

PROGETTO PER L'INTEGRAZIONE SCOLASTICA

Anna Murdaca – Romeo Lucioni

Oggi la situazione è la seguente: tutti i bambini hanno diritto ad entrare nella scuola normale senza limitazioni per debolezze fisiche, psichiche, cognitive o comportamentali.

Arrivare a queste disposizioni di legge è stato sicuramente di grande utilità per affrontare concretamente e positivamente i problemi dei disabili verso i quali si sono stabilite norme precise per il rispetto dei diritti individuali e delle pari opportunità.

Sebbene nella scuola i disabili possono trovare un ambito stimolante e propizio per la crescita spirituale, morale, conoscitiva, relazionale, fisica e sociale, d'altra parte non sono ancora stati risolti i problemi legati a questi inserimenti.

La domanda riguarda se la scuola deve adattarsi alla disabilità o questa alle regole, alle imposizioni, agli schemi operativi che mirano alla formazione ed all'educazione.

È indubbio che la famiglia non ha i requisiti per preparare un disabile alla scuola proprio perché utilizza metodi prevalentemente basati sull'accettazione e sulla sopportazione, ma in molti casi abbiamo potuto constatare che neppure genitori preparati (essendo maestri) riescono a produrre cambiamenti significativi proprio perché sono loro stessi parti del problema e, soprattutto, non possono scambiare il loro ruolo per assumere quello di terapeuti.

Il risultato è che alla scuola arrivano bambini disabili non chiaramente diagnosticati, impreparati per iniziare il percorso educativo, senza le doti per applicarsi in un lavoro specifico che richiede prerequisiti precisi, in una situazione di difficoltà perché devono adattarsi alle regole ed alla legge quando a loro era stato sempre proposto un modello supportivo, compiacente, capace di sopportare anche le situazioni più scabrose e difficili.

Il modello educativo che può essere proposto per affrontare il problema di un bambino disabile psichico inserito nella scuola dell'obbligo prende l'avvio da una convinzione: bisogna capirlo guardandolo dal di dentro; condividere il suo punto di vista; adattare la situazione ai suoi bisogni, non per adeguarsi alla malattia, ma per portare il soggetto ad accettare le regole ed a vivere personalmente il desiderio e la volontà di crescere e di svilupparsi.

È necessario ricordarsi sempre che i comportamenti anormali sono risposte a stimoli non contenuti (difetto di adattamento), per cui devono essere prevenuti con una organizzazione capace di assorbire e di modificare lentamente le caratteristiche personologiche con un opportuno approccio di rete basato sulla integrazione multidisciplinare delle risorse che deve essere insieme terapeutica, educativa e preventiva.

Per ottenere questo risultato la scuola deve privilegiare e sviluppare:

- buona conoscenza teorica della disabilità psichica: questa è rappresentata da una difficoltà di adattarsi al mondo del reale (che può risultare nemico, estraneo, incomprensibile), ma è soprattutto verso l'Altro, le persone, che il soggetto non trova le giuste dinamiche per poter interagire. Questo quadro di disordine relazionale varia da sindrome a sindrome e ogni terapeuta o educatore deve conoscere le modulazioni anche più sottili per poter affrontare i problemi relazionali che risultano impliciti;

- adattamento all'ambiente: il mondo che circonda il disabile risente inesorabilmente delle difficoltà e delle particolarità che impone e, di conseguenza, il professionista deputato ad affrontare questi disordini deve anche gestire gli input che costantemente sorgono, sia quelli positivi che quelli negativi;
- attenta valutazione del soggetto: valutare il soggetto della terapia o dell'educazione risulta fondamentale proprio perché ogni intervento, anche quello apparentemente insignificante, determina cambiamenti che richiedono interpretazioni, aggiustamenti e valutazioni precise;
- adeguate modalità di educazione e di insegnamento: la psicopatologia cambia il modello di approccio ed anche le modalità di apprendimento. L'organizzazione affettiva agisce fortemente sui meccanismi del apprendimento perché si generano momenti di accettazione, altri di rifiuto, altri ancora di blocco o di bisogno della ripetizione ossessiva, che complicano il libero svolgersi dei processi mentali.

