o comunicazioni gestuali e non verbali.

Questa tappa innovativa è forse la più importante e richiede una costante supervisione per l'insegnante di sostegno che è sottoposto a stress e al pericolo di burn-out.

In Spagna, nel Paese Vasco, sono stati approntati equipages multiprofessionali, servizi di appoggio esterni ai centri educativi e strutturati piani di formazione professionale per consultori, ausiliari, insegnanti di sostegno e logopedisti con il fine di assicurare una assistenza individualizzata in un normale centro di studi.

In questo modo l'ambito educativo si trasforma nel primo scalino per l'integrazione sociale.

Questo modello però non è sicuramente l'unico e, comunque, struttura un processo che sovverte la scuola tradizionale nella quale si ha la pretesa di introdurre elementi non strettamente educativi: è come adattarsi alla disabilità facendola "propria".

Noi pensiamo che la scuola, al contrario, non debba perdere la sua caratteristica, di *centro per l'educazione di comunità educativa*, demandando la terapia vera e propria ai centri specializzati. Si tratta di creare una "nuova scuola" capace di canalizzare e coordinare gli sforzi di dirigenti, insegnanti, alunni, genitori, identificati in una "istituzione educativa" sostenuta da ideali di solidarietà.

I ragazzi autistici, per esempio, seguiranno le terapie nelle strutture idonee a sviluppare i pre-requisiti necessari per una buona integrazione scolastica.

I terapeuti dovranno partecipare all'indirizzo formativo-educativo, apportando le loro osservazioni ed i consigli che riterranno opportuni, senza prevaricare il ruolo dei docenti.

Questo punto ci sembra importantissimo proprio perché "la difesa del ruolo dell'insegnante" costituisce la dimensione di *riferimento* e di *O.K.* di cui il bambino abbisogna; infatti la confusione dei ruoli porta, nella mente dell'alunno un disordine che non gli permette di raggiungere la sua indipendenza psico-mentale e il suo ruolo di persona libera ed autonoma.

Ribadendo questo concetto, siamo anche contrari all'eccessiva ingerenza nella scuola dei genitori, che mina il ruolo dell'insegnante.

L' O.K. del docente deve essere rispettato e mai confuso o messo in discussione, proprio perché il bambino in generale e quello disabile in particolare deve trovare

li un momento di sostegno, di riferimento e di identificazione per poter costruire le basi di un suo rinnovato *narcisismo positivo*.

C – Obiettivi educativi

devono essere modificati costantemente perché devono adattarsi alle possibilità psico-mentali del disabile.

Va sempre ricordato che il cognitivo non si sviluppa senza il supporto dell'affettivo, cioè, come dice S. Greenspan "... il bambino intelligente è frutto delle esperienze emotive e sociali", o, come dice S. Pedota, "...gli *avvenimenti psichici* sono ... sempre incompleti; si completano al cospetto e nell'interazione con l'altro".

Infatti il cervello basa la sua intelligenza, la sua capacità di "strutturare nuove installazioni", nelle esperienze sociali ed emotive e non nell'attività cognitiva ed educativa.

L'asserzione che l'apprendimento basato sul cognitivo produce un alunno intelligente o migliore è decisamente sbagliata: un bambino con capacità intellettive buone diventerà intelligente, solo se avrà esperienze sociali ed emotivo-affettive ricche e valide.

Le nuove teorie, infatti, basano l'intelligenza forse più sul Q.E. (quoziente emotivo) che sul più noto Q.I. (quoziente intellettuale).

D – La programmazione

Gli obiettivi saranno stabiliti sempre a breve termine tenuto conto della possibilità di passare a medio e a lungo termine solo sulla base dei risultati.

Non bisogna frustrarsi di fronte ai fallimenti, perché questi rispondono anche ai bisogni del bambino disabile che, a volte, deve frenare lo sviluppo perché ogni cambiamento genera in lui due reazioni di angoscia: quella legata a ciò che perde e quella determinata dal non sapere cosa l'aspetta poi.

Il tempo curricolare deve anche basarsi sulla possibilità di trattenere il bambino nella scuola elementare per due anni in più e, in questo caso, non è determinante il cambiamento dei compagni, sempre che l'insegnante di sostegno sia lo stesso.

E – L'accettazione dei compagni

Avviene sempre con l'aspetto della "adozione" e, quindi, è determinante non che il disabile risulti uguale, ma che sia capace di partecipare almeno ai giochi, alle corse, al divertimento del gruppo.

In questa ottica il primo obiettivo degli insegnanti deve essere quello che il disabile "non disturbi". Questo si ottiene non con il contenimento o con la costrizione, ma attraverso lo sviluppo di un senso di autovalorizzazione.

