

Normalizzazione e “Soggetti Diversamente Abili”.

Romeo Lucioni – Leticia Lucioni

La *Normalizzazione* fa riferimento agli interventi della famiglia, della scuola e degli specialisti (psicologi, psichiatri, psicoterapeuti, educatori, maestri di sostegno, riabilitatori, ecc.) in favore di bambini, giovani e adulti che presentano deficit, difficoltà, disagio, disabilità, handicap, incapacità.

Questi riferimenti contengono diversi tipi di disabilità che, nella loro differenziazione, dimostrano quanto siano diversi gli interventi che devono essere attivati per raggiungere la normalizzazione.

Questa deve essere intesa come “ricerca assoluta o relativa per ottenere l’inserimento e l’integrazione nella famiglia, nella scuola, nella società, nell’ambito lavorativo”.

La prima differenziazione va fatta sulla base del tipo di disabilità:

1) **Motoria**

Implica impedimenti nei distretti muscolari per i quali viene impedito il normale movimento degli arti (o del tronco). Per lo più viene affrontata con protesi di vario tipo, attraverso le quali si ottengono buoni risultati riabilitativi anche se restano soggetti “diversamente abili”.

2) **Sensoriale**

Seppure la disabilità può interessare tutti i cinque sensi (ed anche “l’equilibrio”), in linea di massima si fa riferimento a:

- **vista** = cecità o riduzione della capacità visiva. In questi casi si sono fatti molti passi avanti ed oggi, per i ciechi, le istituzioni hanno elaborato progetti molto utili per la riabilitazione e per l’inserimento lavorativo;
- **udito** = sordità o ipo-acusia. Seppure siano stati fatti enormi passi avanti per vincere la sordità (vedi le tecniche di impianto), molto spesso, soprattutto nei giovani, questi soggetti devono ricevere trattamenti psicologici specifici per poter superare derive di opposizione e di aggressività, nei confronti dei compagni di scuola e del loro ambito (famiglia, scuola, ecc.).

3) **intellettiva**

sono moltissimi i bambini che presentano riduzioni più o meno gravi delle capacità di apprendere e di sviluppare le potenzialità cognitive-intellettive. Per lo più si tratta di esiti di danni cerebrali prenatali, ma molti sono anche i casi riferibili a problematiche genetiche molte delle quali sono anche poco riconoscibili (si tratta di disordini dello sviluppo cerebrale con casistiche limitate -malattie rare. Si parla di più di tremila quadri differenti). Tra questi casi ce ne sono molti che presentano anche disturbi comportamentali, di adattamento e di sviluppo psico-affettivo:

- **x-fragile** = incapacità di controllare l’emotività reattiva e libera che così porta a quadri di insufficienza mentale grave nell’adolescenza; intorno ai 15-16 anni
- **s. di Joubert o Dandy Walker** = sono le cosiddette sindromi della fossa posteriore (cervelletto); oltre alle problematiche della coordinazione motoria ci sono disturbi della condotta, dell’iniziativa, dell’affettività, dello sviluppo intellettuale (ma la scolarizzazione può essere raggiunta);
- **microcefalia** = presenta difficoltà generali per l’adattamento, ma anche per atteggiamenti oppositivi e megalomaniaci. Seppure siano evidenti le limitazioni intellettive, è abbastanza facile ottenere un buon inserimento

nella scuola dell'obbligo. La terapia deve risolvere i disturbi comportamentali ed indurre buone attitudini al lavoro ed allo sviluppo (raggiungimento di adeguati "pre-requisiti");

- **atresia del corpo calloso** = con notevoli disturbi della tonicità muscolare e dello sviluppo psico-mentale. Spesso si presenta una grave incontinenza emotiva (con disturbi vegetativi, oltre che di ansia e di angoscia) che porta a blocchi dello sviluppo affettivo e cognitivo.

In tutti questi casi il lavoro riabilitativo è veramente complesso perché deve affrontare sia la sfera motoria e psico-motoria, ma anche quella del linguaggio, delle capacità cognitive e dello sviluppo psico-affettivo.

In linea di massima, il livello del recupero resta piuttosto basso e quindi le possibilità di "normalizzazione" restano ridotte anche se ogni caso deve essere valutato singolarmente in quanto la variabilità è molto alta.

Troviamo spesso la possibilità di un recupero funzionale e parziale della scolarità che va sempre potenziata, anche se non porta nel tempo alla possibilità di un inserimento lavorativo.