Schema operativo per l'integrazione nella scuola dell'obbligo di disabili psico-mentali.

Giunti all'età scolare i disabili psichici entrano nella scuola, ma, per lo più, non posseggono i pre-requisiti per poter iniziare un percorso educativo-formativo.

Per questo:

nel primo anno non seguono il lavoro degli altri compagni, ma vengono indirizzati ad attività specifiche per il recupero funzionale e globale che comprende:

- a) una valutazione diagnostica precisa, necessaria per tracciare le linee guida dell'intervento;
- b) un lavoro terapeutico-riabilitativo che incide per 6-7 ore settimanali da svolgersi presso un centro specializzato o, in sua assenza, presso la scuola stessa, ma con personale formato ad hoc;
- c) una attività di tipo pre-scolastica svolta dall'insegnante di sostegno in costante contatto con i terapeuti con i quali viene formata una équipe multidisciplinare;
- d) vengono applicate periodicamente scale di valutazione per determinare i cambiamenti dell'iter dell'intervento necessari per raggiungere gli obiettivi prestabiliti;
- e) una valutazione diagnostica precisa, necessaria per tracciare le linee guida dell'intervento;
- f) quando possibile si predispongono lavori di gruppo con i compagni per stimolare la relazione e per incidere positivamente sulla partecipazione;
- g) alla fine dell'anno accademico si esegue una valutazione finale per dare alle insegnanti i parametri per l'inserimento definitivo.

VANTAGGI

- In questo modo il bambino ha un anno intero per acquisire le funzioni psico-affettive e psico-mentali indispensabili per intraprendere il programma educativo-formativo vero e proprio.
- Resterà nelle elementari un anno in più, ma senza dover subire il trauma del cambio dei compagni.
- Nella maggior parte dei casi, un anno di terapia-riabilitativa risulta veramente utile per acquisire quelle capacità che il "disordine" ha inibito e che non sono state raggiunte perché non ha avuto un supporto specifico, adeguato e validato dall'esperienza per ogni quadro psico-patologico.

Questo programma di intervento è indispensabile nei casi di:

- autismo di Kanner;
- autismo ipercinetico – ADD-ADHD;
- blocco o ritardo dello sviluppo di origine non autistica;
- blocco o ritardo da stress acuto e/o cronico;
- X-fragile;
- sindrome di Joubert;
- ACC – agenesia del corpo calloso;
- sindrome di Down;
- microcefalia.

Questo programma dovrebbe essere finanziato dall'Università con fondi del Ministero per poter ricevere l'OK per l'applicazione nelle scuole in base ai vantaggi:

- per i disabili;
- per la scuola stessa;
- per la famiglia;
- per lo Stato che può ottenere un notevole risparmio di risorse anche economiche, assolvendo però un compito efficace e meritorio;
- per il Comune che può evitare di assumere personale: insegnanti di sostegno aggiuntive, educatori per l'accompagnamento, ecc.

Va tenuto in conto che lo stress cronico dovuto alla partecipazione inadeguata alle attività imposte dalla scuola può anche risultare iatrogeno o comunque causa di peggioramenti e di mancato recupero.

Il disabile deve potersi integrare progressivamente al suo gruppo-classe, senza diventare vittima dei compagni che lo isolano o lo fanno centro di un'insistente stimolazione (per esempio quando dice qualche parola viene invitato continuamente a ripeterla) che accentua i rifiuti, le angosce, l'isolamento ed il ritorno a modalità regressive.

Non dobbiamo intendere la disabilità psichica solamente come una "mancanza"; anche se analizziamo gli studi psicoanalitici di tanti importanti Autori, scopriamo sempre uno spazio "sconosciuto" nel quale si inserisce un'altra teoria, un'altra storia, altri bisogni ed altre tensioni.

Per altro, anche l'interpretazione della causa biologica di questa malattia dimostra tante lacune per le quali viene postulata una "lesione invisibile" che non permette di dare una parola definitiva.

Per affrontare la disabilità resta quindi solo plausibile un lavoro multidisciplinare che prenda come riferimento non l'organismo (diagnosi, sintomatologia, comportamenti-problema, ecc.), ma il soggetto.