La "comunicazione intenzionale a doppio senso", che rappresenta l'inizio della comunicazione a feed-back, può servire a questo scopo, oltre che ad incentivare la presa di coscienza del sé, come capace di assumere delle iniziative e, quindi, delle responsabilità.

Il contenimento della frustrazione (frutto della debolezza dell' Io e della conseguente regressione egocentrico-onnipotente) permette così di proporsi come "soggetto sperimentabile".

F – L'integrazione scolastica

avverrà per gradi, a passi piccoli, ma continuativi.

Tutte le persone che partecipano all'educazione del bambino disabile devono fare proprio il vero significato del termine "integrazione"; il bambino deve trovare il suo posto ed il suo ruolo.

Sottolineiamo anche che la scuola non deve offrirgli delle "preferenze" adeguandosi ad esso, bensì deve integrarlo.

Prima di tutto bisogna sviluppare le possibilità comunicative, poi quelle dell'integrazione gruppale; solamente dopo si potranno programmare obiettivi di vero apprendimento per materia, sempre sotto una osservazione attenta, un'analisi dei risultati, un contenimento delle ansie degli insegnanti che non devono sentirsi frustrati se non raggiungono la meta prefissata.

È imprescindibile che, in questi casi, la qualità dell'intervento non si misura sui risultati, ma sul metodo e sul controllo della situazione psico-mentale e psico-relazionale dello scolaro-paziente-disabile.

I risultati dell'apprendimento, anzi, saranno sempre veicolati dalla socializzazione; bisogna cercare di sviluppare il rapporto sociale facendo uscire il disabile dal rapporto a due, per passare al lavoro in piccoli gruppi ed arrivare alla partecipazione con tutta la classe.

La tematica dell'inserimento di ogni bambino nella scuola dell'obbligo investe molteplici problematiche personali oltre che familiari:

- perdita del "luogo" privilegiato costituito dal rapporto con la madre, con gli altri famigliari e con un ambiente caldo, accogliente ed abituale;
- allontanamento temporaneo, ma ripetitivo (quotidiano), dalla compagnia degli amici con i quali ha già provveduto a regolare modalità e ruoli;
- perdita di una libertà praticamente senza limiti, sostituita da regole e da continue limitazioni;
- necessità di dover sottostare alla "tirannia" degli orari e dei tempi, per poter adempiere alle richieste di rispettare gli ordini, dover rispondere con una continua "attenzione" e con una tenuta quantificabile in diverse ore.

Nel cominciare la scuola, il bambino esce dal suo ambiente abituale e si confronta con nuovi personaggi, oggetti e attività che lo obbligano a mettere a prova la mobilità dei suoi "desideri libidici" (parte primitiva del sé); lavoro che spesso risulta difficile o, addirittura, insuperabile.

Combattere e far sparire le inibizioni iniziali porta anche ad evitarne nuove, per questo è sempre utile tenere sotto controllo le paure e le inibizioni dell'età prescolare.

Melanie Klein ha messo in evidenza come il timore alla castrazione sia la base più comune delle inibizioni precoci ed anche come queste siano in opposizione alle attività, alle iniziative e agli interessi dell'Io.

In altri termini, qualunque sia stata l'esperienza anteriore, l'ingresso nella scuola dell'obbligo è per il bambino un grande cambiamento, talvolta traumatico, poiché deve:

- adattarsi a regole e a norme valide per la maggioranza;
- spostare l'attenzione dall'acquisizione di abilità sociali a quelle che riguardano la sfera cognitivo-educativa;

- darsi dei limiti e delle modalità di condotta che sorgono dall'analisi, seppur sommaria, del feedback;
- sentirsi all'altezza dei compiti e delle richieste;
- vivere un nuovo "status" ;
- poter accettare e sopportare le lunghe ore di "contenimento" e di attenzione seduti nel proprio banco;
- affrontare situazioni e ruoli nuovi che mettono in rapporto con gruppi e anche con piccole "bande";
- avere rapporti con rappresentanti dei due sessi;
- gestire il rapporto con più insegnanti (non una sola mamma).

L'entrata nella scuola segna un periodo di grande "eccitazione", ma anche di preoccupazione e di dubbi su di sé e sugli altri.

Di fronte a tutto questo, dobbiamo porci la domanda su come possa reagire un bambino disabile che si trova ad affrontare tanti stimoli dopo essere stato iperprotetto e anche "confinato" in una "reggia personale" (nella maggior parte dei casi).

Se per un bambino normale il primo anno di scuola può essere considerato un "*periodo di accoglienza*" (Asha Phillips), dobbiamo chiederci se non sia il caso di moltiplicare le osservazioni, le scelte, le modalità, le delicatezze per far sì che il disabile grave, possa trovare nel rapporto con la maestra "*l'impressione di essere importante per lei, nella relazione con il gruppo, in un luogo dove sentirsi individuo e, soprattutto, persona*".