4) **emotivo-affettiva**

questi disturbi fanno riferimento maggiormente alla "**sindromi dello spettro autistico**" tra le quali possiamo differenziare:

- a) **autismo autistico (sindrome di Kanner)** – interessa un limitato numero di bambini (4-5/10.000) ed è la forma più grave di disabilità psichica. Richiede interventi precoci e specializzati, che durano vari anni, con risultati ancora poco valutabili perché sono pochissimi i centri che si assumono la responsabilità di intraprendere il cammino della riabilitazione e del recupero. In molti casi si riconosce la presenza di una insufficienza mentale che però è di difficile valutazione proprio perché sono molto forti gli atteggiamenti oppositivi ed autistici (chiudersi in sé) e per lo più manca il linguaggio. Ultimamente si è riusciti a sviluppare in questi bambini la scrittura, la matematica e la comprensione di frasi in ambiti più simbolici, come sono la storia, la geografia e le questioni sociali. La possibilità di un recupero significativo delle dinamiche affettive e relazionali, hanno portato a migliorare di molto le aspettative per quanto riguarda l'inserimento e l'integrazione (anche parziale) nel sociale ludico-sportivo e turistico.

- b) **sindrome ADD-ADHD** (ipercinesia con o senza disturbo dell'attenzione)

sindrome da mutismo essenziale

autismo reattivo o post-traumatico

In tutti questi casi le possibilità di rieducazione e di recupero funzionale e globale diventano sempre più significative e sono moltissimi i bambini che si possono definire "curati", che hanno cioè recuperato le loro potenzialità cognitive, emotivo-affettive, scolastiche ed applicative. L'inserimento sociale si raggiunge nella totalità dei casi e spesso sono quei "bambini ex-disabili" che conquistano grandi risultati nell'ambito sportivo (sembra che Michael Phelps, vincitore di 8 medaglie d'oro a Pechino fosse, da bambino, un soggetto ADD). In tutti questi casi il lavoro psicoterapeutico e multidisciplinare è lungo, difficile e richiede l'intervento di professioni specializzati (psicologi, educatori, psichiatri, psicoterapeuti, ecc.). Risultati importanti si sono ottenuti con l'applicazione delle Arti-Terapie-Espressive, sviluppate nell'ordine della psicodinamica che tiene conto delle problematiche timologiche e resilienti, vale a dire dello sviluppo affettivo-

relazionale e delle capacità di resistere alle situazioni di stress acuto e cronico.

c) **sindrome di Down**

questa psicopatologia che ha una base genetica (trisomia 21) è di facile diagnosi (anche prenatale), ma aspetta ancora una precisa definizione degli interventi necessari per un recupero veramente globale che sembra poter essere raggiunto sulla base di interventi specializzati e molto precoci. Anche in questi casi l'emotività libera e la pressione di sentimenti negativi (sentirsi diversi ed incapaci) giocano un ruolo decisamente negativo, portando a comportamenti oppositivi ed aggressivi, ma, soprattutto, all'instaurarsi di potenzialità negative che inducono, col tempo, una insufficienza mentale.

d) **sindrome di Asperger o borderline precoce**

in realtà si tratta di soggetti (maschi e femmine) che sviluppano una "personalità borderline" dopo l'adolescenza. Forse il maggior numero di giovani con problemi di disadattamento sociale, che abbandonano la scuola, che dimostrano atteggiamenti violenti e da bulli, sono proprio quelli che ingrossano le file dei "borderline" e che, in molte statistiche, figurano anche come criminali condannati ed ospiti delle carceri (il dato è riferibile a tutti i paesi che si sono occupati del tema; per es: U.S.A. e Messico).

Il trattamento è piuttosto complesso e difficile, proprio perché l'incapacità di strutturare validi rapporti affettivi, relazionale ed intersoggettivi, porta, anche nell'ambito terapeutico, a momenti di rottura, di fuga e di acting-out.

Commento e conclusioni

Come si può dedurre da queste brevi note, il problema della "normalizzazione" nella disabilita è piuttosto complesso, proprio perché dobbiamo considerare categorie diverse ed in ognuna di esse sindromi del tutto differenti.

1) area motoria

questi casi possono essere sicuramente denominati "*diversamente abili*" perché le loro limitazioni sono stabilizzate, "croniche" potremmo dire, e richiedono interventi protesici che possono aiutare moltissimo (tenere in conto anche il tema del "superamento delle barriere architettoniche") e le loro capacità psico-mentali sono per lo più conservate, tanto da permettere senza problemi (a meno di qualche sostegno temporaneo), anche l'inserimento lavorativo (anche se questo può essere di tipo "protetto" o "adattato").