In questa ottica, se anche dovessimo poter dimostrare una base biologica ed organica, resterebbe comunque la necessità di chiederci che cosa può fare il bambino della sua vita, della disabilità, del suo bisogno di sviluppare gli affetti così come le sue capacità intellettive, nel rispetto della sua individualità e del suo diritto a poter godere di pari opportunità.

L'etica psicoanalitica tende a preservare il "desiderio" del soggetto e non ad occluderlo in un'area di scientificità: rispettiamo la soggettività ricordando che il corpo è qualcosa di più di un *sistema biologico* dal momento che si dimensiona in reale, un simbolico ed un immaginario.

In questo modo, il processo psicoterapeutico e quello educativo diventano speculari, perché il loro intervento punta ad un recupero del soggetto, dell'individuo e del "cittadino".

Il "ponte d'amore" che permette al bambino di ritrovare se stesso (autoidentificazione) necessita che dall'altra parte si collochi un "docente" che ha strutturato un suo specifico "ruolo", senza tentennamenti e senza scivolamenti di "maternage", senza timori (infondati) di sbagliare e che ha ricevuto il suo O.K. sia dall'Istituzione che dai genitori.

Questi pre-requisiti, saranno la base di un lavoro strutturato non tanto sui "curricula", ma sugli obiettivi che verranno tracciati sui tempi variabili e sulle disponibilità psico-mentali del bambino e che richiedono anche un continuo controllo dei risultati, se non si vuole correre il rischio di creare quelle deformazioni simili alle "... terapia interminabili"!

In questi importanti "ponti" si stabilisce una prassi equilibrata che unisce il terapeuta o il docente con il soggetto, verso obiettivi comuni, ed anche un'intesa per la quale sarà il soggetto ad assumere la guida della sua terapia e della sua educazione, appena date le condizioni favorevoli.

Questa situazione genera ansie nel soggetto, legate alla paura della separazione e dell'abbandono, però la strutturazione di un Io-forte (auto-identificato ed auto-valorizzato), fondato su una adeguata funzionalità emotivo-affettiva, permette il raggiungimento delle mete.

In questa ottica, sia la terapia che il momento educativo-formativo non escludono l'uso e l'aiuto di interventi protesici, di codici speciali, di strategie cognitive.

La terapia e l'educazione però devono continuare a creare organizzazioni psico-mentali sempre più complesse e di qualità, senza limiti di tempo perché il disabile, come il normale, ha possibilità di sviluppo imprevedibili.

Bisogna sempre ricordare che interventi mal condotti, oppure orientati da modelli teorici limitativi conducono a sviluppare sistemi funzionali complessi che ostruiscono le possibilità di crescita.

Se un bambino normale immesso nella scuola ha in sé le capacità psico-mentali e psico-affettive che gli permettono di imparare dall'esperienza e di imparare ad apprendere, il disabile psichico, invece, non sa tradurre dall'esperienza le cose che deve imparare e, soprattutto, non trova il modo di aggiungere conoscenza a quanto appreso.

L'esperienza terapeutica ci insegna che il disabile è pervaso di impossibilità e deve "imparare" anche ogni movimento separatamente, senza poter decifrare che cose simili possono significare realtà completamente diverse.

Se il bambino ha imparato che "su" è "saltare", quando gli direte "su" comincerà a saltare, anche se il contesto dell'esercizio che sta svolgendo riguarda l'alzare le braccia.

A volte, risulta frustrante la lentezza dei risultati perché non vengono fissate nella memoria le sequenze e, quindi, ogni volta è come cominciare da capo.

Lo spiraglio che porta il disabile psichico a continuare e, finalmente, ad apprendere è quello della conquista di un *senso di sé* e di sicurezza in se stesso.

A volte il momento che fa scattare l'apprendimento è la scoperta della "bellezza di guardarci", l'approdo al narcisismo secondario che porta allo staccarsi dall'Io-ausiliario rappresentato dal terapeuta ed anche dal docente; rompere, quindi, con aspetti di dipendenza, per assumere una valenza propria, una coscienza di essere e di potere; comincia l'autoapprendimento, si sviluppa l'auto-educazione.