Per poter sviluppare le capacità psico-mentali e crescere nella sua globalità, ogni persona deve sentirsi amata e compresa; per questo è tanto importante entrare in sintonia, porsi nell'ambito degli *inter-essi* che ci uniscono e che ci introducono in una "valida relazione".

In questa è essenziale leggere l'**amore** come spostamento dell'asse libidico-istintivo verso quello linguistico-simbolico.

Nel primo, ci troviamo nell'ambito dei "bisogni" e delle potenzialità così, per intenderci, troviamo l'operatore che chiede "... dimmi cosa vuoi ed io te lo darò".

Questo dialogo sottolinea chi ha e chi non ha e la **mancanza** che, quando affrontiamo l'autismo, resta ancorata inesorabilmente al bambino e ai suoi deficit (alla diagnosi): noi (sani) possiamo dargli "amorevolmente" tutto ciò che riteniamo abbia bisogno, come è, per esempio, una "*buona qualità di vivere*".

L'asse simbolico, al contrario, crea la **mancanza** nell'operatore che si propone come "desiderio di aiutare" e, quindi, il disabile può offrirsi come *oggetto che riempie il desiderio-vuoto dell'Altro*".

Solo in questa logica linguistico-simbolica il piccolo può assumere un proprio ruolo che, quindi, potrà esprimersi come corpo che parla; come accedere alle "fermezze" dell'Altro; come sorriso mentre si lavora; come espressione interrogativa -"nooo?" - quando quasi non può resistere a rispondere compulsivamente agli stimoli.

Chi è poco competente sull'autismo dimentica che si tratta di un problema psico-mentale tanto importante e crede che sia facilmente risolvibile; in realtà i disturbi del comportamento sono solamente quello che "... si può vedere", "... la punta

dell'iceberg", ma i processi ed i complessi che "... stanno al di sotto" sono veramente difficili da decifrare e, soprattutto, da debellare.

Proprio per questo, bisogna stare molto attenti a quello che si fa e si propone agli autistici. Theo Peeters sottolinea come le stimolazioni sociali, le spinte alla creatività e, comunque, le pretese di educare con obbligazioni possono, non aiutare, ma provocare maggiori crisi di comportamento.

Forse non ci siamo mai posti le domande:

- Un bambino disabile possiede un suo carattere, una sua personalità, sue predilezioni e sue predisposizioni?
- Può essere pigro o testardo?
- Cosa significa "disturbo pervasivo dello sviluppo psico-mentale"?

Sebbene siano temi difficili, possiamo però considerare come sia problematico accettare il raggiungimento della personalità in un soggetto in cui l'autocoscienza è forse limitata a sensazioni primitive, intuitive, automatiche e puramente libidiche. Esser pigro o testardo significa anche rispondere a una scelta (volizione), mentre invece gli autistici sono bloccati su modelli di risposta automatica, legata alla pura soddisfazione del bisogno e, soprattutto, determinata da un "pensiero precognitivo", affettivo ed istintivo.

La difficoltà sta nel riuscire ad andare al di là dell'esperienza, dell'informazione letterale e, quindi, di trovare un legame tra l'oggetto ed il simbolo (ricordiamo che un oggetto può essere rappresentato da più simboli o un simbolo significare più oggetti).

Per quanto riguarda il significato di "disturbo pervasivo dello sviluppo", ancora una volta dobbiamo sottolineare che si considera l'invasività delle "alterazioni dei processi psico-mentali" che, se all'inizio si riferiscono solo all'incontinenza emotiva o all'impossibilità di posticipare la soddisfazione libidica, successivamente invadono la sfera affettiva determinandone la sclerotizzazione o la siderazione e la componente cognitivo-intellettuale. Questo avviene per:

- la mancanza di una adeguata, continua e strutturante stimolazione senso-percettiva e sociale;
- lo scarso sviluppo cerebrale legato a quello dell'organizzazione del linguaggio;
- l'impossibilità di raggiungere livelli superiori deduttivi e di relativizzazione che induce una "*dissonanza emotivo-affettiva con il reale*".

Tali osservazioni contrastano con l'affermazione che l'autismo è un "disturbo dello sviluppo non evolutivo" e sottolineano che la mancata evoluzione va riferita alla perdita delle potenzialità che si possono evidenziare nella prima infanzia e, per altro, alle difficoltà o all'impossibilità di far regredire la sintomatologia autistica e di ripristinare la funzionalità psico-mentale, se non si provvede ad un intervento terapeutico di tipo integrativo globale prima dei nove-dieci anni.

Rispettando questi fattori, se non si hanno risultati o se questi tardano a giungere, è necessario rivedere gli schemi operativi e predisporre modalità diverse: una terapia efficace smuove l'inerzia psico-mentale in poche settimane e, per esempio, i manierismi o i movimenti coatti, così come le urla, vengono rapidamente eliminati.