2) area sensoriale

anche in questi casi possiamo parlare di "diversamente abili", considerando, per di più, che si stanno facendo dei grossi passi avanti, per i quali si può già parlare di superamento della disabilita sensoriale.

Nei casi di bambini sordi, che sordi che ricevono impianti, recuperando così la funzione, spesso si devono affrontare situazioni critiche perché i ragazzi, su una base personologica di tipo oppositivo e recriminatorio, sostenuta da pregressi sensi di inferiorità e problematiche interpretativo-deliranti, presentano comportamenti oppositivi ed anche aggressivi che devono essere affrontati con un trattamento psicoterapeutico adeguato.

3) area intellettiva

questi bambini sono portatori di un deficit poco affrontabile con qualsiasi tipo di intervento, per cui possiamo parlare di quadri di disabilita, quando non proprio di handicap. Con tutto questo, risulta sempre conveniente tentare tutte le strade della riabilitazione e del recupero funzionale, per ottenere

almeno un inserimento sociale indispensabile per togliere alle famiglie una parte di un doloroso, faticoso e penosissimo fardello.

4) area emotivo-affettiva

come abbiamo visto, questi quadri psico-patologici sono oggi affrontabili ed anche risolvibili, seppure siano necessari interventi complessi, multidisciplinari e condotti da personale specializzato. La discussione sull'uso della denominazione "diversamente abili" riguarda proprio questi ragazzi perché:

- seppure la risoluzione o la cura richiedano lunghi interventi terapeutico-riabilitativi (sopra i 3 anni), le modificazioni della sintomatologia e, soprattutto, dei comportamenti-problema sono costanti e continui a partire da pochi mesi dopo iniziato il trattamento;
- etichettare questi ragazzi "diversamente abili" può risultare pregiudiziale proprio perché sono loro stessi che rifiutano di sentirsi "malati" (anche se si definiscono "diversi ma normali". Per questo rifiutano con violenza ogni tipo di terapia farmacologia (per loro è come essere considerati dei "matti") proprio perché la loro diversità è relazionale e sono sempre più furbi degli altri per ottenere quello che vogliono (gli altri sono deficitari e amorali) non con l'intelligenza, ma con la furbizia.
- Casi particolari sono i ragazzi che presentano i segni di "autismo autistico". La loro "gravità" è veramente elevata e ancora poco sicuro è raggiungere risultati riparatori. Per questo è ancora altissimo il rischio di doverli riconoscere come "disabili a tutti gli effetti" o "handicappati", tenuto conto anche del fatto che normalmente ... non parlano.
- Come abbiamo accennato, anche i casi down sono molto speciali, ma: da un lato abbiamo la loro auto-flagellazione di dichiararsi "diversi e disabili"; per altro, bisognerebbe predisporre interventi mirati, a tappeto e "precoci", perché si potrebbero ottenere dei recuperi e delle situazioni riabilitative molto più importanti di quelle che si osservano ora.

5) area post-traumatici

bisognerebbe parlare anche di "disabilità post-traumatica", ma questi casi vanno considerati uno per uno, per poter valutare con precisione il livello e le caratteristiche delle loro disabilità. Anche in questi casi spesso si devono affrontare problematiche psicologiche molto importanti, proprio perché legate alla perdita di funzioni e di prospettive di vita cambiate dopo l'incidente traumatico.

6) area disabilità in adulti

Un tema veramente scabroso è quello dei disabili psichici adulti, per i quali si sta facendo troppo poco, anche per la giustificazione semplicistica: "ormai non c'è più nulla da fare!!" Purtroppo questi soggetti finiscono in istituti "a vita", a causa soprattutto dei loro disturbi comportamentali che risultano poco contenibili farmacologicamente.

Da tutto questo possiamo desumere che la questione della "normalizzazione" non è ancora risolta; ci sono molti casi che devono essere ancora studiati sia dal punto di vista teorico che, soprattutto, su quello pratico-applicativo. Senza contare che anche gli interventi diventano sempre più specifici ed efficaci (come è successo per le Arti-Terapie-Espressive) proprio perché si approfondiscono gli studi di una psicologia-evolutiva-nuova e di pratiche psicoterapeutiche attive, globali ed solistiche che, utilizzando metodi scientifici, permettono di ottenere uno sviluppo considerevole.