In questo quadro, risulta chiaro che la scuola si trova in una situazione di disordine perché deve adattarsi ad una contraddizione insanabile: da un lato deve portare avanti programmi educativi e formativi ben specifici e seguendo un ordinamento programmatico prestabilito per tempi, modalità e contenuti, mentre deve accettare anche elementi che disturbano, inadeguati alle richieste, incapaci di seguire il cammino di sviluppo e di crescita che i programmi richiedono.

La disgiuntiva è molto chiara; si tratta di scegliere tra:

- abbassare il livello dell'insegnamento o pedagogico-formativo;
- spendere molte energie per solo tentare di gestire una situazione difficile;
- delegare il lavoro ai docenti di sostegno che, per altro, non hanno una esperienza sufficiente per affrontare problematiche che richiedono una vera terapia;
- sopportare la situazione fin quando si può in attesa che il disabile compia con gli anni previsti.

Questa modalità fa sì che venga spostato sulla scuola tutto il problema della cura, della riabilitazione, della prevenzione di peggioramenti, ma tutto questo risulta illogico e controproducente.

La scuola dovrebbe limitarsi ad adempiere con i propri obblighi perché:

- a) è preparata per educare e formare;
- b) il trattamento e la riabilitazione devono essere compiti di specialisti specificamente preparati;
- c) se si aspetta, per incominciare il trattamento, l'entrata nella scuola si perdono anni, col rischio di non potere utilizzare la plasticità del cervello per indurre cambiamenti e questa si esaurisce: la finestra si chiude ai 9-10 anni, come dice Rita Montalcini.

Il trattamento dei ritardi dello sviluppo psicomotorio deve cominciare presto, ai due-tre anni se si vuole ottenere un buon risultato e potere inviare il bambino alla scuola nelle condizioni di imparare abbastanza normalmente.

Queste osservazioni hanno portato a proporre che i bambini con problemi possano usufruire, dopo l'ingresso a scuola, un periodo di un anno durante il quale ricevono un trattamento specifico per raggiungere i pre-requisiti indispensabili per potere entrare nel primo grado senza troppi problemi.

I prerequisiti sono:

- una buona tenuta sui compiti;
- un'attenzione sufficientemente adeguata;
- una strutturazione del sistema rappresentazionale condivisibile;
- la capacità di contenere l'ansietà libera e le crisi di angoscia;
- il controllo degli sfinteri ;
- un sviluppo regolare del sistema dei valori perché possa usufruire dei meccanismi affettivi (senso di sé, volontà, desiderio, ecc.) che costituiscono il background per il funzionamento mentale.

Molte volte si parla di:

- difficoltà ad organizzare concetti astratti;
- mancanza di motivazione;
- incapacità di adeguarsi alle norme;

questi non sono segni di una patologia bensì caratteristiche di un Io-debole e non-strutturato che normalmente richiede interventi specifici in tutti i bambini prima dei sette-otto anni.

Se seguiamo questa proposta, si potrebbe arrivare a:

- 1) utilizzare un anno di osservazione attiva per misurare con esattezza le reali capacità dal bambino prima di farlo entrare nei gradi ;
- 2) portare i disabili ad acquisire i pre-requisiti necessari per incominciare ad imparare insieme ai loro compagni.

Quando si parla che la scuola organizza un piano di studio individualizzato, personalizzato, per noi è una modalità poco appropriata perché non si tenta di insegnar loro, bensì di prepararli per potere imparare. Non si tratta di un problema cognitivo bensì di una questione di tipo emotivo-affettiva.

Nella nostra esperienza i bambini che stiamo seguendo con una terapia-riabilitativa adeguata sono entrati nella scuola con un indice di età mentale di 14-15 anni, mentre quando hanno cominciato il trattamento avevano un'età mentale di 6-8 anni, con buchi enormi nelle loro capacità di base.

Nel primo anno di scuola, senza entrare nei gradi, un buon trattamento (due-tre ore per settimana ed alcune altre di riabilitazione), accompagnato da un lavoro di integrazione praticato in gruppo di ginnastica, musica ed altre attività non accademiche, può risultare significativo per arrivare a superare le difficoltà in un gran numero di bambini con problemi.