La quantificazione dei risultati è un problema quasi insuperabile, così dobbiamo accettare valutazioni legate all'osservazione che però, con la pratica, risultano sicuramente importanti ed anche imprescindibili.

Un criterio di valutazione significativo è sicuramente quello di osservare l'autonomia nell'eseguire una azione. Andare da solo a prendere la palla; raccogliere un oggetto caduto per terra; ricevere e rilanciare i cerchi e mille altre cose sono tutte esperienze che si attivano nel giro di poche settimane e che danno un enorme supporto all'autostima del bambino.

Il disabile, per le sue caratteristiche di funzionamento psico-mentale, non è in grado di contenere le "emozioni"; per questo, ogni qual volta gli viene richiesto qualcosa (magari anche solo spostarsi di un metro o cambiare sedia) presenta delle reazioni veramente drammatiche e terrifiche.

Abbiamo sottolineato come queste risposte siano il risultato di profondi sentimenti di annullamento e di dissolvimento, legati alla mancanza di una struttura cosciente del sé e, proprio per questo, la terapia mira a ristrutturare le forze adesive dell'Io.

Si potrebbe parlare di "addestramento", ma il meccanismo non può essere ridotto a questi termini proprio perché riguarda la costituzione degli *oggetti interni ed esterni* che, come visto in un precedente lavoro, negli autistici non sono ancora formati e sono, quindi, sostituiti da *oggetti parziali* che, per la loro caratteristica, generano ansie ed angosce.

Non si tratta neppure di difficoltà di comprensione perché è ben noto, a chi lavora con loro, che questi bambini entrano in angoscia anche se solo diciamo "... allora, adesso ci spostiamo e andiamo a sederci là".

Reazioni di angoscia e di terrore

Ogni mamma e ogni maestra sa che nel corso dello sviluppo il bambino/a presenta delle paure che variano per intensità e durata e si risolvono con la crescita; sono, quindi, anche una misura dell'evoluzione psico-mentale e dell'integrazione dell'Io.

Nel bambino disabile le paure sono meglio indicate come *reazioni di angoscia e di terrore*, delle quali possiamo elencare alcune peculiarità:

- sono risposte sproporzionate all'importanza dello stimolo o alle situazioni vissute come segnali e/o minacce, tanto che, invece di fenomeni di "*abitudine*", si può osservare l'insorgere del cosiddetto "*fenomeno di Napalkof*" che consiste in un marcato aumento delle risposte simpatiche con il ripetersi degli stimoli;
- si accentuano quando si accompagnano ad un livello di stimolazione globale più elevato (per esempio, nel lavoro di gruppo o per la presenza di altre persone, anche se conosciute);
- sono intense e globali per cui si evidenziano reazioni di fuga, aggressività e auto-aggressività, urla, rifugio in "luoghi sicuri" (per esempio, le famose stuoie);
- le risposte si accompagnano ad un vero e proprio "cataclisma simpatico": il ritmo del polso va alle stelle; spesso arrivano le lacrime; si presenta talora la perdita del controllo sfinterico;
- non possono essere contenute con semplici parole di spiegazione o tentativi di ... far ragionare;
- trascendono le capacità di auto-controllo;

- sono persistenti, poco modificate dalla memorizzazione di esperienze anteriori, acquistano l'aspetto di reazioni compulsive, di risposte condizionate o di "*condizionamento operante*";
- interferiscono con il benessere del bambino, poiché minacciano la formazione delle capacità adattive e lo sviluppo psico-mentale, risultando anche pericolose per l'integrità fisica;
- richiedono un intervento immediato e mirato perché il passare del tempo porta solo a peggioramenti (non si verifica l'auto-apprendimento);
- le crisi inducono gli operatori a rinunciare a perseguire i loro obiettivi, per cui le risposte portano a "*comportamenti compulsivi*": condizionamento di fuga e/o di evitamento;
- Metzner ha anche evidenziato un "*doppio rinforzo*": evitamento dell'oggetto fobico.

Il modello operativo, per affrontare le difficoltà degli autistici, è negli operatori che, con la loro esperienza e personalità, riescono a trovare scappatoie o vere e proprie modalità contenitive.

Ricordiamo comunque che la strategia rifugge dal *buon senso che convince* che, purtroppo, può anche complicare la situazione; sottolineiamo la necessità di contenere, oltre a quella di creare sempre nuove modalità (per attirare l'attenzione) che risultino adattive e che portino all'arricchimento dei rapporti.

Comunque, nella relazione vi è la vera possibilità di strutturare i modelli più efficaci proprio perché se all'inizio si può evidenziare una dimensione di assoggettamento, rapidamente gli autistici sviluppano capacità adattive di autocoscienza, autovalorizzazione (rinforzo con battimani) e autosoddisfazione che li aiutano a crescere e ad uscire dal loro "buco nero", riconquistando fiducia in loro stessi che permette di scegliere le proprie finalità e le vie per raggiungerle, nella certezza di essere, comunque, nel giusto.

Approccio globale

L'approccio globale con il bambino disabile diventa sempre più indispensabile se si vogliono ottenere risultati definibili come recupero, reintegrazione funzionale e riabilitazione psico-mentale e socio-relazionale.

Qualche tempo fa si richiedevano:

- valutazione diagnostica
- rapporto con le famiglie
- indicazione terapeutica
- metodologia educativa.

Oggi pensiamo che l'intervento globale di qualità debba prevedere:

- valutazione anamnestico-funzionale - fisica; psichica; genetica; neurologica; educativa; cognitiva e sociale;
- osservazione delle possibilità relazionali;
- rapporto con la famiglia per una stretta collaborazione nella globalità dell'intervento;
- terapia di integrazione emotivo-affettiva e cognitiva;

- programmazione degli interventi per il recupero, la riabilitazione e l'integrazione sociale (TEACCH; Top-therapy; psicomotricità; comunicazione facilitata; logopedia; ippoterapia);
- valutazione dei risultati;
- integrazione nell'ambito scolastico dove i docenti programmano e adottano i metodi educativi più opportuni ed incisivi.

In un progetto per affrontare le problematiche dell'autismo dobbiamo prendere in esame diverse tipologie di intervento:

- A- con il terapeuta** = gli obiettivi riguardano la ristrutturazione dell'Io e la reintegrazione emotivo-affettiva e cognitiva;
- B- con gli educatori** = gli obiettivi del recupero, della riabilitazione e della integrazione sociale;
- C- con i docenti** = gli obiettivi concernono l'inserimento e l'integrazione nella scuola dell'obbligo e, naturalmente, l'educazione e la formazione;
- D- con la famiglia** = gli obiettivi mirano all'integrazione familiare, culturale e sociale;
- E- con le istituzioni** = gli obiettivi sono di studio e interessano l'inserimento attivo nell'ambito produttivo-lavorativo.

L'obiettivo fondamentale che accomuna tutti gli ambiti considerati è **l'integrazione** che non può essere solo intesa come rispetto delle diversità individuali. Se i "normali" devono adattarsi (che non è solo un agire passivo), anche gli autistici devono farlo; l'integrazione diventa così un processo di adattamento sostenuto dal rispetto dei tempi, dei modi, delle necessità, dei limiti di ogni individuo.

Non possiamo accettare una programmazione per la quale gli autistici trovino sempre la loro stanza o il loro angolo di sicurezza; sarebbe disconoscere le vere possibilità di recupero e di integrazione che questi ragazzi hanno in sé e che possono attivarsi attraverso una terapia adeguata ed interventi riabilitativi integrativi.

Per ogni intervento dobbiamo quindi esigere che si provveda a ripristinare funzioni, a ristrutturare le forze adesive dell'Io, a ristabilire possibilità di integrazione sociale, a partecipare ad attività singole o di gruppo che possono reincorporare il disabile nelle dinamiche sociali e culturali che lo aiutino a raggiungere un'autonomia personale nelle attività domestiche, in quelle scolastiche, lavorative e nell'esperienza del tempo libero.

Partendo da queste premesse, l'inserimento scolastico non può essere inteso come punto di partenza, ma neppure del tutto come punto di arrivo; partecipare a questa tappa fondamentale della vita per il bambino e per il disabile, è una parte del processo di maturazione psico-cognitiva e psico-sociale, che però si fonda su una *complessa integrazione globale ed olistica*.

L'integrazione comprende sviluppo, interazione, modulazione, coordinazione:

- dei processi motori e psico-motori;
- delle risposte emotivo-affettive;
- delle potenzialità cognitive e della loro interazione con la partecipazione sensoriale e sensitiva;

che permettono lo sviluppo di funzioni complesse legate all'acquisizione:

- del senso di sé e del senso degli altri;
- di una capacità di conoscere e di analizzare la realtà ed il mondo degli oggetti;
- della possibilità di dare significato al proprio comportamento e a quello altrui (scoprire i fini, le volontà, i desideri);
- del senso dell'amore e della reciprocità;
- della cultura come valore e come mezzo per crescere;
- della propria storia legata alle molteplici storie degli altri e della società;
- del senso morale ed etico dei comportamenti;
- del significato del dovere, del sacrificio, della determinazione e della trascendenza.