Questo in poche parole è il programma che noi stiamo proponendo, tenendo in conto le esperienze di quasi quindici anni dedicati al trattamento dell'autismo e delle sindromi regressive, sindrome di Joubert, sindrome di Down e, soprattutto, molti casi in ritardo dello sviluppo con o senza ipercinesia.

SCUOLA E INTEGRAZIONE

La tematica della disabilità psichica ed il diritto all'integrazione, la scuola si trova a dover dei quesiti veramente difficili.

Prima di tutto: spetta alla scuola?

In secondo luogo ci chiediamo: come la scuola possa portare all'integrazione dei soggetti che presentano mancanze, ma anche particolari e specifiche necessità legate a:

- ritardo dello sviluppo psico-affettivo;
- disorganizzazione delle funzioni psico-cognitive;
- disturbi del comportamento anche gravi;
- processi psico-mentali che portano a diagnosticare grave o gravissimo ritardo dello sviluppo su basi genetiche, familiari, relazionali, strutturali, sociali.

Negli ultimi anni, il tema della disabilità si è arricchito di sempre più nuove interpretazioni e classificazioni, non si parla solo di soggetti con deficit cognitivo (tanto che la valutazione era parallela a quella del QI), ma anche di soggetti che presentano difficoltà globali e pervasive (SOGGETTI AUTISTICI), ma anche più specifiche (dislessici) o settoriali (ad es. disturbi del linguaggio) o generalizzate (disturbi del comportamento) (D.Ianes-S.Cramerotti: Gli alunni con bisogni

educativi speciali: dal piano educativo individualizzato al Progetto di vita, in "L'integrazione scolastica", Ed. Erikson, Trento, n°2/4 2003)

Oggi, quindi, si considera la disabilità in uno schema molto più ampio proprio perché hanno ricevuto diritto di accesso alla scuola un maggior numero di bambini che, per motivi psicologici, ne erano esclusi. Parliamo del grande numero di soggetti con disturbi dello sviluppo che vengono considerati ormai *disabili psichici*.

Un approccio più ampio e variegato ha portato, per esempio, a considerare i casi di autismo che di per sé rimanevano esclusi dall'inserimento nella scuola dell'obbligo. Bisogna anche tenere in conto che il numero di "autistici" è aumentato tanto da passare dai 4-5 casi su 10.000 nati, ai 40-50 casi su 1.000 nati.

Questo aumento straordinariamente importante non rispecchia una vera crescita della patologia, ma, al contrario, deve essere riferito ad una poco precisa determinazione nosografica. In realtà l'aumento va riferito a quello dei casi che potremmo chiamare borderline che riflette la denominazione generica di "spettro autistico" introdotta da

Sono aumentati straordinariamente i disturbi dello sviluppo legati non alla "malattia autistica" (le cui percentuali di incidenza rimangono immutate), ma a bambini che presentano i segni del disagio, del trauma, dell'abuso psicologico, ecc. Questi quadri psicopatologici sono sicuramente ascrivibili alle condizioni sociali che, in una società complessa come quella post-moderna, causano problemi di adattamento non solo nei bambini, ma ancor più nei giovani (vedi la tossicodipendenza, i casi di omicidi e di suicidi), negli adulti (vedi l'aumento impressionante del consumo degli psicofarmaci), degli anziani (considerare l'aumento delle malattie neurodegenerative ed anche l'incidenza crescente e molto più alta che nei paesi in via di sviluppo dei disturbi psichiatrici nella vecchiaia). L'aumento delle psicopatologie dello sviluppo si accoppia anche a quello dei disturbi legati ad errori genetici (X-fragile; Joubert; ACC; Dandy Walker; ecc.) che, a pieno diritto, si affacciano alla scuola.

A questo punto, la scuola si deve domandare:

- se queste psico-patologie si possono affrontare con metodi didattici;
- quali potrebbero essere i metodi migliori per affrontare il problema dell'apprendimento nella psicopatologia;
- se spetti alla scuola assumere tale impegno che sembrerebbe più un argomento medico-sanitario piuttosto che pedagogico-formativo.

Va tenuto in considerazione il fatto che molti bambini con psicopatologie varie entrano in crisi proprio quando giunge l'età dell'inserimento scolastico, proprio perché prima l'ambito familiare serviva a nascondere, a supportare ed anche a sopportare i disturbi di comportamento, i deficit ed i disagi.

Per altro lato, la scuola è diventata anche un contenitore di tutti quei bambini che, per le nuove leggi, hanno il diritto di frequentare la scuola dell'obbligo prescindendo dalle capacità, dalle potenzialità ed anche dai disturbi che li affettano.

Le famiglie hanno imparato a scaricare sulla scuola il problema dei loro disabili ed anzi sperano anche che la vita relazionale possa indurre miglioramenti se non proprio una cura.

È anche diventato senso comune che l'inserimento nella scuola serva comunque ai disabili perché anche se non ottengono una educazione, una preparazione

culturale e/o una formazione per la socializzazione, ottengono sicuramente un miglioramento della loro qualità della vita, non fosse altro che per il solo fatto di essere inseriti, di partecipare ad una vita comunitaria, a stare lontano dalla famiglia in un ambito protetto.

È ben evidente che il disagio, il disabile, l'handicappato, il bambino che ha problemi comportamentali, trova nel periodo scolastico un ambito favorevole che non troverà più quando uscirà dalla scuola.

A questo punto, è la scuola che si trova nella necessità di adeguarsi ad una situazione creata suo malgrado e per la quale non è sicuramente preparata.

Lo scopo della scuola ha dovuto assumere anche l'onere di migliorare la qualità della vita, di fungere da ricovero ed anche di produrre programmi atti al miglioramento dei sintomi.

Ora la scuola si chiede:

- come facilitare l'inserimento?
- quale innovazione educativa è più utile per ottenere una integrazione sociale dei ragazzi disabili?
- quali obiettivi educativi possono essere prospettati?
- essi devono essere programmati a breve, medio, 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?

La situazione intrinseca del rapporto tra psicopatologia e scuola dovrebbe essere quella di poter ricevere dei ragazzi atti alla formazione e, soprattutto, all'apprendimento. La realtà imposta dalle leggi dello Stato, che hanno soppresso i ricoveri e le scuole differenziali o speciali, ha portato:

- da un lato a dovere assumersi l'onere di inserimento nel proprio ambito bambini o ragazzi che prima ne avevano precluso l'accesso;
- per altro, a dover accettare le richieste delle famiglie che vedono nell'inserimento scolastico un supporto notevole sancito come "diritto";
- ad essere posta in una situazione scomoda, ma che tutta la società impone per dare a tutti i disabili pari opportunità.

In una situazione di logica sociale, 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.

Se fossero rispettati questi pre-requisiti, la scuola dell'obbligo potrebbe cominciare ad elaborare programmi di inserimento rispettando 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.

In realtà le condizioni basiche per l'inserimento non vengono assicurate o, per lo più, solo parzialmente rispettate. Proprio per questo è la scuola che viene investita da problemi che non le competono, non le sono congeniali, ma che deve affrontare per cercare di ottenere contenimento, recupero, cura, prevenzione dei peggioramenti, integrazione sociale.

Parliamo di riabilitazione globale, che ha come obiettivo quello di non scomporre la persona in funzioni che possono essere "curate" separatamente, perdendo però la capacità di integrare, di considerare nell'insieme e, quindi, di creare persone, soggetti, individui.

Questo intervento permette di salvaguardare l'unità di significazione che non è un evento bio-psico-sociale, ma soltanto *una persona*, spesso pensante e parlante: cioè capace di significare.

È solo nello scambio di parole, nella relazione tra umani parlanti che si possono costituire "relazioni sensate". Da qui l'intervento si intende come *spazio in cui il senso è*, l'unico ponte sul quale il soggetto si declina in forma organica (corpo), psicologica (mente) e sociale (relazione).

Costruire cure è organizzare "luoghi di senso" nei quali il soggetto trova gli elementi, i mezzi ed i vantaggi per potersi guarire. In questi termini è una utopia cercare di guarire (desiderio del terapeuta) in quanto la guarigione passa attraverso "... l'incontro tra persone come soggetti creatori di un senso dentro il loro discorso" (Giorgio Legnani). La "guarigione" non è un esito certificato da altri ("*sei guarito*"), ma una appropriazione del soggetto: *sono guarito*.