Proprio per questa necessità di integrazione olistica del soggetto e del disabile, l'**integrazione globale** può essere solamente il frutto dell'impegno e dell'applicazione dei genitori (inequivocabilmente entrambi), dei parenti, del terapeuta, degli educatori, degli insegnanti, delle istituzioni e della società intera. Solo in questa dimensione acquista significato e pregnanza la legge 517/77 che ha reso la scuola obbligatoria per tutti i ragazzi entro una determinata età, ricordando che: *tutti i cittadini hanno il diritto di ricevere un periodo di educazione, prescindendo dalla qualità e dalla quantità delle loro potenzialità e/o capacità cognitive o emotivo-affettive.*

Theo Peeters nel presentare la sua TEACCH, che definisce "programma realizzato in una sfera politica", parla di "servizi che coprono l'arco di tutta la vita degli autistici" attraverso una continuità orizzontale che comprende:

- diagnostica specializzata
- centri di assistenza domiciliare
- classi speciali a livello prescolare e scolare primario e secondario
- ruoli di vita speciali per persone autistiche.

Per avere un'idea delle difficoltà per superare il problema degli autistici ricordiamo anche che questi soggetti che spesso, ancor oggi, sono ritenuti non scolarizzabili e non educabili, hanno il diritto di non essere confinati in casa, ma, anzi, devono essere oggetto di tutte le premure, iniziative, programmi, attività che possono non solo migliorare il loro stato, ma anche guarirlo o, comunque, permettere il raggiungimento di un livello di sviluppo psico-mentale che favorisca una buona integrazione sociale, culturale e civile.

Se considerassimo totalmente validi i presupposti della legge 517, dovremmo dedurre che i soggetti autistici devono essere ritenuti educabili, sia per qualità che per quantità. La realtà è ben diversa, anche perché bisognerebbe definire:

- le modalità educative
- la disponibilità degli insegnanti
- gli obiettivi raggiungibili.

Si continua ad affermare che **la scuola deve insegnare ed educare**, ma quello che non si dice è cosa fare quando gli allievi presentano delle difficoltà, dei limiti o delle idiosincrasie negative. La scuola dell'obbligo dovrebbe garantire a tutti i ragazzi una educazione ed una istruzione, senza soffermarsi a considerare se gli allievi abbiano o no non solo le potenzialità, qualitative o quantitative (la legge impone di non tenerne conto) ma anche

- disponibilità personale
- volontà
- tenuta
- prerequisiti cognitivi ed emotivo-affettivi.

Vogliamo ribadire che l'Italia deve essere elogiata e presa come esempio per avere una legge come la 517 che, tra l'altro, sicuramente è dovuta alla caparbia dei genitori che hanno fatto cambiare l'atteggiamento mentale degli specialisti nei confronti dei loro figli.

Tale mutamento ha portato soprattutto a considerare che l'autismo non si affronta solo con qualche seduta psico-terapeutica, ma con un approccio continuo che deve investire diverse aree psico-mentali.

Purtroppo ancora molti operatori credono che ci sia poco da fare o anche che "... è biologicamente plausibile l'esistenza di un'umanità ragionevole, ma non socievole ...".

Abbiamo imparato da sempre che l'uomo è *un animale sociale*, dotato di capacità cognitivo-razionali; ne deriva, quindi, una congiunzione per la quale la mancanza di uno dei due attributi sarebbe sinonimo di mancanza di umanità.

Antonio Damasio ci ha segnalato recentemente come l'affettività si sviluppa nel bambino tra il 18-esimo ed il 24-esimo mese, quando cioè si concretizza la "...maturazione della corteccia frontale."

Stanley Greenspan (2000) ci ricorda che un bambino può utilizzare le sue capacità cognitive solo dopo aver sviluppato capacità relazionali e, in un recente lavoro (Lucioni,1999), tali caratteristiche sono riassunte nella definizione "**intelligenza affettiva**" che include senso di sé, autovalorizzazione e motivazioni affettivo-sociali.

L'affermazione che lo sviluppo cognitivo-intellettuale (espressione di una complessa integrazione dell'attività di tutta la corteccia cerebrale) debba dipendere da una integrazione affettiva (corteccia prefrontale) ha anche un substrato neurofisiologico, poiché è risaputo (Popper e Eccles,1977) che il sistema limbico, responsabile delle emozioni, è strettamente connesso con la corteccia frontale e, al contrario, non ha connessioni dirette con il resto della corteccia.

Da queste considerazioni si può dedurre che l'affettività può svilupparsi senza un corrispondente sviluppo cognitivo, al contrario "*Es el aprendizaje basado en las emociones y las experiencias el que produce el niño más inteligente y con un comportamiento más adaptado!*" (Greenspan).

Trattandosi di autismo, tutto quanto ricordato è ben comprensibile proprio perché lo sviluppo cognitivo (prerequisito) segue sempre quello legato alla sfera emotivo-affettiva basata su:

- senso di sé
- senso di valere
- autoriconoscimento
- sviluppo delle capacità relazionali
- acquisizione del feed-back.