COMMENTO E CONCLUSIONI

Statistiche stilate negli ultimi anni, soprattutto negli Stati Uniti (dove vengono fatte anche su grandi numeri), riportano un incremento notevole dei casi di bambini che presentano i segni della disabilità psichica espressa come "disturbo dello sviluppo psico-mentale".

In questa denominazione riconosciamo le problematiche psico-cognitive, ma, soprattutto, quelle psico-affettive che possono essere anche indicate con un termine più immediato e capibile da tutti: il disagio.

Spesso questa inquietudine-psichica viene riferita come riflesso delle difficoltà psico-sociali vissute dai genitori e riflesse sui figli che non hanno ancora la struttura o l'organizzazione psico-mentale sufficientemente sviluppata da poter contenere le conseguenze che, quindi, agiscono da elemento psicopatogeno.

Nella nostra esperienza quotidiana, sono sempre più frequenti i casi di bambini e di ragazzi i cui genitori cercano nell'ippoterapia una soluzione ai problemi

comportamentali dei loro figli e, soprattutto, ai loro atteggiamenti a volte ipercinetici, a volte abulici e/o anedonici.

La malavoglia, la distrazione, l'indifferenza, lo svuotamento psichico, ma anche le espressioni opposte che si sommano nell'ipercinesia, sono sempre espressione di qualcosa che turba, che interferisce o che annichilisce lo sviluppo della volontà e del desiderio.

Queste espressioni psico-patologiche non devono essere assimilate a malattia, proprio perché non troviamo nessuna alterazione neurobiologica (della struttura cerebrale), ma, al contrario, dobbiamo pensare ad un conflitto profondo del sé, a una disorganizzazione affettiva o a delle difficoltà più o meno destrutturanti l'armonico sviluppo dell'IO.

La nostra esperienza si porta a considerare indispensabile un precoce intervento riabilitativo e rieducativo ogni qual volta si presenti, in soggetti piccoli o giovani, un quadro di debolezza psichica, di disattenzione e di inadeguatezza dei comportamenti richiesti dalla scuola.

Spesso abbiamo sottolineato come sia l'impatto con la "LEGGE" imposta dalla scuola il motivo scatenante di comportamenti inadeguati, il punto di partenza per l'organizzazione di quadri psico-patologici caratteristici e sottesi a precisi meccanismi psico-mentali.

Evidentemente non è la scuola causa dei problemi, ma è essa a farli evidenziare forse anche perché prima la famiglia tende a minimizzarli, a misconoscerli o anche a negarli.

Possiamo dire che molti sono i disturbi che sottendono al disagio:

- disturbi dello sviluppo psico-mentale;
- situazioni post-traumatiche;
- organizzazioni ipercinetiche e di deficit dell'attenzione;
- alterazioni genetiche tipo Down o X-fragile;
- agenesia cerebrali tipo ACC (corpo calloso); Joubert, Dandy Walker;
- esiti di traumi cranici;
- paraplegie e/o diplegie varie;
- esiti da danno cerebrale perinatale;
- ecc.

in ognuno di questi casi è imprescindibile delineare ed applicare l'intervento terapeutico-riabilitativo più idoneo. Questo porta alla necessità di un lavoro multidisciplinare articolato, nel quale terapeuti, riabilitatori, educatori e famigliari devono apportare un contributo importante.

La terapia si pone come obiettivo principale ripristinare i pre-requisiti di attenzione, di tenuta, di buona disposizione personale, di autostima e di autosoddisfazione, necessari perché il soggetto possa impegnarsi nel lavoro di riabilitazione funzionale e/o nella scuola.

Per sottolineare l'importanza degli interventi riabilitativi, basta ricordare che ogni quadro sintomatologico è sotteso a processi psico-mentali specifici e particolari e, quindi, ogni bambino con la sua disabilità diventa un problema di tale delicatezza che nessuno può assumersi il ruolo di "deus ex maquina".

È imprescindibile un lavoro multidisciplinare coordinato che utilizzi ogni parte indenne della struttura psico-mentale per farne un punto di partenza, una pietra miliare per lo sviluppo.

Va tenuto in conto che spesso non si ottengono risoluzioni e/o miglioramenti significativi se l'intervento non inizia prima dei nove-dieci anni. C'è il rischio di "perdere il treno" e, quindi, di consegnare alla disabilità cronica o all'handicap un

soggetto che vivrà fino alle alte età (magari 80-90 anni) con un marchio o una stigmata che non è stata risolta solo perché non si è approfittato della plasticità-cerebrale-riparatrice che si può considerare attiva solo fino all'inizio della pubertà.

Un medico, un educatore, un familiare, uno psicologo, un assistente sociale deve avere ben chiaro che un bambino di 10-12 anni non può essere più trattato perché il suo sviluppo fisico-morfologico lo aiuta ad opporsi e a non accettare più di essere guidato.

Quando parliamo di **educazione terapeutica** dobbiamo intendere quel particolare intervento con il quale si riesce a distogliere il disabile dalla sua imperiosa certezza di essere un "diverso" e di non poter raggiungere il livello di funzionamento dei compagni e/o di coetanei normali.

Sta proprio in questo pericolo la necessità di un intervento polifunzionale e multidisciplinare, capace di coinvolgere il soggetto in atteggiamenti psico-affettivi di autovalorizzazione e di auto-soddisfazione, capaci di portare a creare un valido senso di Sé, un buon "Nome del Padre", forti ed efficaci processi di identificazione e di autoriconoscimento.

Non possiamo tralasciare di ricordare la capacità disorganizzatrice delle crisi di angoscia, dell'ansia libera e di quei sentimenti di sfiducia e di incapacità ad autodefinirsi.

Questi possono derivare da situazioni bio-psico-neuro-patologiche, da crisi da stress cronico ed anche da esperienze di abuso psichico che, tanto gravi per un giovane, sono magari insignificanti per l'adulto.

Il presente lavoro, frutto dell'esperienza, vuole essere un modo per richiamare l'attenzione dei genitori, degli educatori, dei medici, dei riabilitatori, degli specialisti ed anche un invito a collaborare per creare modelli sempre più efficaci e scientificamente validati, per affrontare tutte quelle subdole situazioni che provocano disarmonie e blocchi psico-affettivi che richiedono interventi sempre più specialistici e, soprattutto, multidisciplinari.

Lo studio della psicopatologia infantile presenta particolari difficoltà che, come si dice, rompono ogni inquadramento per le variabili indotte dall'individualità, dal momento dello sviluppo (che naturalmente non rispetta l'età cronologica), dalle modificazioni indotte dall'ambiente familiare, dai cambiamenti promossi dall'intervento stesso sia psicoterapeutico che relazionale.

Parliamo di percorso strutturante o ri-strutturante ed anche di "disturbi" (che non si riferiscono specificamente a dei sintomi) che sono l'effetto registrabile di movimenti difensivi, di desideri contraddittori, proibizioni, identificazioni, rappresentazioni personalistiche e condivisibili, livelli regressivi che comportano spiccate modificazioni delle relazioni intersoggettive.

Ogni intervento sia educativo-formativo che terapeutico-riabilitativo, induce qualche movimento nell'organizzazione psico-affettiva e, di conseguenza, successive ri-organizzazioni dello schema psico-mentale (per non parlare di struttura che sarebbe troppo vincolante alla neurobiologica cerebrale).

Nell'analisi della psicopatologia infantile, bisogna tenere conto di:

- movimenti difensivi precoci;
- stati di stress e di terrore;
- modelli arcaici di pensiero;

- disturbi dell'organizzazione del desiderio;
- grado di libidinizzazione;
- livello di organizzazione dell'Io;
- organizzazione dei vincoli;

che aprono a considerazioni sui livelli di partecipazione: tenerezza, calma, continenza, erotismo, comprensione, livello di empatia.

Sono le storie delle “piccole passioni” che riempiono la storia individuale di desideri, sensazioni, pensieri, emozioni, soddisfazioni, vicissitudini e cambiamenti più o meno espliciti e comprensibili.

Stiamo parlando di una miriade di perturbazioni anche multiple, che fanno pensare ad una infinita ricchezza percettiva, sensoriale, vivenziale, esperienziale familiare e sociale.