È stato anche sottolineato come:

- la crescita dell'attenzione
- l'autoidentificazione

- l'autovalorizzazione
- lo sviluppo della volontà

rispecchino, prima di tutto, un buon funzionamento affettivo inteso come:

- relazione con il sé (Io ideale)
- relazione con gli altri.

Nell'autismo, quando qualche ricercatore parla di deficit o di handicap o di "*anolalia qualitativa*" o di "*stile cognitivo diverso*", in realtà tiene conto delle difficoltà che si incontrano nel lavorare con questi bambini, che in precedenza non hanno seguito una terapia relazionale capace di sviluppare l'attività affettiva. Molte volte ci troviamo di fronte a casi di autistici che hanno ripreso il cammino dello sviluppo grazie ad una maestra particolarmente attenta alla relazione; ancor più spesso rileviamo interventi "cognitivi" che contemplano modalità ed attitudini (mano sulla spalla, contatto fisico con l'educatore, partecipazione in attività arricchite da una certa "intimità") spiccatamente affettive.

Gli affetti rappresentano il *mondo dei valori* (come dice Zazzo) ed il bambino disabile deve sviluppare la propria identità ed una sicura autostima per aprirsi al cognitivo, perché non può raggiungere la persistenza degli oggetti (gli esterni ed il sé) e neppure la loro significazione (che ne richiede l'interiorizzazione).

Il lavoro terapeutico ha potuto evidenziare come ogni quadro sindromico, oltre a presentare caratteristiche specifiche di funzionamento mentale, richieda un intervento terapeutico preciso, appropriato ed individualizzato perché deve rispecchiare ed adeguarsi ai processi mentali, alle caratteristiche che ogni funzionamento mentale richiede specificamente.

Trattare l'autismo nelle aree terapeutica, assistenziale ed educativa, significa affrontare una problematica estremamente complessa che richiede, senza mezzi termini, un approccio multidisciplinare.

Devono essere considerati aspetti eziologici, diagnostici, prognostici e terapeutici che investono:

- **genetica e neurologia**, in relazione alla diversità degli aspetti biologici;
- **psicoanalisi e psicomotricità**, per l'approccio psicoterapeutico e del recupero delle funzioni adattive dell'Io;
- **psicopedagogia**, per la necessità di una programmazione educativa e formativa e per l'inserimento nell'ambito sociale;
- **fonoaudiologia**, considerati i notevoli problemi che rispecchiano lo sviluppo del linguaggio;
- **psicomotricità**, per la scoperta di un proprio corpo erogeno;
- **sociologia**, per proporre veri e propri interventi di recupero e di reinserimento nel connettivo sociale;
- **tutte le scienze** centrate sull'assistenza, l'educazione, la cura, il sostegno, il recupero funzionale e la riabilitazione globale.

La pluralità teorica sostiene, ma anche investe la pratica con compiti che, a volte, risultano veramente gravosi e che interessano non solo il lavoro individuale e/o grupppale eseguito con i pazienti, ma, soprattutto, l'organizzazione e la interazione degli interventi che si condizionano reciprocamente, determinando una fitta rete

di questioni che possono essere solo affrontate con professionalità, con buona volontà, con esperienza e, più di ogni altra cosa, con un profondo senso della collaborazione.

Queste osservazioni ne includono altre tra le quali la più importante riguarda il "posizionamento" di ogni singolo soggetto disabile che è ricco della sua singolarità e peculiarità.

Seguendo la concettualizzazione psicoanalitica, per noi questo "*punto di articolazione*" è il *linguaggio*, proprio perché l'uomo non sa cosa fare delle cose del mondo se non le articola in un *discorso*.

In questo modo la *multidisciplina* o la *interdisciplina* diventano una necessità *trans-disciplinare* per la quale tutte le discipline partecipanti risultano attraversate da una *comune concezione etica*.

Questa, prima di tutto, si struttura in un porsi continuamente domande, mettersi in gioco, riorganizzarsi tenendo conto della molteplicità qualitativa e quantitativa di tutti i saperi, in cammini convergenti su un "*unico nucleo etico*" occupato dal soggetto, dal disabile, in permanente produzione, ancora diviso e poco conoscibile, ma con potenzialità, interessi e, soprattutto, speranza di poter ricostruire il proprio Io, la propria personalità ed il proprio destino.

Mettersi di fronte ad un bambino disabile per aiutarlo, per educarlo, per recuperarlo ad una vita sociale è indubbiamente una impresa ardua e difficile.

Per cominciare e prima di cercare di capire quali siano le sue caratteristiche psico-mentali, bisogna porsi un una posizione molto chiara che accetti le sue stravaganze e le sue dimostrazioni comportamentali che non sono un capriccio, ma sono causate da precise problematiche psicomentali.

Il suo non voler collaborare colle proposte "coerenti e chiare" non deriva da cattiveria o da scarsa volontà, ma dal suo non poter attuare "qualcosa" che gli procura intensissime reazioni di angoscia o un vero e proprio senso di terrore.

Queste caratteristiche non coincidono con l'affermazione che gli autistici non comprendono ciò che viene loro richiesto, che hanno grandi difficoltà nella comunicazione o nel decifrare il senso degli stimoli (odori, sapori, suoni, rumori, ecc.).

Quasi sempre ci si trova di fronte un bambino che capisce, ma non può accettare; che sa cosa gli si chiede, ma non può accogliere le proposte (anche se magari una comprensione precisa e utilizzabile non è del tutto presente).

Comunque siano le caratteristiche individuali di ogni disabile bisogna rispettare alcune regole basilari:

- armarsi di pazienza, di coraggio e di tolleranza;
- acuire le capacità di osservazione per poter captare ogni più sottile e lieve modificazione comportamentale e i diversi atteggiamenti nei confronti del setting o del mondo circostante;
- non accettare le espressioni di aggressività né verso gli altri, né verso se stesso;
- osservare attentamente le modificazioni indotte giornalmente dal nostro intervento terapeutico-educativo così da poter essere incisivi nel processo di crescita continua.

Il disabile, in questa situazione, si trova senza dubbio in condizione di grande svantaggio rispetto ai normali poiché:

- non si è mai staccato dalla madre con la quale ha strutturato un rapporto interpersonale privilegiato;
- vive il mondo esterno come persecutorio e distruttivo;
- è incapace di contenere le ansie e le scariche emotive;
- ogni cambiamento provoca reazioni di angoscia e di terrore;
- gli sfugge il senso della realtà;
- non ha coscienza di sé, né coscienza degli oggetti;
- ha difficoltà psicomotorie che aumentano il senso di incapacità, di inadeguatezza e di insufficienza;
- non riesce a comprendere perfettamente il significato delle situazioni, degli atteggiamenti e dei comportamenti degli altri;
- non riesce a contenere l'irrequietezza e quindi a starsene seduto per più di pochi minuti;
- non ha coscienza di "proprietà" per cui il suo "banco" è un oggetto senza significato e/o rappresentazione simbolica;
- non riesce a stare con i compagni che, comunque, cerca di evitare;
- spesso presenta reazioni aggressive in risposta alle tensioni interne e agli intensi stimoli derivati dalla relazione e dalla presenza degli altri.

La scuola per un inserimento integrativo

In queste condizioni la scuola deve prospettarsi un programma preciso per poter iniziare nel migliore dei modi il compito educativo e, soprattutto, predisporre il raggiungimento di condizioni valide per tentare un apprendimento formativo ed uno sviluppo cognitivo.

La scuola deve predisporre un intero primo anno che sia del tutto e solamente preparatorio e che potrebbe essere così concepito:

1. presa in carico globale cominciando da una valutazione
 - delle potenzialità cognitivo-intellettive;
 - della funzionalità emotivo-affettiva;
 - degli eventuali comportamenti-problema;
 - delle capacità di attenzione e di memorizzazione:
 - " " motorie e psico-motorie;
 - " " di assorbire le frustrazioni;
 - delle possibilità relazionali per un lavoro di gruppo;
2. analisi anamnestica e della valutazione diagnostico-clinica;
3. stesura di un protocollo strutturato su tutte le componenti sopra ricordate;
4. considerazione delle necessità-possibilità per:
 - un intervento terapeutico;
 - un programma riabilitativo.

Le osservazioni devono essere ripetute con una certa frequenza perché il disabile in terapia modifica rapidamente i suoi parametri e quindi gli obiettivi devono essere sempre riadattati alla situazione.

Queste valutazioni presuppongono un lavoro collegiale con il terapeuta e gli operatori della riabilitazione che dovranno continuare a fiancheggiare i docenti predisponendo gli interventi che facilitino il raggiungimento di prerequisiti per sfruttare l'azione didattica.

Il primo anno di adattamento viene così a equivalere ad una pre-scuola fatta però nell'ambiente scolastico che dovrà accogliere il disabile negli anni seguenti. Il sostegno sarà improntato anche a favorire il lavoro di gruppo nelle ore di ginnastica, di musica, di ricreazione e della mensa.

Dopo un anno di lavoro specificamente adeguato alle necessità e alle potenzialità del soggetto, il piccolo disabile si troverà nella condizione di poter cominciare l'iter del ciclo normale, entrando nella classe con nuovi compagni, che saranno quelli che lo accompagneranno nel lungo periodo di educazione-formazione, di apprendimento e di inserimento attivo nella struttura sociale.

Nella scuola il disabile non dovrà essere mai considerato un "isolato" o un "emarginato", ma un *alunno che può raggiungere un buon livello di sviluppo psico-mentale che gli permetterà di integrarsi con gli altri e nella società.*